

## Kırsal kesimdeki bir aile sağlığı merkezine başvuran erişkinlerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi\*

*Investigation of the physical activity levels who applied to a family health center in rural area\**

Veli İşin, Fatih Özcan

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Geliş Tarihi: 04.06.2018

Kabul Tarihi: 31.07.2017

Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.430572

\*Bu çalışmanın bir bölümü, 12-15 Nisan 2018 tarihlerinde Adana'da gerçekleşen "12. Aile Hekimliği Araştırma Günleri"nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma, Manisa'da kırsal kesimdeki bir aile sağlığı merkezine başvuran 25 yaş ve üzeri kişilerin fiziksel aktivite düzeyinin saptanması ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmamız, Ağustos 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup Manisa ili Şehzadeler ilçesi Sancaklıbozköy Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 25 yaş ve üzeri 250 birey üzerinde yürütülmüştür. Araştırma grubunun fiziksel aktivite düzeyini saptamak için "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kısa formu" kullanılmıştır. Bireylerin sosyoekonomik durumları, günlük aktiviteleri ile fiziksel aktivite yapmama sebepleri literatürden derlenerek hazırlanan anket ile belirlenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların %54,1'i kadın %45,9'u erkek olup yaş ortalamaları 52,86±14,51 yıldır. Katılımcıların %47,2'sinin inaktif (hareketsiz), %36,4'ünün düşük düzeyde aktif, %16,4'ünün aktif oldukları saptanmıştır. Çalışmamızda obezite oranı kadınlarda %54,3, erkeklerde %30,9 toplamda %44 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda erkekler kadınlardan, gençler yaşlılardan, kronik hastalığı olmayanlar olanlardan anlamlı olarak daha aktif bulunmuştur (p<0,05). Bireylerin eğitim düzeyi artıçça fiziksel aktivite düzeyinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür (p<0,05).

**Sonuç:** Hareketsizlik ve obeziteyle mücadele, hem kentleri hem köyleri kapsayacak şekilde olmalıdır. Bu önemli sorunun çözümlenebilmesi için "kişiyeye özel fiziksel aktivite programı" oluşturulmalıdır. Bunun yapılabilmesi için bu alanda yüksek öğrenim görmüş spor eğitimcilerinin sağlık hizmetlerinde istihdam edilmesi doğru bir adım olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Fiziksel aktivite düzeyi, kırsal alan, aile sağlığı merkezine başvuran kişiler

## Abstract

**Aim:** This study was conducted to determine the physical activity level of 25 years and over persons who applied to a family health center in rural area in Manisa and examine the factors affecting it.

**Material and Method:** Our research is a cross-sectional descriptive study. Our study was conducted on 250 individuals over 25 years old who applied to the Sancaklıbozköy Family Health Center in Manisa province. The "International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short form" was used to determine the physical activity level of the research group. Socioeconomic status of individuals, daily activities, reasons for not doing physical activity were determined by a questionnaire prepared from literature.

**Results:** 54.1% of individuals who participated in our study were female, 45.9% were male, and mean age was 52.86±14.51 years. 47.2% of the participants were inactive, 36.4% were active at low level and 16.4% were active. In our study, the rate of obesity was as 54.3% in females, 30.9% in males, and 44% in total. In our research, men were significantly more active than women, young people were significantly more active than aged ones and individuals without chronic disease were significantly more active than those with chronic disease ( $p<0.05$ ). The level of physical activity increased significantly as the level of education of individuals improved ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Our findings show it is essential to fight obesity both in cities and in villages. To solve this problem, it is necessary to create the "personalized exercise program". In order to be able to do this, it would be a good step to employ the health educators of the highly educated sports instructors in this area.

**Keywords:** Physical activity level, rural area, people referring to family health center

## Giriş

Araştırmamızın yapıldığı yer Manisa ili Şehzadeler ilçesi'ne bağlı Sancaklıbozköy mahallesidir. Burası halen köy olmakla birlikte 2012 yılında çıkarılan Büyükşehir Kanunu ile mahalle olarak adlandırılmıştır. Spil dağı eteklerinde bulunmaktadır. Mahallenin il merkezine uzaklığı 25 km'dir. 2017 yılı nüfus verilerine göre mahalle nüfusu 2075 kişidir. En önemli geçim kaynağı tarımdır. Mahallede bir ilköğretim okulu ve bir Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır.

