

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU MEZUNLARININ  
SPORTİF REKREASYONEL AKTİVİTELERE İLİŞKİN SAĞLIK  
İNANÇLARININ İNCELENMESİ**

**Bayram Ali DAĞLI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman**

**Dr. Öğretim Üyesi Mehmet PENSE**

**KONYA-2019**

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU MEZUNLARININ  
SPORTİF REKREASYONEL AKTİVİTELERE İLİŞKİN SAĞLIK  
İNANÇLARININ İNCELENMESİ**

**Bayram Ali DAĞLI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman**

**Dr. Öğretim Üyesi Mehmet PENSE**

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 18202036 proje numarası ile desteklenmiştir.

**KONYA-2019**

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bayram Ali DAĞLI tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği/ oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Selma KARACAN  
Selçuk Üniversitesi

İmza 

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet PENSE  
Selçuk Üniversitesi

İmza 

Üye:

Doç. Dr. Mehmet DEMİREL  
Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmza 

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İMZA

Prof. Dr. Hasan Hüseyin DÖNMEZ

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançları incelenmek istenmiştir.

Beden eğitimi öğretmenleri ve antrenörlerin, yaşamları süresince algıladıkları fiziksel ve psikososyal yararları, sağlığı koruma ve geliştirme konusunda algıladıkları ciddiyeti, aktivitelere katılımı karşılaşılabilecekleri engelleri ve bu katılımlar için gösterdikleri fedakârlıkları ifade eden öz etkinlikleri belirleyerek, sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Dr. Öğretim Üyesi Mehmet PENSE'ye, çalışma süresince her türlü desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Ezgi ERTÜZÜN'e, Konya İli Karatay, Meram ve Selçuklu ilçelerindeki kamu ve özel okullarda görev yapan, gönüllü beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarına, ve tezimin proje aşamasından bitim aşamasına kadar olan süreçte manevi desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>ii</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Sağlık .....	1
1.2. İnanç .....	4
1.3. Sağlık İnanç .....	5
1.4. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	5
1.5. Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları .....	7
1.6. Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Diğer Alanlar .....	11
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>13</b>
2.1. Araştırma Gurubu .....	13
2.2. Araştırma Yöntemi .....	13
2.3. Verilerin Toplanması .....	13
2.4. Ölçek.....	14
2.5. Verilerin Analizi .....	14
<b>3. BULGULAR</b> .....	<b>15</b>
<b>4. TARTIŞMA</b> .....	<b>24</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>32</b>
5.1. Sonuçlar .....	32
5.2. Öneriler .....	32
<b>6. KAYNAKLAR</b> .....	<b>34</b>
<b>7. EKLER</b> .....	<b>37</b>
EK A: Etik Kurul Kararı.....	37
EK B: Beden Eğitim / Spor Bilimleri Mezunlarının Sportif Rekreatyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Kişisel Bilgi Formu .....	38
EK C: Sportif Rekreatyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği Ve Alt Boyutları .....	39
<b>8. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>40</b>

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>CSIMO</b>	: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
<b>DSO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>SİM</b>	: Sağlık İnanç Modeli
<b>SRAİSİÖ</b>	: Sportif Rekreatyoneel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği
<b>TRANSTEORİK</b>	: Terapi
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>SPSS</b>	: Statistical Package For Social Sciences

# ÖZET

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU MEZUNLARININ SPORTİF REKREASYONEL AKTİVİTELERE İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ İNCELENMESİ

Bayram Ali DAĞLI  
Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı

### YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Bu çalışma beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının, sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, beden eğitimi spor yüksek okulu mezunu olan, Konya Karatay, Meram ve Selçuklu ilçelerindeki kamu ile özel okul ve kurumlarda görev yapan ve uygun örnekleme yöntemi ile belirlenen 222 beden eğitimi öğretmeni, 111 antrenör, 17 uzman ve 54 diğer meslekleri yapan toplam 404 katılımcı ile gerçekleşmiştir. Araştırmanın veri toplama aracının ilk bölümü, katılımcıların demografik veri formu özelliklerini belirlemeye yönelik ifadelerden oluşan kişisel bilgi formundan, ikinci bölüm ise Ertüzün ve ark, (2013) tarafından geliştirilen sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inanç ölçeğinden (SRAİSİÖ) oluşmaktadır. Sportif Rekreasyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği; 5 alt boyuttan ve 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm maddeler için 0.63 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizlerinde, demografik bilgilerinin ve dağılımlarının belirlenmesi amacı ile betimleyici istatistikler uygulanmıştır. Uygulanan ölçek neticesinde elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Testi ile belirlendikten sonra değişkenlerin karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, independent t testi ve anlamlı farklılığın olduğu grupların belirlenmesi için LSD çoklu karşılaştırma testi analizleri kullanılmıştır.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının SRAİSİÖ demografik bilgilerinden sadece yaşanan yer ile algılanan ciddiyet, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilirken ( $P<0,05$ ), algılanan engel ve öz etkilik alt boyut puanlarında bir farklılık gözlenmemiştir ( $P>0,05$ ). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının alt boyut puanları arasında, medeni durumu, eş çalışma durumu, çocuk sahibi olma, yeterli boş zaman, sportif rekreasyonel aktivitelere katılım, katılım türü, gelir düzeyi, bulunduğu yerde yaşadığı yıl, katılım tercihi, görev yeri, mesleği ve cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $P>0,05$ ).

Sonuç olarak, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere katılımlarının, onlara fiziksel ve psikososyal yarar sağladığı ve bu durumu oldukça ciddiye aldıkları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Boş zaman; öğretmen; rekreasyon; sağlık inancı; sportif rekreasyonel aktivite.

## **SUMMARY**

REPUBLIC of TURKEY  
SELÇUK UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCE INSTITUTE

### **INVESTIGATION OF HEALTH BELIEFS RELATED TO SPORTIVE RECREATIONAL ACTIVITIES IN GRADUATES OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORT SCHOOL**

**Bayram Ali DAĞLI**

**Department of Coaching Education**

#### **MASTER THESIS / KONYA-2019**

The aim of this study was to determine the health beliefs of the graduates of physical education and sports school about sportive recreational activities.

The research was carried out with 222 physical education teachers, 111 coaches, 17 experts and 54 other people having other professions who graduated from physical education and sports school, work in public and private schools and institutions in Karatay, Meram and Selcuklu counties in Konya and were determined with by appropriate sampling method. The first part of the data collection tool of the research consists of a personal information form consisting of expressions aimed at determining the demographic data form characteristics of the participants, and the second part consists of the health belief scale (SRAISIO) related to sportive recreational activities developed by Ertuzun et al. The Health Belief Scale for Sport and Recreational Activities is a Likert-type scale consisting of 5 sub-dimensions and 21 clauses. The internal consistency coefficient of the scale was found to be 0.63 for all clauses.

In the statistical analysis of the data, descriptive statics were applied to determine demographic information and distributions. As a result of the scale applied, one-way analysis of variance and independent t test were used in the comparison of variables and LSD multiple comparison test analyzes were used to determine the groups in which significant differences occurred after determining the normal distribution of the obtained data by Kolmogorov-Simirnof Test.

While there was a significant difference between SRAISIO demographic information of physical education and sports graduates, only the subscale scores of seriousness, physical benefit and psychosocial benefit that are only perceived by the place of residence ( $P<0.05$ ), there was no difference in perceived disability and self-efficacy subscale scores ( $P>0.05$ ). Any statistically significant relationship was not determined between marital status, working status of their spouse, having children, sufficient leisure time, participation in sportive recreation activities, type of participation, income level, place of residence, preference of participation, place of occupation, profession and gender among the subscale scores of the graduates of physical education and sports school. ( $P>0.05$ ).

Consequently, it was determined that they believe that the participation of the graduates of physical education and sports school in sportive recreation activities provided physical and psychosocial benefit to them and they take this situation very seriously.

**Key Words:** Health belief; recreation; spare time; sportive recreational activity; teacher.



## 1. GİRİŞ

Bireyler rahatsız olduklarında doğal olarak sağlık arayışı içine girmektedirler. Fakat modern halk sağlığı felsefesine göre asıl önemli olan kişinin hasta olmadan önce, hala sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (Öztek, Üner ve Eren 2012).

Sağlığı geliştirmek; kişilerin en üst seviyede sağlığa ulaşabilmeleri için yaşam biçimini değiştirmelerine yardım etme bilimi ve sanatı olarak tarif edilmektedir (O'Dennel 1986, Edelman ve Mandle 2002). Son yıllarda sağlık risklerini azaltan yaşam biçimi tutumlarına dikkat çekilmiş, kişilere yönelik zarara uğrama tehlikesi yaklaşımlarının çoğunun tutum değişimi gerektirdiği vurgulanmıştır (WHO 2000). Sağlıklı olma halini etkileyen pek fazla neden bulunmaktadır. Bu nedenlerden bir bölümü bireye ait niteliklerdir. Bu nitelikler arasında kalıtım bilimi etmenleri olduğu gibi, bireyin bilgi, tavır ve davranışları da yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Badura ve Kickbusch (1991) sağlık hizmetlerinin ahenkli hale getirilmesi, sağlıklı halk politikalarının oluşturulması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili programlar konusunda yakın bir işbirliğinin yapılmasının zorunluluğunu önemle vurgulanmıştır.

Bu çalışmada, uygulanan sportif rekreasyonel aktivitelerin, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarına fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan faydalı olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

### 1.1. Sağlık

Sağlık, tarif edilmesi oldukça zor yapılan, karmaşık ve soyut tasarımlardan birisidir. Bu soyut tasarımın tanımı, tartışılmakta olduğu tarihsel periyoda ve tarif edilmekte olduğu kültüre bağlı olarak farklılık göstermektedir. Son 150 yıldır Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlığın tanımı ile ilgili olarak gerçekleşmesi beklenen artış gösteren bu soyut tasarımın bireylerin, "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar değişik biçimlerde tanımı edilmesine neden olmuştur (Larson 1991).

Aggleton'a (1990) göre, sağlığı tarif etmenin birden fazla yolu bulunmaktadır. Fakat sağlığın tarif edilmesi ile ilgili olarak yapılan en göze çarpan ayırım sağlığın, özel tanımlar ve özel olmayan tanımlar açısından açıklanmasıdır. Devletle ilgili tanımlar sağlık profesyonellerinin tanımlarıdır. Bunlar da kendi içinde olumlu ve olumsuz tarifler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlığın devletle ilgili olmayan tarifler ile anlatılmak istenen ise, sağlıkla ilgili konularda uzman olmayan bireylerin sağlığa ilişkin algılamalarıdır. Ancak Aggleton (1990), bireylerin sağlıkla ilgili algılamalarının geçmekte olduğu süre içinde farklılıklar gösterebileceği gibi, devletten devlete de değişikliklerin olabileceğini vurgulamıştır.

Robinson ve Elkan'a (1996) göre de sağlık, tarif edilmesi zor olan genel tasarımdan biri olarak nitelendirilmekte ve bu tasarımın olumlu bir biçimde tarif edilmesinden daha çok genellikle rahatsızlığın yokluğu biçiminde olumsuz yönden tarif edilmesi söz konusu olmaktadır. Olumsuz tarif etmeler ile ilgili olarak ortaya çıkan en önemli sorun dünya çapında nitelendirilecek ve kişinin hasta olarak kabul edilip edilmemesinde bir kriter olarak başvurulacak kuralların her zaman bulunmamasıdır. Bu türde bir tarif sağlığın yalnızca bozulduktan sonra tanımlanabilmesine sebep olduğu için "ncelikle insanların hastalanmasını nleme" temel düşüncesi ile bağdaşmamakta ve bu konu ile ilgili olarak yapılması düşünülen planlamalara zıt düşmektedir (Aggleton 1990).

