



T.C.
Hitit Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı

**AÇIK ALANLARDA EGZERSİZ YAPAN BİREYLERİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARI, SAĞLIK DURUMLARI VE FİZİKSEL
AKTİVİTEYE KATILIM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (KAYSERİ
İLİ ÖRNEĞİ)**

Murat Bekleyiş APAYDIN

Yüksek Lisans Tezi

Çorum 2017

**AÇIK ALANLARDA EGZERSİZ YAPAN BİREYLERİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARI, SAĞLIK DURUMLARI VE FİZİKSEL
AKTİVİTEYE KATILIM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (KAYSERİ
İLİ ÖRNEĞİ)**

Murat Bekleyiş APAYDIN

**Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN

Ortak Danışman: Doç. Dr. Menderes KABADAYI

Çorum 2017

KABUL VE ONAY

Murat Bekleyiş Apaydın tarafından hazırlanan ‘‘Açık Alanlarda Egzersiz Yapan Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, Sağlık Durumları ve Fiziksel Aktiviteye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi (Kayseri ili Örneği)’’ başlıklı bu çalışma, 05.04.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak yüksek lisans yeterlilik tezi olarak kabul edilmiştir.


İmza (Başkan)

Doç. Dr. Özgür BOSTANCI


İmza (Danışman)

Doç. Dr. Erkan DEMIRKAN


İmza

Yrd. Doç. Dr. Ender EYUBOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

İmza

Prof. Dr. Mehmet EVKURAN

Enstitü Müdürü


T.C.

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağımı gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.(05, 04, 2017)

Murat Bekleyiş Apaydın

ÖZET

APAYDIN, Murat Bekleyiş. *Açık Alanlarda Egzersiz Yapan Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, sağlık durumları ve Fiziksel Aktiviteye Katılım Düzeylerinin İncelenmesi (Kayseri İli Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Çorum, 2017.

Bu araştırmada Kayseri ilinde bulunan Melikgazi, Kocasinan, İncesu, Talas ve Erkilet ilçelerin de açık alanlarda egzersiz yapan bireylerin beslenme alışkanlıklarının sağlık durumları ve fiziksel aktiviteye katılım düzeylerini incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yapılan bu çalışmaya % 48'i (f=228) erkek , % 52'si (f=247) kadın olmak üzere toplam 475 kişi katılmıştır. Anket formunda araştırmaya katılan bireylere, hangi aralıklarla ne tür besinler tükettiği, herhangi bir kronik hastalıkları olup veya olmadığı, düzenli fiziksel aktivite yapma durumları ve fiziksel aktivite yapma sıklıkları, fiziksel aktiviteye başladıktan sonraki süreçte hayatlarında ki değişimler hakkında sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların boy ortalamaları ($\bar{x}\pm S$) erkeklerde $1.76.5\pm 0.01m$ olarak; kadın katılımcılarda ise $1.63\pm 0.01m$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların genel boy ortalaması $1.69\pm 0.01m$ bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların vücut ağırlığına bakıldığında erkeklerde ortalama 76.7 ± 11.1 kg, kadın katılımcıların vücut ağırlığı ortalamaları 66.2 ± 9.7 kg olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların genel vücut ağırlığı ortalamaları 71.2 ± 11 kg olarak belirlenmiştir. Erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 24.7 ± 3.2 kg/m²; Kadınların BKİ ortalamaları ise 24.6 ± 3.7 kg/m² olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genel BKİ ortalamaları ise 24.7 ± 3.4 kg/m² olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların % 29'luk kısmının en az bir hastalığı mevcuttur. İki ve daha fazla hastalığı olan katılımcıların oranı % 4.8 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların % 71'lik kısmının ise herhangi bir hastalığı tespit edilmemiştir. Katılımcılar da en az bir hastalığı olan 138 kişi içerisinde % 18.8 oranında diyabet (şeker) hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Hastalık sahibi olan katılımcılar içerisinde düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı % 60.1 oranında tespit edilmiştir. Genel olarak katılımcıların % 56.2'lik kısmı düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma nedenlerinden en fazla % 44.6 oranında sağlıklı olmak için, % 16.4 oranında eğlence amaçlı, % 15.9 kilo vermek veya kilo kontrolü için fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 61.5'lik kısmı ana öğün atladıklarını belirtmişlerdir Katılımcıların genel ana öğün tüketme sıklıkları % 38.3 oranında 2 öğün olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın sonucunda; Kayseri ilinde açık alanlarda egzersiz yapan bireylerin BKİ ortalamaları normal kilolu olarak tespit edilmiştir. Katılımcılar yaş artışı ile birlikte BKİ ortalamalarında fazla kilolu olma eğilimi olduğu gözlenmiştir. Kronik bir hastalığı olan katılımcıların % 60.2'lik kısmı düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını tespit edilmiştir. Fiziksel aktiviteye katılım nedenlerinin en belirgin sebebi sağlık unsuru olduğu tespit edilmiştir. Alkol ve sigara kullanan katılımcıların, alkol ve sigara kullanmayan ve bırakan katılımcılara göre BKİ ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür. Düzenli fiziksel aktivite yapanların % 29.9'luk kısmı sigara kullanmaya devam ettiklerini belirtmişlerdir. Cinsiyet ile hastalık durumu arasında, ($p<0,05$) düzeyinde anlamlılık; cinsiyet ile besin tüketimi arasında ($p<0,05$) ve medeni durum ile hastalık arasında , ($p<0,05$) düzeyinde anlamlılık tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, Beslenme, Fiziksel Aktivite

ABSTRACT

APAYDIN, Murat Bekleyiş. *The Dietary Habits, Health Conditions and Level of participate to Physical Activities of People who are exercising outdoor. (Sample of Kayseri)*

The purpose of this research to analyze the dietary habits, health conditions and level of attendance to physical activities of people who are exercising outdoor in Melikgazi, Kocasinan, İncesu, Talas and Erkilet provinces of Kayseri. Master Thesis, Çorum, 2017

The number of participate to this research is %48 (f=228) male, % 52 (f=247) female and total of 475 individuals. In the questionnaire form, the questions of the nutrition type and its interval, chronicle diseases, frequencies of attendance to regular physical exercises, and the changes in their lives after attending physical exercises have been asked. The heights of participate ($\bar{x}\pm S$) are $1.76,5 \pm 0.01$ m for male, 1.63 ± 0.01 m for female and general average of 1.69 ± 0.01 m. The weights of participate are 76.7 ± 11.1 kg for male, 66.2 ± 9.7 kg for female and general average of 71.2 ± 11 kg. The average Body Mass Index of males is 24.7 ± 3.2 kg/m², for females 24.6 ± 3.7 kg/m² and general average of 24.7 ± 3.4 kg/m² Total % 29 of the participate have at least one chronicle diseases and % 71 are diseases free. Within the group which has chronicle diseases, the diabetes has a ratio of % 18.8 and the average of people who regularly exercise in this group stands at % 60.1. In general, % 56.2 of the participate vsf regularly exercise. The purposes of participate to exercise are % 44.6 being healthy, % 16.4 to have fun, and % 15.9 to loose or control weight. Total % 61.5 of the participate have specified that they skip main meals. It has been observed that the frequency to have main meal is as 2 Main courses with a ratio of % 38.3.

Result of this study, the BMI of regularly exercising people in the city of Kayseri found normal weighted. It's been observed that the BMI tends to increase towards the overweight scale with increase of an age. It's also been noted that % 60.2 people are regularly exercising amongst the ones who has chronicle diseases. The major reason to attend physical activity is to have healthy life within the participants. The average BMI of participants who are user of alcohol and cigarette is higher than the ones who do not use them. The % 29.9 of the people who regularly exercise has specified that they continue to smoke cigarette. It's been exerted that there is a ($p<0,05$) level of meaningful evidence between gender and disease. It's been exerted that there is a beetwen gender an food cosumption meanigfull , ($p<0,05$) and between marital status and ilnees meanigfull , ($p<0,05$)

Key words: Healty, Nutririon, Physiscal Activity

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tez çalıőmam boyunca her türlü yardım ve önerilerini esirgemeyen, ileri düzeyde alan bilgisi ile değerli yorumlarıyla bana hep olumlu yönde katkı yapan tez danıőmanım Sayın Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN Hocama saygı ve teőekkürü bir borç bilirim.

Çalıőmam esnasında yol gösterici önerilerde bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Sema CAN Hocama, anket verilerin giriőinde bana yardımcı olan Erciyes Üniversitesi Eğitim Fakültesi ğretim yesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Alpaslan GÖZLER Hocama ve hayatım boyunca bana hep destek olan Abim Muhittin APAYDIN'a Teőekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKÜR SAYFASI	ix
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ VE SİMGELER DİZİNİ	x
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	2
1.1. SPOR	2
1.2. SAĞLIK	2
1.2.1. Günümüzde Sağlıklı Yaşamın Önemi.....	3
1.2.2. İnsan Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	3
1.2.3. Sağlık Davranışları.....	4
1.3. FİZİKSEL UYGUNLUK VE FİZİKSEL AKTİVİTE	4
1.3.1. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Önemi	5
1.4. TÜRKİYEDE HASTALIK ORANLARI VE KABA ÖLÜM HIZI VE DENGELİ BESLENMENİN ÖNEMİ	7
1.4.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	7
1.4.2. Sağlıklı Yaşamda Yeterli ve Dengeli Beslenme Önemi	8
1.5. TEMEL BESİN ÖĞELERİ	8
1.5.1. Karbonhidratlar	8
1.5.2. Proteinler	9
1.5.3. Lipidler.....	10
1.5.4. Vitaminler	10
1.5.5. Mineraller.....	11
1.5.6. Su	11

1.6. FİZİKSEL İNAKTİVİTE VE FİZİKSEL İNAKTİVİTE'YE BAĞLI OLUŞAN HASTALIKLAR	11
1.7. BEDEN KİTLE İNDEKSİ.....	12
2.PROBLEM.....	13
2.1.ALPROBLEMLER.....	13
2.2.HİPOTEZLER	14
2.3. SINIRLILIKLAR.....	14
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	16
3.2. VERİLERİN TOPLANMASI	16
3.3. VERİLERİN ANALİZİ	16
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR	17
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKÇA	57
EKLER	70

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların kişisel bilgileri.....	18
Tablo 2.	Katılımcıların boy vücut ağırlığı ve BKİ değerleri	18
Tablo 3.	Katılımcıların ana öğün tüketim ve ana öğün atlama sorularının f ve yüzdelik dağılımları.....	19
Tablo 4.	Katılımcıların kahvaltı yapma, besin tüketim durumlarının f ve yüzdelik dağılımları	19
Tablo 5.	Katılımcıların akşam yemeği ve hangi tür besin tüketimi yaptıklarının f ve yüzdelik dağılımları	20
Tablo 6.	Katılımcıların diyet ve sıvı tüketimi durumları f ve yüzdelik dağılımları.....	21
Tablo 7.	Katılımcıların FA'ya katılım durumlarının f ve yüzdelik dağılımı	21
Tablo 8.	Katılımcıların yaş gruplarına göre düzenli FA yapma durumlarının f,yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	22
Tablo 9	Katılımcıların FA yapma nedenleri, FA başladıktan sonraki değişmeler, FA'ya devam etme durumları f ve yüzde dağılımları.....	23
Tablo 10.	Katılımcıların sağlık durumları ve FA'ya katılım f ve yüzde dağılımları...	24
Tablo 11.	Katılımcılara teşhisi konulmuş hastalık durumu f ve yüzdelik dağılımları.....	25
Tablo 12.	Katılımcıların yaş gruplarına göre hastalık oranlarının f ve yüzdelik dağılımları	26
Tablo 13.	Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları f ve yüzdelik dağılımları.....	27
Tablo 14.	Düzenli FA yapanların alkol ve sigara Kullanma Durumu.....	28
Tablo 15 .	Katılımcıların alkol ve sigara kullanım durumuna göre f ve BKİ ve standart sapma değerlerini gösteren tablo	29
Tablo 16.	Katılımcıların FA yapma ve başlama zamanına göre f, BKİ ortalamaları ve standart sapma dağılımları	29
Tablo 17.	Katılımcıların düzenli FA yapma ve yapmama durumları ile beslenme alışkanlıklarını f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	30

Tablo 18. Teşhisi konulmuş hastalık sahibi olan katılımcıların, ana öğün atlama oraları f ve yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	31
Tablo 19. Katılımcıların son 6 ay içerisinde sağlık hekimine gitme ile haftalık FA yapma sıklığı f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	31
Tablo 20.Cinsiyet ile FA'ya katılım durumunun f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	32
Tablo 21.Gelir durumu ile FA oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	32
Tablo 22.Çalışma durumu ile FA oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	33
Tablo 23. Medeni durum ile FA oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare bulguları....	33
Tablo 24. Cinsiyet ile hastalık durumları oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	34
Tablo 25. Medeni durum ile hastalık durumları oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	34
Tablo 26. Çalışma durumu ile hastalık durumları oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	35
Tablo 27. Gelir durumu ile hastalık oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	35
Tablo 28. Cinsiyet ile besin tüketimi oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları.....	36
Tablo 29. Medeni durum ile besin tüketimi oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	36
Tablo 30. Çalışma durumu ile besin tüketimi oranlarının f, yüzde dağılımları ve ki kare testi bulguları	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Beden Kitle İndeksi Oranları12



KISALTMALAR LİSTESİ VE SİMGELER DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BŞB	: Büyükşehir Belediyesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
F	: Frekans
FA	: Fiziksel Aktivite
FADA	: Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi
FU	: Fiziksel Uygunluk
HDL	: İyi Kolesterol
ORT	: Ortalama
STD	: Standart Sapma
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
VA	: Vücut Ağırlığı
VD	: Ve Diğerleri
%	: Yüzde

ÖNSÖZ

Günümüz yaşam koşulları bireyleri daha az hareket eder duruma getirmektedir. Birçok kişi gün boyu fazla hareket etmeden çalışmakta, zamanlarının büyük bir bölümünü televizyon izleyerek ve bilgisayar başında sosyal medya veya oyun gibi etkinliklerle zaman geçirmekte olup ve bu zaman zarfında kalorisi yüksek besinler tüketmektedir. Böyle bir yaşam şekli şişmanlık ve obezitenin günümüzde çok karşılaşılabilen bir durum haline gelmesindeki en önemli nedenler arasında yer aldığı görülmektedir. Şişmanlık ve obezitenin önlenmesinde diyet ve egzersizin birlikte uygulanmasının etkili ve sağlıklı sonuç alınmasında vazgeçilmez bir gerçek olduğu bildirilmektedir. Bireylerin harcadıklarından çok aldıkları enerji, hareketsiz yaşam sonucu vücut yağ kitlesinde artışa ve şişmanlığa yol açmaktadır. Ayrıca koroner kalp hastalıkları, diyabet gibi birçok kronik hastalığın oluşmasına da zemin hazırlamaktadır. Sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla yapılan fiziksel aktivite bireyler için bir yaşam tarzı olmalıdır ve bunu hayatları boyunca sürdürebilmelidir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite bireyin hem bedensel hem de zihinsel sağlığa ulaşmasına yardımcı olur. Fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmak küçük yaşlarda başlamalıdır. Eğer birey küçük yaşlarda fiziksel aktivite alışkanlığı kazanabilirse ileriki yaşlarda bu alışkanlığı devam ettirebilme olasılığı artacaktır. Bu sebeplerden dolayı ülkemizde fiziksel aktivite ve spor yapma alışkanlıkları bireylere küçük yaşta kazandırılmalıdır. Bu bilgilerden hareketle bireylere fiziksel aktivite yapmasını destekleyici plan ve programlar hem bakanlıklar hem de yerel yönetimler tarafından uygulanmalıdır.

Mevcut çalışmada Kayseri ilinde açık alanlarda fiziksel aktivite yapan bireylerin aktiviteye katılım sebepleri, fiziksel aktivite yaptıkları gün sayısı, katılımcıların genel olarak hangi sıklıkla ne tür besin tükettikleri ve tüketilen öğün sayısı, katılımcıların sağlık durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında ilişkilendirilmesi ve incelenmesi amaçlanmıştır.

GİRİŞ

İnsanların sağlıklı olabilmek veya sağlıklı bir yaşamını devam ettirebilmek için fiziksel aktivite yapması önemlidir. Fiziksel aktivitenin temel felsefesi, hareket etmekten kaynaklanan nedenden ötürü insanın sağlıklı kalma ve sağlıklı yaşamasıdır. Günümüzde yaşam kalitesini artırmak, uzun yaşamak kadar önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirebilmek için temel etkenler beslenme ve fiziksel aktivitedir (Ersoy, vd, 2008:7). Hareketsizlik tıp otoriteleri tarafından hastalık olarak nitelendirilmekte ve ölüme yol açan kronik hastalıkların nedeni olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde hazırlanan, '2008-2013 Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol, Küresel Strateji Eylem Planında' yer alan programlarda, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve insanların spor yapmaya ve egzersize yöneltilmesinin kalıcı çözüm olduğu kaydedilmekte ve bu amaçla diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması önlem olarak yer almaktadır. (Barışsever, 2014:1). DSÖ 2016 raporuna göre son yıllarda hava kirliliği, trafik kazaları, çocuk ölümleri, aids, tüberküloz ve ihmal edilen tropikal hastalıklar, hepatit, kanser, obezite gibi hastalıklarla mücadele edilmesine rağmen sigara ve alkol kullanımı, hareketsizlik, trafik kazaları ve çevresel faktörlü hastalıklar insanların ölümüne neden olabilmektedir (World Healty Statistic. 2016:5). Bireylerin gün içerisinde fiziksel olarak aktif olabilecekleri 4 temel alan vardır. Bunlar; işyeri ulaşım (yürüme, bisiklet kullanma, vb.) ev içi işler, boş zaman aktiviteleri (spor ve rekreasyonel aktiviteler) olarak belirtilmektedir. (Ersoy vd, 2008:7).

Kayseri, ağırlıklı olarak özel sektör veya kamu sektöründe kapalı çalışma ortamlarında çalışan insanların çoğunlukta olduğu bir yaşam alanıdır. Kayseri de yaşayan insanlar, fiziksel aktiviteleri açık alanlarda, fitness merkezlerinde veya belediyelere ait park ve bahçelerde bulunan spor alanlarında yapmaktadır. Bu çalışmada açık alanlarda fiziksel aktivite (FA) yapan bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteye katılım düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

1.1. SPOR

Spor İnsanlık tarihinin başlangıcına kadar uzanan bir geçmişe sahip olup toplumsal yaşantımızın vazgeçilmez bir olgusudur. İnsanlığın varoluşundan bu yana, insanoğlu bilerek ya da bilmeyerek sporun içinde olmuştur. Mağara devrinin ilkel insanı spor kavramından uzak, avını yakalamak için koşmuş, sıçramış, vücudunu çevikleştirmek zorunda kalmıştır. Ancak bu hareketler bilinçli, düzenli ve sürekli olmadığı için spor olarak tanımlanmamıştır (Sunay, 2003:39). İnsanlar spor ile iç içe yaşarken, yeni şeylerin farkına vardıkça spora da yeni özellikler kazandırmıştır. Böylece sporun gelişimi insanoğlunun gelişimine paralel bir çizgi izlemiştir. Sporun özünde dinamizm yatmakta ve spor insan topluluklarına dinamizm verdiği için ayrı bir önem kazanmaktadır. Spor, toplulukları oluşturan bireylerin yaşamını yakından ilgilendirdiği için hem birey hem de topluluk için vazgeçilmez eylemler bütünü olmuştur (Sunay, 2003:39). Her insanın her yaşta ve her durumda yapabileceği bir spor mutlaka vardır. Spor yalnızca sporcu dediğimiz insanların bir etkinliği değildir. Herkes için spor kavramı önemlidir bu kavram her insan spor yapabilir ya da spor yapmak her insan için gereklidir, biçiminde de açıklanabilir. Bazı Avrupa ülkelerinde, spor terimi egzersiz ve boş zaman fiziksel aktiviteleri için de kullanılmaktadır.(Ersoy.,vd,2008:8).Spor yapan birey ilk olarak fiziksel aktivite yapmaya istekli olması gerekir.Spora zorla başlanıp zorla sürdürülemez. Spor bir başkası veya başka bir amaç için yapılmaz. Spor her insanın kendi isteğiyle başlayıp devam ettireceği bir eylemdir (Erdemli,2006:64).

1.2.SAĞLIK

Sağlık insanlık tarihinin gelişimi ile beraber kapsamı değişen, gelişen ve bireyden bireye, toplumdaki topluma farklı şekillerde algılanmış bir kavramdır. Önceleri hastalık durumuna düşmeme sadece bireyin fizyolojik yapısındaki göstergelerle tanımlanmaya çalışılan, sosyal ve psikolojik yönden ele alınmayan sağlık, zaman içerisinde çevresel, sosyal ve psikolojik etkenlerin de üzerinde belirleyici olduğu kabul edilen bir olgu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Günümüzde bireyin sağlığı hem

fizyolojik hem de ruhsal yönden inceleme konusu olmuştur. Sağlık bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir (Belek.vd.,1998:25) Sağlık kavramı, canlılarla ilgili bir kavram olup bir canlının hastalıklara yakalanmaması ve canlıların yaşam sürecinde gelişimini ve bu dönem sürecinde yaşamını düzenli bir şekilde devam ettirmesini ifade eder (Şişman, 2007 :157).

