T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kaan DENİZ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2024

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kaan DENİZ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2024

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından, 16.05.2023 tarihinde, 56 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Kaan DENİZ
Tarih:17.04.2024
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Kaan DENİZ'e ait "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 17/04/2024

Jüri Başkanı Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Uğur BİLGE
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../……tarih ve ……/…. sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Bilgilerinden ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, uzmanlık eğitim sürecimde her türlü desteğini tarafımdan esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Prof. Dr. Uğur BİLGE, Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN'a teşekkürlerimi sunarım. Prof. Dr. Yeliz MERT KANTAR'a emekleri için teşekkür ediyorum. Ayrıca bu günlere ulaşmamda her kararımda yanımda olan ailem ile ilham kaynağım olan, motivasyonumu borçlu olduğum değerli eşim Ecz. Bilge YILDIZ DENİZ'e teşekkür ederim.

ÖZET

Deniz, K. Kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2024. Fiziksel aktivite yetersizliği, küresel ölümcüllük oranı ve kronik hastalıklar açısından başta gelen beş risk faktöründen biridir. Bireyler günlük planlamalarını yaparken egzersize yer ayırmayı unutmamalıdır. Fiziksel aktivite kronik hastalıklar üzerinde etkili olup bazı kronik hastalıkların fiziksel aktivite düzeyinin artması ile görülme oranlarında azalma ortaya konmuştur. Bu araştırmayla amacımız kronik hastalığı olan bireylerde cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşama durumu, sosyal medya kullanımı, günlük uyku süresi, günlük televizyon izleme süresi ve çocuk sayıları gibi değişkenler ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Çalışmamız etik kurul onayından 31 Aralık 2023'e kadar Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü çalışmamıza katılmayı kabul eden kronik hastalığı olan 167 (%55.3)'si kadın, 135 (%44.7)'i erkek toplamda 302 katılımcı ile yapıldı. Katılımcıların vücut kitle indeksi sonucuna göre %44.04'ü normal kilolu,%31.79'u kilolu,%20.53'ü obez olup %3.64'ü zayıftır. Katılımcıların kronik hastalıkları içerisinde en sık rastlananları %16.6 ile hipertansiyon ve %16.2 ile solunum sistemi hastalıklarıdır. Katılımcıların %58.6'sı sürekli ilaç kullanmıyorken, %41.4'ü sürekli ilaç kullanmaktadır.% 62.3'ü bir (1) kronik hastalığa sahipken; %23.8'i iki (2) kronik hastalığa, %13.9'u ise üç (3) ve daha fazla kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların %60.3'ünün fiziksel aktivitesi şiddetli düzey iken, %30.8'inin orta düzeyli, %8.9'unun düşük düzeydedir. Sonuç olarak, çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin genel itibariyle yeterli düzeyde (orta şiddetli düzey/şiddetli düzey) olduğu görülse de, bazı değişkenlere göre değerlendirdiğimizde fiziksel aktivite düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu tespit ettik. Kronik hastalığı olan bireylere yönelik rehabilitasyon protokolleri oluşturulmalı, takipleri kapsamlı biyopsikososyal bakış açısıyla düzenlenmeli, ergoterapik ve psikolojik destek ile fiziksel aktivite eğitim programları başlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite düzeyi, kronik hastalıklar

ABSTRACT

Deniz, K. Evaluation of physical activity levels of individuals with chronic diseases. Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Medicine Department of Family Medicine Medical Specialization Thesis, Eskişehir, 2024. Lack of physical activity is one of the five leading risk factors for global mortality and chronic diseases. Individuals should remember to include exercise in their daily planning. Physical activity is effective on chronic diseases, and it has been shown that the incidence of some chronic diseases decreases with increasing physical activity levels.The aim of this study was to evaluate the relationship between variables such as gender, age, marital status, cohabitation status, social media use, daily sleep time, daily television viewing time and number of children with chronic diseases and physical activity levels. Our study was conducted with a total of 302 participants, 167 (55.3%) women and 135 (44.7%) men, aged 18 years and older, with chronic diseases who were admitted to Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Family Medicine Outpatient Clinic until December 31, 2023 after ethics committee approval. According to the body mass index results, 44.04% of the participants were normal weight, 31.79% were overweight, 20.53% were obese and 3.64% were underweight. The most common chronic diseases among the participants were hypertension with 16.6% and respiratory system diseases with 16.2%. While 58.6% of the participants did not use medication continuously, 41.4% used medication continuously. 62.3% had one (1) chronic disease, 23.8% had two (2) chronic diseases and 13.9% had three (3) or more chronic diseases. While 60.3% of the participants had vigorous physical activity, 30.8% had moderate physical activity and 8.9% had low physical activity. As a result, although it was observed that the physical activity levels of individuals with chronic diseases who participated in our study were generally adequate (moderate to severe level/severe level), when we evaluated them according to some variables, we found that their physical activity levels were low. Rehabilitation protocols should be established for individuals with chronic diseases, their follow-up should be organized with a comprehensive biopsychosocial perspective, occupational and psychological support and physical activity training programs should be initiated.

Key Words: Physical activity level, chronic disease

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Fiziksel Aktivite	3
2.2. Fiziksel Aktiviteye Yönelik Ülkemizdeki Durum	4
2.3. Fiziksel Aktivite Çeşitleri	4
2.3.1. Sağlamlık Egzersizleri	4
2.3.2. Güç Egzersizleri	4
2.3.3. Uyumluluk Egzersizleri	5
2.3.4. Balans Egzersizleri	5
2.4. Fiziksel Aktivite Şiddetinin Saptanması	5
2.5. Fiziksel Aktivite Katılımını Etkileyen Faktörler	8
2.6. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri	8
2.6.1. Fiziksel Aktiviteye Yanıtın Genetik Temeli	8
2.6.2. Fiziksel Aktivite ve İnsülin Direnci	10
2.6.3. Fiziksel Aktivite ve Diyabet	10
2.6.4. Fiziksel Aktivite ve Hipertansiyon	10
2.6.5. Fiziksel Aktivite ve Kardiyovasküler Hastalıklar	11
2.6.6. Fiziksel Aktivite ve Solunum Sistemi Hastalıkları	11

2.6.7. Fiziksel Aktivite ve Romatolojik Hastalıklar 11
2.6.8. Fiziksel Aktivite ve Nörolojik Hastalıklar 12
2.6.9. Fiziksel Aktivite ve İskelet Kas Sistem Hastalıkları 12
2.6.10. Fiziksel Aktivite ve Psikiyatrik Hastalıklar 13
2.6.11. Fiziksel Aktivite ve Kanser Hastalıkları 13
2.6.12. Fiziksel Aktivite ve Böbrek Hastalıkları 14
2.6.13. Fiziksel Aktivite ve Sindirim Sistemi Hastalıkları 14
2.6.14. Fiziksel Aktivite ve Cilt Hastalıkları 15
2.6.15. Fiziksel Aktivite ve Kadın Hastalıkları 16
2.6.16. Fiziksel Aktivite ve Metabolik Sendrom 16
2.7. Fiziksel Aktivite Önerileri 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM 19
3.1. İstatistiksel Analiz 22
4. BULGULAR 23
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri 23
4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri 26
4.3. Katılımcıların Met Ortalama Puanlarına ve Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Bilgiler 30
4.4. Katılımcıların Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Bilgiler 31
4.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerinin MET Puanları İle Karşılaştırılması 32
4.6. Katılımcıların Kronik Hastalık Verilerinin MET Puanları İle Karşılaştırılması 44
4.7. Katılımcıların Hayatını En Çok Etkileyen Kronik Hastalıklarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Karşılaştırılması 48
4.8. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Karşılaştırılması 49

4.9. Katılımcıların Cinsiyet, Vücut Kitle İndeksi, Sürekli İlaç Kullanımı ve Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması 53
4.10. Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanımı ve Vücut Kitle İndeksi Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması 54
4.11. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Sürekli İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması 55
4.12. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyinin İlişkin Verilerin Karşılaştırılması 56
4.13. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması 57
4.14. Yaşam Ortamı Durumunda Ayrı Ayrı Günlük Televizyon İzleme Süresine Göre Kronik Hastalık Sayısının Karşılaştırılması 58
4.15. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Günlük Uyku Süresine Göre Kronik Hastalık Süresinin Değerlendirilmesi 60
5. TARTIŞMA 62
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları 77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 79
KAYNAKLAR 81

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ / VKİ / BMI	Beden Kitle İndeksi (Body Mass İndex)
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
eGFR	Tahmini Glomerüler Filtrasyon Hızı
hf	Hafta
kcal	Kilokalori
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
mRNA	Mesajcı Ribonükleik Asit
MET	Metabolik Eşdeğer (Yapılan Fiziksel Aktivitenin Enerji Değeri)
SS	Standart Sapma
X / Ort.	Ortalama
VO_2 max	Maksimum Oksijen Tüketimi

ŞEKİLLER

Sayfa

4.1. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumu ile Aylık Gelir Düzeyi ve Eğitim Düzeyi Yüzdelik Dağılımları 27

4.2. Katılımcıların Hayatlarını En Çok Etkileyen Kronik Hastalık ile Aile Hekiminin Kronik Hastalıkla İlgili Bilgilendirme Durumu ve En Son Muayeneye Kronik Hastalık İçin Gitme Durumu Dağılımları 29

TABLOLAR

Sayfa

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları 23
4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları 24
4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları 26
4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları 26
4.5. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları 28
4.6. Katılımcıların Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyi Tanımlayıcı Değerleri 30
4.7. Katılımcıların MET Ortalama Puan Dağılımları 30
4.8. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Düzeyi Dağılımları 31
4.9. Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyi Dağılımları 31
4.10. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi 36
4.11. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi 37
4.12. Katılımcıların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi 40
4.13. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi 45
4.14. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi 46
4.15. Katılımcıların Hayatını En Çok Etkileyen Kronik Hastalığa Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi 48
4.16. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi 50
4.17. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi 51
4.18. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi 52
4.19. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Değerlendirmeler 53
4.20. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksine Göre Sürekli İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi 54
4.21. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Sürekli İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi 55

4.22. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi 56
4.23. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi 57
4.24. Yaşam Ortamı Durumuyla Ayrı Ayrı Günlük Televizyon İzleme Süresine Göre Kronik Hastalık Sayısının Değerlendirilmesi 58
4.25. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumuyla Ayrı Ayrı Günlük Uyku Süresine Göre Kronik Hastalık Süresinin Değerlendirilmesi 60

1.GİRİŞ

Eskişehir ili, iç anadolu bölgesinin batısında, ticaret ve lojistik bakımından stratejik konumda bulunan, eğitim, sanayi ve turizm açısından gelişmiş bir kenttir. Nüfus verilerine göre 2023 yılı il nüfusu 915.418 kişidir. Çalışmamız Eskişehir ili Odunpazarı ilçesinde bulunan Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır. Hastane, şehir merkezine 2 kilometre mesafede olup merkezi konumda sayılabilir. Hastaneye Afyon, Bilecik, Kütahya, Bolu, Sakarya gibi çevre illerden pek çok farklı kültür ve demografide insan başvurmaktadır.

Fiziksel aktivitenin tanımı; enerji harcanmasıyla sonuç gösteren ve kas kasılması tarafından üretilen vücudun hareketleridir (1). Son çalışmalar fiziksel aktivitenin bağışıklık sisteminde bulunan faydalı hücre sayısını arttırdığını ve bu sayede bağışıklık sistemini güçlendirdiğini göstermiş, bununla birlikte egzersiz şiddetinin inflamatuar faktörler ve bağışıklık hücreleri üzerindeki etkisinin gözden geçirildiği bir başka çalışmada da yüksek şiddetli egzersizin genel sağlık düzeyini geliştirdiği belirtilmiştir (2, 3).

Sedanter (fiziksel hareketsizlik) yaşam şekli yetişkinlerde bazı hastalıkların gelişimine zemin hazırlar;

• Yüksek kan basıncı (hipertansiyon),

• Kalp hastalıkları,

• Şişmanlık (obezite),

• Şeker hastalığı (diyabet),

• Kemik erimesi (osteoporoz),

• Depresyon,

• Bel ağrısı,

• Kireçlenme (artrit) gibi birçok hastalığın ortaya çıkmasına ya da var olanların şiddetinin artmasına neden olacaktır.

Yetişkinler, istirahat ettikçe ve daha az aktif hale geldikçe kendilerini daha yorgun hissedeceklerdir. Sonuç olarak fiziksel uygunluk seviyeleri de düşecektir (4). Fiziksel aktivitenin kronik hastalıklar üzerine etkileri incelenmiş ve hareketli yaşam ile koroner kalp hastalıklarında %9.3, Tip 2 diyabette %11.5, meme kanserinde %16.3 ve kolon kanserinde %16.6 oranında azalma olabileceği bildirilmiştir (5).

Düzenli fiziksel aktivitenin; kas gücü ve vücut esnekliğini geliştirme, kalp-damar sistemini güçlendirerek dayanıklılığı arttırma, akıl ve ruh sağlığı açısından da faydası olma, düzenli egzersizle kişi gerilimini azaltma, günlük baskılardan uzaklaştırma, zihnini zinde tutma, ideal vücut ağırlığına ulaşma ve yağ dokusunda azalma, daha iyi motor koordinasyon sağlama, çevikliği artırma gibi faydaları vardır (4). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinden daha az masraflı olduğu düşünüldüğünde, birincil korunma yöntemi olarak maliyeti düşük olan ve ayrıca insan sağlığı üzerinde olumlu etkisi olan fiziksel aktivitenin yaygınlaştırılması oldukça önem arz etmektedir (6).

Bu araştırmayla amacımız; kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek, cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşama durumu, sosyal medya kullanımı, günlük uyku süresi, günlük televizyon izleme süresi ve çocuk sayıları gibi değişkenler ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Çalışmamızla birlikte fiziksel aktivitenin faydaları göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinin iş yüklerini azaltıp bireyler ve halk için daha sağlıklı etkilere sahip olması sebebiyle fiziksel aktivite düzeylerinin arttırılması amaçlanmaktadır. En az orta şiddette fiziksel aktivitenin (tempolu yürüyüş, bahçe işleri, ev işleri, bisiklet, hafif ritimde halk oyunları, salon dansları, tenis vb.) rutin yaşama dâhil edilmeye çalışılması ve fiziksel aktivitenin zarar oluşturmadan, dozunu kaçırmadan her çeşidi olan düşük, orta, şiddetli düzeyinden en fazla oranda katkılarından faydalanmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fiziksel Aktivite

Günümüzden 2500 yıl öncesinde bilim insanları uzun ömrün ve sağlıklı olmanın gizemi olarak uygun beslenme ve fiziksel egzersizi ayrılmaz bir parça olarak düşünmüşlerdir ve antik dönemdeki Romalılar da uzun yaşamak için fiziksel aktivitenin gerekli olduğundan, sık sık aktivitede bulunmak ve yeterli dozda uyku kalitesinden bahsetmişlerdir. Hatta antik çağdaki Romalı doktorlar bu hususta fikir birliğindedirler (7).

Fiziksel aktivite tanımına bakacak olursak; çizgili kasların kontraksiyonu sonucu enerji harcanmasına sebep olan bedensel aktivasyon şeklindedir (8, 9). Fiziksel aktivitenin neleri içerdiğine kabaca bakacak olursak; serbest zaman, yapılan iş, bahçe bakımı, şahsi özen için harcanan efor, evdeki faaliyetler ve spor yapmak olarak özetlenebilir (10-13). Çizgili kasların kontraksiyonu sonucu enerji harcanmasına sebep olan bedensel aktivasyon olarak tanımlayan bir diğer kuruluş da Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'dür (12-14).

"Sedanter davranış; oturma veya yatma pozisyonunda 1.5 Metabolik Eşdeğer (MET) veya daha az enerji harcaması gerektiren aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (15). Başka bir tanıma göre sedanter davranış, dinlenme seviyesinin üstünde, uzanma, yatma, oturma, televizyon izleme, bilgisayar kullanma gibi enerji harcamasında artış olmayan pozisyonları içeren aktivitelerdir. Düşük yoğunluklu fiziksel aktivite genellikle sedanter davranış ile birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat ayırıcı yönü enerji harcamasının 1.6-2.9 MET arasında olmasıdır (yavaş yürümek, yazı yazmak gibi). Buna karşın, spor ve egzersiz literatürlerinde "sedanter" terimi genellikle orta-şiddetli fiziksel aktivitenin olmayışını ifade etmek için kullanılmakta, önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapmayan bir birey "sedanter" olarak tanımlanmaktadır (16, 17)."

2.2. Fiziksel Aktiviteye Yönelik Ülkemizdeki Durum

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nın 2019 yılında tamamladığı 12.986 kişi ile yapılan çalışmaya göre 15 ve üzeri yaştaki bireylerde cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeyinin MET değerine göre dağılımı incelenmiştir. Kadınlarda düşük düzey fiziksel aktivitenin (%53.1) erkeklerden daha yüksek (%31.7) olduğu görülmüştür. Erkeklerde şiddetli düzey fiziksel aktivitenin (%35.5) kadınlardan daha yüksek (%13.5) olduğu görülmüştür. Genel olarak düşük düzey fiziksel aktivitenin (%42.4), orta düzey fiziksel aktivite (%33.1) ve şiddetli düzey fiziksel aktiviteye (%24.4) göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (18).

Erkeklerin %23'ü, kadınların ise %17'si ülke genelinde yapılan bir araştırmaya göre uygun düzeyde fiziksel egzersiz yapmaktadır. Başka bir araştırmada ise, yaşlı bireylerde (65 yaş üstü) bireylerin %70'i uygun düzeyde fiziksel egzersiz yapmadığı görülmektedir (19). Yine farklı bir çalışmada da, ülke çapında bireylerin %80'inin hareketli yaşadığı ancak %13'ünün ise yeterli miktarda fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir (20).

2.3. Fiziksel Aktivite Çeşitleri

Bedensel uyumu ve kabiliyeti artırma biçimine ve bilimsel çalışma sonuçlarına göre dört tür fiziksel egzersiz çeşidi bulunmaktadır.

2.3.1. Sağlamlık Egzersizleri

Toplumumuzda direnç (aerobik) aktiviteleri olarak da bilinen, hızlı adımlama, yüksek efor sarf etmeden tenis kortunda çalışma, düzenli yüzmeye gitmek ve grup yada turlarla beraber bisiklet sürmek, çiftçilik ve bahçıvan faaliyetleri örnek olarak gösterilebilir (21).

2.3.2. Güç Egzersizleri

İskelet-kas sistemini oluşturan kemik, kas gibi yapıları harekete geçiren egzersizlerdir. Bunlar arasında beden yağ miktarını azaltan sırtında yük taşımak, ağırlık kaldırma, kır yürüyüşleri, merdiven aşmak, çapa yapmak gibi aktiviteler de güç egzersizleri arasında sayılmaktadır (21).

2.3.3. Uyumluluk Egzersizleri

Mümkün olabildiği kadar iskelet-kas sistemindeki eklemlerin en fazla derecede zorlanmasıdır. Bel ve kalça germe ve esneme hareketleri, yoga, durağan ve hareketli esnemeler bu grup egzersizlere örnek olarak verilebilir (21).

2.3.4. Balans Egzersizleri

Vücut postürünü sağlamada sıklıkla karşımıza çıkan kavramlar olan balans, diğer bir deyiş ile denge aktiviteleri kaygan mekânlarda stabiliteyi bozmayacak şekilde ayakta durabilme, parmak yürüyüşleri gibi sarsılmazlık durumlarını ifade eder (21).

2.4. Fiziksel Aktivite Şiddetinin Saptanması

Bireyin tam dinlenme durumundaki enerji kullanımının bazal metabolizma hareketlerine döndürülüp sayımlama işlemi yapılarak uygun formüller ile saptanır.

Metabolik eşdeğer (MET): Yaygın olarak fiziksel aktivitelerin yoğunluğunu ifade etmek için kullanılır. MET, bir kişinin çalışma metabolizma hızının dinlenme metabolizma hızına oranıdır. Bir MET, sadece otururken olan enerji maliyetidir. Bir kişinin kalori tüketiminin, sessizce oturmaya kıyasla, orta düzeyde aktif olduğunda dört kat, şiddetli aktif olduğunda ise sekiz kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (22). Bir MET; her bir dakikada kişinin vücut ağırlığının kilogram başına 3.5 ml oksijen tüketimini ifade eder ve saatte kilogram başına 1 kcal enerji harcanmasına eşdeğerdir (10, 12). Egzersiz zamanı ve formüller ile hesaplanan MET değeri ile çarpma işlemi yapılarak MET/dk/hf puanı bulunur (23).

Düşük şiddetli aktivite, dinlenme esnasındaki kalp atışı ve nefes almanın hafif artmasıyla sonuçlanan faaliyetlerdir. Misal olarak, hane içinde yapılan hafif egzersizler, düşük tempolu adımlama sayılabilir (21).

Orta şiddetli aktivite; nabzı hızlandıracak ve soluk alıp vermeyi arttıracak, kısacası iskelet kaslarının yıprandığı enerji sarf edilmesini arttıran ve efor içeren egzersizlerdir. Zıplamak, hafif süratle bisikletini kullanmak, seri adımlama, olimpik yarı olimpik havuzlarda yüzme, kulüp, halk ve latin dansları yapmak, badminton oynamak sayılabilir (21).

Yüksek şiddetli aktivite; olduğundan fazla miktarda nabzı hızlandıracak ve soluk alıp vermeyi daha da arttıracak, olduğundan fazla efor sarf ettiren iskelet-kas sistemini aşırı yoran egzersizlerdir. Amerikan futbolu, vahşi hayvan av koşuları gibi aktiviteler esnasında olduğu gibi, soluk alıp vermede artış görülür ve kişiler soluk alıp vermelerinden dolayı iki üç kelime konuşmakta bile güçlük çekerler (21).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ); En çok kullanılan ankete örnek olarak verilebilir. Anketin uzun ve kısa formları bulunmaktadır. Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi IPAQ'in Türkiye'deki Türkçe formatının uzun hali ile saptandı.

Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sağlam ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (24). IPAQ uzun formu 27 sorudan ve 5 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; işle ilgili fiziksel aktivite, ulaşım, ev işleri, evin bakımı ve ailenin bakımı, dinlenme, spor ve boş zaman fiziksel aktiviteleridir. Oturarak geçirilen zamanın kaydedilmesi hafta içi ve hafta sonu olarak toplam fiziksel aktivite içerisinde değil ayrı olarak kaydedilmektedir (25).

IPAQ uzun form için toplam skorun hesaplanması tüm alanlarda yapılan aktivitelerin bütün çeşitleri için süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Hem alana özgü hem de aktiviteye özgü skor hesaplanıp puanlama yapılabilir. Alana özgü puanlama, kendi alt kategorisi içinde yer alan düşük şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite ve şiddetli fiziksel aktivite skorlarının toplamından oluşmaktadır. Aktiviteye özgü skor hesabında ise alanların kendi başlığı altındaki yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin kendi içinde puanların toplanıp hesaplanmaktadır (26, 27).

Aktiviteye özel skor hesabı yaparken, her bir bölümün altında olan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite puanları kendi içinde toplanır. Bu hesaplamalar sonucunda MET-dakika cinsinden bir sonuç ortaya çıkar. Bir MET-dakika, yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımı ile hesaplanmaktadır. MET-dakika skorları 60 kiloluk bir kişinin kilokalori değerlerine göre belirlenmiştir (26, 27, 29, 30).

"Kilokalori hesabını yapmak için kullanılan formül şu şekildedir;

MET-dakika x (kişinin vücut ağırlığı kg / 60 kg)

“IPAQ verilerini analiz etmek için;

Düşük şiddetli fiziksel aktivite = 3.3 MET

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4.0 MET

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8.0 MET” değerleri kullanılmaktadır (26, 27, 29, 30).”

Misal olarak, günde 15 dakika, haftada 5 gün orta tempoda koşu yapan bir bireyin MET/dk/hafta ölçüsü 5 x 15 x 4 = 300 MET/dk/hafta şeklinde belirlenir (26, 27, 29, 30).

Şahısların fiziksel aktivite seviye şiddetini kategorilere ayırmak gerekirse şu şekilde ayırabiliriz:

Düşük	Orta	Yüksek
Fiziksel aktivitenin en düşük seviyesidir	Düşük aktif kategorisinden daha fazla aktivite yapmak olarak tanımlanır. Daha önceki boş zaman temelli fiziksel aktivite popülasyon sağlığı tavsiyesi olan “çoğu günlerde en az yarım saat orta yoğunlukta fiziksel aktiviteye eşdeğer’’ bir aktivite seviyesi olduğu ileri sürülmektedir.	Daha yüksek katılım düzeylerini tanımlamak için geliştirilmiştir. Toplam fiziksel aktivite ölçümleri için daha yüksek bir eşik sağlar ve popülasyon gruplarındaki varyasyonları ayırt etmek için faydalı bir mekanizmadır. Ayrıca, IPAQ gibi çok alanlı araçlar kullanıldığında sağlığı geliştirici fiziksel aktivite için nüfus hedefleri belirlemek için de kullanılabilir.