Sağlığın olumlu tarifleri ise, olumlu unsurlarla beraber aynı zamanda olumsuz unsurları (hastalığın yokluğu) da içermektedir. Sağlığın olumlu yönden tarif edilmesi ile ilgili olarak toplumun üzerinde düşünce birliği etmiş olduğu bir tarif bulunmamaktadır (Robinson ve Elkan 1996).

Seedhouse (1986) sağlığı, kesin niteliklerinin var olması, bulunması ya da diğer bir söyleme ile belirli niteliklere sahip olma biçiminde guruplandırmaktadır.

Bu sınıflamalar;

- ✓ İdeal bir vaziyet olarak sağlık,
- ✓ Fiziksel ve ruhsal ahenk olarak sağlık,
- ✓ Bir varlık olarak sağlık,
- ✓ Kişisel kuvvet ve kabiliyet olarak sağlık,
- ✓ Kişisel gizli kalmış olarak sağlıktır.

Sağlığın olumlu yönden ifade edilmesi ile ilgili olarak farklı ifadeler ele

alındığında; yine Robinson ve Elkan'a (1996) göre sağlık, "kişilerin hayata katılabilme yeteneği" olarak tarif edilirken, Bowling'e (1991) göre ise, "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ile fiziksel uyum" biçiminde tanımlanmaktadır. Slee ve ark (1996)'de, sağlığın öğrenilmiş olarak "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" biçiminde tarif edildiğini ve "günlük kaynağı" olarak görüldüğünü izah etmektedir. Amerikalılar sağlığı, ev halkı tetkiklerinin neticelerine göre de bireylerin neyi yapmaya gereksinim duyuyorsa onu yapabilme becerisi olarak tarif etmektedir (Larson 1991).

Yukarıdaki tanımlara ek olarak, sağlığın olumlu yönden tanımlanması ile ilgili en benimsenmiş örneği Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımı oluşturmakta ve bu tarife göre de sağlık, "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütün bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Bu tarifin gücü, sağlığın fiziksel yönüne olduğu kadar psikolojik ve sosyal boyutlarına da ilgi göstermesinde yatmaktadır (Robinson ve Elkan 1996).

DSÖ'nün tanımının kabul edilmesi bu tanımlamada yer alan kelimelerin manası konusunda ortak bir kesin yargıya varıldığı manasını taşımamaktadır. Bunun tersine DSÖ'nün tanımında yer alan üç boyutun (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ne biçimde ölçüleceği konusunda düşünce beraberliği oldukça eksiktir (Larson 1991).

DSÖ'nün tanımı özel olarak ulaşılabılır bir özelliği taşımaması sebebiyle tenkite uğramıştır (Seedhouse 1986, Aggleton 1990).

Sağlık kavramının yanı sıra, sağlık ile ilgili genel tasarımı da genellikle kesin bir biçimde tanımlanmamaktadır. Önceleri sağlığı tarif etmek maksadıyla kullanılan kelimeler, "iyilik" ve "normal olma" gibi olumlu durumları ve "yetersizlik" ve "hastalık" gibi olumsuz durumları içermektedir. Fakat bu kelimeler sağlığın ne manaya geldiğini bütün olarak açıklayamadıkları gibi, hangi yerde başlayıp hangi yerde bittiği konusunda da gerekli bilgiyi vermekten uzak olmuşlardır. Bu tutumların birden çok manaya gelmesinin, diğer bir deyişle belirli olmayanın nedeni "tanımlanabilme" problemidir. Sağlık durumu iyi olan sağlıklı olma durumundan, rahatsızlığı ise iyi olmaktan ayıran etmenlerin neler olduğu, iyinin veya kötünün, arzu edilen bir halin arzu edilmeyen halin ne olduğunun öznel bir biçimde

açıklanmasına ve yorumlanmasına dayanmaktadır (Patrick ve Erickson 1993).

Larson'un (1991), Hadley'den yaptığı aktarmada sağlığın büyük bir çoğunlukla "sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda kişilerin normal aktivitelerini ve görevlerini yerine getirebilme ve sahip oldukları iyilik halini bütünüyle devam ettirebilme" kabiliyetini de içeren çok boyutlu bir tasarım olarak tarif edildiği görülmektedir.

DSÖ (2000) yaptığı bir açıklamada, kişilerin yaşam biçimlerindeki davranışlarının sağlık risklerini azalttığını belirtmiştir. Bu nedenle de bireylerin sağlıklı olmak adına günlük yaşantılarındaki davranışlarının değiştirilmesi konusuna vurgu yapmıştır. Türk Sağlık Bakanlığı da (2011), sağlıklı olabilmek için çeşitli etmenlerin olduğunu, bu etmenler içinde de en önemlisinin bireye ait özelliklerin olduğunu açıklamıştır. Bu bireye ait özellikleri de; genetik özellikler başta olmak üzere, kişinin bilgi, tutum-davranış ve inançları olarak belirtmiştir.

## **1.2. İnanç**

İnanç hakkında kesin bir tanımlama olmamasına karşın, inanmak bir şeyin gerçek olduğunu sanması ve onaylaması şeklinde tarif edilebilmektedir. Sözlük anlamı olarak inanç: bir tasarıya bağlı bulunma, itimat duygusu, görüş, düşünceye, din, akide, güçlü iman, inanma itikatı anlamlarına gelmektedir. İnanç dendiğinde tek bir şeyden bahsedilmez. Bireylerin dilde yalın olmaya yatkın olması bu kelimeye birçok mana sığdırmaktadır. İnanç ne kadar fazla manaya geliyorsa, inanmak asıl konuyuda içine alan farklı manalara sahiptir (Benson 1997).

Kişilerin yaşamları süresince, hayatlarının her boyutunda ve her alanında inançları vardır.

Kişilerin inançları; düşüncelerini yönlendiren, tutum ve davranışlarını belirleyen önemli bir etkidir. Benson (1997) uzun süreli incelemeleri sonucunda, inanç dünyası nitelikleri çok olan, görülmeyen bağları kuvvetli, kendisi, ailesi ve çevresi ile barışık durumda olan, özgüveni yüksek, hayata pozitif bakan, endişesi az, umudu bol insanların daha az hastalandığını açıklamıştır.

Kişinin hayatındaki en önemli unsuru olan sağlık ile kişinin yaşam sürecindeki davranışlarını belirleyen en önemli etken olan inanç bir araya getirildiğinde sağlık inancı terimi ortaya çıkmaktadır.

### **1.3. Sağlık İnancı**

Sağlık inancı; kişilerin sağlıklı olmaya ilişkin düşünceleri olarak tarif edilmekte, sağlıklı olmaya ilişkin inançları da, sağlıklı olmaya dönük davranışlarını belirlemektedir.

İnsanların, hareketsizlik sonucunda genel sağlıkları bozulabilir ancak rekreasyonel bir aktivite olarak gerçekleştirecekleri sportif aktivitelerin neticesinde hem ruhsal aynı zamanda da fiziksel olarak sağlıklı ve dinamik bir yaşam sürebileceklerinin farkındalığını arttırmak önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu farkındalığı arttırmakta kişinin yaklaşımı, tutumu ve inançlarıyla önemli düzeyde ilgilidir. Davranış modelleriyle ilgili araştırmalar yapan kuramcıların, insanların kendi sağlıklarıyla ilgili davranışlarında bilinçli davranıp davranmadıkları sorusunu düşündükleri de bilinmektedir. Bu bağlamda kuramcılarda sağlık davranışlarının açıklanması çerçevesinde davranış modelleri geliştirme fikri ortaya çıkmış ve günümüze dek birçok kuramcı benzerlikler gösterse de farklı alanlara yönelik sağlık davranış model ölçekleri ortaya çıkarmışlardır (Champion 1984, Janz 1984, Nguvu 1998, Özmen 2004, Nahcivan ve Seçginli 2007, Ertüzün ve ark 2013). Bu sağlık tutumlarının izahında en çok kullanılan kavramsal durum çerçevesi ise, Sağlık İnanç Modeli (SİM)'dir (Glanz ve ark 2002).

### **1.4. Sağlık İnanç Modeli (SİM)**

Düşüncelerin ve kavramların teorik olarak biçimlendirilmesinde temel ilke, modellerin oluşturulması ve kullanımudur. Kişi sağlığının korunmasında öngörülen tutumlar, korumaya yönelik yaklaşımlar ve inançlar en önemli etkenler olarak belirtilmektedir (Özmen 2004). Belirtilen bu etkenler kuramcıları çeşitli sağlık davranış modelleri geliştirmeye yönlendirmiştir. Kişilerin sağlıklarını korumak amacıyla yapacakları davranışların belirlenmesi için geliştirilen bu davranış modellerinden birisi de Sağlık İnanç Modeli (SİM)'dir.

Sağlık İnanç Modeli, temelde bir rahatsızlıktan korunmanın ya da sağlam olmanın birey bakımından kıymeti ve bireyin hastalıktan korunması, rahatsızlığı engelleme ya da daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilme beklentileri üzerine geliştirilmiştir (Hochbaum 1958, Petro-Nustas ve ark 2002, Nahcivan 2007). Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950'lerin başında araştırmacı sosyal psikologlar tarafından hastalığın önlenmesi amacıyla, halk sağlığı alanında uygulanan, tarama bilgi

becerilerini ölçme ve aşılardan kimlerin yararlanacağını belirlemenin bir yolu olarak görülmüş ve ortaya çıkartılmıştır (Hochbaum 1958, Rosenstock 1960, Nahcivan ve Seçginli 2003). Son 20 senede SİM diğer kuramsal çerçeveler ile karşılaştırılarak genişletilmiş ve sağlık tutumlarını yenileme teşebbüslerinde bulunmuşlardır (Glanz ve ark 2008).

Sağlık inanç örneğinde ele alınan bütün teoriler uzun süreden beri mevcuttur (Champion ve Skinner 2008). Günümüzde SİM; genel sağlık taraması, rahatsızlık, hastalığın rolü ve hastalık engelleyici tutumlarına müdahale edebilmek için tüm dünya'da kullanabilmektedirler. Bunun yanında SİM, endirekt olarak koruyucu sağlık tutumunu sergileme ihtimalini etkilemektedir (Glanz ve ark 2008). Örneğin gerçek tasarımı, koruyucu sağlık tutumlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanması izahıdır (Glanz ve ark 2002). SİM ilk geliştirildiği dönemde dört kavramdan oluşturulmuş ve tüm karşılaştırma çalışmaları algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere bu kavramlardan yararlanılarak yapılmıştır (Glanz ve ark 2002).

- ✓ Algılanan hassasiyet,
- ✓ Algılanan ciddiyet,
- ✓ Algılanan yararlar,
- ✓ Algılanan engeller,

Fakat bu konuda çalışan bilim insanları zaman içerisinde bu dört kavramın yeterli olmadığını belirlemişler ve ilave alt boyutlar ortaya çıkarmışlardır (Bandura 1982),

- Öz etkilik,

Rosentock, Strecker ve Becker tarafından sağlık motivasyonu, alguları modele eklenmiş ve tüm boyutlar değişik çalışmalarda test edilmiştir. Sağlık motivasyonu diğer dört kavrama göre daha az test edilmiştir (Champion 1984).

Dünyada ve ülkemizde SİM ile ilgili pek çok araştırılmalar yapılmış ve halende yapılmaktadır. Bu araştırmaları gerçekleştiren her araştırmacı kendi araştırma amacına yönelik Sağlık İnanç Modelinin altında çeşitli ölçekler geliştirmişler ve demo çizelge özelliklere bağlı olarak saha araştırmaları yapmışlardır. Her araştırmacı bu geliştirdikleri ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerini

belirleyip, ölçeğin iç tutarlılık katsayılarını ölçmüşler ve geçerli yüzdelere ulaştıklarında bu ölçekleri çalışmalarında kullanabilmişlerdir.

Yeryüzünde bilinen her türlü hastalıklardan korunmak ve hastalıkları önlemek amacıyla kullanılan farklı SİM ölçekleri mevcuttur.

