TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PANDEMİ SÜRECİNDE ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DOKTOR VE HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİ VE BU DÜZEYLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Yasin EROL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PANDEMİ SÜRECİNDE ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DOKTOR VE HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİ VE BU DÜZEYLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Yasin EROL

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2022

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Pandemi sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi doktor ve hemşirelerinin fiziksel aktivite düzeyleri ve bu düzeylerin yaşam kalitesine etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 06.05.2021 tarihinde, İ4-276-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Yasin EROL
Tarih: 22.02.2022
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 22-Şub-2022 08:52 +03
NUMARA: 1768143823
Kelime Sayısı: 22039
Gönderildi: 1

Pandemi sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fak... Yasin Erol tarafından

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik	
%20	Internet Sources:	%20
	Yayınlar:	%6
	Öğrenci Ödevleri:	%11

KABUL VE ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı: Yasin EROL	**Sınav tarihi:**
Anabilim/Bilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER	02 / 03/ 2022

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER		
Tezin Başlığı: Pandemi Sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktor ve Hemşirelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Bu Düzeylerin Yaşam Kalitesine Etkisi		
Tezin Niteliği: ☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☒ 1	☐ 2	☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☒ Kabulüne
☐ Reddine
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.

Jüri Başkanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Asistanlığımın ilk gününden itibaren beni destekleyen, tezimin her aşamasında da değerli bilgilerini ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen, değerli tez danışmanım, hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen Ceyhun Peker'e; akademik açıdan kendimi geliştirmemi sağlayan, yapıcı ve yol gösterici davranışlarıyla bana destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ungan'a ve Dr. Öğr. Üyesi A. Selda Tekiner'e,

İhtiyacım olan her konuda desteğini, yardımını, zamanını ve değerli bilgilerini esirgemeyen Uzm. Dr. Filiz Ak'a ve Uzm. Dr. Zehra Dağlı'ya;

Birlikte çalışmaktan ve büyük bir aile olmaktan gurur duyduğum bütün asistan arkadaşlarıma,

Sevgisi ve desteği ile her daim yanımda olan, tez yazma sürecinde de desteğini esirgemeyen sevgili eşim Büşra'ya, 2 ay önce doğan ve hayatıma mutluluk katan canım oğlum Demir'e, aileme ve bugünlere gelmemde emeği geçen herkese;

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yasin EROL

Ankara 2022

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul ve Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar viii
Şekiller Dizini x
Tablolar Dizini xi

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ VE AMAÇ 5
4. GENEL BİLGİLER 7
4.1. Pandeminin Tanımı 7
4.2. Koronavirüsler 7
4.2.1. Covid-19 Epidemiyolojisi 8
4.2.2. Bulaş Kaynağı 8
4.2.3. Duyarlı Kişi/Konakçı 9
4.2.4. Klinik Özellikler 9
4.3. Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları 9
4.4. Covid-19 Pandemisi Sürecinin Fiziksel Aktivite ve Egzersize Etkisi 12
4.5. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Tanımı 13
4.5.1. Fiziksel Aktivite Tipleri 13
4.5.2. Fiziksel Aktivite Şiddeti 15
4.6. Metabolik Eşdeğer İş (MET) 15
4.7. Fiziksel İnaktivite 16
4.7.1. Covid-19 ve Fiziksel İnaktivite 17
4.8. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Yararları 18
4.8.1. Bedensel Sağlık Üzerine Etkileri 18
4.8.2. Ruhsal Sağlık Üzerine Etkileri 18
4.9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Fiziksel Aktiviye 19
4.9.1. Davranışsal Risk Etmenleri 19

4.9.2. Metabolik/Fizyolojik Risk Etmenleri 21
4.10. Kılavuzlarda Fiziksel Aktivite Önerileri 25
4.11. Fiziksel İnaktivite ve Yaşam Kalitesine Etkisi 26
5. GEREÇ VE YÖNTEM 27
5.1. Araştırmanın Yeri 27
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
5.3. Araştırmanın Tipi 27
5.4. Araştırmanın Değişkenleri 27
5.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Formu 27
5.6. Verilerin Toplanması 28
5.7. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü 28
5.8. Verilerin Analizi 28
5.9. Etik Konular 29
5.10. Araştımanın Zaman Çizelgesi 29
5.11. Araştırmanın Bütçesi 29
6. BULGULAR 30
6.1. Sosyo-demografik Veriler 30
6.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Değerlendirilmesi 41
6.3. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 42
6.4. Sosyo-demografik Özelliklerin Bağımlı Değişkenler ile Karşılaştırılması 43
7. TARTIŞMA 69
7.1. Sosyo-demografik verilerin Uluslarası Fiziksel Aktivite Anketi ile İlişkisi 74
7.2. Covid-19 ile İlgili Sosyo-Demografik Soruların Değerlendirilmesi 77
7.3. Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi 79
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 81
9. KAYNAKLAR 85
10. EKLER 96
EK 1: Ankara Üniversitesi Etik Kurul Onayı 96
EK 2: Anket Formu 97
EK-3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 100
EK-4: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form) 103
EK 5: Anket Bilgilendirme Metni 105

SİMGELER VE KISALTMALAR

2019-nCoV	**:**	Novel coronaviruses 2019
AIDS	**:**	Acquired Immunedeficiency Syndrome
BOH	**:**	Bulaşıcı Olmayan Hastalık
COVID-19	**:**	Coronavirus Disease 2019
CREDIT	**:**	Chronic Renal Disease In Turkey
DALY	**:**	Disability-adjusted life year(s)
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
FA	**:**	Fiziksel Aktivite
HDL	**:**	High-density Lipoprotein
HEPA	**:**	Health Enhancing Physical Activity
HIV	**:**	Human Immunodeficiency Virus
KKE	**:**	Kişisel Koruyucu Ekipman
KOAH	**:**	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KV	**:**	Kardiyovasküler
LDL	**:**	Low-density Lipoprotein
MERS	**:**	Middle East Respiratory Syndrome
MET	**:**	Metabolik Equivalent Task
RNA	**:**	Ribonükleik Asit
RT-PCR	**:**	Real Time Polymerase Chain Reaction
SALTurk	**:**	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SARS-CoV	**:**	Severe Acute Respiratory Syndrome Associated Coronavirus
SD	**:**	Sedanter Davranış
SF-36	**:**	Short Form-36 Health Survey
STEP	**:**	Sürveyans için STEPwise Yaklaşımı
STEPwise	**:**	Dünya Sağlık Örgütü Kronik Hastalıkların Sürveyansı Yaklaşımı
TBSA	**:**	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEMD	**:**	Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
TNSA	**:**	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TURDEP : Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

UFAA : Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

VO_2 max : Maksimum Oksijen Tüketimi

WHO : World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık çalışanlarına Covid-19 bulaşmasında etkili faktörler 11
Şekil 2. Doktor ve Hemşirelerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı 38
Şekil 3. Pandemi Sürecinde Katılımcıların Fiziksel Aktivite Düzeyi Azalma Sebepleri 40

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yeryüzünde değişik zamanlarda görülen belli salgın ve pandemilerin özelliklerinin karşılaştırılması. 8
Tablo 2. Farklı aktivitelere karşılık gelen MET değerleri 16
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Verilerinin Dağılımı 32
Tablo 4. Katılımcıların Covid-19 pandemisi ile ilgili sorulara yanıtları 34
Tablo 5. Covid-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu 34
Tablo 6. Covid-19 Enfeksiyonu Geçirenlerde Fiziksel Aktivite Durumu 35
Tablo 7. Katılımcıların Covid-19 ile İlgili Bir ya da Birkaç Bölümde Çalışma Durumu 35
Tablo 8. Covid-19 ile İlgili Bir ya da Birkaç Bölümde Çalışmış Doktor ve Hemşirelerin Dağılımı 36
Tablo 9. Katılımcıların Gelir Durum Dağılımları 36
Tablo 10. Katılımcı Doktorların Ünvan ve Branşları 37
Tablo 11. Katılımcı Hemşirelerin Çalıştığı Bölümler 37
Tablo 12. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu 38
Tablo 13. Pandemi Sürecinde Katılımcıların Yaşam Kalite Düzeyi 39
Tablo 14. Pandemi Sürecinde Fiziksel Aktivite Düzey Değişikliği 39
Tablo 15. Meslekler ile Fiziksel Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki 41
Tablo 16. Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlarla çalışmayanlar arasındaki fiziksel aktivite ilişkisi 41
Tablo 17. Sosyo-demografik verilerle şiddetli fiziksel aktivite MET skoru arasındaki ilişki 46
Tablo 18. Sosyo-demografik verilerle orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru arasındaki ilişki 47
Tablo 19. Sosyo-demografik verilerle yürüme MET skoru arasındaki ilişki 48
Tablo 20. Sosyo-demografik verilerle toplam MET skoru arasındaki ilişki 49
Tablo 21. Sosyo-demografik verilerle oturma dakikaları arasındaki ilişki 50
Tablo 22. Sosyo-demografik verilerle fiziksel fonksiyon arasındaki ilişki 51
Tablo 23. Sosyo-demografik verilerle rol güçlüğü (fiziksel) arasındaki ilişki 52
Tablo 24. Sosyo-demografik verilerle ağrı arasındaki ilişki 53
Tablo 25. Sosyo-demografik verilerle genel sağlık arasındaki ilişki 54

Tablo 26. Sosyo-demografik verilerle vitalite arasındaki ilişki 55
Tablo 27. Sosyo-demografik verilerle sosyal fonksiyon arasındaki ilişki 56
Tablo 28. Sosyo-demografik verilerle rol güçlüğü (emosyonel) arasındaki ilişki 57
Tablo 29. Sosyo-demografik verilerle mental sağlık arasındaki ilişki 58
Tablo 30. Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nden (UFAA) elde edilen puanları 59
Tablo 31. Kısa form 36'nın alt ölçeklerinin ortalama ± standart sapma, minimum, maksimum ve median değerleri 59
Tablo 32. Mesleklerin yaşam kalitesi ölçeği ile ilişkisi 60
Tablo 33. Mesleklerin MET skorları ve oturma süresi ile ilişkisi 61
Tablo 34. Aktiflik düzeyinin ölçeklerle ilişkisi 63
Tablo 35. Aktiflik düzeyinin ölçeklerle ilişkisi-2 64
Tablo 36. Covid-19 geçirme durumunun ölçeklerle ilişkisi 65
Tablo 37. Covid-19 nedeniyle hastaneye yatış durumuyla ölçeklerin ilişkisi 66
Tablo 38. Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme düzeylerinin ölçeklerle ilişkisi 68

1. ÖZET

Pandemi Sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktor ve Hemşirelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Bu Düzeylerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Çalışmamızda amaç, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi doktor ve hemşirelerinin pandemi döneminde fiziksel aktivite düzeylerini ve bu düzeylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, 15 Mayıs 2021-15 Ekim 2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışmış ve çalışmamış olan doktor ve hemşirelerle yapıldı. 30 sorudan oluşan anket formu, 7 soruluk Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve 36 soruluk SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe versiyonu kullanıldı. Nicel değişkenler, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi, nitel değişkenler ise Ki-kare testi ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon analizi ile test edildi. Analizlerin gerçekleştirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versiyon 15.0, Chicago, IL.) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 426 kişinin %70,2'si kadın, %29,8'si erkekti. Katılımcıların şiddetli fiziksel aktivite MET skoru 370,89±1199,01, orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru 218,45±603,83, yürüme MET skoru 892,36±1740,01, toplam MET skoru 1610,13±2710,24 ve oturma zamanı ise 338,88±182,65 dakikaydı. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon 84,61±21,85, fiziksel rol güçlüğü 68,84±39,17, ağrı 66,47±22,24, genel sağlık 62,95±20,10, vitalite 51,51±19,51, sosyal fonksiyon 64,32±24,58, emosyonel rol güçlüğü 58,37±43,01 ve mental sağlık puan ortalaması 61,03±17,61'di.

Katılımcıların %46,3'ü inaktif, %40,1'si minimal aktif, %13,6'sı ise çok aktifti. Doktor ve hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri ve MET skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık ve sosyal fonksiyon ile anlamlı bir farklılığa sahipti.

Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlarla ve çalışmayanların fiziksel aktivite düzeyleri, UFAA MET skorları ve SF-36 alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Katılımcıların fiziksel aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek ilişkisi incelendi. Fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,015$), vitalite ($p<0,001$), sosyal

fonksiyon (p=0,001) ve emosyonel rol güçlüğü (p=0,002) arasında anlamlı bir farklılık saptandı.

Yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanma, kronik hastalığa sahip olma, 65 yaş üstü biri ile yaşama, çocuk sahibi olma, medeni durum, vücut kitle indeksi ve gelir düzeyi ile toplam MET skorları arasındaki ilişkiye bakıldı. Kronik hastalığı olma durumu (p=0,034) ve VKİ'ye (p=0,03) göre toplam MET skoru anlamlı bir farklılık gösterdi. Yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanma, 65 yaş üstü biri ile yaşama, çocuk sahibi olma, medeni durum, VKİ ve gelir düzeyi ile toplam MET skorları arasında farklılıklar olsa da anlamlı değildi.

Sonuç: Çalışmamızda**,** literatürde olduğu gibi fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ile ilişkisi doğru orantılıydı. Literatürdeki diğer çalışmalara göre fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında daha çok sayıda anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü. Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlar ile çalışmayanların fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında, çalışmayanlarda daha aktifti, ancak aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0,259). Özveriyle çalışan ve toplum için bir rol model olan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmak çok önemlidir. Bu konuda sağlık çalışanlarına eğitim ve destek verilmesi, sedanter yaşam tarzından uzaklaşmak için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, yaşam kalitesi, Covid-19, doktor, hemşire

2. ABSTRACT

Physical Activity Levels of Ankara University Faculty of Medicine Doctors and Nurses During The Pandemic and The Effect of These Levels on The Quality of Life

Aim: The aim of our study was to investigate the physical activity levels of Ankara University Faculty of Medicine doctors and nurses during the pandemic and the effects of these levels on the quality of life.

Materials and Methods: The research was conducted between 15 May 2021 and 15 October 2021 at Ankara University School of Medicine İbni Sina Hospital and Ankara University School of Medicine Cebeci Hospital with doctors and nurses who worked in any department related to Covid-19 and who did not work in any department related to Covid-19. The questionnaire consisting of 30 questions, the International Physical Activity Questionnaire with 7 questions, and the Turkish version of SF-36 Short Form of Quality of Life Scale consisting of 36 questions were used. Quantitative variables were evaluated with Mann-Whitney U and Kruskal Wallis test, and qualitative variables were evaluated with Chi-square test. Relationships between variables were tested with Spearman Correlation analysis. Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Version 15.0, Chicago, IL.) was used to perform the analyses. Statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: Of the 426 participants in our study, 70.2% were female and 29.8% were male. Vigorous physical activity MET score of the participants was 370.89±1199.01, moderate-intensity physical activity MET score was 218.45±603.83, walking MET score was 892.36±1740.01, total MET score was 1610.13±2710.24 and sitting time was 338.88±182.65 minutes. Among the quality of life subscale mean scores, physical function was 84.61±21.85, physical role difficulty was 68.84±39.17, pain was 66.47±22.24, general health was 62.95±20.10, vitality was 51.51±19,51, social function was 64.32±24.58, emotional role difficulty was 58.37±43.01, and mental health was 61.03±17.61.

46.3% of the participants were inactive, 40.1% were minimally active, and 13.6% were very active. There was no significant relationship between physical activity levels and MET scores of doctors and nurses. It had a significant difference in physical function, physical role difficulty, pain, general health and social function, which are quality of life subscales. There was no significant difference between the physical activity levels ($p=0.259$), UFAA MET scores and SF-36 subscales of those who worked and those who did not work in any department related to Covid-19.

The relationship between the physical activity level of the participants and the quality of life subscale was examined. A significant difference was found between physical function ($p<0.001$), physical role difficulty ($p=0.015$), vitality ($p<0.001$), social function ($p=0.001$) and emotional role difficulty ($p=0,002$).

The relationship between age, gender, smoking and alcohol use, having a chronic disease, living with someone over the age of 65, having children, marital status, body mass index, income level, and total MET scores were examined. The total MET score showed a significant difference according to having a chronic disease ($p=0.034$) and BMI ($p=0.03$). Although there were differences between age, gender, smoking and alcohol use, living with someone over the age of 65, having children, marital status, BMI and income level, and total MET scores, they were not significant.

Conclusion: In our study, as in the literature, the relationship between physical activity levels and quality of life was directly proportional. Compared to other studies in the literature, it was observed that there were more significant correlations between physical activity levels and quality of life subscales. Considering the physical activity levels of those who work in any department related to Covid-19 and those who do not, it was more active in those who did not work. However, no significant difference was found between them ($p=0.259$). It is very important to increase the physical activity levels and quality of life of healthcare professionals who work devotedly and are role models for the society. Providing education and support to health professionals in this regard is necessary to move away from a sedentary lifestyle.

Keywords: Physical activity, quality of life, Covid-19, doctor, nurse

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çin'in Wuhan kentinde etiyolojisi belirli olmayan zatürre vakaları olmuştur. 7 Ocak 2020'de etken daha önce hiçbir insanda görülmeyen yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmış ve Covid-19 olarak kabul edilmiştir. Virüs SARS CoV'e benzerlik göstermesi sebebiyle SARS-CoV-2 şeklinde adlandırılmıştır (1).

Covid-19 salgını DSÖ tarafından 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırılmış, salgının ilk olarak ortaya çıktığı Çin dışında pek çok ülkede Covid-19 vakalarının belirmesi sebebiyle 11 Mart'ta pandemi olarak tanımlanmıştır. Türkiye'de 10 Ocak'ta başlayan çalışmalarla birlikte, 22 Ocak'ta Bilimsel Danışma Kurulu ilk kez toplanmış ve tedbirlerle ilk Covid-19 vakası 11 Mart'ta görülmüştür (1).

"Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcanmasını gerektiren her hareket" fiziksel aktivite (FA) olarak tanımlanır. Egzersiz ise fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunması veya geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrar eden fiziksel aktivitelerdir (2). Covid-19 hastalığının bulaşmasını engellemek maksadıyla ev izolasyonu bir çıkış yolu olarak sunulsa da, bu sürecin, 2012 yılında pandemi olarak kabul edilen fiziksel inaktivitenin toplumda artışa yol açacağı belirtilmektedir (3). Bu artışın da istenmeyen sağlık sorunlarına yol açacağı düşünülmektedir (4). Evde izolasyon sürecinin başlaması fiziksel inaktivitenin sebep olduğu sorunlar yönünden büyük bir tehdittir. İzolasyon, tarih boyunca yaşanan pandemilerde toplum yaşamında uygulansa da, dijitalleşme ve teknolojinin bu kadar yoğun olduğu ve yaşamın bu kadar kısıtlanmak zorunda kalındığı bir dönem olmamıştır (5).

Ülkemizde bilindiği gibi zaman zaman karantina uygulaması yapılmış, bu sebeple sokağa çıkılmamış ve evde kalınmıştır. Bu durum, insanların aktiflik düzeylerinde azalmaya sebep olmuştur. Karantinanın neden olduğu günlük yaşamdan uzak kalmak, insanlarda hem duygu durum değişikliğine hem de daha sedanter bir yaşama yol açmıştır. Evde çokça zaman geçirilmesi, sürekli duyulan ve görülen pandemi haberleri, endişe düzeyinin artması, anksiyete ve strese bağlı tüketilen yiyeceklere karşı arzu duyulması ve fiziksel aktivitenin azalması, kilo almalara yol açabilmektedir (6).

Teknolojik aletlerin kullanımı; sedanter davranışlar, kilo alımı, hipertansiyon ve tip 2 diyabet oluşumu ile ilişkilidir. Ağır Covid-19 semptomları gösteren bireylerden komorbiditeye sahip olanların çoğunluğu da diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite ve kronik inflamasyon ve belirli metabolik rahatsızlıklara sahiptir (7). Aktiflik düzeyinin

düşmesinin hastalığın gidişatında kötüleşmeye neden olduğu osteoartrit ve romatizmal hastalıklar gibi durumlar için de karantina süreci ek sorunlar yaratmaktadır (8,9).

Sağlık çalışanları toplumun rol modeli olarak insanlara yol göstermelidir. Sağlık çalışanları pandemi sürecinin başından beri sahada en ön saflarda yer alarak aktif ve yoğun bir şekilde çalışmakta, fiziksel ve ruhsal anlamda pandeminin olumsuz etkilerini hissetmektedir. Bu süreçteki uzun ve yoğun çalışma saatleri sağlık çalışanları üzerinde yorgunluk, stres, anksiyete ve depresyon yaratmakta; dengeli ve düzenli beslenememe ile birlikte bütün bunlar fiziksel inaktiviteye yol açmaktadır. Daha önce sağlık çalışanlarının fiziksel aktiflik seviyeleri ile hayat kalitesi arasındaki ilişkisi incelenmiş olsa da pandemi sürecinde doktor ve hemşirelere yönelik böyle bir çalışma literatürde çok azdır (9). Bu çalışmanın amacı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi doktor ve hemşirelerinin pandemi döneminde fiziksel aktivite düzeylerini ölçmek ve bu düzeylerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir. Sürecin ilerleyen aşamalarında engelleri tespit ederek nasıl çözümler sunabileceğimizi ve yaşam kalitesini artırabileceğimizi tartışmayı düşünüyoruz.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Pandeminin Tanımı

Birçok enfeksiyon etkeni çeşitli bulaş yollarıyla salgınlara yol açabilir. Salgın hastalıklar, virüsün hastalık yapma derecesine göre kendini sınırlayabilir. Ancak, bulaşıcılığa bağlı dönemsel etkiler de meydana getirebilir. Pandeminin tanımı olarak, bir kıta, hatta tüm yeryüzü gibi büyük bir alana yayılarak etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen addır diyebiliriz (10).

Pandeminin insanlar üzerindeki yüksek etki derecesi birçok sebepten dolayı farklılık göstermektedir. Bu sebepler arasında virüsün bulaşıcılığı ve patojenliği, toplum bağışıklığı, bireylerin yaşam alışkanlıkları ve sosyoekonomik durumları, bireylerin ulaşım kolaylıkları, bireylerin çalışma yaşamında taşıdığı risk faktörleri, yaşadıkları ülkenin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkenin iklime göre tavrı gösterilebilir (10).

4.2. Koronavirüsler

Koronavirüsler (CoV), geniş bir virüs familyası olup, soğuk algınlığına ve daha şiddetli durumlara kadar çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir. Kılıfında glikoprotein olması sebebiyle elektron mikroskobu altında tipik taç benzeri görünümü mevcuttur. Bu sebeple latincede taç anlamındaki korona ismini almıştır (11). Koronavirüsler, zarflı RNA virüsleridir. Pozitif polariteli olup, tek zincire sahiplerdir, RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi bulundurmazlar, fakat genomlarında bu enzimi kodlarlar (1). Koronavirüs enfeksiyonu, immünokompetan insanlarda hafif üst solunum yolu sıkıntılarına neden olmaktadır. Bununla birlikte koronavirüs kaynaklı enfeksiyonlardan olan SARS ve MERS, geçmişte belirgin semptomlarla birlikte çok sayıda ölüme yol açmıştır (12,13). Ancak Covid-19, Mart 2020'de SARS ve MERS hastalıklarının totalinden daha çok ölüme ve zarara sebebiyet vermiştir (Tablo 1) (14).

Tablo 1. Yeryüzünde değişik zamanlarda görülen belli salgın ve pandemilerin özelliklerinin karşılaştırılması.

Yıl	**Bölge**	**Hastalık**	**Yaklaşım ölüm yüzdesi (fatalite)**
1918-20	İspanya ve bütün dünya	**Influenza pandemisi**	%0,2-0,5
1984-	Afrika ve bütün dünya	**HIV-AIDS**	%3,9 (kişi/yıl)
2002 – 2003	Uzakdoğu	**"Şiddetli Akut Solunum Sendromu" (SARS)**	%10
2009-10	Bütün dünya	**H1N1 (Domuz gribi)**	%0,1-0,2
1999- 2015	33 ülke	**Mevsimsel influenza**	0,1 ile 6,4 / 100 000 (65 yaş altı) 3 ile 223/ 100 000 (65 yaş üzeri)
2012	Suudi Arabistan	**"Orta Doğu Solunum Sendromu" (MERS)**	%35-40
2019-20	Çin'den başlayıp bütün dünya	**Covid-19**	%7.0

4.2.1. Covid-19 Epidemiyolojisi

31 Aralık 2019'da Çin'de, nedeni saptanamayan pnömoni olayları bildirilmiştir. Solunum sıkıntısı, ateş ve radyolojik olarak akciğerlerde her iki taraflı tutulum gözlemlenmiştir. DSÖ'nün Çin'e ait Covid-19 raporunda, ölüm olayları çoğunlukla ileri yaştaki ya da eşlik eden diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalıkları ve kanser başta olmak üzere immunsüpresif durum yaratan, sistemik hastalığı olan bireyler olmuştur (1).

İnsandan insana bulaşma özelliğiyle hızla yayılan bu hastalık sebebiyle her geçen gün hasta sayısı artmıştır. Sağlık personellerinde de hastalık görülmüştür. Hastalık, büyük bir hızla yayılmıştır. Türkiye'de 11 Mart 2020'de ilk olarak saptanmıştır (1). Az zamanda birçok ülkedeki vaka sayısındaki hızlı artış sonucunda önlenemez bir yayılım göstermiştir. 3 Ekim 2021 WHO verilerine göre küresel olarak doğrulanmış kümülatif vaka sayısı 234 milyonun üzerindedir ve kümülatif ölüm sayısı da 4.8 milyonun çok az altındadır (15).

4.2.2. Bulaş Kaynağı

SARS-CoV-2'nin kökeni sorgulansa da henüz netlik kazanmamıştır. Eldeki veriler, Huanan'da bir satış pazarında illegal satılan vahşi hayvanları göstermektedir (1). Covid-19 ile ilgili ilk vakalar, bir hayvan pazarıyla bağlantılı olduğu için, hayvanların insanları enfekte edebileceği varsayılsa da, sonrasında yapılan araştırmalar neticesinde, yayılmasının esas olarak insandan insana bulaş şeklinde olduğu bulunmuştur (16). SARS-CoV-2 virüsünün kişiden kişiye esasen damlacık yoluyla bulaştığı bilinmektedir. Ayrıca enfekte kişinin solunum sisteminden açığa çıkan sekresyonlarının diğer kişilerin mukoza yüzeylerine temas etmesinin de bulaşa neden olduğu kanıtlanmıştır (17).

Asemptomatik kişilerin solunum yolu salgılarında da virüs tespit edilebilmektedir. Bu yüzden semptomu olmayan bu kişiler bulaştırıcı olabilmektedir. Covid-19'un bulaştırıcılık süresi kesin bir şekilde bilinmemektedir. Semptomların ortaya çıktığı dönemden birkaç gün önce başlayıp şikayetlerin sona ermesiyle bittiği varsayılmaktadır (17).

4.2.3. Duyarlı Kişi/Konakçı

Toplumun tamamı Covid-19'a duyarlıdır. Etkenle karşılaşma açısından sağlık çalışanları en büyük riske sahiptir. Covid-19 açısından özen gösterilmesi gereken grupların başlıcaları erkekler, 50 yaş üstü, komorbiditesi bulunan insanlar, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza evleridir (17).

.

4.2.4. Klinik Özellikler

Pandemi sürecinde pek çok çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmaların sonucu doğrultusunda Covid-19'un naturel gidişatına ilişkin yeni bilgiler eklenmektedir.

Enfeksiyonun semptomları arasında en yaygınları solunum sıkıntısı, ateş ve öksürüktür. Daha az görülen baş ve boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, yorgunluk, ani gelişen koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtiler de olmaktadır. Hastalık, şikayet olmadan atlatılsa da, ciddi vakalarda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliğine yol açmakta, hatta ölüme neden olmaktadır (17).

SARS salgınında %11, MERS-CoV'da %35-50 arasında bir fatalite hızı söz konusudur. DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait Covid-19 raporunda fatalite hızı %3,8 olarak açıklanmıştır. Ülkemizde 02 Mayıs 2020 tarihi itibariyle bu hız %2,6'dır (17).

Literatürde semptomatik olmayan kişilerde de kantitatif RT-PCR testinin pozitif olabileceği gösterilmiştir. Semptomatik olmayan olguların çoğunluğunda enfeksiyonun ileri

aşamasında birtakım semptomlar gelişmiştir, ancak klinik takibinde semptom göstermeyen vakalar da bulunmaktadır (17).

4.3. Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanlarında Covid-19'un görülme oranı ile ilgili bilgi veren çalışmalar sınırlıdır. Sağlık çalışanları arasında birçok vaka hafif seyretse de, çok ağır seyretme ya da ölümle sonuçlanma durumu da olabilir. Bu durum, Covid-19'un geniş spektrumlu olmasıyla açıklanabilir (18).

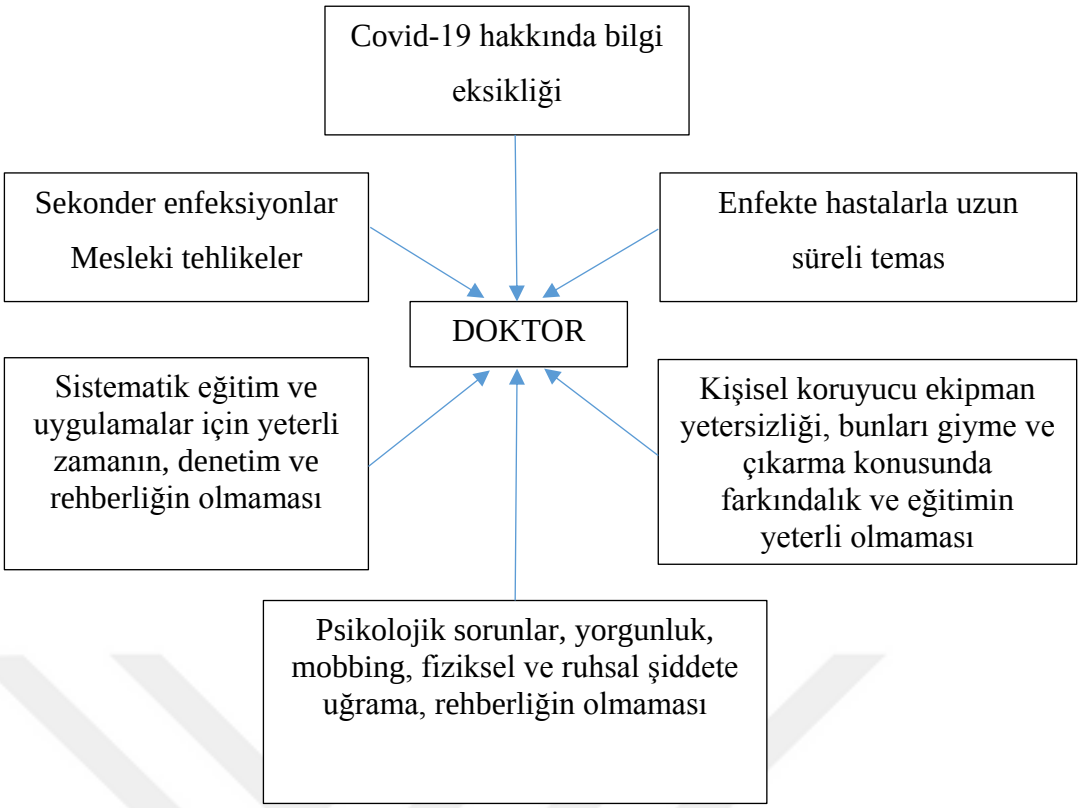
Pandemiler yıllar boyunca bir halk sağlığı tehdidi olmuştur. Ölümlere ve fiziksel, ruhsal problemlere yol açmıştır. Sağlık çalışanları, bugüne kadar farklı birçok bulaşıcı hastalıktan etkilenmiştir. İleride ortaya çıkabilecek salgınlardan da etkilenme olasılığı en yüksek gruplar arasındadır (19).