2.5. Fiziksel Aktivite Katılımını Etkileyen Faktörler

Araştırmalara göre; fiziksel aktiviteyi, fiziki çevre koşulları, hava ve mevsim koşulları, spor tesislerine erişilebilirlik, hizmetlerden yararlanma, bisiklet sürmek, egzersiz mekânının fiziki şartları ve bu alanların uygunluğu, adımlamak, egzersiz mekânlarının ulaşılabilirlik ve tasarımı gibi faktörler de etkilemektedir (31, 32). Fiziksel aktiviteyi kolaylaştırmak, parkların, yürüyüş ve düzenli egzersizler için cazip hale getirmek için sokakların, parkların ve caddelerin tasarımı geliştirilmelidir. Kent bilimin temel hedeflerinden biri; şehirsel alanlardaki serbest zaman geçirme aktivitelerinin herkesin ve her kesimin ulaşılabilir, faydalanabilir, farklı türlü ve tatmin edici şekilde sunulmasıdır. Fiziksel aktivite gerçekleştirilecek mekânların nitelikleri önemlidir. Bu nedenle toplum huzuru ve faydası açısından önleyici toplum sağlığı perspektifinden kurum ve kuruluşlarının aktivite mekânlarını seçerken onları yönlendiren ve engelleyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (32).

2.6. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkileri

Bedensel şekilde daha canlı ve hareketli insanların mevcut durumundan pozitif ayrışan vücut sağlamlığı ile kalp, göğüs, kemik seviyesinin gövde kompozisyonuna sahip olduğu, obeziteden, diyabetten korunmaya yönelik biomarker profillerinin daha iyi olduğunu güçlü kanıtlarla gösteren çalışmalar vardır (23). WHO, ölüme sebebiyet veren hastalıkların ön planda kardiyovasküler problemler ve malignite olduğunu belirtirken; Lee ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışmasına göre de önlenebilecek rahatsızlıklar için de ön planda malignite, diyabet olduğunu belirtmektedir. Fiziksel aktivitenin fiziksel uygunluk düzeyinin, iskelet kas sistemi, esneklik, dayanıklılık üzerinde pozitif etkisi olduğu gibi özgüvende yükseltme etkisi de olduğu bildirilmektedir (31).

2.6.1. Fiziksel Aktiviteye Yanıtın Genetik Temeli

Fiziksel aktiviteye yanıtın genetik temelinin incelenebilmesi için maksimum oksijen tüketimi (VO_2 max) üzerinden hesaplama yapılır. Monozigot ve dizigot kardeşler ile yapılan araştırmalarda bazal VO_2 max değerlerinin %40-50 oranında benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir (33). Ayrıca aynı çalışmada, aynı şart ve koşullarda yapılan fiziksel aktivite sonrasında VO_2 max artışı monozigot kardeşlerde

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (34, 35). VO_2 max'ın genetik temeli üzerine en detaylı çalışma Timmons ve arkadaşlarının çalışmasıdır. Timmons ve arkadaşlarının çalışmasında VO_2 max'ın fiziksel aktiviteye cevabını %50 ihtimalle tahminde bulunan 23 adet mRNA genomu bulunmuştur (36). Bu çalışmaya istinaden diyebiliriz ki, gelecek dönemlerde bireylerin fiziksel aktiviteye cevap yapılarının bilinmesi, bireysel egzersiz programlarının programlanmasına yardımcı olarak karşımıza çıkacaktır.

Ayrıca, öncelikle aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riski faktörleri taşıyan bireylerde VO_2 max değerinin takip edilmesi, iyi en uygun risk değerlendirmesi ve kronik hastalıkların tedavi hedeflerinde de kişisel planlamaların yapılmasını sağlayacaktır. Bu konudaki en düşündürücü konu, genetik olarak düşük cevap veren bireylerin fiziksel aktiviteye başlama motivasyonlarının ilk baştan daha düşmesidir. Bundan dolayı özellikle de aerobik düşük cevap veren bireylerin direnç egzersizlerine cevap vermesi ve tam tersi gibi planlamanın yapılması bir seçenek sayılabilir. Bununla ilgili olarak Dr. Francis Collins'in başkanlığını yaptığı "Human Genom Project" çalışmasında da gösterildiği gibi düşük yanıtlıların genomu değiştirilemeyeceğine göre çevresel faktörlerin değiştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (37).

Uzun sürede pozisyon değiştirmeden oturma, bilgisayar ve cep telefonu gibi aletler başında uzun sürelerde zaman geçirme gibi hareketsiz bir yaşam tarzı; kronik hastalıklar için önemli risk faktörleridir (37). 2020'de Çin'de yapılan bir araştırmada kardiyovasküler hastalıklardaki mortalite düzeyi %10.5, şeker hastalığı için mortalite düzeyi %7.3, kronik solunum hastalığı için ölüm oranı %6.3, hipertansiyon için ölüm oranı %6.0 ve kanser için ölüm oranı %5.6 olduğu görülmüştür (38). Yine aynı yılda yapılan farklı bir çalışma meta analizinde de en önemli ölüm sebebi hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler ve solunum hastalıkları olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca ölüm sebebi enfeksiyonu şiddetli geçiren bireylerde olması yüksek ihtimalde olmasıdır (39). Hastanede yatan, hastalık boyunca hastanede olmalarını sebep olan nedenlerin araştırıldığı bir araştırmada da, hastanede kalan bireylerde en çok diyaliz gerektiren son evre böbrek yetmezliği, yüksek tansiyon, sigaraya bağlı akciğer patolojileri, şeker hastalığı, damar ve kalp hastalıkları, kötü huylu tümörler olarak karşımıza çıkar (40, 41).

2.6.2. Fiziksel Aktivite ve İnsülin Direnci

İnsülin direncini tanımlayacak olursak karaciğere ve kas hücrelerine kanda bulunan glikozun insülin aracılığı ile alınmasındaki bozukluk olarak ifade edebiliriz (42). Şiddetli fiziksel aktivite yapan erkek bireyler ile yapılan araştırmada son egzersiz sonrasında 60. ve 168. saatlerde periferal glikoz dağılımının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (43). Kısacası düzenli egzersiz yapan sporcularda dahi sedanter geçirilen kısa süreler sonrası bile insülin duyarlılığı, düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip bireyler ile aynı düzeye kadar düşmektedir. Aynı zamanda sedanter hayat tarzını benimsemiş bireylerin yedi gün kadar bile düzenli fiziksel aktiviteleri sonucu bu bireylerde insülin duyarlılığının arttığı görülmüştür (44). Farelerle yapılan bir çalışmada da, üç hafta boyunca kafeste çark içerisinde düzenli koşu sonrası kafesteki çark alınmış ve koşu sonrasındaki insülin direnci koşu öncesi değerlere göre arttığı sonucuna ulaşılmıştır (45). Sonuç olarak diyebiliriz ki, Tip 2 diyabet için öncellikli risk faktörlerinden biri olan insülin direnci ile fiziksel aktivite ters yönlü bir ilişkiye sahiptir (46).

2.6.3. Fiziksel Aktivite ve Diyabet

Diyabeti tanımlayacak olursak vücut hücrelerine kanda bulunan glikozun insülin aracılığı ile alınmasındaki bozukluk neticesinde kan şekerinin genel olarak belirli düzeyin altına inmemesi olarak ifade edebiliriz (42). Kısacası düzenli egzersiz yapan bireylerde kan şekeri belirli bir düzeydedir. Aynı zamanda sedanter hayat tarzını benimsemiş bireylerde kan şekeri değeri artış göstermektedir (44). Sonuç olarak diyebiliriz ki, fiziksel aktivite artışı ile diyabetes mellitus için başta gelen risk faktörlerinden olan insülin direncinin azalması yönünde bir ilişki mevcuttur (46).

2.6.4. Fiziksel Aktivite ve Hipertansiyon

Hipertansiyon, uygun ve tekrar ölçümlerinde kan basıncının 130/80 mmHg üzerinde olmasıdır (48). Amerikan Ulusal Fiziksel Aktivite Öneri Cemiyeti'ne göre aerobik ve direnç egzersizleri sistolik ve diastolik kan basıncını belirgin biçimde azaltmıştır. Bu konuda aerobik egzersizlerin etkisi daha güçlüdür (49).

2.6.5. Fiziksel Aktivite ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar, özellikle kan damarları ve kalp başta olmak üzere dolaşım sistemini etkileyen patolojileri kapsar (46). Amerikan Kalp Derneği'ne göre kardiyovasküler hastalıkların ilk sırasında subklinik ateroskleroz, koroner arter hastalığı, serebrovasküler olaylar, hipertansiyon, kalp yetmezliği sayılabilir (50). Mortalitesi en yüksek olan kardiyovasküler hastalıklar içerisine bulunan koroner arter hastalığı ile fiziksel aktivite ile ilgisi oldukça açık şekilde yapılan çalışmalarda görülmektedir. 1992'de Amerikan Kalp Derneği fiziksel inaktiviteyi koroner arter hastalığı için bir risk faktörü olduğunu ilk defa belirtmiştir (51).

2.6.6. Fiziksel Aktivite ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Solunum sistemi hastalıklarında en çok görülen hastalıklar kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astımdır (52). Fiziksel aktivite ve enfeksiyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar incelendiğinde, orta şiddetli fiziksel aktivitenin inflamasyonu azalttığı ve viral solunum enfksiyonlarına karşı bağışıklık cevabını iyi yönde etkilediğine dair sonuçlar görülmüştür (53, 54). Matthews ve arkadaşlarının çalışmasında da, yürüme egzersizi ağırlıkta olan bireyler ile yeterli düzey aktivite yapan bireyler karşılaştırılmış; orta ve şiddetli düzey fiziksel aktivite yapan bireylerde kulak burun boğaz patolojileri sıklığında %71'lik iyileşme görülmüştür (55). 2020'de COVID-19, fiziksel aktivite ve bağışıklık ile ilişkinin incelendiği çalışmada da, önceki çalışmalardaki gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Fiziksel aktivitenin immün sisteme olan yararları ile vücudu koruyucu etkisi ileri sürülmüştür. Ek olarak, pandemiye neden olan ilk örneklerinin Çin'de saptandığı COVID-19 süresi ile şiddeti, semptomlarında azalma ve tedavi sürecinin hızlanmasında fiziksel egzersiz önemli rol oynar (56)

2.6.7. Fiziksel Aktivite ve Romatolojik Hastalıklar

Osteoartrit eklem içinde kartilaj kaybı ve kıkırdak bileşimindeki kemiklerin dejenerasyonu olarak tanımlanır. Fiziksel aktivitenin osteoartrite etkisi, fiziksel aktivitenin tipine ve süresine bağlıdır. Eklemlerde minimal torsiyona sebep olan fiziksel aktivitelerde osteofit oluşma riski düşüktür, dolayısıyla osteoartrit riski de düşük olacaktır (46). Amerikan Ulusal Fiziksel Aktivite Öneri Cemiyeti osteoartrit riskini artıran spor dallarını listelemiştir. Bu listede koşmak, bale yapmak, boks, halter gibi spor dalları osteoartrit riskini artırmış olarak listelenmiştir (49).

Romatoid artrit için fiziksel aktivite olmazsa olmazdır. Romatoid artritli bireylerde fiziksel aktivite hastalığın ilerlemesini önlediği bilinmektedir. Şiddetli fiziksel aktivitenin etkisi bu hastalarda daha da belirgindir (57). Ankilozan spondilitli hastalarda yapılan bir çalışmada egzersiz yapmanın önündeki en büyük engelin ağrı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, zaman eksikliği gibi rutin bariyerlerdense ağrının daha fazla engel teşkil etmesi öne çıkmaktadır (58).

2014'te Fongen ve arkadaşlarının romatoid artritli bireylerle yaptığı araştırmada ağrı, yorgunluk ve sosyal destek eksikliği en önemli fiziksel inaktivite sebeplerindedir (59). Wilcox ve arkadaşlarının romatoid artritli bireylerle yaptığı çalışmasında da primer şikâyetin ağrı olduğu görülmektedir. Bu bireylere göre ağrı fiziksel aktivite yapmaya engel olan, fiziksel aktivite sırasında meydana gelen ve fiziksel aktivite sonrası olan ağrı şeklinde sınıflandırılmıştır (60). 2015'te Naegeli ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, lupus eritematozuslu bireylerde de ağrının fiziksel aktivite ile ilişkisi görülmüştür (61).

2.6.8. Fiziksel Aktivite ve Nörolojik Hastalıklar

Yapılan bir araştırmada, şiddetli fiziksel aktivite yapan bireylerde ağrı şiddeti ve sıklığının daha az olduğu raporlanmıştır (62). Yine migren hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da, çaba harcanarak yapılan fiziksel aktivitenin bireylerin %25'ini tetiklediği görülmüştür (63). Literatürde migren dışı nörolojik hastalıklar üzerine yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.6.9. Fiziksel Aktivite ve İskelet Kas Sistem Hastalıkları

Özellikle kadın ve yaşlı bireyler için kas-iskelet sistemi sağlığı çok önemlidir. İleri yaşlarda görülme sıklığı artan osteoporoz, bireyin hayat kalitesini negatif etkilemekte, ölüme sebep olabilmektedir. Öncelik postmenapozal kadınlarda kemikteki mineral yoğunluğunun kaybını engellemek ve osteoporozdan korunmada fiziksel aktivitenin rolü büyüktür (64). Fiziksel aktiviteyle kemikteki mineral dansite kaybı engellenebilir. Kas kütlesi, kuvvet ve intrinsik nöromusküler aktivasyon yükseltilebilir (23). Fiziksel inaktivasyon, iskelet kaslarında lipoprotein lipaz aktivitesini inhibe eder. Bu durum sonucunda bozulmuş lipit metabolizması için sinyaller verilir (37). Tatminkâr düzeyde egzersiz yapan sağlıklı bireylerle yapılan bir araştırmada, yatış durumlarında omurilik, kalça, kemik mineral yoğunluğunda %96-99 artış olduğu görülmüştür (65). 2010'da hareketsizlik ve fiziksel aktivite ile yapılan

bir diğer çalışma ise iskelet kasının gen ekspresyonlarının karşılaştırılmasıdır. Bu çalışmada yatak istirahati öncesi, kısa süre sonrası ve 4 hafta sonrası bu genlerin ekspresyon düzeyleri incelenmiştir. Dinlenme öncesi ve 9. gün sonraki sonuçlar incelendiğinde 4500 adet mRNA sayısının azaldığı görülmüştür. Dinlenme devamında fiziksel aktiviteye tekrar başladıklarındaysa, ortalama %20 kadar eksik mRNA düzeyi ile tekrardan düzelmektedir. Bu veriler ışığında uzun süreli yatak istirahati sonrası azalmış mRNA miktarının hareketsizliğin olumsuz sonuçlar doğuracağı fikrine doğru bilgiler vermektedir (66). 2020 yılında yapılan çalışmaya göre fiziksel immobilizasyonun kaslarda mekanik bozulmalara sebep olduğu gibi kas denervasyonunlarına neden olduğuna ulaşılmıştır (67). 2020 yılında yapılan başka bir çalışmada fiziksel immobilizasyon durumlarında periferik dolaşım sorunlarına, kardiyovasküler sistem sorunlarına ve iskelet kaslarının oksidatif fonksiyon bozukluklarına neden olduğu görülmüş (68).

2.6.10. Fiziksel Aktivite ve Psikiyatrik Hastalıklar

Depresyon, dünyada en çok karşılaşılan psikiyatrik hastalıklardan biridir (69). Dünyada 350 milyondan fazla insan majör depresif bozukluk yaşamaktadır (70). Ruh ve sinir hastalıklarında en fazla karşımıza çıkan durumlardan stres, kaygı, ruhsal çöküntülerin tedavi ile önlenmesinde fiziksel aktivitenin rolü büyüktür (71). Bailey ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, depresyon tanısı ya da eşik semptomları bulunan 12-25 yaş arası bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon ilişkisi araştırılmış, büyük bir etkisi olduğu görülmüştür (72). 2019'da Vietnam'da tıp öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da, şiddetli düzey fiziksel aktivite ve depresyon arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir (73).

2.6.11. Fiziksel Aktivite ve Kanser Hastalıkları

Vücudun herhangi bir yerinde hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasını ifade eden kanser, diğer adlarıyla malign tümörler ve neoplazmalar günümüzde çok sık görülen bir hastalık haline gelmiştir (74). Dişiler daha çok kolorektal kanserler ile meme; erillerde ise prostat, akciğer kanserleri tanısı alınmaktadır (75). Fiziksel immobilizasyon, kanser insidansını ve mortaliteyi arttırmaktadır (76). Amerikan Ulusal Fiziksel Aktivite Öneri Cemiyeti'nin çalışmalarına göz atıldığında şiddetli düzey fiziksel aktivite yapmanın, kolon kanserini %30 oranında azalttığı görülmüştür

(77). 2007'de yayınlanan bir derlemede de fiziksel aktivitenin meme kanserini %20-80 oranında azalttığı görülmüştür (78). Yine 2009'da yayınlanan bir meta analizde de, endometriyum kanseri riskini %30 oranında azalttığı bildirilmektedir (46). Avrupa'da görülen kanserlerin %9-%19'unun fiziksel immobilizasyona bağlı olduğu öngörülmektedir (79). Fiziksel aktivitenin daha çok benimsenmesiyle kanser insidanslarında %46 oranında azalacağı beklenmektedir (80).

2.6.12. Fiziksel Aktivite ve Böbrek Hastalıkları

Fiziksel aktivite, böbrek hastaları için önemlidir ve yaşam kalitelerini artırır (81). Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi'nin kılavuzlarında da, aerobik fiziksel aktivite yapan böbrek hastalarında fiziksel aktivite düzeyi, sedanter yaşam tarzını benimsemiş sağlıklı bireylerden bile daha düşüktür. Bu hastalar işlerini yapmakta güçlük çekerler ve düşük bir yaşam kalitesine sahiptirler (82). Şahin'in 2024 yılındaki çalışmasına göre hemodiyaliz almakta olan hastalar sedanter hayat tarzına sahiptirler (83). Hemodiyaliz almakta olan hastalara fiziksel aktivitenin yararını sayacak olursak; kan basınçlarında ve maksimum oksijen tüketiminde vücut fonksiyonlarını ve fiziksel kapasiteyi artıracaktır (84). Kronik böbrek yetmezliği hastalarında yetersiz fiziksel aktivite bireyler için sorun oluşturur. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında tüm evrelerde yetersiz fiziksel aktivite düzeyi görülmektedir (82, 85). Zhang ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmaya göre hafif düzeyde fiziksel aktivitenin bile kronik böbrek yetmezliği hastalarında mortalite riskini düşürmektedir (85). Fiziksel aktivite düzeyi ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ile ilişkilidir ve hastalık şiddeti arttıkça fiziksel aktivite düzeyinde azalma görülmektedir (86, 87).

2.6.13. Fiziksel Aktivite ve Sindirim Sistemi Hastalıkları

Vücutta gastrointestinal ve diğer sistemler için özellikle de aerobik ve direnç egzersizleri yarar sağlamaktadır (88). Casey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, şiddetli fiziksel aktivitenin sebep olduğu gastrointestinal bulgular şunlardır; bulantı, kusma, kabızlık, ishal, şişkinlik (77). Bu bulgularla ilgili olarak sık görülen hastalıklar ise gastrointestinal kanama, reflü, bağışıklık yetersizliği gibi birçok durum sayılabilir (89). Yıldız'ın 2022 yılında COVID-19 geçiren inaktif ve orta aktif bireyler ile çok aktif bireyler üzerinde yaptığı çalışmaya göre; fiziksel aktivite ile iştah kavramları arasında ilişki yokken; çok aktif bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile mide bulantısı

şikâyeti kavramlarında sayımlama olarak manalı bir bağlantı görülmüştür (37). Leitzmann çalışmasında, egzersizin kolelitiazis riskini azalttığını savunmuştur (90). Şiddetli fiziksel aktivite dehidratassyon durumları ve karın içi basınç ile ilgili olduğundan gastrointestinal sorunlara neden olur ve gastrointestinal sistemi negatif etkiler (37, 91). 2020'de Amerika'da yapılan bir çalışmada da, orta şiddetli fiziksel aktivitenin konstipasyon bulgularını azaltabileceği öngörülse de, daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır (92). Kaynaklardaki fiziksel aktivite ve gastrointestinal sistem arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında da, makul düzeylerde aktivitede bulunan bireylerin kalın bağırsak malignitesine yakalanma olasılığı 3 kat daha seyrek saptanmıştır (37).

2.6.14. Fiziksel Aktivite ve Cilt Hastalıkları

Düşük yağlı diyet, düzenli fiziksel aktivite ve mental stresin azaltılması, periferal kan mononükleer hücrelerinde telomeraz aktivitesini arttırdığı görülmektedir (93, 94). Sigara kullanmak veya sigara dumanına maruz kalmak, düşük fiziksel aktivite düzeyi, stres, kötü beslenme alışkanlığı, oksidatif yükü arttırırken, telomerlerin kısalmasına neden olur (95). Telomerlerin kısalması deri hücrelerinin yaşlanmasının birincil mekanizmasıdır (96). Cilt için D vitaminin yeri önemlidir. Bu önemli vitaminin büyük bir kısmı ultraviyole B ışığından, deride steroid öncüsü olan 7-dehidrokolesterol dönüşümüyle doğal halde elde edilir ve besinlerden çok az miktarda alınır (97). Bu sebeple cilt hastalıkları, D vitamini sentezini bozabilir. D vitamin eksikliği kronik hastalığı olan bireyler için de önemlidir. Kronik hastalığa sahip bireyler fiziksel aktivite için ev dışında geçirdiği süre kısıtlı olmakta ve güneş ışınlarından faydalanılan süre azalmaktadır (98).

Yapılan çalışmalarda D vitamininin bacak bölgesindeki iskelet, kas, kemik faaliyetleri ve bedensel egzersiz ile ilişkisinde pozitif bağlantı vardır (99, 100). 2012 yılında yapılan bir çalışmada D vitamini eksikliğinin alt ekstremitenin antigravite kaslarını etkilediği görülmektedir (144). Yaşlı bireylerde de düşmeleri ile D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (99, 100). Gerdhem ve arkadaşlarının düşük D vitamini ve yürüme egzersizi düzeyinin ivmede düşüş ve stabilitede tahribat gibi sorunlara sebep olduğu görülmüştür (101). Literatürlerde cilt hastalıkları ve fiziksel aktivite üzerine çok yönlü yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

2.6.15. Fiziksel Aktivite ve Kadın Hastalıkları

Gebelik durumu, doğum sonrası ve post menopoz dönemleri kadınlar için önemli zaman aralıklarından bazılarıdır (4). 2017 senesinde ülkemizdeki bir çalışmanın neticesinde; post menopozal dişilerin %32'si inaktif, %54.7'si minimal aktif, %13.3'ü aktiftir. Bu veriler ile Akca'nın 2022 yılındaki çalışması karşılaştırıldığında, postmenopoz dönemindeki kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (18, 102). Ancak, Akca'nın çalışmasının büyük bir çoğunluğunun (%89.6 kadarı) fiziksel olarak inaktif olduğu görülmüştür (102). Yılmaz tarafından 2019'da yapılan çalışmada da, menopoz döneminde fiziksel aktivite düzeyinde azalma olduğu görülürken, bu sonuç literatürle uyumludur (103). Fiziksel aktivite, östrojenin vücut savunma direnç sistemini ve cevabını yükseltir. Bazı genetik kodları üzerinde olması nedeni ile X kromozomunun dişillerde vücut savunma ve direnç cevabını yükselttiği görülmektedir (104). Yine, Akca'nın 2022 yılındaki çalışmasında da postmenopozal kadınlardaki fiziksel aktivite düzeyi ile demir, kalsiyum ve C vitamini düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Fiziksel aktiviteye bağlı düzeylerinin değiştiği görülmektedir (102).

2.6.16. Fiziksel Aktivitede Metabolik Sendrom

Hastalar Tip 2 şeker hastalığı, damar tıkayıcı kalp damar hastalıkları ile metabolik sendrom 5 sebebiyet verici faktörden 3'üne sahip olmasıyla tanı alırlar. Bu risk faktörleri normalden yüksek aç haldeki glikoz değeri, yüksek yağ, bel çevresi genişliği, yüksek tansiyon, iyi huylu kolestrol düzeyi düşüklüğü şeklinde sıralanır (105). Metabolik sendromun bazı kanserlerle, nonalkolik steatohepatit ve nörodejenerasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (106, 107, 108). Metabolik sendrom aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların ve Tip 2 diyabetin gelişme riskini 10 yıl içerisinde 2 kat arttırır (109). Fiziksel hareketsizlik metabolik sendrom için de büyük bir risk oluşturmaktadır (110). Yani Bankoski ve arkadaşlarının da dediği gibi metabolik sendromdan korunmak için fiziksel aktivitenin önemi çok büyüktür (111).