Bu amaçların yanında gönüllü olarak ve isteyerek gerçekleştirilen rekreatif aktivitelerin, kişi sağlığını korumada ve önlemede ne kadar etkin olabileceğini ortaya çıkarmak için Ertüzün ve arkadaşları (2013) tarafından bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek, Sportif Rekreasyon Aktivitelere İlişkin Sağlık İnancı Ölçeği (SRAİSİÖ) olarak isimlendirilmiştir.

## **1.5. Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları**

### **1.5.1. Algılanan ciddiyet**

Bir rahatsızlığın sebebine karşı, kişide oluşan ciddiyet veya derecesinin nasıl algılandığıdır. Bu algı bilhassa kişinin sağlık bilgisinden etkilenir. Kişi hastalığın umumi kapsamı üzerine malumat sahibi ise algısı da buna bağlı olarak etkilenmektedir. Örneğin sağlıklı bir insan grip olduğunda, belki izin alıp birkaç gün dinlenerek iyileşecektir, ancak bir astım hastası grip olduğunda hastaneye yatarak tedavi görmesi gerekebilir. İşte bu kişideki ciddiyet algısını oluşturmaktadır (Hayden 2009).

Algılanan ciddiyet bireyin rahatsızlığa yakalanmasının nedenlerinin ne kadar gerçek olduğunu düşündüğü manasına gelir. Bir bireyin kanseri önlemek için harekete geçme olasılığı, rahatsızlığa yakalanmanın doğurduğu uygun olmayan fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal etkilerin gerçekçi nedenlere (sosyal münasebetlerde değişme, bağımsızlığın eksilmesi, şiddetli acı, yakıcı duyu, sakat olma durumu ve ölüm) yol açtığına inandığı takdirde daha yüksek orandadır. (Redding 2000, Champion 2008).

Algılanan ciddiyetten kastedilen, kişinin sportif rekreasyonel aktivitelere katılmadığı takdirde, kesinlikle sağlıklı olamayacağına dair inancıdır. Örneğin; bir insanın spor yapmazsa sağlığının bozulacağına ilişkin inancıdır. Kişinin algıladığı ciddiyet ne kadar yüksek düzeydeyse, kişi o kadar spor yapması gerektiğine inanır ve davranışlarda bulunur.

### **1.5.2. Algılanan engeller**

Düşünce tutumunun gerçekleştirilmesini güçleştirdiği düşünülen sebepler tutumun muhtemelen negatif yönleridir. Başka bir söyleyişle, sağlıkla ilgili kollayıcı bir tutumun gerçekleştirilmesini önleyen, sebep ya da güçleştiren, belli bir sonuca götüren güçlerle ilgili algıdır.

Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (U.S. Department of Health and Human Services 2005, Glanz ve ark 2008). İnanç tek başına, bireyin yerinin değişmesi için yeterli değildir. Harekete başlamak, uygulanan bir davranışın neticesinde beklenen yarara ve uygulanan tutumla alakalı bireysel manileri bilinçli bir şekilde tartmayı gerekli kılmaktır. Hareketin gerçekleştirilmesiyle, istenilen yararların, algılanan engele göre daha yoğun basması gerekmektedir (Redding ve ark 2000, Champion 2008). Champion ve Skinner, birden fazla tetkik sonucunda algılanan engellerin tutum sergilemede en önemli etmen olduğunu rapora bağlamıştır (Champion ve Skinner 2008).

Kişinin spor veya egzersiz yapmak istediğinde karşılaştığı engel algısıdır. Örnek olarak, spor salonunun veya egzersiz alanının uzak olması, çocuklu bir anne olması veya ekonomik yetersizlik gösterilebilir.

### **1.5.3. Fiziksel yararlar**

Algılanan yarar; kişinin sağlığını korumada farkında olarak ve isteyerek egzersiz faaliyetlerinde bulunması olarak tanımlanabilmektedir. Bireylerin sportif rekreasyonel aktivitelere gönüllü katılımı psikolojik yarar sağlayacağı gibi egzersiz boyutu sebebiyle de fiziksel yarar sağlayacaktır. Düzenli egzersiz yapmak ideal sağlığa kavuşmakta oynadığı merkezi rol nedeniyle kanserden korunmada da katkıda bulunmaktadır (Weil 1997). Örneğin; aşırı kilolu olan bir kadın, sahip olduğu aşırı kilolarından kurtulmak maksadıyla ve yürüyüş yapmaktan zevk aldığı için sistemli olarak yürüyüş yapmaya başlayabilmektedir. Bu yerde kadını yürüyüş yapmaya isteklendiren unsur sahip olduğu aşırı kilolarıdır. Buna ek olarak fazla kilolu olmasa da vücut memnuniyetsizliği yaşayan, sahip olduğu vücutsal yapının dış görünümünü beğenmeyen erkek ve kadınlar da daha güzel ve iyi bir görünüşlü bedene sahip olmak için rekreasyonel amaçlı egzersiz yapabilmektedir.



Yapılan tetkiklerde göstermiştir ki, sistemli fiziksel aktivite, şişmanlık, kalp ve dolaşım sistemi rahatsızlıkları, yüksek tansiyon, kolesterol, türlü kas ve eklem hastalıkları gibi pek çok rahatsızlığın önlenmesinde etkilidir (Zülal 2002).

#### **1.5.4. Psikososyal yararlar**

Günümüzde, sosyal, ruhsal ve fiziksel yönden tam bir iyilik durumunda olması, kişilerin psikolojik durumu, sosyal ve toplumsal çevresinden bağımsız olmadığına razı etmektedirler (Üner 1993). Kişinin rahatsızlığından korunmak veya rahatsızlığın derecesini düşürmek için önerilen, koruyucu davranışın kendisinde oluşturacağı faydaya inancıdır (Hayden 2009). Kişiler duyarlılık gösterdiği konularda harekete geçerse oluşacak pozitif neticeleri faydaları olarak algırlar (Champion ve Skinner 2008).

Algılanan yarar; tedbirli davranışlarda bulunmanın faydaları anlamına gelir. Bir davranışı değiştirmek için eyleme geçme isteği gelir ve tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğine inanmayı gerektirir. Örneğin; sigara içmekle kanser arasında sebepsel bir ilişki bulunduğuna inanan bireylerin sigarayı bırakmaları beklenir. Zira kişiler sigarayı bıraktıklarında, kişilerin o rahatsızlığı karşı kendilerini korumuş olacaklarına dair inançlarını ortaya çıkarır. Bunun yanında, birey kendisinin psikolojik olarak rahatladığını düşünerek zevk aldığı bir egzersizi yapmasında psikososyal bir yarar olarak kabul edilmektedir.

#### **1.5.5. Öz etkilik (öz yeterlik)**

Öz etkilik, kişinin bir tutumuna çevrilmiş teşebbüslerin yapabileceği ve yaptığı başarılı olabileceğine dair inancıdır. Kişinin tutumlarını gerçekleştirebileceğine ve pozitif netice alacağına inancı onu muhtemelen kuvvetli bir şekilde isteklendirebilir. Bu tutum öz etkililiği düşük bireye göre daha rahat harekete geçer. Öz etkilik SİM'in yanı sıra, planlanmış tutumu, güdülemeyi koruma ve değişimde transteorik (terapi) örnek gibi birçok kuramın bileşenleri arasında yerini almıştır (Palsdottir 2008).

Öz-etkilik ya da Senemoğlu (1998), tarafından isimlendirildiği gibi öz-yeterlik (self-efficacy), kişinin tutumları üzerinde tesirli olan zekânın işleyişiyle ilgili algılama etmenlerinden birisidir (Jhonson ve ark 1993, Palank 1991, Pender 1987).

Kişinin tekrarlayan bir şekilde bazı davranışları gerçekleştirebiliyorsa öz-etkililik algısı artmaktadır. Aynı şekilde kişinin tekrarlayan bir şekilde bir davranışı

göstermede başarısız olması, o davranışa yönelik öz-etkililik algısının azalmasına neden olmaktadır. Kişinin öz-etkililik algısının geliştirilmesi ile sonraki dönemlerde kişinin o davranışa özgü yaşadığı geçici başarısızlıklardan öz-etkililik algısının etkilenmeyeceği belirtilmektedir (Crain 2005, Glanz ve ark 2008).

Öz-etkililik/yeterli olma durumu; "kişinin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı Magil (1993) ya da kişinin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı" olarak da açıklamaktadır (Bandura 1982).

Kişinin öz-etkililik/yeterli olma algısı tutumuna sahip çıkma, tutumuna başlama ve değişmeyi sürdürmede mühim bir rol oynamaktadır. Öz-etkililik/yeterli olma durumu; kişinin yaşanacak zamanda karşılaşılabileceği zor olayların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki durum ve inancıdır (Bandura 2002). Kişi kendi sağlığının korunmasında sportif rekreasyon aktivitelerinin faydasını biliyor fakat bunu yapmaktan imtina ediyorsa yani öz yeterliliğe sahip değilse önüne çıkan engelleri aşamayıp uygulamaya geçememe durumu olarakta ifade edilebilmektedir. Örneğin; sportif rekreasyon aktivitesinde bulunmak için ailesinden veya sosyal çevresinden fedakârlık yaparak bir katılım göstermesidir.

Çizelge 1.1 Sağlık inanç modelinin temel kavramları ve tanımlamaları (Glanz ve ark 2002).

Kavram	Tanım	Uygulama
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç.	• Riskin ve sonuçlarının özelleştirilmesi.
<b>Fiziksel Yarar</b>	Tehdidin ciddiyetini ya da riskini azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç.	•Yapılacak hareketin tanımlanması; beklenen olumlu sonuçların açıklığa kavuşturulması.
<b>Algılanan Engeller</b>	Önerilen hareketin gözle görülebilen ve gözle görülmeyen maliyeti ile ilgili inanç.	• Pekiştirme, düzeltme ve yardım yoluyla, algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak.
<b>Pisik sosyal Yarar</b>	Kişi koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirilmesinin yarar sağlayacağı, hastalığa yakalanma olasılığının azalması beklentisi.	•Kişinin davranış değişikliği sonucunda sağlığının korunması ile ilgili algıladığı fiziksel ya da pisiko sosyal yararları.
<b>Öz Yeterlilik</b>	Önerilen davranışı gerçekleştirme kapasitesine olan inanç.	• Hareketin gerçekleştirilmesi için yetiştirme ve rehberlik, •İlerleyici hedeflerin konması, • Sözlü pekiştirme, • İstenilen davranışı gösterme, • Endişeyi azaltma.

## 1.6. Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Diğer Alanlar

Modelin temel kavramları, hedef grubun kültürel özelliklerine göre uyarlanabilmektedir. Model, değişik kültürlerdeki sağlık davranışlarının anlaşılmasında da kullanılmıştır. Birçok çalışma, çeşitli taramalarda gösterilen davranışların, kültürel etmenlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Model unsurlarının önemi, kültürden kültüre değişmekte, bu da sağlık davranışlarını etkilemektedir (Glanz ve ark 2002).

