

ŞURA KAYA

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE FİZİKSEL  
AKTİVİTENİN OMAHA SİSTEMİ İLE İNCELENMESİ

İSTANBUL, 2019



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE FİZİKSEL  
AKTİVİTENİN OMAHA SİSTEMİ İLE İNCELENMESİ**

**ŞURA KAYA**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ.DR. SELDA SEÇGİNLİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**İSTANBUL-2019**

Bu çalışma 10.01.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans  
Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

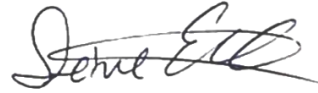
**TEZ JÜRİSİ**



Doç. Dr. SELDA SEÇGİNLİ  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. NİHAL ESİN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. SAİME EROL  
Marmara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Şura KAYA

## ITHAF

Bu çalışmayı beni her zaman destekleyen kıymetli Aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Rehberliğini sadece çalışmayla sınırlı tutmayıp akademik hayatımda destekleri  
ve hayat görüşüyle bana örnek olan,

*Doç.Dr. Selda SEÇGİNLİ'ye,*

Çalışma dosyalarını benimle paylaştığı, çalışmama verdiği destek ve katkılardan  
dolayı,

*Jeanette M. Olsen'e,*

Yüksek lisans ders dönemimde ilmin faydalandığım ve beni Halk Sağlığı  
Hemşireliği ailesine kabul eden

emekli öğretim üyesi *Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN, Prof.Dr. M.Nihal ESİN,*

*Dr.Öğr.Üye. Gülhan COŞANSU, Dr.Öğr.Üye. Aysun ARDIÇ'a,*

İstatistik analizlerimde yardımları ve katkılarından dolayı,  
istatistiği bana öğreten ve sevdiren

*Dr.Öğr.Üye. Pakize YİĞİT'e,*

Özellikle veri toplama olmak üzere çalışmamın her aşamasında bana  
yardımcı olan çalışma arkadaşım,

*Öğr.Gör. Ayşe DOST'a,*

Veri toplama sürecimdeki yardımlarından dolayı başta

*Uzm.Ebe. Gamze ATA* olmak üzere *Doğancılar ASM çalışanlarına,*

Zorlu süreçte emeğime saygı duyan ve manevi destekleriyle her zaman yanımda  
olan kıymetli ailem *Yavuz İŞCİ, Nilgün İŞCİ, Nilay AKTAŞ* ve

canım eşim *Bahadır KAYA'ya,*

teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	II
BEYAN.....	İİİ
İTHAF .....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
ÖZET .....	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Fiziksel Aktivitenin Tanımı .....	4
2.2. Fiziksel Aktivitenin Özellikleri.....	4
2.2.1. Fiziksel Aktivite Türleri.....	4
2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Süresi, Sıklığı ve Şiddeti .....	5
2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkisi .....	7
2.3.1. Bedensel Yararları.....	7
2.3.2. Ruhsal ve Sosyal Yararları.....	8
2.4. Fiziksel İnaktivite ve Sağlığa Etkisi .....	9
2.5. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler.....	10
2.6. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model .....	12
2.7. Omaha Sistemi .....	14
2.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Aktiviteyi Geliştiren Programlar.....	18
2.9. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi .....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.4. Veri Toplama Araçları .....	23
3.4.1. Görüşme Formu (EK-2) .....	26

3.4.2. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (EK-3).....	27
3.4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği (EK-4).....	28
3.4.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (EK-5).....	29
3.5. Verilerin Toplanması .....	31
3.6. Etik Konular.....	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Katılımcıları Tanıtıcı Özellikler.....	34
4.1.1. Sosyo-Demografik ve Antropometrik Özellikleri.....	34
4.1.2. Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne Göre Fiziksel Aktivite Durumları.....	36
4.2. Katılımcıların Omaha Sistemi'ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış Ve Durum Düzeyleri .....	36
4.3. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri .....	40
4.3.1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi Problem Alanları.....	40
4.3.2. Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları .....	43
4.3.3. Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları.....	46
4.3.4. Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları.....	48
4.3.5. Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları .....	49
4.4. Fiziksel Aktivite Davranışı İle İlişkili Faktörler .....	50
5. TARTIŞMA .....	53
5.1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri .....	54
5.2. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri .....	54
5.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Davranışı ile İlişkili Bağımsız Faktörlerin Tartışılması .....	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	59
KAYNAKLAR .....	60
FORMLAR .....	68
EK-1: Çalışmaya Alınma Kriterleri Formu .....	68
EK-2: Görüşme Formu .....	69
EK-3: Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi .....	70



EK-4: Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği .....	80
Ek-5: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ).....	81
Ek-6: Aydınlatılmış Onam Formu .....	83
EK-7: Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (IPAQ) Kullanım İzni.....	84
EK-8: Omaha Sistemi Kullanım İzni .....	85
EK-9: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Protokolü .....	86
ETİK KURUL KARARI .....	87
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	89
ÖZGEÇMİŞ .....	90



## TABLOLAR LISTESİ

Tablo 2-1: Sağlıklı Yetişkinlerde Hafif, Orta ve Şiddetli Aktivite Faaliyetlerinin Ortalama Enerji Harcamaları(U.S. Department of Health and Human Services, 2008) .. 6	6
Tablo 3-1: Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model Kapsamında İncelenen Demografik Özellikler ve Omaha Sistemi Problemleri (J. M. Olsen ve ark., 2017 ..... 24	24
Tablo 3-2: Fiziksel Aktivite Probleminin Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'nde Gösterilmesi (Erdoğan ve ark., 2016a) ..... 28	28
Tablo 3-3: Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği Puanlama Rehberine göre Fiziksel Aktivite Probleminin Kullanımı (Erdoğan ve ark., 2016b)..... 29	29
Tablo 4-1: Çalışmaya Katılan Bireylerin Özellikleri (N=335)..... 35	35
Tablo 4-2: Bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne Göre Aktivite Düzeyi ve Oturma Süresi (N=335) ..... 36	36
Tablo 4-3: Bireylerin Omaha Sistemi'ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyi (N=335) ..... 37	37
Tablo 4-4: Fiziksel Aktivite Davranışı ile Fiziksel Aktivite Durum ve Bilgisinin Karşılaştırılması ..... 38	38
Tablo 4-5: Fiziksel Aktivite Davranışına Göre Bireylerin Özellikleri ..... 39	39
Tablo 4-6: Bireylerin Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi Sağlık Problemleri ... 42	42
Tablo 4-7: Bireylerin Fizyolojik Alan Problemlerine İlişkin Belirti/Bulgularının Dağılımı ..... 43	43
Tablo 4-8: Bireylerin Sağlık Davranışları Alanı Problemlerine İlişkin Belirti/Bulgularının Dağılımı ..... 47	47
Tablo 4-9: Bireylerin Çevresel Alan Problemlerine İlişkin Belirti/ Bulgularının Dağılımı ..... 48	48
Tablo 4-10: Bireylerin Psikososyal Alan Problemlerine İlişkin Belirti/Bulgularının Dağılımı ..... 49	49
Tablo 4-11: Bağımsız Değişkenlerin Fiziksel Aktivite Davranışı İle İlişkisi..... 52	52

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Omaha Sistemi'nin Temel Bileşenleri (Erdoğan ve ark., 2016).....	15
Şekil 2-2: Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model'den Esinlenerek Oluşturulan Omaha Sistemi Ekolojik Yapısı (Olsen, 2015).....	18
Şekil 3-1: Araştırma Yapılan Aile Sağlığı Merkezlerinin Haritadaki Yeri (Google Haritalar, 2018).....	23
Şekil 4-1: Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyi (N=335).....	37
Şekil 4-2: Problemlerin Problem Alanlarına Göre Dağılımı .....	40
Şekil 4-3: Bireylerin Problem Alanlarına Göre Sağlık Problemleri .....	43

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

O<sub>2</sub>: Oksijen

MET: Metabolik Eşdeğer

FA: Fiziksel Aktivite

ml/kg/dk: mililitre/kilogram/dakika

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

PSL: Problem Sınıflama Listesi

GŞ: Girişim Şeması

ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık

Tİ: Tedavi ve İşlem

VY: Vaka Yönetimi

S: Sürveyans

PDÖ: Problem Değerlendirme Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

FALP: Fiziksel Aktivite Liderlik Programı

BKİ: Beden Kitle İndeksi

kg/m<sup>2</sup>: kilogram/ metrekare

SHM: Sağlıklı Hayat Merkezleri

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

## ÖZET

KAYA, Ş. (2019). Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemi İle İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çalışmada, aile sağlığı merkezinden (ASM) hizmet alan bireylerde fiziksel aktivitenin Omaha Sistemi ile incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda fiziksel aktivite ile ilişkili faktörler Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ), Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL) ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model kapsamında incelendi. Çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte planlandı. Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üstü, fiziksel aktivite problemi olan 350 birey oluşturdu. Veriler Omaha Sistemi PDÖ ve PSL, Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model kapsamında belirlenen demografik verileri içeren Görüşme Formu ile toplandı. Çalışmada ASM'ye başvuran ve Omaha Sistemi PDÖ'ne göre inaktif olan bireylerin Fiziksel Aktivite bilgisi puan ortalaması  $2,94\pm 1,01$  (min-maks:1-5), davranış puan ortalaması  $1,95\pm 0,9$  (min-maks:1-3) ve durum puan ortalaması  $1,91\pm 0,9$  (min-max:1-3). Bireylerde en sık görülen sağlık problemleri sırasıyla Fiziksel Aktivite (%100), Ağız Sağlığı (%61,2), Görme (%53,7) ve Beslenme (%52)'dir. Bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne göre %59'u inaktif ve %41'i minimal aktif olarak belirlenmiştir. Bireylerin oturma süreleri ortalamaları  $354,09\pm 192,77$  dakikadır (medyan $\pm$ Q3-Q1=300 $\pm$ 240). Bireylerin çalışma durumu, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum ile Omaha Sistem problemlerinden görme, işitme, ağız sağlığı, deri, solunum, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, sağlık bakım denetimi, konut ve yaşanan mahalle/ iş yeri güvenliği fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Sonuç olarak, ASM'ye başvuran kişilerde fiziksel aktiviteyi ve bunu etkileyen faktörler, Omaha Sistemi ve Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model ile kapsamlı bir şekilde incelenebilir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Aktivite, Egzersiz, Omaha Sistemi, Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model, Halk Sağlığı Hemşiresi

## ABSTRACT

KAYA, Ş. (2019). An Investigation of Physical Activity With Omaha System Among People Attending A Family Health Center. İstanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Postgraduate Education, Public Health Nursing Department. Master Thesis. İstanbul.

The aim of this descriptive and correlational study is to investigate the PA with Omaha System among people attending a Family Health Center. The factors associated with PA were examined with Omaha System Problem Rating Scale for Outcomes (PRS), Omaha System Problem Classification Scheme (PCS) and Ecological Model for Health Promotion (EMHP). The study was conducted on 350 individuals aged 18 years and older who had PA problems. The data were collected by using the Omaha System PRS, Omaha System PCS, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) and Interview Form.

According to Omaha System PRS of inactive individuals PA knowledge score average was  $1,95\pm 0,9$  (min-max:1-3), behaviour score average was  $1,95\pm 0,9$  (min-max:1-3) and status score average was  $1,91\pm 0,9$  (min-max:1-3). The most common health problems of individuals were Physical Activity (100%), Oral Health (61.2%), Vision (53.7%) and Nutrition (52%). According to the IPAQ, 59% of the individuals were inactive and 41% were minimally active. The mean residence time of individuals were  $354,09\pm 192,77$  minutes (median $\pm$ Q3-Q1= $300\pm 240$ ). The demographic data of individuals that study status, age, education level, income level, marital status and Omaha System problems that hearing, oral health, skin, respiratory, circulatory, digestion-hydration, intestinal function, health care supervision, housing and residential/ workplace safety were significantly associated with insufficient PA behavior.

Consequently, PA and the factors associated with it can be examined with Omaha System and EMHP.

Key Words: Physical activity, Exercise, Omaha System, Ecological model for health promotion, Public health nurse.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziksel aktivite, günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren tüm hareketler olarak tanımlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Sağlığı geliştirme davranışlarından biri olan düzenli fiziksel aktivite, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı açısından birçok faydayı içinde barındırır. *Fiziksel inaktivite* ise mevcut fiziksel aktivite önerilerini karşılamada yetersiz olan fiziksel aktivite seviyesidir (Tremblay ve ark., 2017).

Fiziksel inaktivite özellikle son yıllarda halk sağlığını etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Dünyada her yıl yaklaşık 3.2 milyon kişi fiziksel aktivite yetersizliği nedeniyle ölmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği, dünyada tüm ölümlerin yaklaşık üçte ikisini oluşturan kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik obstruktif akciğer hastalıklarının risk faktörlerinden birisidir. Nitekim, meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16'sının, iskemik kalp hastalıklarının %22'sinin fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı olduğu belirtilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Avrupa Bölgesi'nde yılda 1 milyon ölüm fiziksel hareketsizlik nedeniyle oluşur. Amerika'da yetişkinlerin yaklaşık %45'inin yeterince aktif olmadığı belirtilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2010; Trust for America's Health ve Robert Wood Johnson Foundation, 2018). Ülkemizde ise, erkeklerin sadece % 23'ü, kadınların ise %13'ü yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2014)'nda ise, 12 yaş üstü bireylerde düzenli fiziksel aktivite yapma oranı erkeklerde %32, kadınlarda ise %24 olarak raporlandırılmıştır. Bu oranlar, fiziksel aktivite yetersizliğinin ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ve fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik çalışmaların önemine işaret etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Pek çok kronik hastalığın azaltılmasında düzenli fiziksel aktivite önemli bir stratejidir. Bundan dolayı bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH)'ın azaltılmasında fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesi gerektiği uluslararası ve ulusal raporların (Dünya Sağlık Örgütü, 2006, 2011, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013)

hedeflerinde yer almaktadır. Fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili DSÖ başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi konularında çeşitli programlar geliştirerek öncülük etmekte ve dünyadaki birçok ülke tarafından bu çabalar farklı strateji ve eylem planları şeklinde bireylere ulaştırılmaya çalışılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2010).

Ülkemizde, sağlığı koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin verilmesinde birinci basamak sağlık kurumlarından Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'ne önemli görevler verilmiştir. Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan hemşireler toplumda her yaş grubundan birey ile sık karşılaşma fırsatı olması nedeniyle fiziksel aktivitenin artırılmasında önemli sorumluluklar alabilir. Bu noktada, aile sağlığı hemşireleri bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin tanımlanmasında ve fiziksel aktivite yetersizliği ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Hemşirelerin, hasta-hemşire etkileşimlerinde bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri tanımlaması, toplumda fiziksel aktivite oranının artırılmasına önemli katkı yapabilir. Fiziksel aktiviteye ilişkin verilerin sürekli bir biçimde toplanması, analizi ve başka birimlere ve kişilere iletimi elektronik sağlık kayıt sistemleri ve bu sistemlere entegre edilmiş hemşirelik sınıflandırma sistemleri ile daha kolay ve etkin bir biçimde yapılabilir (Exercise & Sports Science Australia, 2012; Hainsworth, 2006; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinden biri olan *Omaha Sistemi*, birinci basamak sağlık hizmetlerinin dokümantasyonunda çeşitli çalışmalarda kullanılan ve Amerikan Hemşireler Birliği tarafından önerilen hemşirelik terminolojisinden birisidir. Sistem, birey, aile ve toplumun sağlık bakımına yönelik olarak ayrıntılı uygulama, dokümantasyon ve bilginin yönetimini sağlar. Omaha Sistemi ile sağlık problemleri/ gereksinimlerinin belirlenmesi, belirlenen hemşirelik problemleri/ tanıları doğrultusunda en uygun hemşirelik bakımının planlanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi mümkün olmaktadır (Erdoğan ve ark., 2016; Rutherford, 2008). Omaha Sistemi, sağlık problemlerini, girişimlerini ve bakım sonuçlarını basit kodlarla tanımlayan, sağlık hizmetlerinin dokümantasyonu için hemşirelere son derece uygun yapı sunan bir sistemdir (Martin, 2005).

Toplumda fiziksel aktivite sorununun tanılanması kadar, fiziksel aktivite ile ilişkili faktörlerin de incelenmesi önemlidir. *Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model*,



fiziksel aktivite ile bireysel, kişilerarası ve çevresel faktörler arasındaki ilişkiyi tanımlamada çeşitli çalışmalarda kullanılmış önemli bir modeldir (Ding, Sallis, ve ark., 2012; Fleury ve Lee, 2006; Huberty ve ark., 2012; Olsen, 2015; Walcott-McQuigg ve ark., 2001; Warren ve ark., 2010). Model, hem bireysel hem de sosyal çevreye odaklanan çalışmalarda kullanılan McLeroy ve arkadaşları tarafından 1988 yılında Brofenbrenner'ın (1977) Sosyal Ekolojik Model'ine temellenerek geliştirilmiş yeni bir modeldir (McLeroy ve ark., 1988).

Ülkemizde ekolojik model temel alınarak yapılmış davranış bilimleri ve eğitim bilimleri alanında çalışmalar olmakla birlikte, modelin fiziksel aktivite ile ilişkili faktörleri tanımlamada kullanımına rastlanmamıştır (Danış, 2006; Davaslıgil, 1997; Doğan, 2010; Gökler, 2008). Yakın dönemde yapılan çalışmalarda (Ding, Sallis, ve ark., 2012; Fleury ve Lee, 2006; Olsen ve ark., 2017) fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model ve Omaha Sistemi kapsamında incelenmiş ve fiziksel aktivite problemi ve bununla ilişkili faktörlerin tanımlanmasında modelin ve Omaha Sistemi'nin yararlı olduğu bulgulanmıştır.

Çalışmada, Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bireylerde fiziksel aktivitenin Omaha Sistemi ile incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda fiziksel aktivite ile ilişkili faktörler Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği, Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model kapsamında incelenmiştir. Elde edilen verilerin, toplumda fiziksel aktivite ile ilişkili faktörlerin anlaşılmasına, fiziksel aktivitenin artırılmasını amaçlayan programların planlanmasına ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Fiziksel Aktivitenin Tanımı

*Fiziksel aktivite*, “günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını arttıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler” olarak tanımlanır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Standart hemşirelik terminolojilerinden olan Omaha Sistemi’ne göre fiziksel aktivite “Günlük yaşamda vücut hareketlerinin durumu ve kalitesi” olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivitenin birçok farklı şekli vardır. Örneğin, yürüyüş, bisiklet, spor, dans gibi serbest zaman aktivitesi şeklinde olabileceği gibi, bir işin parçası olan kaldırma, taşıma veya diğer hareketli işler ile ev işlerinin bir parçası olan temizlik, taşıma ve bakım işleri de fiziksel aktiviteye örnek olabilir. Fiziksel aktivite olarak tanımladığımız aktiviteler eğlence amaçlı seçtiğimiz aktiviteler olabileceği gibi zorunluluk veya ihtiyaçtan dolayı yapılan aktiviteler (ev işleri gibi) de olabilir. Bununla birlikte, her türlü fiziksel aktivite düzenli olarak, yeterli süre ve şiddette yapıldığında sağlık için fayda sağlayabilir. Fiziksel aktivite içerisinde yer alan *egzersiz* ise “düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitedir; düzenli ve tekrarlı vücut hareketlerini içerir” (Dünya Sağlık Örgütü, 2018a; Erdoğan ve ark., 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017).

### 2.2. Fiziksel Aktivitenin Özellikleri

#### 2.2.1. Fiziksel Aktivite Türleri

Fiziksel aktivite türleri arasında, aerobik (dayanıklılık), güç, esneklik ve denge aktiviteleri yer alır.

- *Aerobik fiziksel aktivite*: Bedenin solunum ve dolaşım sisteminde uygun miktarda O<sub>2</sub> taşıma ve kullanabilme yeteneğini korumak veya iyileştirmek için yeterli şiddette ve yeterli sürede yapılan aktivitelerdir. Yürüme, basketbol, futbol ya da dans gibi genellikle büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik kullanımını gerektiren aktiviteler örnek verilebilir.
- *Güç aktiviteleri*: Bu aktiviteler kas kuvvetini, dayanıklılığını ve gücünü korur veya geliştirir. Bu aktiviteler arasında ağır yük taşıma, merdiven

çıkma gibi günlük davranışların yanı sıra ağırlık makineleri, serbest ağırlıklar veya elastik bantlar gibi egzersiz ekipmanlarının kullanımı da yer alır.

- *Esneklik aktiviteleri:* Germe aktiviteleri de denilen, eklemlerin geniş açıda hareket etmesini sağlayan aktivitelerdir. Eklem etrafında hareket aralığını ve rahatlığını geliştirir. Tai chi ve yoga hareketleri gibi germe hareketleri esneklik aktivitelerine örnektir.
- *Denge aktiviteleri:* Postural kontrol sağlayarak bedenimizin düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme yeteneğini geliştiren aktivitelerdir. Düzenli olarak uygulandığı takdirde yürürken, ayakta dururken veya otururken, düşmelere neden olan içsel veya çevresel güçlere direnme yeteneğini geliştirir. Tek ayak üzerinde durma, düz çizgi üzerinde yürüyüş, denge yürüyüşü ve denge tahtası kullanımı denge aktivitelerine birer örnektir.

### **2.2.2. Fiziksel Aktivitenin Süresi, Sıklığı ve Şiddeti**

Fiziksel aktivitenin süresi, aktivitenin gerçekleştirildiği zamanın uzunluğu olup, genellikle dakika cinsinden ifade edilir. Fiziksel aktivite sıklığı ise bir egzersiz veya aktivitenin kaç kez gerçekleştirildiğidir. Sıklık genellikle bir haftada gerçekleşen set, seans veya defa ile ifade edilir. Fiziksel aktiviteyi ölçmek için kullanılan bir diğer kavram ise fiziksel aktivite şiddetidir. Herhangi bir fiziksel aktiviteyi gerçekleştirmek için gerekli olan enerji harcaması fiziksel aktivitenin şiddetini gösterir. Bilimsel araştırmalarda fiziksel aktivite şiddetinin belirlenmesinde sık kullanılan yöntemlerden biri Metabolik Eşdeğer değerinin ölçümüdür.

Metabolik Eşdeğer (MET), sakin bir şekilde otururken harcanan enerji miktarıdır. Vücudun aktivite sırasında harcadığı oksijen miktarını ifade eder ve ml/kg/dk olarak gösterilir. 1 MET, çoğu insan için dakikada kilo başına 3.5 mililitrelik oksijen alımına yaklaşan bir enerji harcamasıdır. Diğer faaliyetlerin enerji harcamaları, MET'lerin katlarıyla ifade edilir. Örneğin hafif şiddetli aktivite <3 MET altında enerji harcanması gerektiren aktivitelerdir. Orta şiddetli aktiviteler 3-6 MET arasında enerji harcaması gerektiren, 0-10'luk bir skalada 5-6 zorluk derecesine sahip olan aktivitelerdir. Yüksek şiddetli aktiviteler >6 MET enerji harcaması gerektiren, 0-10'luk

bir skalada 7-8 zorluk derecesine sahip olan aktivitelerdir. Örneğin, ortalama yetişkin bir birey için, oturma ve okuma yaklaşık 1.3 MET gerektirir. Yavaş hareket etmek veya yavaş yürümek yaklaşık 2.0 MET gerektirir. Saatte yaklaşık 3.0 mil uzaklıkta yürümek yaklaşık 3.3 MET gerektirir ve saatte 5 mil koşmak yaklaşık 8.3 MET gerektirir (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018; Alpözgen ve Özdinçler, 2016).

Sağlıklı yetişkinde hafif, orta ve şiddetli aktivite için çeşitli faaliyetlerin ortalama enerji harcamaları tablo-1’de gösterilmiştir.