1.2.1. Günümüzde sağlıklı yaşamın önemi

Sağlıklı yaşam denince insanların aklına ilk olarak sağlıkla ilgili kavramlar gelmektedir ve daha sonraları teknoloji kullanımı ile bilgiye kolay ulaşılabilmesi, bireyler sağlıklı yaşam için sadece bu kavramlara değil aynı zamanda kendi yaşam biçimlerine bağlı olduklarını anlamaya başlamışlardır (Bozüyük vd.2012:13). Bireylerin yaşamlarında ki alışkanlıklar, sadece yaşam kalitelerini etkilemekte aynı zamanda sağlıklı yaşam sürelerini artırmaktadır. DSÖ verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50' sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (İlhan vd.,2010:35). İlerleyen yaşlarla birlikte insanların kas kuvvetinde, dolaşım sisteminde, kemik mineral yoğunluklarındaki azalmalarda insanların günlük aktivitelerini zorlaştırmaktadır (Özdemir,İrez:2010:38). DSÖ tüm toplumlarda bulaşıcı olmayan hastalıklarda büyük bir oranda artış olduğunu ve bunun nedeninin de yaşam standardındaki artma sonucunda, fiziksel aktivite (FA'da) azalma, beslenme alışkanlıklarındaki değişme ve sigara kullanımındaki artış olduğunu bildirmiştir (Soyuer,Soyuer.(2008:221).

1.2.2. İnsan Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sadece bir hastalık tedavisi veya bu hastalığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlanmalıdır (Ünal vd.,2007:102). İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bazı kriterlerin bir araya gelmesi ve uygulanması gerekmektedir. Katılım , sosyal şartlar, medikal bakım, çevresel koşullar insanların

sağlıklı yaşam sürdürebilmelerinde önemli unsurlar olarak belirtmiştir.(Zorba,2014:5) Kişilerin sağlıklı olabilmek ve devam ettirebilmek için sağlıkla ilgili davranışları artırmaları gerekmektedir. Bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin oluşması ve bunun devam etmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi sorumluluklarını bilmeli; sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek davranışlardan uzak durmalıdır(Bahar,1993:82). Bireylerin yaşam kalitesi artmasında düzenli FA' ya katılımında pozitif etkiler sağladığı ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin arttığı bilinmektedir(Alpgözen,Özdinçler.2016:66).

1.2.3. Sağlık Davranışları

DSÖ verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin % 40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi yaşamındaki tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır (Vural, 1998:39). Tae Wha Lee ve arkadaşları yaşam süresi artmasıyla birlikte ; yaşam kalitesini artırma, bağımsız fonksiyonları devam ettirme ile ilgili sağlığı geliştirme davranışlarının daha fazla önemli olduğunu vurgulamaktadır (Polat ve Kahraman, 2013:2014). Sağlıklı yaşam ve bunun geliştirilmesi için yapılan çabalar sağlıklı yaşam süresinin uzaması, insanların yaşam kalitesinin artmasına ve bunu sonucunda sağlıklı bir toplum yapısına ulaşmada katkıda bulunur(Şimşek vd., 2012:152).İnsan hayatında sağlığı geliştirenler ve sağlığa zarar verenler alışkanlıklar diye iki gruba ayrılarak tanımlanmıştır. Bunlar sağlığa zarar veren davranışlar; sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, aşırı yağlı yemek tüketimi, fast-food türü beslenme gibi davranışları içerir. Sağlığı geliştiren davranışların ise kişileri hastalıklardan koruyan spor, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları kapsadığı belirtilmektedir (Molina vd.,2009:128).

1.3. FİZİKSEL UYGUNLUK VE FİZİKSEL AKTİVİTE

FU insanın çalışma kapasitesidir. Bireyin çalışma kapasitesi kas kuvvetine, yorgunluğa karşı direncine, esnekliğine, süratine ve bu özelliklerin birbirleriyle olan koordinasyonuna bağlıdır. FU, FA'yi yapabilme becerisidir.(Göral vd., 2009:228)

Sağlıkla ilgili FU, iki farklı tanımı vardır. Bunlardan ilki günlük aktiviteleri yapabilme ve sürdürebilme becerisi, İkinci tanıma göre ise, düşük hastalık gelişim riski ile ilişkili olan yeteneklerin ve hareketle ilgili koşulların birlikte yer aldığı bir kavramdır (Pate vd., 2008:174).FA'nın tanımı; insan sağlığının korunması amacıyla, bireyin sağlığını geliştiren, geliştikten sonraki süreçte gelişmiş sağlık durumunu devam ettirebilen, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin bütünüdür. FA uzak bir yaşam ve düşük FU seviyesi erken ölümler ve hastalık durumuna yakalanmak için çok önemli bir risk faktörüdür. Düzenli FA , hipokinetik hastalıkları, bu hastalıklara bağlı erken ölümleri önlediği ve sağlık yönünden kalitesi yüksek bir hayat sağladığı ortaya çıkmıştır (Özer ve Baltacı, 2008:13).Fiziksel etkinlikler, kendi başına yapılan etkinlikler ve uzman bir eğitici yardımıyla yapılan şeklinde iki türlü olabilmektedir. Bireylerin kendi kendine yaptıkları fiziksel etkinlikler genelde sağlıklı olma, ideal kiloya ulaşma , görünüm kaygıları etkili olabilmektedir. Bireylerin kendi başına yaptıkları etkinlikler; açık alanlarda yürüyüş, koşma, bisiklete binme gibi aktiviteler tercih edilirken; profesyonel destekli aktiviteler genellikle Fitness merkezlerinde yapılabilmektedir.(Yıldız.2009:5-7)

1.3.1. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Önemi

Sağlık bakanlığının 2013-2017 stratejik planında 4 stratejik amaç 32 hedef belirlenmiştir. Bunlardan bazıları; insan sağlığına yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını özendirmek, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, FA düzeyini artırmak olarak belirlenmiştir (Bahçebaşı ve Akbaba,2013:73) FA sağlıklı yaşamı korunmada ve bu sağlıklı yaşamı kontrol edebilmede etkileri olmakla birlikte uzman bir kişi tarafından ve hazırlanmış FA programları pek çok hastalığın ve bunlara bağlı oluşan hastalık tedavisinde, bireylere kalıcı hasarlar bırakmasını engellemesinde önemli etkileri vardır.

Düzenli FA'nın insan organizmasına bazı etkileri vardır bunlar;

-Kas kuvvetinin korunması ve artırılması,

-Vücut bölümlerini hareket ettiren kaslar arasındaki dengenin sağlanması,

- Kas - eklem kontrolünü artırarak denge sağlanması, eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması,

-Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve artırılması,

-FA içerisinde yapılan hareketlerin daha fazla tekrar sayılarında yapılabilecek oranda gelişmesi, reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,

-Vücut postürünün korunması, bireyin kendi vücut farkındalığının geliştirilmesi,

-Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi, yorgunluğun azaltılması,

-Kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun korunması ve kemik erimesinin önlenmesi,

-Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarının artması, Olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirilmesi, (Howley, 2001:364).

-Düzenli egzersizle stres azaltabilmekte ve günlük baskılardan uzaklaşabilmektedir (Tunay, 2008:28).

-FA programlarının tedavi sürecine etkileri olan hastalıklardan bazıları ; ortopedik problemler, spor yaralanmaları, nörolojik hastalıklar , kas-iskelet problemleri, bazı kalp-damar ve akciğer hastalıkları, romatizma hastalıkları, bel-boyun problemleri, obezite olarak belirtilmektedir. (Bek, 2008:14).

Fiziksel hareketsizlik bazı kronik hastalıklara neden olduğu bilinmektedir ve bunun sonucunda ile bireyin yaşam kalitesi ve süresi azalmakta, Ülkede potansiyel iş gücüne katılımı engellemekte, sağlık giderleri milli geliri düşürmekte ve böylelikle ülke ekonomisi zarar görmektedir (Karaca,Turnagöl,2007:71). Kişisel sağlığın ve dolayısıyla toplumsal sağlığı korumak için FA alışkanlığı hem eğlenceli, hem de düşük maliyetli olması yüksek oranda fazla pay alan sağlık harcamalarının azaltılması konusunda etkili bir araç olmaktadır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin tedavi giderleri yüksek olan diğer yöntemlerden daha düşük olduğu artık bilinen bir

gerçekdir(THSK, “Aile hekimliği”, 2014, Kaynak:<http://ailehekimligi.gov.tr/salk-ve-bakm/265-fiziksel-aktivite.html> (Erişim Tarihi: Mart 2014).

1.4. TÜRKİYEDE HASTALIK ORANLARI VE KABA ÖLÜM HIZI

Kaba ölüm hızı, bin kişi başına düşen ölüm sayısını ifade etmektedir. Ölüm sayısı revize edilen 2014 yılı verisine göre 391 bin 9 iken bu sayı 2015 yılında %3.6 artarak 405 bin 218 kişi oldu. Ölenlerin %54,8’ini erkekler, % 45.2’sini kadınlar oluşturdu. Kaba ölüm hızı illere göre incelendiğinde, 2015 yılında kaba ölüm hızının en yüksek olduğu il binde 10 ile Kastamonu oldu. Bu ili binde 9.9 ile Sinop, binde 9 ile Çankırı ve binde 8.8 ile Edirne izledi. Kaba ölüm hızının en düşük olduğu il ise binde 2.8 ile Şırnak oldu. Bu ili binde 2.9 ile Batman ve Hakkari, binde 3.1 ile Diyarbakır ve Van izledi. Ölümler yaş grubuna göre incelendiğinde, en yüksek ölüm oranının 75 ve daha yukarı yaşta olduğu görüldü. Bu yaş grubunda ölenlerin oranı 2014 yılında % 48.6 iken 2015 yılında % 49.5’e yükseldi. Ölümler yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, 2015 yılında beş yaş altı çocuk ölümlerinde cinsiyet farklılığının olmadığı, diğer yaş gruplarında ise cinsiyet farklılığının belirgin olduğu ve en yaşlı kuşak olan 75 ve daha yukarı yaş grubu dışındaki bütün yaş gruplarında erkek ölümlerinin, kadın ölümlerinden daha fazla olduğu görüldü (TUİK,2016).

1.4.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, 2015 yılında %10,4 oranında artarak, 104 milyar 568 milyon TL’ye ulaştı. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2014 yılında % 93.8 iken, 2015 yılında %92.6 oldu. Toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranı, 2015 yılında bir önceki yıla göre değişmeyerek % 5.4 seviyesinde kaldı. Genel devlet sağlık harcamasının GSYH’ye oranı ise, bir önceki yıla göre değişmeyerek %4.2 olarak gerçekteşti (TUİK,2015).

1.4.2. Sağlıklı Yaşamda Yeterli ve Dengeli Beslenme Önemi

İnsanın , büyüme ve gelişmesinin sağlanması, üreme, FA'larda bulunabilme, sağlığın korunabilmesi kısaca yaşamın sürdürülmesi için dışarıdan besinlerin alınıp ve bu besinleri tüketmesi gerekmektedir(Güneş, 2009). Yeterli ve dengeli beslenme sorunu yaşayan toplumların sağlıklı ve iş gücü yüksek yaşaması, ekonomik ve yaşama standartlarının gelişmiş ülkeleri yakalaması olası değildir (Dölekoğlu ve Yurdakul.2004:63). Sağlıklı ve yeterli beslenmek için sadece hayvansal besinler tüketmekle kalmamalı aynı zamanda bitkisel yiyecekleri dengeli ve yeterli bir şekilde tüketmek gerekir(Alphan,2005:22). Yetersiz beslenme; besin öğeleri vücudun ihtiyaçları gereğince alınmadığın da yeterli enerji oluşumu gerçekleşmez ve vücut dokuları yapılanması oluşmaz. İnsan gereğinden çok besin tüketirse de ,fazla besin vücutta yağ olarak biriktiğinden sağlık için tehlikelidir. İnsan yeterli besin tüketmesine karşın, uygun besin tercihi yapmadığı zaman bazı besin öğelerini almayabilir. Bunun sonucunda da sağlık bozulmalarına neden olabilir.(Astrant, Rodahl.1987). Yetersiz beslenmenin zararları olduğu gibi aşırı protein, karbonhidrat, kafein, tuz, doymuş ve trans yağlar gibi gıdaların tüketiminin de zararları vardır. Bunlar şişmanlık, kanser, diyabet gibi hastalıklara yol açabilmektedir(Bilici.2008:17).

1.5. TEMEL BESİN ÖĞELERİ

Canlıların yaşayabilmesi, büyümesi için temel besin öğelerinin tüketimine ihtiyaçları vardır. Günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi, dış etkilere korunması, zihinsel ve FA'ları yerine getirebilmesi için proteinler, karbonhidrat, yağ, vitamin , su ve mineral maddelerin tüketimine ihtiyaçları vardır(Ceviz,2008:12).

1.5.1. Karbonhidratlar

Karbonhidrat, insan vücudunun gerekli enerji ihtiyacının karşılanması amacıyla kullandığı temel maddedir. Dünyada en sık rastlanan besin gurubu karbonhidrattır. Kasların kısa süreli kasılmalarında enerji kaynağı olarak kullanılıp, kan glikoz düzeyini arttırmaları (Baron, 2008:11). Karbonhidratlar basit ve kompleks olmak üzere iki gruba ayrılır. Sağlıklı beslenme ve sportif performans açısından karbonhidratın günlük tüketiminin % 85'i kompleks karbonhidrat tahıl ürünleri, sebze, kuru baklagiller gibi

bileşik karbonhidrat içeren besinlerden ve % 15'i basit karbonhidrat bal, reçel, şeker ve buna benzer besinlerden tüketilmesi tavsiye edilir. Kompleks karbonhidratların sindirimleri basit şekerlere göre daha uzun sürdüğünden kan şekeri üzerine olan etkileri daha yavaş olmakta ve uzun sürmektedir. Basit karbonhidratlar ince bağırsaklarda fazla bir değişikliğe uğramadan 15 dk. gibi kısa bir sürede doğrudan kana geçerler (Güneş, 2009; Paker, 1996; Pehlivan, 2005). Karbonhidrat, karbon (C) hidrojen (H) ve oksijenden oluşmaktadır. Hücre zarının yapısında beyin beslenmesinde ve enerji oluşumu için kullanılır(MEGEP.2006:3). Dayanıklılık antrenmanı gibi yoğun egzersiz öncesi ve egzersiz süresince karbonhidrat alımının artırılması, sporcunun performansını arttıracaktır (Şakar,2009:9). Organizmanın harcadığı enerjinin büyük bir bölümünü sağlarlar. Tüm dokular enerji gereksinimi için karbonhidratları kullanırlar. Beyin dokusu enerji için sadece karbonhidratları kullanır (Koç, 2014:24). Karbonhidrat alımının bazı zararları vardır bunlar; fazla tüketildiğinde kan şekerini, insülin hormon düzeyini artırırken, HDL olarak tanımlanan iyi kolesterolü azaltır. Kilo problemi yaşayan bireylerde karbonhidrat tüketimi oldukça zararlıdır (Özata:2010:21). Günlük karbonhidrat tüketiminin dengeli olması gerekmektedir fazla alınan karbonhidrat kilo artışına sebep olabilir. Diyabet hastaları önerilen karbonhidratlar tüketmelidir. (Yıldız, 2008:11)

1.5.2. Proteinler

Proteinler bütün canlıların en önemli maddeleridir. Proteinler 20 den fazla amino asit zincirinden meydana gelmektedir.(Zieve:2009:1) Proteinler hücrelerin esas yapısını oluşturur. Protein, bireyin büyümesi ve gelişmesi için gerekli en önemli besin öğesidir. İnsan vücut organizmasının savunma, enzimlerin, bazı hormonların da esas yapı taşları proteinlerdir. Protein bunların yanı sıra vücutta enerji kaynağı olarak da kullanılmaktadır. Yetişkin insan vücudunun ortalama % 16'sı proteinden oluşur. (Şentürk, vd.2002:11).Proteinlerin vücutta ki görevleri ; doku yapımı ve onarımı , büyüme ve gelişmeyi gerçekleştirir, dokular ve enzimlerin yapı taşlarıdır, kan proteini hemoglobinin ve hormonların yapımından sorumludur, vücudun mikroplara karşı savunulmasına rol oynar (Ersoy, 2000: 60). Bir yetişkin birey için kilo başına her gün 0.8 gram protein alımı önerilmektedir. Kuvvet geliştirici antrenman yapan bireylerde bu oran kilo oranında 1.4-1.8 gram arasında protein alımı, dayanıklılık antrenmanı yapan

sporcular için bu oran kilo oranında 1.2-1.4 gram protein alımı önerilmektedir (Osterwill.2004:2). Protein fazla tüketildiğinde ise insan organizmasında protein deposu olmadığı için yağa dönüşerek depo edilmektedir. Hayvansal gıdalarda doymuş yağ oranı yüksek olduğu için ilerleyen yaşlarda kalp ve damar hastalıklarına ve böbrek ile ilgili sorunlara yol açabilmektedir(Ersoy.2000:61).

1.5.3. Lipidler

Lipidler protein ve karbonhidrat gibi doğada ve canlı organizmasında bulunan organik madde grubudur. Organizmaya alınan gıdaların enerjisi, harcanan enerjiden çok ise vücutta yağ olarak depolanır (Ası,1996:129). Lipidlerin çoğunlukla yağ dokusu ve kaslarda depolanmaktadır. Lipitler yağ asitlerinin farklı şekilde bileşiminden oluşmaktadır. Bunlar; doymuş yağlar, tekli doymuş yağlar, çoklu doymamış yağlar (Ersoy, 2000:115). Yağların vücuttaki görevleri ise; Vücudumuza gereken enerjinin en önemli kaynağıdır. A,D,E,K gibi yağda eriyen vitaminlerin emiliminde görev alırlar. Vücut ısısının kontrolünde rol oynarlar, iç organların dış darbelerden korunmasını sağlarlar, yağlar mideyi yavaş terk ettiklerinden doygunluk verirler ve derialtı yağ vücut ısısının hızlı kaybını önlerler (Başoğlu vd.1997; Pehlivan,2006).Yağların zararları; yüksek oranda yağ tüketimi kanser, diyabet tipleri ve obeziteye neden olabilmektedir. Ayrıca aşırı kilo ve doymuş yağlar kanda kolesterolü artırarak koroner kalp hastalıklarına neden olur.(Özata,2010:5)

1.5.4.Vitaminler

Canlıların yaşamlarını sürdürebilmeleri için karbonhidrat, protein, lipidlerin yanı sıra az miktarda diğer besin maddelerine ihtiyaçları vardır. Bu besinlerden biride vitaminlerdir. (Gözükara. 1990:80) Vitaminler enerji üretiminde hemoglobinin sentezinde görev alırlar. Kemik sağlığı, immün fonksiyonlar, vücut dokularının oksidatif hasarı üzerinde de yaşamsal önemleri bulunmaktadır (Koç, 2014:28-29). Vitaminler ısıya dayanıklı maddelerdir ve genellikle parentral yoldan sindirim kanalıyla vücutta dâhil olabilirler.(Bingöl. 1977:8) Vitaminler yağda ve suda çözünenler olmak üzere 2 gruba ayrılır ve çoğunlukla hayvansal ve bitkisel besinlerin içinde bulunur(Akkan, 1999:46)

1.5.5. Mineraller

Mineraller doğada en çok görülen ve vücudun gelişmesi ve büyümesi için gerekli insan sağlığını korunması için gerekli inorganik maddedir. Vücudumuzun çok küçük bir yapısını oluştururlar (Samur, 2008:20).Mineraller enfeksiyondan korunmada, vücut direncini artırmada, makro minerallerden olan kalsiyum ise ; diş yapımı, kasların kasılması , sinirlerin çalışması gibi görevlerde bulunabilirler (Demirözü , 2011:13).

1.5.6. Su

Su; en basit kimyasal bileşiklerdendir. 2 hidrojen atomu (H) ve bir oksijen (O) atomundan oluşup H₂O formülüne sahiptir.(Baron 1998:37). Su yaşam için büyük öneme sahiptir. İnsan vücudu büyük oranda sudan oluşmaktadır. Yeni doğan bir bebekte vücut ağırlığının %75'i sudan oluşmakta iken bu oran çocuklarda %70, yetişkinlerde %60 ve yaşlılarda %50 seklindedir (Aktaş ve Özdemir, 2005:3).Sedanter bir birey günde yaklaşık 2.5 L suya gereksinim duymaktadır. Aktif olarak çalışan ve eğer bu ortam sıcak ise su gereksinimi 5-10 litreye çıkabilmektedir. Su gereksinimi yiyecekler, içecekler ve metabolizma sonucu oluşan su olmak üzere üç kaynaktan sağlanmaktadır. DSÖ normal koşullar altında kadınların 2.5 L, erkeklerin 2.9L, egzersiz, sıcak iklim veya gebelik ve emzicilik gibi özel durumlarda ise kadınların 4.5L,erkeklerin 5.5L, su içmesini önermektedir. Vücut dengesi için atılan su kadar alınan suda önemlidir (Ersoy,2014:11).