Sağlık çalışanları pandemi nedeniyle rutin çalışma şartlarından farklı birçok problemle yüzleşmektedir. Bu problemlerin başında kendini ve çevresini enfekte etme riski gelmektedir (20,21). Sağlık çalışanlarında;

- Yeni tip koronavirüsün özelliklerinin yeterince bilinmiyor oluşu,
- Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) kullanımı konusunda eğitim ve farkındalıkların yetersizliği,
- Enfeksiyonu kontrol ve tedbiri konusunda yeterli bilgiye sahip olunmaması,
- Enfekte hastalarla sürekli karşılaşmaları nedeniyle enfeksiyon riskinde artma gözlenmektedir (22,23).

Diğer yandan;

- Koruyucu ekipmana sahip olmamak,
- Pandemi ile mücadelenin yoğunlaşması sebebiyle uygulamalar ve eğitimler için yeterli süre olmayışı,
- Sağlık çalışanlarına pandemi sürecinde enfeksiyon kontrol takibi yapılamaması,
- Uzun vardiyalar ve tükenmişlik
- Psikolojik bunalımlar ve damgalanma,
- Fiziksel ve psikolojik şiddet nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi faktörler sağlık çalışanlarında enfeksiyona yatkınlığa sebep olabilmektedir (22,23). Sağlık çalışanlarına Covid-19 bulaşmasında etkili faktörler Şekil 1'de gösterilmektedir (24).



Şekil 1. Sağlık çalışanlarına Covid-19 bulaşmasında etkili faktörler

Çin'de enfeksiyon yayılma hızının azaldığı dönemlerde KKE'nin uygun kullanılmaması ve kullanma oranlarında azalmalar olmuştur. Bu nedenle hasta yakınları, personel ve hastalar arasında bulaşma hızında belirgin bir yükselme görülmüştür. Sağlık çalışanları için enfeksiyon riskinin artmasında pandemi döneminde bahsi geçen yetersizlikler önemli faktörlerdendir (25).

Bir salgın sürecinde, sağlık çalışanlarından saatler boyunca yakın etkileşim beklenmektedir. Bununla beraber, sağlık çalışanları her insan gibi hem hastalığa hem de kaygı seviyelerini artıran dezenformasyona karşı çaresizdir. SARS salgınında, sağlık çalışanlarında kaygı bozukluğunun arttığı, zaman geçtikçe de daha isteksiz oldukları bildirilmiştir. Toplumda meydana gelen damgalanma ve güvensizlik de kaygı düzeyini artırmaktadır (26). Bu sebeplerden dolayı, salgın döneminde sağlık personeline olan gereksinim arttığında, sağlık çalışanlarında kaygı ve çalışma arzularında düşüş saptanmıştır (27).

SARS ve H1N1 pandemileri ortaya çıktığında sağlık çalışanlarının yaşadığı zorlukların temel 3 sebebi olduğu ifade edilmiştir:

1- Kontrol ve önlem eksikliği
2- Hasta tedavisinde tecrübesizlik hissetmek
3- Enfekte iş arkadaşlarıyla temas kurma zorunluluğu şeklinde bildirilmiştir (28–30).

Sağlık çalışanlarının vereceği hizmeti etkileyen unsurlar;

- Ailesi ve kendi hayatı için hissettiği risk seviyesi,
- Enfeksiyondan korunma ile ilgili endişelerin olması,
- Pandemi konusunda bilgi ve beceri eksikliği,

şeklinde sayılabilir. (31–34).

Sağlık çalışanları fiziksel aktiviteyi bir yaşam tarzı yapmak durumundadır. Sağlık çalışanları pandemi sürecinin başından beri sahada en ön saflarda yer alarak aktif ve yoğun bir şekilde çalışmakta, fiziksel ve ruhsal anlamda pandeminin olumsuz etkilerini hissetmektedir. Bu süreçteki uzun ve yoğun çalışma saatleri sağlık çalışanları üzerinde yorgunluk, stres, anksiyete ve depresyon yaratmakta; dengeli ve düzenli beslenememe ile birlikte bütün bunlar fiziksel inaktiviteye yol açmaktadır.

4.4. Covid-19 Pandemisi Sürecinin Fiziksel Aktivite ve Egzersize Etkisi

Hastalığın ilk tanımlandığı andan şu zamana kadar tedavisi hakkında semptomatik müdahaleler dışında gelişme kaydedilmemiştir. Maske, mesafe ve sosyal izolasyon hastalığa karşı en güçlü silahımız olmaya devam etmektedir. Evde kalma yaptırımlarının olması, fiziksel hareketsizliğe bağlı oluşacak sağlık sorunları açısından tehdit unsurudur. Salgın hastalıklar geçmiş dönemlerde de toplum hayatını etkilemiş ve salgın hastalıklara karşı o zamanlarda da izolasyon önlemlerine başvurulmuştur. Bununla birlikte, teknoloji ve kentleşmenin bu kadar yoğun olduğu ve yaşamın bu kadar kısıtlandığı başka bir dönem olmamıştır (5).

Bilgisayar ve telefon kullanımı, televizyon izleme ile artan uzun süre oturmalar ve hareketsiz davranışlar, kronik hastalık riskinin artmasına yol açmaktadır. Hastanede ağır Covid-19 semptomlarına sahip kişiler, çoğunlukla da diyabet, hipertansiyon, obezite, kronik inflamasyon ve diğer metabolik hastalıklara sahiptir (7). Ayrıca fiziksel aktivite düzeyinin azalmasının hastalığın seyrinde kötüleşmeye yol açtığı osteoartrit, diyabet, hipertansiyon, akciğer hastalıkları ve romatizmal hastalıklar gibi durumlar için de karantina süreci, ek sağlık sorunları meydana getirmektedir (8,35).

Fiziksel inaktivite; kas, metabolik, endokrin, sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem ile birlikte birçok sistem üzerinde negatif etkiye sahiptir. Fiziksel aktivite artışı ve düzenli yapılan egzersiz ise fiziksel inaktivite sebebiyle meydana gelen sağlık sorunlarını önler ve kronik hastalıkların çoğu için güçlü ve etkili bir tedavi yöntemidir (36).

Fiziksel inaktivite ve oturarak geçirilen zamanda artış, kas protein sentezinin baskılar. Bu durum birkaç günlük hareketsizlik sonrasında bile belirlenebilen bir değişim olan kas atrofisine

yol açmaktadır. 10 günlük inaktivite sonrası kas kütlesi kaybı yaklaşık olarak %6' ya, 30 gün sonra ise yaklaşık %10'a ulaşabilmektedir (37). Ayrıca son kanıtlar, fiziksel hareketsizliğin kasların mekanik sistemlerinde bozulma yaratarak nöromüsküler bileşkeye de hasar vererek kas denervasyonuna sebep olduğunu göstermektedir (38). İnaktivitenin kas sistemi üzerindeki etkilerine engel olmak için düşük ve orta yoğunluklu dirençli egzersiz tavsiye edilmektedir. Ayrıca aerobik egzersizler de yapılabilir (39).

Fiziksel inaktivitenin kalp ve damar sistemi üzerine de negatif etkileri bulunmaktadır. Birkaç gün ya da birkaç haftalık inaktivitenin, periferik dolaşımdan kardiyovasküler sisteme iskelet kaslarının oksidatif fonksiyonuna kadar bütün seviyelerde O_2 yolunu bozduğu gösterilmiştir (40). VO_2 max değerindeki bu bozulma, gençlere göre yaşlılarda (60 yaş ve üzeri) iki kat daha fazladır ve düşük veya azalmış bir VO_2 max, artan mortalite ile ilişkilidir. İnaktivite nedeniyle VO_2 max azalmasına engel olmak için tavsiye edilen en düşük aerobik egzersiz miktarı günlük 4500-6000 adım sayısıdır (8).

Covid-19 pandemisinde ortaya çıkan inaktivitenin olumsuz sonuçlarından bir diğeri ise dengesiz ve sağlıksız beslenmeye yöneltmesidir. Fazla besin tüketimi, yağ oranlarının artışı, daha fazla kas kaybı ve sistemik inflamasyonun aktivasyonu ile ilişkilidir. Bu nedenle yukarıda verilen egzersiz tavsiyeleri ve diyetin rolünü de unutmamak gerekir (41).

4.5. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Tanımı

Fiziksel aktiviteyi iskelet kaslarını kullanarak yaptığımız ve enerji harcamayı gerektiren her türlü fiziksel hareket olarak tanımlayabiliriz.

Egzersizi ise düzenli, tekrar eden ve planlanmış fiziksel aktiviteler olarak tanımlayabiliriz. Egzersizde amaç, fiziksel uygunluğun bir ya da birçok unsurunun korunmasını ve geliştirilmesini sağlamaktır.

4.5.1. Fiziksel Aktivite Tipleri

Fiziksel aktiviteler, fiziksel uygunluğu geliştirmesine göre dört başlık altında incelenmektedir.

4.5.1.1. Dayanıklılık (Aerobik) Egzersizleri

Bir fiziksel aktivitenin yorulmadan çok daha uzun sürelerde yapılabilmesine dayanıklılık denir. Dayanıklılık (aerobik) egzersizlerinde vücudun büyük kas grupları dinamik ve ritmik olarak hareket eder ve oksijen kullanma kapasitesini artırır. Bu egzersizlerin şiddeti, sıklığı ve süresi önemlidir. Dayanıklılığımız arttıkça bütün fiziksel aktivitelerimizi çok daha uzun süre

sürdürebiliriz ve yorulmadan yapabiliriz. Uzun süre orta yoğunlukta yapılan aerobik egzersizler vücudunun oksijen kullanımını artırır ve metabolizmayı hızlandırır. Örnek olarak; uzun mesafe koşuları, yüzme, ip atlama, bisiklet, hızlı yürüme gibi aktiviteler verilebilir.

4.5.1.2. Kuvvet Egzersizleri

Kuvvet, kasın dirence karşı koyabilme yeteneği; kuvvet aktiviteleri ise kasın güçlü bir şekilde kasılmasını gerektiren aktivitelerdir. Yerden bir eşya kaldırmak, yük taşımak, ağır bir cismi çekmek veya itmek için kuvvetli kaslara ihtiyaç vardır. Yetişkin bir insanın belirli bir ağırlıkta bavulu kaldırıp taşıyabilmesi için kol kaslarının yeterli kuvvette olması gerekir.

Kuvvet aktiviteleri kasların güçlü bir şekilde kasılmasını sağlayan aktivitelerdir, ağırlık taşımak, merdiven çıkmak, sırtında çanta taşımak, kol kasları için şınav çekmek, karın kasları için mekik çekmek, ağırlıklarla kuvvet antrenmanı yapmak bu aktivitelere örnek olarak verilebilir. Bu tip aktiviteleri günlük yaşantımızda daha rahat gerçekleştirebilmek ve sağlıklı bir hayat devam ettirebilmek için yetişkin bir insanın kas kuvvetini ve kitlesini artırması ve/veya koruması oldukça önemlidir.

Kuvvet aktiviteleri; vücuttaki yağ oranını düşürür, kas ve kemikleri güçlendirip, kas ve kemiklerin kitlelerini artırıp kaybını da engeller. Kuvvet aktiviteleri; bedenimizin büyük kas grupları güçlendirmeyi amaçlamalıdır. Güç aktivitelerini yaparken dengeli bir şekilde kuvvetlendirme yapılmalı, tek bir bölgeye yüklenilmemelidir.

4.5.1.3. Esneklik Egzersizleri

Esneklik, eklemleri geniş açıda hareket ettirebilmektir, bir fiziksel aktivite sırasında kol, gövde ya da bacakları rahatça hareket edebilme yeteneğidir. Yetişkin bir insanın esnek vücuda sahip olması, günlük hayatında daha rahat hareket etmesini sağlar. Tai chi, yoga ve pilates gibi düzenli aktiviteler kalça, bacak, omurga ve omuz gibi bölgelerde esnekliği arttırarak kolayca bağdaş kurmamızı, rahatça öne ve arkaya eğilebilmemizi ve sırtımıza uzanabilmemizi sağlar. Her eklem için ayrı olarak esneklik egzersizleri yapılabilir. Esnek bir vücudumuzun olması günlük hareketlerimiz için bir hayli önemlidir. Yaşam kalitemizi oldukça arttırır. Bireylerin esneklik özellikleri vücut yapılarından dolayı farklılık gösterebilir ancak düzenli germe egzersizleri ile geliştirilmesi mümkündür.

4.5.1.4. Denge Egzersizleri

Denge bir insanın düşmeden durabilme ve düzgün hareket edebilme becerisidir. Kas kuvvetini, esnekliğini ve dayanıklılığını geliştiren egzersizlerle denge yeteneği pozitif ölçüde

gelişebilir. Dengeyi geliştirmek için düzenli denge egzersizleri yapmak gerekir böylece düşme riski azalmış olur. Dengesi iyi olan bir kişi, parmak uçlarında kolayca durabilir, gözler kapalı olarak veya düz çizgide sallanmadan yürüyebilir. Tek ayak üzerinde durmak, parmak uçlarında yürümek, sabit olmayan bir zeminde durmak, kaygan bir zeminde düşmeden yürüyebilmek için iyi bir denge gereklidir, bunun için de görme duyusu, iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olması ile birlikte kasların da yeterince kuvvetli olması oldukça önemlidir.

4.5.2. Fiziksel Aktivite Şiddeti

Fiziksel aktiviteleri yoğunluklarına göre düşük, orta ve yüksek şiddetli olmak üzere üç başlık altında inceleyebiliriz.

Düşük Şiddetli Fiziksel Aktivite: Yavaş yürüyüş ve ev işleri gibi aktiviteler bu gruba girmektedir. Çok az çaba gerektiren günlük aktiviteleri içeren gruptur. Nefes alma ve kalp atım sayısı, dinlenme değerinin çok az üzerindedir.

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite: Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek gibi orta dereceli çaba gerektiren aktiviteleri içeren gruptur. Nefes alma ve kalp atım sayısı, normalden daha fazladır, kaslar zorlanmaya başlamıştır. Aktivite esnasında kişi konuşabilir ama şarkı söylemekte zorlanır.

Yüksek Şiddetli Fiziksel Aktivite: Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, step aerobik derslerine katılmak, tempolu dans etmek gibi çok fazla çaba gerektiren aktiviteleri içeren gruptur. Nefes alma ve nabız normalden çok daha yüksektir, kaslar daha çok zorlanmıştır. Aktivite esnasında kişi, nefesi kesilmeden birkaç kelimeden fazlasını konuşamaz.

4.6. Metabolik Eşdeğer İş (MET)

Bireyin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi Metabolik Eşdeğer İş (MET - Metabolic equivalent task) kavramı ile de yapılmaktadır. MET, vücudun fiziksel aktivite sırasında kullandığı oksijen miktarını hesaplamamıza yaramaktadır. Bu sayede, fiziksel aktivite esnasında tüketilen oksijen ml/kg/dk cinsinden ifade edilerek kişinin harcadığı enerji miktarı konusunda fikir ediniriz. İstirahat halinde 1 MET olarak belirlenen bu değer, fiziksel aktivite sırasında hareket şiddetine bağlı olarak arttıkça kişinin metabolizmasının dinlenme haline göre katlandığı değeri işaret eder. Tablo 2'de farklı aktivitelerin karşılık geldiği MET değerleri gösterilmektedir (2).

Tablo 2'ye baktığımızda hafif şiddetli aktiviteler mutlak ölçüte göre <3 MET altında enerji harcanmasını gerektiren aktivitelerdir. Orta şiddetli aktiviteler mutlak ölçüte göre 3-6 MET arasında enerji harcanmasını gerektiren aktivitelerdir. Yüksek şiddetli aktiviteler ise mutlak ölçüte göre >6 MET enerji harcanmasını gerektiren aktivitelerdir.

Tablo 2. Farklı aktivitelere karşılık gelen MET değerleri

Hafif Şiddetli Aktiviteler (<3 ME)	
Uyku	0.9 ME
Televizyon izleme	1.0 ME
Hafif ev işleri	1.5-3 ME
Kişisel Hijyen	1.5-3 ME
Yazı yazma, masa başı işler	1.8 ME
Düşük Tempoda Yürüyüş	2.9 ME
Orta Şiddetli Aktiviteler (3-6 ME)	
Sabit bisiklet kullanımı	3.0 ME
Bahçe işleri (çim biçme vs.)	3.3 ME
Ev egzersizleri, jimnastik hareketleri	3.5 ME
Normal yürüyüş temposu (3-6km/saat)	3-5 ME
Bisiklet kullanımı (9-12 km/saat)	4.0 ME
Araba yıkama	4.5 ME
Eşli danslar	4.8 ME
Yüksek Şiddetli Aktiviteler (>6 ME)	
Yürüyüş 6 -7 km/saat	5-7 ME
Merdiven çıkma (orta hızda)	6.5 ME
Jogging	7.0 ME
Koşu, ağırlık kaldırma egzersizleri, eşya taşıma, tenis	8.0 ME
Yüzme (krol stil)	9.0 ME
İp atlama	10.0 ME

4.7. Fiziksel İnaktivite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), fiziksel inaktiviteyi, hipertansiyon (%13), sigara (%9) ve diyabetten (%6) sonra dünyadaki ölümlerin %6'sından sorumlu dördüncü risk faktörü olarak sınıflandırmaktadır. Fazla kilolu ve obez olmak ise global mortalitenin %5'inden sorumludur (42). DSÖ, yetişkinlerin hafta boyunca en az 150 dakika orta ile şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite veya 75 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmasını ve bunların en az 10 dakika süren periyodlar halinde toplanmasını önermektedir. Bu fiziksel aktivite şiddeti (FA), daha düşük kardiyovasküler (KV) morbidite ve mortalite riski ve bir dizi başka sağlığa yararlı durum ile ilişkilidir (43). Ne yazık ki, ulaşılan günlük FA seviyeleri, özellikle batı ülkelerinde büyük ölçüde yetersizdir.

Son kanıtlar, sedanter davranışın (SD), FA şiddetinden bağımsız olarak geleneksel KV risk faktörleri ve artmış KV morbidite ve küresel mortalite ile bağımsız olarak ilişkili olduğunu göstermektedir (44). Sedanter davranış; otururken veya uzanırken, 1,5 ya da altındaki metabolik eşdeğer enerji harcaması ile karakterize edilen herhangi bir uyanıklık davranışı olarak tanımlanır. Tipik sedanter davranış, "ekran süresi" (TV izleme, video oyunu oynama, bilgisayar kullanımı), araba sürme ve okumayı içerir. European Journal of Epidemiology'de yayınlanan 1.331.468 katılımcıyı içeren 34 çalışmanın doz-yanıt meta analizinde, toplam oturma süresi süreleri >8 saat ve 6 saat/gün olması, fiziksel aktivite ayarlı analizlerde sırasıyla tüm nedenlere bağlı ölüm ve KV ölüm riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (45). TV izleme süresi için, FA seviyesinden bağımsız olarak, tüm nedenlere bağlı ve KV mortalite için artan risk, 3-4 saat/gün seviyelerinin üzerinde en güçlüdür (45). Bu nedenle fiziksel aktivite ve sedanter davranış, benzersiz belirleyicileri ve sağlık sonuçlarıyla ayrı, kardiyovasküler sağlık üzerindeki zararlı etkileriyle de benzer varlıklar olarak düşünülmelidir (46).

Fiziksel inaktivite seviyeleri çok sayıda ülkede artmakta ve dünyadaki tüm insanların genel sağlığı için, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) ve artmış kan basıncı, artmış kan şeker seviyeleri ile artmış kilo gibi risk faktörlerin prevalansında majör etkiler yaratmaktadır. Fiziksel hareketsizliğin meme ve kolon kanseri yükünün yaklaşık %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığı yükünün yaklaşık %30'unun başlıca nedeni olduğu tahmin edilmektedir (42). Ek olarak, BOH'lar artık genel küresel hastalık yükünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Şu anda her 10 ölümün 6'sının bulaşıcı olmayan koşullara bağlı olduğu tahmin edilmektedir (47).

4.7.1. Covid-19 ve Fiziksel İnaktivite

Dünya'da ve ülkemizde yeni vaka ve ölüm sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) ile ilgili alınan tedbirler arttıkça, kişilerin yaşam tarzında zorunlu olarak değişiklikler olmuş, yaşamları daha sedanter bir hal almıştır. Özellikle sokağa çıkma kısıtlamaları ve evde kalma çağrıları hali hazırda bir pandemi olarak seyreden fiziksel inaktive durumunu artırmakta, fiziksel inaktiviteden kaynaklanan ve aynı zamanda Covid-19 hastalığında mortalite açısından risk faktörü olan obezite, diyabet, kalp damar hastalıkları gibi durumları olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu sebeple, uygun fiziksel aktivite programlarının hazırlanması ve uygulanması oldukça önemlidir (48). Avrupa'da 280 milyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde 150 milyon, Hindistan'da 1,3 milyar ve Çin'de 60 milyona yakın insanın sokağa çıkma yasağı kapsamında bu süreci evlerinde geçirdiği düşünülmektedir ve bu durumun milyonlarca insanın rutin faaliyetlerini etkilemesi kaçınılmazdır (49).

4.8. Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Yararları

Fiziksel aktivitenin insan sağlığı üzerindeki etkileri iki genel başlıkta incelenebilir (2,50–55).

4.8.1. Bedensel Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin bireyin beden sağlığı üzerindeki etkileri, kas iskelet sistemi üzerindeki etkileri ve vücudun diğer vücut sistemleri üzerindeki etkileri olarak iki grupta incelenebilir. Kas iskelet sistemi üzerine etkilerine bakarsak,

- Kas kuvveti ve tonusunun korunmasını ve arttırılmasını sağlar.
- Kas ve eklemlerdeki esnekliği korur ve artırır.
- Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktiviteye karşı toleransın artmasını sağlar
- Beden postürünün korunmasına yardımcı olur.
- Denge reaksiyonlarında gelişim sağlar.
- Dinçlik verir.
- Kemik yapısında erimeye engel olarak osteoporozdan korur.
- Kasın kullandığı enerji ve oksijeni arttırır.
- Kaza ve yaralanmalara karşı bedensel koruma geliştirir.

Diğer vücut sistemi üzerindeki etkilerine bakacak olursak;

- Kalbin dakikadaki atım sayısını azaltması ve kalp ritmini düzenlemesi
- Kalbin ventriküllerini genişleterek kardiyak outputu arttırması,
- Damar direncini azaltması ve kan basıncının düzenlenmesi,
- Kandaki yüksek kolesterol ve trigliserit düzeylerini etkilemesi ve damar hastalıkları riskini azaltması,
- Akciğerlerimizin havalanması ve solunum kapasitesinde artış,
- İnsülin aktivitesinin kontrolü ve kan glukoz regülasyonu,
- Vücudumuzun su, tuz ve mineral kullanımının dengelenmesi,
- Yağları daha çok yakarak enerji ihtiyacını elde etme,
- Metabolizmanın hızlandırılıp obeziteyi engellemesi gibi vücudumuz üzerinde olumlu etkilere sahiptir.

4.8.2. Ruhsal Sağlık Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlık üzerindeki olumlu etkileri yanında, psikolojik ve sosyal sağlık üzerinde de olumlu etkileri bulunmaktadır.

- Kendini mutlu hissettirir.

- Zihinsel yetilerde düzelme olur.
- Stres yönetimini artırır.
- Sosyal yaşamı geliştirir.
- İletişim becerilerinde artış ve sosyal ilişkilerde gelişim olur.
- Özgüveni yüksek kişi haline getirir.

Fiziksel aktivite yeterli düzeyde yapıldığında, insanı ve toplumu daha sıhhatli hale getirir.

4.9. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Fiziksel Aktiviye

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH); kardiyovasküler hastalıklar (kalp-damar hastalıkları), kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diyabet başta olmak üzere dünyanın en önde gelen ölüm sebeplerindendir. En az bir BOH'u olan kişiler sağlık sistemine ekonomik anlamda büyük bir yük olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü Avrupa'da BOH'a bağlı ölümlerin gözle görülür biçimde azalmasını sağlamıştır. Buna rağmen, bölgede meydana gelen ölümlerin %80'i BOH sebebiyledir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 36 milyondan fazla ölüme yol açarken (küresel ölümlerin %63'ü), bu ölümlerin neredeyse yarısı 30-70 yaş arası erken ölümlerdir. Ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir, bu da önümüzdeki 15 yılda 7 trilyon dolarlık ekonomik kayba ve finansal çıkmaza yol açacaktır (56,57).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların yol açtığı bu erken ölümler büyük oranda engellenebilir. Sağlık sistemlerinin bu hastaların sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yanıt verebilir duruma gelmesiyle ve tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel hareketsizlik ve zararlı düzeyde alkol kullanımı gibi ortak risk faktörleri üzerine çalışan kamu politikalarını etkileyerek büyük oranda önlenebilir. Tütün kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel hareketsizlik ve zararlı düzeyde alkol kullanımı davranışları; yüksek tansiyon, obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemi gibi dört önemli metabolik ve fizyolojik değişikliğe yol açmaktadır. Risk etmenlerini davranışsal risk etmenleri ve metabolik/fizyolojik risk etmenleri olarak iki gruba toplayabiliriz.

4.9.1. Davranışsal Risk Etmenleri

Tütün Kullanımı:

2012 yılında dünyada 1,1 milyar sigara içicisi olduğu bilinmektedir (58). Direkt kullanımın yanı sıra pasif içicilik de risk taşımaktadır. Her yıl yaklaşık 6 milyon insan tütün kullanımı veya pasif içicilik nedeniyle hayatını kaybetmektedir (58). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2016 yılında yapılan araştırmaya göre Türkiye'de 19,2 milyon kişi (%31,6) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%44,1), kadınlara göre (%19,2) daha

yüksektir. Türkiye'de 18 milyon kişi (%29,6) (halen) her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerin %41,8'i, kadınların %17,5'i) (59). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017'ye göre tütün kullanma prevalansı erkekler için %43,6, kadınlar için %19,7 ve her iki cinsiyet için %31,6'dır (56).

Yetersiz Fiziksel Aktivite:

Yaklaşık olarak her yıl 3,2 milyon ölüm ve 2010 yılında 69,3 milyon DALY(Sağlıklı yaşam yılı kaybı) fiziksel aktivite yetersizliği ile ilişkilidir ve bu da tüm DALY'nin yüzde 2,8'idir. Fiziksel olarak inaktif kişiler haftanın çoğu gününde en az 30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapanlara kıyasla yüzde 20-30 daha fazla mortalite riskine sahiptir (58,60). 2016 verilerine göre dünyada 18 yaş ve üstü yetişkinlerin yüzde 28'i yeterince aktif değildir (Erkeklerde yüzde 23, kadınlarda yüzde 32). Bu yetişkinler, haftada en az 150 dakika orta şiddetli ya da 75 dakika şiddetli egzersiz olarak belirlenen küresel tavsiyeleri karşılamamaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde erkeklerin yüzde 26'sı ve kadınların yüzde 35'i fiziksel aktivite açısından yetersiz iken, düşük gelirli ülkelerde ise erkeklerin yüzde 12'si ve kadınların yüzde 24'ü fiziksel aktivite açısından yetersizdir. Düşük veya azalan fiziksel aktivite seviyeleri genellikle yüksek veya artan bir gayri safi milli hasılaya karşılık gelmektedir (61).

Küresel olarak, 2016 yılında 11-17 yaş arasındaki adölesanların yüzde 81'i aktif değildir ve DSÖ'nün en az 60 dakikalık orta ve şiddetli yoğunluktaki fiziksel aktivite tavsiyelerini karşılamamaktadır (Erkek adölesanlarda yüzde 78, kız adölesanlarda yüzde 85) (62).

Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre boş vakitlerde yapılan aktivite yönünden erkeklerin yüzde 23'ü yeterli, yüzde 22'si orta ve yüzde 55'i minimal düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir (63).

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017'ye göre nüfusun %43,6'sı yetersiz fiziksel aktivitede bulunmaktadır (erkekler %33,1; kadınlar %53,9). Türkiye'de günlük median fiziksel aktivite süresi 30,0 dakika olarak hesaplanmıştır. Etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanların yüzdesi %81'dir (56).

Alkol Kullanımı:

2012 yılında alkol tüketimi dünya çapında 3,3 milyon (yüzde 5,9) ölüme sebep olmuştur. Küresel hastalık yükünün tahmini olarak yüzde 5,1'lik kısmı, alkol kullanımına bağlıdır (58,64,65). DSÖ'nün 2018 yılı Küresel Alkol ve Sağlık Durum Raporu'nda 2016 yılında yaklaşık 3 milyon kişinin ölmesinin alkol sebebiyle olduğu ve bu oranın, bütün ölümlerin yüzde 5,3'ünden sorumlu olduğu düşünülmektedir (66).

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanımı yüzde 14,9'dur. Yüzde 18'i daha önce kullanıp bırakmıştır. Hiç alkol kullanmamışların oranı ise yüzde 67,1'dir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'da ise Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde alkol kullanım oranı yüzde 14,9 olup daha önce kullanıp bırakanların oranı yüzde 10,7'dir. Hiç alkol kullanmamışların oranı ise yüzde 74,4'dür (67).

