

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN EGZERSİZ DAVRANIŞI DEĞİŞİM  
BASAMAKLARINA GÖRE FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ  
(ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖMER FARUK İNEÇLİ**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR  
ANABİLİM DALI**

**MERSİN  
AĞUSTOS - 2017**

**LİSE ÖĞRENCİLERİNİN EGZERSİZ DAVRANIŞI DEĞİŞİM  
BASAMAKLARINA GÖRE FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ  
(ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİ ÖRNEĞİ)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖMER FARUK İNEÇLİ**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**




**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR  
ANABİLİM DALI**

**Danışman  
Prof. Dr. Mehmet Akif ZİYAGİL**

**MERSİN  
AĞUSTOS - 2017**

## ONAY

Ömer Faruk İNEÇLİ tarafından Prof. Dr. Mehmet Akif ZİYAGİL danışmanlığında hazırlanan "lise öğrencilerinin egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre fiziksel ve ruhsal sağlığının değerlendirilmesi" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 23 Ağustos 2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği ile yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Mehmet Akif ZİYAGİL (Tez Danışmanı)	
Üye	Doç.Dr. Fatma Pervin BİLİR	
Üye	Yrd. Doç. Dr Nevzat DEMİRCİ	

Yukarıdaki Jüri kararı Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27/09/2017 tarih ve 30 / 02 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Gülşen AVCI  
Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürü



*Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.*

## ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi beyan ederim.

## ETHIC DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

23 Ağustos 2017 / 23 August 2017

İmza / Signature

Ömer Faruk İNEÇLİ  
Öğrenci Adı ve Soyadı / Student Name and Surname

## ÖZET

### LİSE ÖĞRENCİLERİNİN EGZERSİZ DAVRANIŞI DEĞİŞİM BASAMAKLARINA GÖRE FİZİKSEL VE RUHSAL SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ (ADANA İLİ ÇUKUROVA İLÇESİ ÖRNEĞİ)

Eğitim sistemi içinde fiziksel ve sportif aktivitelerin yaygınlaştırılması ve tanıtımı, gençlerin sağlık ve akademik başarılarını arttırmada etkin rol oynar. Bu çalışma, egzersiz davranış değişim aşamaları ile yaşam kalitesinin bileşenleri olan fiziksel ve ruhsal sağlık ilişkisini ortaya koymayı amaçlamıştır. Veriler 1350 erkek ve kadın lise öğrencisinden toplanmıştır. Fiziksel sağlık skorları (FSS) ve ruhsal sağlık skorları (RSS) için kısa form-sağlık ölçeği (SF-12) kullanılmıştır. Aktivite düzeyi için egzersiz davranışı değişim basamakları anketi kullanılmıştır.

Katılımcıların egzersiz davranış basamakları olan niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket ve devamlılık aşamalarına göre beş kategoriye ayrılmıştır. İstatistiksel analizler için; normallik testleri yapıldıktan sonra, beş grup arasında karşılaştırma için Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Mann Whitney U testi iki grup karşılaştırması için de kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman sıralı korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları fiziksel aktivite yüzdelerinin erkeklerde % 41.6, kadınlarda % 27.72 olduğunu ortaya koymuştur. Her iki cinsiyetteki fiziksel aktivite düzeyine bağlı olarak RSS ve FSS skorlarında anlamlı farklılıklar vardı. Erkeklerin aşırı kilolu ve obez oranları kadınların iki katıdır. Sadece erkeklerde obezite düzeyine bağlı RSS ve FSS değerleri farklılaşmaktadır. Zayıflar en yüksek RSS ve FSS değerlerine sahiptir. Erkeklerde egzersiz davranış değişim aşamaları, yaş ile ( $r = -0.167, p < .01$ ), boy uzunluğu ile ( $r = 0.123, p < .01$ ), fiziksel sağlık ile ( $r = 0.159, p < .01$ ) ve Ruhsal sağlık ile ( $r = 0.191, p < .01$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kadınlarda ise, egzersiz davranış değişim aşamaları, boy uzunluğu ile ( $r = 0.107, p < .01$ ), fiziksel sağlık ile ( $r = 0.102, p < .05$ ) ve Ruhsal sağlık ile ( $r = 0.087, p < .05$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Öğrencilerin sedanter yaşam tarzlarını değiştirmeye yönelik bilimsel bilgilere dayalı yeni yaklaşımların sergilenmesine ihtiyaç vardır. Haftada en az üç gün ve günde bir saat düzenli fiziksel aktivitelere katılmak için kapalı ve açık tesislerin hizmete sunulmasının yanı sıra, nitelikli antrenörlerin, egzersiz uzmanlarının ve serbest zaman liderlerinin istihdam edilmesi ve öğrencilerin beklentilerini karşılayan fiziksel ve sportif aktivite planlanması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Fiziksel aktivite, fiziksel ve Ruhsal sağlık, öğrenciler.

**Danışman:** Prof.Dr. Mehmet Akif ZİYAGİL, Mersin Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Mersin.

## ABSTRACT

### EFFECTS OF STAGES OF EXERCISE BEHAVIOR CHANGE ON PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN HIGH SCHOOL STUDENTS (IN THE SAMPLE OF ÇUKUROVA DISTRICT IN ADANA PROVINCE)

The promotion and increasing participation of physical and sporting activities in education system will play an active role in increasing the health and academic achievement of young people. This study aims to investigate the effects of stages of exercise behavior change on physical and mental health as a components of life quality in male and female high school students. Data were collected from 1350 high school male and female students. Short form-health scale (SF- 12) were used for physical health scores (PCS) and mental health scores (MCS). A physical activity stage of change questionnaire was used for activity level.

For statistical analyzes; participants were divided into five categories as stages of exercise behavior change including a pre-contemplation, contemplation, preparation, action and maintenance stages in this study. After performing normality tests, Kruskal Wallis tests were used for comparison among five groups. Mann Whitney U test was also used for two group comparisons. Also Spearman rank order correlation coefficients were computed.

Results of this study showed that the percentages of physical activity level were 41,6 % for males and 27,72% for females. There were significant differences in PCS and MCS scores depending on the level of physical activity in both genders. Overweight and obese percentages in males are twice as high as females. Only in males, the values of PCS and MCS due to the level of obesity are different. Weak BMI group had the highest PCS and MCS values compare to normal, overweight and obese. Physical activity stages of behavior change were significantly correlated with age ( $r=-.167, p<.01$ ), body height ( $r=.123, p<.01$ ), physical health ( $r=.159, p<.01$ ) and mental health ( $r=.191, p<.01$ ) scores in males. These significant correlations with physical activity level were observed in body height ( $r=.107, p<.01$ ), physical health ( $r=.102, p<.05$ ) and mental health ( $r=.087, p<.05$ ) scores in female students.

It can be concluded that there was a need to show new approach towards to change the students' sedentary lifestyles based on scientific information. For participating regular physical activity at least three days a week and one hour a day throughout the year, it is not only important to present indoor and outdoor facilities, but also the employment of qualified coaches, exercise specialists and leaders as well as to plan the physical and sport activity strategies meeting students expectations.

**Keywords:** Physical activity, physical and mental health, students.

**Advisor:** Prof. Mehmet Akif ZİYAGİL, School of Physical Education and Sports, University of Mersin, Mersin.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında emeğini ve desteğini esirgemeyen, düşüncelerim içtenlikle paylaşabildiğim saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Mehmet Akif ZİYAGİL'e teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini sonuna kadar hissettiğim değerli arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Nevzat DEMİRCİ'ye ve çalışmamın her aşamasında bana sürekli destek olan beni motive eden aileme de teşekkürü bir borç bilirim.

Anketlerimi içtenlik ve sabırla doldurarak çalışmama katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

**Ömer Faruk İNEÇLİ**



## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
İÇ KAPAK	ii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı	7
1.2. Problem Cümlesi	7
1.2.1.Alt Problemler	8
<b>2.KAYNAK ARAŞTIRMALARI</b>	<b>9</b>
2.1. Fiziksel Özellikler	9
2.2. Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları	9
2.3. Fiziksel Aktivite ve Sağlık İlişkisi	12
2.4. Fiziksel Sağlık	12
2.5. Ruhsal Sağlık	14
<b>3.MATERYAL ve YÖNTEM</b>	<b>16</b>
3.1. Araştırma Modeli	16
3.2. Çalışma Grubu	16
3.3. Veri Toplama Araçları	16
3.3.1. Demografik Bilgiler	17
3.3.2. Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketi (EDDBA)	17
3.3.3. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği	18
3.4. Verilerin Analizi	20
<b>4.BULGULAR</b>	<b>21</b>
<b>5.TARTIŞMA</b>	<b>29</b>
<b>6.SONUÇ</b>	<b>35</b>
<b>7.ÖNERİLER</b>	<b>36</b>
KAYNAKLAR	37
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Tablo 3.1. SF-12 Ölçek Maddelerinin Fiziksel ve Ruhsal Standardizasyon Değerleri	19
Tablo 4.1. Kadın ve Erkek Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Obezite Düzeylerinin Karşılaştırılması.	22
Tablo 4.2. Kadın ve Erkek Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Obezite Düzeylerinin Karşılaştırılması.	22
Tablo 4.3. Erkek ve Kadınlarda Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Dağılımlarının Karşılaştırılması.	23
Tablo 4.4. Erkek ve Kadınlarda Fiziksel Özellikler ile Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Skorlarının Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarına Göre Karşılaştırılması.	24
Tablo 4.5. Erkek ve Kadınlarda Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Skorlarının Obezite Düzeyine Göre Karşılaştırılması.	25
Tablo 4.6. Erkek ve Kadınlarda Değişkenler Arasında Spearman Sıralı Korelasyon Katsayıları.	25

## GRAFİKLER DİZİNİ

		<b>Sayfa</b>
Grafik 4.1.	Erkek ve Kadınların Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarının Oranlarının Karşılaştırılması.	26
Grafik 4.2.	Erkek ve Kadınların Obezite Yüzde Oranlarının Karşılaştırılması.	26
Grafik 4.3.	Erkek ve Kadınların Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarına Göre Fiziksel Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması.	27
Grafik 4.4.	Erkek ve Kadınların Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarına Göre Ruhsal Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması.	27
Grafik 4.5.	Erkek ve Kadınların Obezite Düzeylerine Göre Fiziksel Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması.	28
Grafik 4.6.	Erkek ve Kadınların Obezite düzeylerine Göre Ruhsal Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması.	28



## KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
Cm	Santimetre
Kg	Kilogram
BKİ	Beden Kütle İndeksi
FSS	Fiziksel Sağlık Skoru
RSS	Ruhsal Sağlık Skoru
EDDB	Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları



## 1. GİRİŞ

Fiziksel hareketsizlik; yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve şişmanlık gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar ile birlikte genel sağlığı tehdit eden dördüncü büyük risk etkeni olarak küresel anlamda ölümlere sebep olmaktadır (WHO, 2008). Bazal veya istirahat seviyesinin üzerinde artan enerji tüketimi neticesinde iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşan tüm hareketler fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (US Department of Health and Human Services, (2008); physical activity guidelines for Americans. American College of Sports Medicine [ACSM], 2013). Egzersiz ise, fiziksel uygunluğun bir veya daha çok bileşenini geliştirmeye ve korumaya yönelik fiziksel aktivite formunda yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrarlanan çalışmalardır (WHO, 2010).

Hareketsiz yaşam tarzı toplum sağlığını olumsuz etkileyen önemli faktörlerden biridir. Toplumda sağlık ve fiziksel uygunluğun gelişimi için çok sayıda insanın düzenli fiziksel ve sportif etkinliklere katılımı sağlanmalıdır. Fiziksel aktiviteye katılımdaki temel amaç sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk özelliğinin geliştirilmesidir. Gençlerde en önemli sağlık göstergelerinden biride sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk seviyeleridir. Bu konuda liseli erkek ve kadın öğrencilerin değerlerini yansıtan kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994). Bouchard ve arkadaşlarının (1994) modeline göre kardiyorespirator, metabolik, morfolojik, motor ve kassal olmak üzere beş temel bileşenin geliştirilmesini kapsayan sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk, sadece gençlik yıllarında değil çocukluktan yaşlılığa kadar tüm dönemlerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir.

Bedenin işleyişi ile ilgili olarak (Mental Health Commission (MHC), 2016) fiziksel sağlık; hastalık, yaralanma ve sakatlık olmadan vücut sistemlerinin etkin işleyişi anlamına gelmektedir. Genelde hastalıklardan uzak durmak en temel sağlık göstergesidir ve birey hasta ya da sakat olmasada ihtiyaç duyulan işleri tamamlamak için yeterli enerjisinin olup olmadığı, obez ya da aşırı kilolu olup olmadığı gibi etkenlerin hepsi fiziksel sağlıkla ilgilidir. Kısaca, insan vücudunu oluşturan sistemler en etkin şekilde çalışırken bir kişinin fiziksel olarak sağlıklı olduğu düşünülmektedir (MHC, 2016).

Bireylerin ve toplumların sosyal ve duygusal sağlığıyla ilişkili olan ruhsal sağlık, kültürden etkilenmekle beraber genel olarak yaşamdan zevk alma, stres ve üzüntü ile baş etme becerisi, hedeflerin ve potansiyelin yerine getirilmesi konularını kapsamaktadır (MHC, 2016). Bir başka ifadeyle, mutluluk gibi olumlu duygular, benlik saygısı gibi psikolojik kaynakları içeren bir kişilik özelliği ve olumsuzluklara direnç göstererek baş edebilme kapasitesi şeklinde de ruhsal sağlık ifade edilebilir (WHO, 2005). "Ruhsal sağlık, bir kişinin açık ve anlaşılır düşüncelerini, günlük hayatın sorunlarını çözme yeteneğini, arkadaşları ve ailesi ile geliştirdiği

ilişkileri kapsamaktadır (Patel, 2002). Fiziksel aktivite, fiziksel sağlığın yanında kişinin ruhsal olarak sağlıklı hissetmesini sağlamaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, depresyon ve anksiyete duyguları üzerinde olumlu etkilere sahiptir ve dolayısıyla kişinin kendini daha enerjik hissetmesine yardımcı olmakta ve günlük görevlerle başa çıkma becerisini geliştirmektedir (Friedman, Stine & Whalen, 2004 ).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın şekilde kullanılan araçlardan biri de, kısa form sağlık taraması SF 12'dir (Ware, Gandek & Keller, 1996). Büyük grupların sağlık taramalarında, SF-12, sekiz ölçekli sağlık profil skoru ile fiziksel ve ruhsal sağlık kriterlerini ortaya çıkarmaktadır. Fiziksel sağlık bileşenlerinin skoru, iki maddeden oluşan fiziksel fonksiyon (physical functioning), iki maddeden oluşan fiziksel fonksiyona bağlı rol sınırlamaları (role-physical), bir maddeden oluşan vücut ağrısı (bodily pain) ve yine bir maddeden oluşan genel sağlık algısını (general health) kapsamaktadır. Ruhsal sağlık bileşenlerinin skoru, bir maddeden oluşan canlılık (vitality), bir maddeden oluşan sosyal fonksiyon (social functioning), iki maddeden oluşan duygusal problemlerden kaynaklanan rol sınırlamaları (role-emotional) ve iki maddeden oluşan ruhsal sağlığı (mental health) kapsamaktadır. Bu alt boyutlara verilen cevaplar birleştirilerek fiziksel sağlık bileşenleri skoru (Physical Component Summary, PCS-12) ve ruhsal sağlık bileşenleri skoru (Mental Component Summary, MCS-12) olarak değerlendirilmektedir (Younsi, 2015). Araştırmalar, SF-12 sağlık taramasının tüm toplumun (Andrews, 2002; Jenkinson & Layte, 1997) olduğu kadar küçük etnik grupların da (Burdine, Felix & Abel, 2000; Jenkinson, Chandola, Coulter & Bruster, 2001) sağlık durumunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir anket olduğunu doğrulamaktadır. Ayrıca, yaşlılar arasında değişik sağlık durumlarının göstergelerini doğru bir şekilde ayırt edebilmektedir (Jakobsson, 2007; Pettite, Livingston & Manela, 2001). Diğer yandan, ruhsal sağlık bozuklukları, osteoartrit, retinal hastalık, bel ağrısı ve obezite gibi sağlık sorunlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin belirlenmesinde kabul edilebilir bir ölçüm yöntemidir (McHorney, Ware & Raczek 1993; Wee, Davis & Hamel, 2008). Fiziksel ve ruhsal sağlığı altı dakika gibi kısa süre içerisinde doğru ve etkili şekilde belirleyen SF-12, sadece Amerika Birleşik Devletlerinde değil İspanya, Fransa, Almanya, İsviçre, Japonya, İtalya, Rusya, Yunanistan, Çin ve Türkiye'de de kullanılmaktadır (Kılıç, 1996; Kodraliu, Mosconi & Groth, 2001).