1.6. FİZİKSEL İNAKTİVİTE VE FİZİKSEL İNAKTİVİTE'YE BAĞLI OLUŞAN HASTALIKLAR

Günümüzde modern toplumlarda hareketsiz yaşam en önemli sorunlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sağlık olmak kaliteli yaşam için en önemli unsur olarak kabul edilmekle birlikte günümüzde bazı teknolojik yenilikler yaşamımızı kolaylaştırmanın yanında bazı sağlık açısından bazı sorunlara neden olabilmektedir(Bek:2008:7). Hareketsizlik ölüme neden olan risk faktörleri arasında 4.sırada yer almaktadır. DSÖ hareketsiz yaşamın birçok ülkede hızlı bir şekilde yaygın hale

geldiğini ve kanser, kalp-damar hastalıkları, obezite, diyabet, kemik erimesi gibi birçok hastalığın artışına neden olduğunu belirtmektedir. Günde 8-11 saatini oturarak geçiren kişilerin ölüm riski obezite, kanser, kalp ve şeker gibi hastalıklarla % 15 artıyor. Günde zamanının 11 saatten fazlasını oturarak geçiren kişilerde ise ölüm riski 4 saatten az oturanlara göre % 40 daha fazla hareketsizlik, göğüs ve kolon kanseri vakalarının % 20-25'i, diyabetin % 27'si ve kalp hastalığının %30'unun sebebi olarak gösteriliyor. Tip 2 diyabet hastalığının obezite ve fiziksel inaktiviteye bağlı olduğu görülmektedir (Türk Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, Ankara 2008.).

1.7. BEDEN KİTLE İNDEKSİ

DSÖ tarafından özellikle obezite hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda kabul edilen antropometrik ölçüm, vücut ağırlığı ve boy ölçümlerinden alınan verilerle elde edilen bulgulara bireyin BKİ değeri adı verilmektedir. Bütün bireylere cinsiyet ayrımı gözetmeksizin uygulanabilmektedir (Ergün ve Erten.2004: 58). 19-35 yaş arası kişilerde ideal BKİ 20-24.9 kg/m², 36-54 yaş arası kişilerde 20- 25 kg/m² , 55- 64 yaş arası kişilerde 22-27 kg/m² ideal BKİ olarak kabul edilmektedir(Ersoy. 2000:24).

Şekil 1. Beden Kitle İndeksi Oranları

Beden kitle indeksi	Oran
Zayıf	18.5 kg/m ² altı
Normal kilolu	18.5-24.9 kg/m ² arası
Fazla kilolu	25-29.9 kg/m ² arası
1.derece obez	30-34.9 kg/m ² arası
2. derece obez	35-39.9 kg/m ² arası
3. derece Morbid obez	40 kg/m ² üzeri

2.PROBLEM

Bu çalışmanın amacı; açık alanlarda egzersiz yapan bireylerin egzersize katılımında beslenme alışkanlıkları, sağlık durumları ve fiziksel aktiviteye katılım düzeylerinin incelenmesidir.

2.1.Alt Problemler

1. Cinsiyet ile fiziksel aktivite arasında ilişki var mıdır?
2. Yaş ile fiziksel aktivite arasında ilişki var mıdır?
3. Medeni durum ile fiziksel aktiviteye katılım arasında ilişki var mıdır?
4. Çalışma durumu ile fiziksel aktiviteye katılım arasında ilişki var mıdır?
5. Gelir durumu ile fiziksel aktiviteye katılım arasında ilişki var mıdır?
6. Cinsiyet ile hastalık durumları arasında ilişki var mıdır?
7. Yaş ile hastalık durumları arasında ilişki var mıdır?
8. Medeni durum ile hastalık durumları arasında ilişki var mıdır?
9. Çalışma durumu ile hastalık durumları arasında ilişki var mıdır?
10. Gelir durumları ile hastalık durumları arasında ilişki var mıdır?
11. Cinsiyet ile besin tüketimi arasında ilişki var mıdır?
12. Medeni durum ile besin tüketimi arasında ilişki var mıdır?
13. Çalışma durumu ile besin tüketimi arasında ilişki var mıdır?

2.2. Hipotezler

1. Cinsiyet ile fiziksel aktivite arasında ilişki vardır.
2. Yaş ile fiziksel aktivite arasında ilişki vardır.
3. Medeni durum ile fiziksek aktiviteye katılım arasında ilişki vardır.
4. Çalışma durumu ile fiziksel aktiviteye katılım arasında ilişki vardır.
5. Gelir durumu ile fiziksel aktiviteye katılım arasında ilişki vardır.
6. Cinsiyet ile hastalık durumları arasında ilişki vardır.
7. Yaş ile hastalık durumları arasında ilişki vardır.
8. Medeni durum ile hastalık durumları arasında ilişki vardır.
9. Çalışma durumu ile hastalık durumları arasında ilişki vardır.
10. Gelir durumları ile hastalık durumları arasında ilişki vardır.
11. Cinsiyet ile besin tüketimi arasında ilişki vardır.
12. Medeni durum ile besin tüketimi arasında ilişki vardır.
13. Çalışma durumu ile besin tüketimi arasında ilişki vardır.

2.3. Sınırlılıklar

1. Araştırma Kayseri ili ve ilçeleri ile sınırlıdır.
2. Araştırma Kayseri ili ve ilçelerinde, açık alanlarda egzersiz yapan katılımcılar ile sınırlıdır.
3. Araştırma 18 yaş üzeri erkek-kadın katılımcılar ile sınırlıdır.

İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM

Bu bölümde yapılan çalışmanın verilerinin toplanması, verilerin çözümlenmesi, yorumlanması ve açıklanması yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Kayseri ilinde bulunan Melikgazi, Kocasinan, İncesu, Talas ve Erkilet ilçelerinde açık alanlarda egzersiz yapan, araştırmaya katılmak isteyen 18 yaş ve üzeri kadın-erkek toplam 475 bireyin beslenme alışkanlıkları, sağlık durumları ve FA'ya katılım düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tarama modelindedir. Yapılan bu çalışma FADA (fiziksel aktivite değerlendirme anketi) model alınarak hazırlanmıştır. Katılımcılara anketler dağıtılmış ve anketler tamamlandıktan sonra geri toplanmıştır. Bu çalışmada katılımcılara yaş, boy, vücut ağırlığı, aylık gelir, medeni durum, çocuk durumu, sigara ve alkol ile ilgili sorular, öğün tüketim sayısı FA düzeylerine ilişkin sorular yöneltilmiş ve anketten alınan bilgiler incelenerek bu değişkenler arası ilişkiler araştırılmıştır. Katılımcılardan boy ve vücut ağırlığı verileri alınarak $BKİ = \text{Vücut Ağırlığı} / \text{Boy}^2$ formülü analiz edilerek katılımcıların BKİ değerleri istatistiksel olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada betimsel model ve ilişki model kullanılmıştır. Anketin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,782 olarak belirlenmiştir. Anket de bulunan 30 sorunun faktör analizi 62,111 olarak belirlenmiştir.

3.2. VERİLERİN TOPLANMASI

Yapılan anket katılımcıların beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumları ile ilgili genel sorular ve FA düzeylerinin incelenmesi için toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Anketler doldurulmadan önce katılımcılardan izin alınıp anket hakkında bilgi verilmiştir.

3.3. VERİLERİN ANALİZİ

Yapılan çalışmada betimsel istatistik ve değişkenler arası ilişkileri belirlemek için ki-kare testi (X^2) kullanılmıştır. Bu kapsamda elde edilen verilerin yüzdeleri f, n, ki kare, standart sapma ve yüzdelik değerlerini belirlemek için IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır. Veriler tek tek kontrol edilerek girilmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde yapılan anketten elde edilen sonuçlara ve bu sonuçların f, yüzdeler ve standart sapma bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Bilgileri

Cinsiyet	f	%
Erkek	228	48
Kadın	247	52
Toplam	475	100
Yaş Aralığı	f	%
18-28	260	54.7
29-39	159	33.6
40-50	20	4.2
51 ve üzeri	36	7.5
Toplam	475	100
Medeni Durum	f	%
Evli	265	56.9
Bekâr	210	43.1
Toplam	475	100
Çocuk Durumu	Evet	Hayır
Evet	224	47.9
Hayır	251	52.1
Toplam	475	100
Çalışma Durumu	f	%
Evet	283	63.8
Hayır	192	36.2
Toplam	475	100
Gelir Durumu	f	%
1000tl ve altı	192	40.4
1001-2000tl arası	158	33.3
2000tl ve üzeri	125	26.3
Toplam	475	100

Araştırmaya katılan bireylerin % 48'lik kısmı (f=228) erkek, % 52'lik kısmı ise (n=147) kadındır. Katılımcıların yaş aralığı; % 55.1'lik kısım (f=260) 18-28 yaş arası, % 33,6'lık kısım (f=159) 29-39 yaş arası,% 4'lük kısım (f=20) 40-50 yaş arası ,% 7.2'lik kısım ise (f=36) 51 ve üzeri yaş aralığındadır. Katılımcıların medeni durumları ise % 56.9'lük kısım (f=265) evli, % 43.1'lik kısım (f=210) ise bekâr dır. Katılımcıların çocuk durumu % 47.9'luk kısmının (f=224) en az bir çocuğu vardır,% 52.1'lik kısım (f=251) ise çocuğu yoktur. Katılımcıların % 63,8'lik kısmı (f=283) herhangi bir işte çalışırken,% 36,2 kısmı ise (f=192) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların % 40.4'lük kısmının (f=192) aylık geliri 1000tl'nin altında ,% 33.3'lük kısım (n=158) 1001-2000tl arası ,% 26.3'lük kısım ise (f=125) 2001tl ve üzeri aylık geliri vardır.

Tablo 2. Katılımcıların boy, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri

Yaş Aralığı	18-28 yaş		29-39 yaş		40-50 yaş		51 yaş		Ort.	
	E (f=111)	K (f=149)	E (f=86)	K (f=73)	E (f=11)	K (f=10)	E (f=20)	K (f=16)	E (f=228)	K (f=247)
Boy	1.76±0.01	1.65±0.01	1.76±0.01	1.63±0.01	1.77±0.01	1.66±0.01	1.77±0.01	1.63±0.01	1.76.5±0.01	1.63±0.01
V.A	75.5±9.9	65±9	78.3±13	67±9.3	78±15.2	79±13	75±6.5	66±9.5	76.7±11.1	66.2±9.7
BKİ	24.4±3	24±3.2	26±3.8	25.2±3.9	25.2±2.8	28.5±4.6	25.8±3	25.6±3	24.7±3.2	24.6±3.7

Araştırmaya katılan 18-28 yaş arası erkeklerin (f=111) boy ortalaması 176.±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 75.5±9.9 m ve BKİ 24.4±3 dir. Kadınların ise (f=148) ,boy ortalaması 165±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 65±9 kg, ve BKİ ortalaması 24±3.2 kg/m² dir.29-39 yaş arası erkeklerin (f=86) boy ortalaması 176±0.01m, vücut ağırlığı ortalaması 78.3±13m ve BKİ 26±3.8 kg/m² dir. Kadınların ise (f=73), boy ortalaması 163±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 67±9.3 kg, ve BKİ ortalaması 25.2±3.9 kg/m² dir. 40-50 yaş arası erkeklerin (f=11) boy ortalaması 177±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 78±15.2 kg ve BKİ 25.2±2.8 kg/m² dir. Kadınların ise (f=10), boy ortalaması 166±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 79±13 kg, ve BKİ ortalaması 28.5±4.6 kg/m² dir. 51 yaş ve üzeri erkeklerin (f=20) boy ortalaması 177±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 75±6.5 kg ve BKİ ortalaması 25.8±3 kg/m² dir. Kadınların ise (f=16),boy ortalaması 163±0.01 m, vücut ağırlığı ortalaması 66±9.5 kg ve BKİ ortalaması 25.6±3 kg/m² dir. Erkeklerin boy ortalaması 1.76.5±0.01 m, kadınların ise 163±0.01 m dir. Erkek

katılımcıların BKİ ortalamaları $24.7 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$ vücut ağırlığı ortalamaları $76.7 \pm 11.1 \text{ kg}$, kadınların ise BKİ ortalamaları $24.6 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$ vücut ağırlığı ortalaması ise $66.2 \pm 9.7 \text{ kg}$ dir. Katılımcıların genel ortalamaları ise boy $1.69 \pm 0.01 \text{ m}$, vücut ağırlığı $71.3 \pm 10.6 \text{ kg}$, BKİ ise $24.7 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$ dir.

Tablo 3. Katılımcıların ana öğün tüketim ve ana öğün atlama sorularına verilen cevapların f ve yüzdeler dağılımları

Günlük öğün sayısı	f	%	Ana öğün atlar mısınız?	f	%
1 öğün	42	9	Evet	292	61.5
2 öğün	183	38.3	Hayır	130	27.3
3 öğün	180	37.4	Bazen	53	11.2
3 öğün den fazla	70	15.3	-	-	-
Toplam	475	100	Toplam	475	100

Katılımcıların %37.4'ü (f=180) günde 3 öğün, % 38.5'i (n=183) günde 2 öğün, % 15.3'i (n=70) günde 3 öğünden fazla; % 9'u (f=42) ise günde 1 öğün yemek tükettiği cevabını vermiştir. Katılımcıların % 61.5'i (f=292) ana öğünü atladıkları görülmektedir. % 27.3'ü (f=130) ise ana öğünü atlamadıklarını belirtmişlerdir. % 11.2'si (f=53) ise bazen atladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Katılımcıların kahvaltı yapma, besin tüketim durumlarını f ve yüzdeler dağılımları

Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?	f	%
Evet	316	66.5
Hayır	99	20.9
Bazen	60	12.6
Toplam	475	100
Kahvaltılarda ne tür besin alırsınız?	f	%
Çay-peynir-zeytin-yumurta vb....)	324	68.2
Kızartma (sucuk-sosis-patates)	66	12.9
Çay-poğaç-tost-simit vb	57	12

Süt ile tahıl gevreği	19	4
Sade içecek	9	2.9
Toplam	475	100

Katılımcıların (f=316) % 66.5'i düzenli olarak kahvaltı yaptıkları, (f=99) % 20.9'u ise düzenli olarak kahvaltı yapmadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların (f=60) % 12.5'i ise bazen kahvaltı yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların kahvaltı tercihlerine bakıldığında ise; (f=324) % 68.2'si "Çay-peynir-zeytin-yumurta" tüketerek kahvaltı yaptığı, (f=66) % 12.9'u "Kızartma (sucuk-sosis-patates)" tüketerek kahvaltı yaptığı; (f=57) % 12'si "Çay-poğaça-tost-simit" tüketerek kahvaltı yaptığı; (f=19) % 4'ü "Süt ile tahıl gevreği" tüketerek kahvaltı yaptığı ve (f=9) % 2.9'u ise sadece içecek tüketerek kahvaltı yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların akşam yemeği ve hangi tür besin tüketimi yaptıkları sorularına verdikleri cevapların f ve yüzdelik dağılımını gösteren oranlar

Düzenli akşam yemeği yer misiniz?	f	%	Besin tercihleri hangi grubu içermektedir?	f	%
Evet	280	58.1	Et ağırlıklı	249	52.4
Hayır	131	27.6	Sebze ağırlıklı	90	18.9
Bazen	64	14.3	Hamur işi ağırlıklı	15	3.1
-	-	-	Ayırım yapmam	121	25.6
Toplam	475	100	Toplam	475	100

Katılımcıların 'Düzenli akşam yemeği yer misiniz?' sorusuna verdikleri cevapların % 58.1'i (f=280) 'Evet', % 21.4'ü (f=131) 'Hayır', % 14.3'i (f=64) ise Bazen cevabı verdikleri görülmektedir. Katılımcılara 'Besin tercihleriniz genellikle hangi grubu içermektedir?' sorusunu sorduğumuz da ise katılımcıların % 52.4'ü (f=249) 'Et ağırlıklı', % 25.6'ü (f=121) 'Ayırım yapmam', % 18.9'u (f=90) 'Sebze ağırlıklı', % 3.1'i (f=15) ise 'Hamur işi ağırlıklı' cevabını vermiştir.

Tablo 6. Katılımcıların diyet yapma ve sıvı tüketim durumları f ve yüzdeler dağılımını

Diyet Yapma Durumu	f	%	Sıvı Tüketim	f	%
Evet	156	32.8	Su	215	45.5
Hayır	220	46.3	Şekerli içecekler	121	25.5
Bazen	99	20.9	Süt Ürünleri	80	16.8
-	-	-	Ayrım yapmam	59	12.2
Toplam	475	100	Toplam	475	100

Katılımcıların ‘Diyet yapıyor musunuz?’ sorusuna verdikleri cevapların % 32.8’i (f=156) ‘Evet’, 46.1’i (f=220) ‘Hayır’, %20.9’u (f=99) ise ‘Bazen’ cevabı vermişlerdir. Katılımcıların ‘Ne tür sıvı maddeler alırsınız?’ sorusuna verdikleri cevapların % 25.5’i (f=121) ‘Şekerli içecekler’, % 45.5’i (f=215) ‘Su’, % 16.8’i (f=80) ‘Süt ürünleri’, % 12.2’i (f=59) kısım ise ‘Ayrım yapmam’ şeklinde cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 7. Katılımcıların FA’ya katılım durumları f ve yüzdeler dağılımını

Düzenli FA yapma durumu	f	%
Evet	267	56.2
Hayır	152	32
Bazen	56	11.8
Toplam	475	100
FA yapma sıklığı	f	%
Her gün	135	28.4
Haftada 1-2 gün	92	19.4
Haftada 3-4 gün	50	10.5
Haftada 5-6 gün	198	41.7
Toplam	475	100
Ne FA yapma süresi (Aylık)	f	%
1 aydan beri	172	36.2
1-6 ay	113	23.9
6-12 ay	71	14.9
12 ay ve üzeri	119	25
Toplam	475	100

Katılımcıların ‘Düzenli olarak FA yapıyor musuz ?’ sorusuna verdikleri cevapların % 56.2’si (f=267) ‘Evet’, % 32’si (f=152) ‘Hayır’, % 11.8’i (f=56) ise ‘Bazen’ şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların ‘Ne kadar sıklıkla FA yapıyorsunuz?’ Şeklindeki soruya verdiklerin cevapların; % 28.4 (f=135) ‘Her gün’, % 19.4 (f= 92) ‘Haftada 1-2 gün’, % 10.5 (f=50) ‘Haftada 3-4 gün’, % 41.7 (f=198) ise ‘Haftada 5-6 gün’ şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılara ‘Ne kadar süredir FA yapıyorsunuz ?’ sorusuna verdikleri cevapların % 36.2 (f=172) ‘1 aydan beri’, % 23.9 (f=113) ‘1-6 ay’, % 14.9 (f=71) ‘6-12 ay’, % 25 (f=119) ise ‘12 ay ve üzeri’ şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 8. Katılımcıların yaş gruplarına göre düzenli FA yapma, f yüzdeler ve ki kare testi bulguları yüzdeler dağılımları

Değişkenler	18-28 yaş		29-39 yaş		40-50 yaş		51 ve üzeri		X ² , P
	f	%	f	%	f	%	f	%	
FA yapan	131	50.3	115	72.4	7	35	14	38.9	X² = 3,230 P= ,357
FA yapmayan	101	38.9	29	18.2	10	50	12	33.4	
Bazen FA yapan	28	10.8	15	9.4	3	15	10	27.7	
Toplam	260	100	159	100	20	100	36	100	

Katılımcıların yaş gruplarına göre FA yapma 18-28 yaş arası katılımcıların (f=131) % 50.3’lük kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=101) % 38.9’lik kısmı düzenli olarak FA yapmamakta olduğu, (f=28) % 10.8’lik kısmının bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. 29-39 yaş arası katılımcıların (f=115) % 72.4’lük kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=29) % 18.2’lik kısmı düzenli olarak FA yapmamakta olduğu (f=15) % 9.4’lük kısmının bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. 40-50 yaş arası katılımcıların (f=7) % 35’lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=10) % 50’lik kısmı düzenli olarak FA yapmamakta olduğu, (f=3) % 15’lik kısmının bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. 51 yaş üzeri yaş arası katılımcıların (f=14) % 38.9’luk kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=12) % 34.3’lük kısmı düzenli olarak FA yapmamakta olduğu, (f=10) %27.7’lik kısmının bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. Bulguların X²=3,230 ve p değeri 0,357 tespit edilmiştir.

Tablo 9 Katılımcıların FA yapma nedenleri, FA'ya başladıktan sonraki değişmeler, FA'ya devam etme durumları f ve yüzdeler dağılımları

FA yapma nedeni	f	%
Sağlıklı olmak için	320	44.6
Eğlence için	118	16.4
Kilo vermek veya kilomu korumak için	114	15.9
Daha iyi bir fiziksel görünüm sağlamak için	87	12.5
Diğer insanlarla tanışmak için	63	8.7
Diğer	14	1.9
Toplam	716	100
FA başladıktan sonra hayatınızdaki değişiklikler	f	%
Hastalıklara karşı direncim arttı	152	26.5
Sağlıklı bir şekilde kilo verdim	145	25.2
Daha da düzgün bir görünüme kavuştum	114	19.8
İlaç kullanım oranım azaldı	95	16.6
İnsani ilişkilerim daha da gelişti	51	8.8
Öz güvenim arttı	18	3.1
Toplam	575	100
FA devam etmenizi sağlayan unsurlar	f	%
Doktor tavsiyesi	95	20
Çevrenin etkisi	152	32
Aile etkisi	45	9.4
Sosyal medya	18	3.7
Çevremdeki hasta olan insanları görmem sebebi ile	49	10.3
Diğer	116	24.6
Toplam	475	100

Katılımcılara 'FA'ya devam etmenizdeki en önemli etken nedir?' sorusunu sorduğumuzda katılımcıların % 44.6'sı (f=320) 'Sağlıklı olmak için', % 16.4'ü (f=118) 'Eğlence için', (f=114) % 15.9'u 'Kilo vermek veya kilomu korumak için', (f=87) % 12.5'i 'Daha iyi bir fiziksel görünüm sağlamak için', (f=63) %8.7'si ise 'Diğer insanlarla tanışmak için' (f=14) % 1.9'u ise 'Diğer' seçeneğini işaretlemiştir. Katılımcılara 'FA'ya başladıktan sonra hayatınız da ne gibi değişiklikler oldu?' sorusu sorulduğunda; katılımcıların % 26.5'i (f=152) 'Hastalıklara karşı direncim artı', % 25.2'si (f=145) 'Sağlıklı bir şekilde kilo verdim', % 19.8'i (f=114) 'Daha da düzgün bir görünüme kavuştum', % 16.6'sı (f=95) 'İlaç kullanım oranım azaldı', % 8.8'i (f=51) 'İnsan ilişkilerim daha da gelişti', (f=18) % 3.1'i ise 'Kendime olan güvenim arttı' şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılara 'FA'ya devam etmenizi sağlayan etken unsur

nedir?’ sorusunu sorduğumuz da, katılımcıların % 20’si (n=95) ‘Doktor tavsiyesi ile’ , % 32’si (f=152) ‘Çevrenin etkisi ile’, % 9.4’ü (f=45) ‘Aile etkisi nedeniyle’, % 3.7’si (f=18) kısım ‘Sosyal medya ile’ , % 10.3’ü (f=49) ‘Çevremde hasta olan insanları görmem nedeniyle’, % 24.6’sı (f=116) ise ‘Diğer’ seçeneğini işaretlemiştir.

