

T.C.  
BARTIN ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ÖĞRETİMİ ANA BİLİM DALI  
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR EĞİTİMİ BİLİM DALI

SPOR EĞİTİMİ ALAN AMPUTE BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ, YAŞAM  
KALİTESİ VE BOŞ ZAMAN ENGEL DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN  
Ali Ozan SARIGÖZ

DANIŞMAN  
Doktor Öğretim Üyesi Fatih YAŞARTÜRK

BARTIN-2019

**T.C.**  
**BARTIN ÜNİVERSİTESİ**  
**EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ÖĞRETİMİ ANA BİLİM DALI**  
**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR EĞİTİMİ BİLİM DALI**

**SPOR EĞİTİMİ ALAN AMPUTE BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ,  
YAŞAM KALİTESİ VE BOŞ ZAMAN ENGEL DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**2008**

**HAZIRLAYAN**  
**Ali Ozan SARIGÖZ**

**DANIŞMAN**  
**Doktor Öğretim Üyesi Fatih YAŞARTÜRK**

**BARTIN-2019**

## KABUL VE ONAY

Ali Ozan SARIGÖZ tarafından hazırlanan "Spor Eğitimi Alan Ampute Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Boş Zaman Engel Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma 17/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliğiyle başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Metin YAMAN

Öye : Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZKAN

Öye : Dr. Öğr. Üyesi Fatih YASARÖZ



Bu tezin kabulü Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Nuriye SEMERCI

## BEYANNAME

Bartın Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna Doktor Öğretim Üyesi Fatih YAŞARTÜRK' ün danışmanlığında hazırlamış olduğum "Spor Eğitimi Alan Ampute Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Boş Zaman Engel Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı yüksek lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

17/01/2019



Ali Ozan SARIGÖZ

## ÖN SÖZ

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde emeklerinden dolayı, tez danışmanım olarak bu çalışmanın planlamasını, yürütülmesi konusunda desteklerini ve akademik bilgi, tecrübe ve zamanını esirgemeyen Sayın Doktor Öğretim Üyesi Fatih YAŞARTÜRK hocama göstermiş olduğu ilgi alaka, sabır, anlayış ve özveriden dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca bu çalışmamda yer alan ölçümlerim konusunda akademik bilgi, tecrübe ile ışık tutan, yardımlarını esirgemeyen Sayın Doktor Öğretim Üyesi Ali ÖZKAN hocama ve bana yardımcı olan Arş. Gör. Recep AYDIN ve Arş. Gör. Hayri AKYÜZ hocalarıma ve tez savunma jüri üyesi Sayın Prof. Dr. Metin YAMAN hocama, yüksek lisansımı gerçekleştirmem konusunda desteklerini esirgemeyen canım ailem annem babama ve ampute futbol ile tanışmamı sağlayan, her daim desteğini hissettiren Eski Ampute Futbol Milli Takım Teknik Direktörü Halil İbrahim KÖPRÜLÜ amcama canı gönülden teşekkür eder hürmetlerimi sunarım. Ayrıca çalışmama katılan TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü, Osmanlı Engelliler Spor Kulübü, İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü, Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü, Şahinbey Belediye Spor Kulübü, Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü ve Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü ampute futbolcularına çok teşekkür ederim.

Ali Ozan SARIGÖZ

## ÖZET

### Yüksek Lisans Tezi

## Spor Eğitimi Alan Ampute Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Boş Zaman Engel Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ali Ozan SARIGÖZ

Bartın Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Ana Bilim Dalı

Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doktor Öğretim Üyesi Fatih YAŞARTÜRK

Bartın-2019, Sayfa: XII + 91

Bu çalışmanın amacı, spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve engel düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Ölçek formu dört bölümden oluşmaktadır. Ölçek formunun ilk bölümünde demografik bilgilerinden oluşan bilgi formu kullanılmıştır. İkinci bölümünde bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlıklı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılmıştır. Üçüncü bölümünde ise bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)” yer almaktadır. Dördüncü bölümünde de bireylerin rekreasyonel etkinliklere katılımlarında engel oluşturabilecek durumları belirlemek amacıyla “Boş Zaman Engelleri Ölçeği” yer almaktadır. Ölçeklerin geçerlik çalışmaları kapsamında açımlayıcı faktör analizi; güvenilirlik çalışması kapsamında madde analizi (madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha) kullanılmıştır. Demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. Ölçek ve alt boyutları arası ilişki analizi için Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Çalışmaya aktif spor yapan toplam 102 ampute futbolcuları, TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü (16 erkek), Osmanlı Engelliler Spor Kulübü (20 erkek), İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü (15 erkek), Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü (13 erkek), Şahinbey Belediye Spor Kulübü (14 erkek), Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü (12 erkek) ve Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü (12 erkek) ampute futbolcuları gönüllü olarak katılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin kendini gerçekleştirme ( $2,78\pm 0,53$ ), sağlık sorumluluğu ( $2,77\pm 0,55$ ), egzersiz ( $2,81\pm 0,53$ ), beslenme ( $2,80\pm 0,58$ ), kişilerarası destek ( $2,79\pm 0,57$ ), stres yönetimi ( $2,81\pm 0,57$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ( $2,79\pm 0,51$ ) “sık sık” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi alt boyutlarından alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (20) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin egzersiz ( $12,79\pm 4,19$ ), psikolojik sağlık ( $12,29\pm 3,92$ ), sosyal ilişkiler ( $12,32\pm 4,98$ ) puanlarının “oldukça iyi” düzeyinde; fiziksel sağlık ( $11,87\pm 3,81$ ) ve çevre ( $11,93\pm 3,80$ ) puanlarının “orta” düzeyde olduğu; ölçek toplam puanı olarak alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (100) puanlar dikkate alındığında yaşam kalitesi puanlarının ( $61,20\pm 18,67$ ) “oldukça iyi” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Boş zaman engelleri ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin sırasıyla tesis yetersizliği ( $2,78\pm 0,91$ ), bilgi eksikliği ( $2,75\pm 0,85$ ), arkadaş eksikliği ( $2,70\pm 0,79$ ) ve zaman yetersizliğini ( $2,65\pm 0,77$ ) en önemli