Sarıkaya'nın 2023 yılında yaptığı çalışmada da sağlıklı bireyler ile metabolik sendromlu bireyler karşılaştırılmış, metabolik sendromlu bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (112). Wu ve arkadaşlarının yaptığı

bir araştırmada da, orta ve şiddetli fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerin, metabolik hastalık tablosu riski %36 daha düşük olduğu görülmüştür (113).

2.7. Fiziksel Aktivite Önerileri

WHO erişkinlere ve yaşlılarda dâhil olmak üzere, haftada en az 2,5 - 5 saat orta yoğunlukta sağlamlık fiziksel egzersizi yapmalıdır. Yahut haftada minimum 1 saat 15 dakika - 2,5 saat şiddetli yoğunlukta sağlamlık fiziksel egzersizi ya da hafta boyunca yeterli egzersizler olarak tanımlanan orta ve şiddetli egzersizin izdüşüm karışımı egzersizi icra etmesini önermektedir. 18 yaş ve altı bireylerdeki görüşü ise günlük orta şiddetten güçlü şiddete doğru artan bir şekilde en az 60 dakikalık aerobik fiziksel aktivite toplanmasını önermektedir. Hem yetişkinler için hem de gençler için daha yüksek düzeyde yapılan fiziksel aktivitenin sağlık için daha fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Fiziksel aktiviteler çocuklar için ailede, okulda ve toplu yaşam alanında gerçekleştirebilecekleri oyun, spor, dinlence, eğlence çalışmaları şeklindedir.

Bireylerin kendine has sınırları vardır ve bu sınırlar yaş, hastalık ya da yaralanmalar nedeniyle azalabilir. Ancak uygun bir program çerçevesinde bu sınırları arttırmak mümkün olabilmektedir. Aktif olmayan bireyler en azından önerilere uymayı hedef edinmeli, önerilen seviyeye herhangi bir nedenle ulaşamayacak bireyler koşulları doğrultusunda düşük yoğunlukta fiziksel aktivite yapmaya çalışmalıdır. Düşük düzeyde fiziksel aktivite yapmak hiç yapmamaktan daha iyidir. Özellikle yaşlılar için fiziksel aktivite düşmelerin önlenmesinde, denge ve güç kontrolünde oldukça önemlidir (4, 14, 22).

“Başka türlü spor yapma olanağı olmasa bile her gün, hiç değilse gün aşırı en az 30 dakika hızlı tempoda yürüyüş yapmak da iyi bir egzersizdir. Gebelik, doğum sonrası ve menopoz dönemlerinde kadınlar için egzersiz yapmak daha da önemlidir. Ancak egzersiz yapmak bir yaşam biçimi olmalıdır. Bireylerin günlük hayatlarını programlarken temel gereksinimleri arasında egzersize de yer ayırmaları gerekmektedir. Daha önceden hiç egzersiz yapmamış bir kişi hareketli yaşama geçerken sorun yaşayabilir, ancak bu geçiş döneminin ardından kendi bedenindeki değişiklikleri ve bunun önemini kavrayarak egzersizi hayatının bir parçası haline getirecektir. Sağlığınız için haftanın en az 5 günü ve günde en az 30 dakika orta şiddetli

fiziksel aktiviteler yapmanız yeterli olacaktır veya şiddetli fiziksel aktiviteler haftanın en az 3 günü ve günde en az 20 dakika olacak şekilde yapılmalıdır (4).”

Egzersiz programları öyle hazırlanmalıdır ki, sağlamlık, güç, bedensel uyumluluk, balans egzersizlerini bünyesinde barındırmalıdır. Programın merkezinde aerobik aktiviteler olmalıdır. Özellikle önceden hareketsiz olan bireyler aktivitelere hafif tempo ile başlangıç yapmalıdır. 0.25 – 0.5 saatlik orta şiddetli egzersizleri haftada 1-3 kez uygulamalıdır. Daha sonrasında egzersiz süresi 0.5 saat ve haftada en az 2-3 gün düzeyinden 0.5 saat haftada en az 3-5 gün düzeyine ilerlemelidir (114, 115).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Çalışma için 16.05.2023 tarih ve 56 sayılı Etik Kurul onayı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir. Etik Kurul onayından 31 Aralık 2023'e kadar Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü bireyler çalışmamıza dâhil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü analizi Epi İnfo programı kullanılarak yapıldı. Örneklem büyüklüğü en az 292 kişi olarak belirlendi. Elde edilen sayısal veriler ortalama, standart sapma (X±SS) ve yüzdelik değer (%) olarak gösterildi. Güven Aralığı %95 olarak kabul edildi ($p<0.05$). Tüm veriler SPSS 26.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi.

Çalışmanın evren ve örneklemini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üstü kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, kronik hastalığı olmayan ve anket formunu uygun şekilde doldurmayan bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan şahısların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, yaşam ortamı, birlikte yaşama durumu, çocuk sahibi olup olmama durumu, aylık gelir düzeyi, boyu, vücut ağırlığı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, günde ortalama uyku süresi, günlük televizyon izleme süresi, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, sosyal medya kullanım durumu ve kronik hastalık durumu soruları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtlar bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyo-demografik verileri içeren 25 sorudan oluşmaktadır. Bilgi formunda; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, yaşam ortamı, birlikte yaşama durumu, çocuk sahibi olup olmama durumu, aylık gelir düzeyi, boyu, vücut ağırlığı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, günde ortalama uyku süresi, günlük televizyon izleme süresi, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme durumu, sürekli ilaç kullanma durumu, sosyal medya kullanım durumu, kronik hastalık durumu, kronik hastalık süresi, hayatını en çok etkileyen kronik hastalık durumu, en son muayeneye gitme zamanı, en son muayeneye kronik hastalığı için gitme durumu, aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirme durumu, ne sıklıkla başvurduklarına yönelik sorular sorulmuş ve aşağıdaki formül yardımıyla beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır.

BKİ = Vücut Ağırlığı (kg) / Boy^2 (m)

BKİ $\leq$ 18.5 kg/m^2 zayıf, 18.6-24.9 kg/m^2 arası normal, 25.0-29.9 kg/m^2 arası fazla kilolu, $\geq$ 30.0 kg/m^2 obez olarak tanımlandı.

İkinci bölümde ise katılımcıların fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi için IPAQ kullanılmıştır. Bu anketin uluslararası geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkiye'deki Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise, Sağlam ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (24).

IPAQ uzun formu 27 soru ve 5 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; işle ilgili fiziksel aktivite, ulaşım, ev işleri, evin bakımı ve ailenin bakımı, dinlenme, spor ve boş zaman fiziksel aktiviteleridir. Oturarak geçirilen zamanın kaydedilmesi hafta içi ve hafta sonu olarak toplam fiziksel aktivite içerisinde değil ayrı olarak kaydedilmektedir (25). IPAQ uzun form için toplam skorun hesaplanması tüm alanlarda yapılan aktivitelerin bütün çeşitleri için süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Hem alana özgü hem de aktiviteye özgü skor hesaplanıp puanlama yapılabilir. Alana özgü puanlama, kendi alt kategorisi içinde yer alan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite skorlarının toplamından oluşmaktadır. Aktiviteye özgü skor hesabında ise alanların kendi başlığı altındaki düşük şiddetli aktivite, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin kendi içinde puanların toplanıp hesaplanmaktadır (26, 27).

Fiziksel aktiviteyi ifade etmek için MET terimi kullanılır. Dakika, gün ve MET değeri (egzersiz esnasındaki enerji sarf etme oranı / Metabolik Equivalent) çarpılarak "MET- dakika/hafta" olarak bir skor elde edilmektedir (116).

"Düşük şiddetli aktivite skorunun hesaplanması (MET-dk/hf):

3.3 x Düşük şiddetli aktivite süresi x Yürüme günü sayısı

Orta şiddetli aktivite skorunun hesaplanması (MET-dk/hf):

4.0 x Orta şiddetli aktivite süresi x Orta şiddetli aktivite günü sayısı

Şiddetli aktivite skorunun hesaplanması (MET-dk/hf):

8.0 x Şiddetli aktivite süresi x Şiddetli aktivite günü sayısı

Toplam Fiziksel Aktivite Skoru (MET-dk/hf):

Düşük şiddetli aktivite + Orta şiddetli aktivite + Şiddetli aktivite skorları.

Toplam fiziksel aktivite skoruna göre katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri "düşük, orta ve yüksek" biçiminde sınıflandırılmaktadır (116)."

"Fiziksel aktivite düzeyleri;

1- Düşük düzey: 600 MET-dk/hafta'nın altında olan bireylerdir.

2- Orta düzey: 600-3000 MET-dk/hafta arasında olan bireylerdir.

3- Yüksek düzey: 3000 MET-dk/hafta üstünde olan bireylerdir (116)."

Anket formundaki oturma soruları skorlama içeriğinde olmayıp onaylanmış eşik değeri olmamakla birlikte tespit amaçlıdır. (28).

Hazırlanan anket formları araştırmacı tarafından katılımcılara yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurtulmuştur. Araştırmacı önce kendini tanıtmış ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmış ve her katılımcıdan gönüllü olur formu almıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi konusunda gerekli özen gösterilmesi sağlanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 8-12 dakika kadar sürmüştür. Bu

süre bazen katılımcıların ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

3.1. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için "IBM SPSS Statistics 26" programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu "Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks" testleri ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında "Kruskal Wallis testi" ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde post hoc test olarak "Dunn's testi" kullanıldı. Parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında "Mann Whitney U testi" kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise "Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi ve Fisher Freeman Halton Exact testi" kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran toplam 302 gönüllü katılımı ile yapılmıştır. Katılımcılara ilişkin demografik özelliklerin dağılımı Tablo 4.1'de görülmektedir.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.

		n	%
Yaş	18-30 yaş arası	113	37.4
	31-40 yaş arası	52	17.2
	41-50 yaş arası	65	21.5
	51-65 yaş arası	50	16.6
	66 yaş ve üzeri	22	7.3
Cinsiyet	Kadın	167	55.3
	Erkek	135	44.7
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	14	4.6
	İlkokul	40	13.2
	Ortaokul	15	5.0
	Lise	54	17.9
	Yüksekokul / Üniversite	179	59.3
Medeni durum	Bekâr	127	42.1
	Evli	151	50.0
	Eşi vefat etmiş / Boşanmış	24	7.9
Çalışma durumu	Bedensel olmayan iş	113	37.4
	Bedensel iş	90	29.8
	Çalışmıyor	99	32.8
Yaşam ortamı	Kırsal alan	30	9.9
	Kentsel alan	272	90.1
Kiminle yaşıyorsunuz?	Tek başına	91	30.1
	Başkalarıyla	211	69.9
Çocuğunuz var mı?	Hayır	160	53.0
	Evet	142	47.0
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretten az	64	21.2
	Asgari ücret	71	23.5
	İki (2) asgari ücret	96	31.8
	Üç (3) asgari ücret ve fazlası	71	23.5
Sigara alışkanlığı	Kullanıyorum	125	41.4
	Kullanmıyorum	177	58.6
Alkol alışkanlığı	Kullanıyorum	93	30.8
	Kullanmıyorum	209	69.2

Tablo 4.1'de incelendiğinde; katılımcıların %37.4'ü 18-30 yaş arası iken, %21.5'i 41-50 yaş arasında, %17.2'si 31-40 yaş arasında, %16.6'sı 51-65 yaş arasında, %7.3'ü 66 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %55.3'ü kadın iken, %44.7'si erkektir.

Katılımcıların %59.3'ü yüksekokul/üniversite mezunu iken, %17.9'u lise mezunu, %13.2'si ilkokul mezunu, %5'i ortaokul mezunu olup; %4.6'sı ise okuryazar değildir.

Katılımcıların %50'si evli iken, %42.1'i bekâr olup, %7.9'u eşi vefat etmiş / boşanmıştır. Çalışma durumu ise %37.4'ü bedensel olmayan iş yapanlar, %32,8'i çalışmayanlar oluşturmakta olup, %29.8'i ise bedensel iş yapanlar oluşturmaktadır.

Katılımcıların %90.1'i kentsel alanda yaşayanlardan, %9.9'u kırsal alanda yaşayanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %69.9'u başkalarıyla yaşıyorken, %30.1'i tek başına yaşamaktadır.

Katılımcıların %53'ünün çocuğu olmayıp, %47'sinin çocuğu vardır. Katılımcıların %31.8'i iki (2) asgari ücret almakta iken, %23.5'i üç (3) asgari ücret ve fazlası ile asgari ücret almaktadır. %21.2'si ise asgari ücretten az almaktadır.

Katılımcıların %58.6'sı sigara kullanmamakta olup, %41.4'ü sigara kullanmaktadır. Alkol kullanmayanlar %69.2'sini oluşturmakta iken, alkol kullananlar %30.8'ini oluşturmaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.

		n	**%**
Vücut kitle indeksi	Zayıf	11	3.64
	Normal	133	44.04
	Kilolu	96	31.79
	Obez	62	20.53
Sosyal medya kullanımı	Kullanmıyorum	40	13.2
	Kullanıyorum	262	86.8
Günlük televizyon izleme süresi	Bir (1) saatten az	144	47.7
	Bir (1) - üç (3) saat arası	101	33.4
	Dört (4) - altı (6) saat arası	41	13.6
	Altı (6) saatten fazla	16	5.3
Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	21	6.9
	Dört (4) - sekiz (8) saat arası	233	77.2
	Sekiz (8) saatten fazla	48	15.9

Tablo 4.2. "Devam" Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımları.

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme	Yapıyorum	112	37.1
	Yapmıyorum	190	62.9
Yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünme	Yeteri kadar vaktim yok	97	51.05
	Vücut ağırlığım normal ihtiyacım yok	23	12.10
	Aktivite yaparken çocuklarımla ilgilenecek kimse yok	16	8.42
	Tek başına aktivite yapmaktan zevk almıyorum	46	24.21
	Sağlık problemlerim var risk olur	20	10.52
	Evimin çevresinde aktivite mekânı yok	32	16.84
	Yaşım aktiviteye uygun değil	23	12.10

Katılımcıların vücut kitle indeksi düzeyleri 16.14 ile 42.97 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalaması 26.05±4.69 kg/m²'dir. Katılımcıların vücut kitle indeksi sonucuna göre %44.04'ü normal kilolu, %31.79'u kilolu, %20.53'ü obez olup %3.64'ü zayıftır.

Katılımcıların %86.8'ini sosyal medya kullananlar, %13.2'sini sosyal medya kullanmayanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %47.7'sinin günlük televizyon izleme süresi bir (1) saatten az olup, %33.4'ünün bir (1)-üç (3) saat arası, %13.6'sının dört (4)-altı (6) saat arası, %5.3'ünün altı (6) saatten fazladır.

Katılımcıların %77.2'sinin günlük uyku süresi dört (4)-sekiz (8) saat arası olup, %15.9'unun sekiz (8) saatten fazla, %6.9'unun dört (4) saatten azdır.

Katılımcıların %62.9'u yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünürken, %37.1'i yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmektedir. Yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünenlere gerekçesi sorulduğunda ise %51.05'i yeteri kadar vakti olmadığını, %24.21'i tek başına aktivite yapmaktan zevk almadığını, %16.84'ü evinin çevresinde aktivite mekânı olmadığını, %12.1'i vücut ağırlığının normal olup ihtiyacı olmadığını, %12.1'i yaşının aktiviteye uygun olmadığını, %10.52'si sağlık problemleri nedeniyle risk olacağını, %8.42'si aktivite yaparken çocuklarıyla ilgilenecek kimse olmadığını belirtmiştir.

4.2. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri

Katılımcıların %58.6'sı sürekli ilaç kullanmıyorken, %41.4'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. %62.3'ü bir (1) kronik hastalığa sahipken; %23.8'i iki (2) kronik hastalığa, %13.9'u ise üç (3) ve daha fazla kronik hastalığa sahiptir.

Katılımcıların %44.7'si beş (5) yıl ve daha kısa süredir kronik hastalığa sahipken; %29.1'i altı (6)-on (10) yıl arası, %26.2'si ise on bir (11) yıl ve daha fazla süredir kronik hastalığa sahiptir.

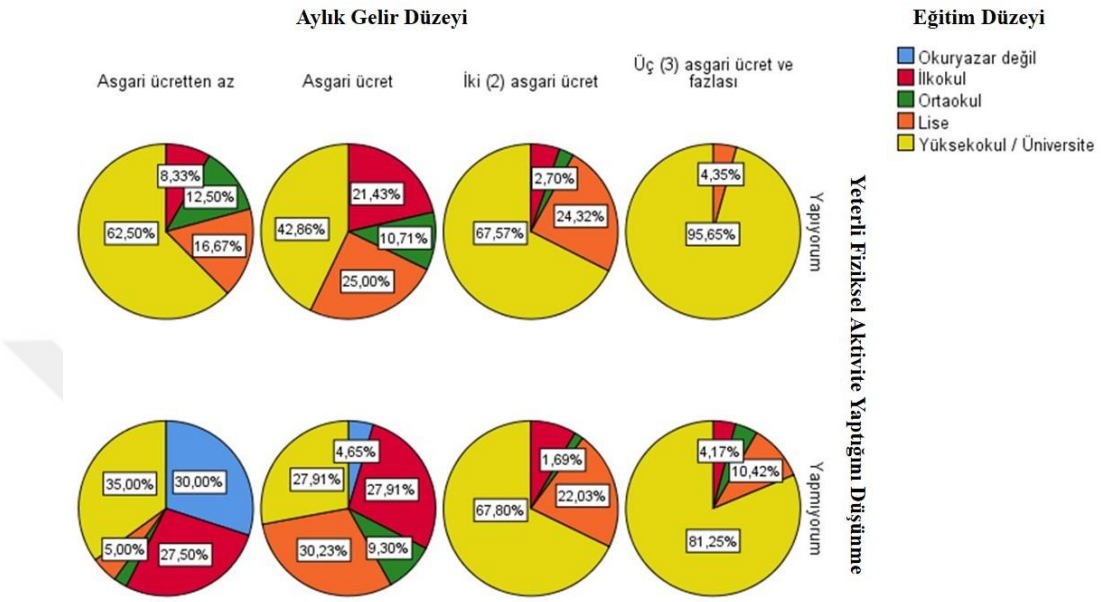
Tablo 4.3. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları.

		n	%
Sürekli ilaç kullanım durumu	Kullanıyorum	125	41.4
	Kullanmıyorum	177	58.6
Kronik hastalık durumu	Bir (1) kronik hastalığım mevcut	188	62.3
	İki (2) kronik hastalığım mevcut	72	23.8
	Üç (3) ve daha fazla kronik hastalığım mevcut	42	13.9
Kronik hastalık süresi	Beş (5) yıl ve daha kısa	135	44.7
	Altı (6) - on (10) yıl arası	88	29.1
	On bir (11) yıl ve daha fazlası	79	26.2

Tablo 4.4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları.

		n	%
Kronik hastalıklar	Diyabetes mellitus	38	12.6
	Hipertansiyon	50	16.6
	Tiroid hastalıkları	45	14.9
	Koroner arter hastalıkları	27	8.9
	Solunum sistemi hastalıkları	49	16.2
	Romatolojik hastalıklar	39	12.9
	Nörolojik hastalıklar	40	13.2
	İskelet kas sistemi hastalıkları	39	12.9
	Psikiyatrik hastalıklar	39	12.9
	Kanser hastalıkları	22	7.3
	Kronik böbrek hastalıkları	15	5.0
	Sindirim sistemi hastalıkları	16	5.3
	Cilt hastalıkları	17	5.6
	Kadın hastalıkları	11	3.6

Tablo 4.4'e bakıldığında katılımcıların kronik hastalıkları içerisinde en sık rastlananları %16.6 ile hipertansiyon ve %16.2 ile solunum sistemi hastalıklarıdır. En az rastlanılanları ise %5.3 ile sindirim sistemi hastalıkları, %5.0 ile kronik böbrek hastalıkları ve %3.6 ile kadın hastalıklarıdır.



Şekil 4.1. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumu ile Aylık Gelir Düzeyi ve Eğitim Düzeyi Yüzdelik Dağılımları.

Şekil 4.1'e bakıldığında katılımcıların fiziksel aktivite yaptığını düşünme durumu ile aylık gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yüzdelik dağılımları grafikleri incelendiğinde; yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerin eğitim düzeyi arttıkça aylık gelir düzeyinin arttığı, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerin içerisinde okuryazar olmayanların hiç bulunmadığı görülmüştür. Yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünenlerin içerisinde olan okuryazar olmayanların gelir düzeyi, asgari ücretten az ve asgari ücret düzeyindedir. Eğitim düzeyi yüksekokul/üniversite mezunu olup aylık gelir düzeyi asgari ücretten az ve asgari ücret olanların yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenler, yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünenlere oranla daha fazladır. Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olup aylık gelir düzeyi asgari ücretten az olanların yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünenler, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlere oranla daha fazladır. Eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul mezunu olup aylık gelir düzeyi üç (3) asgari ücret ve fazlası olanlardan hiçbirisi yeterli fiziksel

aktivite yaptığını düşünmemektedir. Okuryazar olmayanların hiçbirisinin aylık gelir düzeyi iki (2) asgari ücret ile üç (3) asgari ücret ve fazlası değildir.

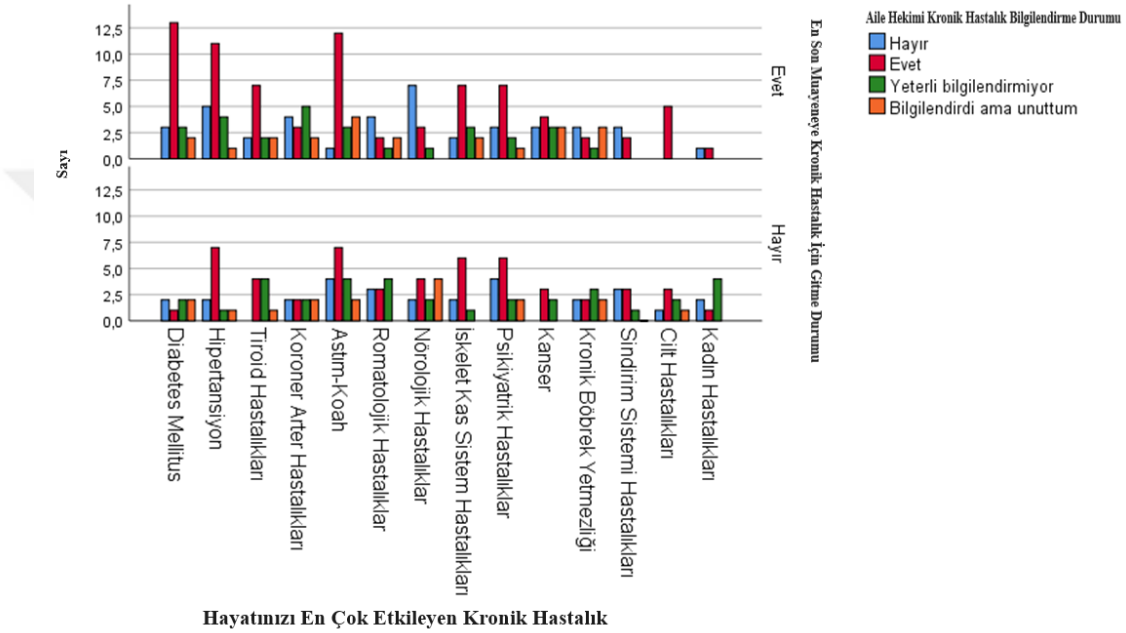
Tablo 4.5. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları.

		n	%
Hayatınızı en çok etkileyen kronik hastalık	Diyabetes mellitus	28	9.27
	Hipertansiyon	32	10.59
	Tiroid hastalıkları	22	7.30
	Koroner arter hastalıkları	22	7.30
	Solunum sistemi hastalıkları	37	12.25
	Romatolojik hastalıklar	19	6.29
	Nörolojik hastalıklar	23	7.62
	İskelet kas sistemi hastalıkları	23	7.62
	Psikiyatrik hastalıklar	27	8.94
	Kanser hastalıkları	18	5.96
	Kronik böbrek hastalıkları	18	5.96
	Sindirim sistemi hastalıkları	12	3.96
	Cilt hastalıkları	12	3.96
	Kadın hastalıkları	9	2.98
En son muayeneye gitme zamanınız	Sıfır (0)-üç (3) ay arası	200	66.2
	Dört (4) ay ve üzeri	102	33.8
En son muayeneye kronik hastalık için gitme durumunuz	Evet	170	56.3
	Hayır	132	43.7
Aile hekiminizin sizi kronik hastalığınızla ilgili bilgilendirme durumu	Hayır	70	23.2
	Evet	131	43.4
	Yeterli bilgilendirmiyor	62	20.5
	Bilgilendirdi ama unuttum	39	12.9
Ne sıklıkla doktora başvurursunuz?	Yılda dört (4) ve daha az	173	57.3
	Yılda beş (5) ve daha fazla	129	42.7

Tabloya bakıldığında katılımcıların hayatlarını en çok etkileyen kronik hastalığı sorulduğunda alınan yanıtlara göre en sık rastlananları %12.25 ile solunum sistemi hastalıkları ve %10.59 ile hipertansiyondur. Hayatlarını en çok etkileyen kronik hastalığı sorulduğunda alınan yanıtlara göre en az rastlananları ise %3.96 ile sindirim sistemi hastalıkları, %3.96 ile cilt hastalıkları ve %2.98 ile kadın hastalıklarıdır.