**Tablo 2-1: Sağlıklı Yetişkinlerde Hafif, Orta ve Şiddetli Aktivite Faaliyetlerinin Ortalama Enerji Harcamaları(U.S. Department of Health and Human Services, 2008)**

Hafif <3.0 MET	Orta 3.0–6.0 MET	Şiddetli >6.0 MET
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yürüyüş (Hafifçe)</li> <li>• Oturma (Bilgisayar Kullanımı)</li> <li>• Ayakta Durma (yemek pişirme, bulaşık yıkama gibi hafif işler)</li> <li>• Balık tutma (oturarak)</li> <li>• Müzik aleti çalma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yürüyüş (Çok tempolu- 4 mil/ sa)</li> <li>• Temizlik (Cam silme, süpürme, silme gibi hafif işler)</li> <li>• Çim Biçmek (Yürüyerek çim biçme makinasıyla)</li> <li>• Bisiklete Sürmek (Hafif tempo 10-12 mil/ sa)</li> <li>• Badminton (hobi)</li> <li>• Tenis (Çiftli)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yürüyüş/tırmanış</li> <li>• Koşu (6 mil/ sa)</li> <li>• Küreme</li> <li>• Ağır Yük Taşıma</li> <li>• Bisiklet Sürmek (Hızlı 14-16 mil/ sa)</li> <li>• Basketbol Oynamak</li> <li>• Futbol Oynamak</li> <li>• Tenis (Tekli)</li> </ul>

Fiziksel aktivite, şiddetine göre dört kategoriye ayrılır. Bunlar:

- *Şiddetli fiziksel aktivite:* 6.0 veya daha fazla MET enerji harcaması gerektiren aktivitelerdir. Örneğin, çok hızlı yürüyüş, koşma, ağır yük taşıma, elle kar küreme, elle itilen çim biçme makinesiyle çim biçme veya bir aerobik dersine katılma gibi aktiviteler bu kategoride yer alır.
- *Orta şiddetli aktivite:* 3.0 ila 6.0 MET'den daha az enerji harcaması gerektiren aktivitelerdir. Örneğin, hızlı tempolu yürüyüş ve düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek,

elektrikli süpürgeyle yerleri süpürmek veya bir alanı tırmıklamak gibi aktiviteler bu kategoride yer alır.

- *Hafif şiddetli aktivite:* 1.6 ila 3.0 MET'den daha az enerji harcaması gerektiren aktivitelerdir. Örneğin, yavaş tempoda veya küçük adımlarla yürümek, yemek pişirmek gibi aktiviteler sayılabilir.
- *Sedanter aktivite:* 1.5 MET'den daha az enerji harcaması gerektiren aktivitelerdir. Genel olarak, bir kişinin oturduğu veya uzandığı herhangi bir zamanda hareketsiz davranışlarda bulunacağı anlamına gelir. Örneğin, otururken, uzanırken veya yatarken elektronik cihazların kullanımı (TV izleme, video oyunu oynama, bilgisayar kullanımı gibi), otururken okuma, yazma ve konuşma aktiviteleri, otobüs, araba ya da trende oturuyor olmaktır (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b; Tremblay ve ark., 2017).

### **2.3. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkisi**

Sağlığı geliştirme davranışlarından biri olan düzenli fiziksel aktivite, bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı açısından birçok faydayı içinde barındırır. Fiziksel aktivitenin sağlığı koruma ve geliştirmede yararlı olabilmesi için, planlı, tekrarlı ve düzenli yapılması çok önemlidir. Pek çok uzman kuruluş, yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddetli ya da haftada 75 dakika yüksek şiddetli veya bu ikisinin eşdeğer kombinasyonlarını düzenli fiziksel aktivite olarak kabul etmektedir. (Guthold ve ark., 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b)

#### **2.3.1. Bedensel Yararları**

Fiziksel aktivitenin bedensel yararları arasında şunlar sıralanabilir:

- Düzenli fiziksel aktivite, bireylerin fiziksel fonksiyonlarını iyileştirir, günlük yaşamlarını daha enerjik geçirmelerini sağlar.
- Bireylerin kas kuvveti ve tonusunun korunmasını ve artırılmasını, kas ve eklem kontrolünü artırarak dengenin sağlanmasını, reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesini ve vücut postürünün korunmasını sağlar. Bundan dolayıdır ki yaşlı

bireyler için düşme ve düşmeyle ilgili yaralanma riskini azaltmakla kalmaz, aynı zamanda bağımsızlığı sürdürme yeteneklerine de katkıda bulunur.

- Genç ve orta yaşlılarda eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması ile dayanıklılığın artırılmasını sağlayarak, merdiven çıkma, ağır yük taşıma gibi günlük yaşamdaki işleri daha kolay bir şekilde gerçekleştirme yeteneğini destekler.
- Orta şiddetli fiziksel aktivite, yetişkinlerde metabolizmayı artırarak aşırı kilo alımını önler veya en aza indirger, kiloları sağlıklı bir aralıkta korur ve obeziteyi önler. Buna ek olarak, kan basıncını düşürür, insülin duyarlılığını artırır ve bilişsel süreci iyileştirir.
- Fiziksel olarak aktif olan kadınların hamilelik sırasında daha az aktif akranlarına göre gestasyonel diyabet veya postpartum depresyon gelişmesi olasılığı daha azdır.
- Genç yaş grubunda düzenli fiziksel aktivite kemik sağlığını geliştirir, yaşlılık döneminde görülen kemik mineral yoğunluğunun azalmasına bağlı olarak gelişen osteoporoz riskinin azalmasını sağlar.
- Kronik hastalığa sahip bireylerde düzenli fiziksel aktivite komorbidite gelişme riskini azaltır, prognozu iyileştirir, yaşam kalitesi ve fiziksel işlevleri iyileştirir. Düzenli fiziksel aktivite dakikadaki kalp atımını azaltarak kalp ritmini düzenler. Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır. Akciğer havalanmasını ve solunum kapasitesinde artış sağlar. Damar direncini azaltarak kan basıncını düzenler. Tüm bu etkileriyle düzenli fiziksel aktivite kronik kalp hastalığı riskini azaltır
- Fiziksel aktivite hormonal metabolizmayı düzenlemesi nedeniyle meme kanseri başta olmak üzere kolon, mesane, endometrium, özofagus, böbrek, akciğer ve mide kanserine yakalanma riskini azaltır (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018; Bulut, 2013; Ding ve ark., 2016; Sundquist ve ark., 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b).

### **2.3.2. Ruhsal ve Sosyal Yararları**

Fiziksel aktivitenin ruhsal ve sosyal yararları arasında şunlar sıralanabilir:

- Düzenli fiziksel aktivite, bireylerin daha iyi uyumalarına, daha iyi hissetmelerine ve günlük işlerini daha kolay gerçekleştirmelerine imkan sağlar. Bunun yanı

sıra, uykuya dalma süresini kısalttığı, derin uykuda geçen zamanı artırdığı böylelikle gün içerisindeki uyuklama halini azalttığı bilinmektedir (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

- Fiziksel aktivite hafıza, işlem hızı, dikkat ve akademik performans gibi bilişsel süreçleri geliştirir ve demans riskini azaltır.
- Düzenli fiziksel aktivite depresyon riskini azaltmakla birlikte, kişilerde depresyon, anksiyete ve kaygı bozukluğu belirtilerini azaltır.
- Düzenli fiziksel aktivite, algılanan yaşam kalitesi, benlik saygısı ve özgüvende artış, olumlu düşünme ve stresle başa çıkabilme becerisini artırır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014b).

#### **2.4. Fiziksel İnaktivite ve Sağlığa Etkisi**

Son yıllarda görülen nüfusun yaşlanması, hızlı plansız kentleşme ve küreselleşmenin yol açtığı sağlıksız ortamlar ve davranışlar küresel sağlığı etkilemektedir. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)'ların giderek artan prevalansı ve risk faktörleri hem düşük hem de orta gelirli ülkeleri etkileyen küresel bir sorun haline gelmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yaştaki bireyi etkileyen, ülkelerin sosyoekonomik kalkınmaları önünde engel teşkil eden, morbidite, mortalite ve engellilik yükü oluşturan engellenebilir durumlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan fiziksel aktiviteyi BOH'lerin birincil korunması için şiddetle önermektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2010, 2013; Trust for America's Health ve Robert Wood Johnson Foundation, 2018)

Literatürde, fiziksel inaktivite ve fiziksel aktivite yetersizliği aynı anlamda kullanılan terimlerdir. Kavram karmaşasını önlemek için bu tez çalışmasında fiziksel inaktivite terimi kullanılacaktır. *Fiziksel inaktivite*, mevcut fiziksel aktivite önerilerini karşılamada yetersiz olan fiziksel aktivite seviyesidir. Diğer bir ifade ile, DSÖ'nün önerisi olan haftada en az 150 dakika orta şiddetli veya haftada 75 dakika yüksek şiddetli veya bu ikisinin eşdeğer kombinasyonlarından oluşan fiziksel aktiviteyi karşılayamamış olma durumudur (Dünya Sağlık Örgütü, 2010; Tremblay ve ark., 2017).

Fiziksel inaktivite özellikle son yıllarda halk sağlığını etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Majör kronik hastalıklar, ruh sağlığı, yaşam kalitesi ve erken ölüm

riskine olan etkileri nedeniyle birçok ülkede BOH'ların yaygınlığı ve dünya genelindeki popülasyonun genel sağlığı üzerinde büyük etkilere yol açmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2010). Dünyada tüm ölümlerin yaklaşık üçte ikisini oluşturan kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik obstruktif akciğer hastalıklarının risk faktörlerinden birisi fiziksel inaktivitedir. Bunun yanı sıra meme kanseri, kolon ve rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16'sının, iskemik kalp hastalıklarının %22'sinin fiziksel inaktiviteye bağlı olduğu belirtilmektedir. Tüm bu veriler doğrultusunda, dünyada her yıl yaklaşık 3.2 milyon kişinin fiziksel inaktivite nedeniyle öldüğü belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010; Dünya Sağlık Örgütü, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (2016) verilerine göre, Avrupa bölgesinde yılda 1 milyon ölüm fiziksel inaktivite nedeniyle oluşur. Avrupa bölgesinin %81'ine karşılık gelen 46 ülkede, yetişkinlerin yarıdan fazlası fiziksel inaktiviteye bağlı fazla kilolu veya obez olmakla birlikte, bu ülkelerin bazılarında bu oran yetişkinlerin %70'i kadardır. Amerika'da ise yetişkinlerin yaklaşık %45'inin yeterince aktif olmadığı belirtilmektedir. Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de fiziksel inaktivite çok önemli bir sorun olup, erkeklerin sadece %23'ü, kadınların ise %13'ü yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2014) 'nda ise, 12 yaş üstü bireylerde düzenli fiziksel aktivite yapma oranı erkeklerde %32, kadınlarda ise %24 olarak raporlandırılmıştır. Bu oranlar, fiziksel inaktivitenin ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ve fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik çalışmaların önemine işaret etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

## **2.5. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler**

Fiziksel ve sosyal çevre etkileri, sağlık davranışının önemli belirleyicileridir. Bu bağlamda bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin ve bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Literatürde biyolojik, fiziksel, genetik, psikolojik, davranışsal, sosyal, toplumsal, çevresel ve politik faktörlerin bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini etkilediği raporlandırılır (O'Donoghue ve ark., 2016).

*Kişisel faktörler:* Bireyleri etkileyen biyolojik, psikolojik, genetik ve davranışsal faktörler ile sosyoekonomik durumu kapsar. Biyolojik faktörler yaş, cinsiyet, beden



kitle indeksi, genel sağlık durumu, kronik hastalık öyküsü ile ilgili faktörlerdir. Psikolojik faktörler depresyon, stres, anksiyete, gerginlik, yorgunluk, inanç, motivasyon ve niyet ile ilgili faktörlerdir. Genetik faktörler vücut yapısı, etnik köken ve kalıtım ile ilgili faktörlerdir. Davranışsal faktörler sigara ve alkol kullanımı, yeme alışkanlıkları, boş zamanda tercih edilen aktiviteler ve çalışma hayatı yoğunluğu gibi yaşam tarzı ve alışkanlıklar ile ilgili faktörlerdir. Sosyoekonomik faktörler eğitim seviyesi, işsizlik ve gelir ile ilgili faktörlerdir.

*Kişilerarası faktörler:* Bireyin sosyokültürel ve ailevi özellikleri ile ilgili faktörlerdir. Medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, komşu ve arkadaş çevresi, sosyal destek mekanizmaları, sosyal etkileşim ve uyum, toplumsal katılım ile ilgili faktörlerdir.

*Toplumsal faktörler:* Bireyin davranışlarını etkileyen fiziksel, çevresel ve toplumsal faktörlerdir. Fiziksel aktiviteyi etkileyen en önemli fiziksel çevre faktörleri, fiziksel aktivite ortamlarına olan erişim, güvenlik ve yapısal koşullardır. Bunun yanında, doğal çevre değişkenlerinden hava durumu, topografya, açık alan ve hava kalitesi bu davranış üzerinde etki göstermektedir. Trafiğin yoğun olması buna bağlı olarak hava kirliliği, egzersiz alanlarının uzak olması, kırsal veya kentsel yaşam bölgesi, yürümeye elverişli sokak, mahalle ve yürüyüş/ egzersiz alanı, yeşil alan, toplu taşıma imkanları, bisiklet alanlarının olmayışı veya azlığı bu alana örnek verilebilir. Bunun yanı sıra komşuların sosyoekonomik durumu, yoksulluk, egzersiz tesislerine erişim ile toplumsal normlar ve kültürel inançlar bireylerin aktivite düzeyini etkileyen toplumsal faktörlerdir. Sağlık ve davranış bilimleri alanında, Humpel ve ark. (2002) tarafından yapılan bir incelemede, fiziksel aktivite olanaklarına erişimin ve fiziksel aktivite ortamlarının estetik özelliklerinin, fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

*Kurumsal faktörler:* Artan endüstrileşme ve teknolojik gelişmeler kişilerin yaşam tarzları üzerinde önemli değişikliklere sebep olmaktadır. Teknolojinin ve modernleşmenin beraberinde getirdiği kolaylıklar sayesinde insanların birçoğunun günlük olarak yaptığı fiziksel aktiviteler oldukça düşük seviyede olup, bireyler daha çok hareketsizliğe yönelmektedir. Çalışılan işin zorluğu, çalışma ortamı (ofis ya da ofis dışı), mesai gün ve saat uzunluğu kişilerin özellikle serbest zaman aktivitelerini engelleyebilmektedir. İş yerinde egzersiz alanları, aktiviteye uygun olan çalışma ortamları, bisiklet park alanları aktiviteyi destekleyen uygulamalardır.

*Politik faktörler:* Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen politikaları içermektedir. Sağlıklı ülke politikaları, bireylerin fiziksel aktivite davranışlarında güdüleyici etki

oluşturmalıdır. İmar politikaları sayesinde şehir yapılanması, arazi kullanımı ve ulaşım ayrılan alanlar aktif yaşamı teşvik edici mekanizmalar haline gelebilmektedir. Bütçeyle ilgili politikalar, kamuya ait eğlence ve spor alanları için kaynak sunarken, olumlu sağlık davranışları geliştirmek amacıyla yapılan kamu spotları, radyo ve TV programları, egzersiz ve spora dayalı yarışmalar olumlu sağlık politikalarına örnek verilebilir. Kamu sağlığı politikaları toplu ulaşım imkanları, bisiklet yolları ve park yerleri sağlama, merdiven kullanımını teşvik edici tasarımlar ve sağlık hizmetlerinde fiziksel aktivite danışmanlığı da fiziksel aktiviteyi olumlu etkileyen uygulamalardır. Saelens ve ark. (2003), yürümeye daha elverişli mahallelerde yaşayan yetişkinlerin fiziksel aktivite oranları yüksek olduğu raporlandırılmıştır (Bauman ve ark., 2012; O'Donoghue ve ark., 2016; Olsen, 2015; Rhodes ve ark., 2012; J. F. Sallis ve ark., 2006; Sanderson ve ark., 2002)

Fiziksel inaktiviteyi etkileyen faktörler çoğunlukla biyolojik, psikolojik ve davranışsal gibi bireysel faktörler üzerinde incelenmiştir. Bununla birlikte, sosyal, çevresel ve politik faktörlerin de dikkate alınarak çoklu seviyede incelenmesi gerektiği savunulmaktadır. Böylelikle fiziksel inaktiviteyi etkileyen faktörlerin, sosyal ekolojik model gibi modeller kullanılarak incelenmesi davranışın çoklu seviyesini geniş bir çerçevede sunar (O'Donoghue ve ark., 2016).

## **2.6. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model**

Fiziksel aktiviteyi geliştirmeyi amaçlayan çeşitli çalışmalarda Sağlık İnanç Modeli, Sosyal Bilişsel Kuram, Transteorik Model ve Sağlığın Geliştirilmesi için Sosyal Ekolojik Model kullanılmıştır (2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018). Bu modeller arasında *Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model*, McLeroy ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilen, sağlığı geliştirme girişimlerinde belirlenen hedeflerin hem bireysel hem de sosyal çevreye odaklandığını savunan bir modeldir. Model, Bronfenbrenner (1977)'in Sosyal Ekolojik Model'ine temellenmiştir (Glanz ve ark., 2008; McLeroy ve ark., 1988).

Model, davranışların bireysel ve sosyal etkilerini birleştirirken, çevresel ve politik bağlamlarını da vurgulamaktadır. Modele göre, sağlık davranışları, kişisel faktörler, kişilerarası faktörler, toplumsal faktörler, kurumsal faktörler ve kamu politikaları tarafından belirlenmektedir. Kişilerarası faktörler arasında, gelişim düzeyi,

bilgi, tutum ve benlik kavramı gibi bireysel özellikler bulunur. Kişilerarası faktörler, sosyal grupların rolü ile aile, arkadaşlar ve çalışma grupları da dahil olmak üzere sağlık davranışları için sosyal desteği ele almaktadır. Kurumsal faktörler, okullar ya da işyeri gibi toplumsal organizasyonlar içerisinde var olan resmi ve resmi olmayan kuralları ya da politikaları içerir. Toplumsal faktörler arasında, mahalleler, kuruluşlar ve diğer toplumsal ağlar arasındaki ilişkiler yer alır. Son olarak, politik faktörler arasında yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde bulunan yasa ve politikalar yer alır (McLeroy ve ark., 1988).

Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model, sağlık davranışlarının sadece davranışsal faktörlerle değil, bu davranışı etkileyen diğer faktörlerle birlikte de incelenmesi gerektiğini savunur. Böylece bireyler ile sosyal, toplumsal ve politik çevre arasındaki ilişkilere odaklanır. Model bireyi, bireysel davranışını merkeze alarak çevre, ekonomi, politik, sosyal alanlarla ilişkisini ortaya koyar. Böylelikle davranışı etkileyen her bir etki düzeyindeki değişimlerin incelendiği sistematik programların geliştirilmesine rehberlik etmektedir. Model, fiziksel aktivite davranışlarını etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmalarda kapsamlı bir yaklaşım olarak yaygın bir şekilde uygulanmıştır (O'Donoghue ve ark., 2016; J. F. Sallis ve ark., 2008). Ülkemizde ekolojik model temel alınarak yapılmış davranış bilimleri ve eğitim bilimleri konularına yönelik çalışmalar olmakla birlikte, modelin fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörleri tanımlamada kullanımına rastlanmamıştır (Danış, 2006; Davaslıgil, 1997; Doğan, 2010; Gökler, 2008).

Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model, bireysel ve sosyal çevreden etkilenen sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği çalışmalarda kullanılan bir modeldir. Model, sağlık davranışlarının çoklu etki düzeylerinin ele alınmasını sağlayarak her bir etki düzeyindeki değişimleri sistematik olarak gözlemleyen kapsamlı programların geliştirilmesine rehberlik etmektedir. Bu sebeple, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını ele alan ulusal ve uluslararası programlarda da kullanılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Modelin kullanımı yaygın olmasına rağmen, sağlıkla ilgili kavram ve ilişkileri açıklamada sınırlıdır. Bu noktada modeldeki kavramların standart bir hemşirelik terminolojisi ile eşleştirilerek kullanılması model kapsamında değerlendirilecek sağlık bilgilerinin daha iyi anlaşılmasına ve kullanımına katkı yapabilir (Olsen, 2015). Çünkü standart bir hemşirelik terminolojisi "hemşirelik

bakım ögelerinin tanımlanması ve sağlık çıktıları ile olan ilişkisini” destekler (Saba ve Taylor, 2007). Standartlaştırılmış bir terminoloji, genellikle bir hiyerarşi içinde düzenlenmiş, kontrollü bir kelime öbeği kullanılarak profesyonel iletişimi kolaylaştıran ortak bir dildir (Hardiker ve ark., 2000; Rutherford, 2008). Amerikan Hemşireler Birliği (2017) tarafından tanınan 12 standart terminolojiden biri olan Omaha Sistemi'nin Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model ile birlikte kullanımı fiziksel aktivite probleminin ve buna etki eden faktörlerin daha açık bir şekilde açıklanmasına katkıda bulunabilir (Olsen, 2015).

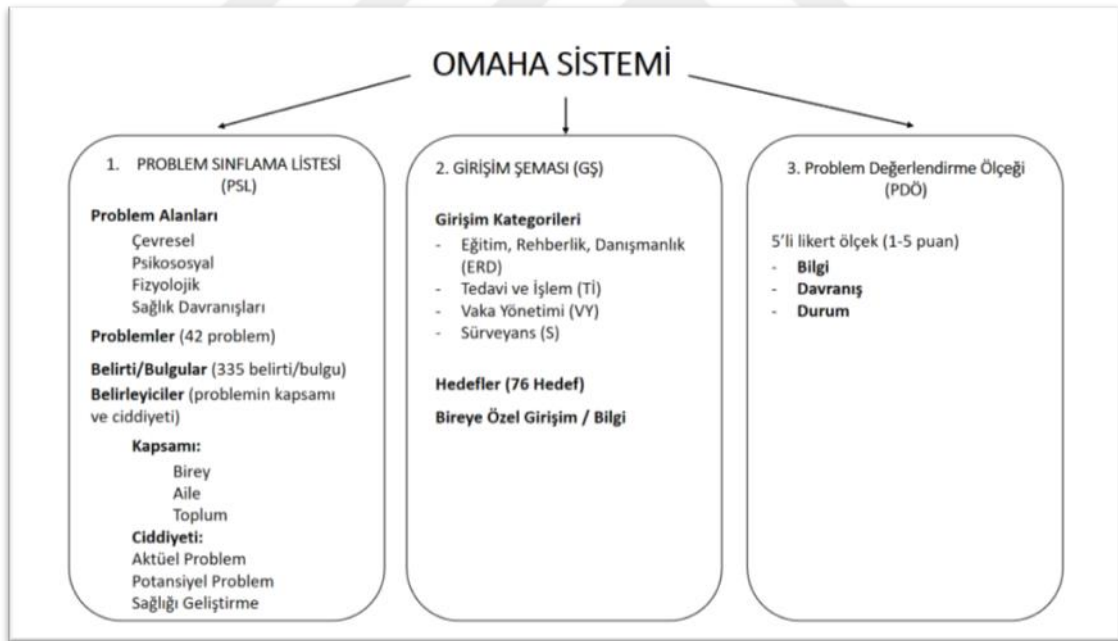
## **2.7. Omaha Sistemi**

Hemşireler, sağlık politikaları, programları ve hizmetleri geliştirmek, uygulamak, değerlendirmek ve geliştirmek amacıyla sağlık verilerine erişmektedir. Elde ettiği bu verileri toplama, analiz etme, kullanma, sürdürme ve yayma konusunda bilgi teknolojilerini kullanır. Tanılama, girişim ve çıktıların geniş dokümantasyonu hemşirelik uygulamalarının esas sorumluluklarıdır. Sağlık sisteminin bakım verici pozisyonunda olan hemşireler için hem hasta bilgisinin dokümantasyonu, paylaşımı ve karşılıklı değişiminin desteklenmesi hem de hemşirelik girişimlerinin görünürlüğünün ve bakım çıktılarının değerlendirilmesi ile bakımın standardizasyonunun sağlanması standardize terminolojilerin kullanımına bağlıdır (J. M. Olsen ve ark., 2017; Seçginli ve ark., 2016; The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, 2014).

Omaha sistemi, çeşitli çalışmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin dokümantasyonunda kullanılan ve Amerikan Hemşireler Birliği tarafından önerilen terminolojilerden biridir. Birey, aile ve toplumun sağlık bakımına yönelik olarak ayrıntılı uygulama, dokümantasyon ve bilginin yönetimini sağlar. Omaha Sistemi ile sağlık problemleri/ gereksinimlerinin belirlenmesi, belirlenen hemşirelik problemleri/ tanıları doğrultusunda en uygun hemşirelik bakımının planlanması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi mümkün olmaktadır (Erdoğan ve ark., 2016; Rutherford, 2008; the Office of the National Coordinator for Health Information Technology, 2017).

Omaha Sistemi, sağlık bakımı uygulamalarında tanılama ve kalite ihtiyacı olduğunu farkeden Omaha'nın Ziyaretçi Hemşireler Birliği çalışanları tarafından 1970'lerde geliştirildi. Dünyanın çeşitli ülkelerindeki hemşireler ve diğer sağlık

profyonelleri tarafından kullanılan dinamik ve kullanıcı dostu kodlara sahip; uygulama, eğitim ve araştırmalarda kullanılabilen bir araçtır. Tüm bu özelliklerinin yanında, kodlarının çeşitli kültürlerde geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmiş olması ve sağlık alanında uzman kurumlar tarafından desteklenmesi gibi özellikleri sayesinde, sağlık ve hemşirelik bilgilerinin yönetilmesi son derece kolay olmaktadır. Çeşitli ülkelerde Omaha Sistemi'nin kullanımı hızla artmaktadır. Günümüzde pek çok disiplinden 20 binden fazla klinisyen, eğitimci ve araştırmacı sistemi sıklıkla Amerika, Yeni Zelanda, Hollanda, Türkiye, İngiltere ve Çin'de manüel ya da bilgisayara dayalı yazılım programları ile kullanmaktadır. Omaha Sistemi, sağlık problemlerini, girişimlerini ve bakım sonuçlarını basit kodlarla tanımlayan, sağlık hizmetlerinin dokümantasyonu için hemşirelere son derece uygun yapı sunan bir sistemdir (Erdogan ve ark., 2013; Martin, 2005; Secginli ve ark., 2016). Omaha Sistemi'nin üç temel bileşeni şunlardır: 1-Problem Sınıflama Listesi (PSL), 2-Girişim Şeması (GŞ) ve 3-Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)'dir (Şekil 2-1).