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği ilk kez Parsel ve Mayer (1978) tarafından çocukların sağlık odağı kontrolü ölçeği şeklinde geliştirilmiş olup, bu ölçeğe paralel olarak, annelerin çocuklarının sağlık konusundaki inançlarını sınamak amacı ile 'Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği' de Amen (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Türkiye'deki geçerli olma durumu ve güvenilirlik çalışması, Sunmaz (2003) tarafından yapılmış ölçek, üç bölüm ve yirmi maddeden oluşturulmuştur. Toplam ölçek ve üç faktörün test tekrar-test toplam puanları arasında zayıf pozitif bir ilişki ( $r= 0.30$ ) bulunmasından dolayı, ölçeğin daha büyük örneklerde güvenilirliğinin yeniden değerlendirilmesinin yerinde olacağı önerilmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığı ile ilgili inançlarını değerlendiren Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin (Parent Health Belief Scale) Türkçe 'ye çevrilmesi ve alana kazandırılmasının önemli bir bilimsel katkı olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 2.1. Farklı Sağlık İnanç Model Ölçekleri

Yazar Tarih	Ölçeğin Adı	Ülke	Amacı
Champion V, (1984)	Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ).	ABD	Bu ölçekle, sağlığı koruma işi ikincil koruma işi olarak sınıflandırılan. Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), tatbiki ve mamogram çektirilmesi ile ilgili inançlarının değerlendirilmesidir.
Kim K, (1991)	Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği.	ABD	Kişiyi, sağlığa ilişkin fiilleri yapmaya ya da yapmamaya neyin isteklendirdiğini anlamaya yönelik bir genel tasarımıdır ve aynı sürede sağlık tutumlarının belli inançlarla ilişkilendirildiğini savunur.
Amen M.M, (1998)	Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği.	ABD	Küçük yaşta erkek veya kızların sağlık bakımı almalarında önemli bir faktörü olan annelerin inançlarını saptamak.
Ertüzün E, (2013)	Sportif Rekreasyon Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (SRAİSİÖ)	T.C	Rekreatif amaçlı spor yapan kişilerin sağlık konusundaki inançları ve algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

Champion (1984) SİM'i esas alarak meme kanserini önlemede mamografi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilişkili olarak Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini (CSİMÖ) geliştirmiştir. Bu ölçeğin Türkiye için adaptasyonu ise kendi kendine meme muayenesi (KKMM) olarak isimlendiren Karayurt (2003) yapmıştır. Bu ölçekle, sağlığı korumak işi ikincil korumak işi olarak isimlendirilen KKMM tatbiki incelenmiş ve örneğin tüm kuvvetleri ele alınmıştır. Ölçeğin Türkçe yorumu uygulanan ve güvenilir bulunmuştur (Cronbach alfa katsayısı= 0.58-0.89).

Kılıç ve Erci, (2004). Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Olgu Testi, adı altında üç adet ölçek geliştirmiştir. Bu ölçeklerin (Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz Etkililik/Yeterli olma durum Ölçeği, Osteoporoz Bilgi Testi), geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış ancak bu ölçekler için daha büyük örneklem dâhilinde uygulamaların yapılması gerekliliğinin uygun olacağı belirtilmiştir.

Dövme yaptırma ile ilişkili etmenleri Sağlık İnanç Modeli Ölçekleri yönünden incelemiştir. Araştırmaya göre, dövme yaptırarak hastalanacağını düşünen kişi, dövme yaptırmamaktadır. Algılanan ciddiyet ve algılanan engeller arttıkça, dövme yaptırmaya olan ilgi azalmaktadır. Öz yeterlilik azaldıkça, dövme yaptırma sıklığı da artmaktadır (Koch ve ark 2005).

Ertüzün ve ark (2015) tarafından kadınların sportif rekreasyon aktivitelerine ilişkin sağlık inançlarının belirlendiği çalışmada çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre algıladıkları engel durumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada çarpıcı bir sonuç ise kadınların eğitim durumları arttıkça rekreasyon aktivitelerine bireysel olarak katılma isteklerinin arttığı gözlemlenmiştir. Eğitim durumu yükseldikçe kadınların istedikleri egzersizlere yalnız katılmak istedikleri belirlenmiştir.

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırma Gurubu**

Çalışmanın evrenini beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunları, örneklem grubunu ise uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve Konya ili, Karatay, Meram ve Selçuklu ilçelerindeki kamu ve özel okullarda görev yapan ve uygun örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olan 141 kadın, 263 erkek, toplam 404 beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunu oluşturmaktadır.

### **2.2. Araştırma Yöntemi**

Bu araştırma iki aşamalı betimsel nitelikte ve tarama modeli bir çalışmadır. İlk aşamada, araştırmanın anlamını tam olarak yansıtması açısından kavramsal açılardan ilgili alan yazın taraması yapılmış ve sistematik bir şekilde verilmiştir. İkinci aşamada araştırmanın amacına ulaşmak için Sosyo-demografik bilgi formu ve Sportif Rekreasyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği (SRAİSİÖ) kullanılmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu araştırmacılar tarafından düzenlenmiştir. Ertüzün ve ark (2013) tarafından geliştirilen SRAİSİÖ, 5 alt boyuttan (algılanan ciddiyet, algılanan engeller, fiziksel yarar, psikososyal yarar ve öz etkilik) ve 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm maddeler için toplam 0.637'dir. Alt boyulara göre ise en yüksek iç tutarlılık katsayısı .668 ile "Engel" alt boyutunda, en düşük iç tutarlılık katsayısı ise .510 ile "Psikososyal Yarar" alt boyutunda çıkmıştır.

### **2.3. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın verileri; araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik bilgi formu ve Ertüzün ve ark, (2013) tarafından geliştirilen sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inanç ölçeği (SRAİSİÖ) aracılığı ile toplanmıştır. Veriler

Nisan 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında araştırmacı tarafından bire bir doldurulmuştur.

#### **2.4. Ölçek**

Sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inanç ölçeği, 5 alt boyuttan (algılanan ciddiyet, algılanan engeller, fiziksel yarar, psikososyal yarar, öz etkililik) ve 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm maddeler için 0.63 olarak tespit edilmiştir.

#### **2.5. Verilerin Analizi**

Bilgisayar ortamına kaydedilen verilerin çözümlenmesinde SPSS (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılmıştır. Analiz yöntemlerinin belirlenmesinde ilk olarak değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Simirnov testi uygulanarak belirlenmiş ve değişkenlerin parametrik dağılım gösterdiği anlaşıldıktan sonra yüzde (%) ve frekans (f) testlerinin yanında ikili ve daha fazla yapılacak olan karşılaştırmalar için ise T testi, Anova testleri uygulanmıştır. Gruplar arasında belirlenen farklılıklar için ise LSD (post-hoc) testi uygulanmıştır. Anlamlı farklılıkların belirlenmesinde düzey  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3. BULGULAR

Çizelge 3.1. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Yaşadığı Yer Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Yaşanan Şehir	n	x±sd	f	p
Algılanan Ciddiyet	Büyükşehir	267	4,42±0,48	12,554	0,000*
	İl	72	4,11±0,59		
	İlçe	65	4,25±0,44		
Ağılanan Engel	Büyükşehir	267	3,65±0,74	1,208	0,300
	İl	72	3,50±0,81		
	İlçe	65	3,64±0,67		
Fiziksel Yarar	Büyükşehir	267	4,36±0,47	11,443	0,000*
	İl	72	4,09±0,54		
	İlçe	65	4,17±0,47		
PsikoSosyal Yarar	Büyükşehir	267	4,24±0,48	6,007	0,003*
	İl	72	4,01±0,56		
	İlçe	65	4,16±0,48		
Öz Etkilik	Büyükşehir	267	3,41±0,85	1,196	0,304
	İl	72	3,46±0,84		
	İlçe	65	3,59±0,68		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.1'e göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının yaşadığı yer ile sağlık inancı alt boyutlarından ağılanan ciddiyet, fiziksel yarar ve psikososyal yarar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılıkların olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Çalışılan bölge dikkate alındığında, algılanan ciddiyet, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyutlarında belirlenen anlamlı farklılıkların hangi çalışılan bölgeler arasında olduğunun belirlenmesi için yapılan Post-Hoc testi değerlendirmesinde, büyükşehirde yaşayanlar ile il ve ilçede yaşayanlar arasında anlamlı farklılığın olduğu (p<0,05) belirlenmiştir.

Çizelge 3.2. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Medeni Durumlarına Göre Independent Student Samples "t" Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	x±sd	t	p
Algılanan Ciddiyet	Evli	298	4,34±0,50	-0,215	0,830
	Bekâr	106	4,35±0,53		
Algılanan Engel	Evli	298	3,63±0,74	0,500	0,618
	Bekâr	106	3,60±0,74		
Fiziksel Yarar	Evli	298	4,30±0,49	1,361	0,175
	Bekâr	106	4,23±0,51		
Psikososyal Yarar	Evli	298	4,20±0,51	0,892	0,374
	Bekâr	106	4,15±0,48		
Öz Etkilik	Evli	298	3,43±0,84	-0,942	0,347
	Bekâr	106	3,51±0,80		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.2'ye göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının medeni durumları ile sağlık inancı alt boyutları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.3. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Eş Çalışma Durumlarına Göre İndependent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Eş Çalışma Durumu	n	$\bar{x}\pm sd$	t	p
Algılanan Ciddiyet	Evet	219	4,35±0,48	0,51	0,61
	Hayır	185	4,33±0,54		
Algılanan Engel	Evet	219	3,65±0,77	0,69	0,49
	Hayır	185	3,60±0,71		
Fiziksel Yarar	Evet	219	4,32±0,49	1,65	0,10
	Hayır	185	4,23±0,50		
Psikososyal Yarar	Evet	219	4,21±0,50	0,77	0,44
	Hayır	185	4,16±0,50		
Öz Etkilik	Evet	219	3,41±0,84	-0,98	0,33
	Hayır	185	3,49±0,81		

\*=  $p < 0,05$

Çizelge 3.3'e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının eş çalışma durumları ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.4. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre İndependent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Çocuk Sahibi Olma	n	$\bar{x}\pm sd$	t	p
Algılanan Ciddiyet	Var	258	4,33±0,52	-0,33	0,74
	Yok	146	4,35±0,49		
Algılanan Engel	Var	258	3,62±0,73	-0,05	0,96
	Yok	146	3,62±0,76		
Fiziksel Yarar	Var	258	4,31±0,51	1,29	0,20
	Yok	146	4,24±0,48		
Psikososyal Yarar	Var	258	4,21±0,52	1,18	0,24
	Yok	146	4,15±0,47		
Öz Etkilik	Var	258	3,47±0,82	0,53	0,60
	Yok	146	3,42±0,83		

\*=  $p < 0,05$

Çizelge 3.4'e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının çocuk sahip olma durumları ile sağlık inancı alt boyutlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).



Çizelge 3.5. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Yeterli Boş Zaman Olma Durumlarına Göre Independent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Yeterli Boş Zaman	n	x±sd	t	p
Algılanan Ciddiyet	Evet	200	4,38±0,49	1,69	0,09
	Hayır	204	4,30±0,51		
Algılanan Engel	Evet	200	3,67±0,75	1,24	0,22
	Hayır	204	3,58±0,73		
Fiziksel Yarar	Evet	200	4,29±0,49	0,22	0,83
	Hayır	204	4,27±0,50		
Psikososyal Yarar	Evet	200	4,23±0,48	1,83	0,07
	Hayır	204	4,14±0,52		
Öz Etkilik	Evet	200	3,47±0,86	0,64	0,52
	Hayır	204	3,42±0,79		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.5’e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sağlık inancı alt boyutlarının, yeterli boş zaman olma durumları ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Çizelge 3.6. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Katılım Türü (Nasıl) Durumlarına Göre Independent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Katılım Türü (Nasıl)	n	x±sd	t	p
Algılanan Ciddiyet	Bireysel	132	4,31±	-0,71	0,48
	Grup	272	4,35±		
Algılanan Engel	Bireysel	132	3,65±	0,44	0,66
	Grup	272	3,61±		
Fiziksel Yarar	Bireysel	132	4,23±	-1,48	0,14
	Grup	272	4,31±		
Psikososyal Yarar	Bireysel	132	4,15±	-1,04	0,30
	Grup	272	4,20±		
Öz Etkilik	Bireysel	132	3,47±	0,36	0,72
	Grup	272	3,44±		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.6’ya göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının aktivitelere katılım türü (nasıl) ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.7. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Sportif Rekreasyonel Katılım Durumlarına Göre İndependent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Sp. Rek. Akt. Katılım	n	x±sd	t	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Evet	395	4,35±	1,03	0,34
	Hayır	9	4,03±		
<b>Algılanan Engel</b>	Evet	395	3,62±	-0,91	0,39
	Hayır	9	3,85±		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Evet	395	4,29±	1,36	0,21
	Hayır	9	3,97±		
<b>Psikososyal Yarar</b>	Evet	395	4,19±	1,05	0,32
	Hayır	9	3,90±		
<b>Öz Etkilik</b>	Evet	395	3,44±	-1,13	0,29
	Hayır	9	3,75±		