Katılımcıların en son muayeneye gitme zamanı sorulduğunda %66.2'si üç (3) ay içerisinde gitmişken, %33.8'i ise dört (4) ay ve üzeri zamanda muayeneye gitmiştir. Katılımcıların %56.3'ü en son muayeneye kronik hastalık için gitmişken, %43.7'si en

son muayeneye kronik hastalık dışında neden için gitmiştir. Katılımcıların %43.4'ü aile hekimlerinin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirdiğini düşünürken; %23.2'si aile hekimlerinin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirmediğini, %20.5'i yeterli bilgilendirmediğini, %12.9'u ise aile hekiminin bilgilendirdiğini ancak unuttuğunu beyan etmiştir. Katılımcıların %57.3'ü yılda dört (4) ve daha az sefer doktora başvururken, %42.7'si ise yılda beş (5) ve daha fazla sefer başvuru yapmıştır.



Şekil 4.2. Katılımcıların Hayatlarını En Çok Etkileyen Kronik Hastalık ile Aile Hekiminin Kronik Hastalıkla İlgili Bilgilendirme Durumu ve En Son Muayeneye Kronik Hastalık İçin Gitme Durumu Dağılımları.

Şekle bakıldığında katılımcıların hayatlarını en çok etkileyen kronik hastalık ile aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirme durumu ve en son muayeneye kronik hastalık için gitme durumu dağılımları incelendiğinde; en son muayeneye cilt hastalığı için gidenlerin tamamı aile hekiminin kronik hastalıkla bilgilendirdiğini bildirmiştir. En son muayeneye kronik hastalık için gitmeyip tiroit hastalığı olanların hiçbirisi aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirmediğini düşünmemiştir. En son muayeneye koroner arter hastalıkları için gidenlerde aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili yeterli bilgilendirmediğini düşünenler daha yüksek orandadır. En son

muayeneye kronik hastalık için gitmeyip romatolojik, kronik böbrek yetmezliği ve kadın hastalığı olanların büyük çoğunluğu aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili yeterli bilgilendirmediğini düşünmektedir. En son muayeneye kronik hastalık için gitmeyip kanser ve tiroit hastalığı olanların hiçbirisi aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirmediğini düşünmemektedir. En son muayeneye kronik hastalık için giden ve gitmeyenlerin büyük çoğunluğu genel olarak aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirdiğini beyan etmiştir. Kadın hastalıkları ve sindirim sistemi hastalıkları olanların tamamı aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirdiğini ve unutmadıklarını düşünmektedir. En son muayeneye kronik hastalık için gidenlerin büyük çoğunluğu genel olarak aile hekiminin kronik hastalıkla ilgili bilgilendirdiğini düşünmektedir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyi Tanımlayıcı Değerleri.

IPAQ	(n:302)
İşle ilgili fiziksel aktivite düzeyi	2772.59±6746.24
Ulaşımla ilgili fiziksel aktivite düzeyi	1281.28±2146.94
Ev, bahçe, ailenin bakımı fiziksel aktivite düzeyi	2932.87±6750.98
Boş zaman fiziksel aktivite düzeyi	1543.96±3203.70
Oturma aktivite	742.45±400.85

X ± SS = Ortalama ± Standart Sapma

4.3. Katılımcıların Met Ortalama Puanlarına ve Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Bilgiler

Tablo 4.7. Katılımcıların MET Ortalama Puan Dağılımları.

MET PUAN	n	Minimum	Maksimum	Ort±SS	Medyan
Oturma puanı	302	120	2280	742.45±400.85	660
Düşük düzey fiziksel aktivite (Yürüme puanı)	27	0	31185	2760.61±4006.58	1467
Orta şiddetli fiziksel aktivite	93	0	34680	2410.98±3855.45	960
Şiddetli düzey fiziksel aktivite	182	0	58080	3359.13±7786.71	278
MET toplam	302	0	80112	8530.72±12439.65	4387

Tabloya bakıldığında katılımcıların oturma MET ortalama puanı 742.45±400.85, düşük düzey fiziksel aktivite (yürüme) MET ortalama puanı 2760.61±4006.58, orta şiddetli fiziksel aktivite MET ortalama puanı 2410.98±3855.45, şiddetli düzey fiziksel aktivite MET ortalama puanı 3359.13±7786.71, toplam MET ortalama puanı 8530.72±12439.65 olarak saptandı.

Tablo 4.8. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Düzeyi Dağılımları.

Fiziksel Aktivite Düzeyi	**n**	**%**
Düşük düzey fiziksel aktivite	27	8.9
Orta düzey fiziksel aktivite	93	30.8
Şiddetli düzey fiziksel aktivite	182	60.3

Tabloya bakıldığında katılımcıların %60.3'ünün fiziksel aktivitesi şiddetli düzey iken, %30.8'inin orta düzeyli, %8.9'unun düşük düzeydedir.

4.4. Katılımcıların Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Bilgiler

Tablo 4.9. Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyi Dağılımları.

Alana Özel Fiziksel Aktivite Düzeyi Dağılımları		**n**	**%**
İşle ilgili fiziksel aktivite düzeyi	Düşük düzey fiziksel aktivite	186	61.6
	Orta düzey fiziksel aktivite	48	15.9
	Şiddetli düzey fiziksel aktivite	68	22.5
Ulaşımla ilgili fiziksel aktivite düzeyi	Düşük düzey fiziksel aktivite	149	49.34
	Orta düzey fiziksel aktivite	129	42.71
	Şiddetli düzey fiziksel aktivite	24	7.95
Ev, bahçe, ailenin bakımı fiziksel aktivite düzeyi	Düşük düzey fiziksel aktivite	139	46.0
	Orta düzey fiziksel aktivite	96	31.8
	Şiddetli düzey fiziksel aktivite	67	22.2
Boş zaman fiziksel aktivite düzeyi	Düşük düzey fiziksel aktivite	156	51.7
	Orta düzey fiziksel aktivite	103	34.1
	Şiddetli düzey fiziksel aktivite	43	14.2

Tabloya bakıldığında katılımcıların işle ilgili, ulaşımla ilgili, ev bahçe ailenin bakımı ile ilgili ve boş zamana ait alana özel fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiştir.

Katılımcıların işle ilgili fiziksel aktivite düzeyi incelendiğinde %61.6'sının düşük düzey, %22.5'inin şiddetli düzey, %15.9'unun orta düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların ulaşımla ilgili fiziksel aktivite düzeyi incelendiğinde %49.34'ünün düşük düzey, %42.71'inin orta düzey, %7.95'inin şiddetli düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların ev, bahçe, ailenin bakımı ile ilgili fiziksel aktivite düzeyi incelendiğinde %46'sının düşük düzey, %31.8'inin orta düzey, %22.2'sinin şiddetli düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların boş zaman ile ilgili fiziksel aktivite düzeyi incelendiğinde %51.7'sinin düşük düzey, %34.1'inin orta düzey, %14.2'sinin şiddetli düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu görülmüştür.

4.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Verilerinin MET Puanları İle Karşılaştırılması

Yaş grupları arasında oturma puanı, orta şiddetli aktivite puanı, şiddetli aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Yaş grupları arasında yürüme puanları (düşük düzey fiziksel aktivite) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p: 0.005; $p<0.05$). Anlamlı farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; 66 yaş ve üzeri düşük düzey fiziksel aktivite puanı 18-30, 31-40 ve 41-50 yaş gruplarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p1:0.005; p2:0.04; p3:0.002). Diğer yaş grupları arasında düşük düzey fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kadın ve erkek grupları arasında oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite ve MET toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadınlarda orta düzey fiziksel aktivite puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p:0.045; $p<0.05$).

Erkeklerde şiddetli düzey fiziksel aktivite puanları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p:0.029; $p<0.05$).

Eğitim düzeyi grupları arasında oturma aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Eğitim düzeyi grupları arasında düşük düzey fiziksel aktivite MET puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p <0.05). Düşük düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi eğitim düzeyi grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; okuryazar olmayanların düşük düzey fiziksel aktivite MET puanları ilkokul, lise ve yüksekokul/üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p1:0.004; p2:0.000; p3:0.000; p<0.05). Diğer eğitim düzeyi grupları ile düşük düzey fiziksel aktivite MET puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Eğitim düzeyi grupları arasında orta düzey fiziksel aktivite MET puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.010; p <0.05). Orta düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi eğitim düzeyi grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; okuryazar olmayanların orta düzey fiziksel aktivite MET puanları lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.009; p <0.05). Diğer eğitim düzeyi grupları ile orta düzey fiziksel aktivite MET puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Eğitim düzeyi grupları arasında şiddetli düzey fiziksel aktivite MET puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.008; p <0.05). Şiddetli düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi eğitim düzeyi grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; yüksekokul/üniversite mezunlarının şiddetli düzey fiziksel aktivite MET puanları lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.007; p <0.05). Diğer eğitim düzeyi grupları ile şiddetli düzey fiziksel aktivite MET puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Eğitim düzeyi grupları arasında MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.012; p <0.05). MET toplam puanında anlamlı farklılığın hangi eğitim düzeyi grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; MET toplam puanı okuryazar olmayanların ve ortaokul mezunu olanların lise mezunlarına göre düşük olduğu görülmüştür (p1:0.07; p2:0.08). Lise mezunu olanların MET toplam puanı diğer eğitim düzeyi gruplarından yüksek bulunmuştur. Diğer eğitim düzeyi grupları ile

MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Medeni durum grupları ile şiddetli düzey fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Medeni durum grupları arasında oturma aktivite MET puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.007; p <0.05). Oturma aktivite MET puanında anlamlı farklılığın hangi medeni durum grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; oturma aktivite MET puanı evlilerin bekârlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.006; p<0.05). Diğer medeni durum grupları ile oturma aktivite MET puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Medeni durum grupları arasında düşük düzey fiziksel aktivite puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; p <0.05). Düşük düzey fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılığın hangi medeni durum grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; eşi vefat etmiş/boşanmış olanların evlilere göre ve eşi vefat etmiş/boşanmışların bekârlara göre düşük düzey fiziksel aktivite puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p1:0.024; p2:0.001; p<0.05). Diğer medeni durum grupları ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Medeni durum grupları arasında orta düzey fiziksel aktivite puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.019; p <0.05). Orta düzey fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılığın hangi medeni durum grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; eşi vefat etmiş/boşanmış olanların evlilere göre orta düzey fiziksel aktivite puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.020; p<0.05). Diğer medeni durum grupları ile orta düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Medeni durum grupları arasında MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.014; p <0.05). MET toplam puanlarında anlamlı farklılığın hangi medeni durum grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; MET toplam puanları eşi vefat etmiş/boşanmış olanların evlilere göre ve eşi vefat etmiş/boşanmışların bekârlara göre MET toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p1:0.022;

p2:0.011; p<0.05). Diğer medeni durum grupları ile MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Çalışma durumu grupları ile oturma aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Çalışma durumu grupları arasında düşük düzey fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.001; p <0.05). Düşük düzey fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; düşük düzey fiziksel aktivite puanlarında bedensel iş yapanların çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p:0.001; p<0.05). Diğer çalışma durumu grupları ile düşük düzey fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Çalışma durumu grupları arasında orta düzey fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; p <0.05). Orta düzey fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; orta düzey fiziksel aktivite puanlarında bedensel iş yapanların çalışmayanlara ve bedensel olmayan iş yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p1:0.003; p2:0.010; p<0.05). Diğer çalışma durumu grupları ile orta düzey fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Çalışma durumu grupları arasında şiddetli düzey fiziksel aktivite puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.007; p <0.05). Şiddetli düzey fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; şiddetli düzey fiziksel aktivite puanlarında bedensel iş yapanların çalışmayanlara ve bedensel olmayan iş yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p1:0.015; p2:0.018; p<0.05).

Diğer çalışma durumu grupları ile şiddetli düzey fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).Çalışma durumu grupları arasında MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p <0.05). MET toplam puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; MET toplam puanında bedensel iş yapanların çalışmayanlara ve bedensel

olmayan iş yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p1:0.000; p2:0.001; p<0.05). Diğer çalışma durumu grupları ile MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.10. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

		Oturma Puanı	Yürüme Puanı (Düşük Düzey Aktivite)	Orta Şiddetli Aktivite Puanı	Şiddetli Aktivite Puanı	MET Toplam Puanı
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Yaş	18-30 yaş arası	789.55±431.66 (720)	2561.15±3030.89 (1782)	2529.86±4457.07 (1200)	3908.29±9397.70 (480)	8999.30±13958 (4473)
	31-40 yaş arası	664.61±285.12 (630)	3112.81±5225.94 (1368)	2128.30±3313.91 (744)	2424.30±6115.14 (0)	7665.42±12184 (4365)
	41-50 yaş arası	685.84±351.13 (600)	2968.09±3491.14 (2118)	2531.97±3975.09 (960)	3842.41±8365.13 (0)	9342.47±12565.51 (3658)
	51-65 yaş arası	722.40±419.38 (600)	3313.93±5495.95 (1336)	3001.29±3435.20 (1039)	3241.60±5824.30 (640)	9556.83±11133.78 (5787)
	66 yaş ve üzeri	897.27±512.63 (900)	1082.07±1676.39 (381)	769.41±880.54 (600)	1587.27±2643.61 (0)	3438.76±3619.50 (1835)
	[1]p	0.222	0.005*	0.131	0.577	0.078
Cinsiyet	Kadın	767.78±436.68 (660)	2444.51±3309.94 (1435)	2626.70±3740.94 (1200)	2418.01±4890.43 (0)	7489.23±9756.07 (4194)
	Erkek	711.11±350.58 (600)	3151.63±4712.54 (1584)	2144.13±3990.40 (840)	4523.33±10202.98 (720)	9819.09±15055.36 (4542)
	[2]p	0.544	0.363	0.045*	0.029*	0.438
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	998.57±643.04 (870)	268.71±177.48 (207)	406.28±279.32 (372)	3428.57±3962.01 (2400)	4103.57±4096.93 (3201)
	İlkokul mezunu	817.50±422.67 (780)	2442.59±3178.20 (1336)	2709.48±3628.73 (960)	2434.00±4416.13 (0)	7586.07±9632.07 (3501)
	Ortaokul mezunu	752.00±345.31 (660)	1457.94±1656.12 (891)	1589.92±2443.56 (384)	960.53±1818.15 (0)	4008.39±4286.47 (1950)
	Lise mezunu	710.00±388.45 (630)	4011.26±6439.19 (1980)	3422.56±4658.32 (1640)	6533.03±11372.94 (1440)	13966.86±17575.45 (6277)
	Yüksekokul/Üniversite mezunu	714.63±374.87 (660)	2758.44±3352.56 (1782)	2264.71±3819.63 (1080)	2803.94±7368.54 (0)	7827.09±11566.06 (4026)
	[1]p	0.501	0.000*	0.01*	0.008*	0.012*

Tablo 4.10. "Devam" Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

Medeni durum	Bekâr	812.59±414.22 (720)	2933.86±3704.94 (1980)	2538.50±4696.19 (960)	3773.70±8180.03 (720)	9246.06±13396.21 (4669)
	Evli	671.12±361.29 (600)	2824.48±4408.48 (1524)	2556.16±3270.69 (1320)	3263.81±7951.86 (0)	8644.46±12268.58 (4362)
	Eşi vefat etmiş/boşanmış	820.00±494.66 (720)	1441.99±2475.45 (442)	822.80±1042.48 (480)	1765.00±3299.92 (0)	4029.79±6027.49 (1873)
	[1]p	0.007*	0.002*	0.019*	0.090	0.014*
Çalışma durumu	Bedensel olmayan iş	701.41±355.06 (660)	2605.84±4110.47 (1579)	1851.56±3014.40 (720)	2215.75±5710.72 (120)	6673.16±9577.41 (3514)
	Bedensel iş	768.66±421.09 (660)	3878.24±4791.61 (2227)	3484.04±4902.73 (1680)	6439.02±11648.35 (1512)	13801.31±17236.61 (7191)
	Çalışmıyor	765.45±430.46 (660)	1921.23±2693.97 (990)	2074.01±3450.83 (792)	1864.29±3641.26 (0)	5859.53±7996.47 (3333)
	[1]p	0.722	0.001*	0.002*	0.007*	0.000*

[1]Kruskal Wallis Test *[2]Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Tablo 4.11. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

		Oturma Puanı	**Yürüme Puanı (Düşük Düzey Aktivite)**	**Orta Şiddetli Aktivite Puanı**	**Şiddetli Aktivite Puanı**	**MET Toplam Puanı**
		Ort±SS (medyan)	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**
Yaşam ortamı	Kırsal alan	864.00±533.31 (690)	598.57±812.33 (293)	1819.60±4029.93 (480)	3980.00±4733.75 (2100)	6398.17±8505.70 (4899)
	Kentsel alan	729.04±382.38 (660)	2999.07±4145.43 (1782)	2476.21±3837.86 (1088)	3290.65±8056.03 (192)	8765.93±12789.63 (4365)
	[2]p	0.358	0.000*	0.066	0.113	0.257
Kiminle yaşıyorsunuz?	Tek başına	867.03±465.55 (780)	2484.14±2943.03 (1386)	2359.13±4943.64 (960)	2795.21±4866.30 (480)	7638.50±11128.78 (4639)
	Başkalarıyla	688.72±357.48 (600)	2879.84±4387.41 (1579)	2433.34±3290.90 (1060)	3602.33±8749.91 (224)	8915.52±12970.31 (4335)
	[2]p	0.002*	0.757	0.232	0.656	0.693
Çocuk durumu	Yok	810.75±416.61 (720)	2614.87±3445.04 (1504)	2191.21±3971.60 (912)	3449.38±8308.46 (480)	8255.46±12562.93 (4371)
	Var	665.49±368.82 (600)	2924.82±4564.41 (1386)	2658.61±3718.63 (1140)	3257.44±7181.46 (40)	8840.88±12336.28 (4455)
	[2]p	0.001*	0.571	0.134	0.770	0.721

Tablo 4.11. "Devam" Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretten az	828.75±475.43 (780)	1802.52±3006.85 (792)	2118.18±3922.45 (720)	2114.45±4173.69 (0)	6035.15±9271.32 (3087)
	Asgari ücret	748.73±373.44 (660)	3358.73±4699.30 (2079)	2486.88±3434.58 (1440)	4394.92±7724.12 (1040)	10240.54±12623.20 (6162)
	İki (2) asgari ücret	726.25±373.48 (600)	2513.69±2881.32 (1410)	2515.94±4375.72 (1070)	3248.25±7870.49 (480)	8277.88±12555.34 (4692)
	Üç (3) asgari ücret	680.28±384.17 (600)	3359.98±5088.12 (1815)	2457.10±3491.05 (960)	3595.22±9936.58 (0)	9412.31±14325.72 (3063)
	[1]p	0.276	0.008*	0.114	0.043*	0.018*
Sigara alışkanlığı	Kullanıyorum	717.12±413.30 (600)	2941.15±4148.25 (1316)	2713.28±4368.51 (1200)	4288.10±9680.85 (480)	9942.53±14625.92 (5110)
	Kullanmıyorum	760.33±392.01 (720)	2633.10±3910.29 (1584)	2197.50±3444.63 (960)	2703.07±6051.52 (0)	7533.68±10560.26 (3954)
	[2]p	0.140	0.958	0.186	0.188	0.148
Alkol alışkanlığı	Kullanıyorum	740.00±388.87 (660)	2459.40±3750.65 (990)	2229.52±4178.56 (768)	3345.99±7014.86 (480)	8034.92±12562.24 (3732)
	Kullanmıyorum	743.54±406.97 (660)	2894.64±4116.96 (1782)	2491.73±3710.33 (1063)	3364.97±8122.65 (160)	8751.34±12408.65 (4639)
	[2]p	0.870	0.081	0.514	0.648	0.462
Vücut kitle indeksi	Zayıf	894.54±433.04 (960)	3749.40±4145.32 (1980)	3746.76±7162.70 (318)	2491.63±5761.21 (0)	9987.80±15802.05 (2892)
	Normal	728.12±398.73 (600)	2420.07±2883.90 (1683)	2212.66±3226.97 (1200)	3308.06±8260.03 (800)	7940.79±11007.07 (4847)
	Kilolu	700.62±386.54 (660)	2844.69±4399.29 (1187)	2648.79±4549.58 (960)	3284.30±6696.87 (238)	8777.78±13733.57 (3806)
	Obez	810.96±416.22 (750)	3185.50±5256.58 (1584)	2231.21±3104.59 (960)	3738.45±8715.74 (112)	9155.16±12849.02 (4692)
	[1]p	0.227	0.270	0.788	0.563	0.929

[1]Kruskal Wallis Test *[2]Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Kırsal ve kentsel alanda yaşayanlar ile oturma aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kentsel alanda yaşayanların düşük düzey fiziksel aktivite puanları kırsal alanda yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p:0.000$; $p<0.05$).

Tek başına yaşayanlar ve başkalarıyla yaşayanlar ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Tek başına yaşayanların oturma aktivite MET puanı, başkalarıyla yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p:0.002$; $p<0.05$).

Çocuğu olan ve olmayan kişiler ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Çocuğu olanların oturma aktivite MET puanı, çocuğu olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür ($p:0.001$; $p<0.05$).

Aylık gelir düzeyi ile oturma aktivite puanı ve orta düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Aylık gelir düzeyi ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p:0.008$; $p <0.05$). Düşük düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; düşük düzey fiziksel aktivite puanı aylık asgari ücretten az alanların, asgari ücret ve üç (3) asgari ücret ve fazlasını alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür ($p1:0.010$; $p2:0.028$; $p<0.05$). Diğer aylık gelir düzeyi grupları ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Aylık gelir düzeyi ile şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p:0.043$; $p <0.05$). Şiddetli düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı aylık asgari ücret alanların, üç (3) asgari ücret ve fazlasını alanlara göre yüksek olduğu görülmüştür ($p:0.077$; $p<0.05$). Diğer aylık gelir düzeyi grupları ile şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Aylık gelir düzeyi ile MET toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p:0.018$; $p<0.05$). MET toplam puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; MET toplam puanı asgari ücretten az aylık gelir düzeyine sahip olanların asgari ücret alanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür ($p:0.01$; $p<0.05$). Diğer aylık gelir düzeyi grupları ile MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Sigara kullanan ve kullanmayan kişiler arasında oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

yoktur (p>0.05).