Hareketsizliğe ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak bireylerin obezite düzeylerine etki eden üç mekanizma vardır. Bunlar günlük enerji tüketiminde, günlük yiyecek tüketimi ile istirahat metabolizması seviyelerinin artış ve azalışıdır. Küçük yaşlardan itibaren obeziteden korunmak için sedanter yaşam tarzından kaçınmak ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürmek en önemli iki uygulamadır (Dietz & Gortmarker, 1985; Klesges, Shelton & Klesges, 1993). Son yarım yüzyılda dünyaki çocuk, genç ve yetişkinlerde obezite oranları önemli seviyede artmıştır (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014; WHO, 2013). Türkiye'de obezite oranı

2008 yılında %15.2 iken 2014 yılında %31.1 oranında artış göstererek %19.9'a ulaşmıştır. Bu artış oranı, kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %24 olarak gözlenmiştir (TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması [TSA], 2014). En yüksek obezite oranına %28,7 ile ABD sahipken bu ülkeyi %22.2 ile İzlanda izlemekte ve Türkiye ise %19.9'luk oranla üçüncü sırada yer almaktadır. Obezite oranının en düşük olduğu ülkeler ise sırasıyla %2.4'lük oranla Kore, %10.3'lük oranla İsviçre ve İtalya'dır (TÜİK, TSA, 2014).

Aşırı kiloluluk ve obezitenin aralıkları tüm yetişkinler için vücut ağırlığı ve boy uzunluğu değerleri kullanılarak hesaplanan beden kütle indeksi (BKİ) ile gösterilmektedir. BKİ, birçok kişi için vücut yağları ile korelasyon halindedir. Bu kriterlere göre BKİ değeri 18'den küçük olan kişiler zayıf, 18'den büyük 25'ten küçük olan kişiler "normal kilolu", 25'den büyük 30'dan küçük olan kişiler "aşırı kilolu", BKİ değeri 30 ve üzeri olanlar ise "obez" olarak değerlendirilmektedir (Rampersaud vd., 2008; Sözen, 2006).

Sağlık ve fiziksel uygunluğu geliştirmek amacı ile fiziksel ve sportif aktivitelere katılım oranları Avrupa Birliği ülkeleri Hollanda'da % 56, Almanya'da % 53, İngiltere'de % 41 Fransa'da % 39, İtalya'da % 35 ve İspanya'da % 28 düzeyindeyken (Bottenburg, 2011); Türkiye'de egzersiz davranışı değişim devamlılık aşamasının oranları erkekler için %19,11 ila %23,5 arasında ve kadınlar için %21,78 ila %26,67 arasında değişmektedir (Aksoy & Ziyagil, 2017). Bu oranlar ile Türkiye en düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip ülke konumundadır.

Fiziksel egzersize kıyasla daha kapsamlı bir kavram olan fiziksel aktivite, kompleks ve çok boyutlu bir değişken olarak evde, işte, sporda ve serbest zamanlarda yapılan tüm bedensel işleri kapsamaktadır (Caspersen, Powell & Christensen, 1985; Ono vd., 2007).

Hareketsiz yaşam tarzını değiştirmek isteyen herkes, davranış değişikliği zorluğunu takdir edecektir. Davranışta kalıcı bir değişiklik yapmak nadiren basit bir süreçtir ve genellikle zaman, çaba ve duyguya büyük ölçüde bağlıdır. Düzenli fiziksel aktivite yapmak veya kilo vermek isteyen bir insan için geçerli tek bir çözüm bulunmamaktadır. Genellikle bu hedeflere ulaşmak için deneme yanılma yöntemi ile birkaç farklı tekniği denenmesine ihtiyaç vardır. Bu dönemde birçok insanın cesareti kırılır ve davranış değiştirme hedeflerinden vazgeçilir. Hedefe yönelik çabanın korunmasının anahtarı, yeni teknikler denenmesi ve motivasyonu yüksek tutmak için yeni yollar bulmaktır. Değişim kolay olmayabilir, ancak psikologlar insanların davranışlarını değiştirmelerine etkili bir şekilde yardımcı olmak için çeşitli yollar geliştirmiştir. Bu tekniklerin çoğu terapistler, hekimler ve öğretmenler tarafından kullanılmaktadır. Ayrıca, araştırmacılar, değişimin nasıl gerçekleştiğini açıklayacak teori önermişlerdir. Değişim Aşamaları modeli olarak bilinen bu kuramlardan biri, insanların değişim sürecini anlamalarına yardımcı olmak için kullanılmıştır. Bu model, değişimin nadiren kolay olduğunu ve genellikle küçük adımların kademeli olarak daha büyük bir hedefe doğru ilerlemesini gerektirdiğini göstermektedir (Diclemente, 2003).

Toplumda daha çok gencin düzenli fiziksel aktiviteye katılımını sağlamak için insanların davranış değiştirme istek ve eğilimlerinin doğru yaklaşımlarla tanımlanmasına ihtiyaç vardır. İnsanların egzersize yönelik davranışlarını açıklayan görüşlerden biride transteorik modeldir (Marcus & Lewis, 2003).

Transteorik model (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) belli bir davranışı sergilemede insanların değişik aşamalar boyunca düzlemsel değil dairesel olarak ilerlediğini ve bu sebeple pek çok insanın yaşam tarzlarını değiştirme ve bu değişiklikte devamlılığı sağlamada başarılı olamadıklarını iddia etmektedirler (Marcus, Buck, Pinto & Clark, 1996). Transteorik modelin dairesel sürecinin beş aşaması şu şekilde sıralanmaktadır; (1) Niyet Öncesi aşaması, (2) Niyet aşaması, (3) Hazırlık aşaması, (4) Hareket aşaması, (5) Devamlılık aşaması (Marcus & Lewis, 2003).

Bu davranış değişim etkenlerini, değişim evrelerini ve her aşamada uygun çalışma yollarını anlamak, hedeflere ulaşmaya yardımcı olacaktır.

Davranış değişiminin başarılı olabilmesi için şu 3 etkenin anlaşılması gerekmektedir. Birincisi insanın değişime hazır olmasıdır. Davranışları kalıcı şekilde değiştirmek için gerekli kaynak ve bilgiye sahip olunup olunmadığı değerlendirilmelidir. İkincisi değişimin önündeki engellerdir. Değişimin engelleyen unsurların ortadan kaldırılması gerekir. Örneğin; güvenlik, zaman darlığı, malzeme. Üçüncüsü ise, eski davranışa dönmedir (nüksetme). Her zaman eski davranışa dönüş ihtimalinin olduğunun bilinmesi gerekir. Geriye dönüşü tetikleyecek etmenler neler olabileceği dikkatlice değerlendirilmelidir (Diclemente, 2003).

Değişim için en iyi bilinen yaklaşımlardan biri, 1970'lerin sonunda araştırmacı Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından sigara içmeyi bırakmaya yardımcı olacak yollar araştırılarak tanıtılan "Değişim Aşamaları" modeli olarak bilinir. Davranış değişim aşamaları modeli, insanların davranış değişikliği sürecini anlamada etkili bir yardımcı olduğu bulunmuştur. Bu modelde değişim yavaş yavaş gerçekleşir ve önceki davranış biçimlerine dönüş ömür boyu değişim sürecinin kaçınılmaz bir parçasıdır. İnsanlar çoğunlukla erken dönemlerde isteksizdir ya da değişime karşı direnirler, ancak sonunda davranışlarını değiştirmeye yönelik proaktif ve kararlı bir yaklaşım geliştirirler.

Bu değişim modelinin ilk aşaması niyet öncesi (precontemplation) olarak bilinir. Niyet öncesi aşamasında, insanların aklından davranışlarını değiştirmek bile geçmiyordür. Davranışlarının sorun olmadığı düşünmektedirler. Sorun davranışın varlığı kabul edilmemektedir. Bu aşamadaki insanlar davranışlarının zarar verici olduğunu veya eylemlerinin sonuçları hakkında yetersiz bilgi sahibi olduklarından haberdar değildirler. Bu aşamada olanlar geçmişte bu davranışı değiştirme girişiminde bulunup bulunmadıklarını veya bu davranışı sorun olarak görüp görmediğini sorgulayabilirler.

Transteorik modelin ikinci basamağı, niyet (contemplation) aşamasıdır. Bu aşamada, insanlar bir değişim yapmanın potansiyel faydalarından giderek daha fazla haberdardır. Ancak masraflar daha da ön plana çıkmaktadır. Bu çatışma değişime ilişkin güçlü bir kararsızlık duygusu yaratmaktadır. Bu belirsizlik nedeniyle değişimin düşünülmesi aylarca hatta yıllarca sürebilir. Nitekim birçok insan niyet aşamasında uzunca süre düşünmemiştir. Bu aşamada, değişimi, duygusal, zihinsel veya fiziksel yararlar elde etmekten daha çok kendinden bir şey verme süreci olarak görülmektedir. Bu aşamada, değişimin neden istenildiği, değişimi engelleyen etmenler ile davranış değiştirmemize yardımcı olacak fırsatların olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Transteorik modelin üçüncü basamağı, hazırlık (preparation) aşamasında, daha büyük bir davranış değişikliği için günlük yaşamda küçük değişikliklerin yapılmasına başlanmalıdır. Örneğin, kilo verme hedefleniyor ise, daha az yağlı gıdalara tüketilebilir veya düzenli fiziksel aktivite yapmak düşünülüyor ise, merdivenler daha çok kullanılabilir. Ayrıca, bu konularda özel eğitmenlerden danışmanlık alınması, fitness salonuna üye olunması veya egzersiz ve beslenme konusunda kitapların okunması gibi işler yapılabilir. Hazırlık aşamasında başarılı olabilmek için atılması gereken adımlar vardır. Davranışınızı değiştirmenin yolları hakkında mümkün olduğunca fazla bilgi toplanması önemlidir. Motivasyonu artıran sözlerin ve hedeflerin listesi hazırlanmalı ve sosyal destek sağlayacak arkadaşlar ile birlikte daha çok zaman geçirilmelidir.

Transteorik modelin dördüncü basamağı, hareket (action) aşamasında, insanlar hedeflerini gerçekleştirmek için doğrudan eyleme geçerler. Çoğu zaman, kararlar başarısızlıkla neticelenmektedir. Çünkü önceki aşamalarda bilgilenme ve hedeflerin belirlenmesi gibi yapılması gerekenler yapılmamış ve yeterli zaman harcanmamıştır. Örneğin, birçok kişi kilo vermek ve yeni bir egzersiz rejimi başlayarak daha sağlıklı bir diyet tüketmeye başlar ve aperitifleri keser. Atılan bu adımlar başarı için vazgeçilmezdir. Ancak önceki adımlar gözden kaçırıldığı için çoğu kez birkaç hafta içinde bu davranış değişikliği girişimleri terk edilmektedir (Diclemente, 2003). Eğer yapılan davranış değişiklikleri devam ettiriliyor ise, bireyler kendilerini ödüllendirmelidir. Yakın sosyal çevredeki bireylerin teşvik edici ve destekleyici davranışları da olumlu olumlu adımların devam etmesine yardımcı olmak açısından son derece önemlidir. Bireyler, kendi yeteneklerini ve kendine olan inancını gözden geçirmelidir. Değişimin veya gelişimin sürekli gözlenerek yüksek motivasyon düzeyinin sürekliliği sağlanmalıdır.

Transteorik modelin beşinci basamağı, devamlılık (maintenance) aşamasında, eski davranışlardan başarıyla kaçınmayı ve yeni davranışları sürdürmeyi içerir. Bu aşamada insanlar, değişimlerine devam edebilecekleri konusunda kendinden emindirler. Yeni bir davranış sürdürülmeye çalışıldığında, eski davranışlara dönmek için yeni yollar aranmalıdır. Eski alışkanlıkları daha olumlu eylemler ile değiştirmelidir. Eski davranışlara dönüşün her engellenişinde birey ödüllendirilmelidir. Geriye dönüş oluştuğunda bile acele edilmemeli



olumlu davranışa yönelmeden vazgeçilmemelidir. Bunun yerine, sadece küçük bir gerileme olduğunu kendinize hatırlatın. Bir sonraki aşamada öğreneceğiniz gibi, eski davranışlara dönüş yaygındır ve hayat boyu süren bir değişim sürecinin bir parçasıdır (Diclemente, 2003).

Herhangi bir davranış değişikliğinde, eski davranışa dönüş sık görülmektedir. Bu geriye dönüş neticesinde bireyler başarısızlık, hayal kırıklığı ve suçluluk duygusu yaşamaktadır. Bu geriye dönüşlerin bireylerin özgüvenini zayıflatmasına izin verilmemelidir. Eski bir davranışa geri döndüğünde olumsuz duyguları yaşamak yerine, nedenleri anlaşılmalı çalışılmalıdır. Geriye dönüş neyin sebep olduğu ve geriye dönüşü tetikleyecileri önlemek için nelerin yapılacağını düşünmek daha yararlı olacaktır. Eski davranışlara dönüşler çok sık görülmesi de, en iyi çözüm, davranış değişikliğinin hazırlanması, uygulanması veya sürdürülmesi aşamaları ile yeniden başlamaktır. Kaynakların ve tekniklerin yeniden değerlendirilmelidir. Bireylerin motivasyon düzeyleri, eylem planı ve hedeflerine olan bağlılığı gözden geçirilmeli ve güçlendirilmelidir. Ayrıca, gelecekteki eski davranışlara dönüş nasıl baş edileceğine dair planlar yapılmalıdır. Uygun hazırlık ve eylemler yapılmadığında kararlar başarısız olur. En iyi nasıl yeni bir davranış seçilemeye hazırlanacağı, uygulanacağı ve korunacağı bilinirse davranış değiştirme çabalarının başarısı artacaktır (Diclemente, 2003).

Davranışlarda büyük bir değişiklik yapmak ve bunu korumak kolay değildir. Bu adımları kullanarak hedeflenen davranışların sürekliliğini sağlamak mümkündür. Davranış değişikliği için daha hareketli ve sigarasız bir yaşam için davranış değiştirme aşamalar kullanılabilir. Değişikliğinizi korumak ve kalıcı yapabilmek için yapılandırılmış bir programa ihtiyac olduğu bilinmelidir.

Literatürde sağlığın farklı boyutları ile fiziksel aktivite ve obezite düzeyi değişkenlerinin tamamı ve birkaçı arasındaki ilişkileri inceleyen birçok çalışma vardır (Aksoydan & Çakır, 2011; Rekve, 2015). Türkiye'nin yedi coğrafik bölgesinden belirlenen 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" araştırmasında (Sağlık Bakanlığı [SB], 2016) bireylerin sadece %3.5'i haftada en az 3 gün, 30 dakika orta şiddette düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını bildirmişlerdir. Ulusal Hanehalkı Araştırmasına (SB, 2016) göre Türkiye'nin beş bölgesinde 18 yaş üstü 11.481 bireyin %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitelere katıldığı belirlenmiştir.

Literatürde erkek ve kadınlarda tüm yaş gruplarının sağlıklı fiziksel aktivite arasındaki ilişkilerini araştıran çalışmalardan daha ziyade daha dar aralıkta belirlenen yaş grupları ile belirli sağlık problemlerine sahip özel gruplarla ilgili araştırmalar bulunmaktadır. Çalışmasında 60-69 ve 70-79 yaşları arasındaki iki grubun SF 36 ile belirlenen fiziksel ve ruhsal sağlık skorları ile kuvvet ve aerobik dayanıklılığını karşılaştıran Gouveia ve arkadaşları (Gouveia vd., 2017), yaşlı grupta fiziksel fonksiyonu, fiziksel rolü ve genel sağlığı kapsayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel bileşen skoru (PCS) ile canlılık, duygusal rol ve ruhsal sağlığı kapsayan

ruhsal sağlık skorunun (RSS) anlamlı düzeyde ( $p<.01$ ) farklılaştığını bildirmişlerdir. İki yaş grubu arasında işte/evde, sportif ve serbest zaman etkinlikleri ile vücut kuvveti ve aerobik dayanıklılık değişkenlerinde düşük yaş grubunun lehine anlamlı düzeyde ( $p<.01$ ) farklılaştığı görülmektedir. Ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaş, BKİ, depresif semptomlar ve yalnız başına yaşama arasında negatif korelasyon ( $p<.01$ ) olduğu bulunmuştur (Gouveia vd., 2017).

Türkiye’de yapılan sağlık araştırmaları genellikle küçük gruplar üzerinde sınırlı sayıda değişken kullanılarak yapılmıştır (Arslan & Ceviz, 2007; Güçlü, 2016). Son yıllarda düzenli fiziksel aktivitenin insan sağlığına etkisi konusunda yapılan en kapsamlı araştırmalardan birinde sürekli egzersiz davranışı sergileyen erkek ( $n=4255$ ) ve kadın ( $n=3909$ ) katılımcıların kendi genel sağlık düzeylerinin diğerlerinden daha iyi olduğunu bildirmiştir (Ersöz, 2008).