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017'ye göre katılımcıların %83,6'sı hayat boyu hiç alkol kullanmamıştır. Araştırma zamanından önceki 30 gündeki alkol tüketim prevalansı %8,0'dır. Katılımcıların %4,1'i araştırma zamanından önceki 12 ay içerisinde alkol tükettiklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların %4,3'ü ise son 12 ayda alkol tüketmemiştir (56).

Sağlıksız Beslenme:

Doymuş ve trans yağ, kolesterol ve tuzun fazla alımı ile sebze, meyve, balıktan az yemek kalbe zarar vermekte ve damar hastalıklarına yol açmaktadır (57,58,60,68). Meyve ve sebzeyi az tüketmek, dünyada yaklaşık 16 milyon DALY ve 1,7 milyon ölüme yol açmaktadır. Diyetle alınan tuz miktarı, kronik hastalıkların riskini gösteren önemli bir veridir (60,69). Yüksek enerji içeren yağ ve şeker oranı yüksek hazır gıda ve yiyeceklerin sık tüketimi obeziteye sebebiyet verir (60,69).

DSÖ'ye göre günlük tuz alımı kişi başına 5 gramdan az olmalıdır (58,60).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2008 yılında yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışmasında (SALTurk) erişkinlerde günlük tuz tüketimi 18 gr tespit edilmiştir. Aynı derneğin 2012 yılında yaptığı SALTurk 2 çalışmasında ise günlük tuz tüketim miktarı 14,8 gr saptanmıştır (70,71). Bu miktar önerilene göre oldukça fazladır.

Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" STEPS-2017 (Sürveyans için STEPwise Yaklaşımı) çalışmasına göre hesapla bulunan tuz tüketim miktarı 9,9 gramdır. STEPwise yaklaşımı, Dünya Sağlık Örgütü onaylı kronik hastalıkların sürveyansı yaklaşımıdır (56).

4.9.2. Metabolik/Fizyolojik Risk Etmenleri

Obezite:

2014 yılında 18 yaş üzeri bireylerin yüzde 39'u fazla kiloludur. Obezite prevalansı 1980-2014 yılları arasında iki katına çıkmıştır. 2014 yılında erkeklerin yüzde 11'i, kadınların 15'i obezdir (58). Obezite her geçen gün daha da tehlikeli hale gelen bir sağlık sorunudur. Fazla

kilolu olma ve obezite sebebiyle her yıl yaklaşık 3,4 milyon kişinin ölümünden ve 2010 yılında 93,6 milyon DALY den sorumludur (58).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması 20 yaş üzeri 24788 birey üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre obezite prevalansı kadınlarda yüzde 29,9, erkeklerde yüzde 12,9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada santral obezite yönünden değerlendirme yapılırken, obezite prevalansı yüzde 34,3 olarak saptanmıştır (72).

Kadınlarda santral obezite sıklığı bir hayli fazladır. Bu durum kadın nüfusunun ileride diyabet ve kalp hastalıkları gibi ciddi problemlere yol açacağını göstermektedir. TURDEP II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998'de yüzde 22,3 olan obezite prevalansının yüzde 40 artarak 2010'da yüzde 31,2'ye ulaştığı tespit edilmiştir. Kadınlarda obezite prevalansı yüzde 44, erkeklerde ise yüzde 27 olarak belirlenmiş ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda yüzde 34, erkeklerde ise yüzde 107 arttığı saptanmıştır (72).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 raporunda, Türkiye genelinde 19 yaş ve üzeri 7466 bireyde obezite ve kilolu olma, hafif şişmanlık görülme sıklığı sırasıyla, erkek bireylerde yüzde 20,5 ve yüzde 39,1, kadınlarda ise yüzde 41,0 ve yüzde 29,7 olarak saptanmıştır. Tüm yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı ise yüzde 30,3'tür. Hafif şişmanlık görülme sıklığı ise yüzde 34,6'dır. Morbid obezite görülme sıklığı ise yüzde 2,9'dur. VKİ sınıflamasına göre yetişkin insanlarda fazla kiloluluk ve obezite sorununun çok önemli boyutlarda olduğu görülmektedir (72). TBSA 2019 raporunda ise boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi incelendiğinde; 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6 iken, 2019 yılında %21,1 olmuştur. Cinsiyet ayrımında bakıldığında; 2019 yılında kadınların %24,8'inin obez ve %30,4'ünün obez öncesi, erkeklerin ise %17,3'ünün obez ve %39,7'sinin obez öncesi olduğu görülmüştür (73).

2013 Yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında ise erkeklerin yüzde 15'i, kadınların yüzde 29'u obezdir. Yine aynı çalışmada erkeklerin yüzde 37'si, kadınların yüzde 29'u fazla kiloludur (63).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'e göre kadınların sadece yüzde 3,6'sı zayıfken, yüzde 55,2'si kilolu ya da şişmandır. Kilolu olma ve şişmanlık yaşla birlikte artmaktadır. Yaş gruplarına bakıldığında 15-19 yaş kadınların yüzde 19,4'ü kilolu ya da şişman iken 40-49 yaşlarındaki kadınlar arasında bu oran yüzde 83,8'e çıkmaktadır. Refah düzeyi arttıkça fazla kilolu olma ve şişmanlık oranı düşmektedir. En düşük refah düzeyine sahip hane halklarında yaşayan kadınlarda fazla kilolu olma ve şişmanlık oranı yüzde 58,7 iken bu oran en yüksek refah düzeyine sahip hane halklarında yaşayan kadınlarda yüzde 46'3'e düşmektedir. Zayıf kadınların oranı ise yüzde 2,8'den yüzde 4,5'e yükselmektedir (74).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018'e göre ise kadınların sadece yüzde 4'ü zayıfken, %59'u fazla kilolu ya da şişmandır (fazla kilolu %29, şişman %30). Yaş gruplarına bakıldığında, 15-19 yaşlarındaki kadınların %27'si fazla kilolu ya da şişman iken, 40-49 yaşlar arasındaki kadınlar arasında bu oran %84'e çıkmaktadır. Refah düzeyi yükseldikçe fazla kilolu olma ve şişmanlık düşmektedir. En düşük refah seviyesine sahip hane halklarında yaşayan kadınlarda fazla kilolu olma ve şişmanlık oranı %63 iken bu oran en yüksek refah seviyesine sahip hane halklarında yaşayan kadınlarda %52'ye düşmektedir. (75).

2017 yılında yapılan Türkiye'de "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması'' verilerine göre ise fazla kilolu olan 15 ve üzeri yaş grubu bireylerin sıklığı %35,6 ve obez olanların sıklığı ise %28,8 bulunmuştur. VKİ ortalamasının erkeklerde 26,4±4,5 kg/m² ve kadınlarda 28,9±6,4 kg/m² olduğu saptanmıştır (56).

Çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olan obeziteden korunmada devlet ve bireyler farklı sorumluluklara sahiptir. Devlet obezite ile savaşta başı çekmeli, halkı sağlıklı olmaya teşvik etmelidir. Bireyler de bu hizmetler için talep edici olmalı, devletin imkânlarından faydalanmalı, kendileri ve aile bireyleri için yeterli ve dengeli beslenme ile düzenli fiziksel aktiviteyi normal bir hayat tarzı haline getirmelidir (76).

Hipertansiyon:

2010 yılında dünya genelinde yıllık 9,4 milyon ölüm ve hastalık yükünün yüzde 7'sinden sorumludur (58). 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na göre ülkemizde prevalansı yüzde 31,8'dir. Hipertansiyon prevalansı kadınlarda (yüzde 36,1) erkeklerden (yüzde 27,5) daha yüksektir. Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir ve 40-79 yaş grupları arasında kadınlarda erkeklerden anlamlı derecede daha yüksektir. (77).

2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2'de (PatenT2) hipertansiyon prevalansı yüzde 30,3 (erkeklerde yüzde 28,4; kadınlarda yüzde 32,3) saptanmıştır. Hipertansiyon farkındalık oranı PatenT çalışmasında yüzde 40, PatenT2 çalışmasında yüzde 54,7 olarak tespit edilmiştir. Tüm hipertansiflerde kontrol oranı PatenT çalışmasında yüzde 8, PatenT2'de yüzde 28,7'dir (78).

2008 yılında Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Araştırması'nda (CREDIT-Chronic Renal Disease In Turkey) ülkemiz genelinde hipertansiyon prevalansı yüzde 32,7 (kadınlarda yüzde 35,7, erkeklerde yüzde 29,4) olarak bulunmuştur (79). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda da hipertansiyon prevalansı yüzde 24 olup erkeklerde yüzde 21, kadınlarda yüzde 26'dır (63).

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı" 2017 çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı %26,1'dir. Erkeklerde prevalans %29,3, kadınlarda ise %27,7'dir (56).

Diyabet:

2014 yılı WHO Geneva Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Global Durum Raporu'na göre, diyabet tüm dünyada 1,5 milyon ölüm ve 89 milyon DALY'den sorumludur. 2014 yılında diyabet prevalansı yüzde 9'dur. Orta ve yüksek gelirli ülkelerin diyabet prevalansı, az gelirli ülkelerden daha fazladır (58). Türk toplumunda diyabet sıklığı giderek artmaktadır. CREDIT çalışmasında ülkemizde diyabet prevalansı yüzde 12,7 olarak tespit edilmiştir (79).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda diyabet sıklığı yüzde 11'dir (63). TURDEP 1 ve 2 çalışmasında 1998 ile 2010 arasında ülkemizde diyabet prevalansı yaklaşık iki kat artmıştır. Yüzde 7,2'den yüzde 13,7'ye yükseldiğinin saptanmış olması durumun ciddiyetini göstermektedir (80,81).

Uluslararası Diyabet Federasyonu Diyabet Atlası 10. Baskısında 2021 yılında dünya üzerinde 537 milyon insanın diyabet olduğu ve 20-79 yaş arası 6,7 milyon üzerinde insanın diyabet yüzünden hayatını kaybettiği tahmin edilmiştir. Türkiye'de ise 20-79 yaş arası diyabetli hasta sayısı 2021 yılında 9 milyon civarında tahmin edilmektedir (82).

Yüksek Kan Kolesterolü:

Dünyada yılda 2,6 milyon ölümün (yüzde 4,5) ve 29,7 milyon DALY veya total DALY'nin yüzde 2'sinin yüksek kolesterole bağlı olduğu bilinmektedir (83). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda - 2011 yüksek (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein) LDL kolesterol prevalansı yüzde 12,5 olup erkeklerde yüzde 11, kadınlarda yüzde 14'dür. (63). Türk Nefroloji Derneği'nce yapılan CREDIT çalışmasında dislipidemi yüzde 76,3 oranında bulunmuştur (79).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporunda toplumda referans değer 200 mg/dL'nin üzerinde olanlar, 15 ve üzeri yaş grupta %33,4, 19 ve üzeri yaş grupta is %36'dır. Türkiye'de erkeklerin %32'sinin, kadınların ise %34,8'inin kolesterolü 200 mg/dL'nin üstünde, yani hiperkolesterolemi mevcuttur (73).

Araştırmaya katılan 15 ve üzeri yaş bireylerde temel özelliklerine göre HDL kolesterol değerleri ortalaması 48,3 mg/dL, 19 ve üzeri yaş için 48,2 mg/dL olarak saptanmıştır. (73).

LDL değerleri, 15-18 yaş grubu erkeklerde (<100) değeri %81,3, kadınlarda ise 15-18 yaş grubunda (<100) değeri %78,2 olarak tespit edilmiştir. LDL değeri belirlenen

referans değerin üzerinde olma durumu 15 ve üzeri yaş grupta %2,6, 19 ve üzeri yaş grupta %2,8'dir (73).

4.10. Kılavuzlarda Fiziksel Aktivite Önerileri

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi erişkin her insana haftada en az 150 dakika orta şiddette egzersiz önerisinde bulunmaktadır. Bu egzersizlerin büyük kas gruplarını içermesi, dayanıklılık faaliyetlerinden oluşması, her bir egzersiz seansının en az 10 dakika sürmesi ve haftanın minimum 3-5 gününe yayılarak yapılması önemlidir. Egzersiz süresi arttıkça sağlanan yarar da artar (2).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) 2020 Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu önerilerine göre; prediyabetli ve diyabetli bireylerin, kalori kısıtlaması ile beraber haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik egzersizi yapması ihtiyaçtır. Aerobik egzersizi haftada minimum 3 gün olmalı ve egzersizler arasında en fazla 2 gün boşluk olmalıdır. Diyabetli bireylerin, aksi bir engeli yoksa, haftada 2 gün hafif direnç egzersizleri de yapmaları tavsiye edilmelidir. Egzersiz boyunca hastanın kendi kalp hızını takip etmesi önerilir ve egzersiz yaparken maksimum kalp hızı %50-75 civarı olmalıdır. Maksimum kalp hızı (220-yaş) hesaplanmalı ve kişiye göre kalp hızı ayarlanmalıdır. Egzersiz başlangıcı ve bitişinde ısınma ve soğuma egzersizleri mutlaka yapılmalıdır. Egzersiz başlangıç ve bitiş süreci boyunca kan şekerine bakılmalı, özellikle insülin kullanan hastalarda hipoglisemiye dikkat edilmelidir (84).

TEMD 2019 Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu önerilerine göre; fiziksel aktivite önerileri yapılırken kişiye göre karar verilmeli ve planlama yapılmalıdır. Hasta yapacağı sporu kendi seçmelidir. Obezite sorunu olsun olmasın tüm bireylere haftada 150 dakika orta yoğunluklu veya 75 dakika yüksek yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite veya ikisinin eşdeğer kombinasyonunun yapılması, haftada iki ile üç kez anaerobik direnç egzersizleri yapılması önerilmektedir. Direnç egzersizleri ana kas gruplarını çalıştırmalıdır. Direnç egzersizlerin fazla kilolu ve obez hastalara zayıflaması için tavsiye edilmektedir. Total egzersiz süresi haftaya yayılmalıdır. Amacına ulaşan ve kilosunu korumak isteyen kişilerden haftada en az 200 dakika orta yoğunlukta egzersiz veya eşdeğerini yapmaları istenmektedir.(85).

TEMD 2019 Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu önerilerine göre; hipertansiyon oluşumunda çevresel belirleyiciler çok değerlidir; hayat tarzı değişiklikleri kan basıncını belirgin ölçüde düşürür. Hipertansiyonda yaşam tarzı değişiklikleri mutlaka gereklidir. Haftada 5-7 gün minimum 30 dakikalık orta düzeyde dinamik egzersiz yapılmalıdır (86).

4.11. Fiziksel İnaktivite ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Sağlıklı ve üretken bir yaşamda fiziksel aktivite çok büyük bir öneme sahiptir. Kaliteli ve sağlıklı yaşam için geçmişten günümüze pek çok mücadele verilmiştir. Fiziksel aktivite ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır ve bu çalışmalar fiziksel aktivite yapma konusunda halkın motive olması için önemli olup, sivil toplum kuruluşları ve devletçe desteklenmektedir.

Çok sayıda çalışma bizlere fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin yararlarını göstermektedir. Fiziksel aktivite; hem yaşlanmaya bağlı meydana gelebilecek doğal değişiklikleri ve sedanter yaşam tarzının yol açtığı olası hastalıkların görülme sıklığını azaltmakta, hem de hücresel seviyede de yaşlanmayı geciktirmektedir (87). Fiziksel aktivite yapmanın osteoporozun tedavisinde değerli bir rolü vardır (88). Düzenli fiziksel aktivitenin, sistemik lupus eritematozus gibi hastalıklarda yaşam kalitesini yükselttiği görülmüştür (89). Parkinson üzerinde ilaç tedavisi ile birlikte motor ve motor olmayan semptomları kontrol altına alma gibi birçok yararı vardır. Araştırmalar, teşhis konduktan sonra uygun şekilde reçetelenen egzersiz programlarının nörolojik ve fizyolojik süreçler üzerinde etkili olabileceği ve semptomların ilerlemesini yavaşlatabileceğini düşündürmektedir (90).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yeri

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde temel, cerrahi ve klinik bilimler üzerinde araştırılmıştır.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, 15 Mayıs 2021-15 Ekim 2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışmış olan doktor ve hemşireler ile çalışmamış olan doktor ve hemşireleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Ankara Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından hesaplanan en az örneklem sayısı; 166 Covid-19 sürecinde çalışan ve 42 Covid-19 sürecinde çalışmayan toplamda 208 doktor, 165 Covid-19 sürecinde çalışan ve 33 Covid-19 sürecinde çalışmayan toplamda 198 hemşire olmak üzere totalde 406 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma toplamda 426 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılma kriteri; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşiresi ya da doktoru olmaktır.

Araştırmadan dışlama kriterleri; anket formunun eksik doldurulması, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikiyatrik hastalık varlığı ve son 1 yılda idari izinli olmasıdır.

5.3. Araştırmanın Tipi

Çalışma kesitsel bir araştırmadır.

5.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenleri; Sosyo-demografik özellikler

Bağımlı değişkenleri; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu ve SF-36 Yaşam kalitesi formu

5.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Formu

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi doktor ve hemşireleri üzerinde gönüllülük esasına göre anket formu, SF-36 Türkçeye uyarlanmış formu ve Uluslararası Fiziksel Aktivite

Anketi Kısa Formu kullanılarak yapılmıştır. Anket formu toplam 30 sorudan oluşmakta olup; sosyo-demografik özellikler, pandemi sürecinde kişinin beslenme, yaşam kalitesi, vücut ağırlığındaki değişimler, fiziksel aktivite/egzersiz durumu hakkında sorular, kronik hastalık durumu ve Covid-19 pandemisi sürecindeki çalışma durumu, yoğunluğu ve Covid-19 ile ilgili eğitim alma durumunu içermektedir. Ayrıca 7 soruluk Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve 36 sorudan oluşan SF-36 Yaşam kalitesi kısa formunun Türkçeye uyarlanmış hali kullanılmıştır.

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır. Veriler, anketler ve form hakkında bilgi verildikten sonra Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çalışmakta doktor ve hemşirelerden gönüllülük esasına göre yüz yüze ve online form olarak toplanmıştır.

5.7. Araştırma İçin Gerekli İnsan Gücü

Araştırma kapsamında Ankara Üniversite Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalında görev yapan uzmanlık öğrencisi ve öğretim üyesi, araştırmanın insan gücünü oluşturmaktadır.

5.8. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için normal dağılıma uygunluk durumuna göre ortalama ± standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise frekans (yüzde) olarak sunulacaktır. Sağlık çalışanlarının anket ve ölçek verileri; nicel değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi, nitel değişkenler için ise Ki-kare testi ile değerlendirilecektir. Değişkenler arasındaki ilişkiler ise Spearman Korelasyon analizi ile test edilecektir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilip analizlerin gerçekleştirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS, Versiyon 15.0, Chicago, IL.) kullanılacaktır. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ölçek puanları bakımından Covid-19 sürecinde çalışan ve Covid-19 sürecinde çalışmayan hekimler arasındaki 0,5 (Cohen-d) büyüklüğündeki etkiyi 0,05 anlamlılık düzeyinde 0,80 güç ile saptamak için çalışmaya dahil edilmesi gereken hekim sayısı 166 Covid-19 sürecinde çalışan ve 42 Covid-19 sürecinde çalışmayan toplamda 208 kişidir (İki grubun dağılımlarının farklılıklarından dolayı belirli bir orana göre belirlenmiştir). Covid-19 sürecinde çalışan ve Covid-19 sürecinde çalışmayan hemşireler arasındaki 0,45 (Cohen-d) büyüklüğündeki etkiyi 0,05 anlamlılık düzeyinde 0,8 güç ile saptamak için çalışmaya dahil edilmesi gereken hemşire sayısı 165 Covid-19 sürecinde çalışan ve 33 Covid-19 sürecinde çalışmayan toplamda 198 kişidir (İki grubun dağılımlarının

farklılıklarından dolayı belirli bir orana göre belirlenmiştir). Örneklem büyüklüğü hesabı G*Power (versiyon 3.1.9.2) hesabı ile gerçekleştirilmiştir.

5.9. Etik Konular

Araştırma için Ankara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.05.2021 tarihinde (Karar no: İ4-276-21) izin alınmıştır.

Araştırma için etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin aydınlatılmış onamları alınmıştır.

5.10. Araştımanın Zaman Çizelgesi

Mart 2021 Araştırma Konusunun Seçilmesi

Nisan 2021 Araştırmanın Planlanması

Mayıs-Ekim 2021 Verilerin Toplanması

Mayıs-Aralık 2021 Kaynakların Araştırılması

Aralık 2021-Ocak 2022 Verilerin Değerlendirilmesi

Ocak 2022 Rapor Yazımı

5.11. Araştırmanın Bütçesi

Anket Basımı 250 TL

Rapor Basımı 500 TL

Araştırmanın giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

6. BULGULAR

6.1. Sosyo-demografik Veriler

Çalışmamıza katılan 426 kişinin 299'u (%70,2) kadın, 127'si (%29,8) erkektir. Çalışmamızda 210 doktor ve 216 hemşire yer almıştır. Doktorların 119'ü (%56,6) kadın iken 91'i (%43,4) erkektir. Hemşirelerin ise 180'i (%83,3) kadın iken 36'sı (%16,7) erkektir. Çalışmamıza katılan kişilerin yaş ortalaması 32.51±8.43'dür (minimum:20 maksimum:62). Ankete katılanların %54'ü 30 yaş ve altındayken, %46'sı ise 30 yaş ve üstünü oluşturmaktadır Doktorların 152'si (%72,38) 30 yaş altındayken 58'i (%27,62) 30 yaş ve üzerinde; hemşirelerin ise 138'i (%63,88) 30 yaşın üstü, 78'i (%36,12) 30 yaş ve altındadır. Tablo 3'te katılımcıların sosyo-demografik verileri görülmektedir.

Çalışmaya katılanların vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandığında 426 kişiden 279'unun (%65,5) normal kiloda, 106'sının (%24,9) kilolu, 26'sının (%6,1) obez ve 15'inin (%3,5) ise zayıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışmaya katılanların VKİ ortalaması 23,7±3,57 kg/m²'dir (Minimum=17,06, Maximum=37,11). Doktorların (n=210) 147'si (%70) normal kiloda, 47 si (%22,38) kilolu, 7'si (%3,34) obez ve 9'u (%4,28) zayıf iken, Hemşirelerin (n=216) 132'si normal kiloda (%61,1), 59'u kilolu (%27,3), 19'u obez (%8,8) ve 6'sı (%2,8) zayıftır. Tablo 3'te katılımcıların VKİ'leri gösterilmiştir.

Katılımcıların (n=426) medeni durumları incelendiğinde ise 222 kişinin (%52,11) bekar, 202 (%47,42) kişinin evli, 2 kişi (%0,47) de dul olduğu bulunmuştur. 210 doktorun 128'i bekar (%60,95) ve 82'si (%39,05) evli iken; 216 hemşirenin 120'si evli (%55,55), 94'ü (%43,52) bekar, 2'si (%0,93) de duldur. Tablo 3'te katılımcıların medeni durumları gösterilmektedir.

426 kişiden 146'sı (%34,27) çocuk sahibiyken, 280 kişinin (%65,73) çocuğu yoktur. 210 doktorun 39'u (%18,6) 'Çocuğunuz var mı?' sorusuna evet yanıtını verirken, hemşirelerde evet yanıtını veren 107 kişi (%49,5) olmuştur. Tablo 3'te katılımcıların çocuk sahibi olma durumları gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların (n=426) meslekte geçirdikleri süreye bakıldığında 49 kişi (%11,5) 1 yıldan daha az süredir çalışmaktayken 204 kişi (%47,88) 1-5 yıl, 60 kişi (%14,09) 6-10 yıl arası ve 113 kişi (%26,53) de 10 yılı aşkın süredir çalışmaktadır. Doktor (n=210) ve hemşirelerin (n=216) dağılımına baktığımızda doktorların 29'u (%13,81) 1 yıldan az, 149'u (%70,95) 1-5 yıl arası, 19'u (%9,05) 6-10 yıl arası ve 13'ü (%6,19) ise 10 yılı aşkın süredir hizmet vermekte; hemşirelerin ise 20'si (%9,26) 1 yıldan az, 55'i (%25,46) 1-5 yıl arası, 41'i

(%18,98) 6-10 yıl arası, 100'ü ise (%46,3) 10 yılı aşkın süredir çalışmaktadır. Tablo 3'te meslekte geçirilen sürelerin dağılımı gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan 426 kişinin 147'si (%34,5) sigara kullanmakta iken 279'u (%65,5) kullanmamaktadır. Pandemi döneminde sigara kullanan katılımcıların sigara kullanım sıklıklarına baktığımızda 'Arttı' diyenlerin oranı %40,1, 'Değişiklik olmadı' diyenlerin oranı %44,9 ve 'Azaldı' diyenlerin oranı ise %15'dir. Doktorların (n=210) 62'si (%29,5) sigara kullanırken 148'i (%70,5) kullanmamakta; hemşirelerin ise 85'i (%39,4) kullanırken 131'i (%60,6) kullanmamaktadır. Sigara kullanan 62 doktordan 29'u (%46,77) pandemi döneminde sigara kullanım sıklığında değişiklik olmadığını, 21'i (%33,87) bu dönemde kullandığı sigara sayısının arttığını, 12'si (%19,36) ise bu dönemde azalttığını belirtmiştir. Sigara kullanan 85 hemşireden 38'i (%44,7) sigara kullanım sayısının arttığını, 37'si (%43,5) sigara kullanım sayısında değişiklik olmadığını, 10'u (%11,8) ise sigara kullanımını azalttığını belirtmiştir. Tablo 3'te katılımcıların sigara kullanma durumları gösterilmektedir.

Çalışmadaki katılımcılardan alkol kullananların sayısı 145 (%34), kullanmayanların sayısı ise 281 (%66) olarak hesaplanmıştır. Pandemi döneminde alkol kullanan katılımcıların alkol kullanım sıklıklarına baktığımızda %%34,48'i 'Arttı', %49,65'i 'Değişiklik olmadı' ve %15,87'si ise 'Azaldı' yanıtını vermiştir. Doktorların (n=210) 104'ü (%49,5) alkol kullanırken, 106'sı (%50,5) alkol kullanmamakta; hemşirelerin (n=216) 41'i (%19) alkol kullanırken, 175'i (%81) alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanan 104 doktordan 55'i (%52,9) pandemi döneminde alkol kullanım durumunda değişiklik olmadığını belirtirken, 33'ü (%31,7) alkol kullanımının arttığını, 16'sı (%15,4) ise alkol kullanım miktarının azaldığını belirtmiştir. Alkol kullanan 41 hemşireden 17'si (%41,46) alkol kullanım durumunda değişiklik olmadığını, 17'si (%41,46) alkol kullanımının arttığını, 7'si (%17,08) ise alkol kullanım miktarının azaldığını belirtmiştir. Tablo 3'te katılımcıların alkol kullanma durumları gösterilmektedir.

426 katılımcıdan tek yaşayan kişi sayısı 95 iken (%22,3), hane halkı sayısı 2 olan 99 kişi (%23,2), hane halkı sayısı 3 olan 108 kişi (%25,4), hane halkı sayısı 4 ve üstü olan 124 kişidir (%29,1). Doktorlardan (n=210) tek yaşayan kişi sayısı 54 (%25,7), aynı evde 2 kişi yaşayan kişi sayısı 62 (%29,5), aynı evde 3 kişi yaşayan kişi sayısı 52 (%24,8), aynı evde 4 ve üstü kişi yaşayan kişi sayısı ise 42'dir (%20). Tablo 3'te katılımcıların hane halkı sayısı gösterilmektedir.

'Beraber yaşadığınız 65 yaş üstü birey var mı?' sorusunda katılımcılardan 33'ü (%7,7) 'Evet' derken 393'ü (%92,3) 'Hayır' cevabını vermiştir. Doktorlardan 7 kişi (%3,3) bu soruya 'Evet' cevabını, 203 kişi (%96,7) 'Hayır' cevabını verirken; hemşirelerden ise 26 kişi (%12) bu soruya 'Evet', 190 kişi (%88) ise 'Hayır' cevabını vermiştir. Tablo 3'te 65 yaş üstü bireylerle yaşama durumu gösterilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Verilerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Veriler Tablosu	Değişkenler	Toplam (n)	Doktor		Hemşire		Yüzde (%)
			Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	299	119	56,6	180	83,3	70,2
	Erkek	127	91	43,4	36	16,7	29,8
Yaş	30 yaş altı	230	152	72,38	138	63,88	54
	30 yaş ve üzeri	196	58	27,62	78	36,12	46
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	15	9	4,28	6	2,8	3,5
	Normal	279	147	70	132	61,1	65,5
	Kilolu	106	47	22,38	59	27,3	24,9
	Obez	26	7	3,34	19	8,8	6,1
Medeni Durum	Evli	202	82	39,05	120	55,55	47,42
	Bekar	222	128	60,95	94	43,52	52,11
	Dul	2	0	0	2	0,93	0,47
Çocuk Durumu	Var	146	39	18,6	107	49,5	34,27
	Yok	280	171	81,4	109	50,5	65,73
Eğitim Durumu	Üniversite	277	105	50	172	79,7	65
	Yüksek Lisans	123	105	50	26	12	28,9
	Lise	26	0	0	18	8,3	6,1
Meslekte geçirdiği süre	1-5 yıl	204	149	70,95	55	25,46	47,88
	10 yıl ve üstü	113	13	6,19	100	46,3	26,53
	6-10 yıl	60	19	9,05	41	18,98	14,09
	1 yıldan az	49	29	13,81	20	9,26	11,5
Sigara Kullanımı	Evet	147	62	29,5	85	39,4	34,5
	Hayır	279	148	70,5	131	60,6	65,5
Pandemi döneminde sigara kullanım sıklığı	Azaldı	22	12	19,36	10	11,8	15
	Arttı	59	21	33,87	38	44,7	40,1
	Değişiklik olmadı	66	29	46,77	37	43,5	44,9
Alkol Kullanımı	Evet	145	104	49,5	41	19	34
	Hayır	281	106	50,5	175	81	66
Pandemi sürecinde alkol kullanım sıklığı	Azaldı	23	16	15,4	7	17,08	15,87
	Arttı	50	33	31,7	17	41,46	34,48
	Değişiklik olmadı	72	55	52,9	17	41,46	49,65
Hane Halkı Sayısı	1	95	54	25,7	41	19	22,3
	2	99	62	29,5	37	17,1	23,2
	3	108	52	24,8	56	25,9	25,4
	4 ve üstü	124	42	20	82	38	29,1
Beraber yaşadığınız 65 yaş ve üstü birey var mı?	Evet	33	7	3,3	26	12	7,7
	Hayır	393	203	96,7	190	88	92,3

Katılımcılara sorulan ‘Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldınız mı?’ sorusuna 372 kişi (%87,3) ‘Evet’, 54 kişi (%12,7) ise ‘Hayır’ cevabı vermiştir. Doktorlardan 178 kişi (%84,8), hemşirelerden de 194 kişi (%89,8) evet yanıtını vermiştir. Tablo 4’te katılımcıların Covid-19 ile ilgili eğitim durumları gösterilmektedir.