Alkol kullanan ve kullanmayan kişiler arasında oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Vücut kitle indeksi grupları arasında oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Tablo 4.12. Katılımcıların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

		Oturma Puanı	**Yürüme Puanı (Düşük Düzey Aktivite)**	**Orta Şiddetli Aktivite Puanı**	**Şiddetli Aktivite Puanı**	**MET Toplam Puanı**
		Ort±SS (medyan)	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**
Sosyal medya kullanımı	Kullanmıyorum	847.50±473.84 (780)	1507.40±2498.04 (485)	1632.66±2894.14 (660)	2340.00±3940.51 (0)	5480.06±8174.69 (3070)
	Kullanıyorum	726.41±387.04 (660)	2951.94±4159.68 (1732)	2529.81±3972.91 (1148)	3514.72±8211.06 (440)	8996.47±12916.32 (4590)
	[2]p	0.205	0.000*	0.070	0.486	0.041*
Günlük TV izleme süresi	Bir (1) saatten az	730.41±386.52 (660)	2675.49±3352.51 (1581)	2449.38±3834.25 (1140)	4386.67±9673.09 (480)	9511.56±13426.14 (4423)
	Bir (1) - Üç (3) saat arası	701.58±380.86 (600)	3232.19±4360.17 (1980)	2934.48±4505.19 (1320)	2640.31±6289.34 (480)	8807.00±12904.02 (4646)
	Dört (4) - Altı (6) saat arası	784.39±445.25 (660)	2452.88±5458.25 (712)	1466.51±2230.72 (720)	1682.53±3168.78 (0)	5601.93±8857.67 (2772)
	Altı (6) saatten fazla	1001.25±464.09 (1020)	1338.35±2192.12 (330)	1180.95±1906.50 (456)	2945.00±3565.66 (1200)	5464.30±4918.02 (5392)
	[1]p	0.084	0.000*	0.018*	0.227	0.131
Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	848.57±567.71 (600)	1431.76±1468.80 (693)	1238.59±1993.70 (480)	3469.71±4738.21 (480)	6140.06±5663.91 (5509)
	Dört (4) - Sekiz (8) saat arası	713.81±375.06 (660)	2876.48±3979.11 (1683)	2365.10±3845.14 (1097)	2929.03±7338.34 (316)	8170.62±11973.22 (4194)
	Sekiz (8) saatten fazla	835.00±423.87 (780)	2779.53±4782.82 (1019)	3146.60±4398.36 (960)	5398.50±10381.02 (24)	11324.63±16080.05 (6184)
	[1]p	0.114	0.035*	0.274	0.580	0.562

Tablo 4.12. "Devam" Katılımcıların Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme	Yapıyorum	694.82±370.97 (600)	3269.43±4045.55 (1980)	3017.82±4539.92 (1720)	4980.72±8585.31 (1440)	11267.99±13713.03 (6771)
	Yapmıyorum	770.52±415.85 (660)	2460.67±3963.51 (1188)	2053.26±3349.84 (768)	2403.24±7127.27 (0)	6917.18±11355.53 (3243)
	[2]p	0.160	0.002*	0.003*	0.000*	0.000*
Sürekli ilaç kullanımı	Kullanıyorum	756.00±453.18 (600)	2615.75±4061.58 (1138)	2619.98±3980.06 (768)	3690.04±7381.40 (0)	8925.78±12047.41 (3990)
	Kullanmıyorum	732.88±360.39 (660)	2862.91±3975.65 (1782)	2263.38±3769.37 (1200)	3125.43±8073.16 (480)	8251.73±12735.86 (4440)
	[2]p	0.619	0.022*	0.352	0.764	0.627
Kaç tane kronik hastalık sahibi olma durumu	Bir (1) kronik hastalığım mevcut	718.40±363.85 (660)	3035.88±4182.33 (1782)	2821.94±4377.02 (1357)	3991.88±9367.98 (440)	9849.70±14333.38 (4497)
	İki (2) kronik hastalığım mevcut	724.16±430.82 (600)	2527.69±2690.00 (1732)	1843.86±2287.80 (960)	2141.11±3618.52 (300)	6512.66±7012.31 (4264)
	Üç (3) ve daha fazla kronik hastalığım mevcut	881.42±481.00 (810)	1927.75±4938.20 (483)	1543.65±3251.60 (408)	2614.85±4145.31 (0)	6086.26±9623.88 (2284)
	[1]p	0.110	0.000*	0.001*	0.870	0.072
Kronik hastalık süresi	Beş (5) yıl ve daha kısa	734.66±390.25 (660)	2791.85±3928.62 (1485)	2268.70±3814.99 (1200)	3922.60±10012.99 (8)	8983.16±14307.11 (4110)
	Altı (6) - On (10) yıl arası	771.81±420.95 (720)	2404.17±2342.04 (1806)	2327.90±3597.26 (1010)	3268.92±6070.68 (840)	8000.99±9698.87 (5243)
	On bir (11) yıl ve daha fazlası	723.03±399.14 (600)	3104.27±5389.73 (1188)	2746.67±4215.22 (864)	2496.70±4395.63 (0)	8347.65±11826.99 (3658)
	[1]p	0.647	0.452	1.000	0.342	0.783

[1]Kruskal Wallis Test *[2]Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Sosyal medya kullanımı ile oturma aktivite puanları, orta şiddetli fiziksel aktivite puanları, şiddetli fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Sosyal medya kullanmayanların düşük düzey fiziksel aktivite puanı, sosyal medya kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.000; p<0.05). Sosyal medya kullanmayanların MET toplam puanı, sosyal medya kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.041; p<0.05).

Günlük televizyon izleme süresi ile oturma aktivite puanları, şiddetli fiziksel aktivite puanları, MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Günlük televizyon izleme süresi ile düşük düzey fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p:0.000; p <0.05).

Düşük düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleyenlerin ile bir (1) saatten az televizyon izleyenler ve bir (1) – üç (3) saat arası televizyon izleyenlere göre düşük düzey fiziksel aktivite puanı anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p1:0.027; p2:0.004; $p<0.05$). Günlük dört (4) – altı (6) saat arası televizyon izleyenlerin, bir (1) – üç (3) saat arası televizyon izleyenlere göre düşük düzey fiziksel aktivite puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.005; $p <0.05$). Diğer günlük televizyon izleme süreleri ile düşük düzey fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Günlük televizyon izleme süresi ile orta düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p:0.018; $p<0.05$). Orta düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; günlük dört (4) – altı (6) saat arası televizyon izleyenlerin, bir (1)–üç (3) saat arası televizyon izleyenlere göre orta düzey fiziksel aktivite puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.039; $p<0.05$). Diğer günlük televizyon izleme süreleri ile orta düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Günlük uyku süresi ile oturma aktivite puanları, orta düzey fiziksel aktivite puanları, şiddetli fiziksel aktivite puanları, MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Günlük uyku süresi ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p:0.035; $p <0.05$). Düşük düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi çalışma durumu grubundan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; günlük dört (4) saatten az uyuyanların, dört (4)-sekiz (8) saat arası uyuyanlara göre düşük düzey fiziksel aktivite puanının düşük olduğu görülmüştür (p:0.09; $p >0.05$). Diğer günlük uyku süreleri ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme ile oturma aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin düşük düzey fiziksel aktivite puanının, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p:0.002;

p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin orta düzey fiziksel aktivite puanının, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p:0.003; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin şiddetli düzey fiziksel aktivite puanının, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p:0.000; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin MET toplam puanının, yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p:0.000; p <0.05).

Sürekli ilaç kullanım durumu ile oturma aktivite puanları, orta düzey fiziksel aktivite puanları, şiddetli fiziksel aktivite puanları, MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Sürekli ilaç kullananların düşük düzey fiziksel aktivite puanı, sürekli ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p:0.022; p <0.05).

Kaç tane kronik hastalık sahibi olma durumu ile oturma aktivite puanları, şiddetli fiziksel aktivite puanları, MET toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Kaç tane kronik hastalık sahibi olma durumu ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p:0.000; p <0.05). Düşük düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların düşük düzey fiziksel aktivite puanı, bir (1) kronik hastalığı olanlar ile iki (2) kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p1:0.000; p2:0.005; p <0.05). Kaç tane kronik hastalık sahibi olma durumu ile orta düzey fiziksel aktivite puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p:0.001; p <0.05). Orta düzey fiziksel aktivite puanında anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan post hoc testler sonucunda; üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların orta düzey fiziksel aktivite puanı, bir (1) kronik hastalığı olanlar ile iki (2) kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (p1:0.001; p2:0.039; p<0.05).

Kronik hastalık süresi ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05)

4.6. Katılımcıların Kronik Hastalık Verilerinin MET Puanları İle Karşılaştırılması

Diyabetes mellitus hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Hipertansiyon hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tiroid hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Koroner arter hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Solunum hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Romatolojik hastalığı olan ve olmayanlar ile düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Romatolojik hastalığı olanların oturma aktivite MET puanı, romatolojik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p:0.027$; $p<0.05$).

Nörolojik hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

İskelet kas sistemi hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Tablo 4.13. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

		Oturma Puanı	**Yürüme Puanı (Düşük Düzey Aktivite)**	**Orta Şiddetli Aktivite Puanı**	**Şiddetli Aktivite Puanı**	**MET Toplam Puanı**
		Ort±SS (medyan)	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**
Kronik Hastalık Durumu						
Diyabetes mellitus	Yok	739.54±393.60 (660)	2608.43±3577.14 (1504)	2409.81±3887.46 (960)	3295.52±7966.92 (232)	8313.76±12408.47 (4387)
	Var	762.63±453.29 (630)	3817.85±6190.52 (1163)	2419.11±3674.84 (756)	3801.05±6470.06 (480)	10038.02±12718.69 (4467)
	^{2}p	0.964	0.701	0.384	0.552	0.912
Hipertansiyon	Yok	724.76±379.21 (660)	2725.71±3741.59 (1410)	2360.57±3894.67 (979)	3199.91±7484.80 (400)	8286.20±12296.07 (4348)
	Var	831.60±490.59 (750)	2936.48±5182.65 (1683)	2665.04±3678.61 (840)	4161.60±9203.27 (0)	9763.12±13199.95 (4743)
	^{2}p	0.199	0.486	0.431	0.772	0.810
Tiroid hastalıkları	Yok	748.71±393.44 (660)	2726.78±3705.42 (1584)	2272.69±3393.07 (960)	3473.62±8112.72 (320)	8473.10±12002.31 (4407)
	Var	706.66±443.84 (660)	2953.77±5466.77 (990)	3200.78±5826.91 (960)	2705.24±5598.17 (0)	8859.80±14843.35 (4335)
	^{2}p	0.355	0.193	0.452	0.678	0.523
Koroner arter hastalıkları	Yok	742.47±406.55 (660)	2792.11±4149.28 (1386)	2505.53±3981.20 (960)	3475.40±8091.57 (224)	8773.06±12902.39 (4368)
	Var	742.22±343.92 (720)	2439.70±2070.60 (1980)	1448.00±1998.48 (600)	2174.81±3217.41 (960)	6062.51±5492.48 (5103)
	^{2}p	0.611	0.438	0.134	0.789	0.868
Solunum sistemi hastalıkları	Yok	733.99±399.34 (660)	2737.53±3826.61 (1584)	2423.07±3965.78 (960)	3472.65±7995.40 (400)	8633.25±12343.29 (4440)
	Var	786.12±409.92 (660)	2879.76±4875.53 (1138)	2348.58±3261.75 (960)	2772.99±6647.24 (0)	8001.35±13044.73 (4026)
	^{2}p	0.520	0.633	0.981	0.374	0.496

Tablo 4.13. "Devam" Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

Romatolojik hastalıklar	Yok	720.91±386.32 (660)	2909.33±4211.75 (1584)	2471.98±3755.62 (1060)	3481.70±8197.23 (240)	8863.03±12884.39 (4440)
	Var	887.69±467.84 (900)	1757.66±1914.21 (1089)	1999.63±4504.99 (720)	2532.51±4022.61 (720)	6289.80±8674.53 (3271)
	[2]p	0.027*	0.092	0.208	0.892	0.307
Nörolojik hastalıklar	Yok	725.72±388.71 (660)	2832.87±4151.09 (1551)	2437.12±3928.41 (1061)	2992.03±6695.60 (278)	8262.04±11839.09 (4176)
	Var	852.00±463.40 (780)	2287.26±2882.67 (1188)	2239.74±3377.89 (660)	5763.60±12692.62 (272)	10290.60±15894.37 (5493)
	[2]p	0.132	0.284	0.435	0.289	0.598
İskelet kas sistemi hastalıkları	Yok	754.22±411.68 (660)	2805.10±4185.64 (1485)	2441.56±3890.63 (960)	3551.88±8212.31 (48)	8798.55±12945.82 (4440)
	Var	663.07±311.14 (600)	2460.56±2500.97 (1449)	2204.77±3650.60 (768)	2059.28±3645.51 (520)	6724.62±8147.42 (3633)
	[2]p	0.249	0.740	0.731	0.557	0.819

[2]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Tablo 4.14. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

		Oturma Puanı	**Yürüme Puanı (Düşük Düzey Aktivite)**	**Orta Şiddetli Aktivite Puanı**	**Şiddetli Aktivite Puanı**	**MET Toplam Puanı**
		Ort±SS (medyan)	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**	**Ort±SS (medyan)**
Kronik Hastalık Durumu						
Psikiyatrik hastalıklar	Yok	740.98±393.40 (660)	2935.59±4200.03 (1683)	2525.85±4062.67 (998)	3623.70±8266.31 (160)	9085.15±13146.26 (4452)
	Var	752.30±453.37 (720)	1580.58±1971.82 (990)	1636.36±1798.86 (960)	1574.97±2322.43 (960)	4791.92±4206.26 (3954)
	[2]p	1.000	0.023*	0.649	0.855	0.285
Kanser hastalıkları	Yok	734.35±396.02 (660)	2777.03±4087.42 (1442)	2445.99±3963.18 (960)	3334.86±7812.66 (318)	8557.89±12596.69 (4387)
	Var	845.45±455.40 (810)	2551.56±2841.58 (1980)	1965.38±2039.03 (960)	3668.00±7618.06 (160)	8184.94±10475.93 (4248)
	[2]p	0.227	0.800	0.697	0.811	0.855
Kronik böbrek hastalığı	Yok	751.56±403.92 (660)	2776.32±4061.28 (1485)	2406.15±3923.83 (960)	3243.68±7725.72 (240)	8426.16±12437.28 (4362)
	Var	568.00±295.56 (540)	2460.04±2842.93 (1249)	2503.36±2247.31 (1680)	5568.00±8876.38 (2880)	10531.40±12747.15 (5580)
	[2]p	0.068	0.958	0.154	0.312	0.220

Tablo 4.14. "Devam" Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Göre MET Puanlarının Değerlendirilmesi.

Sindirim sistemi hastalıkları	Yok	742.23±403.33 (660)	2802.76±4083.78 (1467)	2425.02±3830.20 (960)	3443.55±7943.88 (318)	8671.34±12629.69 (4446)
	Var	746.25±365.27 (600)	2007.10±2148.41 (1361)	2160.10±4412.68 (600)	1850.00±3890.21 (0)	6017.20±8211.36 (2694)
	[2]p	0.907	0.432	0.169	0.431	0.356
Cilt hastalıkları	Yok	752.63±408.72 (660)	2708.69±3850.44 (1435)	2479.02±3911.14 (998)	3432.07±7971.94 (240)	8619.79±12588.93 (4407)
	Var	571.76±157.48 (600)	3630.93±6162.64 (1584)	1270.40±2579.06 (318)	2136.28±3305.35 (316)	7037.61±9777.07 (4158)
	[2]p	0.106	0.579	0.036*	0.889	0.838
Kadın hastalıkları	Yok	746.59±405.01 (660)	2807.46±4058.12 (1524)	2454.18±3915.37 (960)	3476.21±7907.53 (480)	8737.86±12617.87 (4473)
	Var	632.72±256.47 (720)	1521.00±1961.73 (891)	1268.07±1165.19 (720)	261.81±868.3 (0)	3050.89±2536.31 (2601)
	[2]p	0.626	0.167	0.748	0.008*	0.076

[2]*Mann Whitney U Test* **p <0.05*

Psikiyatrik hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Psikiyatrik hastalığı olanların düşük düzey fiziksel aktivite MET puanı, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.023; p<0.05).

Kanser hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Kronik böbrek hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Sindirim sistemi hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05).

Cilt hastalığı olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, şiddetli düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Cilt hastalığı olanların orta düzey fiziksel aktivite MET puanı, cilt hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.036; p<0.05).

Kadın hastalıkları olan ve olmayanlar ile oturma aktivite puanı, düşük düzey fiziksel aktivite puanı, orta düzey fiziksel aktivite puanı ve MET toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0.05). Kadın hastalıkları olanların şiddetli düzey fiziksel aktivite MET puanı, kadın hastalığı olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (p:0.008; p<0.05).

4.7. Katılımcıların Hayatını En Çok Etkileyen Kronik Hastalıklarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Hayatını en çok etkileyen kronik hastalık grupları ile fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.15. Katılımcıların Hayatını En Çok Etkileyen Kronik Hastalığa Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.

	Düşük düzey fiziksel aktivite	**Orta düzey fiziksel aktivite**	**Şiddetli düzey fiziksel aktivite**	
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**p**
Hayatınızı En Çok Etkileyen Kronik Hastalık				
Diyabetes mellitus	6 (%21.4)	10 (%35.7)	12 (%42.9)	0.458
Hipertansiyon	1 (%3.1)	11 (%34.4)	20 (%62.5)	
Tiroid hastalıkları	2 (%9.1)	6 (%27.3)	14 (%63.6)	
Koroner arter hastalıkları	3 (%13.64)	7 (%31.82)	12 (%54.54)	
Solunum sistemi hastalıkları	4 (%10.8)	6 (%16.2)	27 (%73)	
Romatolojik hastalıklar	0 (%0)	8 (%42.1)	11 (%57.9)	
Nörolojik hastalıklar	3 (%13)	6 (%26.1)	14 (%60.9)	
İskelet kas sistem hastalıkları	1 (%4.3)	6 (%26.1)	16 (%69.6)	
Psikiyatrik hastalıklar	1 (%3.7)	10 (%37)	16 (%59.3)	
Kanser hastalıkları	3 (%16.7)	4 (%22.2)	11 (%61.1)	
Kronik böbrek yetmezliği	0 (%0)	5 (%27.8)	13 (%72.2)	
Sindirim sistemi hastalıkları	2 (%16.7)	4 (%33.3)	6 (%50)	
Cilt hastalıkları	1 (%8.3)	5 (%41.7)	6 (%50)	
Kadın hastalıkları	0 (%0)	5 (%55.6)	4 (%44.4)	

Fisher's Exact Test

4.8. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Karşılaştırılması

Yaş grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kadınlar ve erkekler arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Eğitim düzeyi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.018$; $p<0.05$). Okuryazar olmayanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%28.6); ilkokul mezunu olan kişiler (%17.5), yüksekokul/üniversite mezunu olan kişiler (%6.7), ortaokul mezunu olan kişiler (%6.6) ile lise mezunu olan kişilerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir.

Medeni durum grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.017$; $p<0.05$). Eşi vefat etmiş / boşanmış olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%25); evli olanlar (%9.3) ile bekâr olanlardan (%5.52) anlamlı şekilde yüksektir.

Çalışma durumu grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0.002$; $p<0.05$). Çalışmayanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%17.2); bedensel olmayan iş yapanlar (%7.1) ile bedensel iş yapanlardan (%2.2) anlamlı şekilde yüksektir.

Kırsal alanda yaşayanlar ile kentsel alanda yaşayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tek başına yaşayanlar ile başkalarıyla yaşayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çocuğu olan ve olmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.

		Düşük Düzey Fiziksel Aktivite	Orta Düzey Fiziksel Aktivite	Şiddetli Düzey Fiziksel Aktivite	
		n (%)	n (%)	n (%)	p
Yaş	18-30 yaş arası	7 (%6.2)	34 (%30.1)	72 (%63.7)	[1]0.177
	31-40 yaş arası	2 (%3.84)	19 (%36.54)	31 (%59.62)	
	41-50 yaş arası	6 (%9.2)	21 (%32.3)	38 (%58.5)	
	51-65 yaş arası	6 (%12)	13 (%26)	31 (%62)	
	66 yaş ve üzeri	6 (%27.3)	6 (%27.3)	10 (%45.4)	
Cinsiyet	Kadın	17 (%10.2)	51 (%30.5)	99 (%59.3)	[2]0.701
	Erkek	10 (% 7.4)	42 (% 31.1)	83 (%61.5)	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	4 (%28.6)	3 (%21.4)	7 (%50)	[1]0.018*
	İlkokul	7 (%17.5)	11 (%27.5)	22 (%55)	
	Ortaokul	1 (%6.6)	7 (%46.7)	7 (%46.7)	
	Lise	3 (%5.6)	10 (%18.5)	41 (%75.9)	
	Yüksekokul/ Üniversite	12 (%6.7)	62 (%34.6)	105 (%58.7)	
Medeni durum	Bekâr	7 (%5.52)	36 (%28.34)	84 (%66.14)	[2]0.017*
	Evli	14 (%9.3)	48 (%31.8)	89 (%58.9)	
	Eşi vefat etmiş/ Boşanmış	6 (%25)	9 (%37.5)	9 (%37.5)	
Çalışma durumu	Bedensel olmayan iş	8 (%7.1)	41 (%36.3)	64 (%56.6)	[2]0.002*
	Bedensel iş	2 (%2.2)	24 (%26.7)	64 (%71.1)	
	Çalışmıyor	17 (%17.2)	28 (%28.3)	54 (%54.5)	
Yaşam ortamı	Kırsal alan	6 (%20)	7 (%23.3)	17 (%56.7)	[2]0.073
	Kentsel alan	21 (%7.7)	86 (%31.6)	165 (%60.7)	
Kiminle yaşıyorsunuz	Tek başına	10 (%11)	25 (%27.5)	56 (%61.5)	[2]0.573
	Başkalarıyla	17 (%8.1)	68 (%32.2)	126 (%59.7)	
Çocuğunuz var mı?	Hayır	14 (%8.8)	48 (%30)	98 (%61.2)	[2]0.933
	Evet	13 (%9.2)	45 (%31.7)	84 (%59.1)	

[1]Fisher's Exact Test *[2]Pearson Chi-Square* **p<0.05*

Tablo 4.17. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.

		Düşük Düzey Fiziksel Aktivite n (%)	Orta Düzey Fiziksel Aktivite n (%)	Şiddetli Düzey Fiziksel Aktivite n (%)	p
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretten az	9 (%14.1)	23 (%35.9)	32 (%50)	[2]0.058
	Asgari ücret	6 (%8.5)	14 (%19.7)	51 (%71.8)	
	İki (2) asgari ücret	7 (%7.3)	27 (%28.1)	62 (%64.6)	
	Üç (3) asgari ücret ve fazlası	5 (%7.04)	29(%40.84)	37(%52.12)	
Sigara alışkanlığı	Kullanıyorum	10 (%8)	35 (%28)	80 (%64)	[2]0.536
	Kullanmıyorum	17 (%9.6)	58 (%32.8)	102 (%57.6)	
Alkol alışkanlığı	Kullanıyorum	7 (%7.5)	33 (%35.5)	53 (%57)	[2]0.473
	Kullanmıyorum	20 (%9.6)	60 (%28.7)	129 (%61.7)	
Vücut kitle indeksi	Zayıf	0 (%0)	7 (%63.6)	4 (%36.4)	[2]0.044*
	Normal	7 (%5.3)	45 (%33.8)	81 (%60.9)	
	Kilolu	13 (%13.5)	27 (%28.1)	56 (%58.4)	
	Obez	7 (%11.3)	14 (%22.6)	41 (%66.1)	
Sosyal medya kullanımı	Kullanmıyorum	6 (%15)	14 (%35)	20 (%50)	[2]0.227
	Kullanıyorum	21 (%8)	79 (%30.2)	162 (%61.8)	
Günlük televizyon izleme süresi	Bir (1) saatten az	12 (%8.3)	45 (%31.3)	87 (%60.4)	[1]0.069
	Bir (1) - üç (3) saat arası	4 (%4)	32 (%31.6)	65 (%64.4)	
	Dört (4) - altı (6) saat arası	8 (%19.5)	13 (%31.7)	20 (%48.8)	
	Altı (6) saatten fazla	3 (%18.8)	3 (%18.8)	10 (%62.4)	

[1]Fisher's Exact Test *[2]Pearson Chi-Square* **p<0.05*

Tabloya bakıldığında aylık gelir düzeyi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.044; p<0.05). Kilolu olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%13.5) ve obez olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%11.3); normal kiloda olanlar (%5.3) ile zayıf olanlardan (%0) anlamlı şekilde yüksektir.

Sosyal medya kullanan ve kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Günlük televizyon izleme süresi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.18. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.

		Düşük düzey fiziksel aktivite	**Orta düzey fiziksel aktivite**	**Şiddetli düzey fiziksel aktivite**	**p**
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	
Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	2 (%9.5)	6 (%28.6)	13 (%61.9)	[1]0.947
	Dört (4) - sekiz (8) saat arası	20 (%8.6)	74 (%31.8)	139 (%59.6)	
	Sekiz (8) saatten fazla	5 (%10.4)	13 (%27.1)	30 (%62.5)	
Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme	Yapıyorum	6 (%5.4)	24 (%21.4)	82 (%73.2)	[2]0.002*
	Yapmıyorum	21 (%11.1)	69 (%36.3)	100 (%52.6)	
Sürekli ilaç kullanımı	Kullanıyorum	15 (%12)	41 (%32.8)	69 (%55.2)	[2]0.181
	Kullanmıyorum	12 (%6.8)	52 (%29.4)	113 (63.8)	
Kronik hastalık sayısı	Bir (1) kronik hastalığım mevcut	13 (%6.9)	55 (%29.3)	120 (%63.8)	[2]0.106
	İki (2) kronik hastalığım mevcut	6 (%8.3)	24 (%33.3)	42 (%58.4)	
	Üç (3) ve daha fazla kronik hastalığım mevcut	8 (%19.04)	14 (%33.34)	20 (%47.62)	
Kronik hastalık süresi	Beş (5) yıl ve daha kısa	7 (%5.2)	42 (%31.1)	86 (%63.7)	[2]0.181
	Altı (6) - on (10) yıl arası	8 (%9.1)	28 (%31.8)	52 (%59.1)	
	On bir (11) yıl ve daha fazlası	12 (%15.2)	23 (%29.1)	44 (%55.7)	

[1]Fisher's Exact Test *[2]Pearson Chi-Square* **p<0.05*

Tabloya bakıldığında günlük uyku süresi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenler ile düşünmeyenler ile fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.002; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%11.1) yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerden (%5.4) anlamlı şekilde yüksektir.