Toplumun genç bireylerinin yüksek düzeydeki hareketsiz yaşam tarzlarının değiştirilmesi, onların fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık düzeylerinin yükseltilmesine yönelik etkin, yararlı ve sürdürülebilir yaşam boyu fiziksel ve sportif aktivite politikalarının hazırlanabilmesi, uygulanabilmesi, izlenebilmesi ve güncellenebilmesi için güvenilir kapsamlı ve nitelikli araştırma verilerinin toplanması önemlidir.

Toplumda Liselerde fiziksel ve sportif aktivitelerin yaygınlaştırılması ve tanıtımı, gençlerin sağlık ve akademik başarılarını arttırmada etkin rol oynayacaktır.. Lise öğrencilerinin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı ile beden ve ruhsal sağlıkları arasında bir ilişkiyi araştıran çalışmalara ihtiyaç vardır. Bulguların değerlendirilmesi ile liseli öğrencilerin düzenli fiziksel aktivitenin sağlık açısından değerinin anlaşılması sağlanacak ve beden eğitimi faaliyetlerini düzenleyen Adana il Milli Eğitim Müdürlüğü, Gençlik ve Spor Hizmetleri İl Müdürlüğü ve Büyükşehir Belediye Başkanlığına sonuçlar bir rapor ile bildirilecektir.

## **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, 2016 yılında Adana İli Çukurova ilçesinde yaşayan 1350 liseli erkek ve kadın öğrencinin egzersiz davranış değişim aşamaları ile yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal sağlık bileşenleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamıştır.

## **1.2. Problem Cümlesi**

Lise öğrencilerinin egzersiz davranış aşamaları ile fiziksel ve ruhsal sağlık ilişkili midir?

### **1.2.1. Alt Problemler**

1.2.1.1. Liseli kadın öğrencilerin egzersiz davranış değişim aşamaları fiziksel sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.2. Liseli kadın öğrencilerin egzersiz davranışı değişim aşamaları, ruhsal sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.3. Liseli erkek öğrencilerin egzersiz davranışı değişim aşamaları, fiziksel sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.4. Liseli erkek öğrencilerin egzersiz davranışı değişim aşamaları, ruhsal sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.5. Liseli kadın öğrencilerin obezite düzeyleri fiziksel sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.6. Liseli kadın öğrencilerin obezite düzeyleri ruhsal sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.7. Liseli erkek öğrencilerin obezite düzeyleri fiziksel sağlık ile ilişkili midir?

1.2.1.8. Liseli erkek öğrencilerin obezite düzeyleri ruhsal sağlık ile ilişkili midir?



## **2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI**

### **2.1. Fiziksel Özellikler**

Ziyagil ve ark. (2016) Türkiye genelinde üniversiteli erkek öğrencilerin % 7.26'sı, kadınların % 5.59'u şişman olduğunu, erkeklerin % 27.57'si ve kadınların % 11.59'u aşırı kilolu olduğunu, üniversiteli erkek öğrenciler kadınlardan daha yaşlı, daha uzun boylu, daha kilolu ve daha yüksek beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine sahip olduğunu rapor etmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, erkek öğrencilerin % 7.26'sı, kadınların % 5.59'u şişmanken, erkeklerin % 27.57'si ve kadınların % 11.59'u aşırı kiloludur. Üniversite belirgin şekilde artmaya başlayan obezite ve aşırı kiloluluk sorununun başlangıç noktasının ilk, orta ve lise eğitimi sırasında kazanılan pasif yaşam tarzının olduğu düşünülebilir.

Fiziksel özellikler bakımından kadın ve erkek öğrencilerin arasındaki anlamlı farklılıkların olmasını en iyi cinsel dimorfizmle açıklamak mümkündür. Erkek ve kadınlar arasında vücut boyutu ve şekli bakımından farklılıklar görülmesini ifade eden seksüel dimorfizm, erkeğin kadından daha büyük vücut yapısına sahip olmasına yol açmaktadır. Yetişkin erkek, kadından % 7 daha uzun boyludur (Kirchengast, 2010). Ergenlik döneminin başlangıcına kadar cinsel dimorfizmin sebep olduğu farklılıklar düşük seviyede olmasına karşın yapısal farklılıklar genelde adölesan dönemde ortaya çıkmaktadır (Loomba-Albrecht, & Styne, 2009; Wells, 2007). Bu değerlendirmelerde ortaokul ve lise yıllarında egzersiz ve sportif etkinliklerin önemini göstermektedir.

### **2.2. Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları**

Toplumun çoğunluğunun düzenli ve sistemli fiziksel aktiviteye katılımını sağlamak için insanların davranış değiştirme isteklerinin ve eğilimlerinin doğru yaklaşımlarla belirlenmesine gereksinim vardır. Davranış değişiminin sonuçtan daha çok süreç olduğunu ve değişimi gerçekleştirmek için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun davranışlar sergilemesi gerektiğini bildiren Prochaska ve DiClemente, (1983) sigaranın bırakılması için geliştirdikleri Transteoretik Modelde, fiziksel aktivite alanına uygulanmış ve bu programların geliştirilmesi için kullanılmıştır (Marcus, Rossi, Selby, Niaura & Abrams, 1992; Prochaska ve DiClemente 1983). Bu modelde, düzenli fiziksel aktivite yapmaya yönelik davranış değişimi beş aşamada değerlendirilmektedir (Marcus & Lewis, 2003). Bunlar; niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket ve devamlılıktır. Bireyler içinde buldukları düzenli fiziksel aktiviteye yönelik basamaklarda aşama kat ettikçe; fiziksel etkinliklere düzenli katılım sergilediği ve fiziksel aktiviteye yönelik

davranışlarını da olumlu anlamda değiştirdikleri gözlenmektedir (Spencer, Adams, Malone, Roy & Yost, 2006).

Düzenli fiziksel aktiviteye yönelik davranış değişim aşamasının ilk basamağı olan niyet öncesinde bireylerin gelecekteki altı ay içerisinde egzersiz yapmak ile ilgili hiçbir niyeti yoktur ve fiziksel aktivitenin sağlıklarını geliştirilmedeki önemini henüz anlamamışlardır. Bu konuda bilgilendirilmelerine gereksinim vardır. Hareket etmeye zaman bulamayanlar için zaman yönetimi konusunda bilgilendirme yapılabilir. Davranış aşamalarının ikinci basamağını, niyet eğilimi oluşturmaktadır. Fiziksel olarak aktif olmayan birey, aktif olmayı düşünmektedir. Harekete geçmesi için gereken adımları atmasına yardımcı olunabilir. Fiziksel aktiviteyi yaşamın bir parçası haline getirebilmek için yapılması gereken ve gerekmeyen işlerin listesi ile hangi tip fiziksel etkinliklere katılmasının uygun olduğu öğretilmelidir. Bireylere yaşamını değiştirecek küçük değişikliklerle ilgili bilgilerde verilmelidir.

Üçüncü basamak hazırlık aşamasıdır ve bu aşamada birey fiziksel olarak aktiftir. Arzulanan düzeyde aktif olmayan bireyin, düzenli fiziksel etkinliklere katılımı fiziksel aktivitenin sıklığı, yoğunluğu, aktivitenin tipi, süresi, hacmi ve gelişim düzeyini gösteren haftalık programların hazırlanması ile artırılmalıdır. Antrenman değişkenlerini uyumlu şekilde kullanan bireyler aktivite düzeylerini daha etkili şekilde yükselteceklerdir (Marcus vd., 1992). Sosyal destek alan bireylerin fiziksel aktivite programlarını düzenli şekilde takip ettikleri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Sallis, Grossman, Pinski, Patterson & Nader, 1987; Tessaro, vd., 1998). Egzersiz davranışı değişim aşamalarının dördüncü basamağını hareket eğilimi oluşturmaktadır. Bu aşamada birey arzulanan seviyede fiziksel aktivite seviyesini altı ayı aşmayan bir periyotta sürdürmekte ve korumaktadır. Beşinci ve en son aşama olan devamlılık basamağındaki birey, 6 aydan daha uzun süredir ne yüksek ne de düşük yüklenmenin yapılmadığı orta seviyede düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Son iki aşamadaki en önemli yaklaşım, gelecekte fiziksel aktiviteye ara vermeye sebep olacak engellere karşı önlemler almak olmalıdır. Hastalık, tatil, stresli ve tekdüze bir yaşam sürmek, fiziksel aktiviteye ara vermek için başlıca nedenler olarak gözükmektedir. Tatil yapılacak yerde fiziksel aktivite imkanlarının araştırılması hareketsizliğe karşı önemli bir önlemdir. Bu risklere karşı hareket ve devamlılık aşamalarında geliştirilecek stratejiler Marcus ve Forsyth (2003) çalışmalarında belirgin bir şekilde ortaya konulmuştur. Hazırlık aşamasında olduğu gibi hareket ve devamlılık aşamalarında da hedeflerin belirlenmesi ve çalışmaların denetlenmesi önemlidir. Bu hedeflerin başarılması için kısa ve uzun vadeli stratejilerin belirlenmesi ve sözel teşviklerin kullanılması önemli gözükmektedir. Çünkü bu sebeplerin birisi can sıkıntısına ve dolayısıyla fiziksel aktivitenin sonlandırılmasına yol açabilir (Marcus & Forsyth, 2003). Türkiye ve dünyada bu modelle ilgili yapılmış çeşitli araştırmalar mevcuttur (Cengiz, Aşçı & İnce, 2010; Ebem, 2007; Fahrenwald & Walker, 2003; Frenn & Malin, 2003; Kafalı, 2009; Miçooğulları, Cengiz, Aşçı &

Kirazcı, 2010; Sarkin, Johnson & Prochaska, 2001; Steptoe, Kerry & Rink, 2001; Tümer, Arslan, Pehlivan, Sunna & Koç, 2013).

Tümer ve arkadaşları (2013) Muğla ili merkezinde % 67'si kadın olan 200 bireyin egzersiz davranışlarını Transteoretik Model'e göre incelemiş ve ortalama yaşları  $31.81 \pm 10.44$  olan katılımcıların %14.5'inin "niyet öncesi", %18.0'inin "niyet", %20.0'sinin "hazırlık", %23.5'inin "hareket" ve %24.0'ünün "devamlılık" aşamasında olduğunu rapor etmiştir. Araştırmasında Egzersiz davranışı değişim basamakları anketini kullanan Ebem (2007) ODTÜ'de eğitime yeni başlayan erkek öğrencilerin kadınlardan, yurttan kalan öğrencilerin evde kalanlardan daha yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olduğunu göstermişlerdir. Genelde ODTÜ'li öğrencilerin, %9,2'sinin niyet öncesi, %39,3'ünün niyet, %27,8'inin hazırlık, %14,5'inin hareket ve %9,2'sinin devamlılık aşamalarında olduğu rapor edilmiştir. Başka bir anlatımla ODTÜ öğrencilerinin yaklaşık olarak %80'inin fiziksel aktivite düzeyi sağlıklı yaşam için gereken düzeyin altındadır (Ebem, 2007). Yine Cengiz (2010) çalışmasında, Orta Doğu Teknik Üniversitesi lisans öğrencilerinin egzersiz davranışı değişim basamaklarını araştırmış ve tüm öğrencilerin %15,2'sinin niyet öncesi, %31,4'ünün niyet, %25,3'ünün hazırlık, %7,5'inin hareket ve %20,6'sının devamlılık basamaklarında olduğunu bildirmiştir (Cengiz vd., 2010). Miçooğulları ve ark. (2010) Ankara ilindeki üniversitelerde eğitim alan 18-29 yaşları arasındaki 249 erkek ve 257 bayan toplam 506 öğrencinin egzersiz davranışı değiştirme aşamalarının dağılımını niyet öncesi basamakta %15.02, niyet basamağında %25.10, hazırlık basamağında %22.72, harekete geçme basamağında %13.63 ve devamlılık basamağında %23.32 olarak tespit etmiştir (Miçooğulları vd., 2010).

Çeker ve ark. (2013) Amasya il merkezinde farklı yaş gruplarında erkek ve kadınların düzenli fiziksel aktiviteye katılım ve egzersiz davranışının değişim aşamalarının oranlarını belirlediği çalışmada, 14-19 yaşları arasındakilerin hareket ve devamlılık aşamalarında olanların yüzde oranlarını kadınlar için % 17.68 ve % 20.20 olarak bildirirken aynı değerler erkekler için % 21.65 ve % 29'dur (Çeker, Çekin & Ziyagil, 2013).

Sonuç olarak Adana İl merkezinde yaşayan liseli öğrencilerde düzenli egzersiz davranışının devamlılık aşaması oranı, Avrupa Birliği Ülkeleri arasındaki en düşük düzenli fiziksel aktiviteye katılım oranından hala daha düşüktür. Gerçekçi sağlık ve fiziksel aktivite yönelik politikalar tüm illeri temsil eden kapsamlı doğru verilere dayandırılmasına ihtiyaç vardır (Çeker vd., 2013).

### 2.3. Fiziksel Aktivite ve Sağlık İlişkisi

Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) Üniversiteli erkek öğrenciler kadınlardan daha yüksek oranda sigara kullanmalarına karşın genel sağlık düzeyleri kadınlardan daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Bu çalışmada erkek öğrencilerin % 31,35'i, kadınların %22.51'i genel sağlık durumlarını "çok iyi" olarak bildirmiştir. Erkek öğrencilerin % 15.82'si, kadınların % 19.90'ı kendilerinin genel sağlık durumlarını kötü ve engelli olarak tanımlamıştır. Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) düzenli fiziksel aktivite düzeyine bağlı genel sağlık algısının arttığını bildirmişlerdir.

(Wendel-Vos, Schuit, Tijhuis & Kromhout, 2004) Danimarka'da yaptıkları boylamsal çalışmada cinsiyeti dikkate almaksızın rekreasyonel sportif aktivitelere katılım ile fiziksel sağlık arasında pozitif ilişki rapor etmişlerdir. Benzer ilişki Ziyagil ve ark. (2016) çalışmasının sonuçları ile örtüşmektedir.

Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) Üniversiteli öğrencilerin fiziksel ve sportif aktivitelere yönelimi ile ilgili çalışmasında, erkeklerde genel sağlık durumu ile egzersiz davranış aşamaları arasında pozitif yönde ( $r=0.251^{**}$ ) ve sigara kullanımı ile negatif yönde ( $r=-0,126^{**}$ ) anlamlı ilişki varken, benzer şekilde kadınlarda genel sağlık durumu ile egzersiz davranış aşamaları arasında pozitif yönde ( $r=0.152^{**}$ ) ve sigara kullanımı ile negatif yönde ( $r=-0,092^{**}$ ) anlamlı ilişki bulunmuştur.

### 2.4. Fiziksel Sağlık

Bedenin işleyişi ile ilgili (MHC, 2016) fiziksel sağlık; hastalık, yaralanma ve sakatlık olmadan vücut sistemlerinin etkin işleyişi anlamına gelmektedir. Genelde hastalıklardan uzak durmak en temel sağlık göstergesidir ve birey hasta ya da sakat olmasada ihtiyaç duyulan işleri tamamlamak için yeterli enerjisinin olup olmadığı, obez ya da aşırı kilolu olup olmadığı gibi etkenlerin hepsi fiziksel sağlıkla ilgilidir. Kısaca, insan vücudunu oluşturan sistemler en etkin şekilde çalışırken bir kişinin fiziksel olarak sağlıklı olduğu düşünülmektedir (MHC, 2016).

Sağlıklı yaşam anlayışını sergileyebilmenin ilk koşulu, kendi bedeni, zihni ve ruhsal dengesi arasında uyumu sağlamaktır. İkinci koşul ise, her insanın kendi yaşam kalitesini artırmak için sorumluluk alması ve bireysel potansiyelini ortaya çıkarmasına yardımcı olacak sağlıklı tutumlar geliştirmesidir. Yaşamın ilk yıllarından itibaren sağlıklı bir birey olmak için bu iki koşulu sağladığımızda ömür boyu sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında başarılı olma olasılığı artmaktadır (Lyons, Jackson & Hey, 2015). Aktif yaşam tarzını benimsemek fiziksel sağlığın geliştirilmesinde bir avantajdır. Düzenli fiziksel aktivite ile kalp ve akciğerler daha etkin çalışmakta ve vücutta daha fazla kan ve oksijen dolaşımı olmaktadır. Kan kolesterol seviyeleri

sağlıklı bir aralıkta iken ve kan damarları güçlü ve sağlıklı olmaktadır. Kas kuvveti ve dayanıklılığı arttırılmakta ve aynı zamanda eklemlerin esnekliği daha etkin hale gelmekte ve böylece sırt yaralanmalarına karşı koruma sağlanmaktadır. Kas ve yağ kütlesi arasında iyi bir oran muhafaza edilmektedir. Metabolik hız artmaktadır. Kas kütlesi artışı nedeniyle daha fazla kalori yakılmaktadır (Friedman vd., 2004) ve fiziksel uygunluğu yüksek olan bireyler genellikle sağlıklı olduklarında mutlu ve üretkenlerdir (MHC, 2016). Fiziksel sağlık ile ilgili dikkat edilmesi gereken ana bileşenler olarak fiziksel aktiviteye katılım, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, vücut ağırlığı kontrolü, alkol ve uyuşturucu maddelerden uzak durmak, tıbbi öz bakım, kendine zaman ayırma, strese neden olan etmenleri yönetme, dinlenme ve uyku (Lyons vd., 2015).

Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan birçok beceriler arasında mevcut sağlık durumunu değerlendirme, etkili iletişim, sağlıklı yaşam uygulamaları, zorluklar ile başa çıkma yeteneği, bilgili bir tüketici olma, hedefleri belirleme, gerektiğinde hayır deme, karar verme ve toplum kaynaklarını kullanabilme sayılmaktadır. Sağlığın değerlendirilmesinde, sağlığı etkileyen eylemler ve davranışlar dikkate alınarak sağlığı olumsuz etkileyen davranışları öğrenmek ve bunlardan kaçınmak gerekmektedir. Etkili İletişimde, aile, arkadaşlar, öğretmenler ve gün boyunca karşılaşılan diğer tüm bireylerle iletişim kurulması önemlidir. Etkili iletişim kurmak, kişinin kendi bakış açısını diğer bireylere anlatması ve yanlış anlaşılmaları önlenmesi kapsamında olmalıdır. Etkili iletişim için dinleme becerisi, kendini ifade edebilmek kadar önemli gözükmektedir. Sağlıklı yaşam uygulamaları, sağlıklı davranış sergileme, sağlığın korunması ve hastalıktan kaçınma konusunda kişiye yardımcı olmaktadır. Bu davranışlardan bazıları yeterince uyuma, besleyici gıdaların seçimi ve riskli davranışlardan kaçınma gibi davranışlar ile ilişkili gözükmektedir. Zorluklarla başa çıkma yeteneği sıkıntılarla veya sorunlarla kişinin etkili bir şekilde ilgilenebilmesi anlamına gelmektedir. Bu yaşam becerisi, öfke ve depresyon gibi duygularla kişinin başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Bilinçli bir tüketici olmak: çok fazla para ödmeden sağlık ürünleri ve hizmetleri satın almada, kendisi için hangi ürünlerin uygun olduğuna karar vermede kişiye yardımcı olmaktadır. Hedeflerin belirlenmesi işinde hedef, bireyin yapmak istediği veya ileride gerçekleştirmeyi umduğu amaçlardır. Hedef belirleme, bireyin geleceğe odaklanmasına yardımcı olur. Bu yaşam becerisi, uzun ve kısa vadeli hedeflerin nasıl planlanması gerektiğini göstermektedir. Gerektiğinde hayır deme becerisi, sergileme, kişinin yapmak istemediği bir şeyi yapmayı reddettiği bir yöntemdir. Kendine zarar verecek ve değerlerine aykırı davranışlara karşı hayır demeyi öğrenen bir kişi yaşamı ile ilgili daha doğru kararlar vermektedir. Karar verme: Bu yaşam becerisi ile birlikte doğru kararları vermek kişinin hayatının her yönünü etkileyebilmektedir. Yanlış kararlar vermek, kişiyi zor sonuçlara ulaştırabilmektedir. Toplum kaynaklarını kullanma konusunda, çoğu toplumda sağlığı korumaya yardımcı olabilecek bir dizi hizmet sunulmaktadır. Bu yaşam



becerisi kişiye bu hizmetleri nerede bulacağını göstermekte ve kişinin sağlıklı kalmasına yardımcı olabilmektedir (Friedman vd., 2004).

## 2.5. Ruhsal Sağlık

Bireylerin ve toplumların sosyal ve duygusal sağlığıyla ilişkili olan ruhsal sağlık, kültürden etkilenmekle beraber genel olarak yaşamdan zevk alma, stres ve üzüntü ile baş etme becerisi, hedeflerin ve potansiyelin yerine getirilmesi konularını kapsamaktadır (MHC, 2016). Bir başka ifadeyle, mutluluk gibi olumlu duygular, benlik saygısı gibi psikolojik kaynakları içeren bir kişilik özelliği ve olumsuzluklara direnç göstererek baş edebilme kapasitesi şeklinde de ruhsal sağlık ifade edilebilir (MHC, 2016). "Ruhsal sağlık, bir kişinin açık ve anlaşılır düşüncelerini, günlük hayatın sorunlarını çözme yeteneğini, arkadaşları ve ailesi ile geliştirdiği ilişkileri kapsamaktadır (Patel, 2002). Fiziksel aktivite, fiziksel sağlığın yanında kişinin ruhsal olarak sağlıklı hissetmesini sağlamaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, depresyon ve anksiyete duyguları üzerinde olumlu etkilere sahiptir ve dolayısıyla kişinin kendini daha enerjik hissetmesine yardımcı olmakta ve günlük görevlerle başa çıkma becerisini geliştirmektedir (Friedman vd., 2004).

Ruhsal sağlığın dünya genelinde değişik ülkelerdeki durumunu anlamaya çalışmak zor bir süreçtir (Smith, 2014). Ruhsal sağlık, bireylerin, toplumların ve ülkelerin genel refahı için fiziksel sağlık kadar önemlidir. Dünya genelinde ruhsal hastalıkları olan 450 milyon insanın yalnızca küçük bir kısmı tedavi almaktadır. Birçok fiziksel hastalık gibi; ruhsal hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşiminin sonucu olduğu gösterilmiştir. Toplumdaki tüm bireyler için, ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlık, birbirine sıkı sıkıya bağlı olan yaşamın önemli unsurlarıdır. Bu ilişkinin anlaşılmasıyla birlikte, ruhsal sağlığın bireylerin, toplumların ve ülkelerin genel refahı için çok önemli olduğu bilinmektedir. Araştırmalar, ruhsal ve fiziksel sağlığın zaman içinde birbirlerini karşılıklı olarak etkilemesinin sebebinin iki ana bileşen olduğunu göstermektedir. İlk önemli bileşen doğrudan nöroendokrin ve bağışıklık sistemi gibi fizyolojik sistemleri içermektedir. İkinci önemli bileşen ise "sağlık davranışı"dır. Sağlık davranışı terimi, mantıklı beslenme, düzenli fiziksel aktiviteye katılım, yeterli uyku alma, sigarayı bırakma, tıbbi tedavilere bağlı olma gibi çeşitli faaliyetleri kapsamaktadır. Böylece; duygu ve düşünce kalıplarını kapsayan ruhsal sağlık, genel fiziksel sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin endişeli ve depresif ruh halleri, endokrin ve bağışıklık işlevinde olumsuz değişiklikler meydana getirmekte ve çeşitli fiziksel hastalıklara duyarlılığı arttırmaktadır (WHO, 2005).

Ruhsal hastalıkların yaygınlığını, başlangıcını ve seyrini çeşitli faktörler belirlemektedir. Bunlar; sosyal ve ekonomik faktörler, cinsiyet ve yaş gibi demografik faktörler, çatışma ve

felaketler gibi ciddi tehditler, büyük fiziksel hastalıkların varlığı ve aile ortamı gibi faktörlerdir. Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, nedenselliğini ve seyrini inceleyen araştırmalarda cinsiyet farklılıklarına giderek daha fazla odaklanılmaktadır. Kadınlarda görülen depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığının yüksek olmasının birçok nedene bağlı olduğu bilinmektedir. Kadınlarda menstrüel siklusun bir parçası olan veya doğumdan sonraki doğum değişikliklerine ilişkin ruhsal değişimler birkaç ay içinde tekrarlayan bir depresif bozukluğun başlangıcı olabilmektedir. Kadınların toplumdaki geleneksel rolü, kadınların daha fazla strese maruz kalmasını ve onların stresli ortamlarını değiştirememeleri tabloyu dahada ağırlaştırmaktadır. Diğer yandan yaş, ruhsal rahatsızlıkların önemli bir belirleyicisidir. Depresif bozukluklar yaşlılarda sık gözlenmektedir. Diğer bir faktör olan; savaşlar ve iç savaşlar da dahil olmak üzere çatışmalar ve felaketler çok sayıda insanı etkilemekte ve ruhsal sorunlarla yol açabilmektedir. Küresel olarak yaklaşık 50 milyondan fazla kişinin mülteci olduğu tahmin edilmektedir. Buna ek olarak milyonlarca kişi, depremler, seller, tayfunlar, kasırgalar ve benzeri büyük ölçekli felaketler de dahil olmak üzere doğal afetlerden etkilenmektedir. Aynı zamanda fiziksel hastalıkların varlığı hem bireylerin hem de tüm ailelerin ruhsal sağlıklarını etkilemektedir. Hem kadınlarda hem de erkeklerde kanseri de içeren ciddi şekilde yaşamı tehdit eden hastalıkların çoğu bu etkiye sahiptir. Bireyin toplumsal ortamı ile ilişkili olan ruhsal rahatsızlıklar, çeşitli sosyal faktörler ile birlikte hareket ederek ruhsal bozuklukların başlangıcını, seyrini ve sonucunu etkilemektedir (WHO, 2001). İnsanların yaşamlarında gözlenen, arzu edilebilir (iş yerinde yükselme gibi) veya istenmeyen (yakın birinin ölümü) önemli olayların birikimi neticesinde olduğu gözlemlenmiştir (Brown, Birley & Wing, 1972; Leff vd., 1987).

### **3. MATERYAL ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Modeli**

Bu çalışma tarama yönteminde nicel olan ilişkisel ve karşılaştırmalı bir çalışmadır. Tarama yöntemi en genel anlamda, araştırma amacına uygun ve ekonomik bir süreçle var olan durumu aynen resmetmeyi sağlayan bir yöntemdir. Bu çalışmada fiziksel ve ruhsal sağlık bağımlı değişken iken; egzersiz davranışları ve cinsiyet, yaş, vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve obezite düzeyi bağımsız değişkenlerdir.

#### **3.2. Çalışma Grubu**

Adana ili merkez ilçelerinden Çukurova’da yaşayan 13-20, yaşları arasındaki 725 kadın, 625 erkek olmak üzere toplam 1350 erkek ve kadın lise öğrencisi kolayda örnekleme seçilmiştir. Önce öğrenci velilerinden izin formları alınmış ve sonra anketler katılımcılara uygulanmıştır. Adana il merkezi Çukurova ilçesinin 2015 yılı nüfusu 359.315 olduğu ([http://adana.yerelnet.org.tr/il\\_ilce\\_nufus.php?iladi=ADANA](http://adana.yerelnet.org.tr/il_ilce_nufus.php?iladi=ADANA)), dikkate alındığında gerekli örneklem sayısı tablosundan %99 güvenle en az 1350 kişi anketin uygulanmasına karar verilmiştir.

#### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Demografik bilgilerin toplanmasından sonra egzersiz davranışı değişim basamakları anketi ile SF-12 kısa form sağlık anketi uygulanmıştır.

SF-12 (Kısa form-12) Kısa Sağlık Ölçeği ve Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketi Beden Eğitimi Öğretmenleri tarafından uygulanmıştır. Marcus ve Lewis (2003) tarafından geliştirilen “Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketi” (EDDBA; Exercise Stages of Change Questionnaire) kişinin egzersiz davranışı basamaklarını belirlemeyi amaçlamaktadır (Marcus & Lewis, 2003). Egzersiz davranışı değişim basamakları Anketinde yer alan dört maddeye katılımcılar evet/hayır şeklinde ikili cevaplar vermişlerdir. Bireylerin egzersiz yapma niyetleri ve egzersize katılma alışkanlıkları, maddelere verdikleri yanıtlara göre puanlama algoritmaları kullanılarak beş ayrı egzersiz davranış aşaması basamağına ayrılmıştır: Bunlar; niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket ve devamlılıktır (Marcus & Lewis, 2003). Ayrıca deneklere geçmişte üç yıllık bir dönemde devamlılık olarak nitelenebilecek seviyede düzenli fiziksel aktiviteye katılıp katılmadığı da sorulmuştur.

EDDBA’nın Türkçe versiyonuna ait geçerlik ve güvenirlik çalışması Cengiz ve ark.

tarafından yapılmıştır (2010). Anketin kriter geçerliğinin sınanmasına yönelik Cengiz ve ark. (2010) tarafından yapılan analizler anketin kriter geçerliğini destekler niteliktedir. Ayrıca, anketin güvenilirliği için yapılan test-tekrar test değeri (ICC=.80) yüksek bulunmuştur (Cengiz vd., 2010).

Ankette sırasıyla şu sorular soruldu; (1) şu anda orta düzeyde fiziksel aktiviteye katılmaktayım, (2) gelecek 6 ayda orta düzeyde fiziksel aktiviteye katılımımı arttırmak niyetindeyim, (3) şu anda düzenli olarak orta düzeyde fiziksel aktivite yapmaktayım, (4) son 6 aydır düzenli olarak orta düzeyde fiziksel aktiviteye katılmaktayım ve ilave olarak (5) geçmişte, en az 3 yıllık dönemde düzenli olarak orta düzeyde aktivitelere katıldım.

İlk dört soru için puanlama algoritmaları kullanılarak beş ayrı egzersiz yönelik davranış eğilimi basamağına ayrılmıştır. Her soruya verilen evet veya hayır cevaplarına göre değişim aşamaları şu şekilde belirlenir:

Niyet Öncesi (NÖ)	= 1. Soru=Hayır; 2.soru=Hayır
Niyet (N)	= 1. Soru=Hayır; 2.soru=Evet
Hazırlık (H)	= 1. Soru=Evet; 3.soru=Hayır
Hareket (HT)	= 1. Soru=Evet; 3.soru=Evet; 4.soru=Hayır
Devamlılık (D)	= 1. Soru=Evet; 3.soru=Evet; 4.soru=Evet

SF 12 kısa form sağlık anketinde fiziksel sağlık bileşenlerinin skoru, iki maddeden oluşan fiziksel fonksiyon (physical functioning), iki maddeden oluşan fiziksel fonksiyona bağlı rol sınırlamaları (role-physical), bir maddeden oluşan vücut ağrısı (bodily pain) ve yine bir maddeden oluşan genel sağlık algısını (general health) kapsamaktadır. Ruhsal sağlık bileşenlerinin skoru, bir maddeden oluşan canlılık (vitality), bir maddeden oluşan sosyal fonksiyon (social functioning), iki maddeden oluşan duygusal problemlerden kaynaklanan rol sınırlamaları (role-emotional) ve iki maddeden oluşan ruhsal sağlığı (mental health) kapsamaktadır.

### 3.3.1. Demografik Bilgiler

Katılımcılara yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığını kapsayan sorular yöneltilmiştir.

### 3.3.2. Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketi (EDDBA)

Egzersiz Davranışı Değişim Basamakları Anketinin (EDDBA) Türkçe versiyonuna ait geçerlik ve güvenilirlik çalışması Cengiz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Anketin kriter geçerliğinin sınanmasına yönelik yapılan analizler anketin kriter geçerliğini destekler niteliktedir. Ayrıca, anketin güvenilirliği için yapılan test-tekrar test değeri (ICC=.80) yüksek

bulunmuştur (Cengiz vd., 2010).

### 3.3.3. SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği

Araştırmada SF-12 (Kısa form-12) Kısa Sağlık Ölçeği uygulanmıştır. SF-12 toplumun mevcut sağlık durumunu göstermede ve kronik hastalıkların iş gücü kaybını ortaya koymada kullanılabilecek bir ankettir hatta en yaygın kullanılanıdır (Burdine vd., 2000). Genel Sağlık Anketi, ruhsal hastalıkları inceleyen ve toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir . 12 soruluk genel sağlık anketi kısa olduğu , vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo -kültürel ortamlarda kullanılabileceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. Ölçeğin, psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir (Ünalın, 2014). Ölçeğin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için hiçbir veri eksik olmamalıdır. Öncelikle eksik veri olup olmadığı kontrol edilir ve daha sonra Ware ve arkadaşlarının (1996) tarafından oluşturulan katsayılar ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorları hesaplanır (Ware vd., 1996). Her bir soru için fiziksel ve ruhsal standardizasyon yapılabilmesi için 12 maddenin hepsi için teker teker Tablo 3.2'deki skora tablosundaki değerler SPSS'e girilir. Fiziksel sağlık skorları için 12 soruya verilen puanların toplamına 56,57706 eklenirken, ruhsal sağlık skorlarını belirlemek için 12 soruya verilen puanların toplamına 60,75781 eklenerek skorlar belirlenmiş olur (Ware vd., 1996).