Çizelge 3.7’ ye göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunların sportif rekreasyonel katılım durumları ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.8. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Aile Gelir Durumları Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Gelir Düzeyi	n	x±sd	f	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Asgari ücret	5	4,50±0,59	0,230	0,876
	1500-2500	39	4,34±0,70		
	2501-4000	185	4,35±0,46		
	4001 ve üzeri	175	4,33±0,50		
<b>Algılanan Engel</b>	Asgari ücret	5	3,20±0,77	1,499	0,214
	1500-2500	39	3,60±0,89		
	2501-4000	185	3,57±0,74		
	4001 ve üzeri	175	3,70±0,70		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Asgari ücret	5	4,45±0,41	0,807	0,491
	1500-2500	39	4,29±0,63		
	2501-4000	185	4,25±0,44		
	4001 ve üzeri	175	4,32±0,53		
<b>PsikoSosyal Yarar</b>	Asgari ücret	5	4,33±0,31	1,088	0,354
	1500-2500	39	4,07±0,62		
	2501-4000	185	4,18±0,49		
	4001 ve üzeri	175	4,22±0,49		
<b>Öz Etkilik</b>	Asgari ücret	5	3,30±0,76	0,185	0,907
	1500-2500	39	3,39±0,93		
	2501-4000	185	3,44±0,82		
	4001 ve üzeri	175	3,47±0,82		

Çizelge 3.8'e göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının aile gelir durumları ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.9. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Bulunduğu Yerde Yaşadığı Yıl Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Bul. Yerde Yaşanan Yıl	n	$\bar{x}\pm sd$	f	p
Algılanan Ciddiyet	1 yıldan az	26	4,26±0,44	0,230	0,876
	1 yıl – 2 yıl	62	4,29±0,42		
	2 yıl – 3 yıl	88	4,33±0,59		
	3 yıl ve üzeri	228	4,37±0,50		
Algılanan Engel	1 yıldan az	26	3,63±0,68	1,499	0,214
	1 yıl – 2 yıl	62	3,62±0,65		
	2 yıl – 3 yıl	88	3,62±0,73		
	3 yıl ve üzeri	228	3,62±0,78		
Fiziksel Yarar	1 yıldan az	26	4,23±0,53	0,808	0,491
	1 yıl – 2 yıl	62	4,21±0,51		
	2 yıl – 3 yıl	88	4,20±0,53		
	3 yıl ve üzeri	228	4,34±0,47		
PsikoSosyal Yarar	1 yıldan az	26	4,13±0,47	1,088	0,354
	1 yıl – 2 yıl	62	4,07±0,45		
	2 yıl – 3 yıl	88	4,14±0,57		
	3 yıl ve üzeri	228	4,24±0,48		
Öz Etkilik	1 yıldan az	26	3,45±0,72	0,185	0,907
	1 yıl – 2 yıl	62	3,43±0,76		
	2 yıl – 3 yıl	88	3,41±0,84		
	3 yıl ve üzeri	228	3,47±0,85		

\*=  $p < 0,05$

Çizelge 3.9'a göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının bulunduğu yerde yaşadıkları yıl ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.10. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Katılım Tercihi (Neden) Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Katılım Tercihi	n	$\bar{x}\pm sd$	f	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Sosyal Çevre	86	4,35±0,45	0,345	0,709
	Sağlık	260	4,35±0,50		
	Diğer	58	4,29±0,61		
<b>Algılanan Engel</b>	Sosyal Çevre	86	3,65±0,72	0,279	0,756
	Sağlık	260	3,63±0,76		
	Diğer	58	3,56±0,69		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Sosyal Çevre	86	4,26±0,45	2,228	0,109
	Sağlık	260	4,32±0,48		
	Diğer	58	4,17±0,48		
<b>PsikoSosyal Yarar</b>	Sosyal Çevre	86	4,22±0,49	0,475	0,622
	Sağlık	260	4,19±0,47		
	Diğer	58	4,13±0,65		
<b>Öz Etkilik</b>	Sosyal Çevre	86	3,47±0,80	0,80	0,923
	Sağlık	260	3,45±0,84		
	Diğer	58	3,41±0,82		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.10'a göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının rekreasyonel aktivitelerine katılım tercihleri ile sağlık inancı alt boyutları arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Çizelge 3.11. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Çalıştığı Kurum Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutları	Görev Yeri	n	x±sd	f	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Lise	111	4,34±0,50	0,319	0,812
	Ortaokul	142	4,36±0,50		
	İlkokul	7	4,18±0,67		
	Diğer	144	4,33±0,51		
<b>Algılanan Engel</b>	Lise	111	3,59±0,72	0,654	0,581
	Ortaokul	142	3,66±0,72		
	İlkokul	7	3,29±0,89		
	Diğer	144	3,63±0,74		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Lise	111	4,24±0,48	0,461	0,709
	Ortaokul	142	4,31±0,51		
	İlkokul	7	4,21±0,42		
	Diğer	144	4,29±0,50		
<b>PsikoSosyal Yarar</b>	Lise	111	4,16±0,52	0,360	0,782
	Ortaokul	142	4,21±0,49		
	İlkokul	7	4,26±0,41		
	Diğer	144	4,18±0,50		
<b>Öz Etkilik</b>	Lise	111	3,35±0,83	0,898	0,442
	Ortaokul	142	3,51±0,79		
	İlkokul	7	3,64±0,71		
	Diğer	144	3,45±0,87		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.11'e göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının çalıştığı kurum ile sağlık inancı alt boyutları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Çizelge 3.12. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutları ile Meslek Arasındaki İlişkiye Yönelik Anova Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Meslek	n	x±sd	f	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Bed. Eğt. Öğr.	222	4,34±0,51	1,644	0,179
	Antrenör	111	4,27±0,51		
	Uzman	17	4,43±0,43		
	Diğer	54	4,44±0,44		
<b>Algılanan Engel</b>	Bed. Eğt. Öğr.	222	3,60±0,72	0,584	0,626
	Antrenör	111	3,60±0,77		
	Uzman	17	3,73±0,52		
	Diğer	54	3,73±0,82		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Bed. Eğt. Öğr.	222	4,30±0,50	0,750	0,523
	Antrenör	111	4,25±0,49		
	Uzman	17	4,43±0,56		
	Diğer	54	4,25±0,49		
<b>PsikoSosyal Yarar</b>	Bed. Eğt. Öğr.	222	4,17±0,51	2,411	0,066
	Antrenör	111	4,12±0,46		
	Uzman	17	4,42±0,61		
	Diğer	54	4,27±0,48		
<b>Öz Etkilik</b>	Bed. Eğt. Öğr.	222	3,43±0,81	2,122	0,097
	Antrenör	111	3,39±0,84		
	Uzman	17	3,32±0,91		
	Diğer	54	3,70±0,79		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.12'e göre beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının meslekleri ile sağlık inancı alt boyutları arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Çizelge 3.13. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Cinsiyete Göre Independent Student Samples “t” Testi Sonuçları.

Alt Boyutlar	Cinsiyet	n	x±sd	t	p
<b>Algılanan Ciddiyet</b>	Kadın	141	4,31±0,47	-1,042	0,298
	Erkek	263	4,36±0,52		
<b>Algılanan Engel</b>	Kadın	141	3,59±0,74	-0,665	0,507
	Erkek	263	3,64±0,74		
<b>Fiziksel Yarar</b>	Kadın	141	4,25±0,50	-0,882	0,379
	Erkek	263	4,30±0,50		
<b>Psikososyal Yarar</b>	Kadın	141	4,14±0,49	-1,254	0,211
	Erkek	263	4,21±0,51		
<b>Öz Etkilik</b>	Kadın	141	3,37±0,81	-1,492	0,137
	Erkek	263	3,49±0,84		

\*= p < 0,05

Çizelge 3.13’e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının cinsiyetleri ile sağlık inancı alt boyutlarından algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (p>0,05).

#### 4. TARTIŞMA

Sağlığı koruma davranışlarını ölçmek için yaşam inancı modeline uygun olarak geliştirilen ve uygulanan birçok sağlık inancı ölçme aracı mevcuttur. Bu bakımdan, sağlığı koruma davranışı olarak sportif rekreasyonel aktivitelere yönelik sağlık inancı ortaya çıkmaktadır. Bu araştırma beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarını incelemektedir.

Rekreatif aktivitelere katılımında yaşanan yerin rekreatif alanlarının bulunması açısından önemi düşünüldüğünde, bu çalışmada katılımcılar için yaşanan yerin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceyle, araştırmamızın analiz edilecek maddelerinden biri olan beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere katılımlarını tespit etmek için demografik değişkenler ile sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançları ölçeğinin alt boyut puanları karşılaştırılarak analiz edilmiştir. Demografik bilgilerden sadece yaşanan yer ile, algılanan ciddiyet, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilirken, algılanan engel ve öz etkilik alt boyut puanları ile yaşanan yer değişkeni arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Çizelge 3.1). Belirlenen bu anlamlı farklılıkların hangi çalışılan bölgeler arasında olduğunun belirlenmesi için yapılan Post-Hoc testi sonucunda ise, büyükşehirde yaşayan katılımcılar ile il ve ilçede yaşayan katılımcılar arasında anlamlı farklılıkların olduğu, fakat il ve ilçe arasında yaşayan katılımcılar arasında anlamlı farklılıkların olmadığı belirlenmiştir. Gözlemlenen bu sonuçlar, rekreasyonel bir aktivite yapmak için oluşturulan (kurum, kuruluş) fiziksel şartların daha iyi olduğu yaşam merkezlerinde, rekreasyonel aktivitelere katılımın ciddiye alındığı, hem fiziksel hemde psikososyal açıdan yarar sağlayacağı anlayışının yüksek olduğunu göstermektedir. Ertüzün (2013)' ün kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında, rekreasyonel aktivitelere katılım alt boyut puanları ile yaşanan yeri karşılaştırdığında hiçbir alt boyut puanlarında anlamlı farklılıklara rastlanılmadığını tespit etmiştir. Bu sonucun nedenini, kadınların şehir yaşamları sürecinde işlerinden, ekonomik koşullarından, sosyal çevrelerinden ve ailelerinden fedakârlık yapmak istememelerinden yani şehir hayatının neden olduğu zorluklardan dolayı olabileceği şeklinde belirtmiştir.

Pense ve Kasımoğlu (2017), aynı ölçeği kullanarak, sağlık personelleri



üzerinde yaptıkları bir çalışmalarında, sağlık personellerinin yaşadıkları yer ile ölçek alt boyutları puanlarından hiçbirinde anlamlı farklılıklar tespit etmemişlerdir. Yine bir çalışmada Pense ve Ertüzün (2018), ilk, orta ve liselerde görev yapan öğretmenlerinde yaşadıkları yer ile ölçek alt boyutları puanlarından hiçbirinde anlamlı farklılıklar olmadığını belirlemişlerdir. Bu sonuçlar araştırma bulgularımızı desteklememektedir.