Sürekli ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kronik hastalık sayıları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kronik hastalık süreleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

4.9. Katılımcıların Cinsiyet, Vücut Kitle İndeksi, Sürekli İlaç Kullanımı ve Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.19. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Değerlendirmeler.

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n (%)	n (%)	
Vücut kitle indeksi	Zayıf	8 (%4.8)	3 (%2.2)	0.096
	Normal	82 (%49.1)	51 (%37.8)	
	Kilolu	46 (%27.5)	50 (%37)	
	Obez	31 (%18.6)	31 (%23)	
Sürekli ilaç kullanımı	Kullanıyorum	75 (%44.9)	50 (%37)	0.167
	Kullanmıyorum	92 (%55.1)	85 (%63)	
Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme	Yapıyorum	60 (%35.9)	52 (%38.5)	0.643
	Yapmıyorum	107 (%64.1)	83 (%61.5)	

Pearson Chi-Square

Kadınların %27.5'i, erkeklerin %37'si kilolu olup aralarında vücut kitle indeksleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kadınların %44.9'u, erkeklerin %37'si sürekli ilaç kullanmakta olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Kadınların %35.9'u, erkeklerin %38.5'i yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

4.10. Katılımcıların Sürekli İlaç Kullanımı ve Vücut Kitle İndeksi Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.20. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksine Göre Sürekli İlaç Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi.

		Sürekli İlaç Kullanıyorum	Sürekli İlaç Kullanmıyorum	p
		n (%)	n (%)	
Vücut kitle indeksi	Zayıf	3 (%27.3)	8 (%72.7)	0.000*
	Normal	36 (%27.1)	97 (%72.9)	
	Kilolu	43 (%44.8)	53 (%55.2)	
	Obez	43 (%69.4)	19 (%30.6)	

Pearson Chi-Square **p<0.05*

Vücut kitle indekslerine göre sürekli ilaç kullanım durumu oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Vücut kitle indeksine göre normal kiloda olup sürekli ilaç kullananların oranları (%27.1), normal kiloda olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.9) göre anlamlı şekilde düşüktür.

Vücut kitle indeksine göre obez olup sürekli ilaç kullananların oranları (%69.4), obez olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%30.6) göre anlamlı şekilde yüksektir. Genel itibariyle vücut kitle indeksi oranı arttıkça sürekli ilaç kullanma oranı artmakta iken, sürekli ilaç kullanmama oranı azalmaktadır.

4.11. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Sürekli İlaç Kullanım Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.21. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Sürekli İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi.

Cinsiyet	Vücut Kitle İndeksi	Sürekli İlaç Kullanıyorum	Sürekli İlaç Kullanmıyorum	p
		n (%)	n (%)	
Kadın	Zayıf	2 (%25)	6 (%75)	[1]0.000*
	Normal	21 (%25.6)	61 (%74.4)	
	Kilolu	28 (%60.9)	18 (%39.1)	
	Obez	24 (%77.4)	7 (%22.6)	
Erkek	Zayıf	1 (%33.3)	2 (%66.7)	[2]0.014*
	Normal	15 (%29.4)	36 (%70.6)	
	Kilolu	15 (%30)	35 (%70)	
	Obez	19 (%61.3)	12 (%38.7)	
Toplam	Zayıf	3 (%27.3)	8 (%72.7)	[2]0.000*
	Normal	36 (%27.1)	97 (%72.9)	
	Kilolu	43 (%44.8)	53 (%55.2)	
	Obez	43 (%69.4)	19 (%30.6)	

[1]Pearson Chi-Square *[2]Fisher's Exact Test* **p<0.05*

Kadınlarda; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Kadınlarda, vücut kitle indeksi düzeyleri arttıkça sürekli ilaç kullanma oranları da artmaktadır.

Erkeklerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.014; p<0.05). Erkeklerde normal kiloda olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%29.4), normal kiloda olup sürekli ilaç kullanmayanlara oranla (%70.6) anlamlı şekilde düşüktür. Erkeklerde obez olup sürekli ilaç kullananların oranları (%61.3), obez olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%38.7) göre anlamlı şekilde yüksektir.

Kadın ve erkeklerde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Zayıf olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%27.3), sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.7) göre anlamlı şekilde düşüktür. Normal kiloda olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%27.1), sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.9) göre anlamlı şekilde düşüktür. Obez olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%69.4), sürekli ilaç kullanmayanlara (%30.6) göre anlamlı şekilde yüksektir.

4.12. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.22. Cinsiyetlerde Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi.

		Fiziksel Aktivite Düzeyi			
Cinsiyet	**Vücut Kitle İndeksi**	**Düşük Düzey Fiziksel Aktivite n (%)**	**Orta Düzey Fiziksel Aktivite n (%)**	**Şiddetli Düzey Fiziksel Aktivite n (%)**	**p**
Kadın	Zayıf	0 (%0)	5 (%62.5)	3 (%37.5)	[1]0.069
	Normal	4 (%4.9)	26 (%31.7)	52 (%63.4)	
	Kilolu	9 (%19.6)	12 (%26.1)	25 (%54.3)	
	Obez	4 (%12.9)	8 (%25.8)	19 (%61.3)	
Erkek	Zayıf	0 (%0)	2 (%66.7)	1 (%33.3)	[2]0.517
	Normal	3 (%5.88)	19 (%37.25)	29 (%56.86)	
	Kilolu	4 (%8)	15 (%30)	31 (%62)	
	Obez	3 (%9.67)	6 (%19.35)	22 (%70.98)	
Toplam	Zayıf	0 (%0)	7 (%63.6)	4 (%36.4)	[2]0.056
	Normal	7 (%5.3)	45 (%33.8)	81 (%60.9)	
	Kilolu	13 (%13.5)	27 (%28.2)	56 (%58.3)	
	Obez	7 (%11.3)	14 (%22.6)	41 (%66.1)	

[1]Pearson Chi-Square *[2]Fisher's Exact Test*

Kadınlarda; vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Erkeklerde; vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadın ve erkeklerde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

4.13. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksi Düzeyine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyine İlişkin Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 4.23. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Vücut Kitle İndeksine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi.

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme	Vücut Kitle İndeksi	Fiziksel Aktivite Düzeyi			p
		Düşük Düzey Fiziksel Aktivite	Orta Düzey Fiziksel Aktivite	Şiddetli Düzey Fiziksel Aktivite	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Yapıyorum	Zayıf	0 (%0)	4 (%100)	0 (%0)	[1]0.018*
	Normal	3 (%4.7)	15 (%23.4)	46 (%71.9)	
	Kilolu	2 (%6.9)	4 (%13.8)	23 (%79.3)	
	Obez	1 (%6.7)	1 (%6.7)	13 (%86.6)	
Yapmıyorum	Zayıf	0 (%0)	3 (%42.9)	4 (%57.1)	[2]0.331
	Normal	4 (%5.8)	30 (%43.5)	35 (%50.7)	
	Kilolu	11 (%16.4)	23 (%34.3)	33 (%49.3)	
	Obez	6 (%12.8)	13 (%27.7)	28 (%59.5)	
Toplam	Zayıf	0 (%0)	7 (%63.6)	4 (%36.4)	[2]0.056
	Normal	7 (%5.3)	45 (%33.8)	81 (%60.9)	
	Kilolu	13 (%13.5)	27 (%28.2)	56 (%58.3)	
	Obez	7 (%11.3)	14 (%22.6)	41 (%66.1)	

[1]Pearson Chi-Square *[2]Fisher's Exact Test* **p<0.05*

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0.018; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen zayıf olanlarda orta düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%100); normal kiloda (%23.4), kilolu (%13.8) ve obez (%6.7) olan kişilerden anlamlı şekilde yüksektir. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyen

ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

4.14. Yaşam Ortamı Durumunda Ayrı Ayrı Günlük Televizyon İzleme Süresine Göre Kronik Hastalık Sayısının Karşılaştırılması

Tablo 4.24. Yaşam Ortamı Durumuyla Ayrı Ayrı Günlük Televizyon İzleme Süresine Göre Kronik Hastalık Sayısının Değerlendirilmesi.

			Kronik Hastalık Sayısı			
			Bir (1) kronik hastalığım mevcut	İki (2) kronik hastalığım mevcut	Üç (3) ve daha fazla kronik hastalığım mevcut	p
Yaşam ortamı			n (%)	n (%)	n (%)	
Kırsal alan	Günlük TV izleme süresi	Bir (1) saatten az	3 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	[1]0.002*
		Bir (1) - üç (3) saat arası	3 (%60)	1 (%20)	1 (%20)	
		Dört (4) - altı (6) saat arası	4 (%30.8)	0 (%0)	9 (%69.2)	
		Altı (6) saatten fazla	0 (%0)	0 (%0)	9 (%100)	
Kentsel alan	Günlük TV izleme süresi	Bir (1) saatten az	105 (%74.5)	28 (%19.9)	8 (%5.6)	[2]0.001*
		Bir (1)-Üç (3) saat arası	57 (%59.4)	33 (%34.4)	6 (%6.2)	
		Dört (4)-Altı (6) saat arası	13 (%46.4)	9 (%32.1)	6 (%21.5)	
		Altı (6) saatten fazla	3 (%42.9)	1 (%14.2)	3 (%42.9)	
Toplam	Günlük TV izleme süresi	Bir (1) saatten az	108 (%75)	28 (%19.4)	8 (%5.6)	[2]0.000*
		Bir (1) - üç (3) saat arası	60 (%59.4)	34 (%33.7)	7 (%6.9)	
		Dört (4) - altı (6) saat arası	17 (%41.5)	9 (%22)	15 (%36.5)	
		Altı (6) saatten fazla	3 (%18.8)	1 (%6.2)	12 (%75)	

[1]Pearson Chi-Square *[2]Fisher's Exact Test* **p<0.05*

Kırsal alanda yaşayanlarda; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p: 0.002; p<0.05). Kırsal alanda yaşayan bir (1) kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%0); dört(4)-altı (6) saat arası izleyenler (%30.8), bir (1)-üç (3) saat arası izleyenler (%60) ve bir (1) saatten az izleyenlerden (%100) anlamlı şekilde düşüktür. Kırsal alanda

yaşayan üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleme sürelerinin oranları (%69.2) ve altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%100); bir (1) saatten az izleyenlerden (%0) ve bir (1)-üç (3) saat arası izleyenlerden (%20) anlamlı şekilde yüksektir. Kırsal alanda yaşayanlarda günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır.

Kentsel alanda yaşayanlarda; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p: 0.001; $p<0.05$). Kentsel alanda yaşayan üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%42.9); dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleyenlerden (%21.5), bir (1)-üç (3) saat arası televizyon izleyenlerden (%6.2) ve bir (1) saatten az izleyenlerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir. Kentsel alanda yaşayanlarda günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır.

Kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p: 0.000; $p<0.05$). Kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%75); dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleyenlerden (%36.5), bir (1)-üç (3) saat arası televizyon izleyenlerden (%6.9), bir (1) saatten az izleyenlerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir. Kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır.

4.15. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumunda Ayrı Ayrı Günlük Uyku Süresine Göre Kronik Hastalık Süresinin Değerlendirilmesi.

Tablo 4.25. Yeterli Fiziksel Aktivite Yaptığını Düşünme Durumuyla Ayrı Ayrı Günlük Uyku Süresine Göre Kronik Hastalık Süresinin Değerlendirilmesi.

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme			Kronik Hastalık Süresi			p
			Beş (5) yıl ve daha kısa	Altı (6)-On (10) yıl arası	On bir (11) yıl ve daha fazlası	
			n (%)	n (%)	n (%)	
Yapıyorum	Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	1 (%33.3)	0 (%0)	2 (%66.7)	[1]0.355
		Dört (4) - sekiz (8) saat arası	41 (%45)	30 (%33)	20 (%22)	
		Sekiz (8) saatten fazla	6 (%33.33)	6 (%33.33)	6 (%33.33)	
Yapmıyorum	Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	6 (%33.3)	3 (%16.7)	9 (%50)	[2]0.029*
		Dört (4) - sekiz (8) saat arası	72 (%50.7)	40 (%28.2)	30 (%21.1)	
		Sekiz (8) saatten fazla	9 (%30)	9 (%30)	12 (%40)	
Toplam	Günlük uyku süresi	Dört (4) saatten az	7 (%33.3)	3 (%14.3)	11 (%52.4)	[2]0.007*
		Dört (4) - sekiz (8) saat arası	113 (%48.5)	70 (%30)	50 (%21.5)	
		Sekiz (8) saatten fazla	15 (%31.25)	15 (%31.25)	18 (%37.50)	

[1]Pearson Chi-Square *[2]Fisher's Exact Test* **p<0.05*

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerde; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p: 0.029; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük uyku süresi arttıkça, kronik hastalık süreleri altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı artmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük dört (4) saatten az uyuyanların kronik hastalık süresi altı (6)-on (10) yıl arası oranı (%16.7), günlük uyku süresi dört (4)-sekiz (8) saat arası olanlar (%28.2) ve sekiz (8) saatten fazla olanlardan (%30) anlamlı şekilde düşüktür. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p: 0.007; p<0.05). Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük uyku süresi arttıkça, kronik hastalık süreleri altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı artmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite

yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük dört (4) saatten az uyuyanların kronik hastalık süresi altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı (%14.3), günlük uyku süresi dört (4)-sekiz (8) saat arası olanlar (%30) ve sekiz (8) saatten fazla olanlardan (%31.25) anlamlı şekilde düşüktür.

5. TARTIŞMA

Fiziksel aktivitenin tanımı; enerji harcanmasıyla sonuç gösteren ve kas kasılması tarafından üretilen vücudun hareketleridir (1). WHO, yaşlı ve erişkin bireylere haftada minimum 150-300 dakika arası orta şiddette fiziksel aktivite veya minimum 75-150 dakika arası şiddetli fiziksel aktivite ya da tüm hafta boyunca orta şiddette ve şiddetli fiziksel aktivite yapmalarını önermektedir. Çocuklar ve gençler için ise WHO günlük orta şiddetli ve şiddetli fiziksel aktiviteye doğru en az 60 dakika sürecek şekilde aerobik fiziksel aktivite tavsiye etmektedir. Her bireyin kendine özgü bazı sınırları mevcuttur. Bu sınırları cinsiyet, yaş, kronik hastalıklar gibi etkenlerle değişir. Fiziksel olarak inaktif bireyler önerilere uymalı, fiziksel aktivite yapamıyor olmaları durumlarında bile en azından gün aşırı 30 dakika süren düşük şiddetli fiziksel aktivite yapmaya özen göstermeleri daha iyi olacaktır. En önemlisi yaşlı bireyler için güç ve denge kontrolünde fiziksel aktivitenin yeri büyüktür (4, 14, 22). Kadınlar için de özellikle gebelik durumları mevcut olduğunda, doğum sonrası ve menopoz gibi önemli hormonal değişimlerin olduğu dönemlerde de fiziksel aktivite oldukça önem taşır. Fiziksel aktivite bir yaşam şekli olarak görülmelidir. Sağlık için haftada en az 5 gün, günde minimum 30 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite yapmak yeterli olurken; şiddetli fiziksel aktivite ise haftada en az 3 gün ve günde minimum 20 dakika şeklinde önerilmektedir (4).

Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre Türkiye'de; erkeklerin %77'si, kadınların ise %87'si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı görülmüştür. 65 yaş üzeri bireylerde yapılan farklı bir çalışmada da, bireylerin yalnızca %30'unun yürüyüş yaptığı görülmüştür (19). Ulusal Hane Halkı Araştırması'na göre de bireylerin %20'sinin hareketsiz olduğu, aktivite yapan bireylerin de %84'ünün yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (20).

Araştırmamıza katılan bireylerin oturma MET ortalama puanı 742.45±400.85, düşük düzey fiziksel aktivite (yürüme) MET ortalama puanı 2760.61±4006.58, orta şiddetli fiziksel aktivite MET ortalama puanı 2410.98±3855.45, şiddetli düzey fiziksel aktivite MET ortalama puanı 3359.13±7786.71, toplam MET ortalama puanı 8530.72±12439.65 olarak saptandı. Katılımcıların %60.3'ünün fiziksel aktivitesi

şiddetli düzey iken, %30.8'inin orta düzeyli, %8.9'unun düşük düzeydedir. Veriler ışığında katılımcıların yeterli düzeyde fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir.

İşle ilgili düşük düzey fiziksel aktivite düzeyi (%61.6), ulaşımla ilgili (%49.34), ev bahçe ailenin bakımı (%46.0) ve boş zaman düşük düzey fiziksel aktivite düzeyi (%51.7) gibi alana özel düşük düzey fiziksel aktivite düzeyi daha yüksek oranda olup katılımcıların yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir. WHO'nun Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017" kılavuzunda 15 yaş ve üstü 6053 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada yetersiz fiziksel aktivite yapanların yüzdesi (haftada 150 dakikadan az, orta derecede fiziksel aktivite veya eşdeğeri) %43.6 olarak görülmüştür. Yetişkinlerin %40'ı yetersiz fiziksel aktivite yapmaktadır (haftada <150 dakika, orta derecede fiziksel aktivite) (117). WHO'nun yaptığı çalışmaya benzer sonuçlar çıkmış olsa da alana özel fiziksel aktivite düzeyinde literatürler tarandığında yeterli çalışma bulunmamakta olup ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kişilerin alana özel fiziksel aktivitelerini çoğaltmaya dayalı atılımlarda bulunmak hem o alana yönelik aktiviteye yönelik teşvik oranını artıracak hem de bireyin sağlığı ile ilgili fayda sağlayacaktır.

2011 yılında Deniz'in yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeyiyle ilgili yaptığı çalışmada yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı görülmüştür (118). 2007 yılında Çankaya ve Arabacı'nın, 2014 yılında Durukan'ın beden eğitimi öğretmenleri ile yaptıkları çalışmalarında ve Vural ve arkadaşlarının da masa başında çalışanlar üzerine fiziksel aktivite düzeyi araştırmasında da yaş ilerledikçe fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı görülmüştür (49, 119, 120). Karabay'ın 2021 yılında 284 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada yaş grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (64). Bizim çalışmamızda da yaş grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Buradan çıkaracağımız sonuç fiziksel aktivite üzerine yaş değişkeninin etki etmeyebileceği gibi pozitif veya negatif ilişki oluşturabileceği olmuştur.

2011 yılında Genç ve arkadaşlarının çalışmalarında da erkek ve kadın bireylerin yaptıkları fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmış olup, kadınların erkeklerden daha düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu görülmüştür (121). WHO'nun Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı, 2017" kılavuzunda 15 yaş ve üstü 6053 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada yetersiz fiziksel aktivite yapanların yüzdesi (haftada 150 dakikadan az, orta derecede fiziksel aktivite veya eşdeğeri) kadınlarda %53.9, erkeklerde %33.1 ölçülmüş ve kadınların erkeklerden daha inaktif olduklarını belirtmiştir (117). Karabay'ın 2021 yılında 284 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada cinsiyet grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (64). Bizim çalışmamızda da cinsiyet grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Mevcut araştırmalarda kadınların daha yetersiz fiziksel aktivitede olup erkeklerin daha yeterli fiziksel aktivitede bulunmalarından çalışmamızda görülmemesinin nedeni ise yerel, kültürel farklılıklar ile kadınların iş ve sosyal hayata daha fazla katılım sağlamalarının artmasından kaynaklanmış olabilir.

2018 yılında İşin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziksel aktivite düzeyi eğitim düzeyine göre incelendiğinde ilkokul ve altı mezun bireylerin %13.3'ü, ortaokul mezunlarının %30.3'ü, lise ve üzeri mezun olanların %23.8'i yeterli fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Fiziksel aktivite düzeyi ile eğitim düzeyinin doğru orantılı olduğu görülmüştür (122). Yine 2015 yılında da Aktaş ve arkadaşlarının fiziksel aktivite ve uyku arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada da, ilkokul ve altı mezun bireylerin, lise mezunu bireylere oranla fiziksel olarak daha aktif olduğu görülmüştür (123). Araştırmamızda eğitim düzeyi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Okuryazar olmayanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%28.6); ilkokul mezunu olan kişiler (%17.5), yüksekokul/üniversite mezunu olan kişiler (%6.7), ortaokul mezunu olan kişiler (%6.6) ile lise mezunu olan kişilerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir. Literatüre bakıldığında eğitim düzeyine göre fiziksel aktivite düzeyleri çeşitli neticeler verebilmektedir. Çalışmamızda okuryazar olmayan grubun egzersize ve fiziksel aktiviteye yönelik bilinç düzeyinin az olması ile daha çok yaşlı nüfustan oluşması yetersiz fiziksel aktivite çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Bianchini de Quadros ve arkadaşlarının üniversitede okuyan öğrencilere yaptığı çalışmada, bekâr öğrencilerin evli öğrencilerden fiziksel aktivite düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (124). 2013 yılında Özüdoğru'nun üniversitede çalışan personellerle yaptığı çalışmada ise tam tersi bir sonuç; bekâr bireylerin, evli bireylere göre fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (125). Çalışmamızda ise medeni durum grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Eşi vefat etmiş/boşanmış olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%25); evli olanlar (%9.3) ile bekâr olanlardan (%5.52) anlamlı şekilde yüksektir. Eşi vefat etmiş / boşanmış olanların, evlilikten sonra yaşadığı yalnızlık, sosyal katılıma, toplum entegrasyonuna ve fiziksel aktivitelere taleplerinin azalması bu sonucu doğurmuş olabilir. Buradan çıkaracağımız sonuç fiziksel aktivite üzerine medeni durum değişkeninin pozitif veya negatif ilişki oluşturabileceği olmuştur.

2015 yılında da Aktaş ve arkadaşlarının fiziksel aktivite ve uyku arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada, emekli ve işsiz bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (126). İşin ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada da benzer olarak bedensel güç gerektirmeyen işleri olanların daha az fiziksel aktivite yaptığı saptanmış (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde çalışma durumu grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Çalışmayanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%17.2); bedensel olmayan iş yapanlar (%7.1) ile bedensel iş yapanlardan (%2.2) anlamlı şekilde yüksektir. Bu sonuçlar göstermektedir ki çalışma hayatı içerisinde olanlar fiziksel olarak daha aktiftir.

İşin ve arkadaşının 2018 yılında yaptığı çalışmada kırsal kesim ve kentsel kesimde yaşayanlar ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde kırsal alanda yaşayanlar ile kentsel alanda yaşayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu duruma bakıldığında fiziksel aktivite teşvik programları çerçevesinde kırsal ve kentsel bölgeleri beraber kapsayacak geniş çaplı çalışmalar faydalı olacaktır.

2011 yılında Deniz'in yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeyiyle ilgili yaptığı çalışmada, ailedeki birey sayısı arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır (118). Aksine, İşin ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada tek başına yaşayanlar ile tek başına yaşamayanların fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde tek başına yaşayanlar ile başkalarıyla yaşayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Buradan çıkaracağımız sonuç fiziksel aktivite üzerine birlikte yaşama durumunun değişkenlik gösterebileceği olmuştur.

2007 yılında Çankaya ve Arabacı'nın beden eğitimi öğretmenleri üzerine yaptığı çalışmada, çocuksuz bireylerin % 61.5'i, bir çocuğu olanların % 36, iki çocuğu olanların % 40, üç ve üstü çocuğu olanların % 20'si düşük düzeyde fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu; çocuksuz bireylerin ise % 7.7'si, bir çocuğu olanların % 19.1'i, iki çocuğu olanların % 19.1'i, üç ve üstü çocuğu olanların % 20'si yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır. Çocuklu bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (119). Aksine, Karabay'ın 2021 yılında Eskişehir'de 284 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada çocuk varlığına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (64). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde çocuk varlığına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Buradan çıkaracağımız sonuç fiziksel aktivite üzerine çocuk varlığı durumunun değişkenlik gösterebileceği olmuştur.

İşin ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada gelir düzeyine göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde aylık gelir düzeyi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Fakat aylık gelir düzeyi arttıkça düşük düzey fiziksel aktivite oranı azalmaktadır. Fakat 2002 yılında Rimal ve arkadaşlarının çalışmasında da, fiziksel aktivite düzeyi ile ailenin gelir düzeyi arasında ilişki olduğu görülmüştür (127). Shields ve Farrell'in çalışmasında aile geliri ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişki görülmüştür (128). Yapılan bu araştırmalar çalışmamızla örtüşmektedir.