**Şekil 2-1: Omaha Sistemi'nin Temel Bileşenleri (Erdogan ve ark., 2016)**

*Problem Sınıflama Listesi (PSL)*, birey, aile ve toplumda, var olan ya da olası sağlık problemlerinin sistemli şekilde tanımlandığı, kapsamlı ve düzenli bir listedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erdoğan ve Esin (2004) tarafından yapılmıştır. Problem

sınıflama listesinde birey, aile ve topluma yönelik problemler için 4 tanı/ problem alanı ve 42 problem ile bu problemlerle ilişkili 335 belirti/ bulgu yer alır. Listede yer alan problemler birey/ aile/ toplum düzeyinde ve aktüel/ potansiyel/ sağlığı geliştirme niteliğinde olabilir. Listede yer alan tanı alanları şunlardır:

**Çevresel Alan:** Yaşam alanı, mahalle ve toplumu kapsayan fiziksel ve çevresel kaynaklarla ilgili 4 hemşirelik problemi yer almaktadır. Bunlar; Gelir, Sanitasyon, Konut, Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği'dir.

**Psikososyal Alan:** Davranış biçimi, iletişim, ilişkiler ve gelişimsel özelliklerle ilgili 12 hemşirelik problemi yer almaktadır. Bunlar; Toplum kaynakları ile iletişim, Sosyal etkileşim, Rol değişimi, Kişiler arası ilişkiler, Maneviyat, Yas, Ruh Sağlığı, Cinsellik, Bakım verme/ ebeveynlik, İhmal, İstismar, Büyüme/ gelişme'dir.

**Fizyolojik Alan:** Yaşamın sürekliliğini sağlayan vücut fonksiyonları ve süreçler ile ilişkili 18 hemşirelik problemi yer almaktadır. Bunlar; İşitme, Görme, Konuşma ve dil, Ağız sağlığı, Bilişsel durum, Ağrı, Bilinç, Deri, Sinir-kas-iskelet fonksiyonu, Solunum, Dolaşım, Sindirim- Hidrasyon, Bağırsak fonksiyonu, Üriner fonksiyon, Üreme fonksiyonu, Gebelik, Postpartum, Bulaşıcı/ İnfeksiyon durumu'dur.

**Sağlık Davranışları Alanı:** Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktivite örüntüleri ile ilgili olan 8 hemşirelik problemi yer almaktadır. Bunlar; Beslenme, Uyku ve dinlenme düzeni, Fiziksel aktivite, Kişisel bakım, Madde kullanımı, Aile planlaması, Sağlık bakım denetimi, İlaç yönetimi'dir.

*Girişim Şeması (GŞ), Omaha Sistemi'nin bileşenlerinden bir diğeri olup, kullanıcıların tanı koydukları hemşirelik problemleri için bireye özel girişimlerin yer aldığı bölümdür. Belirlenen girişimler 4 kategoride 75 hedef ile tanımlanır. Listede yer alan girişim kategorileri şunlardır:*

**Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD):** Birey, aile ve topluma bilgi ve dokümantasyon sağlama; başa çıkma, sorumluluk alma, problem çözme ve karar verme konularında yardım etme faaliyetleridir.

**Tedavi ve İşlem (Tİ):** Birey, aile ve topluma problem belirti / bulgularını önlemek, azaltmak ve hafifletmek için uygulanan teknik girişimlerdir.

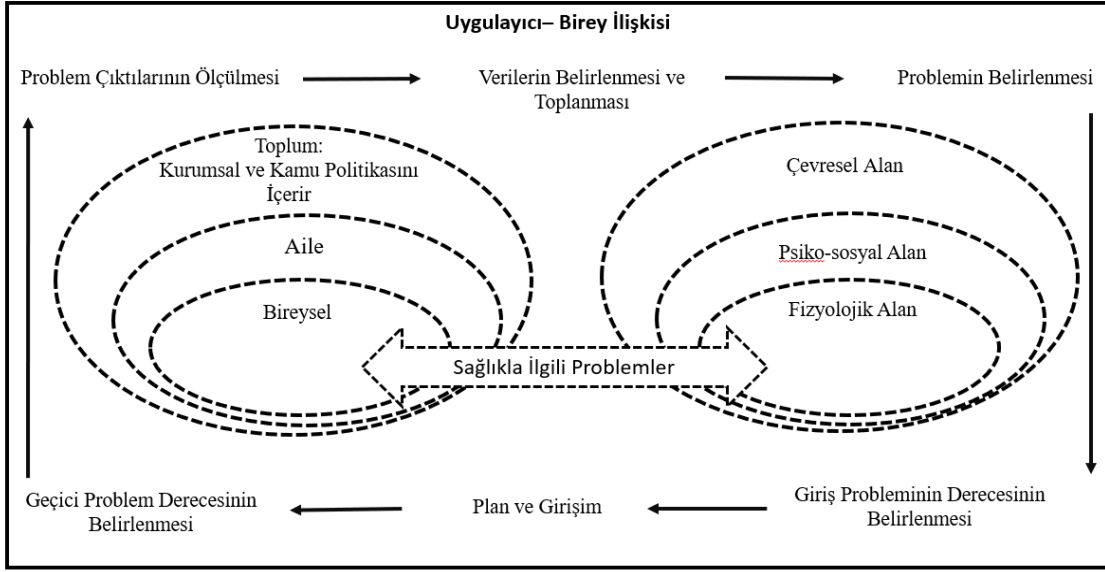
**Vaka Yönetimi (VY):** Birey, aile ve toplumu sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlara sevk etme, koordinasyon sağlama, sağlık bakımı alma haklarını savunma, sağlık ve

sosyal hizmet kuruluşları arasındaki iletişimi geliştirme ve uygun kaynakların kullanılmasına yönelik faaliyetlerdir.

Sürveyans (S): Birey, aile ve toplumun problemi / durumunu kontrol altında tutma ve izleme faaliyetleridir.

*Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ)*, sistemin son bileşeni olan ve her problemin Bilgi, Davranış ve Durum parametrelerine göre 1'den 5'e kadar bir puan ile değerlendirildiği likert tipli bir ölçektir. Problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendirirken en olumludan en olumsuzaya kadar derecelendirmeye olanak sağlar. Ölçekte yer alan Bilgi alt boyutu ile bireyin ilişkili problem ile ilgili ne bildiği, ne kadar anladığı belirlenir. Davranış alt boyutu ile bireyin problem ile ilgili uygulamaları ve becerileri değerlendirilir. Durum alt boyutu ile bireyin o andaki durumu ya da gelişimi belirlenir. Her problem için tanılama aşamasında ve her girişimden sonra olmak üzere en az iki kez uygulanır. (Erdoğan ve ark., 2016).

Hemşirelik uygulamaları giderek daha yoğun bir şekilde kayıt altına alınmaktadır. Bu işlem, klinik ortamlarda kullanılan bilgi sistemleri ve standartlaştırılmış terminolojilere dayalı olarak yapılmalıdır (Olsen, 2013). Hemşirelerin düzenli fiziksel aktiviteye teşviki için bireylerin buna yönelik bilgisini ve davranış durumlarını belirlemesi gerekir. Fakat uluslararası literatürde bu verilerin nasıl toplanılabileceğini ve kullanılabileceğini araştıran ya da öneren literatür bulunmamaktadır (Olsen, 2015). Fiziksel aktiviteye ilişkin verilerin sürekli bir biçimde toplanması, analizi, başka birimlere ve kişilere iletimi hemşirelik sınıflandırma sistemleri ile daha kolay ve etkin bir biçimde yapılabilir. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada (J. M. Olsen ve ark., 2017) fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler Sağlığı Geliştirmek İçin Ekolojik Model ve Omaha Sistemi kapsamında incelenmiş ve fiziksel aktivite problemi ve bunu etkileyen faktörlerin tanımlanmasında modelin ve Omaha Sistemi'nin yararlı olduğu bulgulanmıştır (Şekil 2-2).



**Şekil 2-2: Sağlık Geliştirilmesi için Ekolojik Model’den Esinlenerek Oluşturulan Omaha Sistemi Ekolojik Yapısı (Olsen, 2015).**

## **2.8. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Aktiviteyi Geliştiren Programlar**

Pek çok kronik hastalığın azaltılmasında egzersiz önemli bir stratejidir. Bundan dolayı bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılmasında fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesi gerektiği uluslararası ve ulusal raporların hedeflerinde yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2006, 2010, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili DSÖ başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi konularında çeşitli programlarla öncülük etmekte ve dünyadaki birçok ülke tarafından bu çalışmalar farklı strateji ve eylem planları olarak uygulanmaktadır. DSÖ tarafından “Küresel Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Stratejisi”, “Fiziksel Aktivite Üzerine Küresel Eylem Planı”nın geliştirilmesi, Avrupa Komisyonu tarafından Avrupa’da beslenme, fazla kiloluluk ve obezite ile ilişkili hastalıklar konusunda stratejileri içeren “Beyaz Döküman”ın hazırlanması, Avrupa Birliği “Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu”nun oluşturulması, Amerika Birleşik Devletleri’nin “Sağlıklı İnsan 2020” programı bu girişimlere örnek olarak verilebilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013; Trust for America’s Health ve Robert Wood Johnson Foundation, 2018). DSÖ’ye üye ülkeler, bulaşıcı



olmayan hastalıkları önleme ve tedaviyi iyileştirmek için dokuz küresel hedeften biri olarak, 2025 yılına kadar fiziksel inaktivitede %10'luk bir azalma hedeflemiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018a). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde fiziksel aktivitenin yararları konusunda toplum bilincini oluşturmak, iyi uygulamalara dikkat çekmek, sağlıklı davranışları ve yaşam tarzlarını teşvik etmek için 10 Mayıs günü “Sağlık için Hareket Et Günü” olarak belirlenmiştir. Ülkemiz de dahil olmak üzere DSÖ'ye üye tüm ülkeler her sene aynı günü, sağlıklı yaşam tarzı ve fiziksel aktiviteyi arttırmak için çeşitli programlarla kutlarlar (Dünya Sağlık Örgütü, 2018b).

Ülkemizde, toplumun fiziksel aktivitesinin artırılması için Sağlık Bakanlığı ve pek çok kurumun işbirliği ile geliştirilen önemli proje, program ve çalıştaylar bulunmaktadır. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” ülkemizde bu alanda yapılmış geniş kapsamlı ve çok sektörlü ilk çalışmadır. Bu program çerçevesinde, Bakanlık 2014 yılında “Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi”ni hazırlanmıştır. Bu rehber, Dünya Sağlık Örgütü önerileri doğrultusunda hazırlanmış, toplumun her yaş gurubu için fiziksel aktiviteyi tanımlayan ve uygulamada yol gösteren geniş kapsamlı bir rehberdir. 2015 yılında yapılan “Fiziksel Aktivite Çalıştayı”nda ise dünya ve ülkemiz gündeminde olan bu konu, farklı sektörden uzmanların çeşitli bakış açılarıyla ele alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, 2014b, 2015).

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı'ndan sonra sağlığı koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin verilmesinde birinci basamak sağlık kurumları arasında yer alan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'ne önemli görevler verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu kapsamda, 2013 yılında Sağlık Bakanlığı ile Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği işbirliği ile başlatılan “Hareketli Hayatı Teşvik Projesi”nde ASM'ler aracılığı ile fiziksel aktivitenin önemi konusunda toplumun bilinçlendirilmesi hedeflenmiştir (Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği, 2013b). Bu projenin alt basamağı olan “Fiziksel Aktivite Liderlik Programı (FALP)”nda fiziksel aktiviteye ilgi çekmek için aile hekimlerinin yanında beden öğretmenleri de görev almıştır. Bu program aracılığı ile hem çocukluk çağından itibaren yeni neslin hem de velilere ulaşması ile anne, babaların konu hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını geliştirmek amaçlanmıştır (Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği,

2013a). Hareketli Hayatı Teşvik Projesi kapsamında 2015-2016 yıllarında Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullar ve üniversite öğrencilerine bisiklet dağıtımı yapılmıştır (TC Sağlık Bakanlığı, 2015). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında obezite takibinde kullanılmak üzere “Sağlıklı Kilo Kontrolünde Pedometre” projesi başlatılmıştır. Sağlık durumu uygun ve takip edilebilecek BKİ=25-34,9 kg/m<sup>2</sup> olan yetişkin bireylere pedometer dağıtımı ve takibi aile hekimliğince yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, 2014a).

Son zamanlarda ülkemizde sağlığı geliştirme uygulamalarından biri de Eylül 2017’de uygulamaya geçen Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)’dir. SHM, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı merkezlerdir. Merkezin amaçlarından olan sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen ve toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmak amacıyla verilen hizmetlerden biri de fiziksel aktivite hizmetidir. Bu hizmet kapsamında kişilerin günlük aktivitelerini düzenlemek, hareket kabiliyetlerini artırmak ve duruş bozukluklarının oluşmasını engellemek için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programları planlanıp uygulanmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Sağlıklı ve kilo fazlası olan bireylerin fiziksel hareket danışmanlığını yapmak,
- Egzersiz ve fiziksel aktivite alışkanlığının erken dönemde kazandırılması ve davranış değişikliği oluşturulması için çocukluktan yaşlılığa kadar tüm yaş dönemlerinde fiziksel aktivitenin önemi konusunda eğitim çalışmaları yapmak,
- Büyüme çağı çocukları başta olmak üzere tüm yaş gruplarına yönelik egzersiz programları yapmak,
- Engelli bireylere yönelik egzersizlerle yaşam kalitesini arttırmak (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2018a, 2018b).

### **2.9. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Küresel anlamda halk sağlığı hemşiresinin önemli rollerinden biri toplum sağlığını değerlendirerek elde ettiği bilgileri yine toplumun sağlığını geliştirmek için kullanmaktır. Bunu yaparken toplumun sağlık durumunu ve bunu etkileyen faktörleri

belirler. Toplum sağlığını geliştirmek için stratejik planlar geliştirir; programlar ve hizmetler sağlamada hükümet ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbiliği yapar (The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, 2014).

Ülkemizde “Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te halk sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre halk sağlığı hemşireleri, sağlığın geliştirilmesine yönelik bireysel ve grup temelli sağlık eğitimini planlar, uygular ve değerlendirir. Birey, aile ve gruplarda olumlu sağlık davranışları geliştirmek için toplumdaki liderlerle işbirliği yapar ve onları harekete geçirir. Beslenme ve kilo kontrolü, düzenli egzersiz, stres yönetimi, sigara bırakma gibi sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik sağlığı geliştirme programları planlar, uygular ve değerlendirir. Bunun yanında ülkemizde 2005 yılında faaliyete geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli uygulamasına geçilmiştir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne (2013) göre aile sağlığı hemşiresi/ ebesinin görevlerinden biri, aile hekimi ile birlikte kişiye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetleri sunmak olarak belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, 2011, 2013).

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’nde çalışan hemşire/ ebeler toplumda her yaş grubundan birey ile karşılaşma fırsatı nedeniyle fiziksel aktivitenin artırılmasında önemli sorumluluklar alabilir. Bu noktada, aile sağlığı hemşireleri/ ebeleri bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin tanılanmasında ve fiziksel aktivite yetersizliği ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Aile sağlığı hemşire/ ebelerin hasta ile etkileşimlerinde fiziksel aktivite tanılaması yapmaları, fiziksel inaktivite sorunun çözömlenmesinde önemli bir katkı sağlayabilir Aynı şekilde hazırlanan topluma dayalı fiziksel aktivite girişimleri, özellikle yetişkinler ve kronik hastalıkları olan bireyler için yararlı olabilir (Exercise & Sports Science Australia, 2012; Hainsworth, 2006). Fiziksel aktivite hedeflerinin oluşturulmasında, fiziksel aktivite türlerinin ve ilgili yaşam tarzı iyileştirmelerinin seçilmesinde, fiziksel aktivite danışmanlığı sağlanmasında hemşirelerin katılımının yararlarından bahseden birçok çalışma bulunmaktadır. Hemşire katılımlı fiziksel aktivite programlarıyla ilgili yapılan bu çalışmalar sonucunda, bireylerde görölen fiziksel aktivite düzeyinde, yürüyüş ve orta şiddetli fiziksel aktivite miktarı ile adım sayısı ölçömlerinde artış gözlenmiştir (Babazono ve ark., 2007; Kerse ve ark., 2010; J. M. Olsen ve ark., 2017).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırmada, Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bireylerde fiziksel aktivitenin Omaha Sistemi ile incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda fiziksel aktivite ile ilişkili faktörler Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği, Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model kapsamında incelendi. Çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte planlandı.

Araştırma kapsamında yanıt aranan sorular şunlardır:

Aile sağlığı merkezine başvuran kişilerin;

1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre tanımlanan fiziksel aktivite problemine ilişkin belirti/ bulgular nelerdir?
2. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre tanımlanan fiziksel aktivite problemine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeyi nedir?
3. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre belirlenen sağlık problemleri nelerdir?
4. Fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili faktörler nelerdir?

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 1 Aralık 2017– 30 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Üsküdar Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'ne bağlı iki Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde yapılmıştır (Şekil 3-1). İlgili ASM'ler, Üsküdar TSM'ye bağlı en fazla Aile Hekimliği Birimi (AHB)'ne sahip olan (her ASM'de 8 AHB), Üsküdar ilçesinde nüfusun en kalabalık semtlerinde bulunan merkezlerdir. İlgili ASM'lerde toplam 16 pratisyen hekim, 8 hemşire ve 8 ebe çalışmaktadır.



**Şekil 3-1: Araştırma Yapılan Aile Sağlığı Merkezlerinin Haritadaki Yeri (Google Haritalar, 2018)**

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01.12.2017-30.06.2018 tarihleri arasında herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ilgili ASM'ne başvuran 18 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturdu (N=7268). Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen örneklem hacmi hesaplama yöntemi ile hesaplandı ve Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2014)'na göre, erişkinlerde fiziksel inaktivite oranı %71.9 alınarak, % 5 hata ve % 5 sapma ile 335 katılımcının örnekleme alınması uygun bulundu. Çalışmaya, 18 yaş ve üzerinde olup, okur-yazar ve sağlık güvencesi olan, kronik hastalık öyküsü bulunmayan ve fiziksel aktivite problemi olan kişiler dahil edildi. Çalışmada fiziksel aktivite problemi olan bireyler, Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği ile belirlendi. Ölçeğin "Durum" parametresinden 1 puan (Çok Ciddi), 2 puan (Ciddi) ve 3 puan (Orta Düzeyde) alan bireyler çalışmaya dahil edildi. (EK-1).

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada fiziksel aktivite ile ilişkili faktörler "Omaha Sistemi ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model (Ecological Model for Health Promotion)" kapsamında incelendi (Tablo 3-1).

**blo 3-1: Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model Kapsamında İncelenen Demografik zellikler ve Omaha Sistemi Problemleri (J. M. Olsen ve ark., 2017**

	Kişisel Faktörler	Kişilerarası Faktörler	Toplumsal Faktörler
Demografik zellikler	<ul style="list-style-type: none"><li>• BKI</li><li>• Yaş</li><li>• Cinsiyet</li><li>• Eğitim</li><li>• Gelir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medeni Durum</li><li>• alışma Durumu</li></ul>	
Omaha Sistemi: Fizyolojik Alan Problemleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fiziksel Sağlık Problemleri<ul style="list-style-type: none"><li>▪ İştime</li><li>▪ Görme</li><li>▪ Dil ve Konuşma</li><li>▪ Ağız Sağlığı</li><li>▪ Bilişsel Durum</li><li>▪ Ağrı</li><li>▪ Bilinç</li><li>▪ Deri</li><li>▪ Sinir-kas-iskelet fonksiyonu</li><li>▪ Solunum</li><li>▪ Dolaşım</li><li>▪ Sindirim-hidrasyon</li><li>▪ Bağırsak fonksiyonu</li><li>▪ üriner fonksiyon</li><li>▪ üreme fonksiyonu</li><li>▪ Gebelik</li><li>▪ Postpartum</li></ul></li></ul>		

	Kişisel Faktörler	Kişilerarası Faktörler	Toplumsal Faktörler
Omaha Sistemi: Psikososyal Alan Problemleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bulaşıcı/infeksiyon durumu</li> <li>• Ruh Sağlığı Sorunları <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ruh sağlığı</li> <li>▪ Büyüme ve gelişme</li> <li>▪ Maneviyat</li> <li>▪ Yas</li> <li>▪ Cinsellik</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişilerarası Problemler <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişilerarası ilişkiler</li> <li>• Bakım verme/ ebeveynlik</li> <li>• İhmal</li> <li>• İstismar</li> <li>• Rol değişimi</li> <li>• Sosyal etkileşim</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toplum kaynakları ile iletişim</li> </ul>
Omaha Sistemi: Sağlık Davranışları Alan Problemleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiziksel Aktivite Bilgisi</li> <li>• Sağlık Davranışları Problemleri <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beslenme</li> <li>▪ Uyku ve dinlenme düzeni</li> <li>▪ Kişisel bakım</li> <li>▪ Madde kullanımı</li> <li>▪ Aile planlaması</li> <li>▪ Salık bakım denetimi</li> <li>▪ İlaç rejimi</li> </ul> </li> </ul>		
Omaha Sistemi: Çevresel Alan Problemleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birlikte yaşanılan kişiler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çevresel Problemler: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yaşanılan mahalle/ İş yeri güvenliği</li> <li>▪ Sanitasyon</li> <li>▪ Konut</li> </ul> </li> <li>• Mevsim</li> </ul>

Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (The International Physical Activity Questionnaire - IPAQ) ile toplanmıştır.

### 3.4.1. Görüşme Formu (EK-2)

Görüşme formu 14 sorudan oluşmaktadır. Form bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni ve gelir durumu, aile yapısı, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, egzersiz özellikleri ve antropometrik ölçümlerini (boy, tartı, beden kitle indeksi) tanımlamayı amaçlayan sorular bulunmaktadır. Form, literatürde fiziksel aktiviteyi etkileyen değişkenler dikkate alınarak hazırlandı (Bungum ve Morrow, 2000; Finch ve ark., 2001; Olsen, 2015; Olsen, Baisch, ve ark., 2017; Olsen, Thorson, ve ark., 2017; Sallis ve ark., 2006; Seefeldt ve ark., 2002).

- **Yaş:** Bireylere kronolojik yaşları sorulmuştur.
- **Eğitim düzeyi:** Bireylerin en son mezun olduğu okul sorularak “okuryazar/ ilköğretim mezunu, ortaokul/ lise mezunu, üniversite ve üstü” olarak gruplandırılmıştır.
- **Cinsiyet:** “Kadın ve erkek” olarak gruplandırıldı.
- **Medeni durum:** “Evli ve bekar” olarak gruplandırıldı.
- **Birlikte yaşanan kişiler:** “Yalnız, eş ve çocuklar, anne-baba-kardeş, arkadaşlar ve diğer” olarak gruplandırıldı.
- **Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yer:** Bireylere yaşamının büyük (2/3'lük) bölümünü geçirdiği yer sorulmuş ve “Kırsal yerleşim yeri ve kentsel yerleşim yeri” olarak gruplandırılmıştır.
- **Çalışma durumu:** Bireyin gelir getiren bir işte çalışma durumu sorulmuş “evet ve hayır” olarak gruplandırılmıştır.
- **Gelir düzeyi:** Bireyin aylık gelir algısı sorulmuş, “düşük, orta ve yüksek” olarak gruplandırılmıştır.
- **Düzenli ilaç kullanımı:** Bireylere doğrudan sorulmuş, “evet ve hayır” şeklinde gruplandırılmıştır.
- **Sigara ve alkol kullanımı:** Bireylere doğrudan sorulmuş, “evet ve hayır” şeklinde gruplandırılmıştır.
- **Düzenli fiziksel aktivite yapma önerisi alma durumu:** Bireylere “hekim ve/veya diğer sağlık çalışanından fiziksel aktivite yapması konusunda öneri alma durumları” sorulmuş, “evet ve hayır” şeklinde gruplandırılmıştır.