Fiziksel aktivite, enerji harcaması ile sonuçlanan ve kas kasılması tarafından üretilen vücut hareketleridir [1]. Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, "spor" kelimesi ile eş anlamlı olarak bilinmektedir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fiziksel aktiviteyi iskelet kasları tarafından üretilen enerji gerektiren herhangi bir bedensel hareket (çalışırken, oynarken, ev işleri yaparken ve boş zamanlarda yapılan hareketler dâhil) olarak tanımlamaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanı sıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir [2,3].

İnsanların fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerine birçok olumlu etkiler yapan; hem hastalıklardan korunmada, hem de hastalıkların tedavisinde yararlı olan fiziksel aktivitenin sağlıklı doğrusal bir ilişkisi vardır [4,5,6]. Fiziksel aktivitenin, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini olumlu

etkilediği gösterilmiştir [4,7,8,9]. Erken yaştan itibaren düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak, günlük yaşamın bir parçası haline getirmek ve günlük aktivite miktarını artırmak, sağlığın korunması ve karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının önlenmesinde oldukça büyük öneme sahiptir [1]. İnaktivite kronik hastalıklar ve küresel mortalite açısından önde gelen 5 önemli risk faktöründen biridir. İskemik kalp hastalıklarının yaklaşık %30'unun, diyabetin %27'sinin, meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin ana nedeninin fiziksel inaktivite olduğu tahmin edilmektedir. Kronik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin çok sayıda yararı olduğunun bilinmesine rağmen, bireyler hareketsiz yaşam tarzını sürdürmeye devam etmektedir. Toplumumuzda da kronik hastalıklar sağlık bakımı ve harcamaları için ciddi bir yük oluşturmaktadır [10]. Çeşitli yaş gruplarında özellikle çocukluk ve genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyini inceleyen çalışmalar literatürde mevcuttur. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu şehir merkezlerinde yaşayanlara uygulanmıştır. Ülkemizde kırsal kesimde yaşayan insanların fiziksel aktivite düzeyini ve alışkanlıklarını araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırmamızda, kırsal kesimdeki bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 25 yaş ve üzeri kişilerin fiziksel aktivite düzeyinin saptanması ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmamız, Manisa İli Şehzadeler İlçesi Sancaklıbozköy Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde Ağustos 2017-Ocak 2018 arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızın evrenini, Sancaklıbozköy ASM'ye bağlı 25 yaş ve üzeri 2158 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya 25 yaş ve üzerindeki kişilerin alınmasının nedenleri; günümüzde ergenlik çağının 25 yaşa kadar uzayabildiğine ilişkin bilimsel görüşlerin olması, gençlerin genellikle ailelerinden bağımsız olarak yaşadığı dönemin başlangıcı olması ve 25 yaş altındaki kişilerin diğer yaş gruplarına göre fiziksel olarak daha aktif olmalarıdır. Araştırmanın örnek büyüklüğü Epiinfo 7.0 programı kullanılarak prevalans %18 fiziksel aktivite yapma sıklığı, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 206 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmayı 250 kişi kabul etmiş, 30 kişi değişik nedenlerle çalışmaya katılmak istememiştir. Katılım oranı %89,3 dür.

### Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 25 yaş ve üzerinde olmak
- Sancaklıbozköy ASM'ye kayıtlı olup o köyde yaşıyor olmak

### Veri toplama araçları

#### 1) Sosyodemografik form

Araştırmaya alınacak bireylere yönelik sosyodemografik form, araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir. Formda kişilerin yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık öyküsü, teknoloji ve internet kullanımı ve fiziksel aktivite düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin verilerini değerlendiren toplam 20 soru yer almaktadır.

#### 2 Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA-International Physical Activity Questionnaire)

Araştırmamıza katılan kişilerin fiziksel aktivite düzeyinin saptanması için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) kısa formu kullanılmıştır. Uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından yapılan bu anket için Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürk tarafından üniversite öğrencilerine yapılmıştır. UFAA'nın 7 ve 27 sorudan oluşan kısa ve uzun formları vardır. Çalışmamızda, anketin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesinde "son yedi gün"ü içeren kısa formu kullanılmıştır. Bu kısa form yedi sorudan oluşmaktadır; oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan

zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapıyor olması ölçüt alınmaktadır.