**Tablo 3.1.** SF-12 Ölçek Maddelerinin Fiziksel ve Ruhsal Standardizasyon Değerleri

Madde Numarası	Verilen Cevap	Fiziksel Sağlık Skoru	Ruhsal Sağlık Skoru
1	a	0	0
	b	-1,31872	-0,06064
	c	-3,02396	0,03482
	d	-5,56461	-0,16891
	e	-8,37399	-1,71175
2	a	-7,23216	3,93115
	b	-3,45555	1,86840
	c	0	0
3	a	-6,24397	2,68282
	b	-2,73557	1,43103
	c	0	0
4	a	-4,61617	1,44060
	b	0	0
5	a	-5,51747	1,66968
	b	0	0
6	a	3,04365	-6,82672
	b	0	0
7	a	2,32091	-5,69921
	b	0	0
8	a	0	0
	b	-3,80130	0,90384
	c	-6,50522	1,49384
	d	-8,38063	1,76691
	e	-11,25544	1,48619
9	a	0	0
	b	0,66514	-1,94949
	c	1,36689	-4,09842
	d	2,37241	-6,31121
	e	2,90426	-7,92717
	f	3,46638	-10,19085
10	a	0	0
	b	-0,42251	-0,92057
	c	-1,14387	-1,65178
	d	-1,61850	-3,29805
	e	-2,02168	-4,88962
	f	-2,44706	-6,02409
11	a	4,61446	-16,15395
	b	3,41593	-10,77911
	c	2,34247	-8,09914
	d	1,28044	-4,59055
	e	0,41188	-1,95934
	f	0	0
12	a	-0,33682	-6,29724
	b	-0,94342	-8,26066
	c	-0,18043	-5,63286
	d	0,11038	-3,13896
	e	0	0
		<b>Maddelerin Toplamı</b>	
Fiziksel Sağlık Skoru		+56,57706	
Ruhsal Sağlık skoru			<b>Maddelerin Toplamı</b>
			+ 60,75781

### 3.4. Verilerin Analizi

Katılımcıların egzersiz davranış basamakları olan niyet öncesi, niyet, hazırlık, hareket ve devamlılık aşamalarına göre beş kategoriye ayrılmıştır. İstatistiksel analizler için; normallik testleri yapıldıktan sonra, beş grup arasında karşılaştırma için Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Mann Whitney U testi iki grup karşılaştırması için de kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Spearman sıralı korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.



#### 4. BULGULAR

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda tüm değişkenler bakımından normal dağılım sergilemediği görülmüştür (Tablo 4.1.). Kadın ve erkek öğrencilerin obezite düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Erkeklerde kadınların iki katı obez vardır. Yine erkekler aşırı kilolulukta kadınların yaklaşık iki katıdır. Erkeklerde şişmanlık eğilimi kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 4.2, Grafik 4.2.). Egzersiz davranışı değişim basamakları bakımından harekete geçenler ile devamlılık aşamasında olanların toplam yüzdesi kadınlarda % 27.72 ile erkeklerin % 41.60'lık oranından oldukça düşüktür. Diğer bir ifadeyle, kadın öğrencilerin % 72.28'i ve erkek öğrencilerin % 58.4'ü hareketsiz yaşamaktadır (Tablo 4.3., Grafik 4.1.). Egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre erkek ve kadınların fiziksel özellikler ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorları karşılaştırıldığında, kadınlarda yaş, boy uzunluğu, fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarında anlamlı bir farklılaşma vardır. Erkeklerde ise, fiziksel aktivite düzeyine bağlı sadece fiziksel ve ruhsal sağlık skorları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (Tablo 4.4, Grafik 4.3. ve 4.4.). Obezite düzeylerine göre erkeklerde kadınların aksine fiziksel ve ruhsal sağlık skorları farklılaşmaktadır (Tablo 4.5, Grafik 4.5 ve 4.6). Egzersiz davranışı değişim basamakları erkeklerde yaş ile ( $r=-.167$ ,  $p<.01$ ), boy uzunluğu ( $r=.123$ ,  $p<.01$ ), fiziksel sağlık ( $r=.159$ ,  $p<.01$ ) ve ruhsal sağlık skoru ile ( $r=.191$ ,  $p<.01$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kadınlarda ise, egzersiz davranışı değişim basamakları boy uzunluğu ile ( $r=.107$ ,  $p<.01$ ), fiziksel sağlık ( $r=.102$ ,  $p<.05$ ) ve ruhsal sağlık skoru ile ( $r=.087$ ,  $p<.05$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir (Tablo 4.6.).



**Tablo 4.1.** Kadın ve erkek katılımcıların verilerinin normal dağılım gösterip göstermediğinin analizi.

Değişkenler	Kolmogorov-Smirnov					
	Kadınlar			Erkekler		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Yaş	,194	725	,000**	,188	625	,000**
Boy uzunluğu	,063	725	,001**	,050	625	,001**
Vücut ağırlığı	,093	725	,000**	,109	625	,000**
BKİ	,085	725	,000**	,099	625	,000**
Obezite seviyesi	,363	725	,000**	,346	625	,000**
FSS	,071	725	,000**	,085	625	,000**
RSS	,054	725	,000**	,072	625	,000**
EDDBA	,204	725	,000**	,198	625	,000**

\*\*  $p < 0.01$  seviyesinde normal dağılım göstermemektedir.

**EDDB**=Egzersiz davranışı değişim basamakları, **FSS**=Fiziksel Sağlık Skoru, **RSS**=Ruhsal sağlık Skoru. **BKİ**=Beden Kütle İndeksi, Obezite seviyesi (zayıf, normal, aşırı kilolu ve obez).

Hem erkeklerde hem de kadınlarda tüm değişkenlerin normal dağılım sergilemediği görülmüştür.

**Tablo 4.2.** Kadın ve Erkek Katılımcıların Obezite Düzeylerinin Karşılaştırılması.

Cinsiyet	Obezite Düzeyi				Toplam	X <sup>2</sup>	Asymp
	Zayıf 18.5 <	Normal 18.5-24.9	Aşırı Kilolu 25-29.9	Şişman 30 >			
<b>Kadın</b>	140 (% 19,31)	517 (% 71,31)	55 (% 7,59)	13 (% 1,79)	725 (% 100)		
<b>Erkek</b>	108 (% 17,28)	405 (% 64,8)	89 (% 14,24)	23 (% 3,68)	625 (% 100)	21,249	,000**
<b>Toplam</b>	248 (% 18,37)	922 (% 68,30)	144 (% 10,67)	36 (% 2,67)	1350 (% 100)		

X<sup>2</sup>=21,249, \*\* $p < .0001$

Kadın ve erkek öğrencilerin obezite düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Erkeklerde kadınların iki katı obez vardır. Yine erkekler aşırı kilolulukta kadınların yaklaşık iki katıdır. Erkeklerde şişmanlık eğilimi kadınlara göre daha yüksektir.

**Tablo 4.3.** Erkek ve kadınlarda egzersiz davranışı değişim basamakları dağılımlarının karşılaştırılması.

<b>Egzersiz davranışı değişim basamakları</b>						
	<b>NÖ</b>	<b>N</b>	<b>H<sub>z</sub></b>	<b>H<sub>r</sub></b>	<b>D</b>	<b>Toplam</b>
<b>Kadınlar</b>	215 (% 29,66)	177 (% 24,41)	132 (% 18,21)	81 (% 11,17)	120 (% 16,55)	725 (% 100)
<b>Erkekler</b>	123 (%19,68)	148 (%23,68)	94 (% 15,04)	70 (% 11,20)	190 (% 30,40)	625 (% 100)
<b>Toplam</b>	338 (% 25,04)	325 (% 24,07)	226 (% 16,74)	151 (% 11,19)	310 (% 22,96)	1350 (% 100)

$X^2=43.457$ ,  $p<.0001$

Niyet Öncesi(**NÖ**), Niyet (**N**), Hazırlık (**H<sub>z</sub>**), Hareket (**H<sub>r</sub>**) ve Devamlılık (**D**).

Egzersiz davranışı değişim basamakları bakımından harekete geçenler ile devamlılık aşamasında olanların toplam yüzdesi kadınlarda % 27.72 ile erkeklerin % 41.60'lık oranından oldukça düşüktür. Diğer bir ifadeyle, kadın öğrencilerin % 72.28'i ve erkek öğrencilerin % 58.4'ü hareketsiz yaşamaktadır.

**Tablo 4.4.** Erkek ve kadınlarda fiziksel özellikler ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarının egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre karşılaştırılması.

Değişkenler	KADIN ÖĞRENCİLER						ERKEK ÖĞRENCİLER						
	EDDBA	N	M.	SD.	X <sup>2</sup>	Asymp. Sig.	MW U	N	M.	SD.	X <sup>2</sup>	Asymp. Sig.	MW U
Yaş (yıl)	NÖ (G 1)	215	16,02	1,11	22,41	,000**	G1>G3, G4, G5; G2>G3, G4; G2>G5;	123	16,02	1,19	3,98	,409	F.Y.
	N (G 2)	177	15,95	1,07				148	15,97	1,21			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	15,68	1,03				94	16,12	1,25			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	15,57	1,09				70	15,89	1,06			
	D (G 5)	120	15,63	1,04				190	15,82	1,07			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>15,83</b>	<b>1,08</b>				<b>625</b>	<b>15,95</b>	<b>1,16</b>			
Boy Uzunluğu (cm)	NÖ (G 1)	215	163,01	5,55	12,4	,015*	G1<G4, G5; G2<G5;	123	173,66	6,67	9,27	,055	F.Y.
	N (G 2)	177	163,25	6,06				148	175,16	7,27			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	164,05	5,57				94	175,21	7,75			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	164,31	5,44				70	174,90	7,12			
	D (G 5)	120	164,99	5,95				190	176,08	7,16			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>163,73</b>	<b>5,77</b>				<b>625</b>	<b>175,12</b>	<b>7,21</b>			
Vücut Ağırlığı (kg)	NÖ (G 1)	215	55,21	8,09	3,73	,444	F.Y.	123	64,40	11,99	3,85	,426	F.Y.
	N (G 2)	177	56,69	10,01				148	67,41	14,83			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	56,59	9,28				94	67,23	15,47			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	56,57	9,73				70	66,87	12,81			
	D (G 5)	120	55,97	8,95				190	67,65	13,58			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>56,10</b>	<b>9,13</b>				<b>625</b>	<b>66,80</b>	<b>13,82</b>			
Beden Kütle İndeksi (BKI)	NÖ (G 1)	215	20,78	2,88	7,51	,111	F.Y.	123	21,29	3,36	1,16	,885	F.Y.
	N (G 2)	177	21,27	3,52				148	21,89	4,19			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	21,02	3,27				94	21,78	4,09			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	20,93	3,21				70	21,78	3,50			
	D (G 5)	120	20,53	2,94				190	21,72	3,62			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>20,92</b>	<b>3,17</b>				<b>625</b>	<b>21,69</b>	<b>3,77</b>			
Fiziksel Sağlık Skoru (FSS)	NÖ (G 1)	215	50,70	6,82	19,46	,001**	G1<G4, G5; G2<G4; G2<G5; G3<G5;	123	52,82	5,86	12,27	,015*	G2<G4; G2<G5;
	N (G 2)	177	51,67	6,24				148	51,83	5,91			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	51,80	6,86				94	52,84	5,42			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	53,20	5,13				70	53,37	5,50			
	D (G 5)	120	53,51	5,44				190	53,86	5,38			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>51,88</b>	<b>6,37</b>				<b>625</b>	<b>52,97</b>	<b>5,66</b>			
Ruhsal Sağlık Skorları (RSS)	NÖ (G 1)	215	38,28	11,56	32,44	,000**	G1<G4, G5; G2<G4; G2<G5; G3<G5;	123	44,50	11,30	15,39	,004**	G1<G4; G2<G4; G3<G4; G3<G5;
	N (G 2)	177	38,90	11,88				148	44,80	10,13			
	H <sub>z</sub> (G 3)	132	40,14	10,18				94	43,03	9,55			
	H <sub>r</sub> (G 4)	81	42,53	10,96				70	48,32	7,83			
	D (G 5)	120	44,82	11,36				190	46,74	9,75			
	<b>Toplam</b>	<b>725</b>	<b>40,33</b>	<b>11,52</b>				<b>625</b>	<b>45,46</b>	<b>10,04</b>			

\*p<0.05; \*\*p<0.01; M.D.=mümkün değil; MW U=Mann Whitney U test

Egzersiz davranışı değişim basamakları anketi(EDDBA)

G 1=Niyet Öncesi (NÖ), G 2=Niyet (N), G 3=Hazırlık (Hz), G 4=Hareket (Hr) ve G 5=Devamlılık (D).

Egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre erkek ve kadınların fiziksel özellikler ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorları karşılaştırıldığında, kadınlarda yaş, boy uzunluğu, fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarında anlamlı bir farklılaşma vardır. Erkeklerde ise, fiziksel aktivite düzeyine bağlı sadece fiziksel ve ruhsal sağlık skorları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

**Tablo 4.5.** Erkek ve kadınlarda fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarının Obezite düzeyine göre karşılaştırılması.

Değişkenler	KADIN ÖĞRENCİLER						ERKEK ÖĞRENCİLER						
	EDDBA	N	M.	SD.	X <sup>2</sup>	Asymp. Sig.	MW U	N	M.	SD.	X <sup>2</sup>	Asymp. Sig.	MW U
Fiziksel Sağlık Skoru (FSS)	G 1. Zayıf	140	52,74	6,36				108	53,78	4,45			
	G 2. Normal	517	51,75	6,31				405	53,13	5,87			
	G 3. Aşırı Kilolu	55	51,60	6,23	5,31	,151	F.Y.	89	51,52	5,41	9,23	,026*	G1>G3; G2>G3;
	G 4. Obez	13	48,85	8,61				23	51,81	6,95			
	Toplam	725	51,88	6,37				625	52,97	5,66			
Ruhsal Sağlık Skorları (RSS)	G 1. Zayıf	140	42,01	11,41				108	48,21	8,92			
	G 2. Normal	517	40,13	11,46				405	44,79	10,14			
	G 3. Aşırı Kilolu	55	39,17	11,90	6,19	,103	F.Y.	89	45,40	10,06	8,91	,031**	G 1>G2
	G 4. Obez	13	34,93	11,62				23	44,50	11,67			
	Toplam	725	40,33	11,52				625	45,46	10,04			

Obezite düzeylerine göre erkeklerde kadınların aksine fiziksel ve ruhsal sağlık skorları farklılaşmaktadır.

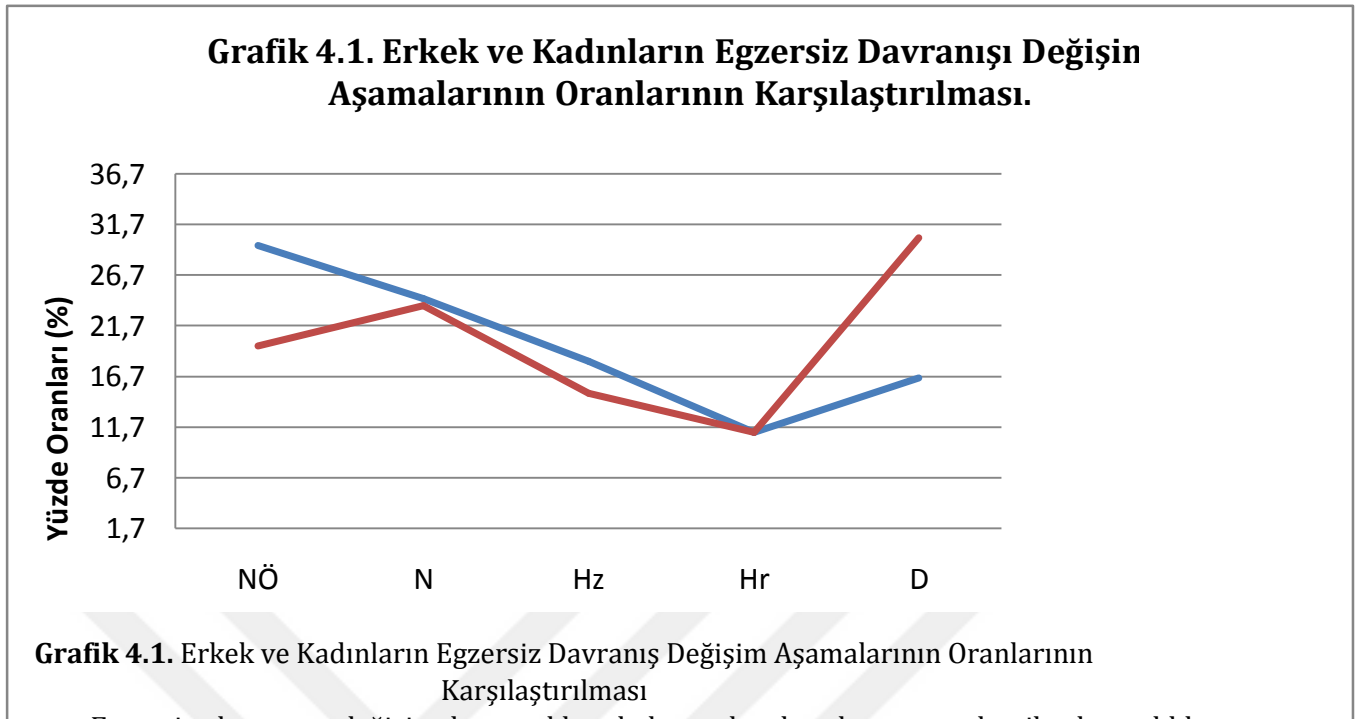
**Tablo 4.6.** Erkek ve kadınlarda değişkenler arasında Spearman sıralı korelasyon katsayıları.

	ERKEKLER			KADINLAR		
	EDDBA	FSS	RSS	EDDBA	FSS	RSS
EDDBA	1,000	,159**	,191**	1,000	,102*	,087*
Yaş	-,167**	-,169**	-,256**	-,051	-,078*	-,115**
Boy uzunluğu	,123**	,066	,000	,107**	-,023	,073
Vücut ağırlığı	,029	-,058	-,058	,067	-,087*	-,017
BKI	-,034	-,094*	-,059	,033	-,095*	-,056
FSS	,159**	1,000	,010	,102*	1,000	-,158**
RSS	,191**	,010	1,000	,087*	-,158**	1,000

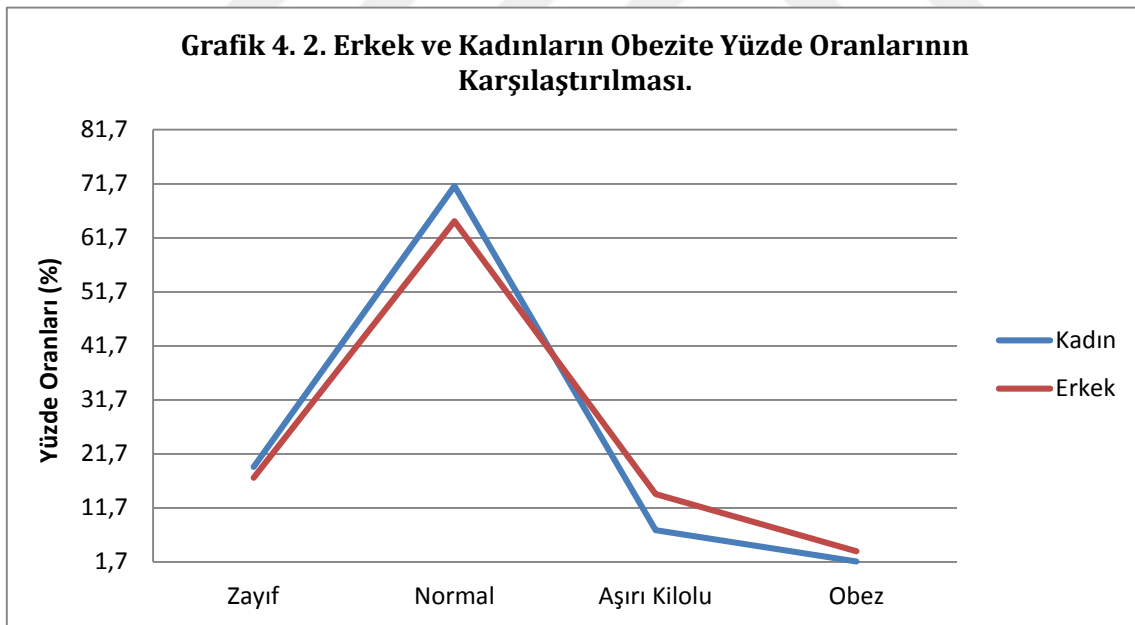
\*p<0.05, \*\*p<0.01.

EDDBA=Egzersiz davranışı değişim basamakları, FSS=Fiziksel Sağlık Skoru, RSS=Ruhsal Sağlık Skoru. BKİ=Beden Kütle İndeksi.

Egzersiz davranışı değişim basamakları erkeklerde yaş ile (r=-.167, p<.01), boy uzunluğu (r=,123, p<.01), fiziksel sağlık (r=,159, p<.01) ve ruhsal sağlık skoru ile (r=,191, p<.01) anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kadınlarda ise, egzersiz davranışı değişim basamakları boy uzunluğu ile (r=,107, p<.01), fiziksel sağlık (r=,102, p<.05) ve ruhsal sağlık skoru ile (r=,087, p<.05) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

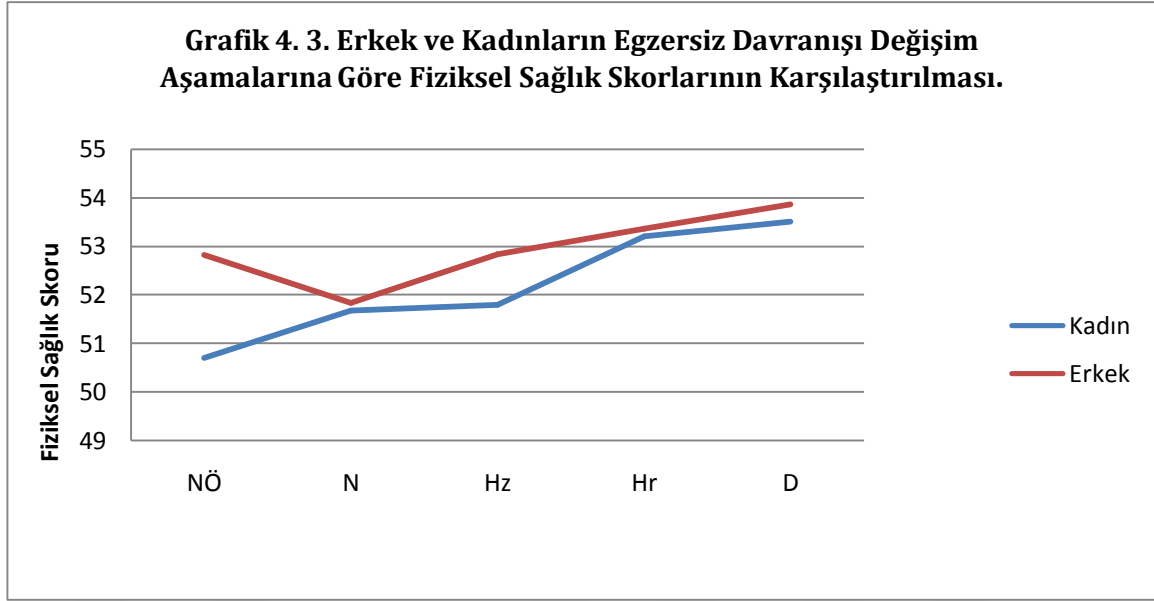


Egzersiz davranışı değişim basamakları bakımından harekete geçener ile devamlılık aşamasında olanların toplam yüzdesi kadınlarda % 27.72 ile erkeklerin % 41.60'lık oranından oldukça düşüktür. Diğer bir ifadeyle, kadın öğrencilerin % 72.28'i ve erkek öğrencilerin % 58.4'ü hareketsiz yaşamaktadır.



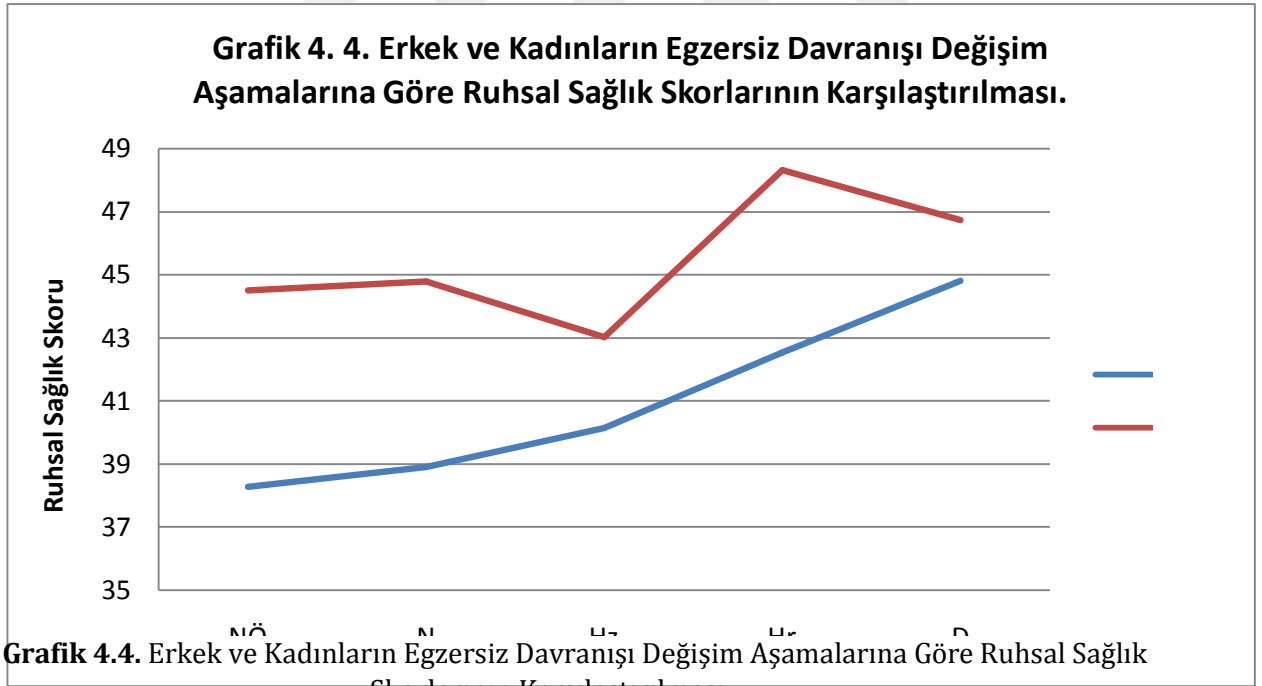
**Grafik 4.2. Erkek ve Kadınların Obezite Yüzde Oranlarının Karşılaştırılması**

Kadın ve erkek öğrencilerin obezite düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Erkeklerde kadınların iki katı obez vardır. Yine erkekler aşırı kilolulukta kadınların yaklaşık iki katıdır. Erkeklerde şişmanlık eğilimi kadınlara göre daha yüksektir.



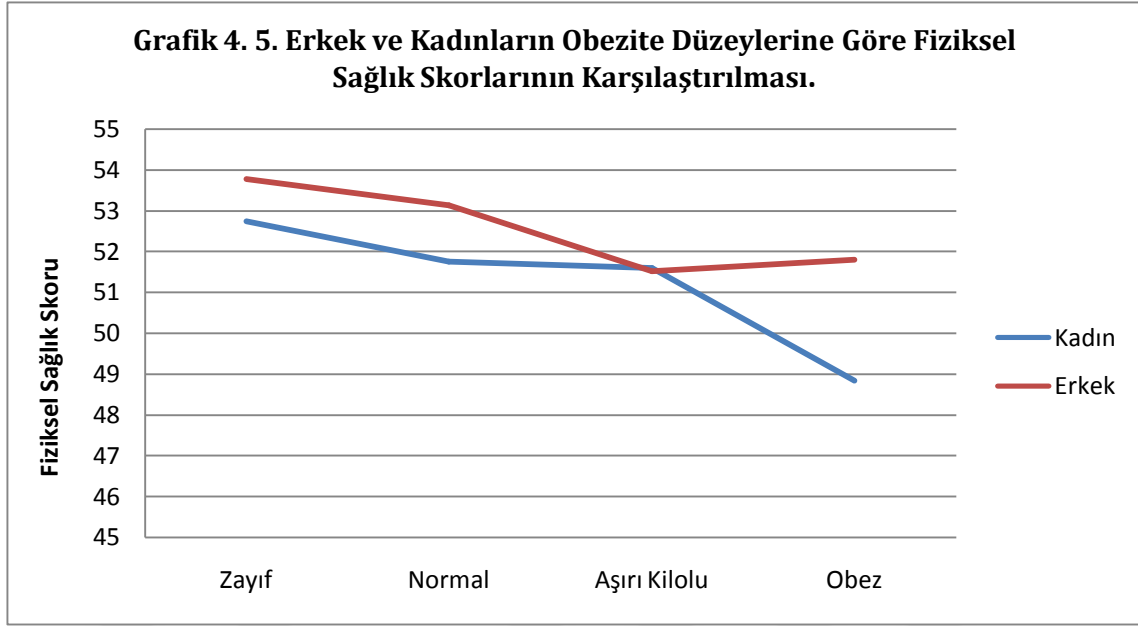
**Grafik 4.3.** Erkek ve Kadınların Egzersiz Davranışı Değişim Aşamalarına Göre Fiziksel Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması

Egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre erkek ve kadınların fiziksel sağlık skorları karşılaştırıldığında, fiziksel sağlık skorlarında anlamlı bir farklılaşma vardır.



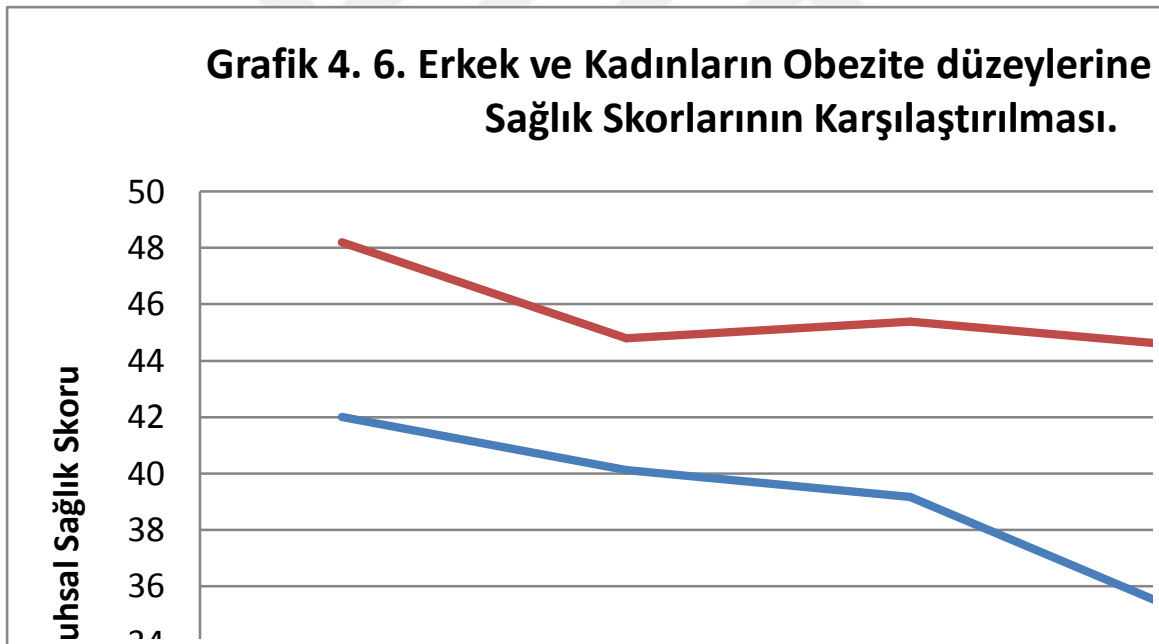
**Grafik 4.4.** Erkek ve Kadınların Egzersiz Davranışı Değişim Aşamalarına Göre Ruhsal Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması

Egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre erkek ve kadınların fiziksel sağlık skorları karşılaştırıldığında, ruhsal sağlık skorlarında anlamlı bir farklılaşma vardır.



**Grafik 4.5.** Erkek ve Kadınların Obezite Düzeylerine Göre Fiziksel Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite düzeylerine göre erkeklerde kadınların aksine fiziksel sağlık skorları farklılaşmaktadır.