- **Mevsim:** Bireylere “Daha çok hangi mevsimde fiziksel aktivite yapmak istersiniz?” sorusu sorulmuş, “ilkbahar-yaz, sonbahar-kış ve hiçbiri” şeklinde gruplandırılmıştır.
- **Antropometrik Ölçümler:** Kilo, 100 kg’a kadar duyarlı dijital bir tartı ile bireyin üzerinde ağır kıyafetleri olmadan, ayakkabısız şekilde ölçülmüştür. Boy, 1 cm’ye hassas düz duvara sabitlenmiş mezurayla bireyin ayakkabıları olmadan ayaklar bitişik ve topuklar duvara dayalı olarak başın en tepe noktası hiza alınarak ölçülmüştür. Beden kitle indeksi (BKI), bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ( $BKI=kg/m^2$ ) bölünmesiyle elde edilmiştir. Elde edilen değer, Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği aralıklara göre yorumlanmıştır (WHO Regional Office for Europe, 2018).

### 3.4.2. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (EK-3)

Problem Sınıflama Listesi (PSL), Omaha Sistemi’nin üç temel bileşeninden birisidir. Liste, birey, aile ve toplumda var olan ya da olası sağlık problemlerinin sistemli şekilde tanımlandığı, kapsamlı ve düzenli bir yapıyı içerir. Listenin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erdoğan ve Esin (2004) tarafından yapılmıştır. Liste, dört tanı/ problem alanında (Çevresel Alan, Psikososyal Alan, Fizyolojik Alan, Sağlık Davranışları Alanı) yer alan 42 problemi ve bu problemlere ilişkin 335 belirti ve bulguyu içerir. Listede yer alan problemler birey/ aile/ toplum düzeyinde ve aktüel/ potansiyel/ sağlığı geliştirme niteliğinde olabilir (Erdoğan ve ark., 2016a).

Listede yer alan çevresel alan problemleri *Gelir, Sanitasyon, Konut, Yaşanılan Mahalle/ İş Yeri Güvenliği*; Psikososyal alan problemleri *Toplum kaynakları ile iletişim, Sosyal etkileşim, Rol değişimi, Kişiler arası ilişkiler, Maneviyat, Yas, Ruh Sağlığı, Cinsellik, Bakım verme/ ebeveynlik, İhmal, İstismar, Büyüme/ gelişme*; fizyolojik alan problemleri *İşitme, Görme, Konuşma ve dil, Ağız Sağlığı, Bilişsel Durum, Ağrı, Bilinç, Deri, Sinir-kas-iskelet fonksiyonu, Solunum, Dolaşım, Sindirim- Hidrasyon, Bağırsak Fonksiyonu, Üriner Fonksiyon, Üreme Fonksiyonu, Gebelik, Postpartum, Bulaşıcı/ İnfeksiyon Durumu* ve Sağlık Davranışları Alanı problemleri ise *Beslenme, Uyku ve Dinlenme Düzeni, Fiziksel Aktivite, Kişisel Bakım, Madde Kullanımı, Aile Planlaması, Sağlık Bakım Denetimi, İlaç Yönetimi*’dir. Listede “Fiziksel aktivite” problem Sağlık Davranışları alanında yer alır; “sedanter yaşam tarzı, yetersiz/ düzensiz egzersiz, yaşa/

fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı, diğer belirti/ bulgularını içerir (Erdoğan ve ark., 2016a).

### 3.4.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği (EK-4)

Omaha Sistemi'nin temel bileşenlerinden olan Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ), her problemin Bilgi, Davranış ve Durum parametresinde 1-5 arasında bir puan ile değerlendirildiği likert tipli bir ölçektir (Erdoğan ve ark., 2016a). Ölçek, çalışmaya alınma kriterlerinden birisi olan “düzenli fiziksel aktivite yapmama” durumunun belirlenmesi için kullanılmıştır. Ölçek kullanılırken “Fiziksel Aktivite” probleminin *Durum* parametresi için 1 puan çok ciddi belirti/ bulgu; 2 puan ciddi belirti/ bulgu; 3 puan orta düzeyde belirti/ bulgu ve 4 puan çok az düzeyde belirti/bulguyu işaret etmektedir. Ölçekte “Fiziksel Aktivite” probleminin *Durum* parametresinin “5 puan” olması “belirti/ bulgunun olmadığı”, diğer bir ifade ile aktüel bir problemin olmadığı anlamına gelir. Çalışmada, “Fiziksel Aktivite” probleminin *Durum* parametresinden 1 puan, 2 puan ve 3 puan alan bireyler “Fiziksel Aktivite” problemi olan bireyler olarak tanımlandı ve çalışmanın örneklemini oluşturdu.

**Tablo 3-2: Fiziksel Aktivite Probleminin Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'nde Gösterilmesi (Erdoğan ve ark., 2016a)**

	Fiziksel Aktivite		
	Bilgi	Durum	Davranış
5	Bilgisi üst düzeyde	B/B yok	Her zaman uygun
4	Bilgisi yeterli düzeyde	Çok az B/B	Genellikle uygun
3	Bilgisi temel düzeyde	Orta düzeyde B/B	Tutarsız
2	Bilgisi çok az	Ciddi B/B	Nadiren uygun
1	Bilgisi hiç yok	Çok ciddi B/B	Uygun değil

B/B: Belirti/ bulgu.

Omaha Sistemi'ne göre fiziksel aktivitenin gerçek bir problem olabilmesi için Problem Sınıflama Listesi'nde (PSL) yer alan Fiziksel Aktivite probleminin dört belirti/ bulgusundan en az birinin ölçülmesi gerekir: “sedanter yaşam tarzı, yetersiz/ düzensiz egzersiz, yaşa/ fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı, diğer (Martin, 2005). Bu sebeple, örneklem grubunda yer alan bireylerin PDÖ'ye göre durum

değerlendirmesi, PSL’de yer alan fiziksel aktivite probleminin dört belirti/ bulgusu dikkate alınarak yapılmıştır. Durum değerlendirmesi yapılan bireylere, PDÖ Davranış ve Bilgi değerlendirme yapılmıştır. PDÖ değerlendirme yapılırken “Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği Puanlama Rehberi” esas alınmıştır. Bu rehber, kullanıcılara Bilgi-Davranış-Durum değerlendirme konusunda kolaylık sunan, içerisinde problem adı, probleme ait belirti/ bulgular ile bilgi-davranış-durum değerlendirme için göz önünde bulundurulması gereken noktaların yer aldığı bir rehberdir. Rehberin Fiziksel Aktivite problemine ilişkin kullanımı Tablo-4 gösterilmiştir (Erdoğan ve ark., 2016b).

**Tablo 3-3: Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği Puanlama Rehberine göre Fiziksel Aktivite Probleminin Kullanımı (Erdoğan ve ark., 2016b)**

Fiziksel Aktivite	Tanımı: Günlük yaşamda vücut hareketlerinin durumu ve kalitesi.		
	Aktüel Belirti/ Bulgular (B/B)		
	<b>01.</b> sedanter yaşam biçimi. <b>02.</b> yetersiz/düzensiz egzersiz. <b>03.</b> yaşa/fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/sıklığı.		
	Bilgi (Fiziksel aktiviteye neden katılması gerektiği konusunda)	Davranış (Düzenli fiziksel aktivite yapma konusunda)	Durum (Bireyin problemi ne durumda)
5	Bilgisi üst düzeyde	Sürekli düzenli fiziksel aktivite yapar	Sürekli olarak haftada 5 kez egzersiz yapıyor
4	Bilgisi yeterli düzeyde	Genellikle düzenli fiziksel aktivite yapar	Rutin olarak egzersiz yapıyor fakat saatleri düzenli değil
3	Bilgisi temel düzeyde	Düzenli fiziksel aktivite yapma konusunda tutarsızdır	Ara sıra egzersiz yapıyor
2	Bilgisi çok az	Nadiren düzenli fiziksel aktivite yapar	Haftada bir kez egzersiz yapıyor
1	Bilgisi hiç yok	Düzenli fiziksel aktivite yapmaz	Hiç egzersiz yapmıyor

#### 3.4.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (EK-5)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol Merkezi’nin desteğiyle çeşitli ülkelerden araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bir

halk sağlığı problemi olan fiziksel inaktivitenin sistematik bir şekilde incelenmesini sağlayan standartlaştırılmış bir araçtır. Anketin uzun ve kısa olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Uluslararası geçerlik ve güvenirliği Craig ve ark. (2003), Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ztrk (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe kısa formunun Kappa katsayısı 0,69 olup, ölçeğin güvenirliği kullanımı için uygundur. Çalışmada kullanılan kısa form, oturma, yürüme, orta şiddet ve şiddetli fiziksel aktivite ile harcanan zaman hakkında bilgi sağlayan 7 sorudan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesi, son 1 haftada yapılan aktivitelerin süre (dakika), sıklık (gün) ve MET değeri çarpımı ile puanlanır. Bu hesaplamadan MET-dakika/hafta şeklinde bir puan elde edilir. *MET (Metabolic Equivalent of Task)*, istirahat metabolik hızının katlarıdır ve fiziksel aktivitedeki harcanan enerji değerini ifade eder. Bir kişi için spesifik bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesine eşittir (IPAQ Research Committee, 2005). Anketin puanlamasında fiziksel aktivitenin şiddet durumuna göre belirli MET değerleri kullanılır:

- Yürüme = 3.3 MET
- Orta şiddetli fiziksel aktivite = 4.0 MET
- şiddetli fiziksel aktivite = 8.0 MET

Anketin puanlamasında 3 kategorik sınıflandırma yapılır:

1. İnkatif: Fiziksel aktivitenin en alt seviyesidir. Kategori 2 (minimal aktif) veya 3 (ok aktif) için olan kriterleri karşılamayan durumlar inkatif olarak düşünülmektedir.
2. Minimal Aktif: Aşağıdaki 3 kriterden herhangi biri karşılandığında minimal aktif olarak sınıflandırılabilir:
  - a) şiddetli aktivitenin 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılması veya,
  - b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması veya,
  - c) En az 600 MET-dk/ haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi.
3. Çok Aktif: Minimum halk sağlığı fiziksel aktivite önerilerini geçen insanlar için ‘ok aktif’ ayrı bir kategori olarak hesaplanmıştır. Bu lm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu

kategori, sağlığı geliştirmek için gereken fiziksel aktivite düzeyidir (Öztürk, 2005).

Aşağıdaki 2 kriterden herhangi biri karşılandığında çok aktif olarak sınıflandırılabilir:

- En az 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya,
- En az 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

Oturma Sorusu: Sedanter aktivitede harcanan zamanın ek bir gösterge değişkeni olup, fiziksel aktivitenin puanlanmasına dahil edilmemiştir (IPAQ Research Committee, 2005).

Bu kategoriler aşağıdaki şekilde şematize edilebilir:

İnaktif: <600 MET- min/ hafta

Minimal Aktif: 600< - <3000 MET- min/ hafta

Çok aktif: >3000 MET- min/ hafta

Buna göre bir kişinin örnek fiziksel aktivite değerlendirmesi řu şekildedir:

Fiziksel Aktivite Tipi	MET	1 günde / dk	Hafta / gün	Toplam
Yürüme	3,3	30	5	495 MET-min/ hf
Orta şiddetli Fiziksel Aktivite	4,0	40	4	640 MET-min/ hf
şiddetli Fiziksel Aktivite	8,0	30	3	720 MET-min/ hf
			Toplam	<b>1855 MET-min/ hf</b>

Toplam sonu= 1855 MET-min/hf'dir ve 600 ile 3000 MET- min/hf arasında olduğu için kişi **minimal aktif** olarak değerlendirilir.

Çalışmada lek, fiziksel aktivite probleminin belirti/bulgularından biri olan "sedanter yaşam tarzı"nı belirlemek için kullanılmıştır. Fiziksel aktivite değerlendirmesi "inaktif" olan bireyler sedanter yaşam tarzına sahip olarak belirlenmiştir.

### 3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmada veri toplama araçları örneklem grubuna benzer nitelikte katılımcılar üzerinde pilot olarak denendi. Bu amaçla araştırmanın yapıldığı bölgede araştırmanın örneklemine dahil edilmeyen 33 kişi (rneklem %10'u) ile görüşülmüş ve veri toplama araçları düzenlenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerle ilk görüşmede Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) kullanılarak düzenli fiziksel aktivite yapma davranışı değerlendirilmiştir. Davranış değerlendirmesi sonucunda puanı <4 olanlar diğer bir ifade ile 1-3 arasında puan alanlar (1= Uygun değil: Düzenli fiziksel aktivite yapmaz; 2= Nadiren uygun: Nadiren düzenli fiziksel aktivite yapar; 3= Tutarsız: Düzenli fiziksel aktivite yapma konusunda tutarsızdır) fiziksel aktivite problemi olan bireyler olarak değerlendirilmiştir. Belirlenen kişiler çalışmada örnekleme alınma kriterlerine göre tekrar değerlendirilerek kriterleri sağlayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Omaha Sistemi'ne göre fiziksel aktivitenin gerçek bir problem olabilmesi için Problem Sınıflama Listesi'nde (PSL) yer alan fiziksel aktivite probleminin dört belirti/bulgusunun ölçülmesi gerekir: “sedanter yaşam tarzı, yetersiz/düzensiz egzersiz, yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi / sıklığı, diğer. Bu sebeple, örneklem grubunda yer alan bireylerin PDÖ'ye göre durum değerlendirmesi, PSL'de yer alan fiziksel aktivite probleminin dört belirti/ bulgusu dikkate alınarak yapılmıştır. Böylelikle her bireyin fiziksel aktivite problemine ilişkin belirti/ bulguları yönünden tanılaması yapılmıştır. Fiziksel aktivite probleminin belirti/ bulgularından biri olan “sedanter yaşam tarzı”nı belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği kullanılmıştır. Fiziksel aktivite değerlendirmesi “inaktif” olan bireyler sedanter yaşam tarzına sahip olarak belirlenmiştir. Ardından bireylerin PDÖ davranış ve durum parametreleri değerlendirilmiştir. Son olarak bireylerin PSL'ye göre diğer sağlık problemleri belirlenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerle yapılan görüşmeler, merkezin eğitim odasında yapılmış ve veri toplama araçlarının tamamlanması 20 dakika sürmüştür. Çalışmanın yapılacağı aile sağlığı merkezinin sorumlu hekimi ve çalışanları ile görüşülerek, çalışmanın amacı ve uygulama süreci ile ilgili görüşmeler yapıldı. Veri toplama işlemi tamamlandıktan sonra bireylere düzenli fiziksel aktivite konusunda bilgilendirme yapılmış ve varsa soruları yanıtlanmıştır.

### **3.6. Etik Konular**

Çalışma öncesinde araştırmanın uygulanması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK-9) ve Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK-Etik Kurul Kararı) alınmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi ve Problem

Değerlendirme Ölçeği'nin kullanım izni İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan alınmıştır (Ek-8). Çalışmada bir diğer veri toplama aracı olan Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği için kullanım izni Doç. Dr. Melda Sağlam'dan alınmıştır (EK-7). Çalışmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezleri sorumlu hekim ve çalışanlarına araştırma hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmada bireyler gönüllülük esasına uygun olarak örnekleme dahil edilmiş ve bireylere çalışmanın amacı ve süreci açıklanarak sözel ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-6).

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde Microsoft Excel ve SPSS (Statistical Package For Social Sciences versiyon 22.0) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada sosyo-demografik ve fiziksel aktivite davranışına ilişkin verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler (standart sapmalı ortalama, medyan, mod, kartiller arası değer aralığı) kullanılarak yapılmıştır. Bağımsız gruplar arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde student t testi, kategorik verilerin ilişki değerlendirmesinde ki-kare testi, Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne ilişkin veriler medyan, yüzdelerik değer ve kartiller arası değer aralığı kullanılarak değerlendirilmiştir. Dikotom verilere sahip bağımlı değişkenin diğer değişkenlerle modellenmesinde Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmada bulgular %90 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,1$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları dört bölümde sunulmuştur. Bunlar katılımcıların:

- I. Tanıtıcı özellikleri
- II. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)'ne göre tanımlanan fiziksel aktivite problemlerine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeyleri
- III. Omaha Sistemi PSL'sine göre tanımlanan diğer sağlık problemleri ve bunlara ilişkin belirti/ bulgular
- IV. Fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili faktörler

### 4.1. Katılımcıları Tanıtıcı Özellikler

#### 4.1.1. Sosyo-Demografik ve Antropometrik Özellikleri

Bireylerin, yaş ortalaması  $38,5 \pm 12,89$  (min-max: 18-79) olup, %76,7'si (n=257) kadın, %23,3'ü (n=78) erkektir. Bireylerin yarıdan fazlası (%54,9) evli, yarıya yakını (%49,7) ortaokul-lise mezunu, yarıdan fazlası (%54,9) herhangi bir işte çalışmamakta ve çoğunluğu (%77,3) gelir düzeyini "orta düzeyde" algılamaktadır. Bireylerin tamamına yakını (%92,8) yaşamının büyük bölümünü (yaşamının 2/3'si) şehirde geçirmiştir. Bireylerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması  $24,66 \pm 4,58$  (min-max: 16,5-39,3) olup, %42,7'sinin BKİ değeri (n=143) 25 ve üzerindedir. Bireylerin yarıdan fazlası (%51) eş ve çocukları ile yaşamakta olup, %61,2'si sigara, %81,5'i (n=273) alkol ve %73,3'ü düzenli ilaç kullanmamaktadır. Bireylerin %74,9'u sağlık çalışanından egzersiz önerisi almadığını, çoğunlukla (%69,3) ilkbahar ve yaz mevsiminde egzersiz yaptığını belirtmiştir (Tablo 4-1).



Tablo 4-1: Çalışmaya Katılan Bireylerin Özellikleri (N=335)

Değişkenler	Kategoriler	n	%	Ort±SS	Min-maks
Yaş				38,5 ± 12,89	18-79
Cinsiyet	Kadın	257	76,7		
	Erkek	78	23,3		
BKI	25 ve üzeri	143	42,7	24,66 ±	16,5-39,3
	25 altı	192	57,3	4,58	
Medeni durum	Evli	184	54,9		
	Bekar	151	45,1		
Birlikte yaşadığı kişiler	Anne-baba-kardeş	95	28,4		
	Eş ve çocuk	171	51		
	Yalnız	14	4,2		
	Arkadaş	14	4,2		
	Diğer	41	12,2		
Eğitim düzeyi	Okuryazar/ilkokul mezunu	43	12,8		
	Ortaokul-lise mezunu	165	49,3		
	Üniversite ve üstü mezunu	127	37,9		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	184	54,9		
	Çalışıyor	151	45,1		
Gelir düzeyi	Düşük	98	29,3		
	Orta	219	65,4		
	Yüksek	18	5,4		
Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yer	Kır	24	7,2		
	Kent	311	92,8		
Sağlık çalışanından egzersiz önerisi alma	Evet	84	25,1		
	Hayır	251	74,9		
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	88	26,3		
	Hayır	247	73,7		
Sigara kullanımı	Evet	130	38,8		
	Hayır	205	61,2		
Alkol kullanımı	Evet	62	18,5		
	Hayır	273	81,5		
Fiziksel aktivite yaptığı mevsim	Hiçbiri	9	2,7		
	İlkbahar ve yaz	232	69,3		
	Sonbahar ve kış	94	28,1		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min-Maks: Minimum-Maksimum

#### 4.1.2. Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne Göre Fiziksel Aktivite Durumları

Bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne göre fiziksel aktivite durumları Tablo 4-2'de verilmiştir. Buna göre, bireylerin %59,1'i inaktif ve %40,9'u minimal aktif olarak belirlenmiştir. Bireylerin oturma süreleri ortalamaları  $354,09 \pm 192,77$  dakikadır (medyan $\pm$ Q3-Q1= $300 \pm 240$ ).

**Tablo 4-2: Bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne Göre Aktivite Düzeyi ve Oturma Süresi (N=335)**

Değişkenler	n	%	Ort $\pm$ SS	Medyan	Q3-Q1
<b>Aktivite düzeyi</b>					
İnaktif	198	59,1			
Minimal aktif	137	40,9			
<b>Oturma Süresi (Dk)</b>			$354,09 \pm 192,77$	300	480-240

Dk: Dakika Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Q3-Q1: Kartiller Arası Değişim Aralığı

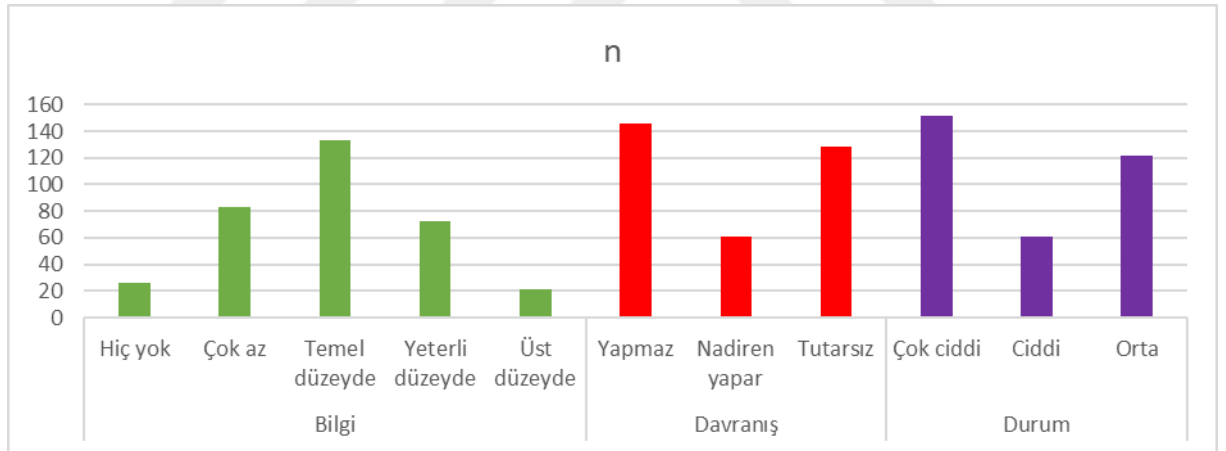
#### 4.2. Katılımcıların Omaha Sistemi'ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış Ve Durum Düzeyleri

Bireylerin Omaha Sistemi'ne göre tanımlanan fiziksel aktivite (FA) problemine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Tablo 4-3 ve Şekil 4-1'de verilmiştir. Buna göre, FA bilgi puan ortalamaları  $2,94 \pm 1,01$ , FA davranış puan ortalamaları  $1,95 \pm 0,9$  ve FA durum puan ortalamaları  $1,91 \pm 0,9$ 'dır.

**Tablo 4-3: Bireylerin Omaha Sistemi'ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyi (N=335)**

	Kategori	N	%	Ort±SS	Min-Maks
<b>Bilgi</b>	Hiç yok	26	7,8	2,94±1,01	1-5
	Çok az	83	24,8		
	Temel düzeyde	133	39,7		
	Yeterli düzeyde	72	21,5		
	Üst düzeyde	21	6,3		
<b>Davranış</b>	Yapmaz	146	43,6	1,95±0,9	1-3
	Nadiren yapar	61	18,2		
	Tutarsız	128	38,2		
<b>Durum</b>	Çok ciddi	152	45,4	1,91±0,9	1-3
	Ciddi	61	18,2		
	Orta	122	36,4		

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min-Maks: Minimum-Maksimum



**Şekil 4-1: Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyi (N=335)**

Bireylerin fiziksel aktivite davranışı ile fiziksel aktivite bilgi ve durum düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 4-4'te gösterilmiştir. Bağımlı değişken olan Fiziksel Aktivite Davranışı parametresindeki “nadiren yapar” ve “tutarsız” kategorilerindeki sayısal değerler ki-kare analizi için yeterli olmadığından iki kategori birleştirilerek analiz yapıldı. Benzer şekilde Fiziksel Aktivite Bilgisi parametresindeki “hiç yok” ve “çok az”

kategorileri ile “yeterli düzeyde” ve “üst düzeyde” kategorilerindeki sayısal değerler de ki-kare analizi için yeterli olmadığından kategoriler birleştirilerek analiz yapıldı. Buna göre yapılan analizde, fiziksel aktivite davranışı ile fiziksel aktivite durumu arasındaki anlamlı derecede ilişki vardır ( $\chi^2(2)= 274,83$ ;  $p<0,001$ ).

**Tablo 4-4: Fiziksel Aktivite Davranışı ile Fiziksel Aktivite Durum ve Bilgisinin Karşılaştırılması**

	Fiziksel Aktivite Davranışı				$\chi^2(df)$	p
	Yapmaz		Nadiren Yapar/Tutarsız			
	n	%	n	%		
<b>Fiziksel Aktivite Durumu</b>						
Çok ciddi	141	92,8	61	56	274,83 (2)	<0,001*
Ciddi	5	8,2	56	91,8		
Orta	0	0	122	100		
<b>Fiziksel Aktivite Bilgisi</b>						
Hiç yok/ çok az	48	44	53,8	11,5	0,221(2)	0,89
Temel düzeyde	56	42,1	77	57,9		
Yeterli düzeyde/ üst düzeyde	42	45,2	51	54,8		

$p<0,05$   $\chi^2$ :Ki-kare testi, df: Serbestlik derecesi.