### Fiziksel aktivite düzeyleri;

- Fiziksel olarak aktif olmayan <600 MET-dk/hafta
- Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan 600-3000 MET-dk/hafta
- Fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan >3000 MET-dk/hafta şeklinde sınıflandırılmıştır [11].

UFAA kısa formun son sorusu olan oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivitenin puanlandırmasının herhangi bir parçasında yer almaz ve kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur [12].

### Verilerin toplanması

Sosyodemografik bilgiler ve araştırma formu ile UFAA ölçeği, Sancaklıbozköy ASM'ye başvuran 25 yaş ve üzeri kişilere araştırma ekibinden bir hekim tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

### Araştırmanın etik boyutu

Bu araştırmanın yapılabilmesi için 11.08.2017 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Araştırmamızın Sancaklıbozköy ASM'nde yürütülebilmesi için 17.08.2017 tarihinde Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü Şehzadeler Eğitim Toplum Sağlığı Merkezi Eğitim Koordinasyon Kurulu'ndan izin onayı alınmıştır.

Çalışma yürütülürken, araştırmamıza katılmayı kabul eden gönüllülerin aydınlatılmış yazılı izin onayları alınmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS.15 (Statistical Package for Social Science) for Windows" programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square testi kullanılmıştır, p<0,05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### Bulgular

Araştırmamıza, Sancaklıbozköy ASM'ye başvuran kişilerden 25 yaş ve üzeri 250 kişi katılmıştır. Tablo 1'de çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 52,86±14,51 yıl, boy ortalaması 163,38±8,86 cm, ağırlık ortalaması 78,96±15,06 kg olarak belirlenmiş, çoğunluğunun kadın (%54,1), evli (%88,8), ilkökul mezunu (%72,4), ev hanımı (%52) olduğu görülmüştür.

Bireylerin %20,4'ünün sigara kullandığı, %6'sının alkol aldığı, %55,6'sının kronik hastalığının olduğu, %51,6'sının sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir.

<b>Tablo 1. Bireylerin sosyodemografik özellikleriyle fiziksel aktivite düzeylerinin ilişkisi</b>						
<b>Fiziksel Aktivite Düzeyi</b>						
	<b>Yetersiz FA1</b>		<b>Yeterli FA2</b>			
	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Toplam</b>	<b>p</b>
<b>Yaş</b>						
25-39	40	72,7	15	27,3	55	0,012
40-64	113	83,7	22	16,3	135	
65 ve üstü	56	93,3	4	6,7	60	
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	124	88,6	16	11,4	140	0,017
Erkek	85	77,3	25	22,7	110	
<b>Medeni durum</b>						
Evli	185	83,3	37	16,7	222	0,745
Diğer <sup>3</sup>	24	85,7	4	14,3	28	
<b>Eğitim düzeyi</b>						
İlkokul ve altı	170	86,7	26	13,3	196	0,032
Ortaokul	23	69,7	10	30,3	33	
Lise ve üzeri	16	76,2	5	23,8	21	
<b>İşi</b>						
Bedensel işi olmayan <sup>4</sup>	156	89,7	18	10,3	174	0,001
Bedensel işi olan	53	69,7	23	30,3	76	
<b>Gelir düzeyi</b>						
Gelir giderden fazla	46	83,6	9	16,4	55	0,333
Gelir gider eşit	117	81,3	27	18,8	144	
Gelir giderden az	46	90,2	5	9,8	51	
<b>Yaşam ortamı</b>						
Tek başına	18	78,3	5	21,7	23	0,552
Diğer <sup>5</sup>	191	84,1	36	15,9	227	
FA:Fiziksel aktivite						
1Yetersiz FA : UFAA 'dan elde edilen inaktif ve düşük düzeyde aktif olan bireyler birlikte alınmıştır.						
2Yeterli FA : UFAA'dan elde edilen Aktif bireyler alınmıştır.						
3Bekar, eşi vefat etmiş, boşanmış bireyler dahil edilmiştir.						
4Çalışmayan, ev hanımı, emekli, masabaşı işler dahil edilmiştir.						
5Eşyle, eşi ve çocuklarıyla, bakıcı ile yaşayanlar dahil edilmiştir.						

