



Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları

Physical activity levels and physical activity counseling practices of family physicians

● Alican Sarısaltık¹ ● Azize Tiryakioğlu² ● Ahmet Sezer Yılmaz³
● Büşra Aysu Alibaş³ ● Emre Seyhan³ ● Nihat Zümbül³
● Zilan Polat³ ● Seyhan Hıdıroğlu⁴ ● Pınar Ay⁴

¹⁾ TC. Sağlık Bakanlığı Çayırova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Uzm. Dr., Kocaeli.

²⁾ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Dr., İstanbul.

³⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, öğrenci, İstanbul.

⁴⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul.

İletişim adresi:

Dr. Alican Sarısaltık

E-mail: dr.alicansarisaltik@gmail.com

Geliş tarihi: 04/12/2022

Kabul tarihi: 13/02/2023

Yayın tarihi: 29/03/2023

Etik Kurul Onayı ve İzinler: Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Protokol Kodu: 09.2018.803) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığı Geliştirme Birimi'nden gerekli araştırma izinleri alınmıştır. Araştırmada yer alan aile hekimlerine çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. **Çıkar çatışması bildirilmemiştir.**

Alıntı Kodu: Sarısaltık A ve Ark. Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (1): 17-29. Doi: 10.15511/tjfp.23.00117

Özet

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, İstanbul'un bir ilçesinde yer alan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek ve fiziksel aktivite düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmaktır. Çalışmada, hekimlerin fiziksel aktiviteye yönelik danışmanlık uygulamalarının değerlendirilmesi de hedeflenmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada veriler Mart-Nisan 2019 tarihlerinde araştırma bölgesinde çalışan aile hekimlerine uygulanan bir anket formu ile toplandı. Anket; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamalarını değerlendiren 26 sorudan oluşmaktaydı. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Form (IPAQ-SF) ile ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya toplam 80 aile hekimi dahil oldu. Katılımcıların çoğu erkekti (%53,7) ve yaş ortalamaları $42,0 \pm 9,8$ yıldır. Hekimlerin %45,0'inin düşük, %35,0'inin orta düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunurken 'İş temposu/yoğunluğu' fiziksel inaktivitenin en önemli nedeni olarak belirtildi (%73,8). Çok değişkenli analizde; kronik hastalık varlığı, işe ulaşımında yalnızca özel araç kullanmak ve fiziksel aktivite düzeyini akıllı telefon veya pedometre gibi bir araçla takip etmemek fiziksel inaktivite ile ilişkili bulundu (tümü için $p < 0,05$). Hekimlerin en sık fiziksel aktivite danışmanlığı yaptıkları hastalar; kardiyovasküler sistem (%71,2), diyabet (%67,5) ve obezite (%60,0) hastalarıydı. Fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmasının önündeki en önemli engeller; 'yeterli zamanın olmaması' (%80,0) ve 'hastaların genellikle ilaç tedavisi beklentisinde olmaları' (%60,0) şeklinde ifade edildi.

Sonuç: Ağır iş yükü ve zaman kısıtlılığı, hekimlerin hem kendi fiziksel aktivite düzeylerini düşürmekte hem de danışmanlık uygulamalarını olumsuz yönde etkilemektedir. İşe gidiş gelişlerde toplu taşıma ve yürüyüş kullanımının desteklenmesi, aktivite düzeyinin izleniminin teşvik edilmesi ve özellikle kronik hastalığı olanların aktivitesini artırmaya yönelik müdahalelere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, danışmanlık, egzersiz, fiziksel aktivite

Summary

Objective: The main objective of this study was to determine physical activity levels and the factors associated with physical activity among family physicians working in primary health care centers in a district of Istanbul. We also aimed to evaluate the physical activity counseling practices of physicians.

Methods: In this descriptive study, data were collected through a questionnaire applied to family physicians working in the research area between March and April 2019. The survey included 26 questions evaluating participants' sociodemographic characteristics, physical activity levels, and physical activity counseling practices. Physical activity levels were assessed with the International Physical Activity Questionnaire - Short Form (IPAQ-SF).

Results: A total of 80 family physicians were included in the study. Most of the participants were male (53.8%) and the mean age was 42.0 ± 9.8 years. Among all, 45.0% of the participants had low and 35.0% had moderate physical activity levels. 'Heavy workload' was stated as the primary reason for being physically inactive (73.8%). In the multivariate analysis, the presence of chronic diseases, using only private cars for transportation to work, and not monitoring physical activity levels through a device was associated with physical inactivity ($p < 0.05$ for all). Physicians stated that; cardiovascular diseases (71.2%), diabetes (67.5%), and obesity (60.0%) were the most common diseases they had provided physical activity counseling. Physicians indicated the most important barriers to physical activity counseling were 'the lack of sufficient time (80.0%) and 'the expectation of medication treatment by the patients' (60.0%).