Tablo 10. Katılımcıların sağlık durumları ve FA’ ya katılım f ve yüzdeler dağılımını gösteren oranlar

Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?	f	%
Evet	144	30.3
Hayır	331	69.7
Toplam	475	100
Son 6 ay içerisinde hekime gittiniz mi?	f	%
Evet	233	49.1
Hayır	242	50.9
Toplam	475	100
FA sonrası sağlık hekimine gitme sıklığınız azaldı mı?	f	%
Evet	276	58.1
Hayır	199	41.9
Toplam	475	100
Hastalık durumu	f	%
Evet	138	29
Hayır	337	71
Toplam	475	100
Hasta kişilerin düzenli FA oranı	f	%
Evet	83	60.2
Hayır	33	23.9
Bazen	22	15.9
Toplam	138	100

Katılımcılara ‘Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?’ sorusunu sorduğumuzda; katılımcıların (f=138) % 29’u ‘Evet’ , (f=331) % 71’i ‘Hayır’ cevabını vermiştir. Katılımcılara ‘Son 6 ay içerisinde doktora gittiniz mi?’ sorusunu sorduğumuzda ise, katılımcıların (f=233) % 49.1’i ‘Evet’, (f=242) % 50.9’u ‘Hayır’

cevabı vermiştir. Katılımcılara ‘FA sonrası sağlık hekimine gitme sıklığınız azaldı mı?’ sorusu sorduğumuz da ; Katılımcıların (f=276) % 58.1’i ‘Evet’ , (f=199) % 41.9’u ‘Hayır’ cevabını vermiştir. Katılımcıların herhangi bir hastalığınız var mı sorusuna % (f=138) 29’luk kısım ‘Evet’, katılımcıların (f=335) % 71’lik kısmı ise ‘Hayır’ cevabını vermiştir. Kronik bir hastalığı olan katılımcıların düzenli FA yapma oranları 138’e oranda (f:83) % 60.2 ‘Evet’,(f=33) % 29.9 ‘Hayır’, (f=22) % 15.9 ‘Bazen’ düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların teşhisi konulan hastalık durumu f ve yüzdeler dağılımlar

Teşhisi konulan hastalıklar	Erkek		Kadın		Toplam	%
	f	%	f	%		
1.Kalp ve damar hastalıkları, yüksek tansiyon	16	11.6	6	4.3	22	15.9
2.Şeker hastalığı	13	9.4	13	9.4	26	18.8
3.Kanser	2	1.4	2	1.5	4	2.8
4.Sindirim sistemi hastalıkları	-	-	2	1.5	2	1.4
5.Solunum sistemi hastalıkları	3	2.2	4	2.9	7	5.1
6.Ruhsal problemler	1	0.7	8	5.8	9	6.5
7.Kas ve iskelet sistemi problemleri	2	1.4	4	2.8	6	4.2
8.Hormonsal	-	-	6	4.3	6	4.2
9.Vitamin ve mineral yetersizlikleri	3	2.2	5	3.7	8	5.9
10.Diğer	9	6.5	16	11.7	25	18.3
11.En az 2 hastalığa sahip olanlar	3	2.2	20	14.5	23	16.7
Toplam	52	37.6	86	62.4	138	100

Katılımcılara teşhisi konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı var ise adı nedir? Sorusunu sorduğumuzda; cevapların (138 e oranda) (f=52) % 37.6’sı Erkek, (f=86) % 62.4’ü kadın katılımcıdır. Erkeklerin (f=16) % 11.6’sı ‘Kalp ve damar hastalıkları yüksek tansiyon’, (f=13) % 9.4’ü ‘Şeker hastalığı’, (f=2) % 1.4’ü ‘Kanser’, (f=3) % 2.2

'Solunum sistemi hastalıkları', (f=1) % 0.7 'Ruhsal sorunlar', (f=2) % 1.4 kas ve iskelet sistemi hastalıkları, (f=3) % 2.2 'Vitamin ve mineral yetersizlikler', (f=9) % 6.5 'Diğer', (f=3) % 2.2 en az iki hastalığa sahip olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadın katılımcıların (f=6) % 4.3'sü 'Kalp ve damar hastalıkları yüksek tansiyon', (f=13) % 9.4'ü 'Şeker hastalığı', (f=2) % 1.4'ü 'Kanser', (f=2) % 1.4'ü 'Sindirim sistemi hastalıkları', (f=4) % 2.9 'Solunum sistemi hastalıkları', (f=8) % 5.8 'Ruhsal sorunlar', (f=4) % 2.8 'Kas ve iskelet sistemi hastalıkları', (f=6) % 4.3 'Endokrin'(hormonsal), (f=5) % 3.7 'Vitamin ve mineral yetersizlikler', (f=16) % 11.7 diğer, (f=20) % 14.5 en az iki hastalığa sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 12. Katılımcıların yaş gruplarına göre hastalık oranlarını f, yüzdelik dağılımları

Erkek				Kadın			
Yaş	f	Hastalık (f)	%	Yaş	f	Hastalık (f)	%
18-28 arası	111	17	15	18-28 arası	148	37	25
29-39 arası	86	20	23.3	29-39 arası	73	32	43.8
40-50 arası	11	2	18	40-50 arası	10	6	60
51 ve üzeri	20	12	63	51 ve üzeri	16	12	75
Toplam	228	51	-	Toplam	247	87	-

Katılımcıların yaş ve cinsiyet durumlarına göre hastalık oranları erkek katılımcılar da 18-28 yaş arası 111 katılımcının % 15'i (f=17),29-39 yaş arası 86 katılımcının % 23.3'ü (f=20),40-50 yaş arası 11 katılımcının % 18'i (f=2),51 ve üzeri 20 katılımcının % 63'ü (f=12) hastalıkları olduklarını belirtmişlerdir. Kadın katılımcılarda ise; 18-28 yaş arası 148 katılımcının % 25'i (f=37), 29-39 yaş arası 73 katılımcının % 43.8'i (f=32), 40-50 yaş arası 10 katılımcının % 6'sı (f=60),51 yaş ve üzeri 16 katılımcının % 75'i (f=12) hastalıkları olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumları f ve yüzdelik dağılımları

Sigara kullanma durumu	f	%
Evet	131	27.6
Hayır	284	59.8
Bıraktım	60	12.6
Toplam	475	100
Sigara bırakma sebebiniz nedir?	f	%
1.Kendi kararım	27	32.5
2.Yasal düzenlemeler sonucu	3	3.6
3.Ekonomik sebepler nedeniyle	12	14.5
4.Sağlık problemim nedeniyle	36	43.4
5.Yaşadığım çevrenin etkisi ile	5	6
Cevap sayısı Toplam	83	100
Alkol Kullanım Durumu	f	%
Evet	92	19.4
Hayır	329	69.2
Bıraktım	54	11.4
Toplam	475	100
Alkol Bırakma Sebebiniz Nedir?	f	%
1.Kendi kararım	10	29.5
2.Yasal düzenlemeler sonucu	1	2.9
3.Ekonomik sebepler nedeniyle	7	20.6
4.Sağlık problemleri nedeniyle	10	29.5
5.Yaşadığım çevre etkisi ile	6	17.5
Cevap Sayısı Toplam	34	100

Katılımcılara ‘Sigara kullanıyor musunuz ?’ sorusunu sorduğumuzda katılımcıların (f=131) % 27.6’sı ‘Evet’, (f=284) % 59.8’i ‘Hayır’, (f=60) % 12.6 ‘Bıraktım’ cevabı vermiştir. Katılımcılara ‘Alkol kullanıyor musunuz?’ Sorusunu sorduğumuzda katılımcıların (f=92) % 19.4 ‘Evet’ , % 69.2 (f=329) ‘Hayır’ , (f=54) % 11.4 ‘Bıraktım’ cevabı vermiştir. Katılımcıların bazıları ankette bıraktım cevabını işaretlerken, bırakma sebebi bölümünde 1 den fazla seçenek işaretlemiştir. Bu

seçenekler içerisinde ‘sigara bırakma sebebiniz nedir?’ sorusunu sorduğumuz da katılımcıların (f=27) % 32.5 ‘Kendi kararım’, (f=3) % 3.6 ‘Yasal düzenlemeler sonucu’, (f=12) % 14.5 ‘Ekonomik sebepler nedeniyle’, (f=36) % 43.4 ‘Sağlık problemleri nedeniyle’, (f=5) % 6 ‘Yaşadığım çevrenin etkisi nedeniyle’ şeklinde cevap vermiştir. Alkol bırakma sebebiniz nedir? Sorusunu sorduğumuz da ise katılımcıların (f=10) % 29.5 ‘Kendi kararım’, (f=1) % 2.9 ‘Yasal düzenlemeler sonucu’, (f=7) % 20.6 ‘Ekonomik sebepler nedeniyle’, (f=10) % 29.5 ‘Sağlık problemleri nedeniyle’, (f=6) % 17.5 ‘Yaşadığım çevrenin etkisi nedeniyle’ şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 14. Düzenli FA yapanların alkol ve sigara kullanma durumunu f ve yüzdelerle dağılımları

Sigara kullanma durumu	f	%
Evet	77	29.9
Hayır	190	70.1
Toplam	267	100
Alkol kullanma durumu	f	%
Evet	45	18.3
Hayır	212	81.7
Toplam	257	100

Düzenli FA yapanlara (f=267) ‘Sigara kullanıyor musunuz’ sorusunu sorduğumuzda düzenli FA yapanların (f=77) % 29.9’luk kısmı ‘Evet’, (f=190) %70.1’lik kısmı ‘Hayır’ şeklinde cevap vermiştir. Düzenli FA yapan katılımcılara ‘Alkol kullanıyor musunuz’ sorusunu sorduğumuzda katılımcıların (f=45) % 17.3’lük kısım ‘Evet’, (f=212) % 81.7’lik kısmı ‘Hayır’ şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 15 Alkol ve sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları ve standart sapma dağılımları

Sigara kullanımı	Evet (f:131)	Hayır (f:284)	Bıraktım (f:60)
	Bki+Std	Bki+ Std	Bki+ Std
	24.9 ± 3.7	24.5 ± 3.4	24.4 ± 3.1
Alkol kullanımı	Evet (f:92)	Hayır (f:329)	Bıraktım (f:54)
	Bki+ Std	Bki+ Std	Bki+ Std
	24.8 ± 3,7	24,6 ± 3,9	24.6 ± 3.4

Sigara kullanan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:131) $24.9 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$, sigara kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:284) $24.5 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$ olarak, sigara kullanmayı bırakan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:60) $24.4 \pm 3.1 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edilmiştir. Alkol kullanan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:92) $24.8 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$, alkol kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları $24,6 \pm 3,9 \text{ kg/m}^2$, alkol kullanmayı bırakan katılımcıların BKİ ortalamaları $24.6 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların FA yapma ve başlama zamanına göre f, BKİ ortalamaları ve Standart sapma değerleri

Aylık FA	1 aydan beri	1-6 ay	6-12 ay	12 ay ve üzeri
	(f:172)	(f:113)	(f:71)	(f:119)
BKİ Ort.-Std	24.5 ±3.4	24.7 ±3,6	25,3 ±3,7	24,5 ±3,2
Haftalık FA	Her gün	1-2 gün	3-4 gün	5-6 gün
	(f:135)	(f:92)	(f:50)	(f:198)
BKİ Ort.-Std	24,8 ±3,7	24,5 ±3,4	24.8 ±3.5	24.5 ±3.1

1 ay süreyle FA yapan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:172) $24.5 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$, 1-6 ay arası FA yapanların BKİ ortalamaları (f:113) $24.7 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$, 6-12 ay arası FA yapan katılımcıların BKİ ortalamaları (f:71) $25.3 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$, 12 ay ve üzeri FA yapanların BKİ ortalamaları (f:119) $24.5 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edilmiştir. Her gün FA yapanların BKİ ortalamaları (f:135) $24.8 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$, haftada 1-2 gün FA yapanların BKİ ortalamaları (f:92) $24.5 \pm 3.4 \text{ kg/m}^2$, haftada 3-4 gün FA yapanların (f:50) $24.8 \pm 3.5 \text{ kg/m}^2$, haftada 5-6 gün FA yapanların BKİ ortalamaları (f:198) $24.5 \pm 3.1 \text{ kg/m}^2$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların düzenli FA yapma ve beslenme durumlarını gösteren f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Et ağırlıklı %	Sebze ağırlıklı %	Hamur işi %	Ayırım yapmam %	Toplam	X^2, P
FA yapanlar (f=267)	63.7	24.6	4.3	7.4	100	$X^2 = 8.906$ $P = ,857$
FA yapmayanlar (f=152)	71.3	16.4	4.2	8.1	100	
Bazen FA yapanlar (f=56)	66.3	22.1	6.6	5	100	

Düzenli FA yapan katılımcıların % 63.7'lik kısım et ağırlıklı, % 24.6'lık kısım sebze ağırlıklı, % 4.3'lük kısım hamur işi ağırlıklı, % 7.4'lük kısım beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. Düzenli FA yapmayan katılımcıların % 71.3'lük kısım et ağırlıklı, % 16.4'lük kısım sebze ağırlıklı, % 4.2'lik kısım hamur işi ağırlıklı, % 8.1'lik kısım beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. Bazen FA yapan katılımcıların 66.3'lük kısmı et ağırlıklı, % 22.1'lik kısım sebze ağırlıklı, % 6.6'lık kısım hamur işi ağırlıklı, % 5'lik kısım beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. Bulguların $X^2=8.906$ ve p değeri 0,857 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 18. Teşhisi konulmuş hastalık sahibi olan katılımcıların, ana öğün atlama, f ve yüzdelik dağılımları ile ki kare testi bulguları

Değişkenler	Hastalık Evet (f:138)		Hastalık Hayır (f:337)		X ² , P
	f	%	f	%	
Ana öğün atlama Evet	42	30.4	250	74.2	X ² =2,338 P= ,674
Ana öğün atlama Hayır	56	40.6	74	21.9	
Ana öğün atlama Bazen	40	29	13	3.9	
Toplam	138	100	337	100	

En az 1 hastalığı olan katılımcıların (f=42) % 30.4'lik kısım ana öğün atladıkları, (f=56) % 40.6'lik kısmının ise ana öğün atlamadıkları, (f=40) % 29'luk kısmı ise bazen ana öğün atladıkları tespit edilmiştir. Hastalık sahibi olmayan katılımcıların (f=250) % 74.2'lik kısmı ana öğün atladıkları, (f=74) % 21.9'luk kısmı ana öğün atlamadıkları, (f=13) % 3.9'luk kısmının ise bazen ana öğün atladıkları tespit edilmiştir. Bulguların X² =2,338 ve p değeri 0,674 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların son 6 ay içerisinde sağlık hekimine gitme ile haftalık FA yapma sıklığı, f, yüzdelik dağılımları ve ki kare testi bulguları

Haftalık FA yapma sıklığı	Her gün (f=135)	1-2 gün (f=92)	3-4 gün (f=50)	5-6 gün (f=198)	Toplam f=475
Sağlık Hekimine Gitme Evet (f=233)	48.3	52.9	54.7	52.8	X ² = 3,987 P= ,678
Sağlık Hekimine Gitme Hayır (f=242)	51.7	47.1	45.3	47.2	
% Toplam	100	100	100	100	

Haftalık FA yapma sıklıklarına göre katılımcıların son 6 ay içerisinde sağlık hekimine gitme durumları; her gün FA yapanlar, haftada 1-2 gün FA yapanlar % 48.3, haftada 3-4 FA yapanlar % 52.9, haftada 5-6 gün FA yapanlar % 54.7 oranında sağlık

hekime gittikleri tespit edilmiştir. Sağlık hekimine son 6 ay içersin de gitmeyen katılımcıların FA yapma sıklıklarına göre oranlar; her gün FA yapanlar % 51.7, haftada 1-2 gün FA yapanlar % 47.1, haftada 3-4 FA yapanlar % 45.3, haftada 5-6 gün FA yapanlar % 47.2 oranında sağlık hekimine gitmedikleri tespit edilmiştir. Bulguların, $X^2=3,987$, ve p değeri 0,687 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 20. Cinsiyet ile FA oranların f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Erkek		Kadın		X^2, P
	f	%	f	%	
FA yapanlar	138	60.5	129	52.2	$X^2=1,545$ $P=,214$
FA yapmayanlar	70	30.7	82	33.2	
Bazen FA yapanlar	20	8.8	36	14.6	
Toplam	228	100	247	100	

Erkek katılımcıların (f=138) % 60.5'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup (f=70) % 30.7'lik kısmı düzenli olarak FA yapmamakta oldukları (f=20) % 8.8'lik kısmının ise bazen FA tespit edilmiştir. Kadın katılımcılar ise (f=129) % 52.2'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=82) %33.2'lik kısmı düzenli olarak FA yapmamakta olduğu, (f=36) % 14.6'lık kısmının ise bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. Bulguların, X^2 değeri 1,545 ve p değeri 0,214 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 21. Gelir durumu ile FA oranlarının f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	1000 tl ve altı		1001-2000 tl		2001 tl ve üzeri		X^2, P
	f	%	f	%	f	%	
FA yapan	116	60.5	99	62.6	51	40.8	$X^2=3,314$ $P=,346$
FA yapmayan	50	26	51	32.2	52	41.6	
Bazen FA yapan	26	13.5	8	5.2	22	17.6	
Toplam	192	100	158	100	125	100	

1000 tl ve altı gelire sahip olan katılımcıların (f=116) % 60.5'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=50) % 26'lık kısmı düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=26) % 13.5'lik kısmı bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. 1001-2000 tl arası gelire sahip olan katılımcıların (f=99) % 62.6'lık kısmı düzenli FA yapmakta olup, (f=51) % 32.2'lik kısmının düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=8) % 5.2'lik kısmı ise bazen FA yaptıkları tespit edilmiştir. 2001 tl üzeri gelire sahip olan katılımcıların (f=51) % 40.8'lik kısmı düzenli FA yapmakta olup, (f=52) % 41.6'lık kısmının düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=22) % 17.6'lık kısmı ise bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. Bulguların X^2 değeri 3,314, p değeri 0,346 olarak tespit edilmiştir

Tablo 22. Çalışma durumu ile FA oranlarının f, yüzdeler dağılımları ve ki kare bulguları

Değişkenler	Çalışan		Çalışmayan		X^2, P
	f	%	f	%	
FA yapan	141	49.8	126	65.6	$X^2 = 587$ $P = ,746$
FA yapmayan	113	39.9	39	20.3	
Bazen FA yapan	29	10.3	27	14.1	
Toplam	283	100	192	100	

Herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=141) % 49.8'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=113) % 39.9'luk kısmı ise düzenli olarak FA yapmadıkları, FA yapan katılımcıların (f=29) % 10.3'lük kısmı bazen düzenli FA tespit edilmiştir. Herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=126) % 65.6'lık kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=39) % 20.3'lük kısmı ise düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=27) % 14.1'lik kısmının bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. X^2 değeri 587 ve p değeri 0,746 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 23. Medeni durum ile FA oranlarının f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Evli		Bekâr		X^2, P
	f	%	f	%	
FA yapan	156	58.8	111	52.8	$X^2 = 1,279$ $P = ,528$
FA yapmayan	73	27.5	79	37.6	
Bazen FA yapan	36	13.7	20	9.6	
Toplam	265	100	210	100	

Evli katılımcıların (f=156) % 58.8'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=73) % 27.5'lik kısmı düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=36) % 13.7'lik kısmı bazen düzenli olarak FA yapmadıkları tespit edilmiştir. Bekâr katılımcıların(f=111) % 52.8'lik kısmı düzenli olarak FA yapmakta olup, (f=79) % 37.6'lık kısmı düzenli olarak FA yapmadıkları, (f=20) % 9.6'lık kısmı bazen düzenli olarak FA yaptıkları tespit edilmiştir. X^2 değeri (1,279) ve p değeri 0,528 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 24.Cinsiyet ile hastalık durumlarının f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Erkek		Kadın		X^2, P
	f	%	f	%	
Hastalık var	52	22.8	86	34.8	$X^2 = 14,712$ $P = ,001$
Hastalık yok	176	77.2	161	65.2	
Toplam	228	100	247	100	

Erkek katılımcıların (f=52) % 22.8'lik kısmı hastalık durumu var iken, (f=176) % 77.2'lik kısmı hastalık durumu tespit edilmemiştir. Kadın katılımcıların (f=86) % 34.8'lik kısmı hastalık durumu var iken, (f=79) % 65.2'lik kısmının hastalık durumu tespit edilmemiştir. X^2 değeri 14,712, p değeri 0,01 olarak tespit edilmiştir