Yapılan çalışmada, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunları medeni durumları ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları aralarında istatistiksel olarak karşılaştırıldığında (Çizelge 3.2), anlamlı farklılıkların olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının evli bekâr ilişkisinin istatistiksel olarak bulunmadığı anlaşılmaktadır. Bunun yanında Pense ve Ertüzün (2018), öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, her iki medeni durumda da öğretmenlerin sağlık açısından aktivite yapmayı tercih ettikleri, sosyal çevre tercihlerinin ikinci sırada olduğu belirlenmiştir. Beden eğitimi mezunlarının her türlü yaşamsal faaliyetlerini, sosyal yaşamlarının içerisinde tuttıkları, ne yaparlarsa yapsınlar, her türlü faaliyeti sosyal bir aktivitenin içerisinde gerçekleştirmek gibi bir alışkanlıklarının olduğu söylenebilmektedir.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının eş çalışma durumları ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları aralarında istatistiksel olarak karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3), anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının eş çalışma durumu, evet hayır ilişkisinin istatistiksel olarak bulunmadığı anlaşılmaktadır.

Ertüzün (2003), ölçek alt boyutlarını çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında karşılaştırmış ve anlamlı farklılıkların olmadığını belirlemiştir. Çalışmayan kadınların puanlarının yüksek olduğunu, bu nedenle de, çalışmayan kadınların sportif rekreasyonel aktivitelere daha fazla ihtiyacı olduğunu vurgulamıştır.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının çocuk sahip olma durumlarını tespit etmek için demografik değişkenler ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları karşılaştırılarak analiz edildiğinde (Çizelge 3.4), anlamlı farkın olmadığı

belirlenmiştir. Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının çocuk sahibi olma, var yok ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı anlaşılmaktadır. Ertüzün (2013), sağlık inancı ölçeğinin algılanan engeller ve psikososyal yarar alt boyutları puanlarının çocuk sahibi olmayan kadınlara göre algıladıkları engeller bakımından, sportif rekreasyonel faaliyetlere katılırken sakatlanmaktan korktukları, sağlık problemlerinden ve ruhsal durumlarından etkilendiklerine inadıkları söylenebilir. Çocuk sahibi olan kadınların sportif rekreasyonel aktivitelere katılırken algılanan engeller alt boyutu kapsamında sakatlanmaktan korkması düşüncesi ile sorumluluk altında olması ve sakatlık durumunda çocukla ilişkili sorumluluklarını yerine getirememeye inancı ile açıklanmaktadır. Psikososyal yarar alt boyutu kapsamında sportif rekreasyonel aktivitelerin çocuk sahibi kadınların ruh sağlıklarını, uyku alışkanlıklarını, iş yapabilme kapasitelerini, günlük uğraşlarını yürütebilme becerilerini, sosyal çevre ve aileleriyle ilişkilerinde olumlu şartlardan olduğuna inandıkları söylenebilir. Çalışmamıza direkt paralel olmasada Henderson (1995), yapmış olduğu bir çalışmada, çocuk sahibi olmayan kadınların boş zaman faaliyetlerine katılmada daha özgür olabildiklerini söylemiştir.

Yapılan bu çalışmada beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının yeterli boş zamanları olma durumlarını tespit etmek için demografik değişkenler ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkinlik sağlık inancı alt boyut puanları karşılaştırılarak analiz edildiğinde (Çizelge 3.5), anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının yeterli boş zaman ilişkisinin istatistiksel olarak bulunmadığı anlaşılmaktadır. Henderson (1995), kadınların boş zaman faaliyetlerine katılmak için ailelerinden yeteri kadar destek almadıkları ve yeterli serbest zamanlarının olmadığı yönünde tespitte bulunmuştur. Yine Henderson, Bialeschki (1993), bir çalışmasında boş zaman faaliyetlerine katılmada kadınlar erkeklere göre daha fazla engelle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Dattilo ve arkadaşları (1994), yapmış oldukları çalışmada ev işleri ile uğraşan ve herhangi bir işte çalışmayan ev kadınlarının gelirlerinin olmaması, boş zaman faaliyetlerine katılmalarını etkileyen en önemli etmenler arasında olduğunu saptamışlardır (Dattilo, Dattilo, Samdahl ve Kleiber, 1994). Boş zaman faaliyetlerine katılmada, kadınların erkeklere nazaran daha az fırsat ve olanağa sahip olduğunu, bunun da kadının toplumdaki yerinden kaynaklandığını ifade etmiştir (Warren, Priest, 1990).

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının aktivitelere katılım türü (nasıl) ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıkların olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.6). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının bireysel ve grup olarak sportif rekreasyonel aktivitelere katılımlarda istatistiksel açıdan bir farklılığın olmadığı anlaşılmaktadır. Ertüzün (2013), yaptığı çalışmada, kadınların sportif rekreasyonel faaliyetlerine bireysel olarak mı yoksa grup halinde mi, katılmayı tercih ediyorlar sorusuna, anlamlı bir fark olmadığı cevabını belirlemiştir. Fakat bu anlamlı olmayan sonuca rağmen, kadın katılımcıların % 68,3'ü rekreatif faaliyetlere grup olarak katılmayı tercih ettiklerini'de ifade etmiştir. Şehir yaşamının getirdiği avantajların yanında stres, trafik, iş hayatı zorluklarının etkilerinden kurtulmak için insanların boş zamanlarını bireysel ya da gurupla katıldıkları aktivitelerle değerlendirilir. Ertüzün bulmuş olduğu bu sonucu, kadınların gurupla sportif rekreasyonel faaliyetlere katılmayı eğlenceli ve motive edici bir şekilde bulmaları sebebiyle olabileceğini açıklamıştır. Pense ve Kasımoğlu (2017), ise, sağlık personellerinin rekreasyonel aktivitelere katılımlarında cinsiyetler arasında bir farklılığın olmadığını belirtmişlerdir. Her iki cinsiyetinde hem gurup hemde bireysel olarak eşit oranda katılımları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Pense ve Ertüzün (2018), öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucunda da, rekreasyonel aktivitelere katılımlarda cinsiyetler arasında bir farklılığın olmadığını tespit etmişlerdir. Şahan ST ve ark. (2016), cinsiyet değişme özelliği gösterenlere göre sportif rekreasyona katılan kişilerin umutsuzluk seviyeleri arasında farklı olma durumunun belirlenmesi amaçlı çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla gelecekle ilgili duygularında daha umutlu olduğu sonucunu tespit etmişlerdir. Bu netice istikametinde sportif rekreasyonel aktivitelerin kadınlar üzerinde kendine güven duygusu açısından pozitif yönde tesiri olduğu ifadesinde yer verilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki çalışma şartlarına ve hayatın zorluklarına karşı erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla motivasyon kaybını daha yüksek oranda yaşadıklarını ve bu motivasyon kaybını önlemek veya azaltmak için yaptıkları rekreasyonel faaliyetlerin yetersiz olduğunda vurgulamışlardır. Cinsiyetler arasındaki bu anlamlı farklılıklar, Kazdin ve ark (1986), Kashani ve ark (1991), Durak (1994), Öztürk (1997), Gürvarda (2001), Tekin ve Filiz (2008)'in, yaptıkları çalışmalarla benzerlik gösterebilmektedir.

Öğretim elemanlarının cinsiyet değişkeni ile sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inanç ölçeği alt boyut puanları arasında farklılıkların tespit edildiği çalışmada, test sonuçlarına göre sağlık inancı ölçeğinin algılanan ciddiyet, algılanan engel, fiziksel yarar ve psiko-sosyal yarar alt boyut puanları ile kadın ve erkek öğretim elemanları arasında kadınlar lehine anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu durumda kadınların sportif rekreasyon aktivitelere katılırken sağlıklı toplum, sağlıklı yaşam gibi kavramlara daha duyarlı oldukları söylenebilir. Kadınlar sportif rekreasyon aktivitelere katılımlarının fiziksel görüntülerini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir. Ülkemizde kadınlarda fazla kilolu veya obez olanların oranı % 49,4' tür. Şehir ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda fazla kilolu olma oranı aşağı yukarı eşit gözükmemektedir (TİK 2013). Bu durum düşünüldüğünde kadınların sportif rekreasyon aktivitelere katılımda algıladıkları fiziksel yarar puanının fazla olması sevindiricidir (Ertüzün, Arıkan, Uyaraoğlu ve Revan, 2014).

Yine yapılan bu çalışmada beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunların sportif rekreasyonel aktivitelere katılımlarını tespit etmek için demografik değişkenler ile algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları karşılaştırılarak analiz edildiğinde anlamlı bir farkın olmadığı istatistiksel açıdan saptanmıştır (Çizelge 3.7). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının sportif rekreasyonel aktivitelere katılımın evet hayır ilişkisinin istatistiksel olarak bulunmadığı anlaşılmaktadır. Altug, Erbahçeci (2000), düzenli sportif rekreasyonel aktivitelere katılmayan kadınların, çalışma hayatı içinde bulunmaları onların fiziksel uygunluk düzeylerine olumlu katkıda bulunduğunu belirlemişlerdir. Ertüzün (2013), yaşamlarının herhangi bir döneminde sportif rekreasyonel faaliyetlere katılan ve katılmayan kadınların sağlık inanç ölçeği alt boyutları puanlarının algılanan engeller, psikososyal yarar ve öz etkilik alt boyutlarının yaşamlarının herhangi bir döneminde sportif rekreasyonel faaliyetlere katılan ve katılmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde farklılık görülmemektedir. Sağlık inanç ölçeğinin algılanan ciddiyet ve fiziksel yarar alt boyutlarının kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde sportif rekreasyonel faaliyetlere katılıp katılmadığı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ve bu faaliyetlere katılan kadınların algılanan ciddiyet ve fiziksel yarar puanlarının katılmayan kadınlara göre daha çok olduğu belirlemiştir.

Çalışmaya katılan beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının aile gelir

düzeylei ile algılanan ciddiye, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları arasındaki (Çizelge 3.8), farklılığın değerlendirilmesinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının hiçbirinin asgari ücret, 1500-2500 TL, 2501-4000 TL, 4001 ve üzeri gelir düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı anlaşılmaktadır. Ertüzün E (2013), sağlık inanç ölçeği alt boyut puanları ile kadınların gelir durumu açısından farklılık gösterip göstermediğini incelemek için yaptığı çalışmasında, algılanan ciddiye, algılanan engeller, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyut puanlarının kadınların gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediğini belirlemiştir. Fakat öz-yeterlik alt boyut puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistikî olarak anlamlı olan bir farklılıkların olduğu saptanmasını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda her türlü gelir düzeyi ile alt boyut puanları arasında hiçbirinde anlamlı fark belirlenmezken, Ertüzün (2013), yaptığı çalışmasında katılımcı kadınların gelir düzeyleri ile öz etkilik alt boyut puanları anlamlı farklılıkların olduğunu tespit etmiştir. Ertüzün belirlediği sonuçları değerlendirmesinde, sportif rekreasyon faaliyetlerine katılmak için, gelir seviyesinin yüksek olmasının yeterli bir neden olamayacağını, kadınların rekreatif aktivitelere katılmak için yüksek düzeyde fedakarlık yaptıklarını vurgulamıştır. Bu fedakârlıkları da ailelerine ayırdıkları zaman süresinden, ev işlerine daha az vakit ayırmaları olarak tarif etmektedir. Pense ve Ertüzün (2018), öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, bizim çalışmamıza paralel sonuçlar bulurlarken, Ertüzün (2014)'nün çalışmasından farklı sonuçlar bulmuşlardır. Pense çalışmasının sonucunda, ölçeğin alt boyutları ile gelir durumunu karşılaştırdığında algılanan ciddiye, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyutların anlamlı farklılıkların olduğu tespit etmişler fakat algılanan engel ve özyeterlik alt boyutlarında herhangi bir anlamlılık belirlememişlerdir. Bunun yanında Dattilo ve arkadaşları (1994), yapmış oldukları çalışmada, rekreatif aktivitelere katılmayan kadınların, katılmamalarının temelinde ekonomik yetersizlikten olduğunu ifade etmiş ve bu kadınların hiçbir gelirleri olmayan evde çocuk yetiştiren ve ev kadını olarak isimlendirilen kadınlar olduğunu vurgulamıştır (Dattilo, Dattilo, Samdahl ve Kleiber 1994).