Conclusion: Heavy workload and time constraints reduced the physical activity levels of physicians and affected counseling practices adversely. There is a need for interventions that support the use of public transportation and walking during commuting to work, to encourage monitoring the activity level, and to increase the activity of those with chronic diseases.

Keywords: Family physician, counseling, exercise, physical activity

Alıntı Kodu: Sarısaltık A ve Ark. Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları. Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (1): 17-29. Doi: 10.15511/tjffp.23.00117

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), fiziksel aktiviteyi; enerji harcaması gerektiren, iskelet kaslarının ürettiği herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlar. Egzersiz ise; planlanan, yapılandırılmış, tekrarlayan ve fiziksel form durumunun bir veya daha fazla bileşenini iyileştirmeyi veya korumayı amaçlayan bir fiziksel aktivite alt kategorisi şeklinde tanımlanmıştır.⁽¹⁾ Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin; gelişmiş fiziksel ve zihinsel sağlık ile birlikte daha yüksek yaşam kalitesi sağladığı gösterilmiştir.⁽²⁾ Bununla birlikte; yetersiz fiziksel aktivite dünyada halen önde gelen mortalite nedenleri arasında yer almaktadır.⁽¹⁾

Dünyada prematür mortalitenin %9'unun fiziksel inaktiviteye bağlı olduğu bulunmuştur ve fiziksel inaktivite; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanser türlerinin gelişiminden %7 ile %10 arasında değişen oranlarda sorumlu tutulmaktadır.⁽³⁾ Yetersiz fiziksel aktivite ülkemizde de bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de 2017 yılında yapılan ve tüm bölgelerden toplam 6053 katılımcının dahil edildiği toplum tabanlı bir araştırmaya göre 15 yaş ve üzeri nüfusun %43,6'sı DSÖ'nün fiziksel aktivite önerilerini (haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite veya eşdeğeri) karşılamamaktadır.⁽⁴⁾

Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanları, hastaların aktif bir yaşam tarzı benimsemelerini ve sürdürmelerini sağlama noktasında önemli bir rol oynama fırsatına sahiptir.⁽⁵⁾ Literatürde, birinci basamak sağlık çalışanları tarafından yapılan fiziksel aktivite danışmanlığının hastaların fiziksel aktivite düzeylerini artırmada değişen derecelerde olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuş-

tur.⁽⁶⁾ Ek olarak, fiziksel aktivite danışmanlığı ve yönlendirme stratejilerinin sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetlerinin düşürülmesine yardımcı olabileceği de gösterilmiştir.^(7,8)

Araştırmalar; fiziksel aktivite dahil olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi önerilerine uyum gösteren hekimlerin, hastalarına da bu yöndeki tavsiyeleri benimsemeleri için daha iyi danışmanlık ve motivasyon sağladığını ortaya çıkarmıştır.⁽⁹⁻¹¹⁾ Hekimlerin kendi fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel aktivite konusundaki klinik tutumlarını etkilemektedir.⁽¹²⁾ Bu çalışmanın temel amacı; birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan aile hekimlerinin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek ve fiziksel aktivite düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmaktır. Araştırmada, hekimlerin fiziksel aktiviteye yönelik danışmanlık uygulamalarının değerlendirilmesi de hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın Tipi ve Katılımcılar

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini, İstanbul'un bir ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı Mart-Nisan 2019 döneminde ilçede görev yapmakta olan 145 aile hekimi içerisinde 105 kişiye ulaşılmış ve toplam 80 hekim (yanıt oranı: %76,2) çalışmaya dahil olmuştur.

Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan 26 soruluk bir anket formu kullanılmıştır.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Ankette; katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, fiziksel aktivite düzeylerinin ve danışmanlık uygulamalarının

değerlendirilmesine yönelik olarak toplam üç bölüm bulunmaktadır. Sosyodemografik veri formunda hekimlerin; cinsiyet, yaş, medeni durum, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, aile hekimi olarak çalışılan yıl ve çalışılan aile sağlığı merkezine ulaşım şekilleri sorgulanmıştır.

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi - Kısa Form (IPAQ - SF) kullanılarak ölçülmüştür. IPAQ uzun ve kısa formları; çeşitli ülkelerden araştırmacılar tarafından DSÖ'nün desteğiyle geliştirilmiş ve fiziksel aktiviteyi ölçmek için standardize edilmiştir.⁽¹⁶⁾ Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Sağlam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁽¹⁷⁾ Toplam 7 soru içeren IPAQ-SF'te son bir hafta içinde kaç gün ve günde ortalama kaç dakika; orta yoğunlukta fiziksel aktivite, ağır yoğunlukta fiziksel aktivite ve yürüyüş yapıldığı değerlendirilmektedir.