Tablo 25. Medeni durum ile hastalık durumunun, f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Evli		Bekâr		X^2, P
	f	%	f	%	
Hastalık var	82	30.9	56	26.6	$X^2 = 250,989$ $P = ,001$
Hastalık yok	183	69.1	154	73.4	
Toplam	265	100	210	100	

Evli katılımcıların (f=82) % 30.9'luk kısmı teşhisi konulmuş hastalığı var iken, (f=183) % 69.1'lik kısmının ise teşhisi konulmuş bir hastalığı yoktur. Bekâr katılımcıların (f=56) % 26.6'lık kısmı teşhisi konulmuş hastalığı var iken, (f=154) %

73.4'lük kısmının ise teşhisi konulmuş bir hastalığı yoktur. X^2 değeri (14,712), ki kare sonucu ise, 001 olarak tespit edilmiştir. $X^2= 250,989$, ve p değeri 0,01 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 26. Çalışma durumu ile hastalık durumunun f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Çalışan		Çalışmayan		X^2, P
	f	%	f	%	
Hastalık var	56	19.7	82	47.2	$X^2 = 4.256$ $P = ,373$
Hastalık yok	227	80.3	110	52.8	
Toplam	283	100	192	100	

Herhangi bir meslek grubunda çalışmakta olan katılımcıların (f=56) % 19.7'lik kısmın teşhisi konulmuş bir hastalığı var iken, (f=227) % 80.3'lük kısmının teşhisi konulmuş bir hastalığı yoktur. Herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=82) % 47.2'lik kısmın teşhisi konulmuş bir hastalığı var iken, (f=110) % 52.8'lik kısmının teşhisi konulmuş bir hastalığı yoktur. $X^2 =4,256$ ve p değeri 0,373 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 27. Gelir durumu ile hastalık oranların, f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	1000 tl ve altı		1001-2000 tl arası		2000 tl arası		X^2, P
	f	%	f	%	f	%	
Hastalık var	51	26.5	48	30.3	39	31.2	$X^2=11,082$ $P= ,086$
Hastalık yok	141	73.5	110	69.7	86	68.8	
Toplam	192	100	158	100	125	100	

1000 tl ve altı gelir durumuna sahip katılımcıların (f=51) % 26.5'lik kısım teşhisi konulmuş hastalığı mevcut iken, (f=141) % 73.5'lik kısmın teşhisi konulmuş hastalığı tespit edilmemiştir. 1001-2000 tl arası gelir durumuna sahip katılımcıların (f=48) % 30.1'lik kısım teşhisi konulmuş hastalığı mevcut iken, (f=110) % 69.7'lik kısmın teşhisi konulmuş hastalığı tespit edilmemiştir. 2000 tl ve üzeri gelir durumuna sahip

katılımcıların (f=39) % 31.2'lik kısmı teşhisi konulmuş hastalığı mevcut iken, (f=86) % 68.8'lik kısmın teşhisi konulmuş hastalığı tespit edilmemiştir. $X^2=11,082$ ve p değeri 0,86 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 28. Cinsiyet ile besin tüketimi oranlarının, f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Et		Sebze		Hamur işi		Ayrım yok		X^2, P
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Erkek	106	42.5	36	40	6	40	80	66.1	$X^2= 12,258$ $P=,001$
Kadın	143	57.5	54	60	9	60	41	33.9	
Toplam	249	100	90	100	15	100	121	100	

Erkek katılımcıların (f=106) % 42.5'lik kısmı, bayan katılımcıların ise (f=143) % 57.5'lik kısmı et ağırlık beslendikleri tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların (f=36) % 40'lık kısmı, bayan katılımcıların ise (f=54) % 60'lık kısmı sebze ağırlıklı beslendikleri tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların (f=6) % 40'lık kısmı, bayan katılımcıların ise (f=9) % 60'lık kısmı et ağırlık beslendikleri tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların (f=80) % 66.1'lik kısmı, bayan katılımcıların ise (f=41) % 33.9'luk kısmı beslenme konusunda ayırım yapmadıkları tespit edilmiştir. $X^2=12,258$, p değeri 0,01 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 29. Medeni durum ile besin tüketimi arasındaki oranların f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Et		Sebze		Hamur işi		Ayrım yok		X^2, P
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Evli	135	54.2	48	53.3	11	73.3	71	58.7	$X^2=7,825$ $P=,251$
Bekâr	114	45.8	42	46.7	4	26.6	50	41.3	
Toplam	249	100	90	100	15	100	121	100	

Evli katılımcıların (f=135) % 54.2'lik kısmı, bekâr katılımcıların (f=114) % 45.8'lik kısmı et ağırlıklı; evli katılımcıların (f=48) % 53.3'lük kısmı, bekâr katılımcıların (f=42) % 46.7'lik kısmı sebze ağırlıklı; evli katılımcıların (f=11) % 73.3'lük kısmı, bekâr katılımcıların (f=4) % 26.6'lık kısmı hamur işi ağırlıklı, evli

katılımcıların (f=71) % 58.7'lik kısmı, bekâr katılımcıların (f=50) % 41.3'lük kısmı besin tüketimi konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. $X^2=7,825$ ve p değeri 0,251 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 30. Çalışma durumu ile besin tüketimi oranların f, yüzdeler dağılımları ve ki kare testi bulguları

Değişkenler	Et		Sebze		Hamur işi		Ayırım yok		X ² , P
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Çalışan	147	59	52	57.7	10	66.6	74	61.2	X ² = 1.060 P=,983
Çalışmayan	102	41	38	42.3	5	33.4	47	38.8	
Toplam	249	100	90	100	15	100	121	100	

Herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=147) % 59'luk kısmı, herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=102) % 41'lik kısmı et ağırlıklı besin tükettikleri; herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=52) % 57.7'lik kısmı, herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=38) % 42.3'lük kısmı sebze ağırlıklı besin tükettikleri; herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=10) % 66.6'lık kısmı, herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=5) % 33.4'lük kısmı hamur işi ağırlıklı; herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=74) % 61.2'lik kısmı, herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=47) % 38.8'lik kısmı beslenme konusunda ayırım yapmadıkları tespit edilmiştir. $X^2 = 1.060$ ve p değeri 0,983 olarak tespit edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve FA'ya katılım düzeyleri hakkındaki sorulardan elde edilen bulgular araştırma amacı çerçevesinde tartışılmıştır.

Yaşam beklentisinin giderek arttığı günümüzde, önemli sorunlardan biri yaşanacak sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl arttırılabileceğidir. Sağlığı etkileyen olumsuz faktörlere bakıldığında sağlığın davranışsal belirleyicileri ile ilgili araştırmaların çoğu sigara kullanımı, kötü beslenme, fiziksel inaktivite ve alkol kullanımı üzerinde yoğunlaşmıştır. DSÖ bu nedenlere bağlı ölümlerin dünya çapında kronik hastalık yükünün üçte birinden sorumlu olduğunu bildirmektedir (Aydın, 2006.43). DSÖ'nün verilerine göre Fiziksel inaktivitenin koroner kalp hastalıkları, obezite, tip II diyabet, yüksek tansiyon, bel ağrısı gibi hastalıklara neden olduğunu belirtmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015). Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde katılımcıların (f=138) % 29'luk kısmının en az bir hastalığının bulunduğu tespit edilmiştir(Tablo 10). Erkek katılımcıların 18-28 yaş arası hastalık oranı % 15 oranında,29-39 yaş arası erkek katılımcılarda hastalık oranı % 23.3 oranında, 40-50 yaş arası erkek katılımcılarda % 18 oranında, 51 yaş ve üzeri katılımcılarda % 63 oranında olarak tespit edilmiştir. Kadınların hastalık oranları ise;18-28 yaş arası katılımcılarda % 25 oranında, 29-39 yaş arası katılımcılarda % 43.8 oranında, 40-50 yaş arası katılımcılarda % 60 oranında, 51 ve yaş üzeri katılımcılarda ise % 75 oranında tespit edilmiştir (Tablo 12). Bu bulgulardan hareketle katılımcıların genel olarak yaşla birlikte hastalık oranlarında artma olduğunu göstermektedir. FA vücudun fiziksel olarak uygun hale gelmesinde önemli bir etkidir. FU yaşamın uzun olmasına iki yönden katkıda bulunur. Birincisi fizik kondisyon ve kilo kontrolü kalp damar sistemi hastalıkları riskini ileri derecede azaltır. İkincisi kondisyonlu insanın hastalandığında yararlanabileceği yaşamı koruyucu vücut rezervi daha fazladır (Genç vd: 2011:146). Türkiye de ülkemizdeki nüfusun % 71.9'luk kısmı düzenli olarak FA yapmadıkları tespit edilmiştir (THSK, 2014). Yapılan bu çalışma bulguları incelendiğinde katılımcıların % 56.2'si düzenli olarak FA yaptığını belirtmişlerdir. Bulgulardan elde

edilen verilere göre katılımcıların % 32'lik kısmının düzenli olarak FA yapmadıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların % 11.8'lik kısmı bazı zamanlar FA yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu çalışmada bulgular incelendiğinde düzenli FA yapmayan ve bazı zamanlarda FA yapan katılımcıların oranları birleştirildiğinde % 43.8'lik kısmının düzenli olarak FA yapmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7). Genç ve arkadaşlarının yaptığı Malatya ilinde 451 katılımcı ile yapılan 'Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fizik Aktivite Sıklığı' adlı çalışmada katılımcıların % 19'luk kısmı düzenli olarak FA yaptığı % 81'lik kısmı ise düzenli olarak FA yapmadıklarını veya hiç FA yapmadıklarını belirtmiştir (Genç vd, 2002:239). Tuncel ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada 'Ankara Üniversitesi Kolejlere Çalışan Personelin Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Bilinç Düzeylerinin İncelenmesi' adlı çalışmada katılımcıların % 40.6'sı düzenli olarak FA yaptıkları, % 57.8'lik kısım ise düzenli olarak FA yapmadıkları sonucuna ulaşmış ve mevcut çalışma ile farklı ulaşmıştır (Tuncel, vd.2015:113). Yapılan bu çalışma sonuçları ile Genç ve arkadaşlarının yaptığı çalışma karşılaştırıldığında FA yapma oranlarının farklı tespit edilmesi mevcut çalışmanın semt sahalarında yapıldığından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Yapılan bu çalışmada katılımcıların FA yapma oranlarının yaş gruplarına göre baktığımızda; 18-28 yaş arası katılımcıların % 50.3 oranında düzenli FA yaptıkları, % 38.9 oranında FA yapmadıkları, % 10.8 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. 29-39 yaş arası katılımcıların ;% 72.4 oranında düzenli FA yaptıkları, % 18.2 oranında düzenli FA yapmadıkları, % 9.4 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. 40-50 yaş arası % 35 oranında düzenli FA yaptıkları, % 50 oranında düzenli FA yapmadıkları, % 15 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. 51 yaş ve üzeri % 38.9 oranında düzenli FA yaptıkları % 33.4 oranında düzenli FA yapmadıkları, % 27.7 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. p değeri 0,357, $X^2= 3,230$ bulgularına ulaşılmış ve değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo.8). Bu bulgular incelendiğinde 29-39 yaş arası katılımcıların düzenli FA' ya katılımında oransal olarak diğer yaş grubu katılımcılarından yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Yapılan araştırmalarda, yeterli düzeyde FA yapmayan bireylerin, haftada 4-5 gün ve günde 30 dakika hafif veya orta şiddette FA yapan bireylere göre ölüm riskinin % 20-30 arasında arttığı tespit edilmiştir. Çalışmalar, yetişkinlerde haftada 150 dakikalık FA'nın; kalp hastalığı riskini % 30, tip II diyabet riskini % 27, meme ve kolon

kanseri riskini de % 20-25 civarında azalttığını ortaya koymaktadır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, THSK, 2014). Yapılan bu çalışmada katılımcıların düzenli FA yapma sıklıkları; % 28.4'lük kısım her gün, % 19.4'lik kısım haftada 1-2 gün, % 10.5'lik kısım haftada 3-4 gün, % 41.7'lik kısım ise haftada 5-6 gün FA yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo7). Mevcut çalışmada katılımcıların % 80'lik kısmı FA yapma sıklıkları yakın FA yapma önerilerine uygun sıklıkla katılım sağlarken , % 19.4'lük kısmın önerilen haftalık frekanstan (4-5 gün) düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların % 36.2'lik kısmı 1 aydan beri, % 23.9'luk kısım 1-6 ay arası, , % 14.9'luk kısım 6-12 ay arası, % 25'lik kısım ise 12 ay ve üzeri FA yaptıklarını belirtmişlerdir. Açık göz ve arkadaşlarının Manisa'da yaptığı 152 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen 'Kadınların Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları' konulu araştırmasında katılımcıların % 43.1'lik kısım haftada 3 gün FA yaptığı % 56.9'luk kısım ise haftada 5 gün FA yaptığı tespit edilmiştir (Açık göz vd.2011:149). Yalçınkaya ve arkadaşlarının Afyon ve Denizli'de yaptığı 1779 sağlık çalışanları üzerine "Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" için yapılan çalışmada katılımcıların % 58.9'luk kısmı hiç FA yapmadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların % 26.6'lık kısmı haftada 1-2 gün, % 11.1'lik kısmı ise haftada 3-4 gün düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir (Yalçınkaya vd, 2007:413). Bayrak ve arkadaşlarının İzmir'de Üniversite Öğrencilerinin "Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanseri Konusundaki Bilgi ve Tutumları" belirlemek için yaptığı bir çalışmada katılımcıların % 75.5'lik kısım hiç FA yapmadığı, % 24.6'lık kısmının ise düzenli olarak haftada 1-2 gün FA yaptığı tespit edilmiştir (Bayrak vd, 2010:98). Bu bulgular incelendiğinde katılımcıların haftalık FA yapma frekansları genellikle haftada 1-2 gün belirlenmiş ve yapılan bu çalışma sonuçlarının, diğer çalışma sonuçlarından farklı olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ile FA'ya katılım durumu incelendiğinde; erkek katılımcıların (f=138) % 60.5 oranında FA yapmakta, (f=70) % 30.7 oranında FA yapmamakta, (f=20) % 8.8 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların ise, (f=129) % 52.2 oranında FA yapmakta, (f=82) % 33.2 oranında FA yapmamakta, (f=36) % 14.6 oranında bazen düzenli FA yaptıkları tespit edilmiştir. X^2 1,545 ve ($p>0,214$) bulgularına ulaşılmış olup değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir. Erkek katılımcıların FA'ya katılımı kadın katılımcılara göre oransal olarak yüksek olduğu gözlenmektedir (Tablo 20). Gelir

durumu ile FA katılım incelendiğinde 1000tl ve altı gelir durumuna sahip olan katılımcıların ,(f=116) % 60.5'lik kısmın düzen FA yaptığı, (f=50) % 26'lık kısmın düzenli FA yapmadığı, (f=26) % 13.5'lik kısmın ise bazen düzenli FA yaptığı; 1000-2000 tl arası gelir durumuna sahip olan katılımcıların ,(f=99) % 62.6'lik kısmın düzen FA yaptığı, (f=51) % 32.2'lik kısmın düzenli FA yapmadığı, (f=58) % 5.2'lik kısmın ise bazen düzenli FA yaptığı; 2001 tl ve üzeri gelir durumuna sahip olan katılımcıların ,(f=51) % 40.8'lik kısmın düzen FA yaptığı, (f=52) % 41.6'lık kısmın düzenli FA yapmadığı, (f=23) % 17.6'lık kısmın ise bazen düzenli FA yaptığı bulgularına ulaşılmıştır. $X^2=3,314$ ve p değeri 0,346 bulgularına ulaşılmış olup, değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 21).Bu bulgular gözlemlendiğinde 1001-2000tl gelir grubuna sahip katılımcıların düzenli FA'ya katılımında diğer gelir durumlarına göre oransal olarak daha fazla katılım sağladığı gözlemlenmektedir. Çalışma durumu ile FA'ya katılım bulguları incelendiğinde; her hangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=113) % 39.9 oranında FA yaptıkları, (f=113) % 39.9 oranında FA yapmadıkları, (f=29) % 10.3 ise oranında bazen FA yaptıkları; her hangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların (f=126) % 65.6 oranında FA yaptıkları, (f=39) % 20.3 oranında FA yapmadıkları, (f=27) % 14.1 oranında ise bazen düzenli FA yaptıkları bulgularına ulaşılmıştır. $X^2=587$, p değeri 0,246 bulgularına ulaşılmış olup, bu değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 22). Bu bulgular incelendiğinde iş durumu olmayan katılımcıların diğer katılımcılar göre FA'ya yapmada oransal olarak daha fazla katılım sağladıkları gözlenmektedir. Medeni durum ile FA'ya katılım arasındaki oranlar incelendiğinde evli katılımcıların (f=156) % 58.8 oranında FA yaptıkları, (f=73) 27.5 oranında FA yapmadıkları, (f=36) % 13.7 oranında bazen FA yaptıkları; bekâr katılımcıların ise (f=111) % 52.8 oranında FA yaptıkları, (f=73) 32.6 oranında FA yapmadıkları, (f=20) % 9.6 oranında bazen FA yaptıkları bulgularına ulaşılmış olup; $X^2 =1,279$ ve p değeri 0,528 sonucuna ulaşılmış ve değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 23). Elde edilen bulgular incelendiğinde evli olan katılımcıların bekâr katılımcılara göre oransal olarak daha fazla FA'ya katılım sağladıkları gözlemlenmektedir.

Yapılan bu çalışmada haftalık FA yapma durumuna göre katılımcıların BKİ değerleri, her gün FA yapanlar 24.8 kg/m^2 , haftada 1-2 gün FA yapanlar 24.5 kg/m^2 , haftada 3-4 gün FA yapanlar 24.8 kg/m^2 , haftada 4-5 gün FA yapanlar 24.5 kg/m^2 ,

haftada 5-6 gün FA yapanlar 24.5 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgulardan hareketle haftalık FA yapanların BKİ ortalamaları yakın değerlerde çıkması ve FA yapma gün sayısı fazla olanların BKİ değerlerinin yüksek çıkmasında vücut ağırlığı ile ilgili problemlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların ay olarak FA yapma durumlarına göre BKİ ortalamalarına bakıldığında 1 aydan beri FA yapanların BKİ ortalamaları 24.5 kg/m^2 , 1-6 ay arası FA yapanların BKİ ortalamaları 24.7 kg/m^2 , 6-12 ay arası FA yapanların BKİ ortalamaları $25,3 \text{ kg/m}^2$, 12 ay ve üzeri FA yapanların BKİ ortalamaları 24.3 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir (Tablo 16). Bu sonuçlardan hareketle FA yapanların BKİ ortalamaları 6-12 arası ay FA yapanlar hariç normal kilolu, 6-12 ay arası FA yapanların BKİ ortalamalarının yüksek olması, FA'ya katılımında etkili olabileceği tahmin edilmektedir. Deveci ve arkadaşlarının polis memurlarının obezite sıklığını belirlemek için yaptığı çalışmada, düzenli spor yapan katılımcıların BKİ ortalamaları 26.26 kg/m^2 , düzenli olarak spor yapmayan katılımcıların BKİ ortalamaları 26.06 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir ve aynı çalışmada düzenli spor yapmanın BKİ etkilemediği tespit edilmiştir. (Deveci, vd. 2004:225-226).