Aydın ve arkadaşlarının spor bilimleri fakültesindeki 208 üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada, sigara kullanma durumu ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (129). Karabay'ın 2021 yılında Eskişehir'de 284 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada sigara kullanma durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (64). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde sigara alışkanlık durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

2018 yılında İşin ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, alkol kullanma durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde alkol alışkanlık durumlarına göre fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda alkol alışkanlığı olanların oranı %30.8 olup bu konuda daha sağlıklı neticeler için daha çok alkol alışkanlığı olan bir oranda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Zhou ve arkadaşlarının 3920 birey ile yaptıkları anket çalışmasında, vücut kitle indeksi yüksek olan bireylerin fiziksel aktiviteleri anlamlı şekilde fazla olduğu görülmüştür (130). Yine Şanlı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, vücut kitle indeksi 25 kg/m²'nin altında olan bireylerin %21.4'ü; vücut kitle indeksi 25 kg/m²'nin üstünde olan bireylerin de %17.5'ı yeterli fiziksel aktivite yapmaktadır (131). 2011 yılında Deniz'in çalışmasında da yetişkinlerdeki fiziksel aktivite düzeyinin vücut kitle endeksi arttıkça düştüğü saptanmıştır (118).Bizim çalışmamızda da benzer şekilde vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kilolu olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%13.5) ve obez olanların düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%11.3); normal kiloda olanlar (%5.3) ile zayıf olanlardan (%0) anlamlı şekilde yüksektir. Vücut kitle indeksi yüksek (≥25 kg/m²) olan bireylerin hareket kabiliyet kısıtlılığı, vücut işlevlerinde azalma, sosyal ortamlardan uzak durma ve özgüvende azalma neticesinde düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları daha yüksek görülmüş olabilir.

2018 yılındaki İşin ve arkadaşlarının çalışmasında, sosyal medya ve internet kullanımı ve kullanımı süresi yeterli düzey fiziksel aktivite yapan ve yetersiz fiziksel aktivite yapan bireyler arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (122). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde sosyal medya kullanan ve kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda sosyal medya kullananların oranı arttıkça düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranı azalmaktadır. Bu durum sosyal medya kullanan (%86.8) bireylerin yaş grubunun daha genç ve daha aktif, 66 yaş ve üzerinin ise daha az oranda (%7.3) olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Sosyal medya kullanmayanların daha ağırlıklı olarak ileri yaştaki bireylerden oluşması bu durumu açıklayabilir. Yapılan farklı çalışmalarda da, çocuk ve ergen bireylerde bilgisayar ve internet kullanımı ile fiziksel aktivite düzeyi ve obezite düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş olmasına rağmen, yetişkin bireyler için böyle bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Bu sebeple yetişkin bireylerde bilgisayar ve internet kullanımı ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır (122).

Çalışmamıza katılanların %47.7'sinin günlük televizyon izleme süresi bir (1) saatten az olup, %33.4'ünün bir (1) -üç (3) saat arası, %13.6'sının dört (4) - altı (6) saat arası, %5.3'ünün altı (6) saatten fazladır. Türkiye Televizyon İzleme Araştırmaları Kurumu'na göre 2023 yılında Türkiye'de televizyon izleme süresi ortalaması 3 saat 44 dakikadır (132). Çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğunun günlük televizyon izleme süresi Türkiye ortalamasının altındadır. 2018 yılındaki İşin ve arkadaşlarının çalışmasında televizyon izleme süresi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (122). Benzer şekilde çalışmamızda günlük televizyon izleme süresi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde fiziksel aktivite düzeyi ile günlük televizyon izleme süresine yönelik çalışmalar büyük ölçüde 18 yaş altı bireyler ile yükseköğrenim görenler üzerinde yapılmıştır. Bu sebeple 18 yaş ve üstü bireylere yönelik araştırmamıza benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

Garaulet ve arkadaşlarının 3311 ergen birey ile yaptığı çalışmada, daha az uyuyan bireylerin arasında hareketsiz davranışlar ile harcanan zamanın, günde en az 8 saat uyuyan ergen bireylere göre akselerometreyle yapılan ölçümler sonucunda daha yüksek olduğu görülmüştür (133). Akova ve arkadaşlarının Sivas ilinde yaptığı

araştırmada ise fiziksel aktivite düzeyi ile günlük uyku süresi arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (134). Benzer şekilde çalışmamızda da günlük uyku süresi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İyi uyku ve iyi uyku kalitesi için fiziksel aktivitenin önemi oldukça büyüktür. Günde bir saatten az fiziksel aktivite yapmak bile uyku üzerine olumlu bir etki etmektedir (7).

2018 yılındaki İşin ve arkadaşlarının çalışmasında, ankete katılan bireylerin %24.2'si yeterli aktivite yaptığını düşünürken, %11.3'ü yeterli fiziksel aktivite yapmadığını düşünmektedir (122). Çalışmamızda yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenler ile düşünmeyenler ile fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerin düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%11.1) yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerden (%5.4) anlamlı şekilde yüksektir. Bireylerin fiziksel aktivite ile ilgili tutarlı cevaplar verdiği görülmüştür.

2021 yılında Karabay'ın sağlık çalışanlarıyla yaptığı araştırmada kronik hastalığı için sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan bireylerle fiziksel aktivite arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (64). 2018 yılında Kılınç'ın hemşirelere yaptığı çalışmasında da, kronik hastalığı için sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan bireylerle fiziksel aktivite arasında farkın olmadığı görülmüştür (5). Bizim çalışmamızda da sürekli ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %58.6'sı sürekli ilaç kullanmıyorken, %41.4'ü sürekli ilaç kullanmaktadır. Sürekli ilaç kullanımı oranı yüksek olan çalışmalar ile fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kronik hastalık sayıları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların kronik hastalık sayısının arttığında düşük düzey fiziksel aktivite oranı artarken; şiddetli düzey fiziksel aktivite oranı azalmaktadır. Aynı şekilde bakıldığında Marques ve arkadaşlarının çalışmasında da, kronik hastalık ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin incelenmiş olup, fiziksel olarak aktif bireylerdeki kronik hastalık sayısının az olduğu sonucuna varılmıştır (135). Literatüre bakıldığında kronik hastalık sayıları ile fiziksel aktivite

düzeyleri arasında yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Fiziksel aktivitenin önemi sağlığın iyileştirilmesinde, kronik hastalıkların tedavi edilmesinde ve önlenmesinde önemlidir (8). Böylelikle, fiziksel aktivite teşvik programlarına katılımın arttırılması ile kronik hastalığa yakalanma ve kronik hastalık sayılarında iyi sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmamızda kronik hastalık süreleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların kronik hastalık sürelerinin arttığında düşük düzey fiziksel aktivite oranı artarken; şiddetli düzey fiziksel aktivite oranı azalmaktadır. Bu durumun sebebi kronik hastalık süresinin artması ile fiziksel inaktivitenin artması, sosyal ortamlardan kaçınma, özgüvende eksiklik duygusunun artması neticesinde fiziksel egzersiz ve aktivite ortamlarından uzaklaşma görülebilir. Kronik hastalık süreleri artmadan veya kronik hastalık süreleri yüksek bireylere yönelik fiziksel aktivitenin arttırılması kamu sağlığı açısından faydalı olabilir. Literatüre bakıldığında kronik hastalık süreleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Savcı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kadınlarda hesaplanan vücut kitle indeksi, erkeklerden anlamlı derecede düşük çıktığı görülmüş (136). Karabay'ın 2021'de yaptığı çalışmada da kadınların kilolu olma oranı (%19.9), erkeklerden (%44.9) anlamlı olarak düşük bulunmuştur (64). Aksine, çalışmamızda kadınların %27.5'i, erkeklerin %37'si kilolu olup aralarında vücut kitle indeksleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Bu farklılıkların sebebi çalışmaların yapıldığı yerlerin, çalışmalara katılan bireylerin geleneklerinin farklı olması gibi birçok sebep sayılabilir. Çalışmamıza katılan bireylerin % 31.79'u kilolu, % 20.53'ü obez olup literatürler tarandığında Türkiye'de obezite sıklığının arttığı görülmektedir.

Kadınların %44.9'u, erkeklerin %37'si sürekli ilaç kullanmakta olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Aynı şekilde, Karabay'ın 2021 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada sürekli ilaç kullanımı ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (64). Böylelikle kadın ve erkek ayırt etmeksizin geniş kapsamlı olarak özellikle kronik hastalıklar için kullanılan ilaçlar, bu

ilaçların etkileri yan etkileri ve çoklu ilaç kullanımına yönelik halk sağlığı eğitimleri ve kamuoyu aydınlatmaları yapılabilir.

Kadınların %35.9'u, erkeklerin %38.5'i yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmekte olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünme durumuyla cinsiyet grupları arasında literatür taramasında çalışmaya rastlanmamış olup yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Karabay'ın 2021 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada vücut kitle indeksine göre sürekli ilaç kullanımına sebep veren kronik hastalığa sahip olma değişkenleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (64). Ancak çalışmamızda vücut kitle indekslerine göre sürekli ilaç kullanım durumu oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Vücut kitle indeksine göre normal kiloda olup sürekli ilaç kullananların oranları (%27.1), normal kiloda olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.9) göre anlamlı şekilde düşüktür. Vücut kitle indeksine göre obez olup sürekli ilaç kullananların oranları (%69.4), obez olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%30.6) göre anlamlı şekilde yüksektir. Genel itibariyle vücut kitle indeksi oranı arttıkça sürekli ilaç kullanma oranı artmakta iken, sürekli ilaç kullanmama oranı azalmaktadır. Bunun sebebi obezite ile gelişen metabolik sendrom ve komorbiditelerin sürekli ilaç kullanımını arttırması olabilir. Literatürde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup mevcut bu konuda araştırmalar oldukça sınırlıdır. Karabay'ın 2021 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada kadınlarda vücut kitle indeksi arttıkça ilaç kullanımına sebep olan kronik hastalığa sahip olma oranının da arttığı sonucuna varılmıştır (64). Aynı araştırma da erkeklerde anlamlı bir fark görülmemiştir (64). Benzer şekilde çalışmamızda da kadınlarda; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kadınlarda, vücut kitle indeksi düzeyleri arttıkça sürekli ilaç kullanma oranları da artmaktadır. Aksine bizim çalışmamızda, erkeklerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Erkeklerde obez olup sürekli ilaç kullananların oranları (%61.3), obez olup sürekli ilaç kullanmayanlara (%38.7) göre anlamlı şekilde yüksektir.

Kadın ve erkeklerde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi düzeylerine göre sürekli ilaç kullanma ve kullanmama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Zayıf olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%27.3), sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.7) göre anlamlı şekilde düşüktür. Normal kiloda olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%27.1), sürekli ilaç kullanmayanlara (%72.9) göre anlamlı şekilde düşüktür. Obez olanların sürekli ilaç kullanma oranı (%69.4), sürekli ilaç kullanmayanlara (%30.6) göre anlamlı şekilde yüksektir. Bunun sebebi obezite ile gelişen metabolik sendrom, obezite ile artan fiziksel inaktivite ve komorbiditelerin sürekli ilaç kullanımını arttırması olabilir. Erkeklere ve kadınlara yönelik vücut kitle indeksi yüksek olanların vücut kitle indekslerinin azaltılmasına yönelik toplumsal teşvik ve eğitimlerin arttırılması, vücut kitle indeks yüksek olan bireylerin varsa özgüven eksikliğinin giderilmesi toplumsal izolasyonlarının önlenmesi, diyet ve egzersiz programları ile bilinçlenmek bu konuda daha sağlıklı sonuçlar doğmasına vesile olabilir. Literatürde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Karabay'ın 2021 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada, kadınlardaki vücut kitle indeksi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (64). Benzer şekilde çalışmamızda da kadınlarda; vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hallal ve arkadaşları da yaptığı çalışmada da fiziksel aktivite ve vücut kitle indeksi arasında bir ilişki görülmemiştir (137). İşin ve arkadaşlarının 2018'deki araştırmalarında da vücut kitle indeksi ile yeterli ve yetersiz fiziksel aktivite yapan gruplar arasında ilişki saptanmamıştır (122). Savcı ve arkadaşlarının da üniversitede okuyan öğrenciler üzerinde yaptığı araştırmada vücut kitle indeksi ile fiziksel aktivite açısından fark izlenmemiştir (136). Benzer şekilde çalışmamızda da kadın ve erkeklerde cinsiyet ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi grupları arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Cinsiyet ve vücut kitle indeks düzeyi ayrımı gözetmeksizin geniş kapsamlı halk sağlığı eğitim teşvik programları yapılıp fiziksel aktivite düzeyinin artması sağlanabilir.

İşin ve arkadaşlarının 2018'deki araştırmalarında yeterli fiziksel aktivite yapan bireyler ve yeterli fiziksel aktivite yapmayan bireyler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerin %24.2 kadarı, düşünmeyenlerin %11.3 kadarı yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahiptir. Ek olarak, yeteri kadar aktif olduğunu söyleyen bireylerin %29.3'ü inaktif iken, %46.5'inin yeteri kadar aktif olmadığı görülmüştür. Buradan çıkarılacak sonuç ise topluma fiziksel aktivite konularında eğitimler verilmesi gerektiğidir (122). Bizim çalışmamızda ise yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen zayıf olanlarda orta düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları (%100); normal kiloda (%23.4), kilolu (%13.8) ve obez (%6.7) olan kişilerden anlamlı şekilde yüksektir. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerde; vücut kitle indeksi düzeyleri arttıkça orta düzey fiziksel aktiviteye sahip olma oranları azalmakta ve zayıf olanların beyanlarında tutarlılık mevcutken; normal kiloda, kilolu ve obez olanların beyanlarında tutarlılık oranı da azalmaktadır.

Karabay'ın 2021 yılında sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada yeterli fiziksel aktivite yaptığını söyleyen bireyler ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı fark görülmemiştir (64). Çalışmamızda ise yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyen ayrımı gözetmeksizin; vücut kitle indeksi düzeylerine göre fiziksel aktivite düzeyleri oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Literatürde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Kırsal alanda yaşayanlarda; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kırsal alanda yaşayan bir (1) kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%0); dört (4)-altı (6) saat arası izleyenler (%30.8), bir (1)-üç (3) saat arası izleyenler (%60) ve bir (1) saatten az izleyenlerden (%100) anlamlı şekilde düşüktür. Kırsal alanda yaşayan üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleme

sürelerinin oranları (%69.2) ve altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%100); bir (1) saatten az izleyenlerden (%0) ve bir (1)-üç (3) saat arası izleyenlerden (%20) anlamlı şekilde yüksektir. Kırsal alanda yaşayanlarda günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır. Bunun sebebi kırsal alanlarda çeşitli fiziksel egzersiz ve aktivitelerin yetersiz olup bu konu hakkında bilinç düzeyi ve farkındalığın yetersiz olması olabilir. Kırsal alanda yaşayanlarda günlük televizyon izleme süreleri arttıkça sedanter yaşam, oturma süresi artmakta olup; kronik hastalıkların etiyolojisinde ise fiziksel inaktivite majör sebep olarak görüldüğüne göre kırsal alanda yaşayanlarda televizyon karşısında geçirilen her bir saatin azaltılmasına yönelik çeşitli fiziksel egzersiz ve aktiviteler arttırılmalıdır. Literatürde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır. Kentsel alanda yaşayanlarda; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kentsel alanda yaşayan üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%42.9); dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleyenlerden (%21.5), bir (1)-üç (3) saat arası televizyon izleyenlerden (%6.2) ve bir (1) saatten az izleyenlerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir. Kentsel alanda yaşayanlarda günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır. Kentsel alanda yaşayanlarda fiziksel aktivite bilinç düzeyi ve farkındalığın kırsal alanda yaşayanlara göreceli yüksek olsa da bu durumun sebebi kentsel alanda yaşam şartlarının zor ve yoğun, iş yerinde geçirilen sürelerin oldukça vakit alıp fiziksel aktiviteye yeterince zaman ayrılamaması olabilir. Literatürde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Kronik hastalık etiyolojisinde fiziksel inaktivite majör nedenler arasında yer almaktadır (138). 2022 yılında Mammadzada'nın araştırmasında, kronik hastalık sayısı fazla olan bireylerde sedanter yaşam tarzının ağır bastığı görülmüştür. Kronik hastalık ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkide de Tip 2 diyabetli sedanter yaşam tarzının ağır bastığı bireylerde daha fazla olduğu görülmüştür (46). Harvard merkezli 2003'teki bir araştırmada da sedanter yaşam tarzı benimsenmiş bireylerde televizyon

izleme süresi ve Tip 2 diyabet arasındaki ilişki incelenmiş olup; bu yaşam tarzını benimseyen bireylerde diyabet 3 kat daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (139).

2010'da Dunstan ve arkadaşlarının araştırmasında da televizyon izleme ile geçen süre arttıkça kardiyovasküler mortalite ve ölüm oranlarının arttığı görülmüştür (140). Bizim çalışmamızda kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; günlük televizyon izleme süresine göre kaç adet kronik hastalık sayısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda günlük altı (6) saatten fazla televizyon izleme sürelerinin oranları (%75); dört (4)-altı (6) saat arası televizyon izleyenlerden (%36.5), bir (1)-üç (3) saat arası televizyon izleyenlerden (%6.9), bir (1) saatten az izleyenlerden (%5.6) anlamlı şekilde yüksektir. Kırsal ve kentsel alanda yaşamı ayırt etmeksizin; günlük televizyon izleme süreleri arttıkça; bir (1) kronik hastalığı olanların oranı azalırken, üç (3) ve daha fazla kronik hastalığı olanların oranı artmaktadır. Yaşam ortamı ayrımı yapmaksızın televizyon karşısında geçirilen her bir saatin azaltılmasına yönelik geniş kapsamlı çeşitli fiziksel egzersiz ve aktiviteleri teşvik etmeye yönelik halk sağlığı planlamaları yapılmalıdır.

Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünenlerde; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Literatürlerde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük dört (4) saatten az uyuyanların kronik hastalık süresi altı (6)-on (10) yıl arası oranı (%16.7), günlük uyku süresi dört (4)-sekiz (8) saat arası olanlar (%28.2) ve sekiz (8) saatten fazla olanlardan (%30) anlamlı şekilde düşüktür. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünmeyenlerde; günlük uyku süresi arttıkça, kronik hastalık süreleri altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı artmaktadır.

Katılımcıların beyanları ve çalışma neticeleri tutarlılık göstermektedir. Uyku sürelerinin artması, uyanık geçirilen zamanın azalmasına böylece fiziksel aktiviteye ayrılan zamanın yetersiz olmasına sebep olmuş olabilir. Daha az fiziksel aktivite ise kronik hastalık süresinin artmasına neden olmuş olabilir.

Fiziksel aktivite ve uyku kalitesi, immün sistem için oldukça önemli iki faktördür diyebiliriz. 2009'da bağışıklık ve uyku ile ilgili yapılan bir çalışmada kronik uyku kaybı yaşayan bireylerde, immün yetmezlik ve inflamatuar belirteçlerde artış görülmüştür. Yine aynı çalışmada yetersiz uyku ile soğuk algınlığına karşı duyarlılığın arttığına dair kanıtlar mevcuttur (141). 2023'te Kaya'nın 80 hasta ile yaptığı araştırmada, 10 yıldan fazla migren yaşına sahip bireylerin uyku sürelerinin daha kısa olduğu görülürken, sebebini yaşın arttıkça uyku kalitesinin ve süresinin azalmasına bağlandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük uyku süresine göre kronik hastalık süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük dört (4) saatten az uyuyanların kronik hastalık süresi altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı(%14.3), günlük uyku süresi dört (4)-sekiz (8) saat arası olanlar (%30) ve sekiz (8) saatten fazla olanlardan (%31.25) anlamlı şekilde düşüktür. Yeterli fiziksel aktivite yaptığını düşünen ve düşünmeyenlerde ayırt etmeksizin; günlük uyku süresi arttıkça, kronik hastalık süreleri altı (6)-on (10) yıl arası olanların oranı artmaktadır. Çalışmamızdaki bu durumun sebebi uyku kalitesinin azalması neticesinde uyku süresinin artması olabilir. Uyku kalitesi azaldığında uyku süresi artıyor sonuç olarak kronik hastalık süresi artıyor olabilir. Çalışmamızda kronik hastalık sürelerinin arttığında düşük düzey fiziksel aktivite oranı artarken; şiddetli düzey fiziksel aktivite oranı azalmaktadır. Fiziksel aktivite ile kronik hastalık süresinin ters ilişkili olduğu göz önüne alındığında, fiziksel aktivitenin arttırılması ile kronik hastalık süreleri azaltılmış, uyku kalitesinin arttırılması ile uyku süreleri de sağlıklı sürelere indirgenebilir.

2011'de Amerika'da yapılan çalışmada fiziksel aktivite yapılmasının uyku kalitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (142). Yine 2019'daki farklı bir çalışmada da, düşük fiziksel aktivite ve yetersiz uyku süresinin sağlık sorunlarına yol açtığı ile ilgili bilgiler mevcuttur. Ayrıca, yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip bireyler kaliteli

uykuya sahiptirler (143). Diğer bir açıdan bakacak olursak uyku sürelerinin artması, uyanık geçirilen zamanın azalmasına böylece fiziksel aktiviteye ayrılan zamanın yetersiz olmasına sebep olmuş olabilir. Daha az fiziksel aktivite ise kronik hastalık süresinin artmasına neden olmuş olabilir. Kronik hastalık süresi yüksek olan bireylerde daha fazla olmak kaydıyla, uyku kalitesinin arttırılmasına, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesine yönelik planlamalar yapılması ile gün içerisindeki uyku dışında kalan vaktin arttırılması, bu sürenin de fiziksel aktiviteye ayrılması sağlanabilir.

Hayatını en çok etkileyen kronik hastalık grupları ile fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Literatürlerde bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olup bu konuda mevcut araştırmalar oldukça sınırlıdır.

Sonuç olarak, çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin genel itibariyle yeterli düzeyde (orta şiddetli düzey / şiddetli düzey) olduğu görülse de, bazı değişkenlere göre değerlendirdiğimizde fiziksel aktivite düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu tespit ettik. Bu da kronik hastalığı olan bireylerin sedanter yaşamı benimseme, mevcut rutinleri değiştirememe, sosyal izolasyon, sosyal ve ekonomik imkansızlıklar, özgüvende azalma gibi sebeplerden kaynaklanan fiziksel aktivite bilinç ve alışkanlıklarının oluşmayışından olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışmamızın sosyodemografik veri kısmının bol sorudan oluşması, IPAQ anketimizin açık uçlu ve hatırlamayı gerektiren aynı zamanda benzer soru kökenli gibi görünen kalıplardan oluşması neticesinde bazı katılımcılar anketi yarıda kesmiş, bazı katılımcılar çalışmayı tam okumadan doldurmuştur. Bu duruma yönelik tespitlerimiz ile bu anketler incelemeye alınmamış olup 302 katılımcının çalışması incelemeye tabi tutulmuştur.
2. Çalışmamızın şehir merkezine üniversite hastanesinde yapılması verilerimize de yansımıştır. Kırsal alan ve şehir dışına ulaşabilen daha fazla bireyle yapılan geniş ölçekte çalışmalar bilimsel açıdan önemlidir.
3. Çalışmamıza katılanların Eskişehir gibi fiziksel aktivite egzersiz alanlarına, sosyal alanlara sahip bir şehirde olması, sosyokültürel düzeyleri yüksek olduğu

için fiziksel aktivite bilinç seviyelerinin yüksek olması çalışmamızın fiziksel aktivite düzeyini yükseltmeye katkı sağlamış olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda bu faktörlerin göz önünde bulundurulması önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklar açısından fiziksel aktivite düzeyinin önemi gün geçtikçe artmakta ve anlaşılmaktadır. Primer korunmada (hastalıkların önlenmesi) ve sekonder korunmada (hastalıkların tedavisi) fiziksel aktivite ve sağlığın doğrudan ilişkili olduğu gibi; fiziksel aktivite bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığına yönelik pek çok olumlu etkiye sahiptir. Düşük fiziksel aktivite birçok sağlık sorununa sebep olmaktadır. Birçok çalışmada fiziksel aktivitenin sağlıkla ilgili hayat kalitesini pozitif etkilediği görülmektedir. Yine pek çok ülkede yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite düzeyinin bireylerin yaşam ortamı, günlük alışkanlıkları, yaşam tarzları, sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları, çocuk sahibi olmaları, birlikte yaşama durumları, kronik hastalık ve ilaç kullanım durumlarına göre değişebileceği görülmüştür. Bu hususta yapılması gereken sağlıklı veya kronik hastalığı olan bireyleri tanımak, kişisel özelliklerine, yaşam tarzına, fiziksel kapasitesine göre fiziksel aktivitelerinin değerlendirilmesi, bu sonuçların ışığında kişinin fiziksel aktivite ve genel sağlık düzeyini değerlendirmek olmalıdır.

Katılımcıların oturma MET ortalama puanı 742.45±400.85, düşük düzey fiziksel aktivite (yürüme) MET ortalama puanı 2760.61±4006.58, orta şiddetli fiziksel aktivite MET ortalama puanı 2410.98±3855.45, şiddetli düzey fiziksel aktivite MET ortalama puanı 3359.13±7786.71, toplam MET ortalama puanı 8530.72±12439.65 olarak saptandı.

Katılımcıların %60.3'ünün fiziksel aktivitesi şiddetli düzey çıkmış olsa bile; alana özel fiziksel aktivite olan işle ilgili, ulaşımla ilgili, ev, bahçe, ailenin bakımı ve boş zaman fiziksel aktivite düzeylerinde düşük düzey fiziksel aktivite oranı daha yüksek oranda görülmektedir. Bu sonuç fiziksel aktivite ile ilgili hala alınması gereken yolların olduğunu göstermektedir. Çevresel, sosyal, ekonomik açıdan pek çok neticeleri olan fiziksel inaktivitenin sağlığa etkisi ve prevalansı düşünülürse, pandemik durum olarak ele alınabilir. Fiziksel aktivite yetersizliği, küresel ölümcüllük oranı ve kronik hastalıklar açısından başta gelen beş risk faktöründen biridir.

Kronik hastalıkların sayısının ve süresinin artmasıyla birlikte kullanılan ilaç sayısı da artmakta, bu ilaçların muhtemel yan etkilerinin bitkinliğe, dolayısıyla da

fiziksel inaktiviteye neden olduğunu düşünmekteyiz. Kronik hastalıklar kişinin duygusal, fiziksel, ergonomik ve ekonomik sorunlar yaşamasına, kişinin ailesi ve çevresinde yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan bir faktör olarak önümüze çıkmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylere yönelik rehabilitasyon protokolleri oluşturulmalı, takipleri kapsamlı biyopsikososyal bakış açısıyla düzenlenmeli, ergoterapik ve psikolojik destek ile fiziksel aktivite eğitim programları başlatılmalıdır. Bu populasyonun üzerine çalışan profesyonellerin sayısının arttırılması, ayrıca bu hasta profillerinin fizik tedavi eşliğinde fizyoterapiye alınması gerektiği düşünülmektedir. Bu sayede sedanter yaşam tarzı terk ettirilip fiziksel aktivite düzeyinin arttırılmasına katkıda bulunulup, bu hastalarda takip ve tedavi yoğunluğu ile işgücü ve sağlık ekonomisine oluşturulan yük azaltılabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin düzenli hareketli yaşam ve fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak için; yaşadığı stresi azaltmak, kilo kontrolünü gözetmek, vücut direncini arttırmak, uyku ve yaşam kalitesini arttırmak, ***"bireylere uygun beslenme, yaşam, fiziksel aktivite programları''*** hazırlamak faydalı olacaktır.

Toplum sağlığı merkezlerinde ***''fiziksel aktivite danışmanı''*** olarak yeni istihdamlar sağlanarak, aile hekiminden sevk belgesi ile çift yönlü kontrol edilen bireylerin aktivitesini artırmayı sağlayacak programlar hazırlamak, atılacak ilk adımlardan biri olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ram, Felix SF, Stewart M. Robinson, and Peter N. Black. "Effects of physical training in asthma: a systematic review." British journal of sports medicine 2000;34.3:162-167.
2. Sahu GS. Physical activity and COVID-19. Int J Adv Res Innov Ideas Educ. 2020;6:494-9.
3. Nieman DC, Wentz LM. The compelling link between physical activity and the body's defense system. Journal of sport and health science. 2019;8(3):201-17
4. Kurumu HSGM. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Rehberi 2024 [cited 2024 19.03]. Available from:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Fiziksel_Aktivite/Yetiskinlerde-Fiziksel-Aktivite.pdf.
5. Kılınç F. Hemşirelerde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
6. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. Turkish Bulletin of Hygiene Experimental Biology. 2013;70(4).
7. Borodulin K, Evenson KR, Monda K,Wen F ve ark. Physical activity and sleep among pregnant women. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2010;24:45–52.
8. Lü Y, Feng Y, Ma S, Jiang Y, Ma L. Changes in physical activity across pregnancy among Chinese women: a longitudinal cohort study. BMC women's health. 2021;21(1):236.
9. Howley ET. Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. Medicine and science in sports and exercise. 2001;33(6 Suppl):S364-9; discussion S419.

10. Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, et al. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? European Journal of Preventive Cardiology. 2005;12(2):102-14.

11. McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Exercise physiology: nutrition, energy, and human performance: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

12. Medicine ACoS. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

13. Moy KL. Physical activity and fitness measures in New Zealand: A study of validation and correlation with cardiovascular risk factors: University of Auckland; 2005.

14. Organization WH. 2022 [cited 2024 03.19] Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

15. Chen S-M, Liu M-F, Cook J, Bass S, Lo SK. Sedentary lifestyle as a risk factor for low back pain: a systematic review. International archives of occupational and environmental health. 2009;82(7):797-806.

16. Aznar-Lain S, Webster T. Physical activity and health in children and adolescents: A guide for all adults involved in educating young people. Ministerio de Educación y Ciencia/Ministério de Sanidad y Consumo. 2007.

17. Atkin AJ, Gorely T, Clemes SA, Yates T, Edwardson C, Brage S, et al. Methods of measurement in epidemiology: sedentary behaviour. International journal of epidemiology. 2012;41(5):1460-71.

18. TBSA T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı 2019 [cited 2024 03.19]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/TBSA_2017_Ozet_Bulgular.pdf.

19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın, 2013;909:69-107.

20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı.Ankara:Kuban Matbaacılık. Sağlık Bakanlığı Yayın, 2011;773.

21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2.Basım Ankara 2014;940.

22. Organization WH. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.

23. Alpözgen AZ, Özdinçler AR. Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. HSP 2016; 3(1): 66-72 To cite this article . Alpözgen AZ, Özdinçler AR. Physical Activity and Preventive Effect: Review. HSP 2016;3(1):66-72.

24. Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu 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.

25. Forde C. Scoring the international physical activity questionnaire (IPAQ). University of Dublin. 2018;3

26. Acar M. Romatoid artrit, osteoartrit, fibromiyalji hastalarında fiziksel uygunluk ve fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

27. Yılmaz RÖ. Postmenopozal kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, yorgunluk ve uyku kalitesiyle ilişkisi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

28. Öztürk M. Üniversitelerde eğitim-öğretim gören örgencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliligi ve güvenirli ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, 2005;69.

29. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Tudor-Locke C, et al. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011;43(8):1575-81.

30. Committee IR. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms. http://www ipaq ki se/scoring pdf. 2005.

31. Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2014;12(1):1-10.

32. Işıkgöz E, Esentaş M, Şahin HM. Beden Eğitimi ve Spor alaninda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite mekan seçimini ve fiziksel aktiviteye katilimini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2018;5(1):21-32.

33. Bouchard C, Lesage R, Lortie G, Simoneau JA, Hamel P, Boulay MR, ve ark. Aerobic performance in brothers, dizygotic and monozygotic twins. Medicine and science in sports and exercise. 1986;18(6):639–46.

34. Prud'homme D, Bouchard C, Leblanc C, Landry F, Fontaine E. Sensitivity of maximal aerobic power to training is genotype-dependent. Medicine & Science in Sports & Exercise. 1984;16(5):489–93.

35. Bouchard C, An P, Rice T, Skinner JS, Wilmore JH, Gagnon J, ve ark. Familial aggregation of VO(2max) response to exercise training: results from the HERITAGE Family Study. Journal of Applied Physiology. 1999;87(3):1003–8.

36. Timmons JA, Knudsen S, Rankinen T, Koch LG, Sarzynski M, Jensen T, ve ark. Using molecular classification to predict gains in maximal aerobic capacity following endurance exercise training in humans. Journal of Applied Physiology. 2010;108(6):1487–96.

37. Yıldız M. COVID-19 Geçiren Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşanan Semptomlar Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

38. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report

of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. jama. 2020;323(13):1239-42.

39. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020;10(10.1016).

40. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. Turkish journal of medical sciences. 2020;50(SI-1):563-70.

41. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Archives of academic emergency medicine. 2020;8(1).

42. Golden SH, Robinson KA, Saldanha I, Anton B, Ladenson PW. Clinical review: Prevalence and incidence of endocrine and metabolic disorders in the United States: a comprehensive review. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2009;94(6):1853–78.

43. Burstein R, Polychronakos C, Toews CJ, MacDougall JD, Guyda HJ, Posner BI. Acute Reversal of the Enhanced Insulin Action in Trained Athletes: Association with Insulin Receptor Changes. Diabetes. 1985;34(8):756–60.

44. Houmard JA, Cox JH, MacLean PS, Barakat HA. Effect of short-term exercise training on leptin and insulin action. Metabolism: clinical and experimental 2000;49(7):858–61.

45. Kump DS, Booth FW. Alterations in insulin receptor signalling in the rat epitrochlearis muscle upon cessation of voluntary exercise. The Journal of Physiology. 2005;562(3):829–38.

46. Mammadzada N. İç Hastalıkları Kronik Hastalarında Fiziksel Aktivite Düzeyini Belirleyen Faktörlerin Araştırılması. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2022.

47. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in

the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346(6):393-403.

48. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, ve ark. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical practice guidelines. Hypertension. 2018;71(6):E13–115.

49. Physical Activity Guidelines Advisory. 2019. [cited 2024 03.24] Available from: https://health.gov/sites/default/files/2019-10/CommitteeReport_7.pdf.

50. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, ve ark. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2019;139(10):e56–528.

51. Fletcher GF, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, Epstein S, ve ark. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart association. Circulation. 1992;86(1):340–4.

52. Öner Erkekol F, Köktürk N, Saçkesen C, Önen ZP, Özkan S, Kocabaş CN, et al. Türkiye kronik hava yolu hastalıkları önleme ve kontrol programı (gard Türkiye) birinci basamakta çalışan hekim eğitimi bilgi değerlendirme sonuçları. Tuberk Toraks. 2017;65(2):80-9.

53. Martin SA, Pence BD, Woods JA. Exercise and respiratory tract viral infections. Exercise and sport sciences reviews. 2009;37(4):157.

54. Nieman DC, Wentz LM. The compelling link between physical activity and the body's defense system. Journal of sport and health science. 2019;8(3):201-17.

55. Matthews CE, Ockene IS, Freedson PS, Rosal MC, Merriam PA, Hebert JR. Moderate to vigorous physical activity and risk of upper-respiratory tract infection. Medicine and science in sports and exercise. 2002;34(8):1242-8.

56. Woods JA, Hutchinson NT, Powers SK, Roberts WO, Gomez-Cabrera MC, Radak Z, et al. The COVID-19 pandemic and physical activity. Sports Medicine and Health Science. 2020;2(2):55-64.

57. Cairns AP, McVeigh JG. A systematic review of the effects of dynamic exercise in rheumatoid arthritis. Rheumatology international. 2009;30(2):147–58.

58. Bağlan Y, Songül. Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda fiziksel aktivite seviyesi ile hastalık aktivitesi, yorgunluk, depresyon, ağrı, yaşam kalitesi ve kinezyofobi arasındaki ilişki. Master's Thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

59. Fongen, C., Sveaas, S. H., Dagfinrud., H, Barriers and facilitators for being physically active in patients with ankylosing spondylitis: a cross-sectional comparative study. Musculoskeletal care, 2015;13.2:76-83.

60. Wılcox, Sara, et al. Perceived exercise barriers, enablers, and benefits among exercising and nonexercising adults with arthritis: results from a qualitative study. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology, 2006;55.4:616-627.

61. Naegeli, A. N., Tomaszewski, E. L., Al Sawah, S. Psychometric validation of the Brief Pain Inventory-Short Form in patients with systemic lupus erythematosus in the United States. Lupus, 2015;24.13:1377-1383.

62. Ellingson, L. D., Colbert, L. H., & Cook, D. B. Physical activity is related to pain sensitivity in healthy women. Medicine and science in sports and exercise, 2012;44.7:1401-1406.

63. Peroutka, S. J. What turns on a migraine? A systematic review of migraine precipitating factors. Current pain and headache reports, 2014;18.10:454.

64. Karabay E. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Görev Yapan Sağlık Personellerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2021.

65. Zerwekh JE, Ruml LA, Gottschalk F, Pak CY. The effects of twelve weeks of bed rest on bone histology, biochemical markers of bone turnover, and calcium homeostasis in eleven normal subjects. Journal of Bone and Mineral Research. 1998;13(10):1594-601.

66. Alibegovic AC, Sonne MP, Højbjerre L, Bork-Jensen J, Jacobsen S, Nilsson E, ve ark. Insulin resistance induced by physical inactivity is associated with multiple transcriptional changes in skeletal muscle in young men. American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism. 2010;299(5):E752–63.

67. Arslan E, Ercan S. Covid-19 pandemisi ve sosyal izolasyon sürecinde egzersizin önemi. Spor Hekimliği Dergisi. 2020;55(2):188-91.

68. Alosaimi B, Hamed ME, Naeem A, Alsharef AA, AlQahtani SY, AlDosari KM, et al. MERS-CoV infection is associated with downregulation of genes encoding Th1 and Th2 cytokines/chemokines and elevated inflammatory innate immune response in the lower respiratory tract. Cytokine. 2020;126:154895.

69. Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 2016;6.1:51-66.

70. Uchida S, Yamagata H, Seki T, Watanabe Y. Epigenetic mechanisms of major depression: targeting neuronal plasticity. Psychiatry and clinical neurosciences. 2018;72(4):212-27.

71. Eker, Engin, and Ayşın Noyan. "Yaşlıda depresyon ve tedavisi." Klinik Psikiyatri, 2004;2:75-83.

72. Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Psychological Medicine 2018;48(7):1068-83.

73. Pham T, Bui L, Nguyen A, Nguyen B, Tran P, Vu P, Dang L. The prevalence of depression and associated risk factors among medical students: An untold story in Vietnam. PloS one 2019; 14(8)

74. Yağız G., Emekli Bireylerde Kronik Hastalık Düzeylerinin Fiziksel Aktivite, Düşme ve Denge Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

75. Organization WH. Cancer 2018 [cited 2024 15.03]. Available from: https://www.who.int/cancer/en/

76. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal Med. 2015;162(2):123-32.

77. Physical Activity Guidelines Advisory. 2008 [cited 2024 13.03]. Available from: https://health.gov/sites/default/files/2019-10/CommitteeReport_7.pdf.

78. Monninkhof EM, Elias SG, Vlems FA, van der Tweel I, Schuit AJ, Voskuil DW, ve ark. Physical activity and breast cancer: a systematic review. Epidemiology (Cambridge, Mass). 2007;18(1):137–57.

79. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. Eur J Cancer. 2010.

80. Shephard RJ, Futcher R. Physical Activity and Cancer: How May Protection Be Maximized? Critical ReviewsTM in Oncogenesis. 1997;8(2–3):219–72.

81. Taş, D., Akyol, A. Egzersiz ve kronik böbrek yetmezliği. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2017;12.1:10-19.

82. Aucella, F., Battaglia, Y., Bellizzi, V., Bolignano, D., Capitanini, A., Cupisti, A. Physical excercise programs in CKD: lights, shades and perspectives: a position paper of the "Physical Exercise in CKD Study Group" of the Italian Society of Nephrology. Journal of nephrology, 2015;28:143-150.

83. Şahin H. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2024.

84. Qiu, Z., Zheng, K., Zhang, H., Feng, J., Wang, L., Zhou, H. Physical Exercise and Patients with Chronic Renal Failure: A Meta-Analysis. BioMed Research International, 2017;1-8.

85. Zhang, F., Wang, H., Wang, W., Zhang, H. The Role of Physical Activity and Mortality in Hemodialysis Patients: A Review. Frontiers in Public Health, 2022;10.

86. Arslan, F. C. A., Demirgüç, A., Uluğ, N. Upper extremity functions and physical activity in chronic maintenance hemodialysis patients: A case-control study. Medicine, 2023;102(41).

87. Dungey, M., Hull, K. L., Smith, A. C., Burton, J. O., Bishop, N. C. Inflammatory Factors and Exercise in Chronic Kidney Disease. International Journal of Endocrinology, 2013;1–12.

88. Simrén M. Physical activity and the gastrointestinal tract. European journal of gastroenterology & hepatology. 2002;14(10):1053-6.

89. De Oliveira EP, Burini RC. The impact of physical exercise on the gastrointestinal tract. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2009;12(5):533-8.

90. Leitzmann MF, Rimm EB, Willett WC, Spiegelman D, Grodstein F, Stampfer MJ, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. New England Journal of Medicine. 1999;341(11):777-84.

91. Somerville V, Bringans C, Braakhuis A. Polyphenols and performance: A systematic review and meta-analysis. Sports Medicine. 2017;47(8):1589-99.

92. Wilson PB. Associations between physical activity and constipation in adult Americans: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. Neurogastroenterol Motil, 2020;32(5):e13789.

93. Nutrition and lifestyle in healthy aging: the telomerase challenge. Boccardi, Virginia, Paolisso, Giuseppe ve Mecocci, Patrizia. Aging. 2016;p.13.

94. Ornish D, et al. Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a descriptive pilot study. Lancet Oncology. 2013;p.1118.

95. Çelik, F; Ertal, Ezgi. Daha Genc Kalabilmek İcin Nasıl Beslenmeliyiz?. Türkiye Klinikleri Kozmetik Dermatoloji Özel Dergisi, 2019;12.2.

96. Ballı, E. Yüz ve Boyun Derisinin Yapısal Özellikleri ve Fonksiyonlarının Yaşlanma Süreciyle Değişimi. Türkiye Klinikleri Kozmetik Dermatoloji Özel Dergisi, 2020;13.4.

97. Zhou Z, Zhou R, Zhang Z, Li K. The association between vitamin D status, vitamin D supplementation, sunlight exposure, and Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. Med Sci Mon Int Med J Exp Clin Res. 2019;25:666-674.

98. Çıfçı, N, et al. D vitamini düzeylerinin deri hastalıkları üzerine etkisinin retrospektif değerlendirilmesi. Kocaeli Tıp Dergisi, 2018;7.3:47-54.

99. Bischoff-Ferrari HA. Relevance of vitamin D in muscle health. Rev Endocr Metab Disord 2012;13:71-7.

100. Bischoff-Ferrari HA, Dietrich T, Orav EJ, Hu FB, Zhang Y, Karlson EW, et al. Higher 25-hydroxyvitamin D concentrations are associated with better lower-extremity function in both active and inactive persons aged≥60 y. Am J Clin Nutr 2004;80:752-8.

101. Gerdhem P, Ringsberg KA, Obrant KJ, Akesson K. Association between 25-hydroxy vitamin D levels, physical activity, muscle strength and fractures in the prospective population-based OPRA Study of Elderly Women. Osteoporos Int 2005;16:1425-31.

102. Akca H, Menopoz Polikliniğine Başvuran Postmenopoz Dönemindeki Kadınlarda Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Durumunun Kırılganlık Ve Duygu Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi. Lokman Hekim Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2022.

103. Yılmaz, Ö. R, Postmenopozal kadınlarda fiziksel aktivite düzeyinin depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, yorgunluk ve uyku kalitesiyle ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2019.

104. Taneja V. Sex hormones determine immune response. Frontiers in immunology. 2018;9:1931.

105. Zimmet P, Magliano D, Matsuzawa Y, Alberti G, Shaw J. The metabolic syndrome: a global public health problem and a new definition. Journal of atherosclerosis and thrombosis. 2005;12(6):295–300.

106. Ehrmann DA, Liljenquist DR, Kasza K, Azziz R, Legro RS, Ghazzi MN, ve ark. Prevalence and predictors of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2006;91(1):48–53.

107. Jung KY, Cho SY, Kim HJ, Kim SB, Song IH. Nonalcoholic steatohepatitis associated with metabolic syndrome: relationship to insulin resistance and liver histology. Journal of clinical gastroenterology. 2014;48(10):883–8.

108. Biddinger SB, Kahn CR. From mice to men: Insights into the Insulin Resistance Syndromes. Annual Review of Physiology. 2006;68(1):123–58.

109. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, ve ark. Harmonizing the Metabolic Syndrome. Circulation. 2009;120(16):1640–5.

110. Bianchi G, Rossi V, Muscari A, Magalotti D, Zoli M. Physical activity is negatively associated with the metabolic syndrome in the elderly. QJM. 2008;101(9):713–21.

111. Bankoski A, Harris TB, McClain JJ, Brychta RJ, Caserotti P, Chen KY, ve ark. Sedentary Activity Associated With Metabolic Syndrome Independent of Physical Activity. Diabetes Care. 2011;34(2):497–503.

112. Sarıkaya B. Metabolik Sendromlu Bireylerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Yaşam Kaliteleri, Depresyon ve Yorgunlluk Şiddetlerinin Belirlenmesi. Kırıkkale Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2023.

113. Wu, S., Fisher-Hoch, S. P., Reininger, B., & McCormick, J. B. Recommended levels of physical activity are associated with reduced risk of the metabolic syndrome in Mexican-Americans. PloS one, 2016;11(4).

114. Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, et al. Routine assessment and promotion of physical activity in healthcare settings: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes. 2018;137(18):e495-e522.

115. Piercy KL, Troiano RP. Physical activity guidelines for Americans from the US department of health and human services: Cardiovascular benefits and recommendations. Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes. 2018;11(11):e005263.

116. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003;35:1381-95.

117. Organization WH. 2017 [cited 2024 03.20] Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/turkey/factsheet-steps-turkey-tur-08.10.2018.pdf?sfvrsn=6e6c0c0d_1&download=true

118. Deniz, M. Haşıl Korkmaz N, Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması, NWSA-Sports Sciences, 2011;8:(3),46-56.

119. Arabacı R., Çankaya C. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi XX (1), 2007;1-15.

120. Vural Ö., Eler S., Güzel Atalay N. Masa başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2010;VIII (2):69-75.

121. Genç A., Şener Ü., Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi, 2011;12.3:145-150.

122. İşin V., Özcan F. Kırsal kesimdeki bir aile sağlığı merkezine başvuran erişkinlerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2018;10.3:322-330.

123. Aktaş H, Şaşmaz C. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;8(2).

124. Bianchini de Quadros TM, Petroski EL, Santos-Silva DA, Pinheiro-Gordia A. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. Revista de Salud Pública. 2009;11(5):724-33.

125. Özüdoğru E. Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı Yüksek lisans Tezi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Burdur.2013.

126. Aktaş H, Şaşmaz C. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ile uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;8(2).

127. Rimal, A., Association of Nutrition Concerns and Socioeconomic Status With Exercise Habits. International Journal of Concumer Studies, 2002;(26)4,pp:322-327.

128. Farrell, L. and Shields, M.A., Investigating the Economic and Demographic Determinants of Sporting Participation in England. Journal of Royal Statistical Society, 2002;165,pp: 335- 348.

129. Solmaz DY, Aydın G. Spor bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri. İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2016;3(1):34-46.

130. Zhou Y, Wu J, Zhang S, Yan S, He L, Mkandawire N, et al. Prevalence and risk factors of physical inactivity among middle-aged and older Chinese in Shenzhen: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(10):e019775.

131. Şanlı E, Güzel Atalay N, Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi ilişkisi. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD), XIV 2009;3:23- 32.

132. TİAK 2023 Türkiye Televiyon İzleme Araştırmaları A.Ş. [cited 2024 03.21] A vailable from: https://tiak.com.tr/upload/files/kunye.pdf.

133. Garaulet M, Ortega F, Ruiz J, Rey-López J, Beghin L, Manios Y, et al. Short sleep duration is associated with increased obesity markers in European adolescents: effect of physical activity and dietary habits. The HELENA study. International Journal of Obesity. 2011;35(10):1308-17.

134. Akova İ, Koçoğlu G. 20 yaş üstü erişkinlerde uyku süresi, kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve bazı antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiler. Ahi Evran Medical Journal. 2018;2(3):67-

135. Marques A, Peralta M, Martins J, de Matos MG, Brownson RC. Crosssectional and prospective relationship between physical activity and chronic diseases in European older adults. International J Public Health. 2017;62(4):495-502.

136. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnal İnce D, Tokgözoğlu L. Physical activity levels of university students. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivleri. 2006;34(3):166-72.

137. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 2003;Nov;35(11):1894-900.

138. Cunningham C, O' Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. Scand J Med Sci Sports. 2020;30(5):816-827.

139. Hu FB. Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. Lipids 2003;38(2):103– 8.

140. Dunstan DW, Barr ELM, Healy GN, Salmon J, Shaw JE, Balkau B, ve ark. Television Viewing Time and Mortality. Circulation. 2010;121(3):384–91.

141. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep habits and susceptibility to the common cold. Archives of internal medicine. 2009;169(1):62-7.

142. Loprinzi PD. And Bradley JC. Association Between ObjectivelyMeasured Physical Activity And Sleep. Mental Health and Physical Activity. 2011;4(2): 65-69.

143. Mead MP, Baron K, Sorby M, Irish LA. Daily associations between sleep and physical activity. International journal of behavioral medicine. 2019;26(5):562-8.

144. Akpınar P, İçağasıoğlu A. The Relation Between Vitamin D and Quality of Life. Türk Osteoporoz Dergisi 2012;18:13-8.