Mevsim değişkenindeki “hiçbiri” kategorisindeki değerler ki-kare analizi için yeterli miktarı sağlamadığından analizden çıkartılmıştır (n=326). Fiziksel aktivite davranışına göre bireylerin özellikleri incelendiğinde sadece fiziksel aktivite davranışı ile “*medeni durum*” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-5) ( $\chi^2(1)=4,575$ ;  $p<0,05$ ). Buna göre, bekarların evlilere oranla fiziksel aktivite yapmama olasılığı 7,48 kat daha yüksek bulunmuştur (Odds oranı=7,48). Fiziksel aktivite yapmama ve nadiren yapma/ tutarsız olma davranışı ile diğer tanıtıcı özellikler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4-5: Fiziksel Aktivite Davranışına Göre Bireylerin Özellikleri

	Fiziksel Aktivite Davranışı				İstatistik
	Yapmaz		Nadiren Yapar/Tutarsız		
	n (%)	Ortalama±SS	n (%)	Ortalama±SS	
<b>Yaş</b>		39,82±1,19		37,49±0,86	t=1,622 df=324 p=0,002*
<b>Eğitim düzeyi</b>					$\chi^2=0,853$ df=2 p=0,65
Okuryazar/ilkokul mezunu	19(46,3)		22(53,7)		
Ortaokul-lise mezunu	66(41)		95(59)		
Üniversite ve üstü mezunu	57(46)		67(54)		
<b>Cinsiyet</b>					$\chi^2=2,488$ df=1 p=0,11
Kadın	102(41,1)		146(20,6)		
Erkek	40(51,3)		38(48,7)		
<b>Medeni durum</b>					$\chi^2=4,575(1)$ OR= 7,48 p=0,03*
Evli	68(38,2)		110(61,8)		
Bekar	74(50)		74(50)		
<b>BKI</b>					$\chi^2=0,207$ df=1 p=0,65
25 ve üzeri	63(45)		77(55)		
25 altı	79(42,5)		107(57,5)		
<b>Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yer</b>					$\chi^2=2,355$ df=1 p=0,12
Kır	6(26,1)		17(73,9)		
Kent	136(44,9)		167(55,1)		
<b>Çalışma durumu</b>					$\chi^2=2,07$ df=1 p=0,15
Çalışmıyor	72(40)		108(60)		
Çalışıyor	70(47,9)		76(52,1)		
<b>Gelir düzeyi</b>					$\chi^2=2,797$ df=2 p=0,25
Düşük	46(48,4)		49(51,6)		
Orta	91(42,7)		122(57,3)		
Yüksek	5(27,8)		13(72,2)		
<b>Düzenli ilaç kullanım</b>					$\chi^2=0,533$ df=1 p=0,46
Evet	39(47)		44(53)		
Hayır	103(42,4)		140(57,6)		
<b>Sigara kullanımı</b>					$\chi^2=0,264$ df=1
Evet	58(45,3)		70(54,7)		

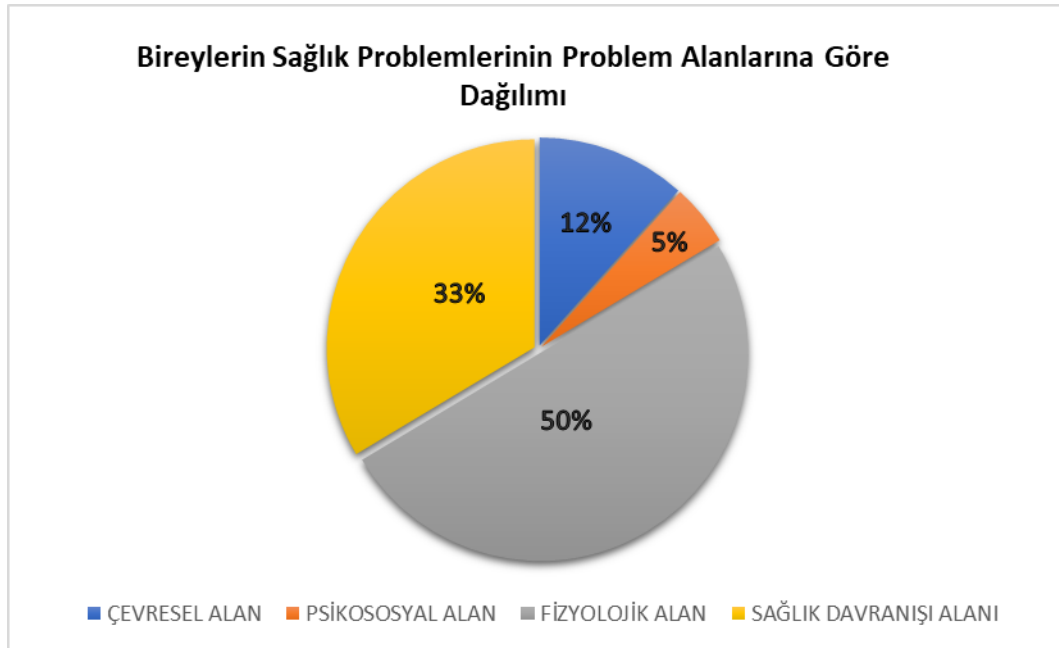
Hayır	84(42,4)	114(57,6)	p=0,61
<b>Alkol kullanımı</b>			$\chi^2=0,484$
Evet	29(47,5)	32(52,5)	df=1
Hayır	113(42,6)	152(57,4)	p=0,49
<b>Sağlık çalışanından fiziksel aktivite önerisi</b>			$\chi^2=1,849$
<b>Alma</b>			df=1
Evet	41(50)	41(50)	p=0,17
Hayır	101(41,4)	143(58,6)	
<b>Mevsim</b>			$\chi^2=0,257$
İlkbahar-Yaz	99(42,7)	133(57,3)	df=1
Sonbahar-Kış	43(45,7)	51(54,3)	p=0,61

\* p<0,05  $\chi^2$ :ki-kare testi, df: Serbestlik derecesi, t: Student t testi, OR: Odds Oranı

### 4.3. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri

#### 4.3.1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi Problem Alanları

Çalışmada Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi'ne göre toplam 2501 problem belirlendi. Her birey için ortalama problem sayısı 7,5 olarak belirlendi. En fazla tanı konulan problem alanları sırasıyla Fizyolojik Alan (%50), Sağlık Davranışları Alanı (%33), Çevresel Alan (%12) Psikososyal Alan (%5)'dir.



**Şekil 4-2: Problemlerin Problem Alanlarına Göre Dağılımı**

Çalışmaya göre bireylerde en sık görülen sağlık problemleri sırasıyla *Fiziksel Aktivite* (%100; n=335), *Ağız Sağlığı* (%61,2; n=205) ve *Görme* (%53,7; n=180)'dir. Fizyolojik alanda en fazla görülen üç problem sırasıyla, *Ağız Sağlığı* (%61,2), *Görme* (%53,7), *Sindirim* (%39,4)'dir. Sağlık davranışları alanında en fazla görülen problemler sırasıyla, *Fiziksel Aktivite* (%100), *Beslenme* (%52,5), *Madde Kullanımı* (%43,6) ve *Sağlık Bakım Denetimi* (%31; n=104)'dır. Çevresel alanda en fazla görülen üç problem sırasıyla, *Yaşanılan Mahalle/ İş Yeri Güvenliği* (%41,2), *Gelir* (%20,9), *Sanitasyon* (%15,2)'dur. Psikososyal alanda en fazla görülen üç problem sırasıyla, *Ruh Sağlığı* (%21,5), *Rol Değişimi* (%5,4), *Toplum Kaynakları ile İletişim* (%3)'dir.

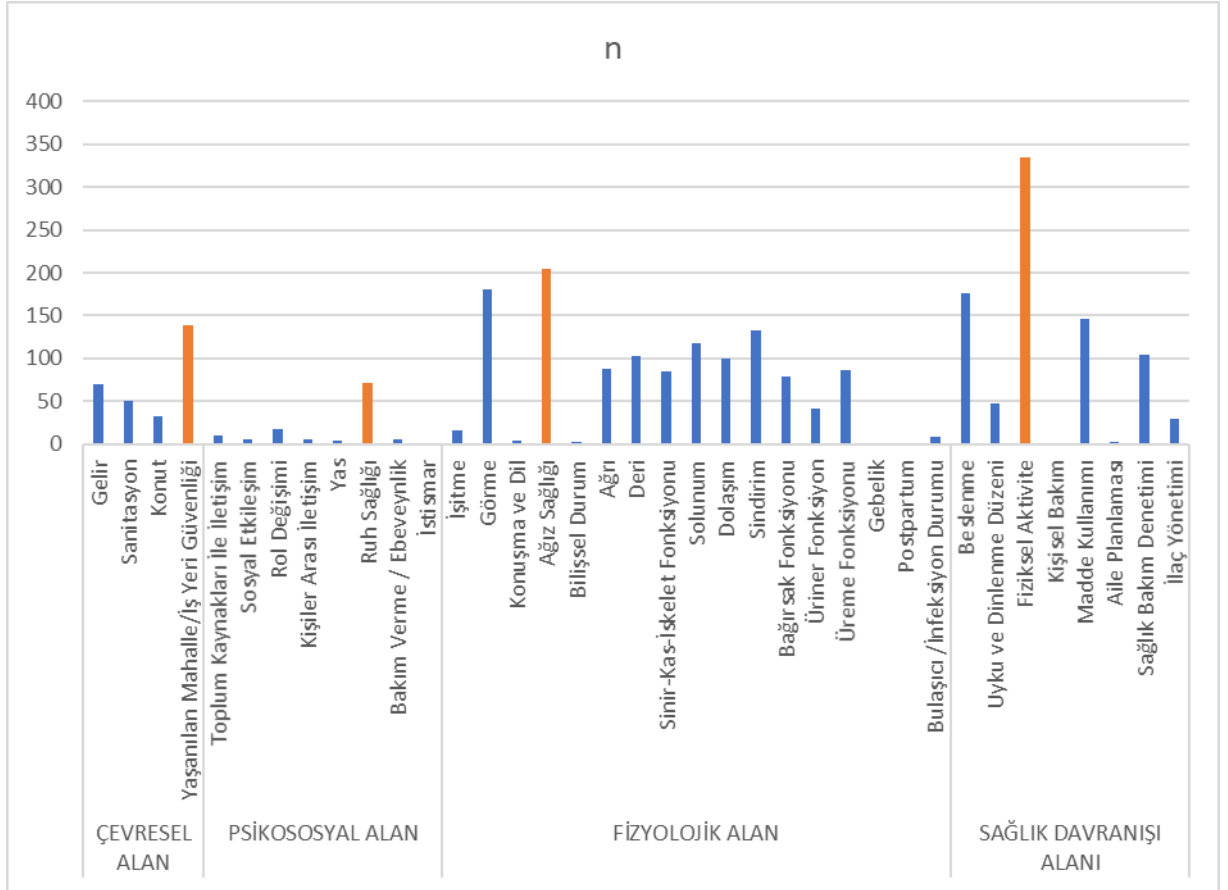


Tablo 4-6: Bireylerin Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi Sağlık Problemleri

Problem Alanı	Problem	n	%
ÇEVRESEL ALAN	Gelir	70	20,9
	Sanitasyon	51	15,2
	Konut	32	9,6
	<b>Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği</b>	<b>138</b>	<b>41,2</b>
PSİKOSOSYAL ALAN	Toplum Kaynakları İle İletişim	10	3
	Sosyal Etkileşim	5	1,5
	Rol Değişimi	18	5,4
	Kişiler Arası İletişim	5	1,5
	Yas	4	1,2
	<b>Ruh Sağlığı</b>	<b>72</b>	<b>21,5</b>
	Bakım Verme / Ebeveynlik	5	1,5
	İstismar	1	0,3
	İşitme	16	4,8
	Görme	180	53,7
FİZYOLOJİK ALAN	Konuşma ve Dil	4	1,2
	<b>Ağız Sağlığı</b>	<b>205</b>	<b>61,2</b>
	Bilişsel Durum	2	0,6
	Ağrı	88	26,3
	Deri	103	30,7
	Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu	85	25,4
	Solunum	118	35,2
	Dolaşım	100	29,9
	Sindirim	132	39,4
	Bağırsak Fonksiyonu	79	23,6
	Üriner Fonksiyon	41	12,2
	Üreme Fonksiyonu	86	25,7
	Gebelik	1	0,3
	Postpartum	1	0,3
Bulaşıcı /İnfeksiyon Durumu	9	2,7	
SAĞLIK DAVRANIŞI ALANI	Beslenme	176	52,5
	Uyku ve Dinlenme Düzeni	47	14
	<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>335</b>	<b>100</b>
	Kişisel Bakım	1	0,3
	Madde Kullanımı	146	43,6
	Aile Planlaması	2	0,6
	Sağlık Bakım Denetimi	104	31
	İlaç Yönetimi	29	8,7

\*Koyu renkli değerler en sık tanılanan problemleri gösterir





Şekil 4-3: Bireylerin Problem Alanlarına Göre Sağlık Problemleri

#### 4.3.2. Fizyolojik Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL’nde yer alan fizyolojik alan problemlerine yönelik belirti/ bulguları Tablo 4-7’de gösterilmiştir. Fizyolojik alanda belirlenen en sık belirti/ bulgu Ağız Sağlığı problemi içinde yer alan “*Dişlerde şekil bozukluğu/ kırık/ kayıplar*” (%37,9)’dır.

Tablo 4-7: Bireylerin Fizyolojik Alan Problemlerine İlişkin Belirti/Bulgularının Dağılımı

Problem	Belirti/Bulgu	n	%
İştisizlik	Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük	12	3,6
	Kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük	1	0,3
	Sese anormal yanıt / yanıtızlık	2	0,6
	İştisizlik tarama testi sonuçlarının normal olmaması	6	1,8
Görme	Küçük karakterli yazıları görmede güçlük	10	3
	Uzaktaki cisimleri görmede güçlük	106	31,6
	Yakındaki cisimleri görmede güçlük	85	25,4
	Görme tarama testi sonuçlarının normal olmaması	6	1,8

	Şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık görme	23	6,9
	Renkleri ayırt etmede güçlük	2	0,6
	Diğer	1	0,3
Konuşma ve Dil	Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinin normal olmaması /konuşamama	3	0,9
	Anlama yeteneğinde normal olmaması / anlayamama	1	0,3
	Telaffuzda yetersizlik / anlaşılır olmama	1	0,3
Ağız Sağlığı	<b>Dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar</b>	<b>127</b>	<b>37,9</b>
	Çürükler	78	23,3
	Aşırı tartar / diş taşı	11	3,3
	Yaralı / şiş / kanayan dişeti	61	18,2
	İyi oturmayan / eksik takma dişler	2	0,6
	Sıcak ya da soğuğa hassasiyet	12	3,6
	Diğer	2	0,6
Bilişsel Durum	Yakın zamandaki olayları hatırlamada yetersizlik	1	0,3
Ağrı	Rahatsızlık/ağrı ifade etme	85	25,4
	Ağrıya bağlı nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme	2	0,6
	Ağrıyan bölgeyi sakınan/ koruyan hareketler	3	0,9
	Yüzünü buruşturma	1	0,3
Deri	Lezyon / bası yarası	11	3,3
	Döküntü	48	14,3
	Aşırı kuru	28	8,4
	Aşırı yağlı	3	0,9
	Enflamasyon	2	0,6
	Kaşıntı	51	15,2
	Çürük- ezik	2	0,6
	Yara iyileşmesinde gecikme	2	0,6
	Diğer	8	2,4
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu	Eklem hareket açıklığında (ROM) sınırlılık	36	10,7
	Kas gücünde azalma	8	2,4
	Kas tonüsünde azalma	2	0,6
	Kas tonüsünde artma	3	0,9
	Duyuda artma	10	3
	Dengede bozukluk	1	0,3
	Yürüme / hareket etme güçlüğü	32	9,6
	Taşınma/transfer güçlüğü	2	0,6
	Titremeler / nöbetler	1	0,3
	Diğer	6	1,8
Solunum	Normal olmayan solunum tipleri	67	20
	Öksürme	49	14,6
	Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	7	2,1
	Siyanoz	1	0,3
	Anormal balgam	14	4,2
	Burun akıntısı / nazal konjesyon	25	7,5

	Normal olmayan solunum sesleri	1	0,3	
	Solunum ile ilgili normal olmayan laboratuvar sonuçları	4	1,2	
	Diğer	3	0,9	
Dolaşım	Ödem	4	1,2	
	Ekstremitelerde ağrı/ kramp	5	1,5	
	Nabız sayısında azalma	1	0,3	
	Deride renk değişikliği / siyanoz	2	0,6	
	Varis	4	1,2	
	Senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi	2	0,6	
	Kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması	39	11,6	
	Kalp ritminde düzensizlik	8	2,4	
	Kalp hızında aşırı artış	46	13,7	
	Kalp hızında aşırı azalma	2	0,6	
	Pıhtılaşma bozukluğu	2	0,6	
	Kardiyak test sonuçlarının normal olmaması	3	0,9	
	Sindirim	Bulantı /kusma	14	4,2
		Çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü	37	11
Hazımsızlık		69	20,6	
Reflü		49	14,6	
İştahsızlık		2	0,6	
Sarılık/ karaciğer büyümesi		2	0,6	
Deri turgorunun azalması		2	0,6	
Dudak çatlaması/ ağız kuruluğu		3	0,9	
Diğer		2	0,6	
Bağırsak Fonksiyonu	Dışkı kıvamı / sıklığının normal olmaması	68	20,3	
	Ağrılı defekasyon	2	0,6	
	Bağırsak seslerinde azalma	1	0,3	
	Dışkıda kan	1	0,3	
	Kramp / karın bölgesinde rahatsızlık	8	2,4	
	Fekal inkontinans	2	0,6	
Üriner Fonksiyon	İdrar yaparken yanma / ağrı	30	9	
	İdrar kaçırma	6	1,8	
	Sıkışma hissi/sık idrara gitme	5	1,5	
	İdrar yapmada güçlük	2	0,6	
	İdrar miktarının normal olmaması	1	0,3	
	Hematüri / renk değişikliği	1	0,3	
	Nöktüri	1	0,3	
	Üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması	7	2,1	
Üreme Fonksiyonu	Anormal akıntı	19	5,7	
	Menstruasyon düzeninde/ döngüsünde bozulma	47	14	
	Menopoz / andropozu yönetmede güçlük	4	1,2	
	Üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet	7	2,1	
	Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı	1	0,3	

	Diğer	19	5,7
Gebelik	Doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik	1	0,3
	Prenatal komplikasyonlar/ erken doğum	1	0,3
Postpartum	Emzirmede güçlük	1	0,3
Bulaşıcı /İnfeksiyon Durumu	İnfeksiyon	7	2,1
	Ateş	1	0,3
	Pozitif tarama / kültür/ laboratuvar sonuçları	3	0,9

\*En Küçük Değer  En Büyük Değer

Koyu renkli değerler en sık belirti/bulguyu gösterir.

#### 4.3.3. Sağlık Davranışları Alanı Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL'nde yer alan sağlık davranışları alanı problemlerine yönelik belirti/ bulguları Tablo 4-8'de gösterilmiştir. Buna göre, sağlık davranışları alanında belirlenen en sık belirti/ bulgu Fiziksel Aktivite problemi içinde yer alan “yetersiz/ düzensiz egzersiz tipi/ sıklığı” (%100)'dır. Bunun yanında, fiziksel aktiviteden sonra bu alanda tanılanan en yüksek problem ve belirti/ bulgu Beslenme problemi ve içinde yer alan “Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. Persentil ve üzerinde olması)” (%34,6)'dır.

**Tablo 4-8: Bireylerin Sağlık Davranışları Alanı Problemlerine İlişkin Belirti/ Bulgularının Dağılımı**

Problem	Belirti/Bulgu	n	%
Beslenme	Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. Persentil ve üzerinde olması)	116	34,6
	Düşük kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 18,5 ve altında, çocuklarda 5. Persentil ve altında olması)	30	9
	Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması	2	0,6
	Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması	4	1,2
	Dengesiz beslenme	40	11,9
	Yaşa uygun olmayan beslenme programı	3	0,9
	Önerilen beslenme programını sürdürememe	6	1,8
	Açıklanamayan / sürekli kilo kaybı	1	0,3
	Hipoglisemi	1	0,3
	Hiperглиsemi	2	0,6
Uyku ve Dinlenme Düzeni	Uyku ve dinlenme düzeninin aile üyelerini rahatsız etmesi	2	0,6
	Gece sık sık uyanma	13	3,9
	Uykusuzluk	4	1,2
	Kabus görme	2	0,6
	Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme	17	5,1
	Uyku apnesi	2	0,6
	Horlama	19	5,7
	Diğer	5	1,5
Fiziksel Aktivite	Sedanter yaşam biçimi	198	59,1
	<b>Yetersiz / düzensiz egzersiz</b>	<b>335</b>	<b>100</b>
	Yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı	334	99,7
Kişisel Bakım	Giysilerin temizliğinde/ yıkanmasında yetersizlik	1	0,3
Madde Kullanımı	Alkolün kötüye kullanımı	2	0,6
	Sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	123	36,7
	Sigara- puro dumanına maruz kalma	26	7,8
Aile Planlaması	Aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi	1	0,3
	Düzensiz/ etkisi sınırlı bir yöntem kullanma	1	0,3
	Kullandığı yöntemden memnun olmama	1	0,3
Sağlık Bakım Denetimi	Rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	94	28,1
	Tedavi / değerlendirme gerektiren semptomlar için bakım almama	10	3
	Önerilen sağlık randevularına gitmeme	3	0,9
	Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması	2	0,6
	Tedavi planının yetersiz olması	2	0,6
İlaç Yönetimi	Önerilen doz/ tedavi programına uymama	12	3,6
	Yan etki /istenmeyen tepkilerin olması	18	5,4
	Biten ilaçların yerine konmaması	1	0,3

\*En Küçük Değer

En Büyük Değer

Koyu renkli değerler en sık belirti/bulguyu gösterir.

#### 4.3.4. Çevresel Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL'nde yer alan çevresel alan problemleri ve bunlara ilişkin belirti/ bulgular Tablo 4-9'da gösterilmiştir. Buna göre çevresel alanda belirlenen en sık belirti/ bulgu Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği problemi içinde yer alan “Fiziksel tehlikeler” (%19,1)'dir.

**Tablo 4-9: Bireylerin Çevresel Alan Problemlerine İlişkin Belirti/ Bulgularının Dağılımı**

Problem	Belirti/Bulgu	n	%
Gelir	Gelirin düşük olması / hiç olmaması	25	7,5
	Para yönetiminde güçlük	1	0,3
	Sadece temel gereksinimlerini satın alabilme	23	6,9
	Gereksinimlerini satın almada güçlük	45	13,4
Sanitasyon	Yaşanılan alanının kirli olması	2	0,6
	Besinlerin saklanması ve atılmasında yetersizlik	1	0,3
	Böcek / kemiricilerin olması	17	5,1
	Kötü kokular	34	10,1
	Kanalizasyon sisteminde yetersizlik	9	2,7
	Enfeksiyon-kontaminasyon etkenleri	2	0,6
	Küf	5	1,5
	Evde hayvan sayısının fazla olması	1	0,3
Diğer	1	0,3	
Konut	Yapısal olarak sağlam olmaması	5	1,5
	Isıtma/soğutma sisteminin yetersiz olması	14	4,2
	Dik / güvenli olmayan merdivenler	9	2,7
	Bina giriş çıkışlarının dar ve yetersiz olması	1	0,3
	Yaşanılan alanın dağınık olması	1	0,3
	Yaşam alanının kalabalık/yetersiz olması	4	1,2
	Diğer	6	1,8
Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği	Suç oranının yüksek olması	33	9,9
	Kirlilik düzeyinin yüksek olması	30	9
	Kontrol edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar	2	0,6
	Oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması / güvenli olmaması	6	1,8
	Şiddet ihbarları /tehditler	11	3,3
	<b>Fiziksel tehlikeler</b>	<b>64</b>	<b>19,1</b>
	Araç/ trafik tehlikeleri	33	9,9
	Kimyasal tehlikeler	21	6,3
	Radyasyon tehlikesi	9	2,7
Diğer	2	0,6	

\*En Küçük Değer

En Büyük Değer

Koyu renkli değerler en sık belirti/bulguyu gösterir.