Yapılan bu araştırmada beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunların sportif rekreasyonel aktivitelere, bulunduğu yerde yaşadıkları yıl ile algılanan ciddiye,

algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik sağlık inancı alt boyut puanları karşılaştırılarak analiz edildiğinde anlamlı bir farkın olmadığı istatistiksel açıdan belirlenmiştir (Çizelge 3.9). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının 1yıldan az, 1yıl-2 yıl, 2 yıl-3 yıl, 3 yıl ve üzeri bulunduğu yerde yaşadıkları yıl istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hiçbirisiyle ilişkisinin olmadığı anlaşılmaktadır.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının rekreasyonel aktivitelerine katılım tercihleri ile sağlık inancı alt boyutlarından algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (Çizelge 3.10). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının sosyal çevre, sağlık ve diğer katılım tercihlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hiçbirisiyle ilişkisinin olmadığı anlaşılmaktadır.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının rekreasyonel aktivitelerine çalıştığı kurum ile sağlık inancı alt boyutlarından algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (Çizelge 3.11). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının lise, ortaokul, ilkokul ve diğer çalıştığı kurumların anlamlı düzeyde istatistiksel olarak bir ilişkisinin olmadığı anlaşılmaktadır.

Ertüzün (2013), kadınların eğitim durumlarına göre psikososyal yarar alt boyutunda en fazla puanı ilköğretim mezunları almıştır. İlköğretim mezunlarından sonra en fazla puanı lisansüstü eğitim alanlar ve devamında ise lisans eğitimi alanlar almıştır. En düşük puanı alanlar ise lise mezunları olmuştur. Kadınların eğitim durumlarına göre özetkilik alt boyutunda en fazla puanı ilköğretim mezunları en az puanı ise lise mezunları almıştır. Bu anlamda psikososyal yarara bağlı öz etkilik anlamında ilköğretim ve lise mezunları için her biri kendi içinde uyumluluk göstermektedir. Fakat en fazla puan ve en az puanlar arasındaki farkın lisans ya da lisansüstü eğitim alanlar ile ilköğretim eğitimi alanlar arasında olması beklenirken, ilköğretim eğitimi alanlar ile lise eğitimi alanlar arasında çıkmasını açıklamak zordur. Henüz araştırılan kaynaklarda sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inancına yönelik farklı çalışmalar tespit edilemediğinden öğrenim durumları bakımından psikososyal yarar ve özetkilik alt boyutları ile ilgili tespitte bulunulamamıştır. Psikososyal yarar alt boyutlarında, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile fak./y.okul ve ilköğretim ile lisansüstü gurupları arasında farklar istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Her üç gurup için psikososyal yarar boyutunda en fazla puanları ilköğretim mezunları almıştır. Özetkilik alt boyutunda psikososyal alt boyutuna benzer şekilde, ilköğretim ile lise, ilköğretim ile fak./y.okul ve ilköğretim ile lisansüstü guruplar arasındaki ayrımlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuş, eğitim arttıkça özetkilik azalmıştır. Öğretim seviyesi artıkça bireylerin bilgi düzeylerine bağlı olarak beklentilerin arttığı düşünürsek aynı durum eğitime bağlı psikososyal yararları ve özetkilik açısından söylenebilir.

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının meslekleri arasında bir farklılık yaratıp yaratmadığı sorusuna yanıt aradığımızda, araştırmamızın analiz maddelerinden biri olan meslekleri ile sağlık inancı alt boyutlarından algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (Çizelge 3.12). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının, beden eğitimi öğretmenleri, antrenörler, uzmanlar ve diğer meslekler ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamızın analiz maddelerinden biri olan beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının rekreasyonel aktivitelere katılım tercihlerinde cinsiyetin bir farklılık yaratıp yaratmadığı sorusuna yanıt aradığımızda, cinsiyetleri ile sağlık inancı alt boyutlarından algılanan ciddiyet, algılanan engel, psikososyal yarar, fiziksel yarar ve öz etkilik alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (Çizelge 3.13). Sağlık inanç ölçeği alt boyutlarının kadın erkek ilişkisinin istatistiksel olarak cinsiyetleri arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı anlaşılmaktadır. Pense, Ertüzün (2018), farklı branş öğretmenleri üzerinde yaptıkları araştırmada, kadınlarla erkeklerin katılımları arasında anlamlı farklılığın olmadığını belirlemişlerdir. Yine Pense, Kasımoğlu (2017), aynı ölçeği uyguladıkları sağlık personelleri üzerinde de aldıkları sonuç benzer olup, rekreasyonel aktivitelere katılımlarda cinsiyetler arasında farklılığın olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, aynı ölçeğin kullanıldığı farklı mesleklerde çalışanlara rekreasyonel aktivitelere katılımlarında cinsiyetler açısından farklılıkları değerlendirildiğinde, beden eğitimi mezunlarında cinsiyetler arasında farklılıklarında olmadığı dikkat çekicidir.

## **5. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **5.1. Sonuçlar**

Çalışmamızda kullandığımız SRAİSİÖ ölçeğın temelini oluşturan alt boyutların, katılımcıların demografik bilgileriyle etkileşimi analiz edildiğinde; sadece yaşanan yer ile alt boyutlardan algılanan ciddiye, fiziksel yarar ve psikososyal yarar alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıklarının olduğu belirlenirken, algılanan engeller ve öz etkilik alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıklarının olmadığı belirlenmiştir. Yaşanan yer dışındaki demografik bilgiler ile alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıkların olmadığı görölmektedir.

Sonuç olarak;

Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere katılımları, onların kişisel sağlıklarını ve toplum sağlığını olumlu bir şekilde etkilemiştir. Bu aktivitelerin kendilerine fiziksel, psikososyal yarar sağladığına inandıklarını ve bu durumu oldukça ciddiye aldıkları görölmüştür. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarından sportif rekreasyonel aktivitelere katılım konusunda elde edilen bu olumlu sonuçların, 4 yıl süren eğitim süreçleri içerisinde spor ile ilgili çok sayıda teorik ve uygulamalı dersler aldıkları ve böylelikle sporun ve egzersizin yarattığı olumlu sonuçlardan haberdar olduklarından dolayı olduğu farkedilmektedir. Bunun yanında beden eğitimi ve spor mezunlarının, hayatlarının her aşamasında sosyal yaşantılarının en ön sırada olduğu ve yaşamları süresince sağlık unsuru, iş unsuru, eğlence unsuru gibi tüm unsurları sosyal yaşantılarının içerisinde yaşamaya özen gösterdikleri ortaya çıkmaktadır.

### **5.2. Öneriler**

Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inanç ölçeğine verdikleri cevaplar sadece onların inanç ve düşünceleri ile ilgilidir. Toplumun her kesiminde bulunan tüm meslek dallarına bu ölçeğın uygulanması gerektiği ve belirlenen bu sonuçlara göre gerekirse spor, egzersiz, rekreasyonel aktiviteler konusunda bu meslek dallarının kendi kurum bünyelerinde eğitimler verilmelidir. Dolayısıyla bilgilendirilmeleri ülkemizin daha bilinçli ve sağlıklı yaşayan bir nüfus haline gelmesini sağlayacaktır. Toplumların koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini kavramaları için sportif rekreasyonel aktiviteleri yaygınlaştırılmalıdır. Tüm bunlar gerçekleştirildiğinde, birbirini izleyen



bir tepkime gerekleŖecek ve kurumsal Ŗirketler, kamu kuruluŖları rekreasyonel aktivitelerini gerekleŖtirilebileceęi alanlar oluŖturabileceklerdir. Ayrıca;

1. alıŖmanın daha geniŖ bir örneklem grubuna uygulanması,
2. Farklı coğrafi bölgeler tercih edilerek karŖılaŖtırma yapılması,
3. Karma yöntem uygulanarak (Nitel ve Nicel araŖtırma yöntemlerinin birlikte uygulanması) alıŖmanın tekrar edilmesi önerilmektedir.



## 6. KAYNAKLAR

- Altuğ FK, Erbahçeci F, 2000. Çalışan kadınların fiziksel uygunluk düzeylerinin karşılaştırılması, Turkish J Occup Health and Safety,7.27-32.
- Amen MM, Clark VPJ, 2001. The influence of mothers' health belief on use of preventive child health care services and mothers' perception of children's health status. *Insues in comprehensive pediaatric nursing*, 24(3),153-163.
- Aggleton P, 1990. Health. J&L Composition Ltd. London.
- Bandura A, 2002. Self-efficacy. <http://www.emory.edu/education/mfp/BanEncy.html/2014>.
- Bandura B. and Kickbusch I, 1991. Health promotion research: Towards A New Social Epidemiology. Who Regional Publications. European Series No: 37.
- Bandura A, 1982. Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist* 37(2),122-47.
- Benson HMD,1997. Timeless healing. The Power and Bidogy of Belief. Massachusetts Genaral Hosptal U.S.A.
- Bowling A, 1991. Measuring health. Open University Press, Milton Keynes. St George's Hospital Medical School, London.
- Champion VL, Skinner CS, 2008. Health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior and health education. San Francisco. JosseyBass, p. 45-62.
- Champion VL, Skinner CS, 2008. The health belief model. Health behavior and health education. Theory, research, andpractice. Glanz K, Rimer B.K, Viswanath K. San Francisco. Jossey-Bass.
- Champion VL, 1984. Instrument development for health belief model constructs. *advancein nursing science*,6(3), 73-85.
- Crain W, 2005. Theories of development concepts and applications (Fifth Edition). New York: Upper Saddle River.
- Dattilo J, Dattilo AM, Samdahl D, Kleiber DA, 1994. Leisure orientations and self-esteem in women with low income who are overweight. *journal of leisure research*, 26.23-38.
- Durak A, Palabıykoğlu R, 1994. Beck umutsuzluk ölçeği'nin geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 2(2). 311-319.
- Edelman CL, Mandle CL, 2002. Health promotion, throughout the lifespan. Mosby, St. Louis, 199-223.
- Ertuzun E, Karakucuk S, Bodur S, 2015. Health beliefs of females related with sportive recreational activities. *International journal of sport studies*. Vol, 5 (5), 535-544, Available online at <http://www.ijssjournal.com> ISSN 2251-7502, Science Research.
- Ertüzün E, Arıkan Ş, Uyaraoğlu A K, Revan S, 2014. Öğretim elemanlarının sportif rekreasyon aktivitelerine ilişkin sağlık inancı. II. Uluslar Arası Kop Bölgesi Kalkınma Senpozyumu. 22- 24, Ekim.
- Ertüzün E, 2013. Kadınların sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Ertuzun E, Bodur S, Karakucuk S, 2013. The development of health-belief Scale on sportive recreational activities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 89, 509-516.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Eds), 2008. Health behavior and health educationtheory, research, and practice. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis F.M, 2002. Health behavior and health education. Jossey- Boss CO: San Fransisco.
- Gürvardar D. 2001. Yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar ile ana-baba yanında yetişen çocukların umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Demokrasi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Hayden J, 2009. Health belief model. Introduction to health behaviortheory. Canada. Jones and Barlett Publishers.
- Hayden J, 2009. Motivation and behavior change. In: De Young S, editor. Teaching strategies for nur see ducators. New Jersey: Pearson Education, p. 4453.
- Henderson KA, 1995. Women's Leisure. More Truth Than Facts?.World Leisure and Recreation, 37(1):9-13.
- Henderson KA, Bialeschki MD, 1993.Negotiating Constraints to Women's Physical Recreation. Society and Leisure, 16,389-412.
- Hochbaum GM, 1958. Public participation in medical screening programs: A Sociopsychological Study. PHS publication No. 572. Washington D.C. Government Printing Office.
- Janz NK, Becker MH, 1984. The health belief model: A Decade Later. Health Education Behavior, 11 (1),1-47.
- Johnson JL, Ratner, Pamela A. Bottorff, Joan L, Hayduk, Leslie A 1993. An exploration of pender's health promotion model using lisrel, Nursing Research,42 (3), 132-37.
- Karayurt Ö, 2003. Champion Sağlık inanç modeli ölçeğinin türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi, İzmir.
- Kashani JH, Stoyls MS, Dandoy AC, Viadya AF, Reid JC, 1991. Correlates of hopelessness in psychiatrically hospitalized children. Comprehensive Psychiatry. 32 (4). 330-337.
- Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D, 1986. The hopelessness scale for children psychometric characteristics and concurrent validity. Journal Of Consulting And Clinical Psychology. 54 (2). 241-245.
- Kılıç D, Eriç B, 2004. Osteoporoz Sağlık inanç ölçeği, osteoporoz öz etkilik/ yeterlilik ölçeği ve osteoporoz bilgi testinin geçerlik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7: 1-15.
- Koch J, Roberts AE, Cannon JH, 2005. College students, tattooing and the health belief model: Extending Social Psychological Perspectives on Youth Culture and Deviance. Sociological Spectrum, 25: 79- 102.
- Larson JL,1991. The measurement of health. Concepts and indicators. Greenwood Press, New York.
- Magill F.N (Eds),1993. Survey of social science, Psychology series, Salem press, Englewood Cliff. N.J. //trochimcornell.edu/gallery/walkley/self-eff. htm.
- Naıcivan N, Secginli S, 2007. Health beliefs related to breast self examinationin a sample of turkish women. Oncology Nursing Forum;34(2): 425-432.
- Naıcivan ÖN, Seçginli S, 2003. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar; bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7: 33- 37.
- Nguvu (Amen) MM, 1998. The infulance of mothers'healty beliefs upon use of preventice children's health status. Submitted in partial fulfillment of the requiriments forthe degree of doctor of philosophy in the school of education New York University: By Umi Company.
- O'Donnell M,1986. Definition of health promotion. Journal of Health Promotion 1(1): 4-5.
- Özmen D, 2004. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Öztek Z, Üner S, Eren N, 2012. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akın A. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2: 20, Ankara.
- Öztürk M, 1997. 10-13 Yaşları arasındaki çocuklarda umutsuzluk ve yalnızlığının bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Palank CL, 1991. Determinants of health promotive behavior, Nurs Clin North Am, 26(4), 815-31.