Katılımcılara sorulan ‘Covid-19 hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?’ sorusuna 426 katılımcıdan 305’i (%71,6) ‘Evet’, 121’i (%29,4) ise ‘Hayır’ yanıtını verdi. Doktorlardan (n=210) 140’ı (%66,7) evet cevabını, 70’i ise (%33,3) hayır cevabını verdi. Hemşirelerden (n=216) ise 165 kişi (%76,4) ‘Evet’, 51 kişi (%23,6) ‘Hayır’ yanıtını verdi. Tablo 4’te yeterli bilgi düzeyine sahip olma durumu gösterilmiştir.

Katılımcılardan 331’i (%77,7) pandemi döneminde yeterli ekipmana sahip olduğunu belirtirken, 95’i (%22,3) ise bu dönemde yeterli ekipmana sahip olmadığını belirtti. Doktor ve hemşirelerin dağılımına baktığımızda doktorlardan 158’i (%75,2), hemşirelerden ise 173’ü (%80,1) pandemi sürecinde yeterli ekipmana sahip olduğunu ifade etmiştir. Yeterli ekipmana sahip olma durumu Tablo 4’te gösterilmektedir.

Tablo 4’te katılımcıların Covid-19 enfeksiyonu sebebiyle hastaneye yatış durumları gösterilmiştir. Covid-19 enfeksiyonu geçiren 130 kişiden hastaneye yatışı olan 22 (%5,2) kişi olurken 404 kişinin (%94,8) Covid-19 sebebiyle yatışı olmamıştır. Doktorların %4,3’ü (n=9), hemşirelerin ise %6’sı (n=13) Covid-19 sebebiyle hastaneye yatışı olmuştur.

‘Pandemi sürecinde beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna katılımcılardan 194’ü (%45,54) ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’ yanıtını verirken 168’i (%39,43) ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’ yanıtını, 64’ü (%15,03) ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ yanıtını verdi. Çalışmaya katılan doktorlardan %41,4’ü ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’ şeklinde soruyu yanıtlarken, %41’i ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’ yanıtını, %17,6’sı ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ yanıtını verdi. Çalışmaya katılan hemşirelerden %49,5’i, ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’, %38’i ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’ ve %12,5’i ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ şeklinde cevap verdi. Tablo 4’te katılımcıların Covid-19 pandemisi sürecindeki beslenme durumları gösterilmiştir.

Katılımcıların ‘Pandemi sürecinde vücut ağırlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna yanıtı, %46,7 ‘Arttı’, %37,8 ‘Değişiklik olmadı’, %15,5 ise ‘Azaldı’ şeklinde oldu. Doktor ve hemşireler arasında dağılıma baktığımızda, katılımcı doktorların %46,7’si ‘Arttı’, %38,1’i ‘Değişiklik olmadı’ ve %15,2’si ise ‘Azaldı’ yanıtını verirken; katılımcı hemşirelerin %46,8’i

‘Arttı’, %37,5’i, ‘Değişiklik olmadı’, %15,7’si ise ‘Azaldı’ yanıtını verdi. Tablo 4’te pandemi sürecinde vücut ağırlığı değişiklik durumu gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Covid-19 pandemisi ile ilgili sorulara yanıtları

	Değişkenler	**Toplam**	**Yüzde**
Covid-19 Eğitim Durumu	Evet	372	87,3
	Hayır	54	12,7
Covid-19 Yeterli Bilgi Düzeyi	Evet	305	71,6
	Hayır	121	28,4
Pandemide Yeterli Ekipmana Sahiplik	Evet	331	77,7
	Hayır	95	22,3
Covid-19 nedeniyle hastaneye yatış	Evet	22	5,2
	Hayır	404	94,8
Pandemi sürecinde beslenme düzeni	Daha sağlıksız	194	45,54
	Değişmedi	168	39,43
	Daha sağlıklı	64	15,03
Pandemi Sürecinde Vücut Ağırlığı Değişikliği	Arttı	199	46,7
	Değişmedi	161	37,8
	Azaldı	66	15,5

Katılımcılardan 130 kişi (%30,5) Covid-19 enfeksiyonu geçirdiğini belirtirken, 296 kişi (%69,5) ise Covid-19 enfeksiyonu geçirmediğini belirtmiştir. Doktorlardan 56 kişi (%26,7) hemşirelerden ise 74 kişi (%34,3) Covid-19 enfeksiyonu geçirmiştir. Tablo 5’te katılımcıların Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu gösterilmiştir.

Tablo 5. Covid-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu

Covid-19 Enfeksiyonu Geçirme Durumu	**Doktor (n)**		**Hemşire (n)**		**Total (n)**	
	Evet	**Hayır**	**Evet**	**Hayır**	**Evet**	**Hayır**
	56	146	74	142	130	288
Yüzde (%)	26,7	73,3	34,3	65,7	30,5	69,5
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.						

Covid-19 enfeksiyonu geçiren 130 kişiye (%30,5) sorulan ‘Covid-19 enfeksiyonu geçirdiyseniz bu sizin fiziksel aktivite durumunuzu nasıl etkiledi?’ sorusuna %51,5’i, fiziksel aktivite düzeyinde azalma olduğunu belirtirken, %43,8’si değişiklik olmadığını, %4,6’sı ise artış olduğunu belirtti. Covid-19 enfeksiyonu geçiren 56 doktordan %53,57’si fiziksel aktivite düzeyinde değişiklik olmadığını, %42,85’i azalma olduğunu, %3,58’i artma olduğunu ifade

ederken, Covid-19 enfeksiyonu geçiren 74 hemşireden %58,1'i Covid-19 enfeksiyonu sonrası fiziksel aktivite düzeyinde azalma olduğunu, %36,5'i değişiklik olmadığını, %5,4'ü ise artış olduğunu ifade etti. Tablo 6'da Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin fiziksel aktivite durumları gösterilmiştir.

Tablo 6. Covid-19 Enfeksiyonu Geçirenlerde Fiziksel Aktivite Durumu

Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerde fiziksel aktivite durumu	**Doktor(n)**			**Hemşire(n)**			**Toplam**		
	Azaldı	**Arttı**	**Değişmedi**	**Azaldı**	**Arttı**	**Değişmedi**	**Azaldı**	**Arttı**	**Değişmedi**
Sayı (n)	24	2	30	43	4	27	67	6	57
Yüzde (%)	42,85	3,58	53,57	58,1	5,4	36,5	51,5	4,6	43,8
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.									

Katılımcıların toplam %77,5'i (n=330) Covid-19 ile ilgili bir ya da birkaç bölümde çalıştığını belirtirken %22,5'i (n=96) ise Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışmadığını belirtti. Doktorların (n=210) %79,5'u, hemşirelerin (n=216) ise %75,5'i Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalıştığını ifade etmiştir. Tablo 7'de katılımcıların bir ya da birkaç bölümde çalışma durumu gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Covid-19 ile İlgili Bir ya da Birkaç Bölümde Çalışma Durumu

Katılımcıların Covid-19 ile ilgili bir bölümde çalışma durumu	**Evet(n)**	**Hayır(n)**	**Yüzde(%)**	
			Çalışan Yüzdesi (%)	**Çalışmayan Yüzdesi(%)**
Doktor	167	43	%79,5	%20,5
Hemşire	163	53	%75,5	%24,5
Toplam	330	96	%77,5	%22,5
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.				

Covid-19 ile ilgili bir ya da birkaç yerde çalışan doktor ve hemşirelere baktığımızda 101 doktor serviste, 73 doktor acil serviste, 39 doktor poliklinikte, 26 doktor yoğun bakımda, 14'ü ise filyasyonda çalışmış; 97 hemşire serviste, 35 hemşire acil serviste, 30 hemşire poliklinikte, 39 hemşire yoğun bakımda çalışmıştır. Katılımcılar arasında filyasyonda çalışan hemşire

yoktur. Tablo 8'de Covid-19 ile ilgili bir ya da birkaç bölümde çalışmış doktor ve hemşirelerin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 8. Covid-19 ile İlgili Bir ya da Birkaç Bölümde Çalışmış Doktor ve Hemşirelerin Dağılımı

Covid-19 ile ilgili bir bölümde çalışan doktor ve hemşirelerin dağılımı	**Servis(n)**	**Acil Servis(n)**	**Poliklinik(n)**	**Yoğun Bakım(n)**	**Filyasyon(n)**
Doktor	101	73	39	26	14
Hemşire	97	35	30	39	0
Toplam	198	108	69	65	14
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) olarak gösterilmektedir.					

Katılımcıların gelir durumuna baktığımızda, 426 kişiden 314'ü (%73,7) 4500-8999TL arası gelire sahipken, 81'i (%19) 9000TL ve üstü, 31'i (%7,3) ise 0-4499TL arası kazanca sahipti. Doktorlardan 129'u (%61,4) 4500-8999TL arası, 78'i (%37,1) 9000TL ve üstü, 3'ü (%1,4) ise 0-4499TL arası gelire sahip olduğunu belirtirken, hemşirelerden 185'i (%85,6) 4500-8999TL arası, 28'i (%13) 0-4999TL arası, 3'ü (%1,4) ise 9000TL ve üstü gelire sahip olduğunu belirtti. Tablo 9'da katılımcıların gelir durum dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Gelir Durum Dağılımları

Gelir Durumu	**Doktor(n)**	**Doktorlar içinde gelir dağılımı (%)**	**Hemşire(n)**	**Hemşireler içinde gelir dağılımı (%)**	**Toplam (n)**	**Toplam (%)**
0-4499TL	3	1,4	28	13	31	7,3
4500-8999TL	129	61,4	185	85,6	314	73,7
9000 TL ve Üstü	78	37,1	3	1,4	81	19
Toplam	210	100	216	100	426	100
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.						

Katılımcı doktorların ünvan ve branşlarına baktığımızda çalışmaya katılan 210 doktordan 196'sı (%93,3) araştırma görevlisi, 7'si (%3,3) Dr. Öğretim Görevlisi, 3'ü (%1,4) Dr. Öğretim Üyesi, 2'i (%1) Doç. Dr. ve 2'si (%1) de Prof. Dr. idi. Katılımcı doktorlara branş olarak baktığımızda ise 111'i (%52,9) dahili bilimler, 50'si (%23,8) temel bilimler, 49'u (%23,3) ise cerrahi bilimlerdendi. Tablo 10'da katılımcı doktorların unvan ve branşları gösterilmektedir.

Tablo 10. Katılımcı Doktorların Ünvan ve Branşları

Katılımcı Doktorların Ünvanı	**Araştırma Görevlisi**	**Dr. Öğretim Görevlisi**	**Dr. Öğretim Üyesi**	**Doç. Dr.**	**Prof. Dr.**	**Toplam**
Sayı (n)	196	7	3	2	2	210
Yüzde (%)	93,3	3,3	1,4	1	1	100
Katılımcı Doktorların Branşı	**Dahili Bilimler**		**Temel Bilimler**		**Cerrahi Bilimler**	**Toplam**
Sayı (n)	111		50		49	210
Yüzde (%)	52,9		23,8		23,3	100
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.						

Çalışmaya katılan hemşirelerden 91'i (%42,1) serviste, 51'i (%23,6) poliklinikte, 37'si (%17,1) acilde, 31'i (%14,4) yoğun bakımda ve 6'sı (%2,8) diğer bölümlerde çalışmaktadır. Tablo 11'de çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştığı bölümleri görülmektedir.

Tablo 11. Katılımcı Hemşirelerin Çalıştığı Bölümler

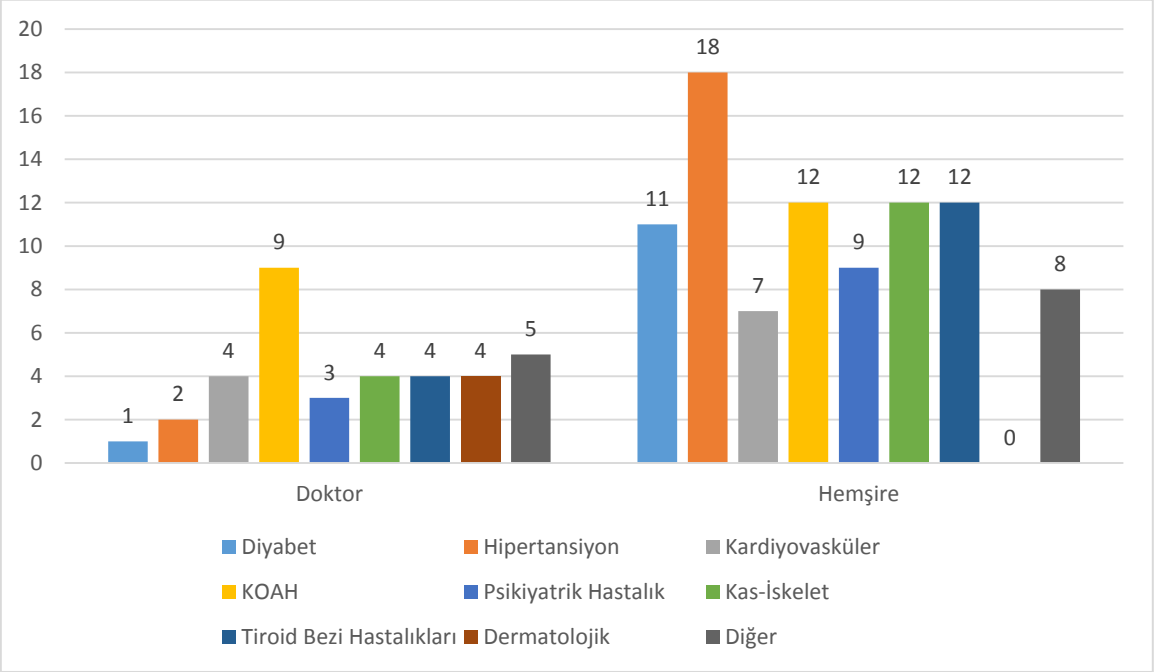
Katılımcı Hemşirelerin Çalıştığı Bölümler	**Servis**	**Poliklinik**	**Acil**	**Yoğun Bakım**	**Diğer**	**Toplam**
Sayı (n)	91	51	37	31	6	216
Yüzde (%)	42,1	23,6	17,1	14,4	2,8	100
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.						

Çalışmaya katılanların kronik hastalık durumuna baktığımızda %22,8'inin (n=97) en az bir kronik hastalığı varken, %77,2'sinin (n=329) herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmamaktadır. Doktorların %14,3'ü (n=30) ve hemşirelerin %31'i (n=37) en az bir kronik hastalığa sahiptir. Tablo 12'de katılımcıların kronik hastalık durumu gösterilmektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu

Kronik Hastalık Durumu	Evet (n)	Hayır (n)	Yüzde (%)	
			Evet	Hayır
Doktor	30	180	14,3	85,7
Hemşire	67	149	31	69
Toplam	97	329	22,8	77,2
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.				

Doktorların ve hemşirelerin sahip oldukları kronik hastalıkların dağılımı Şekil 2'de gösterilmektedir.



Şekil 2. Doktor ve Hemşirelerin Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Katılımcılara sorulan 'Pandemi sürecinde yaşam kalitenizde değişiklik oldu mu?' sorusuna katılımcıların %76,1'i (n=324) 'Azaldı', %16,2'si (n=69) 'Değişmedi' ve %7,7'si (n=33) ise 'Arttı' yanıtını verdi. Çalışmaya dahil olan doktorların %73,8'i (n=155) 'Azaldı', %14,3'ü (n=30) 'Değişmedi' ve %11,9'u (n=25) 'Arttı' yanıtını verirken; hemşirelerden ise %78,2'si (n=169) 'Azaldı', %18,1'ü (n=39) 'Değişmedi' ve %3,7'si (n=8) 'Arttı' yanıtını verdi. Tablo 13'de katılımcıların pandemi sürecindeki yaşam kalite düzeyleri gösterilmiştir.

Tablo 13. Pandemi Sürecinde Katılımcıların Yaşam Kalite Düzeyi

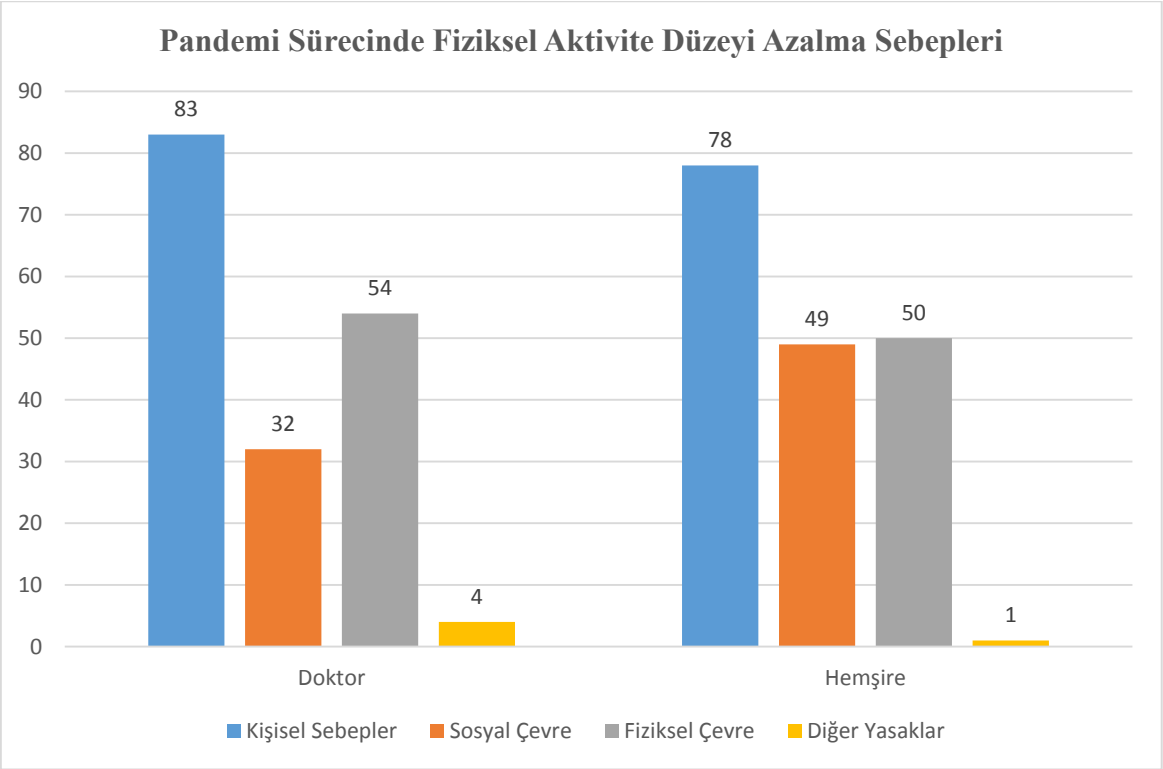
Pandemi Sürecinde Yaşam Kalite Düzeyi						
Düzey	**Arttı**		**Azaldı**		**Değişmedi**	
Katılımcı	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Doktor	25	11,9	155	73,8	30	14,3
Hemşire	8	3,7	169	78,2	39	18,1
Toplam	33	7,7	324	76,1	69	16,2
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.						

'Pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzeyinizde bir değişiklik oldu mu?' sorusuna katılımcıların %53,3'ü 'Azaldı', %31,7'si 'Değişmedi', %15'i ise 'Arttı' yanıtını verdi. Doktorların %54,3'ü 'Azaldı', %27,6'sı 'Değişmedi', %18,1'i 'Arttı' şeklinde cevaplarken, hemşirelerin %52,3'ü 'Azaldı', %35,6'sı 'Değişmedi', %12'si ise 'Arttı' şeklinde cevapladı. Tablo 14'te pandemi sürecinde fiziksel aktivite düzey değişikliği gösterilmektedir.

Tablo 14. Pandemi Sürecinde Fiziksel Aktivite Düzey Değişikliği

Pandemi Sürecinde Fiziksel Aktivite Düzeyi Değişikliği							
	Azaldı (n)	**Yüzde (%)**	**Arttı (n)**	**Yüzde (%)**	**Değişmedi (n)**	**Yüzde (%)**	**Toplam**
Doktor	114	54,3	38	18,1	58	27,6	210
Hemşire	113	52,3	26	12	77	35,6	216
Toplam	227	53,3	64	15	135	31,7	426
Nominal değişkenler kişi sayısı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmektedir.							

Fiziksel aktivite düzeyine 'Azaldı' yanıtını verenlere bunun sebebi sorulmuştur. Buna göre doktorların 83'ü kişisel sebeplerden, 32'si sosyal çevre, 54'ü fiziksel çevre nedeniyle, 4'ü ise diğer yasaklardan dolayı fiziksel aktivite seviyelerinde azalma olduğunu belirtirken, hemşirelerin 78'i kişisel sebeplerden, 49'u sosyal çevre, 50'si fiziksel çevre ve 1'i de diğer yasaklardan dolayı fiziksel aktivite düzeylerinin azaldığını ifade etmiştir. Verilen cevapların dağılımı Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Pandemi Sürecinde Katılımcıların Fiziksel Aktivite Düzeyi Azalma Sebepleri

Çalışmamıza katılan 426 kişiden 50'sinin (%11,7) fiziksel aktivite düzeyleri 'Bilmiyorum' cevapları nedeniyle hesaplanmamıştır. 376 kişinin fiziksel aktivite düzeyleri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'ne (UFAA) göre hesaplanmıştır. Buna göre 376 katılımcının %46,3'ü inaktif (n=174), %40,1'i (n=151) minimal aktif, %13,6'sı (n=51) ise çok aktiftir. Doktorların fiziksel aktivite düzeylerinin %92,9'u hesaplanmıştır (n=195). 210 doktordan 195'inin UFAA hesaplaması yapılmıştır. Buna göre %45,1'i (n=88) inaktif, %42,6'sı (n=83) minimal aktif, %12,3'ü (n=24) ise çok aktiftir; %7,1'i (n=15) hesaplanamamıştır. Hemşirelerin ise %83,8'i (n=181) hesaplanıp, %16,2'si (n=35) hesaplanamamıştır. Hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyi dağılımına baktığımızda 181 hemşirenin %47'5'i inaktif (n=86), %37,6'sı (n=68) minimal aktif, %14,9'u (n=27) ise çok aktiftir. Doktor ve hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki Chi-Square test ile hesaplanmış ve anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,557). Tablo 15'te katılımcıların meslekleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 15. Meslekler ile Fiziksel Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki

Meslek		Fiziksel Aktivite Düzeyleri						p=0,557**
		İnaktif		Minimal Aktif		Çok Aktif		
		Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	
	Doktor	88	45,1	83	42,6	24	12,3	
	Hemşire	86	47,5	68	37,6	27	14,9	
*Satır Yüzdesi ** Chi-Square Test								

Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlarla ve çalışmayanların fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışmayanlar çalışanlara göre daha aktif olsa da, aralarında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (p=0,259). Tablo 16'da Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlar ile çalışmayanların arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Tablo 16. Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlarla çalışmayanlar arasındaki fiziksel aktivite ilişkisi

Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışma durumu	Aktiflik Düzey Kategorisi						p=0,259***	
	İnaktif (n)**	Yüzde (%)*	Çok Aktif (n)**	Yüzde (%)*	Minimal Aktif (n)**	Yüzde (%)*	Toplam	
							Kişi	Yüzde
Hayır	31	38,3	12	14,8	38	46,9	81	100
Evet	143	48,5	39	13,2	113	38,3	295	100
Toplam	174	46,3	51	13,6	151	40,1	376	100
Satır yüzdesi * Kişi sayısı** Chi-square test***								

6.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Değerlendirilmesi

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) Kısa formu (7 soru); yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman ve otururken harcanan zaman hakkında bilgi vermektedir. Anketin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öztürk tarafından yapılmıştır (91). Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakika) ve frekans (gün) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanmaktadır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar;

Oturma	**1.5 MET**
Yürüme	**3.3 MET**
Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite	**4.0 MET**
Şiddetli Fiziksel Aktivite	**8.0 MET**

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanmaktadır.

Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı

Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli) MET-dk/hafta

Bu sürekli skorlamanın yanı sıra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır**.**

Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır:

1. İnaktif (Kategori 1): En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür.

2. Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

a) 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak
b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması
c) Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi

3. Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

a) Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya daha fazla gün veya
b) Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

6.3. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan KF-36 en sık kullandığımız ölçeklerdendir. Ölçek 1992'de Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (92,93). Toplam 36

maddeden oluşmaktadır ve bu maddelerde 8 farklı boyutun ele alındığı bir kendini değerlendirme ölçeğidir (94,95).

Ölçeğin ikinci sorusu hariç diğer sorular hastaların son dört hafta içindeki durumlarını göz önünde bulundurarak değerlendirme yaparken, 2. soru katılımcıların son 1 yılda sağlıkta olan genel değişim algısını ele almaktadır. Ölçeğin 4. ve 5. soruları evet/hayır şeklinde cevaplanırken, diğer sağlık maddeleri Likert tipi derecelendirme ile ölçüm yapmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirirken; 100 puan sağlık durumunun iyiliğini, 0 puan ise sağlığın kötü olduğunu göstermektedir (96,97).

6.4. Sosyo-demografik Özelliklerin Bağımlı Değişkenler ile Karşılaştırılması

Mann-Whitney U testi yapılarak Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlar ile çalışmayanların MET skorları ve yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Şiddetli, orta şiddetli,yürüme ve toplam MET skorları ile anlamlı bir farklılık yoktur. p değerleri sırasıyla p=0,372, p=0,146, p=0,259, p=0,348'dir. SF-36 formuna verilen cevaplarla ortaya çıkan fiziksel fonksiyon (p=0,198), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,207), ağrı (0,921), genel sağlık (p=0,703), vitalite (0,223), sosyal fonksiyon (p=0,802), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,106) ve mental sağlık puanları (p=0,420) bakıldığında da her biri için anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

30 yaş ve altı ile 30 yaş üstü yaş grupları arasında fiziksel aktivite MET skorları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş, Mann Whitney U testi ile incelenen bu ilişki sonucunda şiddetli fiziksel aktivite (p=0,145) ve orta şiddetli fiziksel aktivite (0,941) ile bu yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yürüme MET skoru (p=0,006) ve toplam MET skoru (p=0,011) arasındaki ilişkiye baktığımızda ise yaş tabakaları ile anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Yaş gruplarının yaşam kalitesini gösteren fiziksel fonksiyon (p=0,000), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,043), ağrı (p=0,002), genel sağlık (p=0,05), vitalite (p=0,032) ile ilişkisine baktığımızda, anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sosyal fonksiyon (p=0,905), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,119) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,115) ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Cinsiyetlere göre fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Cinsiyetle şiddetli fiziksel aktivite (p=0,019), orta şiddetli fiziksel aktivite (p=0,006) arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, yürüme MET skoru (p=0,671) ve toplam MET skoru (p=0,116) ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasındaki ilişkiye baktığımızda da fiziksel fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,01), ağrı (p=0,001), genel sağlık (0,001), vitalite (p=0,005), sosyal fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,001) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,001) kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığa sahiptir.

Mann-Whitney U testi yapılarak doktor ve hemşirelerin MET skorları ve SF-36 formuna verilen cevaplarla ortaya çıkan fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) ve mental sağlık puanları karşılaştırılmıştır. Şiddetli fiziksel aktivite MET skoru, orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru, yürüme MET skoru ve toplam MET skoru arasında anlamlı bir ilişki yoktur. P değerleri sırasıyla (p=0,430, p= 0,263, p=0,321, p=0,868) gösterilmiştir. Doktor ve hemşirelerin fiziksel fonksiyon ölçek puanı (p<0,001), rol güçlüğü fiziksel ölçek puanı (p=0,001), ağrı (p<0,001), genel sağlık (p=0,004) ve sosyal fonksiyon ölçek puanları (p=0,004) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Doktorların anlamlı farklılık bulunan bu alt ölçeklerdeki skoru daha yüksektir. Doktor ve hemşirelerin vitalite (p=0,796), rol güçlüğü emosyonel (p=0,688) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,357) arasında ise anlamlı bir farklılık yoktur.

Çocuk sahibi olma durumuna göre MET skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Şiddetli fiziksel aktivite (p=0,014) ve oturma MET skorları (p=0,008) arasında anlamlı farklılık yer alırken, yürüme MET skoru (p=0,501), orta şiddetli MET skoru (p=0,364) ve toplam MET skorları (p=0,177) arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Çocuk sahibi olma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye baktığımızda ise fiziksel fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (0,001), sosyal fonksiyon (p=0,002) ile anlamlı bir farklılığa sahipken; vitalite (p=0,955), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,804) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,714) arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Sigara içen ile içmeyenlerin MET skorları arasındaki ilişki incelenmiş, orta şiddetli MET skorları (p=0,044) arasında anlamlı bir farklılık varken, şiddetli fiziksel aktivite (p=0,296), yürüme MET skoru (p=0,131), toplam MET skoru (p=0,341) ve oturma MET skorları (p=0,123) arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Sigara içen ile içmeyenler arasındaki yaşam kalitesi ilişkisine baktığımızda ise vitalite (p=0,05), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,03) ile anlamlı bir farklılık varken, fiziksel fonksiyon (p=0,341), ağrı (p=0,58), genel sağlık (0,806), sosyal fonksiyon (p=0,904), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,071) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,059) arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Alkol tüketen ile tüketmeyenlerin MET skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Şiddetli (p=0,018) ve orta şiddetli (p=0,038) MET skorları ile anlamlı bir farklılık varken, oturma (p=0,250), yürüme (p=0,819) ve toplam MET skorları (p=0,266) ile anlamlı bir farklılık yoktur. Alkol tüketenler ile tüketmeyenlerin yaşam kalitesine baktığımızda fiziksel fonksiyon (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (0,002), sosyal fonksiyon (p=0,006) ile anlamlı bir farklılık söz konusudur. Rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,065),vitalite (p=0,943), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,978) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,752) ile ise anlamlı bir farklılık yoktur.