#### 4.3.5. Psikososyal Alan Problemleri ve Belirti/ Bulguları

Bireylerin Omaha Sistemi PSL’nde yer alan psikososyal alan problemleri ve bunlara ilişkin belirti/ bulgular Tablo 4-10’da gösterilmiştir. Buna göre, psikososyal alanda belirlenen en sık belirti/bulgu Ruh Sağlığı problemi içinde yer alan “*Endişe/ tanımlanmamış korkular*” (%9,3)’dır.

**Tablo 4-10: Bireylerin Psikososyal Alan Problemlerine İlişkin Belirti/Bulgularının Dağılımı**

Problem	Belirti/Bulgu	n	%
Toplum Kaynakları İle İletişim	Hizmetlerden yararlanma seçeneklerini / süreçlerini bilmeme	3	0,9
	Hizmetlerden memnun olmama	7	2,1
Sosyal Etkileşim	Sosyal etkileşimde yetersizlik	3	0,9
	Dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması	4	1,2
Rol Değişimi	İstenmeyen rol değişimi	4	1,2
	Yeni role uyumsuzluk	1	0,3
	Rol kaybı	13	3,9
Kişiler Arası İletişim	İlişki kurma/ sürdürmede güçlük	2	0,6
	Paylaşılan aktivitelerin az olması	1	0,3
	Kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik	1	0,3
Yas	Yas tepkileri ile baş etmede güçlük	2	0,6
	Yas tepkilerini ifade etmede güçlük	2	0,6
Ruh Sağlığı	Hüzün /umutsuzluk / benlik saygısında azalma	18	5,4
	<b>Endişe / tanımlanmamış korkular</b>	<b>31</b>	<b>9,3</b>
	Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık	3	0,9
	Duygularda küntleşme	1	0,3
	Huzursuz/ ajite/ saldırgan	10	3
	Kompulsif davranışlar	9	2,7
	Stres yönetiminde güçlük	13	3,9
	Öfke yönetiminde güçlük	6	1,8
	Somatik yakınmalar /yorgunluk	9	2,7
	Sanrı (delüzyon)	1	0,3
	Yanılsama (halüsinasyon/ illüzyon)	2	0,6
	Duygu durumunda dalgalanma	7	2,1
	Geçmişe ait travmatik görüntülere dönmek (flash-backs)	5	1,5
	Diğer	1	0,3

Bakım Verme / Ebeveynlik	Fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük	2	0,6
	Duygusal bakım vermede güçlük	3	0,9
	Koruyucu ve terapötik bakım sağlamada güçlük	1	0,3
	Sözlü /sözsüz iletişime cevap vermeme ya da anlamada güçlük	1	0,3
İstismar	Sözlü saldırıya uğrama	1	0,3

\*En Küçük Değer

En Büyük Değer

Koyu renkli değerler en sık belirti/bulguyu gösterir.

#### 4.4. Fiziksel Aktivite Davranışı İle İlişkili Faktörler

Bireylerin fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili olduğu düşünülen faktörler Tablo 4-11'da gösterilmiştir. Buna göre fiziksel aktivite davranışı, demografik verilerden olan *Yaş, Cinsiyet, Eğitim düzeyi, BKİ grup, Sigara ve Alkol kullanımı, Mevsim, Medeni durum, Çalışma durumu, Gelir düzeyi* ile Omaha Sistemi PSL yer alan *Gelir, Sanitasyon, Konut, Yaşanılan mahalle/ İş Yeri Güvenliği, Rol Değişimi, Ruh Sağlığı, İşitme, Görme, Ağız Sağlığı, Ağrı, Deri, Sinir-kas-iskelet fonksiyonu, Solunum, Dolaşım, Sindirim-Hidrasyon, Bağırsak fonksiyonu, Üriner fonksiyon, Üreme fonksiyonu, Beslenme, Uyku ve dinlenme düzeni, Madde kullanımı, Sağlık bakım denetimi, İlaç yönetimi* değişkenleri tarafından %70,2 oranında açıklandı ve kurulan bu model istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $\chi^2 (35)=69,78$ ;  $p<0,001$ ). Modele göre fiziksel aktivite davranışı ile demografik verilerden olan *Eğitim düzeyi, Medeni durum, Çalışma durumu, Gelir düzeyi* ile Omaha Sistemi PSL yer alan *Konut, Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği, İşitme, Görme, Ağız sağlığı, Deri, Solunum, Dolaşım, Sindirim-hidrasyon, Bağırsak fonksiyonu, Sağlık bakım denetimi* modele katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ). Modelde fiziksel aktivite yapmama davranışı ile *Çalışma durumu ve Görme değişkenleri* en ilişkili olan pozitif yönlü faktörlerdir ( $p<0,1$ ). Buna göre, çalışan bireylerde FA yapmama oranı 2,4 kat daha fazladır. Aynı şekilde Görme problemi olan bireylerde FA yapmama oranı 2,2 kat daha fazladır *Medeni durum, Gelir düzeyi, Konut, Yaşanılan mahalle/ İş yeri güvenliği* değişkenleri negatif yönlü, *Eğitim düzeyi ve Solunum* değişkenleri pozitif yönlü orta derecede ilişkili faktörlerdir ( $p<0,05$ ). Buna göre bekarların evlilere göre fiziksel aktivite yapmama oranı 0,4 kat daha fazladır. Gelir düzeyine göre incelendiğinde fazla gelire sahip bireylerde orta gelire sahip bireylere göre FA yapmama oranı 0,2 kat daha fazladır. *Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği problemine* sahip bireylerde FA yapmama oranı 0,5 kat daha azdır. Solunum



problemine sahip olan bireylerde FA yapmama oranı 1,8 kat daha fazladır. En zayıf ilişkili faktörlerden ise *Ağız sağlığı* ve *Deri* negatif yönlü iken, *İşitme*, *Dolaşım*, *Sindirim-hidrasyon*, *Bağırsak fonksiyonu* ve *Sağlık bakım denetimi* değişkenleri pozitif yönlü ilişkili faktörlerdir ( $p<0,01$ ). Dolaşım problemine sahip olan bireylerde FA yapmama oranı 1,8 kat daha fazladır. Bağırsak fonksiyonu problemine sahip olan bireylerde FA yapmama oranı 1,2 kat daha fazladır. Güven aralığı “1,00” değerini içeren Eğitim düzeyi, Konut, İşitme, Ağız sağlığı, Deri, Sindirim-hidrasyon, Sağlık bakım denetimi değişkenleri yoruma alınmamıştır.



Tablo 4-11: Bağımsız Değişkenlerin Fiziksel Aktivite Davranışı İle İlişkisi

Bağımsız Değişken	B	SH	p	OR	%95 Güven Aralığı	
Eğitim düzeyi			0,699			
Eğitim düzeyi (1)	0,332	0,480	0,49**	1,394	0,544	3,572
Eğitim düzeyi (2)	0,234	0,313	0,455	1,263	0,684	2,332
Cinsiyet	0,473	0,339	0,163	1,605	0,826	3,119
Yaş	-,009	,014	0,537	0,992	0,965	1,019
Medeni durum	-,807	,314	0,01**	0,446	0,241	0,826
BKI Grup	-,174	0,384	0,651	0,840	0,396	1,784
Sigara kullanımı	-,010	0,492	0,984	0,990	0,377	2,598
Alkol kullanımı	,054	0,371	0,883	1,056	0,511	2,183
Mevsim	-,001	0,300	0,997	0,999	0,555	1,798
Çalışma durumu	0,863	,318	0,007***	2,370	1,271	4,419
Gelir düzeyi			0,061*			
Gelir düzeyi(1)	-1,509	0,675	0,025**	0,221	0,059	0,831
Gelir düzeyi(2)	-,994	0,629	0,114	0,370	0,108	1,271
Gelir	0,048	0,371	0,896	1,049	0,508	2,170
Sanitasyon	-0,638	0,401	0,112	0,528	0,240	1,160
Konut	-0,362	0,490	0,46**	0,696	0,266	1,820
Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği	-0,605	0,301	0,045**	0,546	0,303	0,986
Rol değişimi	-,089	0,605	0,882	0,914	0,279	2,993
Ruh sağlığı	0,345	,341	0,312	1,413	0,724	2,758
İşitme	1,210	0,681	0,076*	3,353	0,882	12,747
Görme	0,772	0,290	0,008***	2,164	1,225	3,820
Ağız sağlığı	-,470	0,272	0,085*	0,625	0,366	1,066
Ağrı	0,284	0,308	0,356	1,329	0,726	2,432
Deri	-,548	0,313	0,08*	0,578	0,313	1,068
Sinir-kas-İskelet fonksiyonu	0,068	0,315	0,829	1,070	0,577	1,985
Solunum	0,594	0,280	0,034**	1,811	1,046	3,136
Dolaşım	0,600	0,306	0,050*	1,821	1,001	3,315
Sindirim-hidrasyon	0,181	0,275	0,51*	1,198	0,700	2,053
Bağırsak fonksiyonu	0,644	,328	0,049*	1,905	1,002	3,621
Üriner fonksiyon	0,469	0,414	0,257	1,598	0,710	3,598
Üreme fonksiyonu	-0,339	0,342	0,321	0,712	0,365	1,392
Beslenme	,423	0,358	0,237	1,526	0,757	3,076
Uyku ve dinlenme düzeni	-0,526	0,415	0,205	0,591	0,262	1,333
Madde kullanımı	-0,034	,0486	0,944	0,967	0,373	2,504
Sağlık bakım denetimi	0,145	0,277	0,6*	1,156	0,672	1,990
İlaç yönetimi	0,149	0,503	0,767	1,161	0,433	3,109

$\chi^2 (35)=69,78; p<0,001$ . Percentage Correct: 70,2.

\*p<0,1 \*\* p<0,05 \*\*\* p<0,01. B: Regresyon Katsayısı, SH: Standart Hata, OR: Odds Oranı.

## 5. TARTIŞMA

Fiziksel aktivite yetersizliği, özellikle son yıllarda halk sağlığını etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Fiziksel aktivite yetersizliği, dünyada tüm ölümlerin yaklaşık üçte ikisini oluşturan kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının risk faktörlerinden birisidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011). Nitekim, meme kanseri, kolon-rektum kanseri ve tip 2 diyabet olgularının %10-16'sının, iskemik kalp hastalıklarının %22'sinin fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2010).

Toplumlarda fiziksel aktivite düzeyini belirlemek ve fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörleri incelemek, fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin oluşturulacak programların planlanmasına ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasına katkı sağlar. Fiziksel aktivite ile bireysel, kişilerarası ve çevresel faktörler arasındaki ilişkiyi tanımlamada kullanılan *Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model*, çeşitli çalışmalarda kullanılmış bir modeldir (Olsen, 2015, 2016; Warren, Maley, Sugarwala, Wells, & Devine, 2010; Ding ve ark., 2012; Walcott-McQuigg, Zerwic, Dan, and Kelley, 2001; Fleury, Lee, 2006). Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bireylerde fiziksel aktivitenin bir hemşirelik terminolojisi olan Omaha Sistemi'ne göre incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda fiziksel aktivite ile ilişkili faktörler "Omaha Sistemi ve Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model (Ecological Model for Health Promotion)" kapsamında incelenmiştir.

Çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi objektif bir ölçüm aracı olan Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivite problemi ile ilişkili faktörler Sağlığın Geliştirilmesi için Ekolojik Model kapsamında eşleştirilen demografik özellikler ve Omaha Sistemi Problemleri kullanılarak incelenmiştir. Bu yönü ile çalışma ülkemizde fiziksel aktivite davranışının standart bir hemşirelik terminolojisi ile incelendiği ilk çalışmadır. Çalışmanın örneklemini 18 yaş ve üzeri, okur-yazar ve sağlık güvencesi olan, kronik hastalık öyküsü bulunmayan ve fiziksel aktivite problemi olan kişiler oluşturmuştur. Çalışmada bulgular araştırma soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

### **5.1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi (PSL)’ne Göre Tanımlanan Fiziksel Aktivite Problemine İlişkin Bilgi, Davranış ve Durum Düzeyleri**

Çalışmada, 335 bireyin fiziksel aktivite problemine ilişkin bilgi, davranış ve durum düzeyleri Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği’ne (PDÖ) göre belirlenmiştir. Çalışmada fiziksel inaktif bireyler örnekleme oluşturduğu için örneklem grubu, PDÖ içindeki davranış parametresinden 4 puanın altında (1 puan, 2 puan ve 3 puan) alan bireylerden oluşmuştur. Çalışmada ölçekten alınan “Bilgi” puan ortalaması  $2,94 \pm 1,01$  (min-maks:1-5) olup, katılımcıların yaklaşık yarısının (%40) bilgisi “Temel düzeyde” dir. Katılımcıların ölçekten alınan “Davranış” puan ortalaması  $1,95 \pm 0,9$  (min-maks:1-3) olup, benzer şekilde yaklaşık yarısı (%44) fiziksel aktivite davranışına ilişkin “Yapmaz” kategorisinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların ölçekten alınan “Durum” puan ortalaması  $1,91 \pm 0,9$  (min-maks:1-3) olup, yine yaklaşık yarısının (%45) durumu “Çok ciddi” olarak belirlenmiştir.

Bireylerin fiziksel aktivite davranışı ile fiziksel aktivite bilgi ve durum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Buna göre fiziksel aktivite davranışı ile fiziksel aktivite durumu arasındaki ilişki anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Bireylerin fiziksel aktivite davranışı ile sadece medeni durum ve yaş arasındaki ilişki anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Bekarların evlilere oranla fiziksel aktivite yapmama olasılığı 7,48 kat daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktivite yapmayanların yaş ortalaması  $39,82 \pm 1,19$ , nadiren yapan ve tutarsızların yaş ortalaması  $37,49 \pm 0,86$  bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada da yaş ile fiziksel inaktivite arasında pozitif ilişki olduğu bulgulanmıştır. Buna göre, yaş arttıkça fiziksel inaktivite artmaktadır. (Bowman, 2006; Clark ve ark., 2010; Grothe ve ark., 2013; Ishii ve ark., 2013; Proper ve ark., 2007; Sugiyama ve ark., 2007; Van Dyck ve ark., 2011; Xie ve ark., 2014).

### **5.2. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Tanımlanan Sağlık Problemleri**

Çalışmada Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi’ne göre toplam 2501 problem belirlendi. Tanımlanan problemler Omaha Sistemi’ndeki tüm problemlerin %90’ını (n=38) oluşturdu. En fazla tanı konulan alanlar sırasıyla Fizyolojik Alan (%50), Sağlık Davranışları Alanı (%33), Çevresel Alan (%12) ve Psikososyal Alan (%5)’dir. Çalışmaya göre fiziksel inaktif olan bireylerin en sık görülen sağlık problemleri

sırasıyla *Ağız Sağlığı* (%61), *Görme* (%54) ve *Beslenme* (%53)'dir. Kırsal alanda yaşayan kadınların fiziksel aktivite davranışının Omaha Sistemi'ne göre incelendiği bir çalışmada da *Beslenme* problemi en sık tanılanan problemlerden biri olmuştur (Olsen, 2015).

Problem alanlarına göre en fazla tanılanan problemler ise Fizyolojik alanda *Ağız Sağlığı* (%61), *Görme* (%54), *Sindirim* (%39); Çevresel alanda *Yaşanılan Mahalle/ İş Yeri Güvenliği* (%41), *Gelir* (%21), *Sanitasyon* (%15); Psikososyal alanda *Ruh Sağlığı* (%22), *Rol Değişimi* (%5), *Toplum Kaynakları ile İletişim* (%3); Sağlık davranışları alanında, *Fiziksel Aktivite* (%100), *Beslenme* (%53) ve *Madde Kullanımı* (%44)'dir. Katılımcıların hepsi fiziksel inaktif bireyler olduğu için bu problemin yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Bu nedenle Fiziksel Aktivite problemi çıkarıldığında en fazla görülen üç problem içerisine *Sağlık Bakım Denetimi* (%31) dahil olmaktadır. Olsen ve ark. (2017) tarafından kırsalda yaşayan fiziksel inaktif kadınlarda yapılan benzer bir çalışmada da, Sağlık davranışları alanında *Madde Kullanımı* (%89), *Sağlık Bakım Denetimi* (%88), *Beslenme* (%85); Çevresel alanda *Yaşanılan Mahalle/ İş Yeri Güvenliği* (%80), *Gelir* (%64) ve Psikososyal alanda *Ruh Sağlığı* (%81) en fazla tanılanan problemlerdir.

Problem alanlarına göre bireylerde en fazla görülen belirti/ bulgular da belirlenmiştir. Fizyolojik alanda en sık belirlenen belirti/ bulgu *Ağız Sağlığı* problemi içinde yer alan “*Dişlerde şekil bozukluğu/ kırık/ kayıplar*” (%38)'dir. Sağlık davranışları alanında belirlenen en sık belirti/ bulgu bireylerin hepsinde görülen Fiziksel Aktivite problemi içinde yer alan “*yetersiz/ düzensiz egzersiz tipi/ sıklığı*” (%100)'dir. Bunun yanında, fiziksel aktiviteden sonra bu alanda tanılanan en yüksek problem ve belirti/ bulgu *Beslenme* problemi ve içinde yer alan “*Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. Persentil ve üzerinde olması)*” (%34,6)'dir. Çevresel alanda en sık belirlenen belirti/ bulgu *Yaşanılan Mahalle/ İş Yeri Güvenliği* problemi içinde yer alan “*Fiziksel tehlikeler*” (%19)'dir. Psikososyal alanda en sık belirlenen belirti/ bulgu *Ruh Sağlığı* problemi içinde yer alan “*Endişe/ tanımlanmamış korkular*” (%9)'dir.

Omaha Sistemi'ne göre fiziksel aktivitenin gerçek bir problem olabilmesi için Problem Sınıflama Listesi'nde (PSL) yer alan *Fiziksel Aktivite* probleminin dört belirti/ bulgusundan en az birinin ölçülmesi gerekir: “*sedanter yaşam tarzı, yetersiz/ düzensiz*

*egzersiz, yaşa/ fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı, diğer*” (Martin, 2005). Bu sebeple, örneklem grubunda yer alan bireylerin PDÖ’ye göre durum değerlendirmesi, PSL’de yer alan fiziksel aktivite probleminin dört belirti/ bulgusu dikkate alınarak yapılmıştır. Buna göre, en fazla belirti/ bulgu bireylerin tamamında görülen “*yetersiz/ düzensiz egzersiz*” ile sırasıyla “*yaşa/ fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı*” (%99,7) ve “*sedanter yaşam biçimi*” (%59)’dir. Olsen ve ark. (2017) tarafından kırsalda yaşayan fiziksel inaktif kadınlarda yapılan benzer bir çalışmada en sık görülen belirti/ bulgu “*yetersiz/ düzensiz egzersiz*”dir. Bu belirti/ bulguyu sırasıyla “*sedanter yaşam biçimi*” ve “*yaşa/ fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı*” takip etmiştir.

### **5.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Davranışı ile İlişkili Bağımsız Faktörlerin Tartışılması**

Çalışmada fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenler Sağlık Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model değişkenleri kapsamında Omaha Sistemi kavramları kullanılarak incelenmiştir. Bu kapsamda, Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği’ne göre belirlenen fiziksel aktivite davranışı ile bağımsız değişkenler arasında regresyon modeli kurulmuş ve her bir bağımsız değişkenin modele katkısı incelenmiştir. İncelenen değişkenler modelde, fiziksel aktivite davranışını %70 oranında açıkladı.

Modele göre fiziksel aktivite davranışı ile demografik verilerden olan *Eğitim düzeyi, Medeni durum, Çalışma durumu, Gelir düzeyi* ile Omaha Sistemi PSL yer alan *Konut, Yaşanılan mahalle/ İş yeri güvenliği, İşitme, Görme, Ağız sağlığı, Deri, Solunum, Dolaşım, Sindirim-hidrasyon, Bağırsak fonksiyonu, Sağlık bakım denetimi* modele katkısı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,01$ ). Modelde fiziksel aktivite yapmama davranışı ile *Çalışma durumu ve Görme değişkenleri* en ilişkili olan pozitif yönlü faktörlerdir ( $p<0,1$ ). *Medeni durum, Gelir düzeyi, Konut, Yaşanılan mahalle/ İş yeri güvenliği* değişkenleri negatif yönlü, *Eğitim düzeyi ve Solunum* değişkenleri pozitif yönlü orta derecede ilişkili faktörlerdir ( $p<0,05$ ). En zayıf ilişkili faktörlerden ise *Ağız sağlığı ve Deri* negatif yönlü iken, *İşitme, Dolaşım, Sindirim-hidrasyon, Bağırsak fonksiyonu ve Sağlık bakım denetimi* değişkenleri pozitif yönlü ilişkili faktörlerdir ( $p<0,01$ ).

Modele göre, Görme problemine sahip bireylerde fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. Omaha Sistemi fizyolojik alan problemlerinden biri olan

“Bağırsak Fonksiyonu” problemi fiziksel aktivite yapmama üzerinde etkisi vardır. Bağırsak Fonksiyonu problemine sahip bireylerde fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. Benzer şekilde Omaha Sistemi fizyolojik alan problemlerinden biri olan “Dolaşım” problemi fiziksel aktivite yapmama üzerinde etkilidir. Dolaşım problemine sahip bireylerde fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. Omaha Sistemi çevresel alan problemlerinden biri olan “Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği” problemi fiziksel aktivite yapmama üzerinde ters yönde etkisi vardır. Yaşanılan mahalle/ iş yeri güvenliği problemine sahip bireylerde fiziksel aktivite yapmama davranışı daha azdır. Olsen ve ark. (2017) tarafından kırsalda yaşayan fiziksel inaktif kadınlarda yapılan benzer çalışmada da Omaha Sistemi fizyolojik alan ve çevresel alan problemlerinin fiziksel aktivite yapmama davranışı üzerinde ilişkili faktör olduğu görülmüştür. Bu bulgular Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model değişkenlerinden olan kişisel ve toplumsal faktörlerin fiziksel aktivite problemi üzerindeki etkisini desteklemiştir.

Çalışmada bağımsız değişkenlerden olan “çalışma durumu” fiziksel aktivite yapmama üzerinde etkilidir. Çalışan bireylerde fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. Benzer olarak uluslararası alanda yapılan pek çok çalışmada istihdam ile fiziksel aktivite davranışı arasında negatif ilişki bulunmuştur (Clark ve ark., 2010; Ding, Sugiyama, ve ark., 2012; Granner ve Mburia-Mwalili, 2010; Ishii ve ark., 2013; Storgaard ve ark., 2013; Van Dyck ve ark., 2011; Xie ve ark., 2014). Çalışmada benzer şekilde, “medeni durum” fiziksel aktivite yapmama ile etkili bulunmuştur. Buna göre, bekarların evlilere göre fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. (Trost ve ark., 2002) tarafından yapılan çalışmada medeni durumun fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili olduğu raporlandırılmıştır. Japon yetişkinlerde yapılan bir çalışmada da bekar olan bireylerin fiziksel olarak inaktif olma oranları evli bireylere oranla iki kat daha fazladır (Ishii ve ark., 2013). Benzer şekilde, Van Dyck ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada, eşi ile yaşayan yetişkinlerin fiziksel olarak az inaktif olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada (Van Uffelen ve ark. (2012), bekar kadınların oturma sürelerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Gelir düzeyine göre incelendiğinde fazla gelire sahip bireylerin denk gelire sahip bireylere göre fiziksel aktivite yapmama davranışı daha fazladır. Uluslararası literatürde de gelir düzeyi arttıkça fiziksel aktivite davranışının azaldığını belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Grothe ve ark., 2013; Stamatakis ve ark., 2014; Stamatakis ve ark., 2009; Van Uffelen ve ark., 2012).

Çalışma kapsamında katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri objektif bir araç olan Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği ile ölçülmüştür. Buna göre bireylerin %59'u inaktif, %41'i minimal aktif olarak belirlenmiştir. İşin ve Özcan (2018) yaptıkları benzer bir çalışmada, aile sağlığı merkezine başvuran 25 yaş üzeri 250 bireyin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği değerlendirmesi yapılmıştır. Buna göre bireylerin %47,2'sinin inaktif (hareketsiz), %36,4'ünün düşük düzeyde aktif, %16,4'ünün aktif oldukları saptanmıştır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada, 20-70 yaş arası bireylerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği değerlendirmesine göre inaktivite oranı %41 olarak belirlenmiştir (Hallal ve ark., 2003).





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bireylerde fiziksel aktivitenin bir hemşirelik terminolojisi olan Omaha Sistemi ile incelenmiştir. Çalışmada Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ine başvuran bireylerin %40'ının fiziksel aktivite bilgisi "temel düzey"dedir. Çalışmada fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili faktörler belirlenmiştir. Buna göre, çalışma durumu, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum ile görme, işitme, ağız sağlığı, deri, solunum, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, sağlık bakım denetimi, konut, yaşanan mahalle/ iş yeri güvenliği problemleri fiziksel aktivite davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Bireylerde en sık görülen sağlık problemleri sırasıyla *Fiziksel Aktivite* (%100), *Ağız Sağlığı* (%61,2), *Görme* (%53,7) ve *Beslenme* (%52)'dir.

Bu sonuçlar doğrultusunda başlıca öneriler şunlardır:

- \* Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler çok boyutlu olduğu için, fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin oluşturulacak programların planlanmasında ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında *Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ekolojik Model*'in kullanımı katkı yapabilir.
- \* Fiziksel aktivite ve ilişkili faktörlerin incelenmesi farklı örneklem gruplarında çalışılmalıdır.
- \* Fiziksel aktivite davranışının incelenmesinde standart bir hemşirelik terminolojisi olan Omaha Sistemi'nin kullanımı verilerin sistematik bir şekilde incelenmesinde yararlı olabilir.
- \* Sağlık profesyonelleri fiziksel aktivite probleminin Bilgi, Davranış ve Durum düzeyinde değerlendirilmesinde Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği'ni kullanabilir.

## KAYNAKLAR

2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington.

Alpözgen, A. Z.veÖzdiçler, A. R. (2016). Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. *HSP*, 3(1), 66-72. doi:10.17681/hsp.18017

Babazono, A., ve ark. (2007). Patient-Motivated Prevention of Lifestyle-Related Disease in Japan. *Disease Management & Health Outcomes*, 5(2), 119–126. doi:https://doi.org/10.2165/00115677-200715020-00007

Bauman, A. E., ve ark. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258-271. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1

Bowman, S. A. (2006). PEER REVIEWED: Television-Viewing Characteristics of Adults: Correlations to Eating Practices and Overweight and Health Status. *Preventing chronic disease*, 3(2).

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

Bulut, S. (2013). Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4), 205 - 214. doi:10.5505/TurkHijyen.2013.67442

Bungum, T. J.veMorrow, J. R. J. (2000). Differences in self-reported rationale for perceived increases in physical activity by ethnicity and gender. *Research Quarterly For Exercise and Sport*, 71(1), 55-60. doi:10.1080/02701367.2000.10608880

Clark, B. K., ve ark. (2010). Socio-demographic correlates of prolonged television viewing time in Australian men and women: the AusDiab study. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(5), 595-601.

Craig, C. L., ve ark. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395. doi:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB

Danış, M. Z. (2006). Davranış Bilimlerinde Ekolojik Sistem Yaklaşımı. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 9(45), 45-53.

Davashgil, Ü. (1997). Ekolojik Yaklaşımın Psikoloji Ve Eğitime Uygulanması. Retrieved from eb.ted.org.tr/index.php/EB/article/download/5926/2059

Ding, D., ve ark. (2012). Correlates of Change in Adults' Television Viewing Time: A Four-Year Follow-up Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44(7), 1287-1292. doi:10.1249/MSS.0b013e31824ba87e

Ding, D., ve ark. (2012). Interactive Effects of Built Environment and Psychosocial Attributes on Physical Activity: A Test of Ecological Models. *The Society of Behavioral Medicine* 44, 365–374. doi:10.1007/s12160-012-9394-1

Ding, D., ve ark. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311–1324. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X

Doğan, A. (2010). Ekolojik Sistemler Kuramı Çerçevesinde Akran Zorbalığının İncelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17(3), 149-162.

Dünya Sağlık Örgütü. (2006). *Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Küresel Strateji: Uygulamayı izlemek ve değerlendirmek için bir çerçeve*. Retrieved from Geneva:

Dünya Sağlık Örgütü. (2010). *Sağlık için Fiziksel Aktivite Üzerine Küresel Öneriler*. Retrieved from Switzerland:

Dünya Sağlık Örgütü. (2011). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010*. Retrieved from Geneva:

Dünya Sağlık Örgütü. (2013). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020*. Retrieved from

Dünya Sağlık Örgütü. (2016). *DSÖ Avrupa Bölgesi için Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016–2025*. Retrieved from <http://e-belge.saglik.gov.tr/758327a4-de3a-4620-aded-a59d1a6498a3>

Dünya Sağlık Örgütü. (2018a). *Fiziksel Aktivite Üzerine Küresel Eylem Planı 2018-2030: daha sağlıklı bir dünya için daha aktif insanlar*. (565). Retrieved from Geneva.

Dünya Sağlık Örgütü. (2018b). Global Move For Health Day Initiative Gets Underway To Promote Physical Activity Benefits. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/move/en/>

Erdogan, S., ve ark. (2013). Using the Omaha System to Describe Health Problems, Interventions, and Outcomes in Home Care in Istanbul, Turkey: A Student Informatics Research Experience. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(6), 290–298. doi:10.1097/NXN.0b013e318282eala

Erdoğan, S., ve ark. (2016). *Omaha Sistemi Hemşirelikte Bilgi Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erdoğan, S., ve ark. (2016a). *Omaha Sistemi Hemşirelikte Bilgi Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erdoğan, S., ve ark. (2016b). Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği Puanlama Rehberi. In *Omaha Sistemi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erdoğan, S.ve Esin, M. N. (2004). Omaha Sistemi'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Kullanılması. *Istanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 13(52), 11-22.

Exercise & Sports Science Australia. (2012). Exercise is Medicine Australia. . Retrieved from <http://exerciseismedicine.com.au/>

Finch, C., ve ark. (2001). Current Injury or Disability As A Barrier to Being More Physically Active. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 33 (5), 778-782.

Fleury, J.veLee, S. M. (2006). The Social Ecological Model and Physical Activity in African American Women. *American Journal of Community Psychology*., 37(1-2), 129-140. doi:10.1007/s10464-005-9002-7

Glanz, K., ve ark. (2008). *HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION: Theory, Research, and Practice* (4th ed.). California: Jossey-Bass.

Gökler, I. (2008). *Sistem Yaklaşımı Ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar Ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması*. (Doktora Tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü), Ankara Üniversitesi Ankara.

Google Haritalar. (2018). Retrieved from <https://www.google.com.tr/maps/@41.0225535,29.0139816,17z>

Granner, M. L.veMburia-Mwalili, A. (2010). Correlates of television viewing among African American and Caucasian women. *Women & Health*, 50(8), 783-794.

Grothe, K. B., ve ark. (2013). Sedentary behavior and food cravings in diverse overweight women: a pilot study. *Women & health*, 53(4), 405-418.

Guthold, R., ve ark. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)

Hainsworth, T. (2006). Health Promotion Screening and The Life Check Proposals. *Nursing Times*, 102(08), 21.

Hallal, P. C., ve ark. (2003). Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(11), 1894-1900.

Hardiker, N. R., ve ark. (2000). Standards for nursing terminology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(6), 523-528.

Huberty, J., ve ark. (2012). The role of schools in children's physical activity participation: staff perceptions. *Health Education Research*, 27(6), 986-995. doi:10.1093/her/cys071

Humpel, N., ve ark. (2002). Environmental Factors Associated With Adults' Participation In Physical Activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 188-199. doi:doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00426-3

IPAQ Research Committee. (2005). Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Retrieved from <https://sites.google.com/site/theipaq/home>

Ishii, K., ve ark. (2013). Sociodemographic and anthropometric factors associated with screen-based sedentary behavior among Japanese adults: a population-based cross-sectional study. *Journal of epidemiology*, 23(5), 382-388.

İşin, V. ve Özcab, F. (2018). Kırsal kesimdeki bir aile sağlığı merkezine başvuran erişkinlerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. *Ortadoğu Medical Journal*, 10 (3): 322-330. Doi: 10.21601/ortadogutipdergisi.430572.

Kerse, N., ve ark. (2010). Home-Based Activity Program for Older People With Depressive Symptoms: DeLLITE—A Randomized Controlled Trial. *Annals Of Family Medicine*, 8(3), 214-223. doi:10.1370/afm.1093.

Martin, K. S. (2005). *The Omaha System: a key to practice, documentation and information management system*. Omaha, NE: Health Connections Press.

McLeroy, K. R., ve ark. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.

O'Donoghue, G., ve ark. (2016). A Systematic Review of Correlates of Sedentary Behaviour in Adults Aged 18–65 Years: A Socio-Ecological Approach. *BMC Public Health*, 16(163). doi:10.1186/s12889-016-2841-3

Olsen, J. M. (2013). An Integrative Review of Literature on the Determinants of Physical Activity Among Rural Women. *Public Health Nursing*, 30(4), 288-311. doi: 10.1111/phn.12023

Olsen, J. M. (2015). *Using Omaha System Documentation to Understand Physical Activity Among Rural Women*. (Doctor of Philosophy), University of Wisconsin Milwaukee.,

Olsen, J. M. (2015). *Using Omaha System Documentation to Understand Physical Activity*. University of Wisconsin-Milwaukee,

Olsen, J. M., ve ark. (2017). Interpretation of Ecological Theory for Physical Activity with the Omaha System. *Public Health Nursing*, 34(1), 59-68. doi:10.1111/phn.12277

Olsen, J. M., ve ark. (2017). Relationships between public health nurse-delivered physical activity interventions and client physical activity behavior. *Applied Nursing Research*, 40(2018), 13-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.005>

Olsen, J. M., ve ark. (2017). Using Omaha System Documentation to Understand Physical Activity among Rural Women. *Public Health Nursing*, 34(1), 31-41. doi: 10.1111/phn.12264

Olsen, J. M., ve ark. (2017). Using Omaha System Documentation to Understand Physical Activity among Rural Women. *Public Health Nursing*, 34(1), 31-41. doi: 10.1111/phn.12264

Öztürk, M. (2005). *Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

Proper, K., ve ark. (2007). Sitting time and socio-economic differences in overweight and obesity. *International journal of obesity*, 31(1), 169.

Rhodes, R. E., ve ark. (2012). Adult Sedentary Behavior A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), e3–e28. doi:10.1016/j.amepre.2011.10.020

Rutherford, M. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). doi:10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05

Saba, V.K. ve Taylor, S.L. (2007). Moving Past Theory: Use of a Standardized, Coded Nursing Terminology to Enhance Nursing Visibility. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 25(6), 324-331. doi:10.1097/01.NCN.0000299654.13777.9f

Saelens, B. E., ve ark. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: Findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(2), 80-91. doi:10.1207/S15324796ABM2502\_03

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, ve ark. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Retrieved from Ankara:

Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği. (2013a). Fiziksel Aktivite Liderlik Programı. Retrieved from <http://saglikliturkiye.org/proje/fiziksel-aktivite-liderlik-programi/>

Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği. (2013b). Hareketli Hayatı Teşvik Projesi. Retrieved from <http://saglikliturkiye.org/proje/hareketli-hayati-tesvik-projesi/>

Sallis, J. F., ve ark. (2006). An Ecological Approach to Creating Active Living Communities. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 297-322. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100

Sallis, J. F., ve ark. (2008). Ecological Models Of Health Behavior. In K. GLANZ, B. K. RIMER, & K. VISWANATH (Eds.), *Health Behavior And Health Education: Theory, research, and practice* (Fourth ed.). California: Jossey-Bass.

Sanderson, B., ve ark. (2002). Environmental, Policy and Cultural Factors Related to Physical Activity Among Rural, African American Women. In A. A. Eyster (Ed.), *Environmental, Policy and Cultural Factors Related to Physical Activity in a*

*Diverse Sample of Women: The Women's Cardiovascular Health Network Project* (Vol. 36). New York: the Haworth Medical Press.

Secginli, S., ve ark. (2016). A Systematic Review of Omaha System Literature in Turkey. *Nursing Informatics* 21, 163–170. doi:10.3233/978-1-61499-658-3-633

Seçginli, S., ve ark. (2016). Student Documentation of Community Strengths Using Omaha System Terminology. *Nursing Informatics*, 225, 635-636. doi:10.3233/978-1-61499-658-3-635

Seefeldt, V. ve ark. (2002). Factors Affecting Levels of Physical Activity in Adults. *Sports Medicine*, 32(3), 143-168.

Stamatakis, E. ve ark. (2009). Television viewing and other screen-based entertainment in relation to multiple socioeconomic status indicators and area deprivation: The Scottish Health Survey 2003. *Journal of Epidemiology & Community Health*, jech. 2008.085902.

Stamatakis, E. ve ark. (2014). Associations between socio-economic position and sedentary behaviour in a large population sample of Australian middle and older-aged adults: The Social, Economic, and Environmental Factor (SEEF) Study. *Preventive medicine*, 63, 72-80.

Storgaard, R. L. ve ark. (2013). Association between neighbourhood green space and sedentary leisure time in a Danish population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 846-852. doi:10.1177/1403494813499459

Sugiyama, T., ve ark. (2007). Neighborhood walkability and TV viewing time among Australian adults. *American journal of preventive medicine*, 33(6), 444-449.

Sundquist, K., ve ark. (2005). The long-term effect of physical activity on incidence of coronary heart disease: a 12-year follow-up study. *Preventive Medicine*, 41, 219–225.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Fiziksel Aktivite Nedir? Retrieved from <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-nedir.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2010). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. (909). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı*.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. (940). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014a). Sağlıklı Kilo Kontrolünde Pedometre (Adımsayar) Kullanım Kuralları. . Retrieved from [http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Grler/Gorusler/pedometre\\_kullanm\\_kurallar.pdf](http://ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Grler/Gorusler/pedometre_kullanm_kurallar.pdf)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014b). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. (940). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2015). *Fiziksel Aktivite Çalıştayı*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2018a). Fiziksel Aktivite. Retrieved from <https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/5-fiziksel-aktivite.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2018b). Sağlıklı Hayat Merkezi(SHM). Retrieved from <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Retrieved from <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. (27910). Başbakanlık Mevzuatı Genel Müdürlüğü. Retrieved from <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. (28539). Retrieved from <https://www.saglik.gov.tr/TR,10516/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>.

TC Sağlık Bakanlığı. (2015). Fiziksel Aktiviteyi Teşvik Projesi 2015-2018 Bisiklet Desteği Basın Açıklaması. Retrieved from <http://www.saglik.gov.tr/TR,3456/fiziksel-aktiviteyi--tesvik-projesi-2015-2018-bisiklet-destegi-basin-aciklamasi-12062015.html>

The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. (2014). Core Competencies for Public Health Professionals. Retrieved from [phf.org/corecompetencies](http://phf.org/corecompetencies)

the Office of the National Coordinator for Health Information Technology. (2017). *Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis*. Retrieved from <https://www.ania.org/article/standard-nursing-terminologies-report>

Tremblay, M. S., ve ark. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(75). doi:10.1186/s12966-017-0525-8

Trost, S. G., ve ark. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(12), 1996-2001.

Trust for America's HealthveRobert Wood Johnson Foundation. (2018). Physical Inactivity in the United States. Retrieved from <https://stateofobesity.org/physical-inactivity/>

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Retrieved from <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/mets-activity-table/>



Van Dyck, D., ve ark. (2011). Socio-demographic, psychosocial and home-environmental attributes associated with adults' domestic screen time. *BMC Public Health*, 11(1), 668.

Van Dyck, D., ve ark. (2012). Associations between perceived neighborhood environmental attributes and adults' sedentary behavior: findings from the USA, Australia and Belgium. *Social science & medicine*, 74(9), 1375-1384.

Van Uffelen, J. G., ve ark. (2012). Correlates of sitting time in working age Australian women: who should be targeted with interventions to decrease sitting time? *Journal of Physical Activity and Health*, 9(2), 270-287.

Walcott-McQuigg, J. A., ve ark. (2001). An Ecological Approach to Physical Activity in African American Women. *Medscape Womens Health*, 6(6), 3.

Warren, B. S., ve ark. (2010). Small steps are easier together: A goal-based ecological intervention to increase walking by women in rural worksites. *Preventive Medicine*, 50(2010), 230–234. doi:10.1016/j.ypmed.2010.02.006

WHO Regional Office for Europe. (2018). Body mass index - BMI. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Xie, Y. J., ve ark. (2014). Television viewing time in Hong Kong adult population: associations with body mass index and obesity. *PLoS One*, 9(1), e85440.

## FORMLAR

### EK-1: Çalışmaya Alınma Kriterleri Formu

1. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  
 Var.....  Yok
2. Sağlık güvenceniz var mı?  
 Evet  Hayır
3. Yaşınız: .....  
 18 yaş altı  18 yaş ve üzeri
4. Eğitim düzeyiniz nedir?  
 Okuryazar değil  
 Okuryazar/ İlköğretim mezunu  
 Ortaokul/ Lise mezunu  
 Üniversite ve üstü mezunu
5. Düzenli fiziksel aktivite yapma davranışınız nedir?

Düzenli fiziksel aktivite yapma (haftada 150 dk, 5 gün 30 dakikalık, hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek vb. orta şiddette egzersiz) konusunda				
Yapmaz	Nadiren yapar	Tutarsızdır	Genellikle yapar	Sürekli yapar
1	2	3	4	5

## EK-2: Görüşme Formu

Form No:

İsim-Soyisim:

1. Yaşınız: .....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
  - Okuryazar/ İlköğretim mezunu
  - Ortaokul/ Lise mezunu
  - Üniversite ve üstü mezunu
3. Cinsiyet:
  - Kadın
  - Erkek
4. Medeni Durum:
  - Evli
  - Bekar
5. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
  - Yalnız
  - Eş ve çocuklar
  - Anne-Baba-Kardeş
  - Arkadaşlar
  - Diğer
6. Yaşamınızın son dönemlerini (2/3'lük kısmını) nerede geçirdiniz?
  - Kırsal yerleşim yeri
  - Kentsel yerleşim yeri
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  - Evet
  - Hayır
8. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
  - Düşük
  - Orta
  - Yüksek
9. Düzenli ilaç kullanır mısınız?
  - Evet
  - Hayır
10. Sigara kullanır mısınız?
  - Evet
  - Hayır
11. Alkol kullanır mısınız?
  - Evet
  - Hayır
12. Herhangi bir hekim/sağlık çalışanından fiziksel aktivite yapmanız konusunda öneri aldınız mı?
  - Evet
  - Hayır
13. Daha çok hangi mevsimde fiziksel aktivite yapmak istersiniz?
  - İlkbahar-Yaz
  - Sonbahar-Kış
  - Hiçbiri
14. Boy:..... Kilo:..... BKİ:.....  BKİ ≥ 25  BKİ < 25

### EK-3: Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi

#### ÇEVRESEL ALAN

**01. GELİR** (Yaşamın sürdürülmesi ve sağlık harcamaları için gerekli olan gelir, para)

##### Aktüel Belirti/Bulgular

01. Gelirin düşük olması / hiç olmaması
02. Sağlık güvencesinin olmaması
03. Para yönetiminde güçlük
04. Sadece temel gereksinimlerini satın alabilme
05. Gereksinimlerini satın almada güçlük
06. Diğer

**02. SANİTASYON** (İnfeksiyonlara ve hastalıklara karşı önlemler ve çevre temizliği)

##### Aktüel Belirti/Bulgular

01. Yaşanılan alanının kirliliği
02. Besinlerin saklanması ve atılmasında yetersizlik
03. Böcek / kemiricilerin olması
04. Kötü kokular
05. Temiz su sağlamada yetersizlik
06. Kanalizasyon sisteminde yetersizlik
07. Çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması
08. Alerjenler
09. İnfeksiyon- kontaminasyon etkenleri
10. Küf
11. Evde hayvan sayısının fazla olması
12. Diğer

**03. KONUT** (Yaşam alanı)

##### Aktüel Belirti/Bulgular

01. Yapısal olarak sağlam olmaması
02. Isıtma/soğutma sisteminin yetersiz olması
03. Dik / güvenli olmayan merdivenler
04. Bina giriş çıkışlarının dar /yetersiz olması
05. Yaşanılan alanın dağınık olması
06. Tehlikeli madde ve araçların güvenli bir şekilde saklanmaması
07. Halı/ paspasların güvenli bir şekilde serilmemesi
08. Güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması
09. Kurşun bızlı boya kullanımı
10. Güvenli olmayan ev eşyaları / aletleri
11. Yaşam alanının kalabalık / yetersiz olması
12. Elektrik kablolarının vb. gereçlerin açıkta ve korunmasız olması
13. Yapısal engeller
14. Yaşanılacak bir evin olmaması
15. Diğer

**04. YAŞANILAN MAHALLE / İŞ YERİ GÜVENLİĞİ** (İş yerinde ya da toplumda hastalık, yaralanma ve kayıpların olmaması)

##### Aktüel Belirti/Bulgular

01. Suç oranının yüksek olması
02. Kirlilik düzeyinin yüksek olması
03. Kontrol edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar
04. Oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması / güvenli olmaması
05. Sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların ve alanların yetersiz olması
06. Şiddet ihbarları /tehditler
07. Fiziksel tehlikeler
08. Araç/ trafik tehlikeleri
09. Kimyasal tehlikeler

10. Radyasyon tehlikesi

11. Diğer

**PSİKOSOSYAL ALAN**

**05. TOPLUM KAYNAKLARI İLE İLETİŞİM** (Birey/aile/ toplum ile sosyal hizmet kurumları, okullar ve işletmeler arasındaki hizmetler, bilgi ve malzemelere ilişkin etkileşim)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Hizmetlerden yararlanma seçeneklerini / süreçlerini bilmeme

02. Hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme

03. Hizmet sunanlarla iletişim kuramama

04. Hizmetlerden memnun olmama

05. Kaynakların olmaması/ yetersiz olması

06. Dil engeli

07. Kültürel engeller

08. Eğitimsel engeller

09. Ulaşım engelleri

10. Bakım/ hizmet / malzemeye ulaşmada yetersizlik

11. İletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılamaması

12. Diğer

**06. SOSYAL ETKİLEŞİM** (Birey, aile / toplum ile yaşam alanı dışındaki diğerleri arasındaki etkileşim)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Sosyal etkileşimde yetersizlik

02. Sağlık çalışanlarını sosyal etkileşim için kullanma

03. Dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması

04. Diğer

**07. ROL DEĞİŞİMİ** (Beklenen davranış özelliklerine yeni rollerin eklenmesi ya da rol kaybı)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. İstenmeyen rol değişimi

02. Yeni role uyumsuzluk

03. Rol kaybı

04. Diğer

**08. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER** (Birey, aile ve toplum ile diğerleri arasındaki bağlar ve ilişkiler)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. İlişki kurma/ sürdürmede güçlük

02. Paylaşılan aktivitelerin az olması

03. Değerler/ amaçlar/ beklentiler / zamanlamada uyumsuzluk

04. Kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik

05. Uzun süren, düzelmeyen gerginlik

06. Gereksiz şüphe/ manipülasyon –yönlendirme / kontrol

07. Eşe/ partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma

08. Çatışmaya girmeden problem çözememe

09. Diğer

**09. MANEVİYAT** (Din, inanç, değerler ve maneviyatı içeren uygulamalar ve inanışlar)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Maneviyat ile ilgili endişelerini ifade etme

02. Maneviyat ile ilgili ritüellerin/ uygulamaların kesintiye uğraması

03. Maneviyat ile ilgili güven kaybı

04. Tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması

05. Diğer

**10. YAS** (Kayıp ile ilgili hüznü/ıstırap)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Yas aşamalarını / iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe

02. Yas tepkileri ile baş etmede güçlük

- 03. Yas tepkilerini ifade etmede güçlük
- 04. Bireylerin / ailelerin yas aşamalarında uyumsuzluğu
- 05. Diğer

**11. RUH SAĞLIĞI** (Yaşam olaylarına uyum sağlamak, diğer bireyler ile iletişim kurmak, aktivitelerini sürdürmek için ruhsal/ duygusal yeteneklerini kullanmak ve geliştirmek)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01. Hüzün /umutsuzluk / benlik saygısında azalma
- 02. Endişe / tanımlanmamış korkular
- 03. Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı
- 04. Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık
- 05. Duygularda küntleşme
- 06. Huzursuz/ ajite/ saldırgan
- 07. Kompulsif davranış
- 08. Stres yönetiminde güçlük
- 09. Öfke yönetiminde güçlük
- 10. Somatik yakınmalar /yorgunluk
- 11. Sanrı (delüzyon)
- 12. Yanılsama (halüsinasyon/illüzyon)
- 13. İntihar / başkasını öldürme düşüncesini ifade etme
- 14. İntihar / başkasını öldürme girişimi
- 15. Kendi kendini kesme/ yaralama
- 16. Duygu durumunda dalgalanma
- 17. Geçmişe ait travmatik görüntülere dönmek (flash-backs)
- 18. Diğer

**12. CİNSELLİK** (Cinsel aktivite ve mahremiyet ile ilişkili tutumlar, duygular ve davranışlar)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01. Cinsel davranışların sonuçlarını bilmeme
- 02. Mahremiyetini /özelini ifade etmede güçlük
- 03. Cinsel kimlik karmaşası
- 04. Cinsel değerlerde karmaşa
- 05. Cinsel ilişkilerinde doyumsuzluk
- 06. Güvenli olmayan cinsel davranışlar
- 07. Cinsel dışa vurum/ kışkırtıcı davranışlar/ taciz
- 08. Cinsel suç / cinsel saldırı
- 09. Diğer

**13. BAKIM VERME / EBEVEYNLİK** (Bağımlı yetişkin veya çocuk için fiziksel bakım, destek ve uyarıların sağlanması)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01. Fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük
- 02. Duygusal bakım vermede güçlük
- 03. Bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük
- 04. Koruyucu ve terapötik bakım sağlamada güçlük
- 05. Büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler
- 06. Sorumluluk almada zorlanma / memnuniyetsizlik
- 07. Sözlü /sözsüz iletişime cevap vermeme ya da anlamada güçlük
- 08. İhmalkâr / umursamaz
- 09. Kötü davranma
- 10. Diğer

**14. İHMAL** (Çocuk veya erişkinin, temel düzeyde beslenme, giyinme, barınma ve bakım gereksinimlerinden mahrum bırakılması)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01. Fiziksel bakım eksikliği
- 02. Duygusal bakım /destek eksikliği
- 03. Uygun uyaran /bilişsel deneyim eksikliği

- 04. Uygun olmayan şekilde yalnız bırakılma
- 05. Gerekli denetimin / gözetimin eksikliği
- 06. Yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım
- 07. Diğer

15. **İSTİSMAR** (Çocuk veya erişkinin kazasal olmayan nedenlerle fiziksel, duygusal veya cinsel şiddete maruz kalması, yaralanması)

**Aktüel Belirti/Bulgular**

- 01. Sert / aşırı disiplin
- 02. İzler / morartı / yanıklar/ diğer yaralar
- 03. Yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar
- 04. Sözlü saldırıya uğrama
- 05. Korkak / ürkek davranışlar
- 06. Şiddet içeren çevre
- 07. Sürekli olumsuz eleştiri / mesajlar
- 08. Cinsel saldırıya uğrama
- 09. Diğer

16. **BÜYÜME VE GELİŞME** (Doğumdan ölüme kadar yaşam boyunca süren fiziksel, duygusal ve sosyal olgunlaşma)

**Aktüel Belirti/Bulgular**

- 01. Gelişimsel tarama test sonuçlarının normal olmaması
- 02. Tartı - boy, baş çevresi değerlerinin yaş/ büyüme standardına uygun olmaması
- 03. Yaşa uygun olmayan davranışlar
- 04. Gelişimine uygun görevlerini başarmada / sürdürmede yetersizlik
- 05. Diğer

**FİZYOLOJİK ALAN**

17. **İŞİTME** (Seslerin kulak yoluyla algılanması)

**Aktüel Belirti/Bulgular**

- 01. Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük
- 02. Kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük
- 03. Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük
- 04. Sese anormal yanıt / yanıtızsızlık
- 05. İşitme tarama testi sonuçlarının normal olmaması
- 06. Diğer

18. **GÖRME** (Görme yeteneği)

**Aktüel Belirti/Bulgular**

- 01. Küçük karakterli yazıları görmede güçlük
- 02. Uzaktaki cisimleri görmede güçlük
- 03. Yakındaki cisimleri görmede güçlük
- 04. Görsel uyaranlara anormal yanıt / yanıtızsızlık
- 05. Görme tarama testi sonuçlarının normal olmaması
- 06. Şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık görme
- 07. Uçuşan nesnelere / ışık görme
- 08. Renkleri ayırt etmede güçlük
- 09. Diğer

19. **KONUŞMA VE DİL** (İletişim için jestlerin, işaretlerin, sembollerin ya da konuşma seslerinin kullanılması)

**Aktüel Belirti/Bulgular**

- 01. Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinin normal olmaması / konuşamama
- 02. Anlama yeteneğinde normal olmaması / anlayamama
- 03. Alternatif iletişim becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması
- 04. Uygun olmayan cümle yapıları ile konuşma
- 05. Telaffuzda yetersizlik / anlaşılır olmama
- 06. Uygun olmayan kelime kullanımı
- 07. Diğer

**20. AĞIZ SAĞLIĞI (Ağız ve dişlerinin durumu, dişlerin düzeni, tipi, sayısı)**

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar
02. Çürükler
03. Aşırı tartar / diş taşı
04. Yaralı / şiş / kanayan dişeti
05. Dişlerde kapanma bozukluğu
06. İyi oturmayan / eksik takma dişler
07. Sıcak ya da soğuğa hassasiyet
08. Diğer

**21. BİLİŞSEL DURUM (Düşünme ve bilgiyi kullanabilme yeteneği)**

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Muhakeme yeteneğinde azalma
02. Zaman/ kişi /yer oryantasyonunda bozulma
03. Yakın zamandaki olayları hatırlamada yetersizlik
04. Uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada yetersizlik
05. Hesaplama ve sayı sayma becerilerinde yetersizlik
06. Konsantrasyonda yetersizlik
07. Mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık
08. Kontrolsüz hareket
09. Tekrarlayan konuşmalar /davranışlar
10. Bilinçsiz / amaçsız olarak dolaşmak /kaybolmak
11. Diğer
22. **AGRI** (Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duyuşsal deneyim)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Rahatsızlık/ağrı ifade etme
02. Ağrıya bağlı nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme
03. Ağrıyan bölgeyi sakınan/ koruyan hareketler
04. Yerinde duramama
05. Yüzünü buruşturma
06. Soluk görünüm / terleme
07. Diğer

**23. BİLİNÇ (Çevrenin ve uyarıların farkında olma, yanıt verme)**

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Dalgın (letarji)
02. Uykulu (stupor)
03. Uyarılara cevap vermeme
04. Koma hali
05. Diğer

**24. DERİ (Vücutun doğal örtüsü)**

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Lezyon / bası yarası
02. Döküntü
03. Aşırı kuru
04. Aşırı yağlı
05. Enflamasyon
06. Kaşıntı
07. Akıntı
08. Çürük- ezik
09. Tırnakların aşırı büyümesi / hipertrofisi
10. Yara iyileşmesinde gecikme
11. Diğer



**25. SİNİR-KAS- İSKELET FONKSİYONU** (Sinirlerin, kasların ve kemiklerin özel hareketleri gerçekleştirmesi ve duyuları koordine etmesi)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Eklem hareket açıklığında (rom) sinirlilik
02. Kas gücünde azalma
03. Koordinasyonda azalma
04. Kas tonüsünde azalma
05. Kas tonüsünde artma
06. Duyuda azalma
07. Duyuda artma
08. Dengede bozukluk
09. Yürüme / hareket etme güçlüğü
10. Taşınma/transfer güçlüğü
11. Kırıklar
12. Titremeler /nöbetler
13. Vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk
14. diğer

**26. SOLUNUM** (Nefes alıp verme yolu ile vücuttaki oksijen değişimi)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Normal olmayan solunum tipleri
02. Bağımsız olarak nefes alamama
03. Öksürme
04. Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama
05. Siyanoz
06. Anormal balgam
07. Sesli solunum
08. Burun akıntısı /nazal konjesyon
09. Normal olmayan solunum sesleri
10. Solunum ile ilgili normal olmayan laboratuvar sonuçları
11. Diğer

**27. DOLAŞIM** (Vücuda yeterli miktarda ve basınçta kan pompalanması)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Ödem
02. Ekstremitelerde ağrı/ kramp
03. Nabız sayısında azalma
04. Deride renk değişikliği / siyanoz
05. Etkilenmiş bölgede ısı değişikliği
06. Varis
07. Senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi
08. Kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması
09. Eksik nabız (pulse deficit)
10. Kalp ritminde düzensizlik
11. Kalp hızında aşırı artış
12. Kalp hızında aşırı azalma
13. Göğüs ağrısı
14. Anormal kalp sesleri / üfürümler
15. Pıhtılaşma bozukluğu
16. Kardiyak test sonuçlarının normal olmaması
17. Diğer

**28. SİNDİRİM-HİDRASYON** (Besinlerin hazmedilmesi ve emilebilir hale getirilmesi için dönüştürme süreci ve sıvı dengesinin sürdürülmesi)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Bulantı /kusma
02. Çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü

03.Hazımsızlık

04.Reflü

05.İştahsızlık

06.Anemi

07.Assit

08. Sarılık/ karaciğer büyümesi

09. Deri turgorunun azalması

10.Dudak çatlaması/ ağız kuruluğu

11.Elektrolit dengesizliği

12.Diğer

**29. BAĞIRSAK FONKSİYONU** (Atıkların uzaklaştırılması için besinlerin sindirim sistemi boyunca taşınması)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01.Dışkı kıvamı / sıklığının normal olmaması

02.Ağrılı defekasyon

03.Bağırsak seslerinde azalma

04.Dışkıda kan

05.Dışkıda renk değişikliği

06.Kramp / karın bölgesinde rahatsızlık

07.Fekal inkontinans

08.Diğer

**30. ÜRİNER FONKSİYON** (İdrar üretimi ve boşaltımı)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01.İdrar yaparken yanma / ağrı

02.İdrar kaçırma

03. Sıkışma hissi/sık idrara gitme

04.İdrar yapmada güçlük

05.Mesaneyi boşaltmada güçlük

06. İdrar miktarının normal olmaması

07. Hematüri / renk değişikliği

08.Noktüri

09. Üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması

10. Diğer

**31. ÜREME FONKSİYONU** (Genital organlar ve memelerin durumu ve üreme yeteneği)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01.Anormal akıntı

02. Menstruasyon düzeninde/ döngüsünde bozulma

03.Menopoz / andropozu yönetmede güçlük

04.Üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet

05.Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı

06.Infertilite

07.Impotans

08.Diğer

**32. GEBELİK** (Döllenmeden bebeğin doğumuna kadar geçen dönem)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

01.Doğmamış bebeği kabullenmede güçlük

02. Vücut değişikliklerine uyum sağlamada güçlük

03. Doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ diyet ve davranışlar ile ilgili yetersizlik

04.Doğum eyleminden korkma

05.Prenatal komplikasyonlar / erken doğum

06. Yetersiz sosyal destek

07.Diğer

**33. POSTPARTUM** (Doğumu izleyen altı haftalık dönem)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01.Emzirmede güçlük
- 02.Doğum sonu değişiklikler ile başetmede güçlük
- 03.Doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik
- 04.Anormal kanama / vajinal akıntı
- 05.Doğum sonu komplikasyonlar
- 06.Depresif duygular
- 07.Diğer

**34. BULAŞICI / İNFEKSİYON DURUMU** (Organizmaların istila / yayılma potansiyeline sahip yüzeyel ya da sistemik hastalık oluşturması durumu)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01.İnfeksiyon
- 02. Enfestasyon
- 03.Ateş
- 04.Biyolojik tehlikeler
- 05.Pozitif tarama / kültür/ laboratuvar sonuçları
- 06. Bulaşmayı önlemek için araç-gereç /malzeme/ politikaların yetersiz olması
- 07.İnfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmaması
- 08. Yetersiz bağışıklık
- 09. Diğer

**SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI**

**35. BESLENME** (Sağlık, büyümenin sürdürülmesi ve faaliyetler için sıvıların ve besinlerin seçilmesi, tüketilmesi ve kullanılması)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01.Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. persentil ve üzerinde olması)
- 02. Düşük kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 18,5 ve altında, çocuklarda 5. persentil ve altında olması)
- 03. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması
- 04. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması
- 05. Dengesiz beslenme
- 06.Yaşa uygun olmayan beslenme programı
- 07. Önerilen beslenme programını sürdürmememe
- 08. Açıklanamayan / sürekli kilo kaybı
- 09. Besin alma/ hazırlamada yetersizlik
- 10.Hipoglisemi
- 11. Hiperglisemi
- 12. diğer

**36. UYKU VE DİNLENME DÜZENİ** (Motor ve duyu aktivitelerine ara verme ve hareketsizlik dönemi, dinlenme ya da mental sakinlik, durgunluk dönemi)

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01.Uyku ve dinlenme düzeninin aile üyelerini rahatsız etmesi
- 02.Gece sık sık uyanma
- 03. Uyurgezerlik
- 04.Uykusuzluk
- 05.Kâbus görme
- 06.Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme
- 07. Uyku apnesi
- 08. Horlama
- 09. Diğer

**37. FİZİKSEL AKTİVİTE** (Günlük yaşamda vücut hareketlerinin durumu ve kalitesi).

**Aktüel Belirti /Bulgular**

- 01.Sedanter yaşam biçimi
- 02.Yetersiz / düzensiz egzersiz
- 03. Yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı
- 04.Diğer

### **38. KİŞİSEL BAKIM** (Kişisel temizlik ve giyinmenin yönetimi)

#### **Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Giysilerin temizliğinde / yıkanmasında yetersizlik
02. Banyo yapmada yetersizlik
03. Boşaltım ile ilgili temizlik aktivitelerinde yetersizlik
04. Alt vücut giyiminde güçlük
05. Üst vücut giyiminde güçlük
06. Kötü vücut kokusu
07. Saçları yıkama/ taramada yetersizlik
08. Ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük
09. Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama
10. Diğer

### **39. MADDE KULLANIMI** (Hastalığa, fiziksel ya da psikolojik bağımlılığa ve/ veya duygu durum değişikliğine neden olabilecek ilaçlar, uyuşturucu maddeler ve diğer maddelerin kullanımı)

#### **Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı
02. Uyarıcı / uyuşturucu/ sokakta satılan maddelerin kullanımı
03. Alkolün kötüye kullanımı
04. Sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı
05. Günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma
06. Reflekslerde bozulma
07. Davranış değişikliği
08. Sigara- puro dumanına maruz kalma
09. Yasal olmayan maddeleri satma/ satın alma
10. Diğer

### **40. AİLE PLANLAMASI** (İnançlar, değerler, tutumlar bağlamında gebelikler arasındaki süreyi planlamak için yapılan uygulamalar)

#### **Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi
02. Gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi
03. Düzensiz/ etkisi sınırlı bir yöntem kullanma
04. Kullandığı yöntemden memnun olmama
05. Aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma
06. Aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük
07. Diğer

### **41. SAĞLIK BAKIM DENETİMİ** (Sağlık bakım profesyonelleri tarafından planlanan tedavi ve sağlık bakımının yönetimi)

#### **Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama
02. Tedavi / değerlendirme gerektiren semptomlar için bakım almama
03. Önerilen sağlık randevularına gitmeme
04. Birden fazla randevuyu/ tedavi planını koordine edememe
05. Sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması
06. Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması
07. Tedavi planının yetersiz olması
08. Diğer

### **42. İLAÇ REJİMİ:** (Reçete edilen/önerilen ve reçetesiz alınan ilaçların ve infüzyonların uygun zaman, terapötik etki ve güvenlik ilkeleri çerçevesinde kullanımı ya da uygulanması)

#### **Aktüel Belirti /Bulgular**

01. Önerilen doz/ tedavi programına uymama
02. Yan etki /istenmeyen tepkilerin olması
03. İlaç sağlayan sistemin yetersiz olması
04. İlaçların uygun olmayan şekilde saklanması

- 05. Yedek ilaçların tekrar yerine konmasında yetersizlik
- 06. Bağışıklamanın sağlanmasında yetersizlik
- 07. İlaç rejiminin uygun olmaması
- 08. Yardımsız ilaç uygulayamama/ alamama
- 09. Diğer



### EK-4: Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği

(Aşağıdaki soruları cevaplarken 2 şık arasında kalınması durumunda küçük değer işaretlenmelidir)

Davranış:

6. Düzenli fiziksel aktivite yapma davranışınız nedir?

Düzenli fiziksel aktivite yapma (haftada 150 dk, 5 gün 30 dakikalık, hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek vb. orta şiddette egzersiz) konusunda				
Yapmaz	Nadiren yapar	Tutarsızdır	Genellikle yapar	Sürekli yapar
1	2	3	4	5

Durum:

7. Düzenli fiziksel aktivite yapmama probleminin belirti/bulgusu ne düzeydedir?

01. Sedanter yaşam biçimi (Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği değerlendirmesi) 02. Yetersiz düzensiz egzersiz (haftada 150 dk, 5 gün 30 dakikalık orta şiddette egzersiz) 03. Yaşa/fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/sıklığı 04. Diğer				
Çok ciddi B/B	Ciddi B/B	Orta düzeyde B/B	Çok az B/B	B/B yok
1	2	3	4	5

Bilgi:

8. Fiziksel aktivitenin sağlığınıza yararlarını biliyor musunuz?

Fiziksel aktiviteye neden katılması gerektiği konusunda				
Bilgisi hiç yok	Bilgisi çok az	Bilgisi temel düzeyde	Bilgisi yeterli düzeyde	Bilgisi üst düzeyde
1	2	3	4	5

PSL Değerlendirmesi

**Ek-5: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)**  
(Kısa Form)

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir.

Lütfen son 7 günde yaptığınız **şiddetli fiziksel aktiviteleri** düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.) Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

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

Haftada \_\_\_ gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? Günde \_\_\_ saat

Günde \_\_\_ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

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

Günde \_\_\_ saat

Günde \_\_\_ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

Haftada \_\_\_ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

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

Günde \_\_\_ saat

Günde \_\_\_ dakika

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

Bilmiyorum/Emin değilim.

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

Günde \_\_\_ saat

Günde \_\_\_ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim.



### Ek-6: Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın katılımcı,

“Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemi ile İncelenmesi” başlıklı bir araştırmada Aile Sağlığı Merkezi’nden hizmet alan bireylerde fiziksel aktivite probleminin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi planlanmıştır. Araştırmada size yönelik tedavi ve girişim uygulanmayacaktır. Araştırma ile ilgili önceden hazırlanmış sorular size yöneltilecek, bunlara en doğru cevap sizden beklenecektir. Araştırma sırasında karşılaşılabilecek herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırma sırasında sizin mahremiyetinize dikkat edilecek olup, kimliğiniz ile ilgili en az düzeyde bilgi istenecek, bu kayıtlar gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, istendiği anda katılımcı olmaktan vazgeçilebilecektir. Edilen verilerin, toplumda fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörlerin anlaşılmasına ve fiziksel aktivitenin artırılmasına ilişkin oluşturulacak programların planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma süresince aşağıda ismi ve iletişim bilgileri belirtilen kişiye 24 saat ulaşabilirsiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ndaki tüm açıklamaları okudum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma sırasında yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum, bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı/Soyadı: Şura KAYA

Telefonu: 05345528212

**Gönüllü**  
**araştırmacı**

Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

**Gönüllü ile görüşen**

Adı-Soyadı, unvanı:

İmza:

Tarih:

## EK-7: Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (IPAQ) Kullanım İzni

19.12.2018

İstanbul Medipol Üniversitesi Posta - Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği Kullanım İzni



Şura KAYA &lt;surakaya@medipol.edu.tr&gt;

### Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği Kullanım İzni

2 ileti

Şura KAYA <surakaya@medipol.edu.tr>  
 Alıcı: ptmeldaotzurtk@yahoo.com

19 Mart 2018 13:20

Sayın hocam,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Doç.Dr. Selda SEÇGİNLİ hocamla beraber "Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemine Göre İncelenmesi" adlı tez çalışmamı yapmaktayım. 2005 yılında geçerlik-güvenirliliğini çalıştığımız Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'ni (IPAQ) kullanmak üzere izninizi rica etmekteyim.

Saygılarımla.

melda ozturk <ptmeldaotzurtk@yahoo.com>  
 Alıcı: Şura KAYA <surakaya@medipol.edu.tr>

19 Mart 2018 13:25

Sayın Şura Kaya,

Doç. Dr. Selda Seçginli ile yapacağınız "Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemine Göre İncelenmesi" isimli çalışmanızda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkçe Versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilekelerimle

Doç. Dr. Melda Sağlam  
 Hacettepe Üniversitesi  
 Sağlık Bilimleri Fakültesi  
 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Melda Sağlam, PhD, PT

Hacettepe University  
 Faculty of Health Sciences,  
 Department of Physical Therapy and Rehabilitation  
 06100, Ankara  
 Turkey

Tel: +90-3123051576

Fax: +90-3123052012

[Alıntılanan metin gizlendi]

## EK-8: Omaha Sistemi Kullanım İzni



**T.C.**  
**Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi**  
 Halk Sağlığı Hemşireliği  
 Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : HSH-2018/3

Tarih: 25.06.2018

**Sayın Şura İŞÇİ,**  
 Medipol Üniversitesi  
 Sağlık Bilimleri Fakültesi  
 Hemşirelik Bölümü,

Anabilim Dalımız tarafından Türk diline uyarlanarak tescil ettirilen Omaha Sistemi kod ve kavramlarını içeren Formları tüm hakları (kopyalanamaz, değiştirilemez ve ticari amaçla kullanılamaz) saklı kalmak koşulu ile öğrenci eğitiminde ve bilimsel araştırmalarınızda kullanabilirsiniz. Sistemin öğretiminde "OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi" kitabı temel kaynak olarak önerilir.

Çalışmalarınızın sonuçları ile ilgili geri bildirim almaktan memnuniyet duyuyoruz. Başarı dileklerimizle.

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

### Omaha Sistem Formları

1. Problem Sınıflama Listesi
2. Girişim Şeması / Bakım Planı ve Problem Değerlendirme Ölçeği
3. Girişim Kategorileri ve Hedefler Listesi: OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi Kitabı sayfa: 45-46

## EK-9: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Protokolü

### PROTOKOL

<b>Çalışmayı yürütecek olan kişiler:</b>	Doç.Dr. Selda SEÇGİNLİ sorumluluğunda Arş. Gör. Şura KAYA
<b>Çalışmanın Türü</b>	Yüksek Lisans Tezi
<b>Çalışmanın adı:</b>	Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivenin Omaha Sistemi'nde ile İncelenmesi
<b>Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:</b>	Üsküdar TSM' ye bağlı ASM'ler
<b>Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı</b>	1 Kasım 2017-31 Mayıs 2018

**Madde 1.** Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Arş. Gör. Şura KAYA ( Biruni Üniversitesi ) arasında düzenlenmiştir.

**Madde 2.** Bu protokol İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

**Madde 3.** Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

**Madde 4.** Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

**Madde 5.** Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

**Madde 6.** Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasını durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

**Madde 7.** Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

**Madde 8.** Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere PDF formatında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Projeler Birimi'nin [hsm34.sosyalprojeler@saglik.gov.tr](mailto:hsm34.sosyalprojeler@saglik.gov.tr) mail adresine gönderilecektir.

**Araştırmacı  
Adı-Soyadı:**

Arş. Gör. Şura KAYA  
10.11.2017



**Dr. Muhammed ATAK  
İl Sağlık Müdür Yardımcısı**



**ÖLÜR**  
**Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU**  
**İl Sağlık Müdürü**



**ETİK KURUL KARARI****Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu**

19.09.2017

*Sayın:* Selda SEÇGİNLI

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda “Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemi ile İncelenmesi” isimli araştırmanın kurulumuzun 19/09/2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.



**Prof.Dr.Tülay İrez**  
Etik Kurul Başkanı

**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

Tarih:19.09.2017	Karar No: 2017/8-1
Toplantı Sayısı: 8	<b>Araştırmacı : Selda SEÇGİNLİ</b> Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda <i>“Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemi ile İncelenmesi”</i> isimli araştırmanın kurulumuzun 19/09/2017 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

**ÜYELER**

Adı Soyadı	Alanı	Bölüm	Katılım	İmza
Prof.Dr.Tülay İREZ	Temel Tıp Bilimleri	Histoloji ve Emriyobiyojji	Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik	Üye	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Temel Tıp Temel Tıbbi Bilimler	Tıbbi Biyokimya	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuğba CEYHUN DUMAN	Eğitim Fakültesi	Zihinsel Engelliler	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Belen ŞİRİNOĞLU ÇAPAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Pedodonti	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Selcan GÜNGÖR ÖZKERİM	Mühendislik Fakültesi	Biomedical Mühendisliği	Üye	KATILMAOI

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE FİZİKSEL AKTİVİTENİN OMAHA SİSTEMİ İLE İNCELENMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>10</b> BENZERLİK ENDEKSİ	% <b>8</b> İNTERNET KAYNAKLARI	% <b>3</b> YAYINLAR	% <b>6</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------------

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>2</b>	<b>halksagligiokulu.org</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>acikerisim.deu.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>www.journals.istanbul.edu.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>enucuzhemsireformasi.com</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Şura	<b>Soyadı</b>	KAYA
<b>Doğ.Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğum Tarihi</b>	-
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kim No</b>	-
<b>Email</b>	phnsurakaya@outlook.com	<b>Tel</b>	-

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>		
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Hüseyin Bürge Anadolu Lisesi	2011

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
<b>1.</b>	Araştırma Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2018-Devam
<b>2.</b>	Araştırma Görevlisi	Biruni Üniversitesi	2016-2018
<b>3.</b>	Evde Bakım Hemşiresi	Sum Sağlık Hizmetleri A.Ş.	2015-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		YÖKDİL-62

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	73		

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	Çok İyi
Endnote	İyi
SPSS	İyi

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Origami yapımı.