Son soruda ise günlük oturarak harcanan zaman sorgulanmaktadır. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyi, anketteki sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda metabolik eşdeğer (MET) yöntemiyle hesaplanmaktadır. MET; kişinin harcadığı oksijen düzeyinin mL/kg/dk cinsinden ifadesidir. Son hafta içerisinde fiziksel aktiviteye ayrılan süre ile yapılan fiziksel aktivite türü göz önüne alınarak bireyin toplam MET değeri hesaplanmaktadır. Katılımcılar hesaplanan toplam MET değerlerine göre düşük, orta veya yüksek fiziksel aktivite düzeyi olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır.⁽¹⁷⁾

Anketin bu bölümünde katılımcılardan ayrıca fiziksel aktivite düzeylerini telefon, akselerometre veya pedometre gibi araçlarla takip etme sıklıklarını puanlamaları (1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3= Her zaman),

fiziksel aktiflik düzeyleri hakkındaki öz değerlendirmelerini belirtmeleri (1=Yetersiz buluyorum, 2=Kısmen yeterli buluyorum, 3=Yeterli buluyorum) ve aktif olmalarını engelleyen nedenleri belirtmeleri istenmiştir.

Anketin son bölümünde ise; hekimlerin hangi hastalıkların varlığında hastalarına fiziksel aktivite danışmanlığı yaptıkları ve rutin poliklinik ziyaretleri sırasında hastalarının fiziksel aktivite düzeylerini öğrenmeye yönelik sorular sorma (1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Her zaman) ve hastaları uygun aktivite türüne yönlendirme (1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Her zaman) sıklıkları sorgulanmıştır. Son olarak; klinik uygulamada rutin olarak fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmasını zorlaştıran engellerin belirtilmesi istenmiştir.

Araştırma İzinleri

Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Protokol Kodu: 09.2018.803) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığı Geliştirme Birimi'nden gerekli araştırma izinleri alınmıştır. Araştırmada yer alan aile hekimlerine çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada toplanan veriler IBM SPSS Statistics for Windows, version 23 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, oran, ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Bireysel faktörlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, fiziksel aktivite düzeyi takibi ve işe ulaşım şekli) düşük fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkisi tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri kullanılarak araştırılmıştır. Sonuçlar düzeltilmiş odds oranları (adjusted odds ratio [aOR]),

%95 güven aralıkları (%95 GA) ve p değerleri ile sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların bireysel özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Hekimlerin %46,3'ü ($n = 37$) kadın ve %53,7'si ($n = 43$) erkektir. Yaş ortalamaları $42,0 \pm 9,8$ yıl iken aile hekimi olarak çalışılan ortalama yıl $8,2 \pm 5,0$ 'dir. Katılımcıların %81,3'ü ($n = 65$) evlidir ve %77,2'si ($n = 61$) sigara kullanmamaktadır. İşe ulaşımında yalnızca özel

araçlarını kullandıklarını belirten katılımcıların oranı %70,0'dir ($n = 56$). Fiziksel aktivite düzeyini telefon, akselerometre veya pedometre ile 'hiçbir zaman' takip etmeyenlerin oranı %51,2 ($n = 41$) iken 'her zaman' takip ettiğini ifade edenlerin oranı %6,3'tür ($n = 5$).

Çalışmamızda katılımcıların; %45,0'inin ($n = 36$) düşük, %35,0'inin ($n = 28$) orta ve %16,0'sinin ($n = 20$) yüksek düzeyde fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Hekimlerin %15,0'i ($n = 12$) fiziksel aktivite düzeyini etkileyebilecek bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların bireysel özellikleri

		n)	%
Yaş (yıl)		$42,0 \pm 9,8^*$	
Cinsiyet	Kadın	37	46,3
	Erkek	43	53,7
Aile Hekimi Olarak Çalışılan Süre (yıl)		$8,2 \pm 5,0^*$	
Medeni Durum	Bekar	15	18,7
	Evli	65	81,3
Sigara Kullanımı	Var	18	22,8
	Yok	61	77,2
Kronik Hastalık	Var	12	15,0
	Yok	68	85,0
İşe Ulaşım Biçimi	Özel araç	56	70,0
	Toplu taşıma	11	13,7
	Yürüyerek	5	6,3
	Özel araç & Toplu taşıma	2	2,5
	Toplu taşıma & Yürüyerek	6	7,5

*Ortalama \pm standart sapma

Fiziksel aktivite düzeyi hakkında yapılan öz değerlendirme, katılımcıların %51,2'si (n = 41) kendi fiziksel aktivite düzeyini 'yetersiz' olarak tanımlarken fiziksel aktif olmayı zorlaştıran nedenler arasında en sık olarak 'iş temposu/yoğunluğu' (n = 48; %73,8) ve 'aile ve ev işleri' (n = 15; %23,0) yanıtları verilmiştir (**Tablo 2**).