**Grafik 4.6.** Erkek ve Kadınların Obezite Düzeylerine Göre Ruhsal Sağlık Skorlarının Karşılaştırılması

Obezite düzeylerine göre erkeklerde kadınların aksine ruhsal sağlık skorları farklılaşmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Toplumun tüm bireylerinin hareketsiz yaşam tarzlarının değiştirilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması onların fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık düzeylerinin yükseltilmesine yönelik etkin, yararlı ve sürdürülebilir yaşam boyu fiziksel ve sportif aktivite ile besin, beslenme plan ve politikalarının hazırlanabilmesi, uygulanabilmesi, izlenebilmesi ve güncellenebilmesi için güvenilir kapsamlı ve nitelikli araştırma verileri son derecede önemlidir. Bu tip çalışmalar sadece il bazında değil ulusal ölçekte de yapılmalıdır. Bu bilgilerin ışığında, 2016 yılında Adana İli Çukurova ilçesinde yaşayan 725 kadın ve 625 erkek olmak üzere toplam 1350 liseli erkek ve kadın öğrencinin egzersiz davranış değişim aşamalarının yaşam kalitesi bileşenleri fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkisini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Liseli öğrencilerinin sağlık ve zindeliklerini geliştirmek ve korunmak için düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı sürdürmeleri temel bir ihtiyaçtır. Adana ve çevresinde lise öğrencilerinin spor ve serbest zamanlardaki fiziksel aktivite alışkanlığı ile beden ve ruhsal sağlıkları arasında bir ilişkiyi araştıran bir çalışma yoktur. Bu çalışma, Adana'nın Çukurova ilçesinde okuyan toplam 1350 öğrenci dahil edilmiştir. Çalışma'da SF-12 kısa form sağlık ölçeği ve egzersiz davranışı değişim basamakları anketi uygulanmıştır. Liseli öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı ile sağlığı arasındaki ilişki; cinsiyet ve beden kütle İndeksi (BKİ) gibi değişkenler dikkate alınarak incelenmiştir.

Düzenli fiziksel aktivitenin genel sağlığı ve fiziksel uygunluğu geliştirdiği bilinmektedir (Brown, Brown & Heath, 2003; Gorczynski & Faulkner, 2010). Fiziksel aktivite katılımı, liseden üniversiteye geçişte yaş ile birlikte azalma eğilimine girdiği bilinmektedir (Douglas, Collins, & Warren, 1997). Fiziksel aktiviteye katılımdaki bu azalma eğilimin liseden üniversiteye geçişte değişip değişmediğinin anlaşılması için üniversiteli öğrenciler ile ilgili araştırma sonuçları ile bu çalışmanın sonuçlarının karşılaştırılması faydalı olacaktır. Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) Türkiye genelinde 17-19 yaşları arasındaki üniversiteli erkek öğrencilerin % 28.83'ünün, kadınların % 14.38'inin altı aydan daha uzun süredir fiziksel aktiviteye katıldığını bildirmiştir. Aynı değerler bu çalışmada, % 30.40 ve % 16.55'dir. Bu çalışmada, Douglas ve arkadaşları (1997) liseden üniversiteye geçişte fiziksel aktivitelere katılımda bildirdiği azalma eğilimi yerine artış eğilimi vardır. Artan katılım eğilimi üniversiteli öğrenciler arasında 30 yaşına kadar sürmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, kadın ve erkek öğrencilerin obezite düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermektedir. Erkeklerde kadınların iki katı obez vardır. Yine erkekler aşırı kilolulukta kadınların yaklaşık iki katıdır. Erkeklerde şişmanlık eğilimi kadınlara göre daha yüksektir. Egzersiz davranışı değişim basamakları bakımından harekete geçenler ile devamlılık aşamasında olanların toplam yüzdesi kadınlarda % 27.72 ile erkeklerin % 41.60'lık oranından



oldukça düşüktür. Diğer bir ifadeyle, kadın öğrencilerin % 72.28'i ve erkek öğrencilerin % 58.4'ü hareketsiz yaşam tarzını benimsemiştir.

Liseden üniversiteye geçişte fiziksel özelliklerin değişip değişmediğinin anlaşılması için üniversiteli öğrenciler ile ilgili araştırma sonuçları ile bu çalışmanın sonuçlarının karşılaştırılması faydalı olacaktır. Ziyagil ve ark. (2016) Türkiye genelinde üniversiteli erkek öğrencilerin % 7.26'sı, kadınların % 5.59'u şişman olduğunu, aynı değerlerin bu çalışmada % 3.68 ve % 1.79 dikkate alındığında erkeklerde iki katı artış ve kadınlarda üç katı artış söz konusudur. Aşırı kilolulukta liseden üniversiteye geçişte erkeklerde % 14.24'ten % 27.57'ye ve kadınlarda % 7.59'dan % 11.59'a yükseldiği görülmektedir (Ziyagil vd., 2016). Lise ve üniversitede erkek ve kadın öğrenciler arasındaki cinsiyete bağlı yapısal farklılıklar devam etmektedir. Erkek öğrenciler kadınlardan daha yaşlı, daha uzun boylu, daha kilolu ve daha yüksek beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine sahiptir (Ziyagil vd., 2016).

Liseli öğrencilerin okul yıllarında hangi seviyede aktif olduğu gelecekteki görünümeleri hakkında spor bilimcilere ve sağlık politikalarını belirleyen birimlere önemli ipuçları verebilir. Hareketsiz yaşam tarzının tercih edildiği ve fiziksel aktivite alışkanlığının terk edildiği zamanı görmek geleceği yönelik tedbirleri alma açısından önemli gözükmektedir. Böylece, bu çalışma liseli erkek ve kadın öğrencilerde düzenli egzersizin; egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre fiziksel ve ruhsal sağlığın değişip değişmediğini araştırmaktadır.

Düzenli fiziksel aktiviteye düşük oranda katılım, liseli öğrencilerin genel sağlığını tehdit eden bir risk faktörüdür. Yinede, fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkisi büyük oranda fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarını kapsayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesine odaklanmaktadır. Bu çalışmada erkek ve kadınlarda fiziksel aktivite düzeyine bağlı fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarında anlamlı farklılaşma bulunmuştur.

Kadınlardaki düzensiz artışın aksine erkeklerde fiziksel ve ruhsal sağlık skorları, egzersiz davranışı değişim basamakları ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorları düzenli şekilde artmaktadır. Bu iki eğilim erkeklerin kadınlardan fiziksel olarak daha etkin olduğunu göstermektedir.

Fiziksel özellikler açısından, fiziksel aktivite davranış değişimi aşamalarına göre sadece erkeklerde yaş ve boy uzunluğu ortalama değerleri farklılaşmaktadır.

Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) Üniversiteli erkek öğrenciler kadınlardan daha yüksek oranda sigara kullanmalarına karşın genel sağlık düzeyleri kadınlardan daha yüksek olduğunu rapor etmiş ve erkek öğrencilerin % 31,35'i, kadınların %22.51'i genel sağlık durumlarını "çok iyi" olarak bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Wendel-Vos, Schuit, Tijhuis ve Kromhout (2004) Danimarka'da yaptıkları boylamsal çalışmada cinsiyeti dikkate almaksızın rekreasyonel sportif aktivitelere katılım ile fiziksel sağlık arasında pozitif ilişki rapor etmişlerdir. Benzer ilişki Ziyagil

ve ark. (2016) çalışmasının sonuçları ve bu çalışmada Adanalı erkek ve kadın liseli öğrencileri için bildirilen sonuç ile örtüşmektedir.

Egzersiz davranışı değişimi aşamaları, fiziksel özellikler ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorları arasında yüksek düzeyde ilişki vardır. Bu çalışmanın sonuçları Tavazar ve arkadaşlarının (2014) çalışmaları ile örtüşmektedir. Bu araştırmacılar fiziksel aktivitenin, fiziksel ve ruhsal sağlığı kapsayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine pozitif etki yaptığını ve fiziksel ve ruhsal sağlığa ilaveten duygusal ve sosyal boyutlarında araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin düzenli fiziksel aktiviteye katılımına yönelik bilgi, beceri ve davranışları geliştirecek yeni stratejilerine ihtiyaç vardır.

Fiziksel aktivite davranışı değişim basamaklarına göre erkek ve kadınlarda fiziksel özellikler ile fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarındaki değişim araştırıldığında, kadınlarda yaş, boy uzunluğu, fiziksel ve ruhsal sağlık skorlarında anlamlı bir farklılaşma vardır. Erkeklerde ise, fiziksel aktivite düzeyine bağlı sadece fiziksel ve ruhsal sağlık skorları anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

Obezite düzeylerine göre erkeklerde kadınların aksine fiziksel ve ruhsal sağlık skorları farklılaşmaktadır. Egzersiz davranışı değişim basamakları erkeklerde yaş ile ( $r=-.167, p<.01$ ), boy uzunluğu ( $r=.123, p<.01$ ), fiziksel sağlık ( $r=.159, p<.01$ ) ve ruhsal sağlık skoru ile ( $r=.191, p<.01$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir. Kadınlarda ise, egzersiz davranışı değişim basamakları boy uzunluğu ile ( $r=.107, p<.01$ ), fiziksel sağlık ( $r=.102, p<.05$ ) ve ruhsal sağlık skoru ile ( $r=.087, p<.05$ ) anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Genel sağlık düzeyi ile diğer sağlık faktörleri arasındaki ilişkiler Ziyagil ve arkadaşları (2016) tarafından araştırılmış ve Üniversiteli erkek öğrencilerin genel sağlık durumu ile egzersiz davranış aşamaları arasında pozitif yönde ( $r=0.251^{**}$ ) ve sigara kullanımı ile negatif yönde ( $r=-0,126^{**}$ ) anlamlı ilişki bulunurken, benzer şekilde kadınlarda genel sağlık durumu ile egzersiz davranış aşamaları arasında pozitif yönde ( $r=0.152^{**}$ ) ve sigara kullanımı ile negatif yönde ( $r=-0,092^{**}$ ) anlamlı ilişki gözlenmiştir. Bu çalışmada fiziksel ve ruhsal sağlık ile fiziksel aktivite düzeyi arasında ilişki araştırılırken Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında sadece genel sağlık dikkate alınmıştır. Dolayısıyla çalışmamızın sonuçları ile doğrudan karşılaştırma yapmak mümkün gözükmemektedir.

Hastalık, yaralanma ve sakatlık olmadan vücut sistemlerinin etkin işleyişi anlamına gelen fiziksel sağlık (MHC, 2016), vücut sistemlerinin etkin işleyişi anlamına gelmektedir. Genelde hastalıklardan uzak durmak en temel sağlık göstergesidir ve birey hasta ya da sakat olmasada ihtiyaç duyulan işleri tamamlamak için yeterli enerjisinin olup olmadığı, obez ya da aşırı kilolu olup olmadığı gibi etkenlerin hepsi fiziksel sağlıkla ilgilidir. Kısaca, insan vücudunu oluşturan sistemler en etkin şekilde çalışırken bir kişinin fiziksel olarak sağlıklı olduğu düşünülmektedir (MHC, 2016). Bu çalışmada, gelecekte kadınlardan daha çok erkeklerde aşırı

kiloluğa ve şişmanlığa yatkın olduğu görülmektedir. Liselerde veya genç nüfusta arzulanan şişmanlık sorununun minimum düzeyde olmasıdır. Düşük fiziksel aktiviteye katılım ve beslenme alışkanlıkları ile birlikte liseli öğrencilerin sağlığını tehdit etmektedir. Liseli öğrencilerde şişmanlık kadar zayıflıkta önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadın öğrencilerdeki % 19.31'lik ve erkek öğrencilerdeki % 17.28'lik zayıflık oranları yetersiz beslenmenin ve geçmişte yaşanan sağlık sorunlarının sonuçları gibi gözükmektedir.

Bu çalışmada, fiziksel aktivite ve BKİ ortalamaları fiziksel sağlığı etkileyen faktörler olarak gözükmektedir. Bu etkinin büyük olmamasının sebebi öğrencilerin bildirdiği fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanabilir. Bu görüşleri destekleyen sonuçlar Lyons ve arkadaşları (2015) tarafından rapor edilmiş ve fiziksel aktiviteye katılım, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, vücut ağırlığı kontrolü, alkol ve uyuşturucu maddelerden uzak durmak, tıbbi öz bakım, kendine zaman ayırma, strese neden olan etmenleri yönetme, dinlenme ve uyku fiziksel sağlığı etkileyen ana unsurlar olarak gösterilmiştir (Wendel-Vos vd., 2004).

Genel olarak yaşamdan zevk alma, stres ve üzüntü ile baş etme becerisi, bireysel hedeflere ulaşılması ve potansiyelin en üst düzeyde kullanılması kapsayan yerine getirilmesi konularını kapsayan ruhsal sağlık, bireylerin ve toplumların sosyal ve duygusal sağlığıyla ilişkilidir ve kültürden etkilenmektedir (MHC, 2016). Bu çalışmanın sonuçları liseli öğrencilerin kendi ruhsal sağlıklarını geliştirebilmeleri için öncelikle bu konuda bilgi ve beceri düzeylerini geliştirmeye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Farkındalık düzeyleri artan öğrencilerin, mutluluk gibi olumlu duygular, benlik saygısı gibi psikolojik kaynakları içeren bir kişilik özelliği ve olumsuzluklara direnç göstererek baş edebilme kapasitesi yüksek olmasının göstergesi olan ruhsal sağlıklarını geliştirmeleri mümkün olacaktır (WHO, 2005). Bir bireyin açık ve anlaşılır düşüncelerini, günlük hayatın sorunlarını çözme yeteneğini, arkadaşları ve ailesi ile geliştirdiği ilişkileri kapsayan ruhsal sağlık (Patel, 2002), fiziksel aktivite düzeyi ile artması, fiziksel ve sportif aktivitenin sağlığın geliştirilmesinde önemli bir araç olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki ilişki anlamlı olsa, bu ilişkinin daha yüksek seviyelerde olması hedeflenmelidir. Liseli öğrencilerin düşük fiziksel aktivite düzeyleri onların akademik performansları üzerinde de olumsuz etki yaratabilir. Sadece fiziksel ve ruhsal sağlığın geliştirilmesinde değil okul başarısında artırılmasında düzenli fiziksel ve sportif etkinlikler bir araç olarak kullanılabilir. Friedman ve arkadaşları (2004) düzenli fiziksel aktivitenin, depresyon ve anksiyete duyguları üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu ve dolayısıyla kişinin kendini daha enerjik hissetmesine yardımcı olacağını ve günlük görevleri ile başa çıkma becerisini geliştirdiğini rapor etmişlerdir (Friedman vd., 2004).

Liseli öğrencilerinin yüksek düzeydeki aktif yaşam tarzlarını benimsemeleri için bilimsel verilere dayalı beden eğitime ve spora yönelik yeni politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Yıl boyu en az haftada üç gün orta düzeyde düzenli fiziksel aktivite yapılması için sadece

spor alanları ve tesislerin hazırlanması değil, nitelikli beden eğitimi öğretmeni, antrenör, serbest zaman eğitmenleri ve öğrenci liderlerinin liselerde istihdam edilmesi kadar öğrencilerin beklentilerini karşılayan fiziksel ve sportif aktivite programlarının geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca, liselerdeki okul içi ve okul dışı tüm etkinliklerin sonuçları düzenli olarak değerlendirilerek faaliyetlerin planlanması gerekmektedir.

Farklı coğrafi ve sosyo-ekonomik kesitlerden daha çok sayıda erkek ve kadın öğrencinin düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı ile fiziksel ve ruhsal sağlığı arasındaki ilişkiler araştırılmalıdır.

Çok yönlü iyi olma halini kapsayan sağlıklı yaşam; sağlık ve zindeliği geliştirmek için yapılan etkinlikler, hareketler ve stratejilerin bir bütünüdür. Dünya Sağlık Örgütüne göre sadece hastalıklardan uzak kalmanın ötesinde, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali şeklinde tanımlanan sağlık; düzenli fiziksel aktiviteyi, duygusal ve ruhsal iyiliği, günlük yeterli beslenmeyi, günlük yeterli uykuyu, alkol, tütün gibi zararlı ilaçlar, hastalıklar ve stresten kaçınmayı ve çalışma ve yaşam arasında dengeyi korumayı kapsamaktadır (WHO, 2013).

Türkiye’de sürekli düzenli fiziksel aktivite yapan erkeklerin %19,11 ila %23,5 arasında ve kadınların %21,78 ila %26,67 arasında değişen oranları, Avrupa Birliği ülkeleri olan Hollanda’da %56, Almanya’da %53, İngiltere’de %41 Fransa’da %39, İtalya’da %35 ve İspanya’da %28 düzeyinden daha düşüktür (Aksoy & Ziyagil, 2017; Bottenburg, 2011). Bu oranlar ile Türkiye en düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip ülke konumundadır.

Bu çalışmada hareket ve devamlılık aşamasındakilerin yüzde oranlarını kadınlar için % 11,17 ve % 16,55 iken aynı değerler erkekler için 11,20 ve % 30.40’dır. Bu değerler Çeker ve ark. (2013) 14-19 yaşları arasındaki kadınlar için bildirdiği % 17.68 ve % 20.20’lik değerlerden daha düşükken erkekler için bildirdiği % 21.65 ve % 29’luk değerlere benzerdir (Çeker vd., 2013).