- Palsdottir A, 2008. Information behavior, health selfefficacy beliefs and health behavior in Icelanders' everyday life. *InfRes* 13 (1).
- Patrick D ve Erickson P,1993. Health status and health policy. Oxford University Press, Oxford.
- Pender NJ, 1987. Health promotion in nursing practice, 2nd edition, Appleton Lange, USA.
- Pense M, Kasımoğlu M, 2017. Sağlık personellerinin sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının karşılaştırılması. 15<sup>th</sup> International Sport Sciences Congress, 15-18 November, 2017, Antalya/TURKEY. S: 818-819 (SB:903).
- Pense M, Ertüzün E, 2018. Orta öğretimde görev yapan öğretmenlerin sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi. International Congress on Recreation and Sport Management, 10-13 May, 2018, Bodrum/TURKEY. S: 213 (SB:168).
- Petro-Nustas W, Mikhail I.B, 2002. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*, 19: 263-271.
- Redding CA, Rossi J.S, Rossi S.R, Velicer WF, 2000. Prochaska JO. Health behaviour models. The International Electronic Journal of Health Education, 3 (Special Issue): 180-93.
- Robinson J. And Elkan R,1996. Health needs assessment. Pearson Professional Limited. New York.
- Rosenstock I.M, 1960. What resarch in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*. 50: 295-301.
- Sağlık Bakanlığı, 2011. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Deniz Matbacılık, Ankara.
- Seedhouse D,1986. Health: The foundationsfor achivement. John Wiley Sons Ltd.
- Senemoğlu N,1998. Gelişim öğrenme ve öğretim. Kuramdan Uygulamaya, Özsen Matbaası, Ankara.
- Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ, 1996. Health Care Terms. Tringa Press, Saint Paul, Minnesota.
- Sunmaz D, 2003. Ebeveyn sağlık inanç ölçeğinin türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Tekin M, Filiz K, 2008. Beden eğitimi ve spor yüksekokullarının antrenörlük ve spor yöneticiliği bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin umutsuzluk ve boyun eğici davranış düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* VI, (1) 27-37, Ankara.
- U.S. Department of health and human services, 2005. Theory at a glance. A guidefor health promotion practice (2 ndedition, 13-15). NIH Publication No. 05-3896, USA.
- Üner H, 1993. Bir araştırma ve uygulama alanı olarak sağlık psikolojisi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmoloji Dergisi* 1, 2, 153-157.
- Zülal A, 2002. Sağlık için hareket edin. *Bilim ve Teknik Dergisi*. Ağustos.
- Warren K, et all, Priest S, State College, Pa, 1990. Venture Womens Outdoor Adventures. *In Miles, Adventure Education*,411-417.
- Weil A, 1997. 8 Weeks to optimum health. Publishid in the United States by The Ballantine Publishing Group, adivision of Randon Haus, inc, New York. U.S.A.
- Who, 2000. Munich declaration nurses and midwives: a force for healt. *August*, 16(4). 207-4.

## 7. EKLER

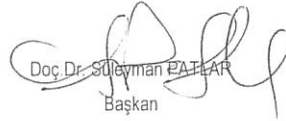
### EK A: Etik Kurul Kararı

T.C  
Selçuk Üniversitesi  
Spor Bilimleri Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı


Karar Sayısı 25


Sayın : Mehmet PENSE  
Selçuk Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi / KONYA  
Yürütücü : Mehmet PENSE  
Yrd. Araştırmacı : Ali DAĞLI

"Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Mezunlarının Sportif Rekreasyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi" isimli Yüksek Lisans Tez projesi öneriniz incelenmiş ve Fakültemiz Girişimsel Olmayan Etik Kurul yönergesine uygunluğuna oy birliği/ oy çokluğu ile karar verilmiştir. 30.05.2018

  
Doç.Dr. Süleyman PATLAR  
Başkan

  
Doç.Dr. İ. Bülent FİŞEKÇİOĞLU  
Üye

  
Doç.Dr. Oktay ÇAKMAKÇI  
Üye

  
Doç.Dr. Ekrem BOYALI  
Üye

  
Dr. Öğr. Üyesi. Ferhat ÜSTÜN  
(Raportör)

1. Etik Kurul Kararları Spor Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine göre verilmektedir.
2. Etik Kurul Kararları danışma niteliğindedir. Üyeler projeler hakkında verdikleri kararlardan dolayı idari ve cezai sorumluluk taşımaz.
3. Projenin yürütülmesi sırasında oluşacak olumsuzluklarda proje yürütücüsü sorumludur.
4. Etik Kurul Raporu verilen projelerde daha sonra proje ile ilgili bir değişiklik (araştırmacı, yöntem vb) olması durumunda Etik Kuruldan yeniden onay alınması gerekmektedir. Aksi takdirde önceden alınmış olan rapor geçerliliğini yitirecektir

**EK B: Beden Eğitimi / Spor Bilimleri Mezunlarının Sportif Rekreatif Aktivitelere İlişkin Sağlık İnançlı Kişisel Bilgi Formu**

Değerli katılımcı;

Zorunlu ihtiyaçlarımız ve çalışmak için ayırdığımız zaman dışında kalan boş zamanlarımızda kendi isteğimizle yaptığımız kitap okuma, müzik dinleme, yürüyüş, voleybol, basketbol, futbol, yüzme vb. etkinliklere rekreatif etkinlikler, bu durumu kapsayan kavrama ise rekreasyon adı verilmektedir. Aşağıda rekreasyon amaçlı spor yaparken sağlık hassasiyetinizi ölçen bazı ifadeler yer verilmiştir. Lütfen özenle cevaplayınız. Vereceğiniz cevaplar bilimsel bir çalışmaya yön verecektir.

Dr. Öğretim Üyesi. Mehmet PENSE, Beden Eğitimi Öğrt. Bayram Ali DAĞLI

1) Yaşınız .....

2) Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

3) Mesleğiniz

Beden Eğitimi Öğr  Antrenör  Uzman  Diğer

4) Çalıştığınız Kurum

Lise  Ortaokul  İlkokul  Diğer

5) Medeni Durumunuz

Evli  Bekâr

6) Eşiniz Çalışıyor mu?

Evet  Hayır

7) Çocuğunuz

Var  Yok

8) Ailenizin toplam aylık geliriniz (bütün gelir durumu)

Asgari Ücret  1500-2500  2501 - 4000  4001 - Üzeri

9) Yaşadığınız yer

Büyükşehir  İl  İlçe  Köy-Bucak vs.

10) Kaç yıldır bulunduğunuz yerdesiniz?

1 yıl ve daha az  1 yıl – 2 yıl  2 yıl – 3 yıl  3 yıl ve üzeri

11) Hayatınızın herhangi bir döneminde sportif rekreatif etkinliklere (yürüyüş, yüzme, koşma, futbol, basketbol, voleybol vb.) katıldınız mı?

Evet  Hayır

12) Rekreatif aktivitelere nasıl katılmayı tercih edersiniz?

Bireysel  Grup

13) Sportif rekreatif aktivitelere katılmayı neden tercih ediyorsunuz?

Sosyal Çevre  Sağlık  Diğer

14) Yeterli boş zamanınız olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır

**EK C: Sportif Rekreeyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği ve Alt Boyutları**

Alt Alan	Soru Sıra No	MADDELER
Algılanan Ciddiyet	13	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmak vücudumun bütün fonksiyonları için hayati öneme sahiptir.
	19	Sportif rekreeyonel aktiviteler sağlıklı yaşamak için çok önemlidir.
	1	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılım sağlıklı toplum açısından önemlidir.
	11	Rekreasyon amaçlı egzersiz yapılan günlerde stresin azalması önemli bir etkidir.
Algılanan Engeller	12	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmamda fiziksel sağlık problemlerim beni etkiler.
	2	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmamda ruhsal durumum beni etkiler.
	8	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılırken sakatlanmaktan korkarım.
Fiziksel Yarar	9	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığımda boşaltım sistemimin daha düzenli çalıştığına inanırım.
	16	Rekreasyon amaçlı egzersizin fiziksel görüntümü olumlu etkilediğine inanırım.
	3	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığımda kendimi daha zinde hissedirim.
	14	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığım dönemde günlük su tüketimim artar.
Psikososyal Yarar	4	Rekreasyon amaçlı egzersizin ruh sağlığıma olumlu katkıları olduğuna inanırım.
	7	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığımda uyku alışkanlığım düzene girer.
	20	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığım dönemde iş yapabilme kapasitemde artış olur.
	5	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığım dönemde sosyal çevremle ilişkilerim daha iyi olur.
	18	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığım dönemde aile ilişkilerim daha iyi olur.
	10	Rekreasyon amaçlı egzersiz yaptığım dönemde günlük uğraşlarımı yürütebilme becerim artar.
Öz Etkilik	6	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmak için işimden fedakârlıklar yaparım.
	17	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmak için sosyal çevreme ayırdığım zamandan fedakârlıklar yaparım.
	15	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmak için aileme ayırdığım zamandan fedakârlıklar yaparım.
	21	Sportif rekreeyonel aktivitelere katılmak için ekonomik durumumdan fedakârlıklar yaparım.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

20.09.1974 tarihinde Çumra ilçesi Konya ilinde doğdu. İlk orta ve lise öğrenimini İçeri Çumra Mahallesiinde tamamladı.1994 yılında Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulunu kazandı.1998 yılında lisans eğitimini tamamladı. Aynı yıl Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Munise Lutfi Onat ilköğretim Okulunda Beden Eğitimi Öğretmeni olarak atandı. 2016 yılında Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Beden Eğitimi Öğretmeni olarak Hamidiye İmam Hatip Ortaokulunda görev yapmaktadır.