Hekimlerin bireysel özellikleri ile fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelendiği tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizlerinin sonuçları **Tablo 3**'te sunulmuştur. Tek değişkenli analizde katılımcıların; yaş, cinsiyet ve medeni durum özelliklerinin fiziksel aktivite düzeylerini etkilemediği bulun-

muştur (tümü için p > 0,05). Bununla birlikte; kronik hastalığı bulunan (aOR: 4,56 [%95 GA: 1,13 – 18,37], p = 0,033), fiziksel aktivite düzeyini 'Hiçbir zaman' takip etmediğini belirten (aOR: 3,18 [%95 GA: 1,26 – 7,98], p = 0,014), işe ulaşımında yalnızca özel araçlarını kullanan (aOR: 4,71 [%95 GA: 1,54 – 14,40], p = 0,007) hekimlerde düşük düzey fiziksel aktivite daha yaygındır.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinin sonuçları ise benzer şekilde hekimlerde; kronik hastalık varlığının (aOR: 10,03 [%95 GA: 1,78-56,51], p=0,009), fiziksel aktivite düzeyi takibini 'Hiçbir zaman' yapmıyor olmanın (aOR: 7,29 [%95 GA: 2,06-25,80], p=

Tablo 2: Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ve ilgili özellikleri

		n	%
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük düzey	36	45,0
	Orta düzey	28	35,0
	Yüksek düzey	16	20,0
Fiziksel aktivite düzeyi hakkındaki öz değerlendirme	Yetersiz	41	51,2
	Kısmen yeterli	30	37,5
	Yeterli	9	11,3
Fiziksel aktivite düzeyi takibi yapma durumu (telefon, akselerometre veya pedometre gibi araçlar ile)	Hiçbir zaman	41	51,2
	Bazen	34	42,5
	Her zaman	5	6,3
Fiziksel aktif olmayı zorlaştıran nedenler*	İş temposu/yoğunluğu	48	73,8
	Aile ve ev işleri	15	23,0
	İsteksizlik/Tembellik	12	18,4
	Diğer nedenler	6	9,0

*Birden fazla neden belirtilebilir.

0,002) ve işe ulaşımında yalnızca özel araç kullanımının (aOR: 11,03 [%95 GA: 2,34-51,98], p=0,002) düşük fiziksel aktivite düzeyi riskini artırdığı ortaya konmuştur.

Çalışmamıza katılan hekimlerin fiziksel aktivite danışmanlığını en çok uyguladığı hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (n=57; %71,2), diyabet (n=54; %67,5) ve obezitedir (n=48; %60,0). Katılımcıların %29,1'i (n=23) rutin poliklinik ziyaretleri sırasında hastaların fiziksel aktivite düzeylerine ilişkin soruları 'her zaman' sorduğunu belirtirken 'bazen' sorduğunu ifade edenlerin oranı %65,8'dir (n = 52).

Benzer şekilde; hastayı sağlığı için etkili olabile-

cek uygun fiziksel aktivite türünü seçerek 'her zaman' yönlendirdiğini belirtenlerin oranı %27,8 (n = 22) iken 'bazen' yönlendirdiklerini ifade edenlerin oranı %63,3'tür (n = 50) (Tablo 4).

Katılımcılar tarafından fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamasının önünde görülen engellerin başında; 'danışmanlık yapabilmek için yeterli zamanın olmaması' (n = 64; %80,0), 'hastaların poliklinik başvurularında genellikle ilaç tedavisi beklentisinde olmaları' (n = 48; %60,0) ve 'hastaların fiziksel olarak daha aktif olma yönündeki önerilere uyma konusunda motive görünmemeleri' (n = 41; %51,2) gelmektedir (Tablo 5).

Table 3: Düşük fiziksel aktivite düzeyi* ile bireysel faktörler arasındaki ilişkiler

Değişkenler	Tek Değişkenli Analiz			Çok Değişkenli Analiz**			
	OR	%95 GA	p Değeri	AOR	%95 GA	p Değeri	
Yaş	0,98	0,94 – 1,03	0,406	0,96	0,91 – 1,01	0,130	
Cinsiyet	Kadın	1,07	0,44 – 2,60	0,875	2,19	0,65 – 7,34	0,204
	Erkek	Referans			Referans		
Medeni durum	Bekar	0,55	0,17 – 1,78	0,318	1,42	0,26 – 7,82	0,686
	Evli	Referans			Referans		
Kronik hastalık	Var	4,56	1,13 – 18,37	0,033	10,03	1,78 – 56,51	0,009
	Yok	Referans			Referans		
Fiziksel aktivite düzeyi takibi yapma durumu	Hiçbir zaman	3,18	1,26 – 7,98	0,014	7,29	2,06 – 25,80	0,002
	Bazen / Her zaman	Referans			Referans		
İşe ulaşım biçimi	Özel araç	4,71	1,54 – 14,40	0,007	11,03	2,34 – 51,98	0,002
	Diğer***	Referans			Referans		