Sonuç olarak Adana İl merkezinde yaşayan liseli öğrencilerde düzenli egzersiz davranışının devamlılık aşaması oranı, Ziyagil ve arkadaşlarının (2016) bildirdiği erkek ve kadın üniversitelilerin ortalamalarından düşük ve Çeker ve arkadaşlarının (2013) rapor ettiği 14-19 yaş erkek ortalamalarına benzer ve kadın ortalamalarından daha düşüktür. Diğer yanda, bu çalışmadaki kadın öğrencilerin % 27.72’lik düzenli fiziksel aktiviteye katılım oranı Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamalarından düşükken erkeklerin % 41.60’lık oranında Avrupa ve dünya ortalamalarına yakındır. Diğer bir ifadeyle, kadın öğrencilerin % 72.28’sinin ve erkek öğrencilerin % 58.4’ünün hareketsiz yaşam tarzını benimsemesi, gelecekteki sağlık sorunlarının ve düşük yaşam kalitesinin habercisi olabilir.

Toplumun tüm bireylerinin pasif yaşam tarzlarının değiştirilmesi, nitelikli ve etkin fiziksel ve sportif etkinliğe katılım alışkanlıklarının kazandırılması ve dolayısıyla onların fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık düzeylerinin yükseltilmesine yönelik etkin ve sürdürülebilir politikaların

geliştirilmesi sadece il bazında değil tüm ülkeyi kapsayan araştırma verilerine dayandırılması bir gerekliliktir.



## 6. SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçları şu şekilde kısaca ifade edilebilir:

1. Bu çalışmanın sonuçları erkeklerin egzersiz yüzdelerinin kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir.
2. Her iki cinsiyetteki fiziksel aktivite düzeyine bağlı olarak RSS ve FSS skorlarında anlamlı farklılıklar vardı.
3. Erkeklerde yaş ve boy uzunluğu ortalamaları egzersiz davranışı değişim aşamalarına göre farklılaşmaktadır.
4. Erkeklerde egzersiz davranış değişim aşamaları, yaş, boy uzunluğu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık ile anlamlı düzeyde ilişkilidir.

Kadınlarda ise, egzersiz davranış değişim aşamaları, boy uzunluğu, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık ile anlamlı düzeyde ilişkilidir.

## 7. ÖNERİLER

Öğrencilerin sedanter yaşam tarzlarını değiştirmeye yönelik bilimsel bilgilere dayalı yeni yaklaşımların sergilenmesine ihtiyaç vardır. Haftada en az üç gün ve günde bir saat düzenli fiziksel aktivitelere katılmak için kapalı ve açık tesislerin hizmete sunulmasının yanı sıra, nitelikli antrenörlerin, egzersiz uzmanlarının ve serbest zaman liderlerinin istihdam edilmesi ve öğrencilerin beklentilerini karşılayan fiziksel ve sportif aktivite planlanması gerekmektedir.

Liseli öğrenciler iş, eğitim ve ev işleri dışında serbest zamanlarında düzenli fiziksel aktivitelere katılımı tercih etmeleri konusunda teşvik edilmelidirler.

Bireylerin günlük yaşam ve iş etkinlikleri dışında pasif etkinlikler yerine fiziksel aktiviteler ile meşgul olması onların belirli düzeyde bilgi, beceri ve kendi kendini yönetme yeteneğine sahip olmasına bağlıdır. Bu bireysel etkenlere bağlı karar verme süreçleri onların arkadaşları ve ailesinin oluşturduğu sosyal çevre, Belediyelerin, İl Spor Müdürlüğünün, üniversitelerin ve özel sektörün sunduğu tesis ve alanlar ile bu imkânlara erişebilmesini mümkün kılan fiziksel çevre koşullarına tarafından etkilenmektedir.

## KAYNAKLAR

- [1].Aksoy, Y. & Ziyagil, M.A. (2017). *Effects of education and socioeconomic status on regular physical activity levels in males and females*. 7th World Conference on Educational Technology Researches (WCETr-2017), AAB College, Pristina, Republic of Kosovo. P, 10.
- [2].Aksoydan, E. & Çakır, N. (2011). Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve Beden Kütle İndekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 264-270.
- [3].Arslan, C. & Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *F. Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-220.
- [4].American College of Sports Medicine (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription, 9th edn*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- [5].Andrews, G. (2002). *A brief integer scorer for the SF-12: validity of the brief scorer in Australian community and clinic settings*. Aust, N.Z.] Public Health, 26, 508-10.
- [6].Bottenburg, M. (2011). *Sport participation in the EU: trends and differences*. p, 19.
- [7].Bouchard, C., Shephard, R.J. & Stephens, T. (Eds.)(1994). *Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement*. Human Kinetics, Champaign, IL.
- [8].Brown, D.W., Brown, D.R. & Heath, G.W. (2003). Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Medicine Science Sports Exercise*, 36(5), 890-896.
- [9].Brown, G.W., Birley, J.L.T. & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- [10].Burdine, J.N., Felix, M.R. & Abel, A.L. (2000). et al. *The SF-12 as a population health measure: an exploratory examination of potential for application*. Health Serv Res; 35:885-904.
- [11].Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christensen, G.M. (1985). *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*. Public Health Reports, 100, 126-131.
- [12].Cengiz, C., Aşçi, F.H. & İnce, M.L. (2010). Exercise stages of Change Questionnaire: Its reliability and validity. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences*, 2(1),32-37.
- [13].Çeker, A., Çekin, R. & Ziyagil, M.A. (2013). Farklı Yaş Gruplarındaki Kadın ve Erkeklerin Düzenli Fiziksel Aktiviteye Katılım Davranışı Değişim Basamakları . *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(1),11-20.
- [14].DiClemente, C.C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. S.l.: Guilford.
- [15].Dietz, W.H. & Gortmarker, S.L. (1985). Do We Fatten Our Children at the Television Set? Obesity and Television Viewing in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 75(5), 807-812.
- [16].Douglas, K.A., Collins, J.L. & Warren, C. (1997). Results from the 1995 National College Health Risk Behavior Survey. *Journal of American College Health*, 45, 55-66.
- [17].Ebem, Z. (2007). *Health promoting behaviors and exercise stages of change levels of students at transition to university*. Middle East Technical University, Unpublished master Thesis.
- [18].Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi*, 2, 95-104.
- [19].Fahrenwald, N.L. & Walker, S.N. (2003). Application of the transtheoretical model of behavior change to the physical activity behavior of wic mothers. *Public Health Nursing* 20(4),307-321.
- [20].Frenn, M. & Malin, S. (2003). *Diet and exercise in low-income culturally diverse middle school*. *Public Health Nursing*, 20(5), 361-368.
- [21].Friedman, D.P., Stine, C.C. & Whalen, S. (2004). *Lifetime Health*. Holt Rinehart and Winston. A Harcourt Education Company. 10801 N. MoPac Expressway, Building 3, Austin, Texas 78759.
- [22].Gorczyński, P. & Faulkner, G. (2010). *Exercise therapy for schizophrenia*. Schizophr Bull. 36(4):665-666.
- [23].Gouveia, E.R., Gouveia, B.R., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J.A., Badia, B. & Freitas, D.L. (2017). *Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults*. Quality of Life Research • January 2017, DOI: 10.1007/s11136-017-1502-z.
- [24]. [http://adana.yerelnet.org.tr/il\\_ilce\\_nufus.php?iladi=ADANA](http://adana.yerelnet.org.tr/il_ilce_nufus.php?iladi=ADANA).(2015).



- [25].Güçlü, L.P. (2016). *Obez Bireylerde Ağırlık Kaybı İle Antropometrik Ölçümler , Bazı Biyokimyasal Bulgular ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Behirlenmesi* . Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- [26].Jakobsson, U. (2007). Using the 12-item Short Form Health Survey (SF-12) to measure quality of life among older people. *Aging Clin Exp Res*,19, 457-64.
- [27].Jenkinson, C., Chandola, T., Coulter, A. & Bruster, S. (2001). An assessment of the SF-12 summary scores across ethnic groups. *J Pub Health Med*, 23, 187-94.
- [28].Jenkinson, C. & Layte, R. (1997). Development and testing of the UK SF-12. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2(1), 14-18.
- [29].Kafalı, N. (2009) *Transteoretik modele göre adölesanların egzersiz davranışları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [30].Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi : *Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması* , *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 83-89
- [31].Kirchengast, S. (2010).Gender Differences in Body Composition from Childhood to Old Age: An Evolutionary Point of View. *J Life Sci*, 2(1), 1-10.
- [32].Klesges, R.C., Shelton, M.L. & Klesges, L.M. (1993). *Effects of Television on Metabolic Rate: Potential Implications For Childhood Obesity*. *Pediatrics*, 91(2), 281-286.
- [33].Kodralliu, G., Mosconi, P. & Groth, N. (2001). et al. Subjective health status assessment: evaluation of the Italian version of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS Project. *J Epidemiol Biostat*, 6, 305-16.
- [34].Leff, J., Wig, N.N., Ghosh, A., Bedi, A., Menon, D.K., Kuipers, L., Morten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartotius, N. & Jablensky, A. (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166- 173.
- [35].Loomba-Albrecht, L. & Styne, D.M. (2009). Effect of puberty on body composition. *Curr Opin Endocrinol Diabet Obes*, 16, 10-15.
- [36].Lyons, S., Jackson, J. & Hey, W. (2015). *Interactive Health and Fitness. A Practical Approach to Wellness*. Sagamore Publishing. Urbana, Illinois. ISBN 978-1-57167-725-9.
- [37].Marcus, B.H., Buck, B.C., Pinto, B.M. & Clark, M.M. (Eds.) (1996). *Exercise initiation, adoption, and maintenance*. In J.W. Van Realte & B.W. Brewer, Exploring sport and exercise psychology (s.123-158). Washington, DC: American Psychological Association.
- [38].Marcus, B.H. & Forsyth, L.H. (2003). *Motivating people to be physically active*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- [39].Marcus, B.H., & Lewis, B.A. (2003). Physical Activity and The Stages of Motivational Readiness for Change Model. *Research Digest, President's Council on Physical Fitness and Sports, series, 4* (1), 1-8.
- [40].Marcus, B.H., Rossi, J.S., Selby, V.C., Niaura, R.S. & Abrams, D.B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11, 386-395.
- [41].McHorney, C.A., Ware, J.E. & Raczek, A.E. (1993).The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), II: psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs models. *Med Care*, 31, 247-63.
- [42].Mental Health Commission of NSW (2016). *Physical health and mental wellbeing: evidence guide*, Sydney, Mental Health Commission of NSW© 2016 State of New South Wales ISBN: 978-0-9923065-8-8, 8.
- [43].Miçoogulları, B.O., Cengiz, C., Aşçı, F. & Kirazcı, H. (2010). Genç yetişkin bireylerin egzersiz öz yeterlik ve egzersize bakış açılarının cinsiyet ve egzersiz davranışı değişim basamaklarına göre incelenmesi. *Spor Bilimleri Dergisi/Hacettepe Journal of Sport Sciences*, 21(2), 49-59.
- [44].Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K. & Flegal, K.M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States 2011-2012, *JAMA*. 26, 311(8), 806-14.
- [45].Ono, R., Hirata, S., Yamada, M., Nishiyama, T., Kurosaka, M. & Tamura, Y. (2007). *Reliability and validity of the Baecke Physical Activity Questionnaire in adult, women with hip disorders*. BMC Musculoskeletal Disorders, 8:6ldoi: 10.1186/1471 -2474-8-61.

- [46].Patel, V. (2002). *Where There is No Psychiatrist*. London, England: Royal College of Psychiatrists.
- [47].Pettite, T., Livingston, G. & Manela, M. (2001). et al. Validation and norms in health status instruments in older people: the Islington study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 1061-70.
- [48].Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consulting Clinical Psychol*, 51, 390-395.
- [49].Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- [50].Rampersaud, E., Mitchell, B.D., Pollin, T.I., Fu, M., Shen, H., O'Connell, J.R., Ducharme, J.L., Hines, S., Sack, P., Naglieri, R., Shuldiner, A.R. & Snitker, S. (2008). Physical activity and the association of common FTO gene variants with body mass index and obesity. *Arch Intern Med*, 168(16), 1791-1797.
- [51].Rekve, B.O. (2015). *The relationship between physical activity and health related quality of life among people with mental disorders*. European Master in Health and Physical Activity. Master of Science Thesis.
- [52].Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı*, Ankara, 2016. (www.beslenme.gov.tr). (Erişim tarihi: 23.04.2017).
- [53].Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.B., Patterson, T.L. & Nader, P.R. (1987). The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 16, 825-836.
- [54].Sarkin, A.J., Johnson, S.S. & Prochaska, O.J. (2001). et al. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stage of change. *Preventive Medicine*, 33, 462-469.
- [55].Smith, P. (2014). *Mental Health Care in Settings Where Mental Health Resources Are Limited: An Easy-Reference Guidebook for Healthcare Providers in Developed and Developing Countries*. Archway Publishing 1663 Liberty Drive Bloomington, IN 47403.
- [56].Sözen MA. (2006). Obezite ve obezitenin genetiği, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 7, 1-11.
- [57].Spencer, L., Adams, T.B., Malone, S., Roy, L. & Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*, 7, 428 - 443.
- [58]. Steptoe, A., Kerry, S., & Rink, E. (2001). et al. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 91(2), 265-269.
- [59].Tavazar, H., Erkaya, E., Yavaş, Ö., Tez, Ö., Zerengök, D., Güzel, P. & Özbey, S. (2014). *The research of the differences between physical activity and life quality in senior high school students (Manisa City example)*. Special Issue on the Proceedings of the 3rd ISCS Conference SI(1), 496-510.
- [60].Tessaro, I., Campbell, M., Benedict, S., Kelsey, K., Heisler-MacKinnon, J., Belton, L. & DeVellis, B. (1998). Developing a worksite health promotion intervention: Health Works for women. *American Journal of Health Behavior*, 22, 434-442.
- [61].TÜİK, *Türkiye Sağlık Araştırması*, (2014). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>.
- [62].Tümer, A., Arslan, A.S., Pehlivan, Ç., Sunna, E. & Koç, O. (2013). *Yetişkinlerin egzersiz davranışının transteoretik modele göre incelenmesi*. Sağlık ve Toplum Yıl:23, Sayı: 1, 24-31.
- [63].US Department of Health and Human Services (2008). *Physical activity guidelines for Americans*.
- [64].Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Syf-36.
- [65].Ware, J.E., Gandek, B. & Keller, S.D. (1996). The IQOLA Project Group. *Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA Project*. In: Spilker B, ed., *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. (2nd ed.) New York: Raven Press.
- [66].Wee, C.C., Davis, R.B. & Hamel, M.B. (2008). Comparing the SF-12 and SF-36 health status questionnaires in patients with and without obesity. *Health Qual Life Outcomes*, 6, 11.

- [67].Wells, J.C.K. (2007). Sexual dimorphism in body composition. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 21, 415-430.
- [68].Wendel-Vos, G.C.W., Schuit, A.J., Tijhuis, M.A.R. & Kromhout, D. (2004). *Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations*. Qual. Life Res.13, 667-677.
- [69].WHO (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. ISBN 92 4 156201 3. World Health Organization 1211 Geneva 27, Switzerland.
- [70].WHO (2005). *Promoting Mental Health, A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne*. chapter 1. syf 2
- [71].WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*, World Health Organization, Geneva.
- [72].WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization, Report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15-17.
- [73].WHO (2013). *Global strategy on diet, physical activity and health*. 2013th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- [74].Younsi, M. (2015). Health-related quality-of-life measures: Evidence from Tunisian population using the SF-12 health survey. *Value in Health Regional Issues* 7C, 54-66.
- [75].Ziyagil, M.A., Tamer, K., Kabasakal, Ö. & Kayacan, Y. (2016). *Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel ve Sportif Etkinliklere Yönelik Eğilimleri*. Türkiye Üniversite Sporları Federasyonu Proje no:1.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı** : Ömer Faruk İNEÇLİ  
**Doğum Tarihi** : 30.04.1968  
**E-mail** : farukinecli@hotmail.com

**Öğrenim Durumu** :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Beden Eğitimi ve Spor Bölümü	Dokuz Eylül Üniversitesi	1988-1992

**Görevler** :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Beden Eğitimi Öğretmeni	Fındıklı Lisesi, Fındıklı/ Rize	1993-1996
Beden Eğitimi Öğretmeni	İmam-Hatip Lisesi, Van	1996-1999
Okutman	Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Kafkas Üniversitesi, Sarıkamış/Kars	1999-2004
Beden Eğitimi Öğretmeni	Fatih Terim Anadolu Lisesi, Seyhan/Adana	2004-2015
Beden Eğitimi Öğretmeni	Ahmet Kurttepelı Anadolu Lisesi, Çukurova/Adana	2015-2017
Beden Eğitimi Öğretmeni	Ahmet Sapmaz Ortaokulu, Seyhan/ Adana	2017-

## ESERLER (Makaleler ve Bildiriler)

1. İneçli, Ö.F. & Ziyagil, M.A. (2017) Effects of regular physical activity on physical and mental health in high school students. 7th World Conference on Educational Technology Researches (WCETR-2017), AAB College, Pristina, Republic of Kosovo. P.14.