65 yaş üstü biri ile yaşayanlar ile yaşamayanların MET skorları arasındaki ilişkiye baktığımızda şiddetli (p=0,887), orta şiddetli (p=0,248), oturma (p=0,389), yürüme (p=0,757) ve toplam MET skorları (p=0,970) açısından anlamlı bir fark yoktur. Yaşam kalite ölçekleri ile olan ilişkisine baktığımızda fiziksel fonksiyon (p=0,187), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,081), ağrı (p=0,355), genel sağlık (0,861), sosyal fonksiyon (p=0,933) vitalite (p=0,892), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,191) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,717) ile anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi.

Kronik hastalık öyküsü olan ve olmayanların MET fiziksel aktivite skorları arasındaki ilişkiye baktığımızda toplam MET skoru (p=0,034) açısından anlamlı bir farklılık varken; şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,118), orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,281), oturma MET skoru (p=0,056) ve yürüme MET skoru (p=0,135) açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Kronik hastalık öyküsü olan ve olmayanların yaşam kalitesi skorlarına baktığımızda fiziksel fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (0,001), sosyal fonksiyon (p=0,001) vitalite (p=0,006), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,012) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,05) açısından anlamlı bir farklılık vardır.

Katılımcıların Kruskal-Wallis testi ile vücut kitle indekslerine göre MET fiziksel aktivite skorları ve yaşam kalitelerini incelediğimizde; orta şiddetli MET skoru (p=0,010), yürüme MET skoru (p=0,004) ve toplam MET skoru (p=0,003) arasında anlamlı bir farklılık varken, şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,715) ve oturma MET skoru arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p=0,107). Vücut kitle indekslerinin fiziksel fonksiyon (p=0,001) ölçeği ile ilişkisinde anlamlı bir farklılık varken; rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,074), ağrı (p=0,222), genel sağlık (p=0,063), sosyal fonksiyon (p=0,224) vitalite (p=0,255), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,668) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,305) ile anlamlı bir farklılığı yoktur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre fiziksel aktivite MET skorları ve yaşam kaliteleri Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Evli ve bekarların şiddetli fiziksel aktivite MET skorları (p=0,001) ile aralarında anlamlı bir farklılık söz konusuyken, orta şiddetli MET fiziksel aktivite (p=0,139), yürüme MET (p=0,509), toplam MET (p=0,170) ve oturma MET skorları (p=0,357) arasında herhangi bir farklılık söz konusu değildir. Evli ve bekarların yaşam kalitesi ile olan ilişkisine baktığımızda, fiziksel fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,005), ağrı (p=0,001), genel sağlık (p=0,001), sosyal fonksiyon (p=0,017) açısından anlamlı bir farklılık varken vitalite (p=0,562), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,718) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,538) arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre fiziksel aktivite MET skorları ve yaşam kaliteleri incelenmiştir. Şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,774), orta şiddetli fiziksel aktivite MET

skoru (p=0,972), yürüme MET skoru (p=0,722), toplam MET skoru (p=0,887) ve oturma MET skoru (p=0,970) ile anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Yaşam kalitesi ile ilişkisine baktığımızda fiziksel fonksiyon (p=0,001), rol güçlüğü (fiziksel) (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (p=0,002), sosyal fonksiyon (p=0,002) ile anlamlı bir farklılığa sahip olduğu görülmüştür. Vitalite (p=0,772), rol güçlüğü (emosyonel) (p=0,124) ve mental sağlık (p=0,459) ölçek puanları ile ise anlamlı bir farklılık yoktur.

Sosyo-demografik veriler ile fiziksel aktivite MET skorları ve yaşam kalitesi alt ölçek skorları arasındaki ilişki Tablo 17 ile Tablo 29'a kadar bulunan tüm tablolarda değerlendirilmiştir.

Tablo 17. Sosyo-demografik verilerle şiddetli fiziksel aktivite MET skoru arasındaki ilişki

		Şiddetli MET Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	0 (0,9600)	0,019
	Erkek	0 (0,15360)	
Meslek	Doktor	0 (0,5760)	0,430
	Hemşire	0 (0,15360)	
Yaş	30 yaş altı	0 (0,15360)	0,145
	30 yaş ve üstü	0 (0,7200)	
Çocuk Sahibi	Evet	0 (0,7200)	0,014
	Hayır	0 (0,15360)	
Alkol Kullanımı	Evet	0 (0,3000)	0,018
	Hayır	0 (0,15360)	
Sigara Kullanımı	Evet	0 (0,15360)	0,296
	Hayır	0 (0,9600)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	0 (0,1440)	0,887
	Hayır	0 (0,15360)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	0 (0,7200)	0,118
	Hayır	0 (0,15360)	
Medeni Durum	Evli	0 (0,7200)	0,001
	Bekar	0 (0,15360)	
Gelir Durumu	0-4499TL	0 (0,3840)	0,774
	4500-8999TL	0 (0,15360)	
	9000TL ve üzeri	0 (0,2880)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	0 (0,15360)	0,372
	Hayır	0 (0,3840)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	0 (0,1440)	0,715
	Normal	0 (0,7200)	
	Kilolu	0 (0,15360)	
	Obez	0 (0,2880)	

Tablo 18. Sosyo-demografik verilerle orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru arasındaki ilişki

		Orta Şiddetli MET Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	0 (0,6000)	0,006
	Erkek	0 (0,3360)	
Meslek	Doktor	0 (0,6000)	0,263
	Hemşire	0 (0,5760)	
Yaş	30 yaş altı	0 (0,6000)	0,941
	30 yaş ve üstü	0 (0,3600)	
Çocuk Sahibi	Evet	0 (0,3600)	0,364
	Hayır	0 (0,6000)	
Alkol Kullanımı	Evet	0 (0,5760)	0,038
	Hayır	0 (0,6000)	
Sigara Kullanımı	Evet	0 (0,3600)	0,044
	Hayır	0 (0,6000)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	0 (0,2880)	0,248
	Hayır	0 (0,6000)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	0 (0,3600)	0,281
	Hayır	0 (0,6000)	
Medeni Durum	Evli	0 (0,6000)	0,139
	Bekar	0 (0,5760)	
Gelir Durumu	0-4499TL	0 (0,1440)	0,972
	4500-8999TL	0 (0,6000)	
	9000TL ve üzeri	0 (0,3360)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	0 (0,6000)	0,146
	Hayır	0 (0,1440)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	240 (0,6000)	0,01
	Normal	0 (0,5760)	
	Kilolu	0 (0,3600)	
	Obez	0 (0,960)	

Tablo 19. Sosyo-demografik verilerle yürüme MET skoru arasındaki ilişki

		Yürüme MET Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	495 (0,13860)	0,671
	Erkek	577,5 (0,16632)	
Meslek	Doktor	528 (0,16632)	0,321
	Hemşire	495 (0,13860)	
Yaş	30 yaş altı	594 (0,16632)	0,006
	30 yaş ve üstü	495 (0,9900)	
Çocuk Sahibi	Evet	495 (0,9900)	0,501
	Hayır	495 (0,16632)	
Alkol Kullanımı	Evet	495 (0,16632)	0,819
	Hayır	495 (0,13860)	
Sigara Kullanımı	Evet	445,5 (0,16632)	0,131
	Hayır	594 (0,13860)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	495 (0,9900)	0,757
	Hayır	495 (0,16632)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	495 (0,13860)	0,135
	Hayır	594 (0,16632)	
Medeni Durum	Evli	495 (0,16632)	0,509
	Bekar	577,5 (0,13860)	
Gelir Durumu	0-4499TL	495 (0,13860)	0,722
	4500-8999TL	528 (0,13860)	
	9000TL ve üzeri	478,5 (0,16632)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	495 (0,16632)	0,259
	Hayır	660 (0,7128)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	594 (99,13860)	0,004
	Normal	594 (0,13860)	
	Kilolu	528 (0,16632)	
	Obez	165 (0,4158)	

Tablo 20. Sosyo-demografik verilerle toplam MET skoru arasındaki ilişki

		Toplam MET Median (Min,Max) değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	693 (0,19860)	0,116
	Erkek	837 (0,19884)	
Meslek	Doktor	716 (0,19860)	0,868
	Hemşire	693 (0,19884)	
Yaş	30 yaş altı	834 (0,19884)	0,011
	30 yaş ve üstü	594 (0,10500)	
Çocuk Sahibi	Evet	693 (0,10500)	0,177
	Hayır	709 (0,19884)	
Alkol Kullanımı	Evet	815 (0,18342)	0,266
	Hayır	693 (0,19884)	
Sigara Kullanımı	Evet	693 (0,19884)	0,341
	Hayır	735 (0,19860)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	615 (0,10500)	0,970
	Hayır	714 (0,19884)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	495 (0,15300)	0,034
	Hayır	802,5 (0,19884)	
Medeni Durum	Evli	660 (0,19860)	0,170
	Bekar	815 (0,19884)	
Gelir Durumu	0-4499TL	1342,5 (0,15300)	0,887
	4500-8999TL	693 (0,19884)	
	9000TL ve üzeri	723 (0,16632)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	693 (0,19884)	0,348
	Hayır	735 (0,7128)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	1335 (99,19860)	0,003
	Normal	743,25 (0,18342)	
	Kilolu	693 (0,19884)	
	Obez	222,75 (0,7038)	

Tablo 21. Sosyo-demografik verilerle oturma dakikaları arasındaki ilişki

		Oturma Dakikaları Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	300 (0,900)	0,907
	Erkek	300 (60,960)	
Meslek	Doktor	360 (60,960)	0,001
	Hemşire	240 (0,720)	
Yaş	30 yaş altı	360 (0,900)	0,373
	30 yaş ve üstü	300 (60,960)	
Çocuk Sahibi	Evet	300 (60,600)	0,008
	Hayır	360 (0,960)	
Alkol Kullanımı	Evet	360 (0,900)	0,250
	Hayır	300 (60,960)	
Sigara Kullanımı	Evet	300 (0,900)	0,123
	Hayır	360 (60,960)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	300 (120,960)	0,389
	Hayır	300 (0,900)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	360 (60,720)	0,056
	Hayır	300 (0,960)	
Medeni Durum	Evli	300 (60,900)	0,357
	Bekar	360 (0,960)	
Gelir Durumu	0-4499TL	360 (120,600)	0,970
	4500-8999TL	300 (0,840)	
	9000TL ve üzeri	330 (60,960)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	330 (0,960)	0,555
	Hayır	300 (60,840)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	300 (60,840)	0,107
	Normal	300 (0,960)	
	Kilolu	360 (60,900)	
	Obez	390 (120,600)	

Tablo 22. Sosyo-demografik verilerle fiziksel fonksiyon arasındaki ilişki

		Fiziksel Fonksiyon Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	90 (0,100)	0,001
	Erkek	100 (30,100)	
Meslek	Doktor	100 (15,100)	0,001
	Hemşire	85 (0,100)	
Yaş	30 yaş altı	95 (0,100)	0,001
	30 yaş ve üstü	90 (0,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	85 (0,100)	0,001
	Hayır	97,5 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	100 (25,100)	0,001
	Hayır	90 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	90 (0,100)	0,341
	Hayır	95 (0,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	90 (0,100)	0,187
	Hayır	95 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	80 (0,100)	0,034
	Hayır	95 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	90 (0,100)	0,001
	Bekar	100 (0,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	85 (0,100)	0,001
	4500-8999TL	95 (0,100)	
	9000TL ve üzeri	95 (40,100)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	90 (0,100)	0,198
	Hayır	95 (0,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	100 (55,100)	0,001
	Normal	95 (0,100)	
	Kilolu	90 (10,100)	
	Obez	75 (0,100)	

Tablo 23. Sosyo-demografik verilerle rol güçlüğü (fiziksel) arasındaki ilişki

		Rol güçl. fiziksel Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	75 (0,100)	0,010
	Erkek	100 (0,100)	
Meslek	Doktor	100 (0,100)	0,001
	Hemşire	75 (0,100)	
Yaş	30 yaş altı	100 (0,100)	0,043
	30 yaş ve üstü	75 (0,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	75 (0,100)	0,001
	Hayır	100 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	100 (0,100)	0,065
	Hayır	100 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	75 (0,100)	0,030
	Hayır	100 (0,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	75 (0,100)	0,081
	Hayır	100 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	50 (0,100)	0,001
	Hayır	100 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	75 (0,100)	0,005
	Bekar	100 (0,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	25 (0,100)	0,001
	4500-8999TL	100 (0,100)	
	9000TL ve üzeri	100 (0,100)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	100 (0,100)	0,207
	Hayır	100 (0,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	75 (0,100)	0,074
	Normal	100 (0,100)	
	Kilolu	100 (0,100)	
	Obez	62,5 (0,100)	

Tablo 24. Sosyo-demografik verilerle ağrı arasındaki ilişki

		Ağrı Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	62 (0,90)	0,001
	Erkek	84 (0,90)	
Meslek	Doktor	84 (0,90)	0,001
	Hemşire	62 (0,90)	
Yaş	30 yaş altı	74 (0,90)	0,002
	30 yaş ve üstü	62 (0,90)	
Çocuk Sahibi	Evet	62 (0,90)	0,001
	Hayır	80 (0,90)	
Alkol Kullanımı	Evet	84 (0,90)	0,001
	Hayır	64 (0,90)	
Sigara Kullanımı	Evet	72 (0,90)	0,580
	Hayır	74 (0,90)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	62 (0,90)	0,355
	Hayır	74 (0,90)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	51 (0,90)	0,001
	Hayır	80 (0,90)	
Medeni Durum	Evli	62 (0,90)	0,001
	Bekar	80 (0,90)	
Gelir Durumu	0-4499TL	51 (0,90)	0,001
	4500-8999TL	74 (0,90)	
	9000TL ve üzeri	74 (0,90)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	72 (0,90)	0,921
	Hayır	74 (0,90)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	80 (32,90)	0,222
	Normal	74 (0,90)	
	Kilolu	72 (22,90)	
	Obez	56,5 (12,90)	

Tablo 25. Sosyo-demografik verilerle genel sağlık arasındaki ilişki

		Genel Sağlık Median (Min,Max)değerleri	p değeri
Cinsiyet	Kadın	62 (5,100)	0,001
	Erkek	72 (20,100)	
Meslek	Doktor	67 (20,100)	0,004
	Hemşire	62 (5,100)	
Yaş	30 yaş altı	67 (5,100)	0,05
	30 yaş ve üstü	62 (5,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	57 (5,95)	0,001
	Hayır	67 (5,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	72 (20,100)	0,002
	Hayır	62 (5,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	67 (20,100)	0,806
	Hayır	67 (5,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	67 (20,92)	0,861
	Hayır	67 (5,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	47 (5,87)	0,001
	Hayır	72 (5,100)	
Medeni Durum	Evli	57 (5,100)	0,001
	Bekar	72 (5,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	52 (20,90)	0,002
	4500-8999TL	67 (5,100)	
	9000TL ve üzeri	70 (35,100)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	67 (5,100)	0,703
	Hayır	64,5 (5,97)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	72 (22,90)	0,063
	Normal	67 (5,100)	
	Kilolu	62 (5,97)	
	Obez	55 (20,90)	

Tablo 26. Sosyo-demografik verilerle vitalite arasındaki ilişki

		Vitalite Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	50 (0,100)	0,005
	Erkek	55 (0,100)	
Meslek	Doktor	50 (0,100)	0,796
	Hemşire	50 (0,100)	
Yaş	30 yaş altı	50 (0,100)	0,032
	30 yaş ve üstü	55 (5,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	50 (5,100)	0,955
	Hayır	50 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	55 (0,90)	0,943
	Hayır	50 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	50 (0,95)	0,05
	Hayır	55 (0,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	50 (20,100)	0,892
	Hayır	50 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	50 (5,100)	0,006
	Hayır	55 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	57 (5,100)	0,001
	Bekar	72 (5,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	55 (10,90)	0,772
	4500-8999TL	50 (0,100)	
	9000TL ve üzeri	50 (0,90)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	50 (0,100)	0,223
	Hayır	55 (0,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	60 (25,90)	0,255
	Normal	55 (0,100)	
	Kilolu	50 (0,100)	
	Obez	45 (5,95)	

Tablo 27. Sosyo-demografik verilerle sosyal fonksiyon arasındaki ilişki

		Sosyal fonksiyon Median (Min,Max)değerleri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	62,5 (0,100)	0,001
	Erkek	75 (0,100)	
Meslek	Doktor	62,5 (0,100)	0,004
	Hemşire	62,5 (0,100)	
Yaş	30 yaş altı	62,5 (0,100)	0,905
	30 yaş ve üstü	62,5 (0,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	62,5 (0,100)	0,002
	Hayır	62,5 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	62,5 (0,100)	0,006
	Hayır	62,5 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	62,5 (0,100)	0,904
	Hayır	62,5 (0,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	62,5 (0,100)	0,933
	Hayır	62,5 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	50 (0,100)	0,001
	Hayır	62,5 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	62,5 (0,100)	0,017
	Bekar	62,5 (0,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	50 (25,100)	0,002
	4500-8999TL	62,5 (0,100)	
	9000TL ve üzeri	75 (0,100)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	62,5 (0,100)	0,802
	Hayır	62,5 (0,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	75 (25,100)	0,224
	Normal	62,5 (0,100)	
	Kilolu	62,5 (0,100)	
	Obez	50 (12,5,100)	

Tablo 28. Sosyo-demografik verilerle rol güçlüğü (emosyonel) arasındaki ilişki

		Rol güçl. (emosyonel) Median (Min,Max)değeri	**p değeri**
Cinsiyet	Kadın	66,6667 (0,100)	0,001
	Erkek	100 (0,100)	
Meslek	Doktor	66,6667 (0,100)	0,688
	Hemşire	66,6667 (0,100)	
Yaş	30 yaş altı	66,6667 (0,100)	0,119
	30 yaş ve üstü	66,6667 (0,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	66,6667 (0,100)	0,804
	Hayır	66,6667 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	66,6667 (0,100)	0,978
	Hayır	66,6667 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	66,6667 (0,100)	0,071
	Hayır	66,6667 (0,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	66,6667 (0,100)	0,191
	Hayır	66,6667 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	33,3333 (0,100)	0,012
	Hayır	66,6667 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	66,6667 (0,100)	0,718
	Bekar	66,6667 (0,100)	
Gelir Durumu	0-4499TL	33,3333 (0,100)	0,124
	4500-8999TL	66,6667 (0,100)	
	9000TL ve üzeri	66,6667 (0,100)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	66,6667 (0,100)	0,106
	Hayır	100 (0,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	66,6667 (0,100)	0,668
	Normal	66,6667 (0,100)	
	Kilolu	66,6667 (0,100)	
	Obez	50 (0,100)	

Tablo 29. Sosyo-demografik verilerle mental sağlık arasındaki ilişki

		Mental Sağlık Median (Min,Max)değerleri	p değeri
Cinsiyet	Kadın	60 (0,100)	0,001
	Erkek	68 (8,92)	
Meslek	Doktor	64 (0,100)	0,357
	Hemşire	64 (8,100)	
Yaş	30 yaş altı	60 (0,100)	0,115
	30 yaş ve üstü	64 (8,100)	
Çocuk Sahibi	Evet	64 (8,100)	0,714
	Hayır	64 (0,100)	
Alkol Kullanımı	Evet	64 (12,100)	0,752
	Hayır	64 (0,100)	
Sigara Kullanımı	Evet	60 (0,100)	0,059
	Hayır	64 (8,100)	
65 yaş üzeri ile yaşama	Evet	60 (20,100)	0,717
	Hayır	64 (0,100)	
Kronik Hastalık Öyküsü	Evet	60 (8,100)	0,05
	Hayır	64 (0,100)	
Medeni Durum	Evli	64 (8,100)	0,538
	Bekar	64 (0,92)	
Gelir Durumu	0-4499TL	60 (8,88)	0,459
	4500-8999TL	64 (8,100)	
	9000TL ve üzeri	64 (0,92)	
Covid-19 Çalışma Durumu	Evet	64 (0,100)	0,420
	Hayır	64 (8,100)	
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	68 (40,92)	0,305
	Normal	64 (0,100)	
	Kilolu	60 (8,100)	
	Obez	54 (20,100)	

Katılımcıların fiziksel aktivite alt ölçek ve yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları hesaplanmıştır. Buna göre 376 katılımcının şiddetli fiziksel aktivite MET skoru 370,89±1199,01, orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru 218,45±603,83, yürüme MET skoru 892,36±1740,01, toplam MET skoru 1610,13±2710,24 olup, oturma süre ortalamaları ise 338,88±182,65'dir. Tablo 30'da UFAA'nın ortalama±SS, min-max, median ve Q25-Q75 değerleri gösterilmektedir.

Tablo 30. Katılımcıların Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nden (UFAA) elde edilen puanları

Fiziksel Aktivite	Fiziksel Aktivite Puanları (Ort±SS) (MET-dk /Hafta)	Median	Min-Max	Q25-Q75
Şiddetli Aktivite	370,89 ± 1199,01	0	0 - 15360	0-0
Orta Şiddetli Aktivite	218,45 ± 603,83	0	0 - 6000	0 - 240
Yürüme	892,36 ± 1740,01	462	0 - 16632	99 - 990
Oturma süresi (dk)	338,88 ± 182,65	300	0 - 960	180 - 480
Toplam	1610,13 ± 2710,24	697,5	0 - 19884	287,5 - 1710

Katılımcıların yaşam kalite alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon puan ortalaması 84,61±21,85, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 68,84±39,17, ağrı puan ortalaması 66,47±22,24, genel sağlık puan ortalaması 62,95±20,10, vitalite (enerji) puan ortalaması 51,51±19,51, sosyal fonksiyon puan ortalaması 64,32±24,58, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 58,37±43,01, mental sağlık puan ortalaması 61,03±17,61'dir. Tablo 31'de Kısa Form-36 ölçeğinin ortalama±SS, min-max, median ve Q25-Q75 değerleri gösterilmektedir. Katılımcıların 0-100 arasında değerlendirilen Kısa Form-36 alt ölçek puan ortalama puanı ne kadar yüksek olursa yaşam kalitesi de o kadar yüksektir.

Tablo 31. Kısa form 36'nın alt ölçeklerinin ortalama ± standart sapma, minimum, maksimum ve median değerleri

SF-36'nın alt ölçekleri	Ort ± SS	Min - Max	Median	Q25-75
Fiziksel fonksiyon	84,61±21,85	0 - 100	95	80 - 100
Fiziksel rol güçlüğü	68,84 ± 39,17	0 - 100	100	25 - 100
Ağrı	66,47±22,24	0 - 90	74	51 - 84
Genel sağlık	62,95±20,10	5 - 100	67	50 - 77
Vitalite (enerji)	51,51±19,51	0 - 100	50	40 - 65
Sosyal fonksiyon	64,32 ± 24,58	0 - 100	62,5	50 - 87,5
Emosyonel rol güçlüğü	58,37 ± 43,01	0 - 100	66,67	0 - 100
Mental sağlık	61,03 ± 17,61	0 - 100	64	52 - 72

Doktor ve hemşirelerin vücut kitle indeksleri (VKİ) arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur (p=0,016). Hemşirelerin vücut kitle indeksi doktorlardan daha yüksektir. Her iki meslek grubunun yaşları ve boyları arasında anlamlı bir farklılık vardır ve yaş ve boy için de

p<0,001'dir. Kilolar arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,223). Tablo 30'da mesleklerin VKİ, yaş, boy ve kilo ile ölçeklerin ilişkisi gösterilmektedir.

Doktorların şiddetli fiziksel aktiviteleri 333,71±818,1, hemşirelerin ise 407,04 ± 1479,37'dir. Orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru ise doktorlarda 213,71 ± 568,57, hemşirelerde ise 223,06 ± 637,54 olarak belirlenmiştir. Yürüme MET skoruna baktığımızda doktorlarda 817,93 ± 1632,97, hemşirelerde ise 964,72 ± 1839,02'dir. Toplam MET skoru da doktorlarda 1413,79 ± 2242,36, hemşirelerde ise 1821,65 ± 3130 bulunmuştur. Doktorlarla hemşirelerin SF-36 skorları arasındaki ilişkiye baktığımızda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alt ölçeklerinde anlamlı bir farklılık vardır ve bu anlamlı farklılığa göre doktorların yaşam kalite ölçek puanları daha yüksektir. Tablo 32 ve 33'te mesleklere göre bağımlı değişkenlerin Ortalama±SS, median, min-max, Q25-75 değerleri gösterilmektedir. Doktorlarla hemşireler arasında oturma süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardır (p<0,001). Doktorların hemşirelere göre günlük oturma dakikası anlamlı derecede daha yüksektir. Doktorlarda 380,55 ± 197,42 dakikayken, hemşirelerde ise bu süre 290,83 ± 150,87'dir. Tablo 33'te doktorların ve hemşirelerin oturma süreleri ilişkisi gösterilmektedir.

Tablo 32. Mesleklerin yaşam kalitesi ölçeği ile ilişkisi

	Meslek								
	Doktor				**Hemşire**				
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	***p***
Yaş	29,4 ± 5,71	28	25 - 59	26 - 30	35,53 ± 9,51	34	20 - 62	27 - 43	<0,001
Boy	1,71 ± 0,1	1,7	1,52 - 1,94	1,63 - 1,78	1,65 ± 0,08	1,65	1,5 - 1,86	1,59 - 1,7	<0,001
Kilo	68,11 ± 13,63	65,5	42 - 105	58 - 75	65,74 ± 10,99	64	40 - 100	58 - 72	0,223
VKİ	23,22 ± 3,2	22,75	17,19 - 33,25	21,05 - 25,17	24,17 ± 3,86	23,81	17,06 - 37,11	21,17 - 26,1	0,016
Fiziksel fonksiyon	91,48 ± 14,92	100	15 - 100	90 - 100	77,94 ± 25,23	85	0 - 100	65 - 100	<0,001
Rol güçl.(fiziksel)	75,48 ± 35,44	100	0 - 100	50 - 100	62,38 ± 41,55	75	0 - 100	25 - 100	0,001
Ağrı	71,26 ± 19,88	84	0 - 90	52 - 90	61,83 ± 23,45	62	0 - 90	41 - 84	<0,001
Genel Sağlık	65,86 ± 19,1	67	20 - 100	52 - 82	60,13 ± 20,69	62	5 - 100	45 - 77	0,004
Vitalite	51,43 ± 19,97	50	0 - 100	40 - 65	51,6 ± 19,12	50	0 - 100	40 - 65	0,796
Sosyal fonksiyon	67,74 ± 24,53	62,5	0 - 100	50 - 87,5	61 ± 24,22	62,5	0 - 100	50 - 75	0,004
Rol güçl. (emosyonel)	58,89 ± 43,72	66,67	0 - 100	0 - 100	57,87 ± 42,41	66,67	0 - 100	0 - 100	0,688
Mental sağlık	61,58 ± 18,42	64	0 - 100	48 - 76	60,5 ± 16,8	64	8 - 100	52 - 72	0,357

Tablo 33. Mesleklerin MET skorları ve oturma süresi ile ilişkisi

	Meslek								
	Doktor				Hemşire				
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	***p***
Şiddetli FA MET skoru	333,71 ± 818,1	0	0 - 5760	0 - 240	407,04 ± 1479,37	0	0 - 15360	0 - 0	0,430
Orta şiddetli FA MET skoru	213,71 ± 568,57	0	0 - 6000	0 - 240	223,06 ± 637,54	0	0 - 5760	0 - 240	0,263
Yürüme MET skoru	817,93 ± 1632,97	495	0 - 16632	198 - 924	964,72 ± 1839,02	404,25	0 - 13860	0 - 990	0,321
Toplam MET skoru	1413,79 ± 2242,36	716	0 - 19860	297 - 1584	1821,65 ± 3130	693	0 - 19884	219 - 1920	0,868
Oturma Süresi (dakika)	380,55 ± 197,42	360	60 - 960	240 - 480	290,83 ± 150,87	240	0 - 720	180 - 360	<0,001

6.5. Aktiflik Düzeyinin Bağımlı Değişkenler ile İlişkisi

Aktiflik düzey kategorilerine göre değişkenler değerlendirilmiştir. Yaş, boy, kilo ve VKİ ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiye bakılmış ancak sırasıyla p=0,19, p=0,187, p= 0,368, p=0,284 olup anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Fiziksel aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek ilişkisine bakılmış olup fiziksel fonksiyon (p<0,001), fiziksel rol güçlüğü (p=0,015), vitalite (p<0,001), sosyal fonksiyon (p=0,001), emosyonel rol güçlüğü (p=0,002) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İnaktif, minimal aktif ve çok aktif arasında fiziksel fonksiyon yönünden her üç grup için de anlamlı bir farklılık söz konusudur (a,b,c). Fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğine baktığımızda inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık varken, minimal aktif düzeyinde olanlar inaktif ve çok aktifler ile benzerlik göstermiştir (a,ab,b). Vitalite alt ölçeğine baktığımızda, inaktif kişiler ile minimal aktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, minimal aktif ve çok aktif arasında ise anlamlı bir farklılık yoktur, benzerdir (a,b,b). Sosyal fonksiyon ölçek puanına baktığımızda, inaktif ile minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çok aktif kişiler ile inaktif ve minimal aktif kişiler arasında benzer sonuçlar tespit edilmiştir (a,b,ab). Emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğini değerlendirdiğimizde, inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, çok aktif kişiler ile inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur, benzerlik göstermektedir (a,b,ab). Oturma sürelerine baktığımızda ise inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, inaktif olanların oturma süreleri daha yüksek bulunmuştur. Minimal aktif kişiler ile inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,ab,b). Tablo 32'de aktiflik düzeyinin SF-36 ölçeği ve oturma süreleri ile ilişkisi gösterilmektedir.

Aktiflik düzeyine göre MET skorları ve oturma süreleri ile ilişki değerlendirilmiş; inaktif, minimal aktif ve çok aktif kişiler arasında şiddetli, orta şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme MET skorları her biri için anlamlı bir farklılık göstermiştir (a,b,c). Toplam MET skoru açısından inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur, benzerlik vardır. Çok aktif kişiler ile minimal aktif ve inaktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir. İnaktif ve minimal aktiflerin oturma süreleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,a,b). Tablo 35'te aktiflik düzeyinin MET skorları ile ilişkisi gösterilmektedir.