* IPAQ-SF'e göre 'düşük fiziksel aktivite düzeyi' olanlar ve 'orta veya yüksek fiziksel aktivite düzeyi' olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. / ** Binary lojistik regresyon testi (Enter yöntemi) kullanılmıştır (-2 Log likelihood = -82,075, $\chi^2 = 28,028$ (6 df), p<0,001). / *** Toplu taşıma, 'Yürüyerek', 'Özel araç/Toplu taşıma' veya 'Toplu taşıma/Yürüyerek' seçeneklerinden birini işaretleyenler bu gruba dahil edilmiştir. / OR = Odds Oranı, AOR = Düzeltilmiş Odds Oranı, GA=Güven Aralığı.

Tartışma

Fiziksel inaktivite; ilişkili olduğu kronik hastalıklar sebebiyle küresel hastalık yükü üzerine önemli bir etki oluşturmaktadır ve yetersiz fiziksel aktivite, toplumun birçok kesiminde olduğu gibi hekimler arasında da yaygındır.^(14, 18-22) Çalışmamıza katılan hekimlerin yaklaşık olarak yarısının (%45) düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Akçer'in birinci basamakta çalışan 405 aile hekimi ile gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların %71,6'sının IPAQ-SF'e göre düşük fiziksel aktivite kategorisinde yer aldığı saptanmıştır.⁽²¹⁾ Ülkemizde yapılan ve 12 ilden katılımcıların dahil edildiği bir araştırmada ise hekimlerin yer aldığı grupta yetersiz fiziksel aktivite düzeyi %62 olarak bulunmuştur.⁽²²⁾

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ortaya çıkan inak-

Tablo 4: Katılımcıların fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları

	n	%	
Fiziksel aktivite danışmanlığı yapılan hastalıklar*	Kardiyovasküler hastalıklar	57	71,2
	Diyabet	54	67,5
	Obezite	48	60,0
	Depresyon	10	12,5
	Kas-İskelet sistemi hastalıkları	10	12,5
	Pulmoner hastalıklar	10	12,5
	Psikiyatrik hastalıklar (depresyon harici)	4	5,0
	Tüm kronik hastalıklar	2	2,5
	Tüm hastalar	2	2,5
	Diğer hastalık	10	12,5
Hastaların fiziksel aktivite düzeylerine ilişkin soruları sorma sıklığı	Hiçbir zaman	4	5,1
	Bazen	52	65,8
	Her zaman	23	29,1
Hastayı; sağlığı için etkili olabilecek uygun fiziksel aktivite türünü seçerek yönlendirme sıklığı	Hiçbir Zaman	7	8,9
	Bazen	50	63,3
	Her Zaman	22	27,8

*Birden fazla hastalık belirtilebilir.

tivite oranlarına benzer şekilde dünyada yapılan birçok çalışmada da hekimler arasındaki düşük fiziksel aktivite düzeyi sıklığı %41-68 arasında değişen oranlarda görülmektedir. (14, 18-20)

Çalışmamızda, kadınlarda inaktivite sıklığının erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmasına rağmen bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Eğitim, meslek ve gelir durumu açısından farklı sosyoekonomik statüde yer alan katılımcıların dahil edildiği toplum tabanlı araştırmalarda fiziksel inaktivitenin erkeklere kıyasla kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir.^(1, 4) Bununla birlikte; literatürde, cinsiyetin hekimler arasında fiziksel aktivite düzeyi üzerin-

de belirleyici olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^(20, 23, 24) Biernat'ın 764 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada düşük fiziksel aktivite düzeyi kadın hekimlerde %51,0, erkek hekimlerde %53,0 olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.⁽²⁰⁾

Çalışmaya katılan hekimlerin %51,2'si kendi fiziksel aktivite düzeyini 'Yetersiz', %37,5'i ise 'Kısmen yeterli' olarak değerlendirmektedir. Hekimlerin önemli bir kısmı fiziksel olarak daha aktif olmaları gerektiğinin farkındadır ancak başta iş temposu/yoğunluğu olmak üzere birçok nedenin bu konuda engel oluşturduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte; katılımcılarımız arasında işe ulaşımında yalnızca özel araçlarını kullanan hekimler-