Bireylerin çoğunluğunun (%68) 4-8 saat arası uyuduğu, %44,8'inin 1 saatin altında ve %40,4'ünün 1-3 saat arası televizyon izlediği, %88,4'ünün cep telefonu kullandığı saptanmıştır. Kişilerin %24,4'ünün internet kullandığı, sosyal medya hesabı (facebook, twitter, instagram vb.) olanların %23,2 olduğu belirlenmiştir. İnternet kullananların %95'inin sosyal medya hesabı olduğu saptanmıştır. Günlük internette geçirilen süre 5-240 dakika

arasında olup ortalama 83,23±64,71 dakikadır. Günlük sosyal medyada geçirilen sürenin 5-240 dakika arasında olup ortalama 55,27±51,97 dakika olduğu belirlenmiştir. Bireylerin vücut kitle indeksine (kg/m<sup>2</sup>) göre obezite sınıflaması Tablo 2'de gösterilmektedir. Kadınların %54,3'ü, erkeklerin %30,9'u obezdir. Genel olarak %44'ü obezdir.

	Kadın (n=140)		Erkek (n=110)		Toplam (n=250)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>VKİ* (kg/m<sup>2</sup>)</b>						
Zayıf (18,50'in altı)	1	0,7	0	0	1	0,4
Normal kilolu (18,50-24,99)	19	13,6	27	24,5	46	18,4
Fazla kilolu (25,00-29,99)	44	31,4	49	44,5	93	37,2
Obez (30,00 ve üzeri)	76	54,3	34	30,9	110	44
<b>Ort±SS</b>	30,61±5,71		28,29±4,52		29,59±5,33	
*VKİ: Vücut kitle indeksi						

Bireylerin fiziksel aktivite yapmama nedeni olarak en çok yanıt verilen seçenek; %32,8'le “Yeteri kadar vaktim yok” olmuştur (Tablo 3).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yeteri kadar vaktim yok	82	32,8
Vücut ağırlığım normal ihtiyacım yok	5	2
Aktivite yaparken çocuklarımla ilgilenecek kimse yok	17	6,8
Tek başına aktivite yapmaktan keyif almıyorum	20	8,0
Sağlık problemlerim var riske girmek istemiyorum	56	22,4
Evimin çevresinde fiziksel aktivite yapacak mekan yok	44	17,6
Yaşım fiziksel aktivite yapmaya müsait değil	12	4,8
*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.		

Tablo 4'de araştırma grubunun UFAA ölçeğine göre belirlenen fiziksel aktivite düzeyinin dağılımı gösterilmiştir. Çalışmadaki kadınların %55'i inaktif (hareketsiz),

erkeklerin %37,3'si inaktif olarak saptanmıştır. Çalışmadaki tüm bireylerin %47,2 si inaktif, %36,4'ü düşük düzeyde aktif, %16,4'ü aktif olarak belirlenmiştir.

	Kadın (n=140)		Erkek (n=110)		Toplam (n=250)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Fiziksel aktivite düzeyi</b>						
İnaktif	77	55,0	41	37,3	118	47,2
Düşük	47	33,6	44	40,0	91	36,4
Aktif	16	11,4	25	22,7	41	16,4

Yaş arttıkça yeterli FA düzeyi azalmaktadır. Yaşa göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Çalışmaya katılanların cinsiyete göre FA düzeyine bakıldığında kadınların %11,4'ü, erkeklerin ise %22,7'si yeterli FA düzeyine sahiptir. Çalışmamızda erkekler kadınlardan daha aktiftir. Cinsiyete göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre FA düzeyine bakıldığında ilkokul ve altı mezunu olan bireylerin %13,3'ü,

ortaokul mezunu olanların %30,3'ü, lise ve üzeri mezunu olanların %23,8'i yeterli FA'ya sahiptir (p<0,05). Çalışmaya katılanların yapılan işe göre FA düzeyine bakıldığında bedensel iş yapmayan bireylerin %10,3'ü, bedensel iş yapanların %30,3'ü yeterli FA'ya sahiptir (p<0,05).