Tablo 34. Aktiflik düzeyinin ölçeklerle ilişkisi

	Aktiflik düzey kategorisi													
	İnaktif (a)				Minimal aktif (b)				Çok aktif (c)					
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	***p***	
Yaş	32,95 ± 8,46	30	20 - 54	27 - 39	32,11 ± 8,29	29	20 - 59	27 - 35	31,4 ± 8,1	28	20 - 54	26 - 35	0,190	
Boy	1,67 ± 0,09	1,66	1,5 - 1,91	1,6 - 1,75	1,68 ± 0,09	1,67	1,5 - 1,9	1,63 - 1,75	1,71 ± 0,1	1,69	1,55 - 1,94	1,61 - 1,8	0,187	
Kilo	67,52 ± 11,8	66	47 - 103	60 - 75	66,32 ± 11,92	63	40 - 104	58 - 74	69,62 ± 14,37	65,5	49 - 105	60 - 75	0,368	
VKİ	24,1 ± 3,84	23,37	17,72 - 35,56	21,22 - 26,04	23,29 ± 3,18	22,83	17,06 - 37,11	21,1 - 25,39	23,79 ± 3,38	23,75	17,51 - 30,45	20,98 - 25,66	0,284	
Fiziksel fonksiyon ölçek puanı	83,35 ± 21,9	90	0 - 100	75 - 100	87,32 ± 20,08	95	0 - 100	85 - 100	87,8 ± 22,23	100	20 - 100	90 - 100	<0,001	a,b,c
Rol güçl.(fiziksel) ölçek puanı	64,6 ± 41,68	100	0 - 100	25 - 100	75 ± 35	100	0 - 100	50 - 100	74,5 ± 35,53	100	0 - 100	50 - 100	0,015	a,ab, b
Ağrı ölçek puanı	63,91 ± 22,86	62	0 - 90	42 - 84	70,18 ± 19,67	74	0 - 90	52 - 90	67 ± 22,79	74	0 - 90	51 - 90	0,080	
Genel Sağlık ölçek puanı	58,49 ± 20,32	62	5 - 100	42 - 72	67 ± 18,66	72	5 - 100	52 - 82	68,56 ± 22,44	75	20 - 100	52 - 87	0,053	
Vitalite ölçek puanı	47,8 ± 18,07	50	0 - 85	35 - 60	55,33 ± 19,02	55	0 - 100	45 - 70	55,4 ± 23,21	52,5	5 - 100	40 - 70	<0,001	a,b,b
Sosyal fonksiyon ölçek puanı	59,97 ± 24,26	62,5	0 - 100	37,5 - 75	69,44 ± 23,29	62,5	0 - 100	50 - 87,5	65,75 ± 25,48	62,5	12,5 - 100	50 - 87,5	0,001	a,b,a b
Rol güçl.(emosyonel) ölçek puanı	55,11 ± 43,67	66,67	0 - 100	0 - 100	61,87 ± 41,61	66,67	0 - 100	33,33 - 100	56,67 ± 45,3	66,67	0 - 100	0 - 100	0,002	a,b,a b
Mental Sağlık ölçek puanı	58,84 ± 16,7	60	20 - 88	48 - 72	64,29 ± 18,42	68	0 - 100	56 - 76	62,24 ± 19,04	64	20 - 100	48 - 80	0,379	
Oturma süresi (dk)	372,24 ± 174,71	360	60 - 900	240 - 480	328,59 ± 181,95	300	0 - 960	180 - 420	246,98 ± 157,78	180	60 - 720	120 - 300	0,012	a,ab, b
a,b,c: Farklı harfle ifade edilen parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.														

Tablo 35. Aktiflik düzeyinin ölçeklerle ilişkisi-2

	Aktiflik düzey kategorisi													
	İnaktif (a)				Minimal aktif (b)				Çok aktif (c)					
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	***p***	
Şiddetli FA MET skoru	59,42 ± 260,72	0	0 - 1920	0 - 0	198,69 ± 368,99	0	0 - 1440	0 - 240	2085,6 ± 2777,87	1440	0 - 15360	0 - 2880	<0,001	a,b,c
Orta şiddetli FA MET skoru	29,48 ± 68,52	0	0 - 320	0 - 0	189,15 ± 241,79	0	0 - 960	0 - 360	1112,4 ± 1400,61	720	0 - 6000	200 - 1200	<0,001	a,b,c
Yürüme MET skoru	219,08 ± 247,02	198	0 - 1584	0 - 330	1099,78 ± 1060,74	742,5	0 - 7920	660 - 1188	3292,41 ± 3764,98	1386	0 - 16632	1188 - 4158	<0,001	a,b,c
Toplam MET skoru	307,98 ± 348,89	247,5	0 - 1920	0 - 417	1487,63 ± 1073,41	1188	495 - 7920	768 - 1935	6490,41 ± 4677,27	4420	2933 - 19884	3573 - 6930	<0,001	a,a,b

a,b,c: Farklı harfle ifade edilen parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenler arasında fiziksel aktivite düzeyi MET skorları ve yaşam kalitesi alt ölçekleri ilişkisine bakılmıştır. Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenler arasında şiddetli (p=0,855), orta şiddetli (p=0,72), yürüme (p=0,818), toplam MET skoru (p=0,377) ve oturma süresi (p=0,814) açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaşam kalitesi alt ölçeklerine baktığımızda ise Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenler arasında fiziksel rol güçlüğü ölçek puanı ile anlamlı bir farklılık vardır ve Covid-19 geçirmeyenlerde ölçek puanı ortalaması daha yüksektir (p=0,037).Fiziksel fonksiyon (p=0,785), ağrı (p=0,313), genel sağlık (p=0,543), vitalite (0,237), emosyonel rol güçlüğü (p=0,991), sosyal fonksiyon (p=0,687), mental sağlık ölçek puanı (p=0,974) açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Tablo 36'da Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenler arasında fiziksel aktivite düzeyi MET skorları ve yaşam kalitesi alt ölçekleri ilişkisi gösterilmektedir.

Tablo 36. Covid-19 geçirme durumunun ölçeklerle ilişkisi

	COVİD geçirme durumu						
	Evet			**Hayır**			
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	***p***
Yaş	31,28 ± 7,29	29	20 - 54	33,05 ± 8,86	29	20 - 62	0,098
Boy	1,68 ± 0,09	1,68	1,5 - 1,94	1,68 ± 0,09	1,66	1,5 - 1,91	0,744
Kilo	67,18 ± 12,98	65	47 - 104	66,79 ± 12,16	65	40 - 105	0,890
VKİ	23,72 ± 3,7	23	17,72 - 37,11	23,7 ± 3,53	23,24	17,06 - 35,56	0,897
Şiddetli FA MET skoru	485,85 ± 1789,39	0	0 - 15360	320,41 ± 814	0	0 - 5760	0,855
Orta şiddetli FA MET skoru	216,92 ± 615,89	0	0 - 5760	219,12 ± 599,52	0	0 - 6000	0,720
Yürüme MET skoru	903,95 ± 1764,54	396	0 - 13860	887,27 ± 1732,12	495	0 - 16632	0,818
Toplam MET skoru	1757,62 ± 3264,88	693	0 - 19884	1545,95 ± 2434,15	708	0 - 19860	0,377
Fiziksel fonksiyon ölçek puanı	81,81 ± 22,51	90	0 - 100	85,84 ± 21,48	95	0 - 100	0,785
Rol güçl.(fiziksel) ölçek puanı	67,5 ± 37,44	75	0 - 100	69,43 ± 39,95	100	0 - 100	0,037
Ağrı ölçek puanı	67,26 ± 22,62	74	12 - 90	66,14 ± 22,11	72	0 - 90	0,313
Genel Sağlık ölçek puanı	61,24 ± 20,14	62	5 - 100	63,71 ± 20,08	67	5 - 100	0,543
Vitalite ölçek puanı	51,88 ± 19,52	55	0 - 100	51,35 ± 19,55	50	0 - 100	0,237
Sosyal fonksiyon ölçek puanı	64,81 ± 23,85	62,5	12,5 - 100	64,1 ± 24,93	62,5	0 - 100	0,687
Rol güçl.(emosyonel) ölçek puanı	58,97 ± 40,57	66,67	0 - 100	58,11 ± 44,11	66,67	0 - 100	0,991
Mental Sağlık ölçek puanı	60,89 ± 16,93	64	20 - 100	61,09 ± 17,92	64	0 - 100	0,974
Oturma süresi (dk)	320,97 ± 169,65	360	0 - 840	346,72 ± 187,88	300	60 - 960	0,814

Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olanlar ile olmayanların değişkenlerle arasındaki ilişkiye bakıldığında VKİ ile anlamlı bir farklılığa sahip olduğu görülmüştür (p=0,034). Covid-19 nedeniyle hastaneye yatanların VKİ'leri daha yüksektir. Fiziksel aktivite düzeyleri alt ölçekleri ve oturma süresi ile ilişkilerine baktığımızda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel rol güçlüğü (p=0,003), ağrı (p=0,003), genel sağlık (p=0,01) ve vitalite (p=0,006) ile anlamlı bir farklılığa sahiptir. Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olmayanların genel sağlık, ağrı ve fiziksel rol güçlüğü ortalama puanları olanlara göre daha yüksektir. Tablo 37'de Covid-19 nedeniyle hastaneye yatış durumuyla ölçeklerin ilişkisi değerlendirilmiştir.

Tablo 37. Covid-19 nedeniyle hastaneye yatış durumuyla ölçeklerin ilişkisi

	Covid-19 nedeniyle hastane yatış durumu								
	Yok				**Var**				
Değişkenler	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**Ort ± SS**	**Median**	**Min-max**	**Q25-Q75**	**p**
Yaş	31,03 ± 7,08	28,5	20 - 53	26 - 34	32,7 ± 8,37	30,5	25 - 54	26 - 36	0,541
Boy	1,68 ± 0,09	1,67	1,5 - 1,94	1,61 - 1,75	1,67 ± 0,08	1,68	1,54 - 1,84	1,61 - 1,73	0,803
Kilo	66,71 ± 13,37	62	47 - 104	58 - 72	69,8 ± 10,46	70	52 - 95	65 - 72	0,104
VKİ	23,5 ± 3,78	22,84	17,72 - 37,11	20,82 - 25,76	24,94 ± 3,01	24,5	20,31 - 30,48	22,85 - 26,76	0,034
Şiddetli FA MET skoru	492,36 ± 1827,57	0	0 - 15360	0 - 0	450 ± 1605,2	0	0 - 7200	0 - 0	0,666
Orta şiddetli FA MET skoru	233,45 ± 653,79	0	0 - 5760	0 - 240	126 ± 335,99	0	0 - 1440	0 - 60	0,294
Yürüme MET skoru	923,85 ± 1854,02	396	0 - 13860	99 - 990	794,48 ± 1185,37	363	0 - 4158	0 - 717,75	0,628
Toplam MET skoru	1812,91 ± 3396,47	730,5	0 - 19884	272,25 - 1815	1462,75 ± 2505,73	472,5	0 - 10224	132 - 1413	0,796
Fiziksel fonksiyon ölçek puanı	83,14 ± 23,29	95	0 - 100	75 - 100	74,5 ± 16,13	72,5	40 - 95	65 - 87,5	0,401
Rol güçl.(fiziksel) ölçek puanı	71,59 ± 36,23	100	0 - 100	50 - 100	45 ± 36,81	50	0 - 100	0 - 62,5	0,003
Ağrı ölçek puanı	69,11 ± 22,46	77	12 - 90	51 - 90	57,1 ± 21,22	57	12 - 84	41 - 77	0,003
Genel Sağlık ölçek puanı	63,15 ± 20,21	67	5 - 100	52 - 80	50,75 ± 16,58	47	20 - 82	41 - 63,5	0,010
Vitalite ölçek puanı	52,64 ± 19,57	55	0 - 100	40 - 65	47,75 ± 19,23	47,5	15 - 90	32,5 - 60	0,006
Sosyal fonksiyon ölçek puanı	66,14 ± 24,03	62,5	12,5 - 100	50 - 87,5	57,5 ± 21,99	62,5	25 - 100	37,5 - 75	0,184
Rol güçl.(emosyonel) ölçek puanı	61,82 ± 39,84	66,67	0 - 100	33,33 - 100	43,33 ± 42,02	33,33	0 - 100	0 - 83,33	0,149
Mental sağlık ölçek puanı	61,13 ± 17,54	64	20 - 100	52 - 72	59,6 ± 13,36	64	32 - 84	50 - 68	0,062
Oturma süresi (dk)	323,57 ± 174,75	360	0 - 840	180 - 420	309,47 ± 148,68	240	120 - 600	180 - 360	0,444

Covid-19 döneminde beslenme alışkanlığında değişiklik düzeylerine göre değişkenler incelenmiş, yaş (p=0,265) ve boya (p=0,798) göre anlamlı bir ilişki yokken, kilo (p=0,002) ve VKİ (p<0,001) ile anlamlı bir farklılık görülmüştür. Daha dengesiz ve sağlıksız beslenenlerin kilo ve VKİ değerleri, beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı hale gelenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Dengeli ve sağlıklı beslenenlerin şiddetli FA MET skorları, beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001). Beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,b,a). Orta şiddetli FA MET skorları, daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerde anlamlı derecede her iki gruba göre en yüksektir, beslenme düzeyi değişmeyenler ve beslenme düzeyi sağlıksız hale gelenler arasında da anlamlı bir farklılık vardır ve beslenme düzeyi değişmeyenlerin orta şiddetli FA MET skorları daha yüksektir (p<0,001). Üç grup için de orta şiddetli FA skorları anlamlı bir farklılık göstermektedir (a,b,c). Dengeli ve sağlıklı beslenenlerin yürüme MET skorları, beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,001). Beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,b,a). Toplam MET skoru bu üç grup için de anlamlı bir farklılığa sahip değildir (p=0,062). Oturma süresine baktığımızda ise daha dengesiz ve sağlıksız beslenenlerin oturma süreleri anlamlı olarak diğer iki gruba göre daha yüksektir (p<0,001). Daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin ve beslenme düzeyi değişmeyenlerin arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Yaşam kalitesi alt ölçekleri ile Covid-19 döneminde beslenme düzeyi değişiklikleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Tüm yaşam kalitesi alt ölçeklerinde daha dengesiz ve sağlıksız beslenenlerin, beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerden daha düşük puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Beslenme düzeylerinin fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü skorları ile anlamlı bir farklılığa sahip olduğu görülmüştür. Beslenme düzeyi değişmeyenler ve daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin bu 6 alt ölçekle ilişkisinde anlamlı bir farklılık yoktur (a,a,b). Fiziksel fonksiyon ölçek puanı ile beslenme düzeyleri de anlamlı bir farklılığa sahiptir (p<0,001). Daha dengeli ve sağlıklı beslenenlerin fiziksel fonksiyon ölçek puanları, her iki gruptan da farklıdır ve anlamlı olarak yüksektir (a,b,a). Beslenme düzeyi değişmeyenler ile daha sağlıksız hale gelenler arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Mental sağlık ölçek puanı, beslenme düzeyi değişmeyenle daha dengesiz ve sağlıksız olanlar arasında anlamlı bir farklılığa sahiptir. Daha dengeli ve sağlıklı beslenenler ise diğer iki gruba da benzerlik göstermektedir (a,ab,b). Yaşam kalitesi alt ölçeklerin her biri için p<0,001'dir. Bu durum, pandemi döneminde

beslenme düzeyindeki değişikliklerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir. Tablo 38'de Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme düzeyinin ölçeklerle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo 38. Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme düzeylerinin ölçeklerle ilişkisi

Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme alışkanlığında değişiklik					
	Olmadı (a)	**Daha dengeli ve sağlıklı (b)**	**Daha dengesiz ve sağlıksız (c)**		
Değişkenler	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**p değeri**	
Yaş	31,93 ± 8,19	32,13 ± 8,23	33,14 ± 8,72	0,265	
Boy	1,68 ± 0,09	1,68 ± 0,1	1,67 ± 0,09	0,798	
Kilo	65,22 ± 11,37	65,16 ± 13,72	68,95 ± 12,56	0,002	a,a,b
VKİ	23,01 ± 3,05	22,92 ± 3,25	24,57 ± 3,92	<0,001	a,a,b
Şiddetli FA MET skoru	322,86 ± 1386,36	717,5 ± 1258,04	298,14 ± 968,95	<0,001	a,b,a
Orta şiddetli FA MET skoru	201,67 ± 480,18	497,5 ± 993,66	140,93 ± 498,99	<0,001	a,b,c
Yürüme MET skoru	840,22 ± 1323,89	1070,7 ± 1737,5	878,67 ± 2037,63	<0,001	a,b,a
Toplam MET skoru	1477,68 ± 2482,37	2341,08 ± 3036,79	1459,98 ± 2759,1	0,062	
Fiziksel fonksiyon	89,73 ± 17,57	88,2 ± 21,7	78,99 ± 23,91	<0,001	a,b,a
Rol güçl. (fiziksel)	82,29 ± 32,06	78,52 ± 33,59	53,99 ± 41,35	<0,001	a,a,b
Ağrı	70,45 ± 20,59	71,19 ± 21,75	61,49 ± 22,85	<0,001	a,a,b
Genel sağlık	69,9 ± 17,17	65,2 ± 22,12	56,2 ± 19,64	<0,001	a,a,b
Vitalite	56,55 ± 17,26	56,41 ± 22,63	45,54 ± 18,66	<0,001	a,a,b
Sosyal fonksiyon	69,64 ± 22,95	69,34 ± 27	58,05 ± 23,75	<0,001	a,a,b
Rol güçl. (emosyonel)	69,64 ± 39,93	60,94 ± 44,27	47,77 ± 42,76	<0,001	a,a,b
Mental sağlık	65,69 ± 15,21	62,44 ± 19,28	56,54 ± 17,92	<0,001	a,ab,b
Oturma süresi (dk)	323,11 ± 177,14	318,11 ± 189,22	360,4 ± 184,11	<0,001	a,a,b

a,b,c: Farklı harfle ifade edilen parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

7. TARTIŞMA

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çalışan 426 doktor ve hemşirenin katılımıyla yapılmıştır. Türkiye'de pandemi sürecinde genel olarak Covid-19'un psikolojik etkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Covid-19 pandemi döneminde yapılan bu çalışmada ise, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Özellikle pandemi döneminde doktorların ve hemşirelerin Covid-19 ile ilgili herhangi bir yerde çalışıp çalışmamasına göre katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri sorgulanmıştır.

Sosyodemografik özellikler fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Çalışmamızın yaş ortalaması 32,51'dir (min:20, max:61). Yıldırım ve arkadaşlarının hemşire ve doktorlara yaptığı çalışmada yaş ortalaması 35.32±8.05'dir (min:20, max:61) (9). Iwuala ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerini gösteren çalışmasında yaş ortalaması 39'dur (98). Çalışmamızda 30 yaş altı %54, 30 yaş ve üstü ise %46 oranında yer almıştır. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 20-29 yaş arası %26,6, 30-34 yaş arası %23,8, 35-39 yaş arası %18,8, 40-44 yaş arası 17,1, 45 yaş ve üzeri ise %17,1 oranında dağılmıştır (9). Balık'ın 18-45 yaş arasında polikliniklere başvuranlar kişilerde yaptığı fiziksel aktivite düzeylerini ve fiziksel aktivite önündeki engellerini gösteren çalışmada katılımcıların %49'5 i 18-30 yaş arası, %50,5'i ise 31-45 yaş arasıdır. Yaş ortalaması 30,96'dır (99). Bizim çalışmamızda genç asistan doktor ve hemşirelerin daha çok yer alması, Iwuala ve Yıldırım'ın çalışmasına göre yaş ortalamasının daha düşük çıkmasına sebep olmuş olabilir. Balık'ın çalışmasında yaş düşüklüğünün sebebi çalışmanın 18-45 yaş arası popülasyona yapılmış olması olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınlar %70,2'yi, erkekler ise %29,8'i oluşturmaktadır. Yıldırım ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmasında, %78,8'i kadın, %21,2'si erkektir (9). Biernat ve arkadaşlarının Varşova'da sağlık çalışanlarının fiziksel aktivitesini incelediği çalışmada %31,4'i erkek, %68,6'u ise kadındır (100). Bu iki çalışmanın katılımcılarının cinsiyetleri, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Balık'ın polikliniğe başvuranlara yaptığı çalışmada katılımcıların %51,2'si kadın, %48,8'i ise erkekten oluşmaktadır (99). Fiziksel aktiviteyi gösteren bu çalışmalarda sağlık çalışanlarında cinsiyet oranları benzerlik gösterirken, toplum geneline yapılan çalışmalarda, kadın ve erkek cinsiyet açısından daha yakın oranlara sahiptir.

Çalışmamıza katılanların %47,42'si evli, %52,11'i bekar, %0,47'si ise duldur. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %71,7'si evli, %28,3'ü ise bekardır (9). Aradaki oran farkının sebeplerinden biri çalışmamıza katılan doktor ve hemşire yaşlarının, Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasına katılanlara göre yaklaşık 3 yaş daha küçük olması olabilir.

Gelir dağılımlarına baktığımızda çalışmamızdaki katılımcıların %7,3'ü 0-4499TL, %73,7'si 4499-8999TL arası, %19 ise 9000TL ve üzerinde gelire sahipti. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 3000-5000TL arası gelire sahip olanların oranı %67,9 iken, 5000TL ve üzeri gelire sahip olanların oranı ise %32,1'di (9). İki çalışma arasında veri toplanma zamanları arasındaki fark yaklaşık iki yıl olduğu için gelir dağılımları TL olarak farklılık göstermiş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplanmış, %3,5'i zayıf, %65,5'i normal, %24,9 kilolu ve %6,1'i obez olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama VKİ'leri 23,7±3,57 kg/m²'dir (min:17,06, max:37,11). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların VKİ'leri 25,58±5,29 kg/m² (min:16,7, max:47,3) olarak tespit edilmiştir (9). Aradaki farkın sebeplerinden biri çalışmamıza katılan doktor ve hemşire yaşlarının Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasına göre yaklaşık 3 yaş daha küçük olması olabilir. Tural'ın yaptığı çalışmada katılımcıların VKİ'leri 23,57±3,56 kg/m²'dir (101)..Çalışmamız Tural'ın çalışması ile örtüşmektedir.

Sigara kullananların oranı çalışmamızda %34,5, kullanmayanların oranı ise %65,5'dir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara kullanımına 'Evet' diyenlerin oranı %20,8, 'Hayır' diyenlerin oranı %75'di. 'Bıraktım' diyenlerin oranı ise %4,2 olarak saptandı (9). Balık'ın kesitsel çalışmasında sigara kullananların oranı %39,5'tu, kullanmayanların oranı ise %60,5'ti (99). Çalışmamızda pandemi döneminde sigara kullanım durumlarına bakıldığında katılımcıların %40,1 'Arttı', %44,9'u 'Değişmedi' ve %15'i 'Azaldı' yanıtını verdi. Akbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara kullananların %56,1'i 'Arttı', %38,6'sı 'Değişmedi', ve %5,3'ü ise 'Azaldı' yanıtını verdi (102). Akbayram'ın asistan doktorlarla yaptığı çalışmasında pandemi döneminde sigara kullanımının daha çok arttığı görülmüştür. Bunun sebebi asistan doktorların pandemi döneminde sigara kullanım durumu, iş yüklerinin çok olması ve yaşadıkları stres nedeniyle daha fazla sigara kullanması olabilir. Brezilya'da üroloji asistanlarında yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde sigara kullanımında %53,6 artış olduğu saptanmıştır (103). Çalışmalar pandemi döneminde sağlık çalışanlarında sigara kullanımının arttığını göstermektedir.

Alkol kullanımına baktığımızda ise çalışmamızda alkol kullananların oranı %34, kullanmayanların oranı ise %66 olarak hesaplandı. Balık'ın yaptığı çalışmada bizim

çalışmamıza benzerlik göstermektedir. O çalışmada alkol kullananların oranı %33,8, kullanmayanların oranı ise %66,2 olarak saptanmıştır (99). Çalışmamızda pandemi döneminde alkol kullanım durumlarına bakıldığında katılımcıların %34,48'i 'Arttı', %49,65'i 'Değişmedi' ve %15,87'si 'Azaldı' yanıtını verdi. Akbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise alkol kullananlar %23,7'dir ve alkol kullananların %20'si 'Arttı', %46,7'si 'Değişmedi', ve %33,3'ü ise 'Azaldı' yanıtını vermiştir (102). Bizim çalışmamızda alkol kullanım oranlarının daha çok arttığı görülmektedir. Brezilya'da üroloji asistanlarında yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde alkol tüketiminde %44,9 artış olduğu saptanmıştır (103). Akbayram'ın çalışması ile bizim çalışmamız arasındaki alkol kullanım oranının ve pandemi döneminde artış oranının daha düşük olma sebebi, çalışmanın yapıldığı bölge ve kültürden kaynaklı olabilir. Çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermekte, genel anlamda alkol tüketimi oranlarında bir artış olduğunu görülmektedir.

Çalışmamızda 'Beraber yaşadığınız 65 yaş üstü biri var mı?' sorusuna %7,7 oranında 'Evet' yanıtı geldi. Balık'ın çalışmasında bakıma muhtaç biri ile yaşayanların oranı %0,6'ydı (99). Çalışmamızda %7,7'nin ne kadarı bakıma muhtaç biri ile yaşıyor sorgulanabilirdi. Bizim çalışmamızda hane halkı sayısı olarak yalnız yaşayan %22,3'dü. Balık'ın kesitsel çalışmasında ise %5,6 olarak hesaplanmıştır (99). Bunun sebebi genç asistan doktor ve hemşirelerin daha çok yalnız yaşamayı tercih ediyor olmaları olabilir.

Çalışmamıza katılanlardan %22,8'i en az bir kronik hastalığa sahip iken, %77,2'sinin herhangi bir kronik rahatsızlığı yoktu. Balık'ın yaptığı çalışmada da buna benzer bir sonuç çıkmış, katılımcılardan %20'5'i kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir (99). Tural'ın çalışmasında pandemi döneminde ev karantinasında fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi ilişkisine bakılmış, katılımcıların %14,6'sının kronik rahatsızlığı olduğu saptanmıştır (101).

Fiziksel aktivite MET skoru alt ölçekleri, bizim çalışmamızda 426 katılımcının 50'sinin UFAA sorularının bir ya da birkaçına 'Bilmiyorum' yanıtı vermesi sebebiyle hesaplanamamıştır, 376 katılımcının hesaplanmıştır. Bu hesaplamaya göre 376 katılımcının toplam MET skoru 1610,13 ± 2710,24 MET-dk/hafta, şiddetli FA MET skoru 370,89 ± 1199,01 MET-dk/hafta, orta şiddetli FA MET skoru 218,45 ± 603,83 MET-dk/hafta, yürüme MET skoru 892,36 ± 1740,01 MET-dk/hafta olarak hesaplanmıştır. Tural'ın pandemi döneminde yaptığı bir çalışmada şiddetli FA MET skoru 480 MET-dk/hafta, orta şiddetli FA MET skoru 720 MET-dk/hafta, yürüme MET skoru 528 MET-dk/hafta ve toplam MET skoru ise 1728 MET-dk/haftadır (101). Çalışmamızla hemen hemen benzer sonuçlara sahiptir. Balık'ın yaptığı çalışmada ise toplam MET puanı ortalaması 1611,10 ± 1535,22 MET-dk/hafta, şiddetli FA MET skoru 509,75 ± 1060,116 olarak hesaplanmış ve bizim çalışmamızla benzer bir sonuç elde

edilmiştir (99). Gerovasili ve arkadaşlarının 28 Avrupa ülkesinde 19978 katılımcının yer aldığı 18-64 yaş arasındaki yetişkinlerin fiziksel aktivitesini ölçtüğü araştırmada şiddetli FA MET skoru 891 MET-dk/hafta, orta şiddetli MET skoru 559 MET-dk/hafta, yürüme MET 690 MET-dk/hafta ve toplam MET skoru 2151 MET-dk/haftadır (104). Gerovasili ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel aktivite MET skorları yürüme dışında bizim çalışmamızdan daha yüksektir. Vasili ve arkadaşlarının çalışmasında toplam MET, şiddetli aktivite MET, orta şiddetli aktivite MET skorları bizim çalışmamızdan daha yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki sedanter hayat tarzını artırıcı yönü ve coğrafik olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların SF-36 ölçek puanlarının ortalaması hesaplanmış olup, fiziksel fonksiyon 84,61±21,85, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 68,84±39,17, ağrı puan ortalaması 66,47±22,24, genel sağlık puan ortalaması 62,95±20,10, vitalite (enerji) puan ortalaması 51,51±19,51, sosyal fonksiyon puan ortalaması 64,32±24,58, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 58,37±43,01, mental sağlık puan ortalaması 61,03±17,61'dir. Yıldırım ve arkadaşlarının SF-36 ölçek puanlarının ortalaması ise fiziksel fonksiyon 83,83±19,8, fiziksel rol güçlüğü puan ortalaması 71.04±37.4, ağrı puan ortalaması 67.53±23.4, genel sağlık puan ortalaması 61.91±19.0, vitalite (enerji) puan ortalaması 56.57±17.5, sosyal fonksiyon puan ortalaması 69.46±20.9, emosyonel rol güçlüğü puan ortalaması 68.53±41.6, mental sağlık puan ortalaması 63.72±15.0'dir. Vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel güçlük median değerleri Yıldırım'ın çalışmasında daha yüksekken, fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık bizim çalışmamızda daha yüksek mediana sahiptir.