Table 5: Düşük fiziksel aktivite düzeyi* ile bireysel faktörler arasındaki ilişkiler

	n	%
Danışmanlık yapabilmek için yeterli zamanın olmaması	64	80,0
Hastaların poliklinik başvurularında genellikle ilaç tedavisi beklentisinde olmaları	48	60,0
Hastaların fiziksel olarak daha aktif olma yönündeki önerilere uyma konusunda motive görünmemeleri	41	51,2
Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi ve devamlılığı için sağlık çalışanlarına yönelik ulaşılabilir eğitim veya eğitim materyali eksikliği olması	27	33,8
Hekimlerin danışmanlık için kendilerini yeterli görmüyor olmaları	15	18,8
Hastaların önerilere uymasını sağlayacak araçların (takvim, pedometre gibi) yeterli olmaması	11	13,8
Fiziksel aktivite yapacak yeterli alan olmaması	1	1,3
Engel bulunmamaktadır.	6	7,5

*Birden fazla neden belirtilebilir. Katılımcıların %92,5'i (n=74) en az bir neden belirtmiştir.

de düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olma riskinin yaklaşık 11 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik yapılan yaşam tarzı düzenlemelerinin yararları ve sürdürülebilirliği göz önüne alındığında, işe ulaşım şeklinde yapılacak değişimlerin fiziksel aktivite düzeyleri üzerinde olumlu bir etki yapabileceği düşünülmektedir.⁽²⁵⁾ Yaşam tarzı değişikliklerin kolaylaştırılabilmesi için şehirlerin yapısal düzenlemelerinde aktif transportu destekleyecek uygulamalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızda ayrıca kronik hastalığı bulunan ve telefon/akselerometre/pedometre gibi araçlarla fiziksel aktivite takibi yapmayan hekimler arasında da inaktivitenin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yaygın olduğu bulunmuştur.

Literatürde birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimlerin fiziksel aktivite danışmanlığı yapmalarını zorlaştıran birçok engel tanımlanmıştır. Hekimlerin bu konudaki görüşlerini inceleyen 19 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde; ‘zaman kısıtlılığı’ (14 çalışma) en sık dile getirilen bariyer olmuş ve ardından ‘fiziksel aktivite danışmanlığı hakkında bilgi/egitim eksikliği’ (8 çalışma) ile ‘hasta davranışlarını değiştirmede yaşanan güçlük’ (8 çalışma) gelmiştir.⁽²⁶⁾ Danışmanlık verebilmek için yeterli zamanın olmaması ve hastalarda davranış değişikliği sağlanabileceğine dair hekimlerdeki inancın düşük olması, bizim çalışmamızda da katılımcılar tarafından en sık dile getirilen zorluklar arasında yer almaktadır.

Bununla birlikte; yapılan çalışmalarda hekimlerin önde gelen sorunlardan biri olarak gösterdiği fiziksel aktivite danışmanlığı konusundaki bilgi/egitim eksikliği, çalışmamızda katılımcıların %33,8’i tarafından engel olarak gösterilmiştir. Hekimlerin çalışma koşul-

larındaki zorluğun yanında davranış değişikliği oluşturmaya yönelik becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelere de ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hekimler tarafından fiziksel aktivite önerilerinde bulunan tıbbi durumlar arasında ilk sıralarda; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve obezite yer almaktadır. Fiziksel inaktivitenin; birçok kronik hastalığın ortaya çıkma riskini artırdığı ve artan fiziksel aktivite düzeyleri ile bu hastalıkların gelişiminin önlenileceği çalışmalarda gösterilmiştir.^(27, 28)

Fiziksel aktivite, bu hastalıkların rehabilitasyon/tedavisinde de ilaç kullanımına yakın oranlarda etkili bulunmuştur.^(29, 30) Ayrıca; çalışmamıza katılan hekimlerin yalnızca %12,5’i depresyon hastalarına fiziksel aktivite önerisinde bulunduğunu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları arasında ruh sağlığı sorunlarında fiziksel aktivite danışmanlığı uygulama yaklaşımı geri planda kalmaktadır.⁽³¹⁾ Bununla birlikte; egzersizin antidepresan etkilerinin altında yatan mekanizmalar tartışmalı olsa da depresyon belirtilerinin azaltılmasındaki etkinliği kanıtlanmıştır.⁽³²⁾

Hekimlerin fiziksel aktivite danışmanlığı yapma sıklıkları literatürde genel veya hastalığa spesifik olarak farklı şekillerde sorgulanmış ve araştırılmıştır.⁽³³⁻³⁵⁾ İrlanda’da 595 hekimin fiziksel aktivite danışmanlık düzeyinin incelendiği bir çalışmada; katılımcıların %45,8’inin hastalarının yarısından fazlasına fiziksel aktivite düzeylerini sorduğu ve %36,3’ünün hastalarının yarısından fazlasına sözlü fiziksel aktivite danışmanlığı sağladığı bulunmuştur.