Vücut kitle indeksine göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Cep telefonu kullanma durumuna göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 5.** UFAA' dan elde edilen günlük fiziksel aktivite ve oturma sürelerinin dağılımı

	Sayı	Min	Max	(Ort±SS)
Şiddetli FA* süresi (dk/gün)	32	5,0	420	143,28±120,94
Orta şiddetli FA süresi (dk/gün)	63	5,0	420	116,66±116,91
Yürüme süresi (dk/gün)	192	10	360	64,42±62,63
Toplam FA (MET**-dk/hf)	250	0	36078	1784,3±3592,7
Oturma süresi(dk/gün)	250	60	900	376,8±183,47

\*FA: Fiziksel aktivite \*\*MET: 1.25 kcal/dk

Tablo 5’de UFAA’dan elde edilen günlük fiziksel aktivite ve oturma sürelerinin dağılımı gösterilmektedir. Buna göre şiddetli FA süresi ortalama 143,28±120,94 dk/gün dür. Orta şiddetli FA süresi 116,66±116,91 dk/gün dür. Yürüme süresi 64,42±62,63 dk/gün dür. Toplam FA skoru ortalama 1784,3±3592,7 MET (dk/hf) dir. Günlük oturma süresi ortalama 376,8±183,47 dk/gün olarak belirlenmiştir.

### Tartışma

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de yapılan “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre Türkiye genelinde kadınların %87’sinin, erkeklerin %77’sinin yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir. Bu oranlar, hareketsiz yaşam tarzının ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ortaya koymaktadır [13].

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 52,86±14,51 yıldır. Çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezine bağlı 25 yaş ve üzeri nüfusun %71’ini 45 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Bu nedenle örnekleme orta yaş grubu çoğunluktadır. Çalışmamız kırsal bölgede yapılmış olup kadınların çoğunluğu ev hanımı, erkeklerin çoğu çiftçi ve emeklidir. 2011’de yapılan Türkiye Kronik hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı araştırmasına göre 15 yaş ve üzeri bireylerde sigara kullananlar kırdaki yaşayanlarda %25 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kırdaki alkol kullanım oranı %11 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda hem sigara kullanım hem alkol kullanım oranları daha düşük bulunmuştur. Bu da araştırma grubunun çoğunluğunun kadın olmasından ve çalışmamızdaki kadınların sadece %0,7’sinin alkol kullanmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızdaki kronik hastalık oranının yüksek olması çalışmanın yapıldığı ASM’ye bağlı 25 yaş ve üzeri nüfusun çoğunluğunun yaşlı (%51’i 55 yaş ve üzeri) olmasından kaynaklanabilir. Çalışmaya katılan kişilerin %88,4’ünün cep telefonu kullandığı belirlenmiştir. TÜİK 2016 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na

göre toplumun %96,9’unda cep telefonu veya akıllı telefon bulunmaktadır [14]. Çalışmamızda cep telefonu kullanım oranı Türkiye ortalamasının altındadır. Bunun sebebi örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan kişilerin %24,4’ünün internet kullandığı, sosyal medya hesabı (Facebook, Twitter, Instagram vb.) olanların %23,2 olduğu belirlenmiştir. Çalışmada günlük internette geçirilen sürenin ortalama 83,23±64,71 dakika, günlük sosyal medyada geçirilen sürenin ortalama 55,27±51,97 dakika olduğu saptanmıştır. TÜİK 2017 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’na göre internet kullanım oranları 16-74 yaş grubundaki bireylerde %66,8’dir (15). TÜİK Zaman Kullanım Araştırması’na göre sosyal medyada vakit geçirme oranı %33,9 olarak belirlenmiştir [16]. Çalışmamızdaki internet ve sosyal medya kullanıcı sayısı ve bunları kullanım süreleri ülke ortalamalarının altındadır. Bunun sebebi çalışmanın kırsal bölgede yapılması ve çalışmada yer alan kişilerin çoğunluğunun orta yaşlı olmasıyla açıklanabilir.

Araştırma grubunun ortalama VKİ değeri 29,59±5,33 kg/m<sup>2</sup> olup kadınlarda 30,61±5,71 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde 28,29±4,52 kg/m<sup>2</sup> olarak bulunmuştur. DSÖ obezite sınıflamasına göre kadınların ortalama VKİ değeri obez (VKİ: >30 kg/m<sup>2</sup>) erkeklerin ise fazla kilolu (VKİ: 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) düzeyindedir.

Çalışmaya katılanların vücut kitle indeksine göre obezite sınıflaması yapıldığında obezite sıklığı kadınlarda %54,3 erkeklerde %30,9 genelde %44 olarak bulunmuştur. Yaklaşık 25000 kişinin katıldığı 1999-2000 yılları arasında yapılan TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması) araştırmasında obezite prevalansı erkeklerde %21,5, kadınlarda %36 ve genel toplumda %25 olarak bulunmuştur [17].

2006 yılında kır-kent bölge dağılımı göz önüne alınarak seçilen 20 yaş üzeri 2110 erkek ve 2154 kadında yürütülen

METSAR (Türkiye Metabolik Sendrom Çalışması) çalışmasına göre obezite sıklığı erkeklerde %20,6, kadınlarda %39,9 bulunmuştur [18]. 26500 erişkin ile yapılan TURDEP II (Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması) araştırmasında erkeklerde obezite sıklığı %25,9, kadınlarda %41,7 ve genel toplumda ise %35 olarak saptanmıştır [19]. Çalışmamızdaki obezite oranının Türkiye çapında yapılan diğer araştırmalardan daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Bu farklılık, çalışmanın yapıldığı kırsal bölgenin özelliklerinden ve çalışma grubunun çoğunluğunun görece orta ve ileri yaşta olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılanların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde, %47,2 sinin inaktif, %36,4'ünün düşük düzeyde aktif, %16,4'ü aktif olarak saptanmıştır. Sağlık için yeterli fiziksel aktivite düzeyi, aktif olan düzeydir. Bu durumda katılımcıların sadece %16,4'ü yeteri kadar fiziksel aktivite yapmaktadır. Hallal ve ark.'nın 2003 yılında Brezilyada 20-70 yaş arasındaki 3182 yetişkin kişilere UFAA kullanılarak yaptığı çalışmada fiziksel inaktivite %41'inde görülmüştür. Bu oran 20-29 yaş grubundaki kişilerde %38 bulunmuştur. Çalışmamızda 25-39 yaş arasındaki fiziksel inaktivite oranı %38,2 saptanmış olup bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir [20]. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" (TKrHRF) araştırmasında kırdaki yaşayanların %21'i yeterli seviyede fiziksel aktivite yapmaktadır [21]. Çalışmamızda bu sonuca göre daha düşük yeterli FA düzeyi oranı saptanmıştır. Araştırmamızda kadınların ve yaşlıların çoğunluğu oluşturması buna sebep olmuş olabilir. Bunun yanında TKrHRF çalışmasının 2011'de, bizim çalışmamızın 2017 sonlarında yapıldığı dikkate alınır, teknolojinin hızla ilerlemesi ve teknolojik araçlara sahip olmanın kolaylaşması kırsal kesimde yaşayanları bile daha hareketsiz bir yaşama yönlendirdiği düşünülmektedir.

Yaş arttıkça yeterli FA düzeyi azalmaktadır. Yaşa göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılanların cinsiyete göre FA düzeyine bakıldığında kadınların %11,4'ü, erkeklerin ise %22,7'si yeterli FA düzeyine sahiptir. Çalışmamızda erkekler kadınlardan daha aktiftir. Cinsiyete göre yeterli fiziksel

aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Hallal, Brezilya'nın Pelotas şehrinde yetişkinlerde yapmış olduğu araştırmasında çalışmamızda olduğu gibi erkeklerin kadınlardan daha aktif olduğunu belirlemiştir [20]. Öztürk'ün [12] 2005 yılında, Savcı ve ark. [22]'nin 2006 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda erkeklerin toplam FA düzeyinin kadınlardan yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda fiziksel inaktivite oranları da kadınlarda %55, erkeklerde %37,3 olup kadınlar erkeklere göre daha hareketsiz bir yaşam tarzı sürdürmektedir. Bunun nedeni kadınların ev işleri ve çocuklar nedeniyle kendilerine yeteri kadar vakit ayıramamaları, böylece evde kapalı kalmaları neden olabilir. Bu durum kadınların yeterince fiziksel aktivite yapmalarını olumsuz etkileyebilir. Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre FA düzeyine bakıldığında ilkökul ve altı mezunu olan bireylerin %13,3'ü, ortaokul mezunu olanların %30,3'ü, lise ve üzeri mezunu olanların %23,8'i yeterli FA'ya sahiptir ( $p<0,05$ ). Farrell ve ark. [23] ile Hamer ve ark. [24]'nin çalışmalarında fiziksel aktivite ile eğitim seviyesi arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızdaki ilkökul ve altı mezunu olan bireylerde yaşlıların ve kadınların çoğunluğu oluşturması nedeniyle yeterli FA düzeyinin daha düşük çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmaya katılanların yapılan işe göre FA düzeyine bakıldığında bedensel iş yapmayan bireylerin %10,3'ü, bedensel iş yapanların %30,3'ü yeterli FA'ya sahiptir ( $p<0,05$ ).

Düzenli işlerde çalışanların işsizlere oranla daha fazla fiziksel aktivite yaptığı bildirilmektedir [25]. Aktaş ve ark.'nın [26] 2015'te yaptığı çalışmasında işsiz ve emeklilerin daha az fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılanların VKİ sınıflamasına göre FA düzeyine bakıldığında Normal kilolu (VKİ:18,50-24,99 arası) bireylerin %26,1'i, fazla kilolu (VKİ: 25,00-29,99 arası) olanların %15,1'i, obezlerin (VKİ: 30,00 ve üzeri) %13,6'sı yeterli FA düzeyine sahiptir. VKİ arttıkça yeterli FA düzeyi azalmaktadır. Ancak vücut kitle indeksine göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Şanlı ve ark.'nın [27] 2009

yılında 286 öğretmenin fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada VKİ 25 kg/m<sup>2</sup> altında olan bireylerde %21,4'ünün yeterli FA düzeyi görülürken, VKİ 25 kg/m<sup>2</sup> üstü olan bireylerde bu oran %17,5'e düşmektedir. Bu çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Savcı ve ark.nın [22] üniversite öğrencilerine yapmış olduğu çalışmada VKİ 25 kg/m<sup>2</sup> altında ve üstünde olanlar arasında toplam fiziksel aktivite puanları açısından araştırmamıza benzer şekilde anlamlı sonuç bulunmamıştır.

Cep telefonu kullanma durumuna göre FA düzeyine bakıldığında cep telefonu kullananların %16,7'si, kullanmayanların %13,8'i yeterli FA düzeyine sahiptir. Cep telefonu kullanma durumuna göre yeterli fiziksel aktivite yapan grup ile yetersiz fiziksel aktivite yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Çalışmamızda cep telefonu kullanmayanların %48,3'ünü 65 yaş ve üstü kişilerin oluşturması da fiziksel aktivite düzeyinin daha düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda kendini yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadığını düşünen bireylerin fiziksel aktivite yapmama sebeplerine verdiği yanıtlara baktığımızda; en çok yanıt verilen seçenek "Yeteri kadar vaktim yok" dur (%32,8). Bunu %22,4 ile "Sağlık problemlerim var riske girmek istemiyorum" %17,6'yla "Evimin çevresinde fiziksel aktivite yapacak mekân yok" %8 ile "Tek başına aktivite yapmaktan keyif almıyorum" %6,8 ile "Aktivite yaparken çocuklarımla ilgilenecek kimse yok" %4,8 ile "Yaşım fiziksel aktivite yapmaya uygun değil" %2 ile "Vücut ağırlığım normal ihtiyacım yok" seçenekleri takip etmektedir.

Psikolojik, fizyolojik ve davranışsal değişkenleri de içeren birçok değişkenin fiziksel aktiviteyi etkilediği gösterilmiştir [28].

## Sonuç

Manisa'da kırsal kesimdeki bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirdiğimiz bu araştırmada, kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olması nedeniyle obezite ile mücadele konusunda sağlanacak imkanların dağılımında kırsal bölgelerde yaşayan kadınlara pozitif ayrıcalık tanınması adil bir yaklaşım olacaktır. Düşük eğitim düzeyindeki bireylere yönelik fiziksel aktivite olanaklarının yaygınlaştırılması ve iş ortamında hareketsiz olan bireylerin çalışma ortamında uygulayabilecekleri fiziksel aktivite programlarının olması önem arz etmektedir.

Topluma yönelik fiziksel aktivite programlarının öncelikle kronik hastalığı olan kişilere uygulanmasının yerinde bir tercih olacağı görülmektedir. Araştırmamızda kentlerde görülen hareket azlığının kırsal alanda da geçerli olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, hareketsizlik ve obezite ile mücadelenin hem kentleri hem köyleri kapsayacak şekilde yaygın olması gerektiğini göstermektedir.

Hareketsizlik ve obezite sorununun çözümlenebilmesi için tıpkı diyet programları gibi bireylere yönelik "kişiyeye özel fiziksel aktivite programı" oluşturulması gerekmektedir. Bunun yapılabilmesi için Spor Bilimleri Fakültesi mezunu spor eğitmenlerinin sağlık hizmetlerinde istihdam edilmesi doğru bir adım olacaktır. Böylece, sadece aile hekimlerinin sevk ettiği bireylere "fiziksel aktivite danışmanlığı" yapacak ve gerektiğinde bu konudaki grup eğitimlerini yürütecek spor öğretmenlerinin sağlık merkezlerinde görevlendirilmesinin, bu sorunun ülke çapında çözümlenmesinde önemli katkısı olacağına inanmaktayız.

## Maddi destek ve çıkar ilişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi bulunmamaktadır

## Kaynaklar

1. Ram FS, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma: a systematic review. *British J Sports Med* 2000; 34: 162-7.
2. Akyol A, Bilgiç B, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Birinci basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.
3. Özer D, Baltacı G. İş Yerinde Fiziksel Aktivite. Birinci basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.
4. Balboa-Castillo T, Leon-Munoz LM, Graciani A, Rodriguez-Artalejo F, GuallarCastillon P. Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health Quality Life Outcomes* 2011; 9: 47.
5. Guallar-Castillon P, Bayan-Bravo A, Leon-Munoz LM, et al. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleep with health-related quality of life: a cohort study. *Preventive Med* 2014; 67: 248-54.
6. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ: Canadian Med Assoc J = J Assoc Medicale Canadienne* 2006; 174: 801-9.



7. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Preventive Med* 2007; 45: 401-15.
8. Davies CA, Vandelanotte C, Duncan MJ, van Uffelen JG. Associations of physical activity and screen-time on health related quality of life in adults. *Preventive Med* 2012; 55: 46-9.
9. Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. Adult sedentary behavior: a systematic review. *Am J Prev Med* 2012; 42: 3-28.
10. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyeti Etkinlik Projesi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004.
11. Craig CL, Marshall AL, Sjoström 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.
12. Öztürk M. Üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara; 2005.
13. Demirel H, Kayıhan H, Özmert EN, Doğan A. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. İkinci basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014.
14. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı: 21779, 2016.
15. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı: 24862, 2017.
16. 2014-2015 Zaman Kullanım Araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı: 18627, 2015.
17. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017.
18. Oğuz A, Temizhan A, Abacı A, et al. Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults. *Anadolu Kardiyol Derg* 2008; 8: 401-6.
19. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28: 169-80.
20. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35:1894-900.
21. Ünal B, Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Birinci basım, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013.
22. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H ve ark. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2006; 34: 166-72.
23. Farrell L, Hollingsworth B, Propper C, Shields MA. The socioeconomic gradient in physical inactivity: Evidence from one million adults in England. *Social Sci Med* 2014; 123: 55-63.
24. Hamer M, Kivimäki M, Steptoe A. Longitudinal patterns in physical activity and sedentary behaviour from midlife to early old age: a substudy of the Whitehall II cohort. *J. Epidemiol Community Health* 2012; 66: 1110-5.
25. Van Domelen DR, Koster A, Caserotti P, et al. Employment and physical activity in the U.S. *Am J Prev Med* 2011; 41: 136-45.
26. Aktaş H, Şaşmaz C, Kılınçer A. Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg* 2015; 8: 60-70.
27. Şanlı E, Güzel Atalay N. Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi ilişkisi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Derg (Gazi BESBD)*, XIV 2009; 3: 23-32.
28. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and Public Health. A Recommendation From the centers for Disease control and prevention and the American collage of Sports Medicine. *Jama (J Am Med Assoc)* 1995; 273, 402-7.

Sorumlu Yazar: Fatih Özcan, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Yerleşkesi, Yunusemre, Manisa, Türkiye  
E-mail: fatihozcan41@gmail.com Tel: +90 236 233 85 86 / 5316