Düzenli FA bedensel ruhsal ve gelecekteki yaşantımız üzerine olumlu etkileri vardır. Bu etkilerden sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak insanlar tarafından istenen durumdur. Diyabet ve kalp rahatsızlıkları gibi hastalıklarda uzman kişiler tedavi amaçlı düşük seviyede FA önermektedir (Türk Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2015). Yapılan bu çalışmada katılımcıların düzenli FA yapma nedenleri içerisinde % 44.6'lık kısım ile sağlıklı olma % 16.4'lük kısım eğlence için,% 15.9'lük kısım kilo vermek veya kilo korumak amacıyla,% 12.5'lik kısım daha iyi bir fiziksel görünüm sağlamak amacıyla,% 8.7'lik kısım diğer insanlarla tanışmak amacıyla,% 1.9'lük kısım diğer seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 9). Bu bulgulara bakıldığında katılımcıların sağlıklı olmak için, hayatlarında hastalığa yakalanmamak, eğlence, fiziksel görünüm kaygısı düzenli FA yapmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bek'e göre fiziksel aktivite yaşama toleransı artırır ve kendini mutlu hissetme ve mutluluk oluşturur (Bek,2008:13) Bu tanım ile birlikte FA'nın ruhsal sağlık üzerine etkilerini düşündüğümüz de katılımcıların % 25'lik oranda ise eğlence ve diğer insanlarla tanışmak için FA yapmaları bu durum ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Katılımcıların % 28.4' oranında ise fiziksel görünüm ve kilo kontrolü için FA yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo.9). Konu ile ilgili literatür çalışması yapıldığında

Lapa ve arkadaşlarının yaptığı Antalya’da 600 kişi üzerinde ‘Açık Alan Rekreasyonu: Bisiklet Kullanıcıları ve Yürüyüşçülerin Doğa Sporunu Yapma Nedenleri ve Elde Ettikleri Faydalar’ isimli çalışma da katılımcıların FA yapmada ki en önemli sebebinin sağlık amaçlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların stres ve yeni bir çevre edinmek amacı ile FA’ya yaptıkları ve kendilerini daha mutlu, rahatlamış, yeni kişilerle tanışmakta ve yeni şeyler öğrenmekte olduklarını belirtmişlerdir (Ardahan ve Lapa, 2010:1334). Şahin ve arkadaşlarının yaptığı Çanakkale ilinde 40-49 yaş arası ‘Kadınlarda Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığı’ isimli çalışmada katılımcıların % 56’lık kısmı sağlık için gerekli olduğunu düşündükleri için FA yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 20’lik kısmı ise kilo problemleri nedeniyle FA yaptıklarını belirtmişlerdir (Şahin vd,2014:93). Bu bulgulardan hareketle sağlık unsurunun yanı sıra kilo ve stres gibi etkenlerinde FA’ya katılımı artırabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların FA başladıktan sonra yaşamlarında ne tür değişim oldu sorusuna, verilen cevaplara bakılınca katılımcıların % 26.5 oranında hastalık karşısında dirençleri arttığını,% 25.2 oranında sağlıklı bir şekilde kilo verdiğini % 19.8 oranında daha düzgün bir görünüme sahip olduğunu % 16.6 oranında ilaç kullanım miktarında azalma olduğunu,% 8.8 oranında insani ilişkilerinde gelişme eğilimi olduğunu, % 3.1 oranında ise özgüven artışı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 9). Katılımcıların FA başlama nedenleri sağlık, eğlence, kilo verme, düzgün bir görünüm gibi etkenler nedeniyle FA’ya katılım sağlamışlardır. FA’ya başladıktan sonra hastalıklar karşısında direnç, kilo kaybı ve daha düzgün bir fiziksel görünüme kavuştuklarını belirtmişlerdir. Bu bulgulardan hareketle FA’nın katılımcıların hayatlarına olumlu etki yaptığı düşünülmektedir. Katılımcıların % 58.1’lik kısmının FA sonrası sağlık hekimine gitme oranları azalma göstermektedir (Tablo 10). En az 1 hastalığa sahip olan katılımcılarda düzenli FA yapma (n=83) % 60.2 oranında tespit edilmiştir(Tablo10). Ülkemizin sağlık harcamaları içerisinde 2012 yılında 1,913 milyar kutu ilaca 20,042 milyar TL ödenmiştir (Atasever, 2013:145). Katılımcıların % 16.6’lık kısmını içine alan bölümde ilaç kullanma oranlarındaki azalma ise ilaç tüketimini azaltmada etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 10). Bu verileri dikkate alacak olursak, FA ilaç kullanım oranını azaltması ve bunun ülkemiz ekonomisi açısından da önemli olduğu düşünülebilir.

FA devam etmede bireyler için birden fazla unsur etkili olabilmektedir. Katılımcıların % 32'lik kısmı çevre etkisini FA'ya devam etmelerinin en önemli nedeni olarak göstermiştir. Katılımcıların % 20'lik kısmı doktor tavsiyesi FA'ya devam etmelerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar toplam % 48 oranında aile etkisi, sosyal medya ve çevredeki hasta insanların varlığı FA 'ya devam etmeleri için etkili olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 9). Kozan ve arkadaşlarının Tokat ilinde spor merkezlerine devam eden kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 31.5'lik kısmı çevre eleştirilerine maruz kaldığı için devam ettiklerini , % 31'lik kısmı kilolarından rahatsız oldukları için FA'ya devam ettikleri, % 10'luk kısım ise sağlık sorunları nedeniyle FA'ya devam ettiklerini belirtmişlerdir. (Kozan,2013:67) Bu bulgular bakacak olursak bireylerin FA devam etmesi hususunda çevre etkisi ve sağlık unsurları önemli bir unsur olduğu düşünülebilir.

Diyabet hastalığı günümüzde önemli bir sorun haline gelmektedir. Diyabetten dolayı gerçekleşen ölümlerin yarısından fazlası 70 yaşın altında gerçekleşmektedir ve bu ölümlerin % 55'ini kadınlar oluşturmaktadır, ilerleyen yaşla beraber diyabet sıklığı hem kadın nüfus hem de erkek nüfus için çok daha fazla artış göstermektedir (Türker ve Süzmeçelik, 2010:66). 2015 yılı itibariyle Dünya üzerinde 20-79 yaş arası diyabetli insan sayısı yaklaşık 415 milyon olarak tespit edilmiştir. Diyabete bağlı olarak hayatın kaybeden insan sayısı yaklaşık 5 milyon olarak belirtilmektedir. Diyabet hastalığının en fazla olduğu ülkeler Çin (109 milyon) ve Hindistan (69 Milyon) olarak belirtilmektedir (Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2015). Türkiye'de 7 milyonu aşkın diyabet hastası olduğu tahmin edilmektedir. Tüm diyabet hastalarının yaklaşık sadece % 55'ine teşhis konmuştur (3,9 milyon kişi). Diyabet teşhisi konan tüm bireylerin % 91'i (3,5 milyon kişi) tedavi görmektedir. Teşhis edilen diyabet hastalarının % 50'si (1,9 milyon kişi) tedavi hedeflerine ulaşmakta ve toplam diyabet hastalarının sadece % 11'i (0,8 milyon kişi) hedeflenen tedavi sonuçlarına ulaşarak komplikasyonsuz bir hayat sürmektedir (Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi, 2013). Yapılan bu çalışma bulgularında diyabet (şeker) hastalığı katılımcılar arasında (n=138) kişiye oranda (n=26) % 18.8'lik oran ile en fazla rastlanan hastalık olarak tespit edilmiştir. Diyabet hastalığı kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda dağıldığı belirlenmiştir (Tablo 11). Ceviz ve arkadaşlarının yaptığı Elazığ da 'Kamuda Çalışan Erkek ve Kadınların Fiziksel Uygunluk, Beslenme ve Spor Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi'' adlı çalışmada katılımcıların % 5.1'lik

kısmı diyabet (şeker) hastalığı sahibi olduğu % 10.7'lik kısmın ise koroner kalp hastalığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Ceviz, 2008:36). Yapılan bu çalışmada kalp hastalığına sahip olan bireylerin oranı (n=138) % 15.9 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda % 4.3'lik kısım, erkeklerde ise % 11.6'lık kısım kalp hastalıklarına sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 11). Bu oranlar katılımcılar içerisinde erkeklerin kadınlardan daha fazla koroner kalp hastalıklarına sahip olduğunu göstermektedir. Yapılan bu çalışmada en az iki hastalığa sahip katılımcıların oranı (f=23) % 16.7 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda en az iki hastalığa sahip olma durumu (f=20) % 14.5'lik kısım, erkek katılımcılarda (f=3) % 2.2'lik oranında tespit edilmiştir. Genel hastalık oranlarına bakıldığında ise erkeklerde (f=52) % 37.6 oranında, kadınlarda (f=86) % 62.4 oranında tespit edilmiştir (Tablo 11). Sindirim sistemi, solunum rahatsızlıkları, ruhsal sorunlar, kas ve iskelet, endokrin, vitamin ve mineral eksikliği gibi hastalıklarda kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla oranda sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 11). Bu bulgulardan hareketle kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla daha fazla hastalık sahibi olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile hastalık durumu arası oranları incelediğimizde erkek katılımcıların (f=52) % 22.8'lik kısmının en az bir hastalığı mevcut iken, (f=176) % 77.2'lik kısmının herhangi bir hastalığı tespit edilmemiştir. Kadın katılımcıların (f=86) % 34.8'lik kısmının en az bir hastalığı mevcut iken, (f=161) % 65.2'lik kısmının herhangi bir hastalığı tespit edilmemiştir. $X^2 = 14,712$; p değeri 0,01 bulgusuna ulaşılmış olup değişkenler arası anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve bu bulgular 6. hipotezi doğrulamaktadır (Tablo 24). Elde edilen bulgular incelendiğinde kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre oransal olarak daha fazla hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum ile hastalık arasındaki oranlar incelendiğinde evli katılımcıların (f=82) % 30.9 oranında en az bir hastalığı var iken, (f=183) % 69.1 oranında hastalık sahibi olmadığı; bekâr katılımcıların ise (f=56) % 26.6 oranında en az bir hastalığı var iken, (f=154) % 73.4 oranında hastalık sahibi olmadığı tespit edilmiş olup, $X^2=250,989$ ve p değeri 0,01 bulgusuna ulaşılmış; iki değişken arası anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve bu bulgular 8. hipotezi doğrulamaktadır (Tablo 25). Bu bulgular incelendiğinde evli katılımcıların bekâr katılımcılara göre oransal olarak daha fazla hastalık sahibi oldukları gözlenmektedir. 'Sivas İl Merkezinde Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri' isimli çalışmada katılımcıların % 22.7'lik kısmında koroner kalp hastalığı şüphesi olduğunu belirlenmiştir. Aynı

çalışmada kadınların koroner kalp hastalık oranı erkeklerin oranından fazla tespit edilmiştir ve mevcut çalışmadan farklı bir sonuca ulaşmıştır (Özdemir vd, 2005:91). Çayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da beslenme diyet kliniklerine başvuran obezite durumu olan 475 içerisinde koroner kalp hastalığı olan bireylerin oranı % 5.6 olarak tespit edilmiştir (Çayır vd, 2011:16).Manisa da yapılan FA programına katılan bireyler arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların % 43'lük kısmı koroner hastalığı şüphesi olduğu tespit edilmiştir(Özyurt,2010:104). Bu bulgulardan hareketle koroner kalp hastalığı ve diyabet gibi hastalık sahibi olan bireylerin FA'ya daha fazla katılım gösterdikleri görülmektedir. Çalışma durumu ile hastalık oranları incelendiğinde herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların (f=56) 19.7 oranında hastalık durumunun olduğu, (f=227) % 80.3 oranında hastalık durumunun olmadığı; bekâr katılımcıların (f=82) 47.2 oranında hastalık durumunun olduğu, (f=110) % 80.3 oranında hastalık durumunun olmadığı tespit edilmiş olup $X^2=4.256$ ve p değeri 0,373 bulgusuna ulaşılmış ve bu iki değişken arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 26). Bu bulgular incelendiğinde herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların, çalışan katılımcılara göre oransal olarak daha fazla hastalık durumu oldukları gözlenmektedir. Gelir durumu ile hastalık oranları incelendiğinde;1000tl ve altı gelir durumuna sahip olanların (f=41) % 26.5'lik kısmının en az bir hastalığa sahibi iken (f=141) % 73.5'lik kısmının hastalığı yoktur.1001-2000tl arası gelir durumuna sahip katılımcıların (f=48) % 30.3'lük kısmı en az bir hastalığa sahibi iken (f=110) % 69.5'lik kısmının hastalığı yoktur. 2000tl ve üzeri gelir durumuna sahip katılımcıların (f=38) % 31.2'lik kısmı en az bir hastalığa sahibi iken (f=86) % 68.8'lik kısmının hastalığı yoktur. $X^2 = 11.082$ ve p değeri 0,086 bulgularına ulaşılmış olup değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 27). Bu bulgular incelendiğinde gelir artışı ile birlikte hastalık sahibi olmada artma meydana geldiği gözlenmektedir.

Beden kitle indeksi kişinin boy ve kilo bilgileri baz alınarak sağlık açısından zayıf, normal veya kilolu olup olmadığını tespit etme amacıyla kullanılır (Pekcan, 2008:16). Tablo 2 de katılımcıların boy, vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi ($\bar{x}\pm S$) değerleri verilmiştir. Erkek katılımcıların boy ortalamaları $1.76.5\pm 0.01$ m, kadınların 1.63 ± 0.01 m Vücut ağırlığı ortalamalarına baktığımızda ise erkeklerde 76.7 ± 11.1 kg,

kadınların ise 66.2 ± 9.7 kg olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların BKİ oranları ise bakıldığında ise; erkeklerin BKİ ortalaması 24.7 ± 3.2 kg/m^2 , kadınların BKİ oranları 24.6 ± 3.7 kg/m^2 olarak bulunmuştur. Yaş aralıklarına göre BKİ ortalamalarına bakıldığında 18-28 yaş arası erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 24.4 ± 3 kg/m^2 , kadın katılımcılarda BKİ ortalamaları ise 24 ± 3.2 kg/m^2 olarak tespit edilmiş, 29-39 yaş arası erkek katılımcılarda BKİ ortalamaları 26.3 ± 3.8 kg/m^2 kadınlar katılımcılarda ise 25.2 ± 3.9 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir. 40-50 yaş arası erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 25.2 ± 2.8 kg/m^2 olarak, kadın katılımcılarda ise 28.5 ± 4.6 kg/m^2 , 51 yaş ve üzeri erkek katılımcılarda BKİ ortalamaları 25.8 ± 3 kg/m^2 olarak, kadın katılımcılarda ise 25.6 ± 3 kg/m^2 tespit edilmiştir. Şekil 1’de yer alan BKİ tablosundaki verilerden hareketle yaş gruplarındaki BKİ ortalamalarının normal kilolu oldukları görülmektedir. 40-50 yaş arası kadın katılımcıların BKİ değerleri bakılınca bu yaş aralığındaki katılımcıların Şekil 1 de yer alan BKİ tablosunda 1. Derece obezite sınırına yaklaştıklarını göstermektedir. Şanlıer tarafından ‘Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi’ isimli bir çalışmada yapılan, erkeklerde vücut ağırlığı 69.7 ± 9.9 kg, kadınlarda 56.3 ± 9 kg bulunmuştur. Aynı çalışmada katılımcılar BKİ ortalamaları normal kilolu olarak tespit edilmiştir (Şanlıer, 2005:47). Vural ve arkadaşlarının yaptığı ‘Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi İlişkisi’ isimli çalışmada erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 22.06 ± 3.26 kg/m^2 kadın katılımcılarda ise 25.25 ± 2.70 kg/m^2 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genel BKİ ortalamaları 23.50 ± 3.41 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir (Vural vd, 2010:71). Bu bulgulardan hareketle erkek katılımcıların BKİ ortalamaları yapılan bu çalışmadaki erkek katılımcıların BKİ ortalamalarından farklı olduğu görülmektedir. Orak ve arkadaşlarının yaptığı Süleyman Demirel üniversitesinde yapılan beslenme ve FA ile ilgili bir çalışmada 18 yaş üzeri erkek katılımcıların BKİ oranları 22.59 ± 2.5 kg/m^2 , kadınların ise BKİ ortalamaları 20.58 ± 2.37 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir (Orak vd, 2007:7). Ceviz’in yaptığı çalışmada erkek katılımcıların BKİ ortalamaları 26.7 ± 3.5 kg/m^2 , Kadın katılımcıların BKİ ortalamaları ise 25.7 ± 4.5 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların genel BKİ ortalamaları ise 26.3 ± 3.9 kg/m^2 olarak tespit edilmiştir (Ceviz, 2008:46). Yapılan bu çalışma bulguları incelendiğinde diğer çalışma arasındaki BKİ sonuçlarının yaş, hastalık

durumu, FA' katılım, çalışma durumu gibi nedenlerden dolayı farklı olduğu düşünülmektedir.

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri besin değerini yitirmeden, sağlığı bozucu hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (Tanır vd,2001:22). Şişmanlığın en yaygın nedeni, sağlıklı beslenmenin günde sadece üç öğün şeklinde ve eksiksiz olması gerektiği düşüncesidir. Oysa sağlıklı beslenme için esas olan, abartıdan kaçınmak suretiyle 3 öğün alınan normal diyetin hafif ara öğünlerle desteklenmesidir (Altunyanak ve Özbek, 2006:138). Günlük beslenme programı 4-6 öğün olarak planlanmalıdır. Sık aralıklarla beslenme, gereğinden fazla yemeyi önler, acıkmayı geciktirir ve bir sonraki öğünde besin alımını azaltır (Akbulut,2010:89). Yapılan bu çalışma bulguları incelendiğinde ana öğün tüketimi hakkındaki soruya; katılımcıların % 37.4'ü günde 3 öğün, % 38.3'ü günde 2 öğün, % 15.3'i günde 3 öğünden fazla; % 9'u ise günde 1 öğün yemek tükettiği belirtilmiştir (Tablo 3). Katılımcıların genel olarak günde 2 ve 3 öğün besin tüketim yapmaktadır. Yapılan bu çalışmada katılımcıların % 61.5'lik kısmı ana öğün atladıkları, katılımcıların % 27.3'lük kısmı ana öğün atlamadıkları % 11.2'lik kısım bazen ana öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Ana öğün atlama oranlarının yüksek olması bu durumun katılımcılarda kilo artışına sebep olabileceği tahmin edilmektedir. Yardımcı ve arkadaşlarının yaptığı 'Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları' adlı çalışmada katılımcıların ana öğün atlama durumları; % 64.5'lik bir kısım ana öğün atladıkları, % 35.5'lik bir kısım ana öğün atlamadıkları tespit edilmiş ve yapılan bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Yardımcı vd., 2011:23). Düzce ilinde 152 kişi katılımıyla gerçekleştirilen 'Düzce de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Popüler Diyetleri Öğrendikleri Kaynaklar, Popüler Diyetler Hakkında ilgileri ve Yanlış Uygulamaları' isimli çalışmada katılımcıların % 65.1'lik kısmı ana öğün atladıkları, % 34.9'lük kısmı ana öğün atlamadıkları şeklinde cevap vermişlerdir(Karaduman,2015:27). Bu bulgulardan hareketle tespit edilen oranlarla yapılan bu çalışma ile tespit edilen öğün atlama oranları arasında benzerlik olduğunu gözlenmektedir. Hastalık sahibi olan katılımcıların ana öğün atlama bulgularını incelediğimizde, en az 1 hastalığı olan katılımcıların ana öğün atlama oranları (f:42) % 30.4'lik kısım ana öğün atladıkları, (f=56) % 40.6'lık kısım ana öğün atlamadıkları,(f=40) % 29'lük kısmının ise bazı

zamanlarda ana öğün atladıkları tespit edilmiştir. Hastalık sahibi olmayan katılımcıların ana öğün atlama oranlarını incelediğimizde, (f=250) % 74.2'lik kısım ana öğün atladıkları, (f=74) % 21.9'luk kısım ana öğün atlamadıkları, (f=13) % 13'lük kısmının bazen ana öğün atladıkları tespit edilmiştir. Bulguların $X^2=2,338$ ve p değeri 0,674 tespit edilmiş ve hastalık ile ana öğün atlama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 18). Bu bulgular hastalık durumu olan katılımcıların % 40.6 oranında ana öğünü atlamadıkları, hastalık durumu olmayan katılımcıların ise % 74.2 oranında ana öğün atladıkları görülmektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada düzenli olarak kahvaltı yapmanın obezite olma riskini artırdığını belirtmektedir (Yunsheng vd. 2003:87). Yapılan bu çalışmada sabah kahvaltısı yapar mısınız ile ilgili soruda katılımcıların % 66.5'lik kısım sabah kahvaltısı yaptıklarını, 20.9 oranında sabah kahvaltısı yapmadıklarını, % 12.6 oranında ise bazen sabah kahvaltısı yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Günün en önemli öğünü olarak kabul edilen sabah kahvaltısını katılımcıların yapma oranı yüksek olup (% 66.5), % 33.5 oranında katılımcıların düzenli olarak kahvaltı yapmadıkları tespit edilmiştir. Korkmaz'ın Bursa ilinde 500 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların % 46.8'lik kısım sabah kahvaltısı yaptıkları, % 24.8'lik kısım sabah kahvaltısı yapmadıklarını, % 28.4'lük kısım ise sabah kahvaltısını bazen yaptıklarını belirtmişlerdir (Korkmaz,2010:404). Yapılan bu çalışma ile Korkmaz'ın yaptığı çalışma bulguları karşılaştırıldığında mevcut çalışmadaki katılımcıların diğer çalışmadaki katılımcılara göre kahvaltı yapma oranları daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Ünal ve arkadaşlarının Kayseri ilinde 272 kişinin üniversite öğrencisinin katılımıyla yaptığı 'Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki' isimli çalışmada katılımcıların % 62.9'u sabah kahvaltısı yapmadıklarını belirtmişlerdir (Ünal vd, 2009:78). Elde edilen bu sonuç yapılan bu çalışmada ile bezer olmadığı gözlenmektedir. Bu bulgular FA yapanların kahvaltı tüketiminde bilinçli olduklarını göstermektedir. Kahvaltıda tüketilecek protein miktarı, kan şekerini düzenlemede, yorgunluk ve açlık gibi duyguların önlenmesinde etkili olduğundan, günlük tüketilecek miktarın en az 1/5'i kadar olmalı ve bu değer altına düşmemelidir. Kahvaltıda meyve ya da sebze yenilmesi bu öğünü besin öğeleri bakımından dengelediği gibi içerdikleri posa nedeniyle de emilimi düşürerek doyumunu daha uzun süre sağlamakta, kan şekerinin

de daha geç düşmesine yardımcı olmaktadır. Kahvaltıda tüketilecek meyve ya da sebze, özellikle C vitamininden yüksek ise demir emilimini de artırır(Ersoy, 2007:42). Katılımcıların kahvaltıda tükettikleri besinler; çay, zeytin, peynir, yumurta % 68.2; kızartma % 12.9; çay, simit, poğaçaya % 12; süt ile tahıl gevreği % 4; sadece içecek tükettiğini belirtenler ise % 2.9 oranında tüketim yaptıkları tespit edilmiştir(Tablo 4). Önay'ın yaptığı "Konya İl merkezinde Çalışan Bazı Kamu Memurlarının Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Yapılan Bir Çalışma" adlı çalışmada katılımcıların % 44'lük kısım peynir % 36'lık kısım domates-salatalık, % 27'lik kısım sucuk-salam-sosis, % 21'lik kısım tost, simit, poğaçaya tükettiklerini belirtmişlerdir (Önay,2011:100). Elde edilen bu bulgular ile yapılan bu çalışma arasında benzerlik olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada yer alan katılımcıların düzenli akşam yemeği tüketme oranları % 58.1'lik kısım düzenli akşam yemeği tükettiğini, % 27.6'lık kısım düzenli olarak akşam yemeği tüketmediğini, % 14.3'lük kısım ise bazı zamanlarda akşam yemeği tükettiğini belirtmişlerdir (Tablo 5). Katılımcıların düzenli akşam öğünü tüketmeme oranları bazı zamanlarda oranlarını da birleştirirsek % 41.9 seviyelerinde olduğu görülmektedir. Karadağ ve arkadaşlarının Ankara da 750 yetişkin kişi üzerinde yaptığı çalışma da katılımcıların % 3.2 si akşam yemeği tüketmediğini belirtmişlerdir (Karadağ vd.2016:110). Çakıroğlu ve Haklı'nın Ankara Üniversitesinde kardiyovasküler hastalıkları olan 65 yaş üzeri 150 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların tamamının düzenli akşam yemeği yedikleri sonucuna ulaşmıştır (Çakıroğlu ve Haklı, 2009:94). Tekin'in Başkent üniversitesinde karaciğer yağlanması olan hastalar üzerinde yaptığı başka bir çalışmada katılımcıların % 5.6'sı düzenli akşam yemeği tüketmediği sonucuna ulaşmıştır (Tekin, 2014:73). Bu bulgulardan hareketle kronik bir hastalığı olanların düzenli olarak akşam öğünü tükettikleri düşünülmektedir. Kayseri ilinin sofraya kültüründe et ve et ürünlerinin önemli bir yeri vardır. Kayseri mutfağı ağırlıklı olarak unlu ve etli besinlerden oluşur(Kayseri Ansiklopedisi, 1992:343). Katılımcıların besin tercihleri, % 52.4'lük kısım et ağırlıklı, % 3.1'lik kısım hamur işi ağırlıklı, % 18,9'lük kısım sebze ağırlıklı, % 25.6'lık kısım ise besin tercihleri konusunda herhangi ayırım yapmadığı sonucuna ulaşmıştır(Tablo 5). Tablo 5'de yer alan sonuçlardan hareketle katılımcıların et tüketim oranlarının yüksek olması Kayseri ilinin mutfak kültürü ile ilişkili olduğu söylenebilir. Düzenli FA yapan katılımcıların beslenme alışkanlıkları, % 63.7 et ağırlıklı, % 24.6 sebze ağırlıklı, % 4.3 hamur işi ağırlıklı, % 7.4 ayırım

yapmadığı; düzenli olarak FA yapmayan katılımcıların beslenme alışkanlıkları % 71.3 et ağırlıklı, % 16.4 sebze ağırlıklı, % 4.2 hamur işi ağırlıklı, % 8.1 ayırım yapmadığı; bazen FA yapan katılımcıların % 66.3 et ağırlıklı, % 22.1 sebze ağırlıklı, % 6.6 hamur işi ağırlıklı, % 5 oranında ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. $X^2 = 8,906$ ve p değeri 0,857 bulgularına ulaşılmış ve değişkenler arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 17). Berksoy'un Ankara ve İzmir'de kadın katılımcıların FA ve beslenme alışkanlıklarını belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların % 67.2'lik kısım sebze ağırlıklı, % 15.5'lik kısım et ağırlıklı beslendikleri tespit edilmiş ve mevcut çalışma ile farklı sonuçlara ulaşılmıştır (Berksoy.2011:56). Elde edilen bu bulgular ile yapılan bu çalışmadaki bulguların benzer olmadığı gözlenmektedir. Bu durumun mutfak kültürü farklılığının etkili olabileceği düşünülmektedir. Cinsiyet ile besin tüketimi oranlarının incelendiğinde; erkek katılımcıların (f=106) % 42.5 oranında et, (f=36) % 40 oranında sebze, (f=6) % 40 oranında hamur işi, (f=80) % 66.1 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir olup; kadın katılımcıların ise (f=43) % 57.5 oranında et, (f=54) % 60 oranında sebze, (f=9) % 60 oranında hamur işi, (f=41) % 33.9 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. $X^2=12.258$ ve p değeri 0,01 bulgularına ulaşılmış; bu iki değişken arası anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş ve bu bulgular 11. Hipotezi doğrulamaktadır (Tablo 28). Bu bulgular incelendiğinde kadın katılımcılar ile erkek katılımcıların beslenme alışkanlıkları farklı olduğu gözlenmektedir. Medeni durum ile besin tüketimi oranlarının incelendiğinde; erkek katılımcıların (f=135) % 54.2 oranında et ağırlıklı, (f=48) % 53.3 oranında sebze ağırlıklı, (f=11) % 73.3 oranında hamur işi ağırlıklı, (f=71) % 58.7 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların ise (f=114) % 45.8 oranında et, (f=42) % 46.7 oranında sebze, (f=4) % 26.6 oranında hamur işi, (f=50) % 41 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. $X^2 = 7, 825$; 0,251 bulgularına ulaşılmış olup iki değişken arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 29). Bu bulgular incelendiğinde katılımcıların medeni durumuna göre besin tüketimi; cinsiyet durumuna göre besin tüketiminden farklı olduğu görülmektedir. Çalışma durumu ile besin tüketimi bulgularının incelendiğinde; erkek katılımcıların (f=147) % 59 oranında et, (f=52) % 57.7 oranında sebze, (f=10) % 66 oranında hamur işi, (f=74) % 61.2 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların ise (f=102) % 41 oranında et, (f=38) % 43.3 oranında sebze, (f=5) % 33.4

oranında hamur işi, (f=47) % 38.8 oranında beslenme konusunda ayırım yapmadığı tespit edilmiştir. $X^2 = 1,060$ ve p değeri 0,983 bulgularına ulaşılmış olup iki değişken arası anlamlılık tespit edilmemiştir (Tablo 30). Bu bulgular incelendiğinde herhangi bir meslek grubunda çalışan katılımcıların, çalışmayan katılımcılara göre besin tüketimi tercihlerinde farklılık olduğu gözlenmektedir.

İnsanlar vücut ağırlıkları ile ilgili olumsuz eleştiriler, bireyleri çok derinden etkiler ve bunun sonucunda genellikle kendi vücutları ile ilgili olumsuz düşünceler sahip olabilirler. Kilo problemi bunun başında gelir. Kendilerini güzel görmeme, bazı manken ve modellere benzeme arzusunun da etkisiyle zayıflamak çok takıntı haline getirilebilir. Zayıflarken bilinçsizce yemeyi kesmek, basit gibi görünen çok ciddi hastalıklara neden olabilir (Önay ve Onarıcı.2011:3). Katılımcılara düzenli diyet yapıyor musunuz sorusunu sorduğumuz da katılımcıların % 38.8 oranında evet şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılar arasında düzenli olarak diyet yapmama oranı % 46.3 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların % 20.8'lik kısmı ise bazen diyet yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 6). Katılımcıların % 59.6'lık kısmı düzenli olarak diyet yaptıkları sonucuna ulaşmıştır. Bu durum katılımcıların kilo kontrolü veya özellikle kadınların zaman zaman kiloları ile ilgili sıkıntılardan kurtulmak amacıyla diyet yaptıkları düşünülebilir. Ceviz'in yaptığı kamu çalışanların katılımıyla gerçekleşen çalışmada erkek katılımcıların % 77.1'lik kısmı hiç diyet uygulamadığı şeklinde cevap vermiştir. % 17.6'lık kısım ara sıra diyet yaptığını, % 1.8'lik kısım sık sık diyet yaptığını % 3.5'lik kısım ise düzenli olarak diyet uyguladığını belirtmiştir. Aynı çalışmada kadın katılımcıların % 62.6'lık kısmı hiç diyet uygulamadığını, katılımcıların % 30.4'lük kısmı ara sıra diyet uyguladığını % 3.4'lük kısım sık sık diyet uyguladığını % 3.6'lık kısım ise düzenli olarak diyet uyguladığını belirtmişlerdir ve kadın katılımcıların erkek katılımcılardan daha fazla diyet yaptığını belirlenmiş kadın katılımcıların BKİ ortalamaları erkek katılımcıların BKİ ortalamalarından yüksek tespit edilmiştir. (Ceviz, 2008:39). Su, birçok hayati fonksiyonda görev alan vücudumuzun en önemli kimyasal bileşeni olmasının yanı sıra her yerde bulunabilen dikkat çekici ve önemli bir besin ögesidir. Vücudun taşıma ve aktif ortamının sürdürülmesini sağlamaktadır. Vücudumuzdaki bütün sistemler, vücut ağırlığının yaklaşık % 60'ını oluşturan suya bağımlıdır (Ersoy, 2014:7). Tablo 6'da yer alan katılımcıların sıvı tüketimi ile ilgili soruda en fazla tükettiği sıvı % 45.5 ile sudur. Bu durum normal yaşamda ve FA

sırasında su alımının önemi ile ilişkilidir. Katılımcıların % 25.5'lik kısmı şekerli içecekler , % 16.8'lik kısmı ise süt ürünleri tükettikleri şeklinde cevap vermiştir.

Sigara; koroner kalp hastalıkları ve başta akciğer kanseri olmak üzere bazı kanser türlerine neden olabilmektedir. Alkol kullanan bireyler siroz, sinir sistemine geçici ve kalıcı organik beyin sendromuna neden olur (Gökgöz, Koçoğlu,2009:33) Yapılan bu çalışmada yer alan katılımcıların sigara ve alkol durumları ile ilgili bulgular incelendiğinde, katılımcıların % 27.6 oranında sigara kullanmakta oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların % 19.4'lük kısmı alkol tükettiklerini belirtmişlerdir. Düzenli FA yapanların % 29.6'lık kısmı sigara kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 14). Düzenli FA yapanların % 18.3'lük kısmı alkol tükettikleri tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada katılımcıların sigara bırakma sebepleri incelendiğinde katılımcıların % 43.4 oranında sağlık sorunları sigarayı bırakmada etkili olduğu belirtmişlerdir. Katılımcıların % 32,5'lik kısım kendi kararı ile sigarayı bıraktığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 14,5'lik kısım ekonomik sebeplerden dolayı sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Fakat katılımcıların % 3.6'lık kısmı yasal düzenlemeler sonucu sigarayı bırakma sebebi olarak belirtmesi ülkemizde yapılan yasal düzenlemelere rağmen katılımcıların sigarayı bırakmada yasal düzenlemelerden etkilenmediğini düşündürmektedir (Tablo 13). Mayda ve arkadaşlarının Düzce ilinde yaptığı çalışmada katılımcıların % 93.2'lik oranda sigarayı bırakmak için sebep olarak sağlık sorunlarını göstermiştir (Mayda vd,2007:308). Tunç'un Edirne'de öğretmenlerin sigara bırakma sebepleri üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların sigarayı bırakma sebebi olarak sağlık faktörünü göstermiştir. Yine aynı çalışmada öğretmenler topluma iyi örnek olmak için sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir (Tunç, 2007:41). Bu durum sigarayı bırakmak için sağlık unsurunun yanı sıra topluma örnek olma kaygısının da sigarayı bırakmada etkili olabileceğini bizlere göstermektedir. Kutlu ve arkadaşlarının Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların % 56.5'lik kısmı halen sigara içtiklerini % 6'lık kısım ise bıraktıklarını belirtmiş ve bırakma sebebini sağlık problemleri ve zararlı olduğu için bıraktıklarını belirtmişlerdir (Kutlu vd:2011:31). İzmir de yapılan 'Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları'' isimli çalışmada katılımcıların % 75'lik kısmı düzenli olarak spor yapmamaktadır ve aynı çalışmada katılımcıların % 15,6'lık kısmı haftada 2 kez, katılımcıların % 32.8'lik kısmı ayda

birkaç defa alkol tükettiklerini belirtmişlerdir (Bayrak vd, 2010:98). Yapılan bu çalışma ve diğer çalışmalardaki bulguları ve literatür bilgileri değerlendirildiğinde zararlı alışkanları bırakmada sağlık en önemli unsur olduğu düşünülmektedir.

Sigaranın içinde bulunan bazı maddelerin iştah ilgili bazı olumsuzluklara neden olduğu bilinmektedir. Fakat sigara kullanımının insülin duyarlılığını azalttığı ve bazı bölgelerde yağ depolanmasına neden olabilmektedir.(Yağbasan, vd.2008:247) . Chilero ve arkadaşlarına göre yoğun bir şekilde sigara kullananların, az miktarda sigara kullananlara göre daha fazla vücut ağırlığına sahip olduğunu belirtmektedir.(Chilero, 2008:801) Tablo 15' de yer alan sigara ve alkol kullanma durumuna göre katılımcıların BKİ değerlerine bakıldığında sigara kullanan katılımcıların (f=131) BKİ ortalamaları 24.9kg/m², sigara kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları (f=283) 24.5 kg/m², sigara kullanmayı bırakan katılımcıların ise (f:60) 24.4 kg/m² olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında sigara kullanan katılımcıların BKİ ortalamalarının sigara kullanmayan ve sigara kullanmayı bırakan katılımcılara göre yüksek tespit edilmesinde sigara kullanımının da etkili olduğu düşünülebilir. Alkollü içeceklerin özellikle bazı türlerinin şeker ve karbonhidrat içermesi ve 1 gramında 7 kalori olması, 15 ml bir içkide bu oran 100 kaloriye eşit olmaktadır. Bu durum sonucunda kalorisi yüksek alkol tüketimi de kilo kontrolünü zorlaştırmaktadır.(Müftüoğlu.2009:76) Tablo 15'de yer alan Alkol kullanan katılımcıların BKİ ortalamaları 24.8 kg/m², alkol kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları 24.6 kg/m², alkol kullanmayı bırakan katılımcıların BKİ ortalamaları 24.6 kg/m² olarak tespit edilmiştir. Alkol ve sigara kullanma durumuna göre katılımcılarda BKİ değerleri benzerlik göstermektedir. Deveci ve arkadaşlarının Elazığ ilinde kurum polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yaptığı çalışmada alkol kullanan katılımcıların BKİ ortalamaları 27.00 kg/m², Alkol kullanmayan katılımcıların BKİ ortalamaları 26.04 kg/m² olarak tespit edilmiş ve yapılan bu çalışmadan farklı bir sonuca ulaşmıştır. (Deveci vd.2004:225). Bulguların farklı olması Elazığ ilinde yapılan çalışmaya katılanların kurum polikliniğe başvuranlar kişilerin hastalık durumundan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bulgulardan hareketle alkol ve sigara kullanımının bireylerin vücut ağırlığı değerlerinde artışa sebep olabileceği düşünülebilir.

SONUÇ

Bu bulgular sonucunda; Kayseri ilinde açık alanlarda egzersiz yapan bireylerin BKİ ortalamaları normal kilolu olarak tespit edilmiş olup fakat yaşla birlikte BKİ oranlarında artmanın meydana geldiği görülmektedir. Kronik bir hastalığı olan katılımcılarının % 60.2 oranında düzenli olarak FA yaptıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında en fazla rastlanan hastalık Diyabet (Şeker) hastalığıdır. Katılımcıların FA yapmalarının en önemli nedeni sağlık amaçlı olduğu belirlenmiştir. Çevre etkisi katılımcıların FA'ya devam etmelerinde en önemli unsur olarak belirlenmiştir. Katılımcılar düzenli FA'ya başladıktan sonra hastalık karşısında dirençlerinin artması, ilaç kullanımının azalması, görünüm ve sosyal ilişkiler konularında olumlu etki yaptığı belirlenmiştir. Erkek katılımcılarda yaşla birlikte düzenli FA yapma oranlarında azalma eğilimi göstermektedir. Kadın katılımcıların erkek katılımcılara oransal olarak daha fazla hastalık sahibi olduğu ve yaşla birlikte hastalık oranlarında artma meydana geldiği tespit edilmiştir. Düzenli FA yapanların % 29.9 oranında sigara kullanmaya devam ettikleri tespit edilmiştir. Katılımcılar genel olarak ana öğün atlama davranışı göstermektedir. Herhangi bir meslek grubunda çalışmayan katılımcıların, çalışan katılımcılara göre daha fazla FA'ya katılım sağladıkları tespit edilmiştir. Alkol ve sigara kullanan katılımcıların, alkol ve sigara kullanmayan ve bırakan katılımcılara göre BKİ ortalamaları yüksek tespit edilmiştir. Cinsiyet ile hastalık durumu arasında ($p<0,05$) düzeyinde anlamlılık; cinsiyet ile besin tüketimi arasında ($p<0,05$) ve medeni durum ile hastalık arasında ($p<0,05$) düzeyinde anlamlılık tespit edilmiştir.

ÖNERİLER

- Katılımcıların ana öğün atlama oranları yüksektir. Ana öğün atlamamanın katılımcıların sağlığı açısından zararları olduğu konusunda katılımcılar bilgilendirilmelidir.

- BKİ oranları fazla kilolu ve obez sınıfında olan katılımcılar sadece düzenli aktivite yapmakla kalmamalı; beslenme alışkanlıkları değiştirmelidir.

- Katılımcılar düzenli olarak sabah kahvaltısı ve akşam yemeği tüketilmelidir ve bu konuda toplumu eğitici ve bilgilendirici çalışmalar yapılabilir.

- Katılımcılar sadece belirli gün ve saatlerde FA ile yaşamlarına devam etmemelidir. FA'yı bir yaşam biçimi haline getirmelidirler. FA yapmak için uygun olan her zamanı değerlendirilebilmelidir.

- Gündelik yaşamlarında masa başı çalışan veya hareketsiz ortamlarda bulunan bireyler kendileri için FA yapmaya fırsat oluşturmalı örneğin asansör yerine merdiven tercih edilebilir.

- Kayseri de kış aylarında katılımcılar FA yapmaya ara vermemelidir, eğer açık alanlarda FA yapma fırsatı bulamıyorlarsa kapalı alanlarda FA yapmaya devam etmelidirler.

- Kayseri BŞB tarafından son yıllarda yapılan ve günden güne artan rekreatif ve spor alanlarında uzman kişiler tarafından FA yapan bireylere obezite, FA ve sağlıklı yaşam için ne yapılmalı konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, Ayla. Çehrelı, Rüksan. Ellidokuz, Hülya. (2011), “Kadınlarnın Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C.25, S.3, ss.145-154
- Akbulut, Gamze. (2010), “Erişkinlerde Şişmanlığın Diyet Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Fiziksel Aktivitenin Önemi”, Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik ABD, S.23-24
- Akkan, Gökhan. 1999, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri,ss.45-57
- Akkaş, Ahmet. Özdemir, Bahattin. 2005, Alkollü İçecekler, Ankara: Detay Matbaacılık
- Altunkaynak, Berrin Zuhul. Özbek, Elvan. (2006), “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, **Van Tıp Dergisi**, S. 13, C. 4, ss. 138-142.
- Alpgözgen, Ayşe, Zengin. Özdiñçler, Arzu, Razak. 2016 , Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi**. Y.3,S.1,ss.66-72
- Alphan, Emel. 2005, **Sağlıklı Beslenme Sağlıklı Lezzetler**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Ardahan, Faik. Lapa, Tennur, Yerlisu. (2010), “Açık Alan Rekreasyonu: Bisiklet Kullanıcıları ve Yürüyüşçülerin Doğa Sporu Yapma Nedenleri ve Elde Ettikleri Faydalar”, **Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. 8, S. 1, ss. 1003-5143
- Ası, Tansu. 1996, **Tablolarla Biyokimya**, Ankara: Ankara Üniversitesi

- Atasever, Mehmet. (2013), **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara.
- Aydın, Dilek. (2006), “Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma : Yaşam biçiminin rolü”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, S. 13, ss. 43-48
- Bahar, Zuhale.1993. “Sigaraya Karşı Sağlık Personeli”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, S. 9, s. 107-118
- Bahçebaşı, Talat.Akbaba,Muhsin. 2013., Birinci Basamakta Uygulama ve Veri Sepeti,Türk Halk Sağlığı Kurumu
- Barışsever, Osman. 2014,**18-70 Yaş Kadın ve Erkeklerde Egzersiz Faaliyetlerine İlişkin Katılım motivasyonları: Lefkoşa Örneği**, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Baron, Dieter. 2008, **Sporcuların Optimal Beslenmesi**, Çeviri: Sinan Ömeroğlu, Ankara: Spor Yayınevi ve Kitabevi
- Başbüyük, Gülşan, Özgün. Sönmez, Gamze. Korkmaz, Burcu, Aktan. Doğan, Murat. Ay, Faruk. Çınar, Ziyet, 2015. “Sivas’ta Yetişkin Bireylerde Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirmesi: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları”, **Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 1, ss. 133-142
- Başoğlu, Sevil. Merdol, Türkan. Örer, Nuriye. 1997, **Beslenme ve Diyetik Açıklamalı Sözlük**, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi
- Bayrak, Uğur. Gram, Elif. Mengeş, Erman. Okumuş, Zihniye, Gonca. Sayar, Hatice, Ceren. Skrijeli, Emina. Açıkgöz, Ayla. Çehreli, Rüksan. Ellidokuz, Hülya. 2010, ”Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili

Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları” **DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 24, S. 3, ss. 94-105