Bununla birlikte; katılımcıların çoğunluğu hastalarına fiziksel aktivite ile ilgili yazılı tavsiye (%82,6) veya reçete (%89,3) vermediklerini bildirmiştir.⁽³³⁾ Ça-

lişmamıza katılan hekimler ise; %65,8 oranında ‘bazen’, %29,1 oranında ‘her zaman’ hastaların fiziksel aktivite düzeylerini sorguladıklarını belirtmişlerdir. Hastalara uygun fiziksel aktivite türünü seçerek yönlendirdiğini ifade edenlerin oranı da benzer bulunmuştur (bazen=%63,3, her zaman=%27,8). ABD’de birinci basamak sağlık çalışanlarının dahil edildiği bir çalışmada ise katılımcıların %83,0’ı kardiyovasküler hastalıklar açısından risk altında gördükleri hastaların yarısından fazlası ile fiziksel aktivite konusunda konuştuklarını belirtmişlerdir.⁽³⁴⁾

Çalışmamız, Türkiye’de hekimlerin fiziksel aktivite düzeylerini ve fiziksel aktivite danışmanlığı ile ilgili uygulamalarını değerlendirmeye yönelik yapılan sınırlı sayıda çalışmalardan biridir. Bununla birlikte; örneklemimizin dar olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Ayrıca araştırma konusunun bir sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve bu alandaki danışmanlık uygulaması ile ilgili olması sebebiyle sosyal uyumluluk yanlılığının (social desirability bias) katılımcıların cevaplarını etkilemiş olma ihtimali bulunmaktadır. Ülkemizde bu konu hakkında daha geniş bir hekim grubu ile hastaları da kapsayan araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Sonuç

ASM’lerde görev yapan 80 hekimin dahil olduğu çalışmamız; hekimlerin iş temposuna bağlı olarak fiziksel aktivite seviyelerinin literatürdeki çalışmalara benzer şekilde düşük olduğunu ve kronik hastalık varlığı, işe ulaşımında yalnızca özel araç kullanımı ve fiziksel

aktivite düzeyi takibi yapılan araçların kullanılmamasının inaktivite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcılar, rutin danışmanlık uygulamalarının önündeki en büyük engeli zaman yetersizliği olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda fiziksel aktivite danışmanlığının daha efektif yapılabilmesi amacıyla sağlık sisteminde ve tıp fakültelerinin eğitim programlarında iyileştirmeler yapılması gerektiği görülmektedir. Buna ek olarak toplumun fiziksel aktivite seviyesinin artırılması hedefini yalnızca hekimlere yüklenen bir görev olarak görmek yerine, fiziksel aktivitenin yararları konusunda halkın bilgi ve farkındalık düzeyini artıracak politikaların benimsenmesi toplum sağlığını geliştirme adına yararlı olacaktır.

Etik Kurul Onayı ve İzinler: Çalışma için Marmara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 07.12.2018 tarihinde 09.2018.803 protokol numarasıyla onay alınmıştır.

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Yazar katkıları:

Fikir: AS, AT, PA; Tasarım: AS, AT, PA, ASY, BAA, ES, NZ, ZP, SH; denetleme: AS, PA; Veri Toplama ve/veya İşlenmesi: ASY, BAA, ES, NZ, ZP; Analiz ve/veya yorumlama: AS, PA, SH; Literatür taraması: AS, AT, PA, ASY, BAA, ES, NZ, ZP; Kaleme alma: AS, AT, PA, ASY, BAA, ES, NZ, ZP; Eleştirel inceleme: PA, SH.

Kaynaklar:

1. World Health Organization. Physical Activity. Fact Sheet. Updated November 2020. Accessed from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, on 10/04/2021.
2. Centers for Disease Control And Prevention (CDC). Physical Activity. Benefits of Physical Activity. Updated April 2021. Accessed from <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/health/index.htm#prevent>, on 15/04/2021.
3. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380(9838):219-29.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engellidb/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/turkey-risk-factors-tur-STEPS-2017.pdf> adresinden 01.04.2021 tarihinde erişilmiştir.
5. Shuval K, Leonard T, Drope J, Katz DL, Patel AV, Maitin-Shepard M, et al. Physical activity counseling in primary care: Insights from public health and behavioral economics. *CA Cancer J Clin* 2017;67(3):233-44.
6. Sanchez A, Bully P, Martinez C, Grandes G. Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews. *Prev Med* 2015;76 Suppl:56-67.
7. Coughlan D, Saint-Maurice PF, Carlson SA, Fulton J, Matthews CE. Leisure time physical activity throughout adulthood is associated with lower Medicare costs: evidence from the linked NIH-AARP diet and health study cohort. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2021;7(1):e001038.
8. Coyle PC, Perera S, Albert SM, Freburger JK, VanSwearingen JM, Brach JS. Potential long-term impact of "On The Move" group-exercise program on falls and healthcare utilization in older adults: an exploratory analysis of a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2020;20(1):105.
9. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb* 2009;39(4):290-1.
10. Malatskey L, Bar Zeev Y, Polak R, Tzuk-Onn A, Frank E. A nationwide assessment of lifestyle medicine counseling: knowledge, attitudes, and confidence of Israeli senior family medicine residents. *BMC Family Practice* 2020;21(1):186.
11. Belfrage ASV, Grotmol KS, Tyssen R, Moum T, Finset A, Isaksson Rø K, et al. Factors influencing doctors' counselling on patients' lifestyle habits: a cohort study. *BJGP Open* 2018;2(3):bjgpopen18X101607.
12. Selvaraj CS, Abdullah N. Physically active primary care doctors are more likely to offer exercise counselling to patients with cardiovascular diseases: a cross-sectional study. *BMC Prim Care* 2022;23(1):59.
13. Suija K, Pechter U, Maaros J, Kalda R, Rätsep A, Oona M, et al. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2010;11:48.
14. Al Reshidi FS. Level of physical activity of physicians among residency training program at Prince Sultan Military Medical City, Riyadh, KSA 2014. *Int J Health Sci (Qassim)* 2016;10(1):39-47.
15. Florindo AA, Mielke GI, Gomes GA, Ramos LR, Bracco MM, Parra DC, et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC Public Health* 2013;13:794.
16. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.
17. Sağlam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu M, Karabulut E, et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Percept Mot Skills* 2010;111(1):278-84.
18. Gabal HMS, Wahdan MM, Eldin WS. Perceived benefits and barriers towards exercise among healthcare providers in Ain Shams University Hospitals, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2020;95(1):19.
19. Gago R, Guiot HM, Vázquez-Pérez YZ, Morales CM, Morales C, Barrón JR. Level of physical activity and knowledge about the Physical Activity Guidelines in a Group of Medical Residents from Puerto Rico. *P R Health Sci J* 2019;38(4):226-30.

Ahntı Kodu: Sarısaltık A ve Ark. Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (1): 17-29. Doi: 10.15511/tjfp.23.00117

20. Biernat E, Poznańska A, Gajewski AK. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients. *Ann Agric Environ Med* 2012;19(4):707-10.
21. Akçer ME. Hekimlerin egzersiz reçetelendirilmesi hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçme. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı, 2017.
22. Aktif Yaşam Derneği. Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması, 2010. <https://aktifyasam.org.tr/pdf/fiziksel-aktivite-arastirmasi-raporu.pdf> adresinden 04/04/2021 tarihinde erişilmiştir.
23. Akçakanat T, Toraman A, Çarıkçı İ. Tıp fakültesi öğretim üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2016;1(13):84-97.
24. Banday AH, Want FA, Alris FF, Alrayes MF, Alenzi MJ. A cross-sectional study on the prevalence of physical activity among primary health care physicians in Aljouf Region of Saudi Arabia. *Mater Sociomed* 2015;27(4):263-6.
25. Audrey S, Procter S, Cooper AR. The contribution of walking to work to adult physical activity levels: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2014;11(1):37.
26. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med* 2012;46(9):625-31.
27. Australian Institute of Health and Welfare. *Impact of physical Inactivity as a Risk Factor for Chronic Conditions: Australian Burden of Disease Study Series Number 15*. Canberra, AIHW, 2017.
28. Marques A, Santos T, Martins J, Matos MGD, Valeiro MG. The association between physical activity and chronic diseases in European adults. *Eur J Sport Sci* 2018;18(1):140-9.
29. Anderson E, Durstine JL. Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science* 2019;1(1):3-10.
30. Naci H, Ioannidis JPA. Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *BMJ* 2013;347:5577.
31. Kleemann E, Bracht CG, Stanton R, Schuch FB. Exercise prescription for people with mental illness: an evaluation of mental health professionals' knowledge, beliefs, barriers, and behaviors. *Braz J Psychiatry* 2020;42(3):271-7.
32. Gerber M, Minghetti A, Beck J, Donath L. Is improved fitness following a 12-week exercise program associated with decreased symptom severity, better wellbeing, and fewer sleep complaints in patients with major depressive disorders? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research* 2019;113:58-64.
33. O'Brien S, Prihodova L, Heffron M, Wright P. Physical activity counselling in Ireland: a survey of doctors' knowledge, attitudes and self-reported practice. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2019;5(1):e000572.
34. Omura JD, Bellissimo MP, Watson KB, Loustalot F, Fulton JE, Carlson SA. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention. *Prev Med* 2018;108:115-22.
35. Tarasenko YN, Miller EA, Chen C, Schoenberg NE. Physical activity levels and counseling by health care providers in cancer survivors. *Prev Med* 2017;99:211-7.

Alıntı Kodu: Sarısaltık A ve Ark. Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (1): 17-29. Doi: 10.15511/tjfp.23.00117