MET skorlarıyla belirlenen fiziksel aktivite düzeylerini incelediğimizde çalışmamızdaki katılımcıların %46,3'ü inaktif, %40,1'i minimal aktif, %13,6'sı ise çok aktif kategorisindedir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada %21,7 inaktif (aktif olamayan), %52,9 minimal aktif (düşük aktivite), %25,4 ise çok aktif (yeterli aktif) kategorisindedir (9). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inaktif olanların oranı bizim çalışmamıza göre daha düşük, minimal aktif ve çok aktif olanların oranı ise daha yüksektir. Balık'ın İzmir'de yaptığı 18-45 yaş arası aile sağlık merkezine başvuran 800 kişiyi içeren kesitsel çalışmada, fiziksel aktivite düzeyleri açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %30,1'i inaktif (n: 241), %53,6'sı minimal aktif (n: 429) ve %16,3'ü HEPA (health enhancing physical activity) aktif yani çok aktif (n: 130) olarak tespit edilmiştir (99). Balık'ın çalışmasında bizim çalışmamıza göre inaktif olanların oranı düşük, minimal aktif ve çok aktif olanların oranı daha yüksektir. Ibrahim ve arkadaşları tarafından Malezya'da 20 yaş üstü 730 erkek katılımcı ile yapılan bir çalışmada katılımcılara UFAA kısa formu uygulanmış ve fiziksel aktivite düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre katılımcıların %37,2'si yeterli düzeyde fiziksel aktif, %53,2'si

yetersiz düzeyde fiziksel aktif ve %9,6'sı sedanter yani inaktif olarak tespit edilmiştir (105). Ibrahim ve arkadaşlarının çalışmasında da fiziksel aktiflik düzeyleri, bizim çalışmamıza göre çok daha yüksektir. Pandemi dönemi öncesinde yapılan bir çalışma olması ve sadece erkeklere yapılıyor olması, fiziksel aktivite düzeylerinin yüksek çıkmasında etkili olabilir. Yüce ve Muz'un Covid-19 pandemisinin fiziksel aktivite düzeyleri üzerinde etkisini de inceleyen çalışmasında katılımcıların %54,1 inaktif, %37,3 minimal aktif ve %8,6 ise aktiftir. Bu çalışma da pandemi döneminde yapılmış olup bizim çalışmamızla hemen hemen örtüşmektedir (106). Bunun sebebi pandemi süreciyle beraber zaman zaman sokağa çıkma yasaklarının olması, sosyalliğin azalması, düzensiz beslenme ve hareketsizliğin artması olabilir. Iwuala ve arkadaşlarının Güneybatı Nijerya'da 300 sağlık çalışanının fiziksel aktivitelerini ölçtükleri çalışmada ise, katılımcılara UFAA kısa formu uygulanmış, %79,2'si düşük, %9,7'si orta derecede, %11,1'i ise çok aktif olarak tespit edilmiştir (98). Nijerya'daki çalışmada bulunan sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite oranı bizim çalışmamıza göre çok daha düşüktür. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 32,51 iken bu çalışmada ortalama yaşın 39,3 olması ve Nijerya'nın iklim ve fiziki şartlarının Türkiye'ye kıyasla daha zor ve güç olması sebebiyle, Nijerya'da fiziksel aktivite oranı daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmamız pandemi sürecinde Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlar ile çalışmayanlar arasındaki fiziksel aktivite düzeyini ve yaşam kalitelerini karşılaştırmayı ve anlamlı bir farklılık bulmayı amaçladı. Bunu sorgulayan başka herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenlerin SF-36 alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bunu sorgulayan başka herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır.

Katılımcı doktorlar ile hemşireler arasındaki fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiş, bu iki meslek arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p=0,558). İki meslek grubu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişkiye baktığımızda ise fiziksel fonksiyon (p=0,001), fiziksel rol güçlüğü (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (p=0,004) ve sosyal fonksiyon (p=0,004) ile anlamlı bir farklılığa sahipti. Doktorların yaşam kalitesi hemşirelere göre daha yüksektir. Vitalite (p=0,796), emosyonel rol güçlüğü (p=0,688) ve mental sağlık ölçek puanları (p=0,357) ile ise anlamlı bir farklılık yoktur. Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında ise doktorların hemşirelere göre fiziksel aktivite düzeylerinin ve SF-36'nın alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (9). İki çalışmada da, doktorların yaşam kalitesinin hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni iki meslek grubu arasındaki

gelir düzeyi farkı olabilir. İki çalışma arasındaki fiziksel aktivite düzeyleri ile meslekler arasındaki ilişki farklılığının sebebi, bizim çalışmamızın pandemi döneminde yapılmış olması ve doktorları fiziksel aktivite düzeyi açısından daha çok etkilemiş olması olabilir.

7.1. Sosyo-demografik verilerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ile İlişkisi

Bizim çalışmamızda cinsiyetle şiddetli fiziksel aktivite (p=0,019), orta şiddetli fiziksel aktivite (p=0,006) arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve kadınların erkeklere göre daha düşük tespit edilmiştir. Yürüme MET skoru (p=0,671) ve toplam MET skoru (p=0,116) ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Japonya'da Ishii ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmada kadın katılımcıların fiziksel aktivite seviyesi erkek katılımcılardan fazla bulunmuştur; ancak bu istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmemiştir (p=0,315). Japonya'daki çalışma incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre fiziksel aktivite engel ölçek puanlarından biri anlamlı olarak fazla ve kadınlar erkeklerden daha fazla fiziksel aktif tespit edilmiştir (107). Çalışmamız ile Japonya'daki çalışma arasındaki bu fark sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Balık'ın yaptığı çalışmada, kadın katılımcıların toplam MET puan ortalaması erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur, kadın katılımcıların şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalaması erkek katılımcılardan düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0,000). Benzer şekilde kadın katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite MET puan ve yürüyüş MET puan ortalamaları da erkek katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir (sırasıyla p= 0,021; p= 0,006) (99). Bizim çalışmamızdaki toplam, şiddetli fiziksel aktivite ve orta şiddetli fiziksel aktivite MET skorları da Balık'ın çalışmasıyla örtüşmektedir.

Yaş ile MET puan dağılımları arasındaki ilişkiye baktığımızda, yürüme MET skoru (p=0,006) ve toplam MET skoru (p=0,011) ile yaş tabakaları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. 30 yaş altındakilerin, 30 yaş ve üstündekilere göre yürüme ve toplam MET skorları daha yüksektir. Şiddetli fiziksel aktivite (p=0,145) ve orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyleri (p=0,941) ile bu yaş grupları arasında 30 yaş altında daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Balık'ın yaptığı çalışmada ise 18-30 yaş aralığındaki katılımcıların toplam MET puan ortalaması 31-45 yaş aralığındaki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir (p=0,000). Katılımcıların fiziksel aktivite çeşitlerine göre MET puanı alt başlıkları incelendiğinde; 18-30 yaş arası katılımcıların şiddetli fiziksel aktivite MET puan ve yürüyüş MET puan ortalamaları 31-45 yaş arası katılımcılardan yüksektir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p= 0,000; p= 0,028). 18-30 yaş arası katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalaması, 31-45 yaş arası katılımcılardan yüksek tespit edilse de bu durum istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p=0,264) (99). Ibrahim ve arkadaşlarının

gerçekleştirdiği çalışmada gençlerde haftalık fiziksel aktivite süresi orta yaşlılardan (32,5 dk.) ve yaşlılardan (30 dk.) fazla saptanmıştır; ancak bu istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmemiştir (105). MET skor yüksekliği, haftalık fiziksel aktivite yüksekliği ile ilişkilidir. Bizim çalışmamız ile Ibrahim ve arkadaşlarının çalışması benzerlik göstermektedir. Genç yaşlarda fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksek çıkması, kronik hastalıkların daha az görülüyor olması ve katılımcıların daha aktif bir yaşam tarzını benimsiyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan ve olmayanların MET fiziksel aktivite skorları arasındaki ilişkiye baktığımızda toplam MET skoru (p=0,034) açısından anlamlı bir farklılık vardır. Kronik hastalığı olanların toplam MET skoru daha düşüktür. Şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,118), orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,281), oturma MET skoru (p=0,056) ve yürüme MET skoru (p=0,135) açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Balık'ın yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığına göre katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında, kronik hastalığı olan katılımcıların toplam MET puanı kronik hastalığı olmayan katılımcılardan düşük bulunmuştur; ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,07). Kronik hastalığı olan katılımcıların şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalaması kronik hastalığı olmayan katılımcılardan düşüktür ve bu istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (p= 0,028). Ancak kronik hastalığı olan katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite MET puan ve yürüyüş MET puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olmayan katılımcılardan düşük tespit edilse de bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ortaya konmuştur (sırasıyla p= 0,275; p= 0,898) (99). Pirinççi ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalıklara sahip bireylerin toplam fiziksel aktivite puanları kronik bir rahatsızlığı olmayanlara orana daha düşük bulunmuş ancak bu fark istatistiki olarak bir fark yaratmamıştır (108). Bunun sebebi çalışmanın üniversite öğrencilerine yapılıyor olması ve popülasyonun daha genç olması olabilir. Justine ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada orta ve ileri yaş grubu için de kısıtlayıcı sağlık problemlerinin içsel fiziksel aktivite engeli olarak değişmeden yer aldığı ve zayıf fiziksel kondisyonun da birliktelik gösterdiği görülmüştür (109). Kronik hastalıkların fiziksel aktivite için kısıtlayıcı olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde kronik hastalıkların fiziksel aktivite ilişkisini gösteren çalışmaya pek rastlanmamıştır.

Katılımcıların MET puan dağılımları ve sigara kullanımları arasındaki ilişkiye bakıldığında, sigara içen ile içmeyenlerin MET skorları arasındaki ilişki incelenmiş, orta şiddetli MET skorları (p=0,044) arasında anlamlı bir farklılık var olduğu görülmüştür ve beklenenin aksine bu skor sigara kullananlarda daha yüksek bulunmuştur. Şiddetli fiziksel aktivite (p=0,296), yürüme MET skoru (p=0,131), toplam MET skoru (p=0,341) ve oturma MET skorları (p=0,123) sigara kullanmayanlarda daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık tespit

edilmemiştir. Balık'ın yaptığı çalışmada MET puan dağılımları ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş, sigara kullanan katılımcıların toplam MET puan ve şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalamaları sigara kullanmayan katılımcılardan düşük tespit edilmiş olsa da bu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p=0,263). Katılımcıların yürüyüş MET puanı ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında; diğer MET alt gruplarının tersi şekilde yürüyüş MET puan ortalaması sigara kullanan katılımcılarda kullanmayanlardan daha yüksektir; ancak bu istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmemiştir (p=0,968). Bununla birlikte sigara kullanan katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalaması, sigara kullanmayan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiştir (p=0,03) (99). Garcia-Canto ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesanlarda fiziksel aktivite ve sigara kullanımı arasında anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Bu çalışmadaki ilişki her iki cinsiyet için de yüksek seviyededir (110). Sigara kullanımının fiziksel aktivite üzerinde genellikle negatif etkiye sahip olduğu görülmektedir, bizim çalışmamızda da sigara kullanmayanlarda anlamlı olmayan bir fiziksel aktivite yüksekliği söz konusudur.

Çalışmamızda alkol kullanan ile kullanmayanların MET skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Alkol kullanan ile kullanmayanların şiddetli (p=0,018) ve orta şiddetli (p=0,038) MET skorları ile anlamlı bir farklılık varken, oturma (p=0,250), yürüme (p=0,819) ve toplam MET skorları (p=0,266) ile anlamlı bir farklılık yoktur. Şiddetli ve orta şiddetli MET skorları, alkol kullananlarda alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Balık'ın çalışmasında da alkol kullanımına göre fiziksel aktivite düzeylerine bakılmış; alkol kullananların toplam MET puanı ve bizim çalışmamızdaki gibi şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalamaları alkol kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (sırasıyla p=0,004; p= 0,000). Alkol kullanan katılımcıların orta şiddetli fiziksel aktivite MET puan ve yürüyüş MET puan ortalamaları benzer şekilde alkol kullanmayan katılımcılardan yüksek tespit edilse de bu durumun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ortaya konmuştur (sırasıyla p=0,309; p=0,676) (99). Lisha ve arkadaşlarının Amerika'da gerçekleştirdiği toplum tabanlı bir çalışmada 34653 katılımcının alkol kullanımı ve fiziksel aktivite ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada şiddetli fiziksel aktivite düzeyi alkol kullanan katılımcılarda yaşla ilişkisiz olarak artmıştır ve orta şiddetli fiziksel aktivite düzeyi erkeklerde daha çok olmak üzere alkol kullanan katılımcılarda yükselmiştir (111). Martin ve arkadaşlarının 2015 yılında Avusturya'da gerçekleştirdiği bir çalışmada alkol kullanımı ve fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (112). Çalışmalarda genel anlamda alkol kullananlarda fiziksel aktivite düzeyinin arttığı bulunmuştur ancak literatürde bir fikir birliği yoktur.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre fiziksel aktivite MET skorları çalışmamızda incelenmiştir. Buna göre 0-4499TL, 4500-8999TL ve 9000TL ve üzeri geliri olanlar arasında şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,774), orta şiddetli fiziksel aktivite MET skoru (p=0,972), yürüme MET skoru (p=0,722) ve toplam MET skoru (p=0,887) açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Balık'ın çalışmasında gelir düzeyine göre şiddetli fiziksel aktivite MET puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır (p= 0,707). Orta şiddetli fiziksel aktivite ve yürüyüş MET puan ortalamaları da incelendiğinde; benzer şekilde katılımcılar arasında gelir düzeyinden kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ortaya konmuştur (p= 0,451; p= 0,589). Gelir düzeyine göre toplam MET puan ortalamalarına bakıldığında ise, alt gruplara benzer şekilde gelir düzeyinden kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ortaya çıkmıştır (99). Balık'ın çalışmasında da katılımcıların MET puan dağılımları ile gelir durumu arasındaki ilişkiye bakılmış ve bizim çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmış, anlamlı bir farklılık görülmüştür (p=0,029). Genel anlamda gelir düzeyi fiziksel aktiviteyi çok etkilemese de bazı çalışmalarda fiziksel aktiviteyi olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

7.2. Covid-19 ile İlgili Sosyo-Demografik Soruların Değerlendirilmesi

Katılımcılara Covid-19 ile ilgili sosyo-demografik sorular sorulmuştur. Bu sorularla ilgili çalışmalar literatürde kısıtlıdır. Katılımcılara 'Covid-19 ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?' şeklinde sorulan soruya %87,3'ü 'Evet' yanıtını vermiştir. %12,7'si ise COVID ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Katılımcılara sorulan 'Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip misiniz?' sorusuna %71,6'sı 'Evet', %28,4'ü ise 'Hayır' yanıtını vermiştir. 'Pandemi döneminde yeterli ekipmana sahip miydiniz?' sorusuna ise katılımcılardan %77,7'si 'Evet', 22,3'ü ise 'Hayır' yanıtını vermiştir. Literatürde bu sorulara rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %30,5'i Covid-19 enfeksiyonu geçirmiştir. Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olanların oranı %5,6 olarak saptanmıştır. Akbayram ve arkadaşlarının Covid-19 döneminde asistan doktorların yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğini incelediği çalışmada Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin oranı %46,4'tür ve %4,2'si hastalığı şiddetli semptomlarla geçirmiştir (102). Asistan doktorların Covid-19 enfeksiyonu geçirme oranının yüksek çıkması, hastalarla olan ilişkilerinin daha çok olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızdaki Covid-19 nedeniyle hastaneye yatış oranı ile Akbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki Covid-19 enfeksiyonunu şiddetli geçirme oranları hemen hemen aynıdır.

‘Pandemi sürecinde beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna katılımcılardan %45,54’i ‘Daha sağlıksız bir hal aldı’, %39,43’ü ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’, %15,03’i ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ yanıtını verdi. Çalışmaya katılan doktorlardan %41,4’ü ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’, %41’i ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’, %17,6’sı ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ yanıtını verdi. Çalışmaya katılan hemşirelerden %49,5’i, ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’ şeklinde, %38’i ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’ olarak ve %12,5’i ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ cevabını verdi. Erdoğan Yüce ve Muz’un yaptığı Covid-19 pandemisinde katılımcıların diyet alışkanlıklarının değerlendirildiği çalışmada Covid-19 sürecinde beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler incelenmiş, katılanların zararlı beslenme alışkanlıklarında belirgin artış görülmüştür (106). Her iki çalışma da benzer şekilde Covid-19 kısıtlamaları sırasında bireylerin beslenme eğilimlerinin sağlıksız anlamda değiştiğini göstermektedir. Pandemi dönemindeki yasaklar, sedanter yaşamın artması, fiziksel aktivite azlığı beslenme alışkanlığını daha da dengesiz hale getirmektedir.

Katılımcıların ‘Pandemi sürecinde vücut ağırlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna yanıtı; %46,7 ‘Arttı’, %37,8 ‘Değişiklik olmadı’, %15,5 ise ‘Azaldı’ şeklinde oldu. Doktor ve hemşireler arasında dağılıma baktığımızda, katılımcı doktorların %46,7’si ‘Arttı’, %38,1’i ‘Değişiklik olmadı’ ve %15,2’si ise ‘Azaldı’ yanıtını verirken; katılımcı hemşirelerin %46,8’i ‘Arttı’, %37,5’i ‘Değişiklik olmadı’, %15,7’si ise ‘Azaldı’ yanıtını verdi. Akbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcılar %35,4’ü ‘Arttı’, %37,5’i ‘Değişiklik olmadı’, %27,1’i ise ‘Azaldı’ yanıtını verdi (102). Çalışmamızda vücut ağırlığındaki artış oranı, Akbayram’ın çalışmasından daha yüksek çıkmıştır. Sebebi çalışmamızın yaş ortalamasının daha yüksek olması olabilir.

‘Pandemi sürecinde fiziksel aktivite/egzersiz düzeyinizde bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna ise katılımcıların %53,3’ü ‘Azaldı’ yanıtını, %31,7’si ‘Değişmedi’ yanıtını, %15’i ise ‘Arttı’ yanıtını verdi. Akbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pandemi sürecinde egzersiz düzeyindeki değişikliğe bakıldığında %18,9’u ‘Arttı’, %23,5’i ‘Değişmedi’, %57,6’sı ise ‘Azaldı’ şeklinde yanıt verilmiştir (102). Mota ve arkadaşları yaptıkları bir çalışma, Covid-19 pandemisinde sağlık profesyonellerinin %53,9'unun herhangi bir egzersiz yapmayı bıraktığı, %25,8'inin egzersiz sıklığı veya yoğunluğunu azalttığını göstermektedir (113). Sonuçlara bakıldığında çalışmalar birbiriyle hemen hemen örtüşmektedir ve pandemi döneminde fiziksel aktivite/egzersiz düzeyinin azaldığı görülmektedir.

7.3. Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Katılımcıların fiziksel aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek ilişkisine bakılmış olup fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,015$), vitalite ($p<0,001$), sosyal fonksiyon ($p=0,001$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,002$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İnaktif, minimal aktif ve çok aktif arasında fiziksel fonksiyon yönünden her üç grup için de anlamlı bir farklılık söz konusudur (a,b,c). Fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğine baktığımızda inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık varken, minimal aktif düzeyinde olanlar inaktif ve çok aktifler ile benzerlik göstermiştir (a,ab,b). Vitalite alt ölçeğine baktığımızda, inaktif kişiler ile minimal aktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, minimal aktif ve çok aktif arasında ise anlamlı bir farklılık yoktur, benzerdir (a,b,b). Sosyal fonksiyon ölçek puanına baktığımızda, inaktif ile minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çok aktif kişiler ile inaktif ve minimal aktif kişiler arasında benzer sonuçlar tespit edilmiştir (a,b,ab). Emosyonel rol güçlüğü alt ölçeğini değerlendirdiğimizde, inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, çok aktif kişiler ile inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur, benzerlik göstermektedir (a,b,ab). Oturma sürelerine baktığımızda ise inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık vardır, inaktif olanların oturma süreleri daha yüksek bulunmuştur. Minimal aktif kişiler ile inaktif ve çok aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,ab,b). Sonuç olarak bizim çalışmamızda inaktif kişilerin SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur, oturma süreleri daha yüksektir. Fiziksel aktivite düzeyleri yaşam kalitesini etkilemiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite düzeyleri ile fiziksel fonksiyon ($p=0,250$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,840$), ağrı ($p=0,836$), genel sağlık ($p=0,131$), sosyal fonksiyon ($p=0,364$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p=0,166$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Vitalite ($p=0,007$) ve mental sağlık ($p=0,005$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Analiz sonucu; farklılığın vitalite alt ölçeği ile FA düzeyi orta(b)-yüksek(c) ve düşük (a)-yüksek (c) olan gruplar arasında olduğu belirlenmiştir (9). Her iki çalışmada da fiziksel aktiflik düzeyleri ile vitalite alt ölçeği arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çok sayıda alt ölçek ile fiziksel aktiflik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Bizim çalışmamız pandemi döneminde yapıldığı için fiziksel aktivite düzeyleri yaşam kalitesini daha çok etkilemiş olabilir. Tural'ın pandemi döneminde yaptığı çalışmasında da, katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür ($p<0,05$)(101). Yaşlılarda yapılan bir araştırmada ise yaşlıların UFAA skorları ile SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği ile ilişkisine bakılmış, fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça fiziksel işlev ($p<0,01$), vitalite ($p<0,01$) ve genel sağlık ($p<0,05$) skorlarında anlamlı bir artış

bulunmuştur (114). Yaşlılarda da bizim çalışmamızdaki gibi fiziksel aktivite düzeylerindeki artış, yaşam kalitesini artırmaktadır. Aktiflik düzeyine göre MET skorları ve oturma süreleri ile ilişki değerlendirilmiş; inaktif, minimal aktif ve çok aktif kişiler arasında şiddetli, orta şiddetli fiziksel aktivite ve yürüme MET skorları her biri için anlamlı bir farklılık göstermiştir (a,b,c). Toplam MET skoru açısından inaktif ve minimal aktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık yoktur, benzerlik vardır. Çok aktif kişiler ile minimal aktif ve inaktif kişiler arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir. İnaktif ve minimal aktiflerin oturma süreleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur (a,a,b). Sonuç olarak inaktif kişilerin MET skor alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur ve fiziksel aktivite düzeyleri, minimal aktif ve çok aktif kişilere göre daha düşüktür. Fiziksel aktivite düzeyleri MET skorunu etkilemiştir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pandemi döneminde sağlık çalışanları büyük bir özveriyle çalışmaktadır. Covid-19 pandemisi, hem ruhsal hem de fiziksel olarak sağlık çalışanlarını etkilemiş ve fiziksel aktivite düzeyleri ile yaşam kalitelerini düşürmüştür. Fiziksel aktivite, her yaş grubunda insan için oldukça gerekli bir ihtiyaçtır. Genellikle sağlık dışı gruplarda fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Sağlık çalışanları ile ilgili çalışmalar daha azdır. Toplumun rol model olarak gördüğü sağlık personelinin yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması esas amaç olmalıdır. Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam tarzı kazanmaları için eğitim ve destek şarttır. Yoğun iş saatleri ve nöbetlerin düzenlenmesi, doktor ve hemşireler için fiziksel aktivite düzeylerini artırmada bir yöntem olabilir. DSÖ haftada 150 dakika orta seviyede ya da 75 dakika ağır seviyede fiziksel aktivite ya da her ikisinin birlikte yapılmasını önermektedir (23). Hastane içerisinde spor merkezi kurulması, sağlık personelinin fiziksel aktivite düzeylerini artırmada, sağlık personelini teşvik etmede ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir unsur olabilir. Tüm dünyada sedanter hayat tarzının daha çok benimsendiği ve global bir tehdit haline geldiği, teknolojinin de gelişmesiyle fiziksel hareketsizliğin hızla arttığı bilinmektedir. Devletler bu konuda teşvik edici programlarını artırabilir.

Çalışmamız da sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitesi üzerine etkisi görmeyi amaçlamış, bu doğrultuda 210 doktor ve 216 hemşire olmak üzere 426 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılarımızın yaş ortalaması 32,51'dir. Genç asistan doktor ve hemşire sayısı çokluğu sebebiyle doktor ve hemşirelere yapılan çalışmalardan genellikte daha düşük bir ortalamaya sahiptir. Sadece asistan doktorlara yapılan çalışmalara göre ise ortalama daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama VKİ'leri 23,7±3,57'dir. VKİ'nin literatürde genellikle yaş ile doğru orantılı arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda pandemi döneminde sigara ve alkol kullanım durumlarına bakıldığında hem sigara (%40,1) hem de alkol kullanımının (%34,48) artmış olduğu görülmektedir. Literatürle çalışmaların çoğuyla benzerdir.

Çalışmaya katılanların %22,8'i kronik hastalığa sahip katılımcılardı. Literatürde kronik hastalığa sahip olanlar bizim çalışmamıza göre daha az oranlara sahipti.

Fiziksel aktivite MET skoru alt ölçekleri çalışmamızda, toplam MET skoru 1610,13 ± 2710,24 MET-dk/hafta, şiddetli FA MET skoru 370,89 ± 1199,01 MET-dk/hafta, orta şiddetli FA MET skoru 218,45 ± 603,83 MET-dk/hafta, yürüme MET skoru 892,36 ± 1740,01 MET-dk/hafta olarak hesaplanmıştır. Literatürdeki Covid-19 öncesi yapılan çalışmalara göre, çalışmamızdaki MET skorları daha düşüktür. Bu sonuç, pandeminin sağlık çalışanları üzerindeki fiziksel aktivite düzeyini azaltıcı ve sedanter yaşam tarzını artırıcı etkisi olarak düşünülmektedir.

MET skorlarıyla belirlenen fiziksel aktivite düzeylerini incelediğimizde çalışmamızdaki katılımcıların %46,3'ü inaktif, %40,2'si minimal aktif, %13,6'sı ise çok aktif kategorisindedir. Bizim çalışmamız gibi Covid-19 pandemisi döneminde yapılan literatürdeki çalışmalar ile öncesinde yapılan çalışmalar arasında fiziksel aktivite düzeyleri arasında bir ilişki olup, Covid-19 döneminde yapılan çalışmalardaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri belirgin bir şekilde düşük bulunmuştur.

Covid-19 ile ilgili herhangi bir bölümde çalışanlarla ve çalışmayanların fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, çalışmayanlar çalışanlara göre daha aktif olsa da, aralarında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (p=0,259). MET skorları ve SF-36 alt ölçekleriyle anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Covid-19 enfeksiyonu geçirenler ile geçirmeyenler arasında fiziksel aktivite düzeyleri, MET skorları ve oturma süresi ile anlamlı bir farklılık yoktur. Fiziksel rol güçlüğü ölçek puanı ile anlamlı bir farklılık vardır ve Covid-19 geçirmeyenlerde ölçek puanı ortalaması daha yüksektir (p=0,037).

Katılımcı doktorlar ile hemşireler arasındaki fiziksel aktivite düzeyleri incelenmiş, bu iki meslek arasında fiziksel aktivite düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p=0,558). Doktor ve hemşirelerin şiddetli (p=0,708), orta şiddetli (p=0,529), yürüme (p=0,821) ve total MET skorları (p=0,866) arasında da anlamlı bir farklılık yoktur. İki meslek grubu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişkiye baktığımızda ise fiziksel fonksiyon (p=0,001), fiziksel rol güçlüğü (p=0,001), ağrı (p=0,001), genel sağlık (p=0,004) ve sosyal fonksiyon (p=0,004) ile anlamlı bir farklılığa sahiptir. Doktorların yaşam kalitesi hemşirelere göre daha yüksektir. Literatürde yaşam kalitesi, meslekler arasında bizim çalışmamızla benzer çıkmıştır ve doktorların fiziksel aktiviteleri hemşirelere göre daha yüksek görülmüştür.

Bizim çalışmamızda cinsiyetle şiddetli fiziksel aktivite (p=0,019), orta şiddetli fiziksel aktivite (p=0,006) arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve kadınların erkeklere göre daha düşük tespit edilmiştir. Yaş ile MET puan dağılımları arasındaki ilişkiye baktığımızda, yürüme MET

skoru (p=0,006) ve toplam MET skoru (p=0,011) ile yaş tabakaları arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir.

Kronik hastalığı olan ve olmayanların MET fiziksel aktivite skorları arasındaki ilişkiye baktığımızda toplam MET skoru (p=0,034) açısından anlamlı bir farklılık vardır. Kronik hastalığı olanların toplam MET skoru daha düşüktür.

Sigara içen ile içmeyenlerin MET skorları arasındaki ilişki incelenmiş, orta şiddetli MET skorları (p=0,044) arasında anlamlı bir farklılık var olduğu görülmüştür ve beklenenin aksine sigara kullananlarda daha yüksektir. Şiddetli fiziksel aktivite (p=0,296), yürüme MET skoru (p=0,131), toplam MET skoru (p=0,341) ve oturma MET skorları (p=0,123) sigara kullanmayanlarda daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde sigara ile MET skorları arasında negatif bir ilişki vardır.

Alkol kullanan ile kullanmayanların MET skorları arasındaki ilişki incelenmiştir. Alkol kullanan ile kullanmayanların şiddetli (p=0,018) ve orta şiddetli (p=0,038) MET skorları ile anlamlı bir farklılık varken, oturma (p=0,250), yürüme (p=0,819) ve toplam MET skorları (p=0,266) ile anlamlı bir farklılık yoktur. Şiddetli ve orta şiddetli MET skorları, alkol kullananlarda alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Literatürde bir fikir birliği yoktur.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyleri ile MET skorları arasında anlamlı bir farklılık yoktur, ancak literatürde gelir düzeyinin fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörlerden biri olduğuna yönelik çalışmalar vardır.

Katılımcılara ‘Covid-19 ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?’ şeklinde sorulan soruya %87,3’ü, ‘Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip misiniz?’ sorusuna %71,6’sı, ‘Pandemi döneminde yeterli ekipmana sahip miydiniz?’ sorusuna ise katılımcılardan %77,7’si ‘Evet’ yanıtını vermiştir. Çalışmamızda katılımcıların %30,5’i Covid-19 enfeksiyonu geçirmiştir. Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olanların oranı %5,6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların ‘Pandemi sürecinde vücut ağırlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna yanıtı; %46,7 ‘Arttı’, %37,8 ‘Değişiklik olmadı’, %15,5 ise ‘Azaldı’ şeklinde olmuştur. ‘Pandemi sürecinde fiziksel aktivite/egzersiz düzeyinizde bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna ise katılımcıların %53,3’ü ‘Azaldı’, %31,7’si ‘Değişmedi’, %15’i ise ‘Arttı’ yanıtını vermiştir. ‘Pandemi sürecinde beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?’ sorusuna katılımcılardan 194’ü (%45,54) ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıksız bir hal aldı.’ yanıtını verirken, 168’i (%39,43) ‘Hayır, bir değişiklik olmadı’ yanıtını, 64’ü (%15,03) ise ‘Covid-19 pandemisi sürecinde daha sağlıklı bir hal aldı.’ yanıtını vermiştir.

Katılımcıların fiziksel aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesi alt ölçek ilişkisine bakılmış olup fiziksel fonksiyon ($p<0,001$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,015$), vitalite ($p<0,001$), sosyal fonksiyon ($p=0,001$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,002$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyleri yaşam kalitesini literatürde de olduğu gibi etkilemektedir.

9. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu) Rehberi Bilim Kurulu Çalışması. Ankara. 13 Nisan 2020. Erişim Adresi: https://covid19rehberi.com/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19_Rehberi-13-N%C4%B0SAN-2020.pdf.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2021

2. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2. Baskı. Demirel H, Kayıhan H, Özmert EN, Doğan A, editörler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık; 2014. ISBN: 978-975-590-492-4

3. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. Lancet [Internet]. 2012;380(9838):294–305. Erişim Adresi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8. Erişim tarihi: 26.08.2021.

4. G Lippi, BM Henry, C Bovo, F Sanchis-Gomar. Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Diagnosis (Berlin, Ger [Internet]. 2020 Apr 7;7(2). Erişim Adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32267243/. Erişim Tarihi: 26.08.2021.

5. Budak F, Korkmaz Ş. Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. Sos Araştırmalar ve Yönetim Derg [Internet]. 2020 May 17;1(1):62–79. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod/issue/54364/7386577 Erişim Tarihi: 26.08.2021.

6. Eskici G. Covid-19 Karantinası: Beslenme, Ağırlık Kontrolü ve Bağışıklığa Yönelik Öneriler Gündem: Karantinada Ramazan Ayı Beslenme Önerileri. Erişim Adresi: http://sporbilimleri.org.tr/uploads/1587400793d844b93930530233.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2021.

7. WJ Guan, WH Liang, Y Zhao, HR Liang, ZS Chen, YM Li, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J [Internet]. 2020 Oct 1;55(5):640. Erişim Adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217650/ Erişim Tarihi: 26.08.2021.

8. Narici M, Vito G, Franchi M, Paoli A, Moro T, Marcolin G, Grassi B, Baldassarre G, Zuccarelli L, Biolo G, di Girolamo FG, Fiotti N, Dela F, Greenhaff P, Maganaris C. Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular

and metabolic health: Physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures. Eur J Sport Sci. 2021 Apr;21(4):614-635. doi: 10.1080/17461391.2020.1761076. Epub 2020 May 12. PMID: 32394816.

9. Yıldırım D, Yıldırım A, Eryılmaz M. Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. Cukurova Med J. 2019 Jun 30;44(2):1–1.

10. Aysan AF, Balcı E, Karagöl ET, Kılıç E, Gültekin F, Şahin F, et al. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu [Internet]. 2020. Erişim Adresi: http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19 Raporu-Final+.pdf Erişim Tarihi: 26.08.2021.

11. Bhatt T, Kumar V, Pande S, Malik R, Khamparia A, Gupta D. A Review on COVID-19. Stud Comput Intell. 2021;924(April):25–42.

12. Perlman S, Netland J. Coronaviruses post-SARS: Update on replication and pathogenesis. Nat Rev Microbiol. 2009;7(6):439–50.

13. Arshad Ali S, Baloch M, Ahmed N, Arshad Ali A, Iqbal A. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—An emerging global health threat. J Infect Public Health [Internet]. 2020;13(4):644–6. Erişim Adresi: https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.02.033 Erişim Tarihi: 11.10.2021.

14. Karcıoğlu Ö. COVID-19: Epidemiyolojik bilgilerimiz ve hastalığın dünyadaki gidişi. Journal of ADEM. 2020; 1(1): 55-70.

15. World Health Organization. COVID-19 weekly epidemiological update. World Health Organ [Internet]. 2021;(58):1–23. Erişim Adresi: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-weekly-epidemiological-update Erişim Tarihi: 11.10.2021.

16. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli R Di. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). StatPearls [Internet]. 2021 Jul 30; Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/ Erişim Tarihi: 11.10.2021.

17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2020;19(COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU)):1–32.

18. Culp WC. Coronavirus Disease 2019: In-Home Isolation Room Construction. A&A Pract. 2020;14(6):e01218.

19. Cetintepe SP, İlhan MN. Risk Reduction in Healthcare Workers in the COVID-19 Outbreak. J Biotechnol Strateg Heal Res. 2020. Erişim adresi: https://doi.org/10.34084/bshr.712539 Erişim Tarihi: 12.10.2021.

20. Yen MY, Lin YE, Lee CH, Ho MS, Huang FY, Chang SC, et al. Taiwan's traffic control bundle and the elimination of nosocomial severe acute respiratory syndrome among healthcare workers. J Hosp Infect. 2011;77(4):332–7.

21. Yen MY, Schwartz J, Wu JSJ, Hsueh PR. Controlling middle east respiratory syndrome: Lessons learned from severe acute respiratory syndrome. Clin Infect Dis. 2015;61(11):1761–2.

22. Atkinson P, French J, Lang E, McColl T, Mazurik L. Just the Facts: Protecting frontline clinicians during the COVID-19 pandemic. Can J Emerg Med. 2020;22(4):435–9.

23. World Health Organization. Rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: Interim guidance-2. World Heal Organ. 2020;(March):1–2.

24. Ali S, Noreen S, Farooq I, Bugshan A, Vohra F. Risk assessment of healthcare workers at the frontline against COVID-19. Pakistan J Med Sci. 2020;36(COVID19-S4):S99–103.

25. Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. N Engl J Med. 2020;382(21):e63.

26. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, et al. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. J Psychiatr Res. 2007;41(1–2):119–30.

27. Wong SYS, Wong ELY, Chor J, Kung K, Chan PKS, Wong C, et al. Willingness to accept H1N1 pandemic influenza vaccine: A cross-sectional study of Hong Kong community nurses. BMC Infect Dis. 2010;10.

28. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. Br J Psychiatry. 2004;185(AUG.):127–33.

29. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F N, V et al. Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore What Can We Learn? Med Care. 2005;43(7):676–82.

30. Tzeng HM, Yin CY. A crisis: fear toward a possible H5N1 pandemic. J Nurs Care Qual. 2008;23(2):177–83.

31. Tzeng HM, Yin CY. Nurses' Fears and Professional Obligations Concerning Possible Human-to-Human Avian Flu. Nurs Ethics. 2006;13(5):455–70.

32. Wong TY, Koh GCH, Cheong SK, Sundram M, Koh K, Chia SE, et al. A cross-sectional study of primary-care physicians in Singapore on their concerns and preparedness for an avian influenza outbreak. Ann Acad Med Singapore. 2008;37(6):458–64.

33. Ives J, Greenfield S, Parry JM, Draper H, Gratus C, Petts JI, et al. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: A qualitative study. BMC Public Health. 2009;9:1–13.

34. Young CF, Persell DJ. Biological, chemical, and nuclear terrorism readiness: Major concerns and preparedness of future nurses. Disaster Manag Response. 2004;2(4):109–14.

35. Ercan S, Başkurt Z, Başkurt F, et al. Fiziksel İnaktivite ve Covid-19: İki Büyük Pandemi. 2020;3(2). Türk Spor Bilimleri Dergisi. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/tsbd/issue/57559/749470 Erişim Tarihi: 20.10.2021.

36. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical activity and health: Human Kinetics. 2nd ed. USA: Humman Kinetics. 2012. ISBN: 9780736095419

37. De Boer MD, Maganaris CN, Seynnes OR, Rennie MJ, Narici MV. Time course of muscular, neural and tendinous adaptations to 23 day unilateral lower-limb suspension in young men. J Physiol. 2007;583(3):1079–91.

38. Narici MV, Monti E, Franchi M et al. Early biomarkers of muscle atrophy and of neuromuscular alterations during 10-day bed rest. FASEB J. 2020;34(1):1.

39. Nishimune H, Stanford JA, Mori Y. Role of exercise in maintaining the integrity of the neuromuscular junction. Muscle Nerve. 2014;49(3):315–24.

40. Mattioli AV, Ballerini Puviani M, Nasi M, Farinetti A. COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2020;74(6):852–5. Erişim Adresi: http://dx.doi.org/10.1038/s41430-020-0646-z Erişim Tarihi: 21.10.2021.

41. Koç, M; Bayar K. Covid-19 Pandemisinde Fiziksel Aktivite Ve Egzersizin Önemi. Karya J Heal Sci. 2020;1(2):19–21.

42. WHO. Global Health Risks. 2009; Erişim Adresi:: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf Erişim tarihi: 24.10.2021.

43. Puggina A, Aleksovska K, Buck C, Burns C, Cardon G, Carlin A, et al. Policy determinants of physical activity across the life course: A DEDIPAC' umbrella systematic literature review. Eur J Public Health. 2018;28(1):105–18.

44. Young DR, Hivert MF, Alhassan S, Camhi SM, Ferguson JF, Katzmarzyk PT, et al. Sedentary behavior and cardiovascular morbidity and mortality: A science advisory from the American Heart Association. Circulation. 2016;134(13):e262–79.

45. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sá TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2018;33(9):811–29.

46. Chomistek AK, Manson JE, Stefanick ML et al. Relationship of sedentary behavior and physical activity to incident cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative. J Am Coll Cardiol. 2013;61(23):2346–54.

47. Mathers C, Ma Fat D. The global burden of disease 2004. Updat World Heal Organ. 2004;146.

48. Öztürk O, Bayraktar D. Pandemilerin Şafağında: COVID-19 ve Fiziksel İnaktivite. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2020;5(2):143–6.

49. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, Tan KS, Wang DY YY. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. Mil Med Res. 2020;7(1):11.

50. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. 2. Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayını. 2012; Reklam Kurdu Ajansı Org. Tan. Tas. Rek. San. Tic. Ltd. Şti, Ankara, ISBN: 978-975-590-245-6

51. Wei M, Kampert JB, Barlow CE, Nichaman MZ, Gibbons LW, Paffenbarger RS Jr BS. Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. JAMA. 1999;282(16):1547–53.

52. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kambert JB. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med. 1993;328(8):538–45.

53. Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General Executive Summary. Erişim Adresi: https://www.cdc.gov./nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf. Erişim Tarihi: 01.11.2021.

54. Sallis JF, McKenzie TL, Kolody B, Lewis M, Marshall S, Rosengard P. Effects of health-related physical education on academic achievement: project SPARK. Res Q Exerc Sport. 1999;70(2):127–34.

55. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D GG. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. JAMA. 1993;269(11):1391–5.

56. WHO. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri [Internet]. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. 2017. 2–3 p. Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/pubrequest. Erişim Tarihi: 10.12.2021.

57. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. 2013; Erişim Adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bulaşıcı olmayan hastalıklar.pdf Erişim Tarihi: 13.12.2021.

58. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. Erişim Adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng. pdf?ua=1, Erişim tarihi 13.12.2021.

59. GATS (Global Adult Tobacco Survey). Fact Sheet, Turkey 2016. for Disease Control, Centers. 2019. 4–5 p. Erişim Adresi: https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf Erişim tarihi: 13.12.2021

60. Thomas H, Diamond J, Vieco A, Chaudhuri S, Shinnar E, Cromer S, et al. Global Atlas of Cardiovascular Disease 2000-2016: The Path to Prevention and Control. Glob Heart. 2018;13(3):143–63.

61. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull FC. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants. The Lancet. Global health, 6(10), e1077–e1086. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

62. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull FC. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1,6 million participants. The Lancet. Child & Adolescent health, 4(1), 23–35. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2.

63. Ünal B, Ergör G, Dinç-Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Public Health Agency of Turkey. 2013. 69–89 p. Anıl Matbaa Ltd. Şti. Ankara. ISBN: 978-975-590-461-064. Mukamal KJ, Chen CM, Rao SR, Breslow RA. Alcohol consumption and cardiovascular mortality among U.S. adults, 1987 to 2002. J Am Coll Cardiol. 2010;55(13):1328–35.

65. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010;105(5):817–43.

66. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603. Erişim Tarihi: 11.01.2022.

67. Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, et al. Sağlık İstatistik Yıllığı 2019 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. 2021. 294 p. Available from: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf Erişim Tarihi: 11.01.2022

68. World Health Organization. (2007). Prevention of cardiovascular disease : guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization. Erişim Adresi: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf Erişim Tarihi: 12.01.2022 69. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. BMJ. 2009 Nov 24;339:b4567. doi: 10.1136/bmj.b4567. PMID: 19934192; PMCID: PMC2782060.

70. Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. Curr Atheroscler Rep. 2003;5:492–9.

71. SALTurk Çalışması. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması. Ankara: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği; 2008. Erişim Adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf Erişim tarihi: 14.12.2021

72. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı;2013. Erişim Adresi: http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf, Erişim tarihi 14.12.2021.

73. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti. ISBN 978-975-491-390-374. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti. ISBN 978-975-491-493-1

75. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ;2019 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf Erişim Tarihi: 11.01.2022.

76. TEMD Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ISBN: 978-605-4011-19-3.

77. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Cağlar S; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. 2005 Oct;23(10):1817-23. doi: 10.1097/01.hjh.0000176789.89505.59. PMID: 16148604.

78. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. (PatenT2). 2012. Ankara: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği; 2012 Erişim Adresi: http://turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2. php, Erişim tarihi 14.12.2021).

79. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B AM et al. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması – CREDIT. 2008. Türk Nefroloji Derneği; 2011 Erişim Adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf Erişim tarihi: 14.12.2021.

80. Satman I, Yılmaz T, Şengül A et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25:1551–6.(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12196426, Erişim tarihi 14.12.2021).

81. Satman I, Ömer B TY et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. Eur J Epidemiol. 2013;28:169–80. Erişim Adresi: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23407904, Erişim tarihi: 14.12.2021.

82. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 2021;10. Erişim Adresi: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf Erişim tarihi: 14.12.2021

83. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017 - 2021). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2016 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/programlar/turkiyede-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021.pdf. Erişim tarihi: 14.12.2021

84. Salman S, Satman İ, Yılmaz C, İmamoğlu Ş, Dinççağ N. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara. Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. 2020. ISBN: 978-605-4011-40-7

85. TEMD Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 2019. ISBN 978-605-4011-31-5

86. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği - Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 2019. ISBN 978-605-4011-34-6

87. Rebelo-Marques A, Lages ADS, Andrade R, Ribeiro CF, Mota-Pinto A, Carrilho F, et al. Aging hallmarks: The benefits of physical exercise. Front Endocrinol (Lausanne). 2018;9(MAY):1–15.

88. Yamazaki S, Ichimura S, Iwamoto J, Takeda T, Toyama Y. Effect of walking exercise on bone metabolism in postmenopausal women with osteopenia/osteoporosis. J Bone Miner Metab. 2004;22(5):500-8.

89. Bogdanovic G, Stojanovich L, Djokovic A, Stanisavljevic N. Physical activity program is helpful for improving quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. Tohoku J Exp Med. 2015;237:193-9.

90. Ramaswamy B, Jones J, Carroll C. Exercise for people with Parkinson's: a practical approach. Pract Neurol. 2018.

91. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. (Bilim Uzmanlığı Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.

92. Ware Jr JE SC. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992:473-83.

93. Koçyigit H. Kisa Form-36 (KF-36)'nın Türkce versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:102-6.

94. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 3'üncü baskı, Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2007;346-53.

95. Ware Jr JE. SF-36 health survey update. Spine. 2000;25:3130-9.

96. Heuker D, Lengele B, Delecluse V, Weynand B, Liistro G BB et al. Subjective and objective assessment of quality of life after chest wall resection. Eur J Cardiothorac Surg. 2011;39:102-8.

97. Tanriverdi N, Özçürümez G, Colak T, Dürü C, Emiroğlu R ZL et al. Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and controls: preliminary report. Transplant Proc. 2004:36:117-9.

98. Iwuala SO, Sekoni AO, Olamoyegun MA, Akanbi MA, Sabir AA AO. Self-reported physical activity among health care professionals in South-West Nigeria. Niger J Clin Pract. 2015 Nov-Dec;18(6):790-5. doi: 10.4103/1119-3077.163275. PMID: 26289519.

99. Balık G. İzmir İlinde 18-45 Yaş Arası Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Fiziksel Aktivite Önündeki Engeller. Uzmanlık Tezi. İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2017.

100. Biernat E, Poznańska A, Gajewski A K. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients. Ann Agric Environ Med. 2012;19(4):707-710.

101. Tural, E., (2020). COVID-19 Pandemi Dönemi Ev Karantinasında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 13 (Özel Sayı): 10-18.

102. Akbayram HT. COVID-19 Pandemisi Asistan Hekimlerin Yaşam Tarzı Davranışlarını Nasıl Etkiledi? Dicle Tıp Derg. 2021;48:612–20.

103. Prezotti JA, Henriques JVT, Favorito LA et al. Impact of COVID-19 on education, health and lifestyle behaviour of Brazilian urology residents. IntBraz J Urol. 2021; 47: 753-76.

104. Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, Filippidis FT. Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. Prev Med (Baltim). 2015 Dec 1;81:87–91.

105. Ibrahim S, Karim NA, Oon NL, Ngah WZW. Perceived physical activity barriers related to body weight status and sociodemographic factors among Malaysian men in Klang Valley. BMC Public Health. 2013;13(1).

106. Erdoğan Yüce G, Muz G. COVID-19 pandemisinin yetişkinlerin diyet davranışları, fiziksel aktivite ve stres düzeyleri üzerine etkisi. Cukurova Med J. 2021;46(1):283–91.

107. Ishii K, Inoue S, Ohya Y, Odagiri Y, Takamiya T, Suijo K, Owen N ST. Sociodemographic variation in the perception of barriers to exercise among Japanese adults. J Epidemiol 2009, 19(4):161–168.

108. Pirinççi CŞ, Cİhan E, Yıldırım NÜ. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi, Kronik Hastalık Varlığı, Sigara Kullanımı ve Akademik Başarıyla Olan İlişkisi The Relationship Between Physical Activity Level and Quality of Life, Presence of Chronic Disease, Smok. 2020;1:15–23.

109. Justine Maria, Azizan Azliyana, Hassan Vaharli, Salleh Zoolfaiz MH. Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and eldery individuals. Singapore Med J 2013; 54(10): 581-586.

110. Garcia-Canto Eliseo, Rodriguez Garcia Pedro Luis, Perez-Soto Juan Jose, Lopez Villalba Francisco Jose R-GA. Tobacco consumption and its relationship to the level of regular physical activity and physical fitness in adolescents from the region of Murcia (Spain). Spanish orginal article. Salud Colectiva, 2015; 11(4): 563-573.

111. Lisha Nadrae, Martens Matthew, Levanthal Adam M. Age and gender as moderators of the relationship between physical activity and alcohol use. Addictive Behaviors 36 (2011); 933-936.

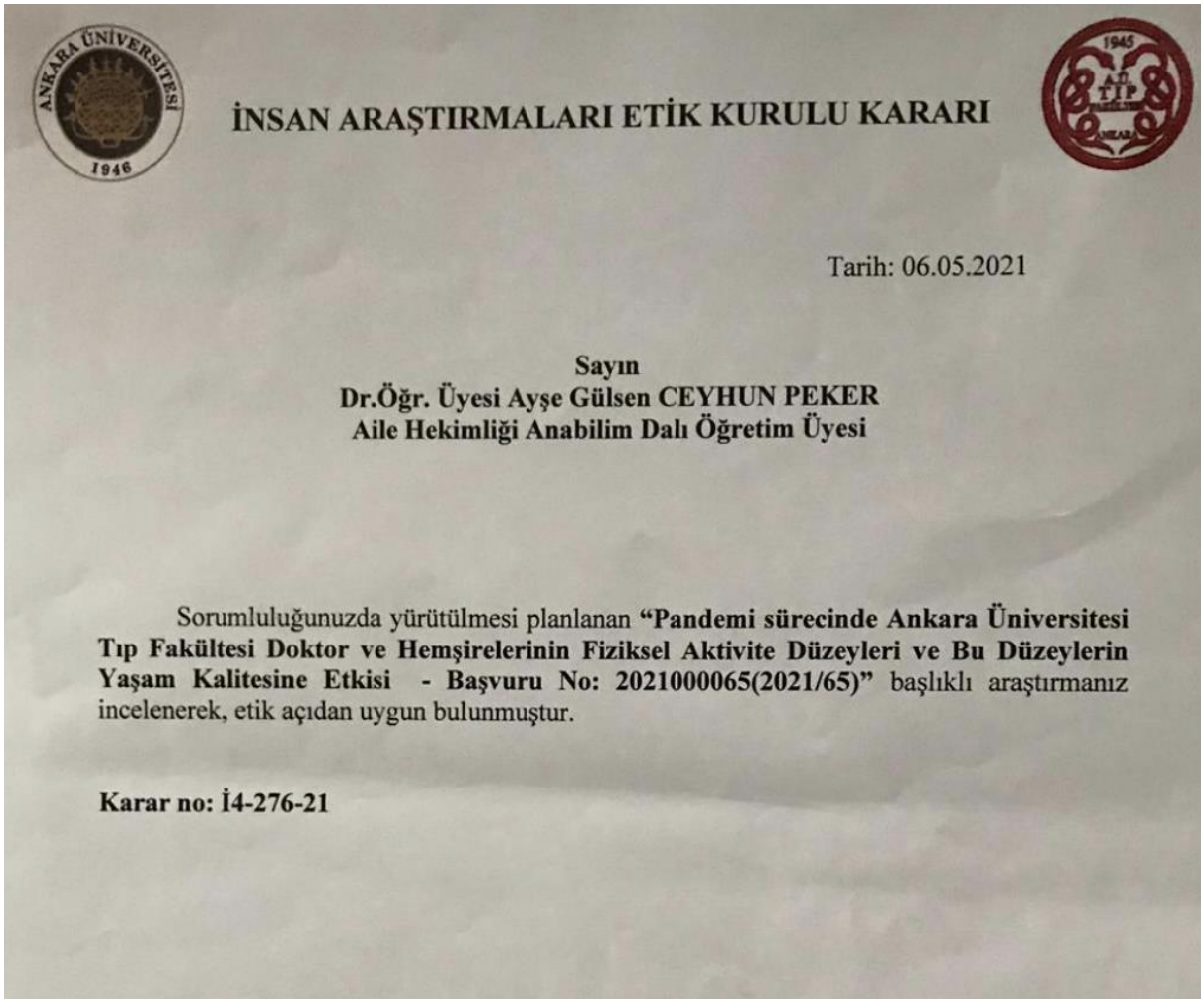
112. Kopp M, Burtscher M, Kopp-Wilfling P, Ruedl G, Kumnig M, Ledochowski L RG. Is There a Link Between Physical Activity and Alcohol use? Subst Use Misuse. 2015 Apr;50(5):546-51. doi: 10.3109/10826084.2014.980957. Epub 2014 Dec 2. PMID: 25458711.

113. Mota IA, Oliveira Sobrinho GD, Morais IPS et al. Impact of COVID-19 on eating habits, physicalactivity and sleep in Brazilian healthcareprofessionals. Arq Neuropsiquiatr. 2021; 79: 429-36.

114. Koçak F, Özkan F. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi, Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi, 2: 46-54, 2010.

10. EKLER

EK 1: Ankara Üniversitesi Etik Kurul Onayı



İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

Tarih: 06.05.2021

Sayın
Dr.Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yürütülmesi planlanan **"Pandemi sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktor ve Hemşirelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Bu Düzeylerin Yaşam Kalitesine Etkisi - Başvuru No: 2021000065(2021/65)"** başlıklı araştırmanız incelenerek, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Karar no: İ4-276-21

EK 2: Anket Formu

1- Yaş ……

2- Cinsiyet **()** Kadın () Erkek

3-Boyunuz ……. cm Kilonuz …….kg BKİ: …… kg/metrekare

4- Medeni Durum () Bekar () Evli () Diğer …… (Belirtiniz)

5- Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır

6- Eğitim Durumu () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu

() Üniversite mezunu () Yüksek lisans

7- Mesleğiniz Doktor ()

1- Araştırma görevlisi () Dr.Öğretim görevlisi ( ) Dr.Öğretim üyesi ()

Doç. Dr. () Prof. Dr.()

2- Dahili bilimler () Cerrahi bilimler () Temel bilimler () İşaretledikten sonra hangi bilim dalı olduğunu belirtiniz ……

Hemşire ()

Servis () Poliklinik () Acil () Yoğun bakım () Diğer: ……..

8- Aylık gelir durumunuz nedir? () 0-4499 TL () 4500-8999 TL () 9000 TL ve üzeri

9- Meslekte geçirdiğiniz süre nedir? () 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 10 yıl üzeri

10- Sigara kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 12'ye geçiniz) () Evet () Hayır

11- Sigara paket/gün sayısında değişiklik oldu mu?

() Covid-19 pandemisi sürecinde kullandığım paket / gün arttı.
() Covid-19 pandemisi sürecinde azalttım.
() Hayır değişiklik olmadı.

12- Alkol kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 14'e geçiniz) () Evet () Hayır

13 -Alkol kullanma sıklığında değişiklik oldu mu?

() Covid-19 pandemisi sürecinde arttı.
() Covid-19 pandemisi sürecinde azaldı.
() Hayır değişiklik olmadı.

14-Pandemi sürecinde fiziksel aktivite/egzersiz düzeyinizde değişiklik oldu mu? (Cevabınız arttı/değişmedi ise 16.soruya geçiniz)

() Covid-19 pandemisi sürecinde arttı.

() Covid-19 pandemisi sürecinde azaldı.

() Hayır değişmedi.

15-Eğer covid-19 pandemisi sürecinde fiziksel aktivite/egzersiz düzeyiniz azaldıysa buna sebep olan durum sizce neydi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

() Kişisel Sebepler (Enerji yoksunluğu, sağlık problemleri, zevk almama, zor ve yorucu olması, üşengeçlik vb.)

() Sosyal Çevre (Aile ve arkadaşların teşvik etmemesi, iş yoğunluğu vb)

() Fiziksel Çevre (Alan ve tesis olmaması, hava durumu, maddi durum vb)

16-Pandemi sürecinde yaşam kalitenizde değişiklik oldu mu?

() Evet, Covid-19 pandemisi sürecinde yaşam kalitem arttı.

() Evet, Covid-19 pandemisi sürecinde yaşam kalitem azaldı.

() Hayır değişiklik olmadı.

17-Pandemi sürecinde beslenme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

() Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme alışkanlığım daha dengeli ve sağlıklı bir hal aldı.

() Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme alışkanlığım daha dengesiz ve sağlıksız bir hal aldı.

() Covid-19 pandemisi sürecinde beslenme alışkanlığımda herhangi bir değişiklik olmadı.

18-Pandemi sürecinde vücut ağırlığınızda değişiklik oldu mu?

() Covid-19 pandemisi sürecinde arttı.

() Covid-19 pandemisi sürecinde azaldı.

() Hayır değişiklik olmadı.

19- Hane halkı sayısı? () 1 () 2 () 3 () 4 ve daha fazla

20- Evde beraber yaşadığınız 65 yaş ve üzeri birey var mı? () Evet () Hayır

21- Kronik hastalık öykünüz var mı? () Evet () Hayır

22- Kronik hastalığınız (21. Soruya yanıtınız hayır ise 23.soruya geçiniz.)

() Diyabet

() Hipertansiyon

() Kalp hastalığı

() Koah / Astım

() Psikiyatrik hastalık

() Kas ve iskelet sistemi hastalığı () Diğer: …… (Lütfen belirtiniz)

23- Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldınız mı? () Evet () Hayır

24- Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

25- Pandemi sürecinde yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip miydiniz?

() Evet () Hayır

26- Covid-19 hastalarına hizmet veren bölüm ya da bölümlerde çalıştınız mı? (Yanıtınız hayır ise 28. soruya geçiniz.) () Evet () Hayır

27- Hangi bölüm ya da bölümlerde çalıştınız?

() Covid-19 servis

() Covid-19 acil servis

() Covid-19 poliklinik

() Covid-19 yoğun bakım

() Filyasyon

28- Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi? (Yanıtınız hayır ise 30.soruya geçiniz.)

() Evet () Hayır

29- Covid-19 enfeksiyonu geçirdiyseniz bu sizin fiziksel aktivite/egzersiz durumunuzu nasıl etkiledi?

() Covid-19 enfeksiyonu sonrası fiziksel aktivite/egzersiz düzeyimde artma oldu.

() Covid-19 enfeksiyonu sonrası fiziksel aktivite/egzersiz düzeyimde azalma oldu.

() Covid-19 enfeksiyonu sonrası fiziksel aktivite/egzersiz düzeyimde değişiklik olmadı.

30- Covid-19 şüphesi veya tanısı ile hastanede yatışınız oldu mu?

() Evet () Hayır

EK-3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi

b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi

c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı

d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü

e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

EK-4: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form)

Günlük yaşayış içerisinde yaptığınız aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinizi çok hareketli, bir kişi olarak görmeseniz dahi her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, iş yerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içerisinde 10 dakika veya üzerinde süren nefesini hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

() Haftada …….… gün

() Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 3.soruya geçiniz.)

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

() Bilmiyorum/Emin değilim
() Günde..... dakika
() Günde..... saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

() Haftada ……. Gün
() Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 5. Soruya geçiniz.)

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

() Bilmiyorum/Emin değilim
() Günde ……. dakika
() Günde ……. saat

Geçen bir hafta içinde 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 içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

() Haftada ……. gün
() Yürümedim (Bu şıkkı işaretlediyseniz 7. Soruya geçiniz.)

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

() Bilmiyorum/Emin değilim
() Günde ……. dakika
() Günde ……. saat

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

7. Son bir hafta içinde oturarak günde ne kadar zaman harcadınız?

() Bilmiyorum/Emin değilim
() Günde ……. dakika
() Günde ……. saat

EK 5: Anket Bilgilendirme Metni

PANDEMİ SÜRECİNDE ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DOKTOR VE HEMŞİRELERİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİ VE BU DÜZEYLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Değerli Katılımcı;

'Pandemi sürecinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktor ve Hemşirelerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Bu Düzeylerin Yaşam Kalitesine Etkisi' konulu bu çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık tezi araştırmasıdır. Araştırma; pandemi sürecinde covid ile ilgili bölümlerde çalışan ve çalışmayan doktor ve hemşirelerin fiziksel aktivite düzeyini kıyaslamak ve bu düzeylerin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu nedenle sorulara içtenlikle yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar içi araştırma amacıyla kullanılacaktır. Anketimiz; 30 soruluk anket formu, 11 soruluk Yaşam Kalitesi Kısa Formu ve 7 soruluk Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu olmak üzere toplam 48 sorudan oluşmaktadır. Tüm soruları yanıtlamak yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Anketimizde kimlik bilgileri istenmeyecektir. Katılıp katılmama durumunuz herhangi bir risk taşımamaktadır. Tüm soruları eksiksiz bir şekilde yanıtlamanız çalışmamız için oldukça önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Dr. Yasin EROL

Araştırma Danışmanı: Dr. Öğr. Üy. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER