

EGZ-A+

Herkes için Egzersize Hazırbulunuşluk Anketi

Düzenli egzersizin sağlığa yararları açıkça bilinmektedir; herkes her gün egzersiz yapmalıdır. Egzersize başlamak çoğu insan için oldukça güvenlidir. Bu anket size daha aktif egzersize başlamadan önce doktorunuzun veya egzersiz uzmanının önerilerini almaya gerek olup olmadığını söyleyecektir.

GENEL SAĞLIK SORULARI

Lütfen aşağıdaki 7 soruyu dikkatlice okuyun ve her birini dürüstçe yanıtlayın: EVET veya HAYIR kutucuğunu işaretleyin.	EVET	HAYIR
1) Doktorunuz size hiç <i>kalp hastalığınız olduğunu</i> <input type="checkbox"/> VEYA <i>tansiyonunuzun yüksek olduğunu</i> <input type="checkbox"/> söyledi mi?		
2) Dinlenirken, günlük yaşantınız içerisinde VEYA egzersiz yaparken göğüs ağrısı hissettiniz mi?		
3) Son 12 ay içinde baş dönmesi sebebiyle dengenizi yitirdiğiniz VEYA bilincinizi kaybettiğiniz (bayıldığınız) oldu mu? Eğer baş dönmeniz (ağır egzersiz sırasında olsa bile) fazla soluklanmayla ilişkiliyse lütfen HAYIR'ı işaretleyiniz.		
4) Bugüne kadar size hiç (kalp hastalığı ve yüksek tansiyon hariç) kronik (sürekli) bir hastalık tanısı konuldu mu? LÜTFEN HASTALIKLARI BURAYA YAZINIZ:		
5) Halen kronik (sürekli) bir hastalık için reçeteli ilaç kullanıyor musunuz? LÜTFEN HASTALIKLARI VE İLAÇLARI BURAYA YAZINIZ:		
6) Halen (ya da son 12 ay içinde) egzersizle kötüleşebilecek kemik, eklem veya yumuşak doku (kas, bağ veya kiriş) sorunuz var mı? Geçmişte var olan bir sorunuz, şu anda egzersiz yapmanızı kısıtlamayacaksa lütfen HAYIR'ı işaretleyiniz. LÜTFEN HASTALIKLARI BURAYA YAZINIZ:		
7) Doktorunuz size hiç egzersizi sadece tıbbi gözetim altındayken yapabileceğinizi söyledi mi?		

Yukarıdaki soruların tümüne HAYIR yanıtı verdiyseniz, egzersize başlayabilirsiniz. Lütfen KATILIMCI BEYANINI imzalayınız. Sonraki sayfaları doldurmanıza gerek yoktur.

- Fiziksel olarak çok daha aktif olmaya başlayın; yavaş tempoda başlayın ve kademeli olarak geliştirin.
- Yaşınıza uygun Küresel Fiziksel Aktivite Kurallarını takip edin (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>).
- Sağlık ve kondisyon ölçümü yaptırabilirsiniz.
- 45 yaşın üzerindeyseniz ve düzenli olarak yoğun ve maksimum efor gerektiren egzersize alışık DEĞİLSENİZ, bu yoğunluktaki egzersize başlamadan önce kalifiye bir egzersiz uzmanına danışın.
- Başka sorularınız varsa nitelikli bir egzersiz uzmanıyla iletişime geçin.

KATILIMCI BEYANI

Rıza için gereken yasal yaşın altındaysanız veya bir bakım sağlayıcının onayına ihtiyacınız varsa ebeveyniniz, vasiniz veya bakım sağlayıcınız da bu anketi imzalamalıdır.

Aşağıda imzası bulunan ben, bu anketi tam memnuniyetle okudum, anladım ve doldurdum. Bu egzersiz izninin tamamlandığı tarihten itibaren en fazla 12 ay süreyle geçerli olduğunu ve durumumun değişmesi halinde geçersiz hale geleceğini kabul ediyorum. Ayrıca topluluk/fitness merkezinin bu anketi bir kopyasını kendi kayıtları için tutabileceğini de kabul ediyorum. Bu durumlarda, yürürlükteki yasalara uygun olarak gizliliğini koruyacaktır.

AD _____ TARİH _____

İMZA _____ TANIK _____

EBEVEYN/VASİ/BAKIM SAĞLAYICISININ İMZASI _____

Yukarıdaki sorulardan bir veya birkaçına EVET yanıtı verdiyseniz 2. ve 3. SAYFALARI DOLDURUN.

Aşağıdaki durumlarda egzersizi erteleyin:

- Soğuk algınlığı veya ateş gibi geçici bir hastalığınız varsa kendinizi daha iyi hissedene kadar beklemek en iyisidir.
- Hamileyseniz, egzersize başlamadan önce sağlık uzmanınızla, doktorunuzla, kalifiye bir egzersiz uzmanıyla konuşun ve/veya www.eparmedx.com adresindeki ePARmed-X+1'i doldurun.
- Sağlık durumunuz değişirse herhangi bir egzersiz programına devam etmeden önce 2. ve 3. sayfalardaki soruları yanıtlayın ve/veya sağlık uzmanınız, doktorunuz veya kalifiye egzersiz uzmanınızla görüşün.

EGZ-A+

TIBBİ DURUMUNUZLA İLGİLİ TAMAMLAYICI SORULAR

1. **Eklem Hastalığı, Kemik Erimesi, Sırt veya Bel Rahatsızlığınız var mı? Varsa** aşağıdaki 1a-1c sorularını yanıtlayın, **Yok** ise 2. soruya geçin.

1a. İlaçlarla veya doktorun verdiği diğer tedaviler ile rahatsızlığınızla baş etmekte zorlanıyor musunuz? (Şu an ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

1b. Ağrıya sebep olan eklem rahatsızlıkları, yakın zamandaki kırık, kemik erimesi veya kansere bağlı bir kırık, omur kayması (ör. spondilolistesis) ve/veya spondilolisis/pars defekti (omurganın arkasındaki kemik halkada çatlak) var mı? **EVET** **HAYIR**

1c. Düzenli olarak 3 aydan uzun süreyle steroid (kortizon vb.) iğnesi veya steroid hapı kullandınız mı? **EVET** **HAYIR**

2. **Herhangi bir çeşit Kanseriniz var mı? Varsa** aşağıdaki soruları yanıtlayın, **Yok** ise 3. soruya geçin.

2a. Kanser tanınız şu tiplerden biri mi: akciğer/bronş, multipl miyelom (plazma hücreli kanser), baş ve boyun? **EVET** **HAYIR**

2b. Halen kanser tedavisi alıyor musunuz (kemoterapi veya radyoterapi gibi)? **EVET** **HAYIR**

3. **Koroner Arter Hastalığı, Kalp Yetmezliği veya Tanı almış Kalp Ritim Bozukluğuna bağlı bir Kalp veya Kalp-Damar hastalığınız var mı? Varsa** aşağıdaki soruları yanıtlayın, **Yok** ise 4. soruya geçin.

3a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Şu an ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

3b. Tıbbi tedavi gerektiren düzensiz bir kalp atımınız var mı? (ör. atrial fibrilasyon, erken ventriküler vuru) **EVET** **HAYIR**

3c. Kronik (sürekli) kalp yetmezliğiniz var mı? **EVET** **HAYIR**

3d. Koroner arter (kalp-damar) hastalığı olan ve son 2 ayda düzenli egzersiz yapmayan bir hasta mısınız? **EVET** **HAYIR**

4. **Yüksek Tansiyonunuz var mı? Varsa** aşağıdaki soruları yanıtlayın, **Yok** ise 5. soruya geçin.

4a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Halen ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

4b. İstirahatteki tansiyonunuz ilaçlı ya da ilaçsız 160/90 mmHg 'ye eşit ya da üzerinde mi? (İstirahatteki tansiyonunuzu bilmiyorsanız **EVET** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

5. **Tip-1 Diyabet, Tip-2 Diyabet veya Pre-Diyabet (gizli şeker) gibi herhangi bir metabolik hastalığınız var mı? Varsa** aşağıdaki soruları yanıtlayın, **Yok** ise 6. soruya geçin.

5a. Yiyecekler, ilaçlar veya doktorun verdiği diğer tedavilerle kan şeker düzeyinizi ayarlamakta sıklıkla zorlanıyor musunuz? **EVET** **HAYIR**

5b. Günlük yaşantınız esnasında ve/veya egzersizi takiben sıklıkla düşük kan şekeri (hipoglisemi) 'nin belirti veya bulgularını yaşıyor musunuz? Hipogliseminin işaretleri; titreme, sinirlilik, beklenmedik huzursuzluk, anormal terleme, baş dönmesi ya da göz kararması, kafa karışıklığı, konuşma güçlüğü, halsizlik ve uyuklama olabilir. **EVET** **HAYIR**

5c. Kalp veya damar hastalığı ve/veya gözlerinizi, böbreklerinizi etkileyen komplikasyonlar **VEYA** ayak ve ayak parmaklarında his değişikliği gibi diyabet komplikasyonlarının belirti ve bulgularından herhangi biri var mı? **EVET** **HAYIR**

5d. Başka metabolik hastalığınız var mı (mevcut gebeliğe bağlı diyabet, kronik [sürekli] böbrek yetmezliği veya karaciğer sorunları gibi)? **EVET** **HAYIR**

5e. Yakın zamanda sizin için alışılmadık şekilde yüksek (veya ağır) şiddette egzersize başlamayı planlıyor musunuz? **EVET** **HAYIR**

EGZ-A+

6. Alzheimer, Demans (bunama), Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Yeme Bozukluğu, Psikotik Bozukluk, Zihinsel Engellilik, Down Sendromu gibi bir Ruh Sağlığı Sorununuz veya Öğrenme Güçlüğünüz var mı? Herhangi biri Varsa aşağıdaki soruları yanıtlayın, Yok **ise 7. soruya geçin.**

6a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Halen ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

6b. Yukarıdaki hastalıklarla birlikte sinirleri veya kasları etkileyen sırt-bel rahatsızlığınız var mı? **EVET** **HAYIR**

7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), Astım veya Pulmoner Hipertansiyon gibi solunum hastalığınız var mı? Varsa aşağıdaki soruları yanıtlayın, Yok **ise 8. soruya geçin.**

7a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Halen ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

7b. Doktorunuz size hiç istirahat veya egzersiz sırasında kan oksijen düzeyinizin düşük olduğunu ve/veya takviye oksijen tedavisine ihtiyaç duyduğunuzu söyledi mi? **EVET** **HAYIR**

7c. Astımlıysanız; halen göğüs sıkışması, hırıltılı solunum, nefes darlığı, inatçı öksürük (haftada 2 günden fazla) şikâyetleriniz var mı, ya da geçen hafta ani nefes sıkışmasında alınacak ilacı iki kezden fazla kullandınız mı? **EVET** **HAYIR**

7d. Doktorunuz size hiç akciğerlerinizin kan damarlarında yüksek tansiyonunuz olduğunu söyledi mi? **EVET** **HAYIR**

8. Spinal Kord (Omurga) yaralanmasına bağlı Tetrapleji (Her iki kol ve bacağın felci) veya Parapleji (Belden aşağı felç) var mı? Varsa aşağıdaki soruları yanıtlayın, Yok **ise 9. soruya geçin.**

8a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Halen ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

8b. Sıklıkla baş dönmesi, göz kararması ve/veya baygınlığa sebep olacak kadar önemli istirahat kan basıncı düşüklüğü olur mu? **EVET** **HAYIR**

8c. Doktorunuz size ani yüksek tansiyon atakları (Otonomik Disrefleksi) yaşadığınızı belirtti mi? **EVET** **HAYIR**

9. İnme 'ye bağlı Geçici İskemik Atak veya Serebrovasküler Olay geçirdiniz mi? Geçirdiyseniz aşağıdaki soruları yanıtlayın, Geçirmediyseniz **10. soruya geçin.**

9a. İlaçlarla veya hekiminizin verdiği başka tedavilerle hastalığınızı kontrol etmekte zorlanıyor musunuz? (Halen ilaç veya başka tedavi almıyorsanız **HAYIR** yanıtlayın) **EVET** **HAYIR**

9b. Yürüyüş veya hareketlerinizde herhangi bir problem var mı? **EVET** **HAYIR**

9c. Son 6 ayda sinir veya kaslarınızda felç veya zayıflık yaşadınız mı? **EVET** **HAYIR**

10. Yukarıda listelenmemiş başka herhangi tıbbi durumunuz var mı veya iki ya da daha fazla tıbbi hastalığınız var mı? Varsa aşağıdaki soruları yanıtlayın, Yok **ise son sayfadaki önerileri okuyun.**

10a. Son 12 ayda kafa travması sonucunda kendinden geçme, baygınlık veya bilinç kaybı yaşadınız mı **VEYA** son 12 ayda beyin sarsıntısı tanısı aldınız mı? **EVET** **HAYIR**

10b. Listede yer almayan tıbbi durumunuz var mı (epilepsi [sara], nörolojik hastalıklar, böbrek problemleri gibi)? **EVET** **HAYIR**

10c. Şu an iki veya daha fazla tıbbi hastalığınız var mı? **EVET** **HAYIR**

LÜTFEN TIBBİ HASTALIKLARINIZI VE İLİŞKİLİ HER İLACI YAZINIZ:

**Mevcut tıbbi durumunuza ilişkin tavsiyeler için
Sayfa 4'e gidin ve KATILIMCI BEYANINI imzalayın.**

EGZ-A+

Tıbbi durumunuzla ilgili TAMAMLAYICI soruların (sayfa 2 ve 3) tümüne HAYIR yanıtı verdiyseniz egzersize hazırsınız - aşağıdaki KATILIMCI BEYANINI imzalayın:

- Sağlık ihtiyaçlarınızı karşılayacak güvenli ve etkili bir egzersiz planı geliştirmenize yardımcı olması için nitelikli bir egzersiz uzmanına danışmanız tavsiye edilir.
- Yavaşça başlamanız ve kademeli geliştirmeniz önerilir; aerobik ve kas güçlendirme egzersizleri de dahil olmak üzere haftada 3-5 gün, 20 ila 60 dakika düşük ila orta şiddette egzersiz şeklinde.
- Gelişim gösterdikçe haftada 150 dakika veya daha fazla orta yoğunlukta egzersiz yapmayı hedeflemelisiniz.
- 45 yaşın üzerindeyseniz ve düzenli olarak yoğun ve maksimum eforlu egzersizlere alışık değilseniz, bu yoğunlukta egzersizlere başlamadan önce kalifiye bir egzersiz uzmanına danışın.

Tıbbi durumunuzla ilgili bir veya daha fazla tamamlayıcı soruya EVET yanıtı verdiyseniz:

- Egzersize başlamadan veya bir kondisyon değerlendirmesine girmeden önce daha fazla bilgi almalısınız. Özel olarak tasarlanmış çevrimiçi tarama ve egzersiz önerileri programını (www.eparmedx.com adresindeki ePARmed-X+) tamamlamalı ve/veya ePARmed-X+ üzerinde çalışmak ve daha fazla bilgi için kalifiye bir egzersiz uzmanını ziyaret etmelisiniz.

Aşağıdaki durumlarda egzersizi erteleyin:

- Soğuk algınlığı veya ateş gibi geçici bir hastalığınız varsa kendinizi daha iyi hissedene kadar beklemek en iyisidir.
- Hamileyseniz, egzersize başlamadan önce sağlık uzmanınızla, doktorunuzla, kalifiye bir egzersiz uzmanıyla konuşun ve/veya www.eparmedx.com adresindeki ePARmed-X+'ı doldurun.
- Sağlık durumunuz değişirse herhangi bir egzersiz programına devam etmeden önce doktorunuzla veya kalifiye bir egzersiz uzmanıyla konuşun.

- EGZ-A+'nın fotokopisini çekmeniz tavsiye edilir. Anketin tamamını kullanmalısınız ve HİÇBİR değişikliğe izin verilmez.
- Yazarlar, PAR-Q+ İş Birliği, ortak kuruluşlar ve onların temsilcileri, egzersiz yapan ve/veya PAR-Q+ veya ePARmed-X+ kullanan kişiler için hiçbir sorumluluk kabul etmez. Anketi doldurduktan sonra şüphelenirseniz egzersize başlamadan önce doktorunuza danışın.

KATILIMCI BEYANI

- EGZ-A+'ı dolduran tüm kişilerin aşağıdaki beyanı okuyup imzalamasını rica ederiz.
- Rıza için gereken yasal yaşın altındaysanız veya bir bakım sağlayıcının onayına ihtiyacınız varsa ebeveyniniz, vasiniz veya bakım sağlayıcınız da bu anketi imzalamalıdır.

Aşağıda imzası bulunan ben, bu anketi tam tatminle okudum, anladım ve doldurdum. Bu egzersiz izninin tamamlandığı tarihten itibaren en fazla 12 ay süreyle geçerli olduğunu ve durumumun değişmesi halinde geçersiz hale geleceğini kabul ediyorum. Ayrıca topluluğun/fitness merkezinin bu anketin bir kopyasını kayıt amacıyla tutabileceğini de kabul ediyorum. Bu durumlarda, yürürlükteki yasalara uygun olarak gizliliğini koruyacaktır.

AD _____

TARİH _____

İMZA _____

TANIK _____

EBEVEYN/VASİ/BAKIM SAĞLAYICISININ İMZASI _____

Daha fazla bilgi için lütfen iletişime geçin: www.eparmedx.com Email: eparmedx@gmail.com

PAR-Q+, Dr. Darren E. R. Warburton başkanlığında kanıta dayalı AGREE süreci (1) kullanılarak Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik ve Dr. Donald C. McKenzie (2) ile yürütülen PAR-Q+ İş Birliği tarafından oluşturulmuştur. Bu belgenin hazırlanması Kanada Halk Sağlığı Kurumu ve BC Sağlık Hizmetleri Bakanlığı'nın mali katkılarıyla mümkün olmuştur. Burada ifade edilen görüşler, Kanada Halk Sağlığı Kurumunun veya BC Sağlık Hizmetleri Bakanlığının görüşlerini temsil etmeyebilir.

PAR-Q+ İşbirliğinin (www.eparmedx.com) ve PAR-Q+ yazarlarının (Dr. Darren Warburton, Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik, Dr. Roy Shephard ve Dr. Shannon Bredin) izniyle Türkçe tercümesi EGZ-A+ adıyla Dr. Yusuf Haydar Ertekin tarafından gerçekleştirilip yayınlanmıştır.

Anahtar Referanslar

1. Jamnik VK, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(S1):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(S1):S266-s298, 2011.
3. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.4.
4. Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.

PAR-Q+ atf için: Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

EGZ-A+ atf için: Ertekin, YH. Turkish adaptation of the Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+). Fam Pract Palliat Care 2018; 3(1): 52-64. <https://doi.org/10.22391/fppc.396057>