- Baysal, Ayşe. 1996, **Beslenme**, İstanbul: Hatipoğlu Yayınevi.
- Bayrak, Uğur. Gram, Elif. Mengeş, Erman. Okumuş, Zihniye, Gonca. Sayar, Hatice, Ceren. Skrrijelj, Emine. Açıkgoz, Ayla. Çehreli, Rüksan. Ellidokuz, Hülya. 2010, “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları”, **Dokuz Eylül Onkoloji Enstitüsü**, C. 24, S. 3, ss. 94-105
- Bek, Nilgün. 2008, **Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız**, Ankara: Klasmat Matbaacılık
- Belek, İlker. Nalçacı, Erhan, 1998, **Sınıfsız Bir Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, İstanbul: Sorun Yayınları
- Berksoy, Deniz. 2011, **İzmir ve Ankara İllerinde Yaşayan Kadınların Fiziksel Aktivite ve Beslenme Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörlerinin Karşılaştırılması**. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Yüksek Lisans Tezi
- Bilici, Saniye. 2008, **Optimal Beslenme ve Sağlık**, Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı
- Black, Joyce, Hawks, Jane 2009. **Medical-Surgical Nursing**, Saunders Elsevier Publishing, USA
- Bozhöyük Ali.Özcan ,Sevgi. Kurdak, Hatice. Akpınar, Ersin, Saatçi, Esra. Bozdemir Nafiz. 2012,**Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği**,Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,S.6,ss.13

- Ceylan, Yemlihan. Kaya, Yüksel. Tuncer Mustafa. 2011, “Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri”, **Van Tıp Dergisi**. S. 3, C. 18, ss. 147-154
- Ceviz, Deniz. 2008, **Kamuda Çalışan Erkek ve Kadınların Fiziksel Uygunluk, Beslenme ve Spor Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi (Elazığ ili Örneği)**, Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Chiolero, Arnaud. Faeh, David. Paccaud, Fred. Jacques, Cornuz. 2008 ‘ **Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance**’ ss.801-809
- Çakıroğlu, Funda, Pınar. Haklı, Gülperi.2009, ”Yaşlıların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin beslenme bilgileri ve alışkanlıklarının incelenmesi” **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**. S. 2, ss. 89-104
- Çayır, Aliye. Atak, Nazlı. Köse, Serdal Kenan.2011, “Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Mecmuası**, C. 64, S. 1, ss.
- Demirözü, Banu, Eroğuz. 2011, **Spor Okullarına Devam Eden 8-12 Yaş Grubu Çocuklara Verilen Beslenme Bilgisi ve Çocukların Beslenme Ve bilgi Alışkanlıklarına Etkisi** , İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi
- Deveci, Süleyman, Erhan. Güler, Haydar. Gülbayrak, Canan. Oğuzöncül, Ayşe, Ferdane. Açık, Yasemin. 2004, **Elazığ Emniyet Müdürlüğüne Başvuran Polislerde Obezite Sıklığı**, Fırat üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 18, S.4, ss. 223-228

- Dölekoğlu, Celile. Yurdakul, Oğuz. 2004, ‘‘ Adana İlinde Hanehalkının Beslenme Düzeyleri ve Etkili Faktörlerin Logit Analizi ile Belirlenmesi’’ Adana İ.İ.B.F. Dergisi, C.8, ss. 62-86
- Ergün, Ahmet. Erten, Fuat. 2004, Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi ve Bel Değerlerinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C. 57, S.2, ss.57-61
- Ersoy, Gülgün. 2007, **Çocuk ve Genç Sporcular İçin Beslenme**, Ankara: Ata Ofset
- Ersoy, Gülgün. 2014, **Aktif ve Sporcular için Sıvı Desteğinin Hidrasyonun Önemi**, Ankara: Tasarım Matbaacılık
- Ersoy, Gülgün. Akyol, Aslı. Bilgiç, Pelin, (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Ersoy, Gülgün. 2000 , **Egzersiz ve Spor Yapanlar için Beslenme ile ilgili Temel İlkeler**, Ankara: Damla Matbaacılık
- Ersoy, Gülgün. 2004. **Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Genç, Metin. Eğri, Mücahit. Kurçer, Mehmet, Ali. Kaya, Mine. Pehlivan, Erkan. Karaoğlu, Leyla. Güneş, Güşen. (2002), ‘‘Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fizik Aktivite Sıklığı’’, **Malatya Üniversitesi Tıp Fakültesi**. C. 9, S. 4, ss. 237-240
- Genç , Abdurrahman. Şener, Ümit. Karabacak, Hatice. Üçok, Kaan. 2011, ‘‘Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması’’ **Kocatepe Tıp Dergisi**. S. 12, ss. 145-150
- Gökgöz, Şenlen. Koçoğlu, Gülay. 2007. ‘‘Adelosan Çağda Sigara ve Alkol İçme Davranışı’’, **Fırat Üniversitesi Tıp Dergisi**, Y. 12, S. ss. 33-41

- Göral, Kemal. Özcan, Saygın. Karacabey, Kürşat. Gelen, Ertuğrul.2009, Tenisçiler ile Voleybolcuların Bazı Fiziksel Özelliklerinin Karşılaştırılması, **Journal of New World Academy**.Y.4,S.3, ss.228-235
- Gözükara, Engin., Biyokimya, Ankara: Ofset Pepianat Ltd. Şti.
- Günay, Mehmet. Cicioğlu, İbrahim. (2001), **Spor fizyolojisi**, Ankara: Gazi Kitapevi.
- Howley, E.T. 2001, “Type of Activity:Resistance, Aerobic and Leisure Versus Occupational Physical Activity”, **Medicine and Science Sport Exercise**, C. 33, S. 1. ss. 364-369
- İlhan, Nesrin. Batmaz, Makbule. Akhan, Utaş, Latife.2010, **Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, C.3, S.3 ,s.35
- Karaca, Ayda. Turnagöl, Hüsrev., 2007, ‘‘ Çalışan Bireylerde Üç Farklı Anketin Güvenirliği ve Geçerliliği’’, Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi, Y.2, S.18. ss.68-84
- Karadağ, Makbule, Gezmen. Elibol, Emine, Yıldırım, Hilal. Akbulut, Gamze. Çelik, Meryem, Gülnaz. Değirmenci, Merve. Söğüt, Meltem. Güneş, Meryem. Dinler, Muhammet, Fatih. 2016, ‘‘Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi’’, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. S. 27, ss. 107-114
- Karaduman, Tuğçe. 2015, **Düzce’de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Popüler Diyetleri Öğrendikleri Kaynaklar, Popüler Diyetler Hakkında İlgileri ve Yanlış Uygulamaları**, Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kayseri Ansiklopedisi. 1992, Kayseri Büyükşehir Belediyesi Yayınları, C. 2, S. 352

- Koç, Mine. 2014, **Milli Takım Gelişim Kamplarına Katılan Güreşçilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Destek Ürünü Kullanma Durumlarının İncelenmesi**, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Korkmaz, Nimet, Haşıl 2010, "Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi", **Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, S. 23, ss. 399-413
- Kozan, Duygu. 2013. **Tokkat'ta Spor Merkezlerine Devam Eden Bayanların, Beslenme Alışkanlıkları, Zayıflamaya Yönelik Uygulamaları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi**", Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Kutlu, Ruşen. Marakoğlu , Kamile. Çivi, Selma. 2011. „Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.27, S.1, ss. 29-34
- Mayda, Atilla, Senih. Tufan, Nihan. Baştaş, Selen. 2007, "Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları", **Koruyucu Hekim Bülteni**, C. 5, S. 6, ss. 364-370
- MEGEP, 2006. Ankara: Mesleki Eğitim ve Öğretimin Güçlendirilmesi Projesi
- Molina, Garcia. Castillo, Isabel. Pablos, Carlos. 2009. Determinants of Leisure-time Physical Activity and Future İntention to Practice in Spanish College Students. **Spanish Journal of Psychology**, S. 12, ss. 128-137
- Müftüoğlu, Osman. 2003. **Yaşasın Hayat**, İstanbul: Doğan Kitapçılık.

- Müftüoğlu, Osman.2009. **Kolay Diyet**, İstanbul: Doğan Kitapçılık
- Osterweil, Neill. 2004, In The Benefits of Protein, Fitness Exercise Guide
- Önay, Didem. 2011, “Üniversite Öğrencilerinin Kahvaltı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi: Akşehir Sağlık Yüksekokulu Örneği”, **Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi**. S. 27, ss. 95-106
- Önay Damla, Onarıcı, Fatma, Büşra.2011. **Aşırı Zayıflık Takıntıları, Pskolojide Yeme Bozuklukları ve Bunların nedenlerine Yönelik İnceleme: Eskişehir Örneklemi**. Eskişehir Eti Sosyal Bilimler Lisesi
- Özata, Metin.2010, **Naturel Zayıflama**, İstanbul: Hayy Yayıncılık.
- Özer, Derya. Baltacı Gül. 2008, **İş Yerinde Fiziksel Aktivite**, Konya: Klasmat Matbaacılık.
- Özdemir, Recep ,Ali. İrez, Gönül, Babayiğit. 2010, 12 Haftalık Pilates Uygulamalarının 65 Yaş Üstü Kadınlarda Algılanan Öznel Sağlığa Etkisi, **Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi**,S.21,ss.37-48
- Özdemir, Levent. Koçoğlu, Gülay, Sümer, Haldun. Nur, Naim. Polat, Polat, Hüseyin. Aker, Ahmet. ‘Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri’, 2005, **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, S. 27, ss. 89–94 .
- Özyurt, Beyhan, Cengiz. 2010, “Manisa'da Kırsal Bir Bölgede Yaşayan 45 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Kardiyovasküler Hastalık Riski”, **Fırat Üniversitesi Tıp Dergisi**, C. 24, S. 3, ss. 101-107

- Paker, Sündüs. 1996. Sporda Beslenme. Ankara. :Gen Matbaacılık
- Pate, Russel, O’neill, Jenifer. Lobello, Felip. 2008. The Evolving Definition of Sedentar, Department of Exercise Science, **Arnold School of Public Health, University of South Carolina, Columbia, SC, United States**, Y.36, S.4, SS.173-178
- Pekcan, Gülden. 2008, ‘Beslenme Durumunun Saptanması’, Ankara:Klasmat Matbaacılık
- Pehlivan, Aysel, 2005. **Sporda Beslenme**, İstanbul: Morga Yayıncılık
- Pehlivan, Aysel. 2006, **Sporda Beslenme**, İstanbul: Morpa Yayınları,
- Philip, Zieve. 2009, **In Protein in diet**: Medline Plus, Medical Encyclopedia
- Polat, Ülkü.Kahraman, Burcu, Bayrak. 2013,“ **Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki**”, Fırat Tıp Dergisi, Y.18, S.4, ss.213-218
- Samur, Gülhan. 2008, **Vitamin Mineral ve Sağlığımız**, Ankara: Klasmat Matbaacılık
- Soyuer, Ferhan, Soyuer, Ali . 2008, Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Y.15, S.3 , ss. 219-224
- Soyuer, Ferhan. Şenol, Vesile. Elmalı, Ferhan. 2012, “Huzur Evinde Kalan Bireylerin, Fiziksel Aktivite, Denge ve Mobilite Fonksiyonları” **Van Tıp Dergisi**, C. 9, S. 3, ss-116-121

- Sunay, Hakan.2003, "Türk Spor Politikalarına Analitik Bakış" **Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, S. 1 ss. 39
- Şahin, Gülşah. Özer, M. Kamil. Söğütçü, Türkan. Bavlı, Özhan. Serbes, Şakir. Yurdakul, Hüseyin. Dohman, Zeynel. Gözaydınlı, Gülçin. 2014, "Kadınlarda Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığı", **Uluslararası Spor Sağlığı ve Tıp Dergisi**, C. 4, S. 10, ss. 105-155
- Şakar, Şule. 2009, **Sporcu Beslenmesi. Klinik Gelişim**, S. 22, ss. 1-9. Şanlıer, Nevin. 2005, "Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi" **Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, S. 3, ss. 47-73
- Şentürk, Şenol. Yüksel, Bilge. Özer, Hatice. Çakır, Biriz. Ayşe, Bideci. 2002, **Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Saha Personeli için Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali**, Ankara: Hacettepe Beslenme ve Diyetik Bölümü
- Şişman, Mehmet 2007. **Örgütler ve kültürler (2. Baskı)**. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Şimşek, Hatice, Öztoprak, Dilek. İkizoğlu, Ersin. Safalı, Fidan. Yavuz, Öykü. Onur, Özkan. Tekel, Şehriban, Çiftçi, Şerafettin. 2012, **Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler**, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.26, ss.213-230
- Tanır, Ferdi, Şaşmaz, Tayyar. Beyhan, Yasemin. Bilici, Saniye.2001, "Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Beslenme Durumu" Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

- Tekin, Pınar. 2014, **Karaciğer Yağlanması Olan Hastaların Beslenme Alışkanlıkları İle Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi**, Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- THSK, 2012, Kaynak: www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf Erişim Tarihi: Temmuz. 2012
- Türkiye Halk Sağlığı Rehberi , Sağlık Bakanlığı Yayınları , 2008
- Tunç, Zafer. 2007, **Edirne’de Öğretmenlerin Sigara İçme ve Bırakma Davranışlarını Etkileyen Faktörler**, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi
- TUİK, 2016,Sağlık Harcamaları İstatistikler, Kaynak: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=21527 (Erişim Tarihi: 15 Kasım 2016)
- TUİK, 2016,Ölüm İstatistikleri, Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=21522> (ERİŞİM TARİHİ: 28 Nisan 2016)
- Tunay, Volga Bayrakçı.2008, **Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite**, Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Tuncel, Fehmi.Tuncel, Semiyha. Yüksel, Süha, Hidayet. Yar, Sevde, Mavi. 2016, **Ankara Üniversitesi Kolejlerinde Çalışan Personelin Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Bilinç Düzeylerinin İncelenmesi**, Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, C.14,S.1, ss.109-119
- Türker, Meltem, Süzmeçelik, Meltem. 2010, **Türkiye ve Dünyada Rakamlarla Diyabet**, S. 23-24

- Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi.2013, **Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu**, Kaynak: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/> Erişim Tarihi: 2013.
- Uluslararası Diyabet Federasyonu,2015, **7. Diyabet Atlası**, <http://www.diabetcemiyeti.org/c/>, Erişim Tarihi:2015
- Ünalın, Demet. Öztıp, Didem, Behice. Elmalı. Öztürk, Ahmet. Konak, Deniz. Pırlak, Betül. Güneş, Didem. 2009, “Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, S. 16, ss. 75-81
- Ünalın, Demet. Şenol, Vesile. Öztürk, Şenol. Erkorkmaz, Ünal. 2007, **Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.Y.14 ,S.2,ss.101-109
- Vural, Bilgin. 1998, “Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik için Önemi”. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, S. 2, ss. 39-43
- Vural, Özkan. Eler, Serdar. Güzel, Nevin, Atalay. 2010, ‘Masabaşı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite ve Yaşam düzeyi İlişkisi’’ **Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, S. 2, ss.
- Yağbasan, Ahmet. Ersoy, Canan. Çubukçu, Erdem. Ölmez. Ömer. Fatih, İmamoğlu, Şazi. 2008, ‘**Morbid Obez Kadınlarda Sigara İçiminin Obezite İndeksleri, İnsülin Direnci, Kan Basıncı, Glisemi ve Lipid Parametreleri Üzerine Etkilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi**’ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. S.15, C.6,ss.245-248

- Yalçinkaya, Meltem. Gök, Fadime, Gök Karamanoğlu, Ayla, Yavuz. 2007, ‘Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi’ TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, S, 6, ss. 409-420
- Yardımcı, Hülya. Özçelik, Ayşe, Özfer. Sürücüoğlu, Saip. 2011, “Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları”, **Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi**. S. 1-2, ss. 15-27
- Yıldız, Murat. 2009, **Spor Etkinlik Hizmetleri: Geniş Bir Sınıflama**, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, S. 22 ss. 1-0
- Yıldız, Emine. 2008, ‘**Diyabet ve Beslenme**’ Ankara: Klasmat Matbaacılık
- Yunsheng, Ma. Bertone, Elizabeth. Stabek, Edward. Reed, Gheoge. Hebert, James. Cohen, Nancy. Merriam, Philip. Ockene, Ira. (2003). “Association between Eating Patterns and Obesity in a Free-living US Adult Population” **American Journal of Epidemiology**, S. 1, ss. 148
- Zorba, Erdal.2014,**Herkes İçin Spor**, Ankara: Canset Matbaacılık

World Healty Statistic. 2016, France: WHO Library Cataloguing

- Williams, Peter. Haertel, Geneva. Wallberg, Herbert, 1982. **The Impact of Leisure-Time Television on School Learning: A Research Synthesis**, S. 19, ss. 19-50.



Değerli katılımcı; **Bu anket bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteye alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.** Vereceğiniz cevaplar bilimsel veri olarak kullanılacaktır.

Araştırmacı

Yrd. Doç. Dr. Erkan DEMİRKAN

- 1.Cinsiyetiniz: Erkek: Kadın: Boy:.....cm Kilo:.....kg
- 2.Yaşınız: 18-28 arası 29-39 arası 40-50 arası 51 ve üzeri
3. Medeni Durumunuz: Evli Bekâr
4. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet Hayır
5. Aylık geliriniz? 1000tl ve altı 1001-2000tl arası 2001tl ve üzeri
6. Çocuğunuz var mı? Evet Hayır
7. Çocuğunuz var ise sayısı nedir?
8. Son3-6 ay içerisinde doktora gittiniz mi? Evet Hayır
9. Fiziksel aktiviteye başladıktan sonra doktora gitme sıklığınız azaldı mı? Evet Hayır
10. Doktor tarafından teşhisi konulmuş bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
- (Cevabınız evet ise hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?)
1. Kalp-damar hastalığı/ Yüksek tansiyon.....
 2. Şeker Hastalığı...
 3. Kanser ..
 4. Sindirim sistemi hastalıları(karaciğer, bel ağrısı, mide vb.).....
 5. Solunum sistemi hastalıları(astım vb.).....
 6. Ruhsal sorunlar(depresyon, anksiyete).....
 7. Kas iskelet sistemi problemleri(kemik erimesi, bel ağrısı, eklem ağrıları).....
 8. Endokrin(hormonsal) hastalılar(guatr vb.).....
 9. Vitamin mineral yetersizlikler(Demir, B₁₂ vitamin eksikliği vb.).....
 10. Diğer (belirtiniz).....
- 11.Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı? Evet Hayır
- 12.Eğer düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var ise ne tür bir ilaç olduğunu yazabilirmisiniz?.....)
- 13.Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır Bıraktım

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ.....

14. Eğer sigara içmeyi bıraktıysanız bırakma sebebiniz nedir?

1. Kendi kararım.....
2. Yasal Düzenlemeler Sonucu.....
3. Ekonomik Sebepler
4. Sağlık problemi nedeniyle.....
5. Çevrenin etkisi ile.....

15. Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır Bıraktım

16. Eğer sigara içmeyi bıraktıysanız bırakma sebebiniz nedir?

1. Kendi kararım.....
2. Yasal Düzenlemeler Sonucu.....
3. Ekonomik Sebepler
4. Sağlık problemi nedeniyle.....
5. Çevrenin etkisi ile.....

17. Günde kaç öğün yemek tüketirsiniz?.....öğün

18. Ana öğün atlarmısınız? Evet Hayır Bazen

19. Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız? Evet Hayır Bazen

20. Sabah kahvaltısında genellikle ne tür besinler tüketirsiniz?

1. Çay, peynir, zeytin, yumurta vb..)....
2. Çay, poğaç, tost, simit vb..).....
3. Sadece içecek.....
4. Süt ile tahıl gevreği.....
5. Kızartma (sucuk, sosis, patates vb....).....
6. Sebze-meyve.....
7. Diğer..(Belirtiniz).....

21. Düzenli akşam yemeği tüketir misiniz? Evet Hayır Bazen

22. Besin tercihleriniz hangi grubu içermektedir?

1. Et ağırlıklı.....
2. Sebze ağırlıklı.....
3. Hamur işi ağırlıklı.....
4. Ayrım yapmam.....

23. Sıvı olarak ne tür içecekler tüketirsiniz?

1. Şekerli içecekler(kola, meyve suyu, soğuk çay, limonata vb..).....
2. Su.....
3. Süt ürünleri.....
4. Ayrım yapmam.....

24. Diyet yapıyor musunuz? Evet Hayır Bazen

25. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? Evet Hayır Bazen

26. Ne kadar sıklıkla fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

Her gün Haftada 1-2 gün Haftada 3-4 gün Haftada 5-6 gün

27. Ne kadar süredir fiziksel aktivite yapıyorsunuz?

0-1 ay 1-6 ay 6-12 ay 12 ay üzeri

28. Fiziksel aktivite yapmanızı en önemli nedeni veya nedenleri nelerdir? (En fazla 3 şık işaretleyebilirsiniz)

1. Sağlıklı olmak için.....
2. Diğer insanlarla tanışmak için.....
3. Eğlence için.....
4. Kilo vermek veya kilo korumak için.....
5. Daha iyi bir fiziksel görünüm sağlamak için.....
6. Diğer (belirtiniz).....

29. Fiziksel aktiviteye başladıktan sonra hayatınızda ne tür değişiklikler oldu? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. İlaç kullanım miktarım azaldı.....
2. Hastalıklara karşı direncim arttı....
3. Sağlıklı bir şekilde kilo verdim....
4. Kendime olan güvenim arttı.....
5. İnsani ilişkilerim daha da gelişti....
6. Daha düzgün bir görünüme kavuştum.....

30. Fiziksel aktiviteye devam etmenizi sağlayan unsur veya unsurlar nelerdir?

1. Doktor tavsiyesi ile
2. Çevrenin etkisi ile
3. Aile etkisi ile
4. Sosyal medya ile
5. Çevremde hasta olan insanlar görmem nedeniyle.....

.....TEŞEKKÜR EDERİM.....