boş zaman engelleri olarak gördükleri tespit edilmiştir. Birey psikolojisi ( $2,50\pm 0,80$ ) ve ilgisizlik ( $2,50\pm 0,71$ ) engellerinin kısmen ve önemli değil düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Boş zaman engelleri ölçek puanının ( $2,79\pm 0,51$ ) “önemli” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak araştırma grubunun incelenen değişkenleri açısından boş zaman faaliyetlerine katılım engelleri arttıkça yaşam kalitesi düzeyleri azalmıştır ve spor eğitimi almış ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri paralel bir şekilde artmaktadır, sonuçları elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ampute Futbol, Sağlıklı yaşam biçimi, Beslenme, Yaşam kalitesi, Bedensel Engelliler.



## **ABSTRACT**

### **Master's Thesis**

## **Investigation of the Relationship Between Healthy Life Style, Quality of Life and Leisure Time Levels of Amputated Individuals**

**Ali Ozan SARIGÖZ**

**Bartın University**

**Institute of Educational Sciences Department of Physical Education and Sports Teaching Program**

**Physical Education and Sports Training**

**Thesis Advisor: Doctor Lecturer Fatih YAŞARTÜRK**

**Bartın-2019, Sayfa: XII + 91**

The aim of this study was to investigate the relationship between healthy lifestyle, quality of life and obstacle levels of amputated individuals who received sports training. The scale form consists of four parts. In the first part of the scale form, the information form consisting of demographic information was used. In the second part, 11 Healthy Lifestyle Behavior Scale in was used to measure health-promoting behaviors of the individual in relation to healthy lifestyle. In the third part, WHO World Health Organization Quality of Life Short Form Turkish Questionnaire (WHOQOL-BREF-TR) in is used to determine the quality of life of the individual. In the fourth chapter, re Leisure Time Barriers Scale D is included in order to determine the situations that may prevent individuals from participating in recreational activities. Exploratory factor analysis within the scope of validity studies of scales; item analysis (item total correlation and Cronbach Alpha) was used for reliability study. One-way analysis of variance (ANOVA) was used to compare demographic variables. Pearson correlation analysis was used to analyze the relationship between the scale and its sub-dimensions. A total of 102 amputee players engaged in active sports, TSK Rehabilitation Center Disabled Sports Club (16 men), Ottoman Disabled Sports Club (20 men), Izmir Metropolitan Municipality Youth and Sports Club (15 men), Anadolu Erciyes Disabled Sports Club (13 men), Şahinbey Municipality Sports Club (14 men), Malatya Metropolitan Municipality Sports Club (12 men) and Bursa Amputee Force Sports Club (12 men) amputee players participated voluntarily. Considering the lowest (1) and highest (4) scores that can be taken from the subscales of healthy lifestyle behaviors, self-realization of amputated individuals ( $2,78 \pm 0,53$ ), health responsibility ( $2,77 \pm 0,55$ ), exercise ( $2,81 \pm 0,53$ ), nutrition ( $2,80 \pm 0,58$ ), interpersonal support ( $2,79 \pm 0,57$ ), stress management ( $2,81 \pm 0,57$ ) and healthy lifestyle behaviors scores ( $2,79 \pm 0,51$ ) u frequently "level. Considering the lowest (0) and highest (20) scores of the quality of life subscales, the exercise of amputated individuals ( $12,79 \pm 4,19$ ), psychological health ( $12,29 \pm 3,92$ ), social relations ( $12,32 \pm 4,98$ ) points at in pretty good  $\pm$  level; physical health ( $11,87 \pm 3,81$ ) and environment ( $11,93 \pm 3,80$ ) scores were ,8 medium  $\pm$ ; When the lowest (0) and highest (100) scores were taken into account, the quality of life scores ( $61,20 \pm 18,67$ ) were found to be ve quite good ölçek. When the lowest (1) and highest (4) scores of the ambulatory disability scale subscales were taken into account, the lack of facilities ( $2,78 \pm 0,91$ ), lack of knowledge ( $2,75 \pm 0,85$ ), lack of friends, ( $2,70 \pm 0,79$ ) and lack of time ( $2,65 \pm 0,77$ ) as the most important leisure time barriers. Individual psychology ( $2,50 \pm 0,80$ ) and apathy ( $2,50 \pm 0,71$ ) were found to be partially and non-significant. It was determined that leisure time score scale score ( $2,79 \pm$



0,51) was at  $\pm$  significant Boş level. As a result, as the barriers to participation in leisure time activities increased, the quality of life decreased and the healthy lifestyle behaviors, quality of life and leisure time levels of the amputated individuals with sports education increased in parallel and the results were found to have a positive and meaningful relationship.

**Keywords:** Amputee Football, Healthy lifestyle, Nutrition, Quality of life, Physically disabled.

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
BEYANNAME.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	x
EKLER LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM I .....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Cümlesi .....	3
1.2. Alt Problemler .....	3
1.3. Araştırmanın Amacı .....	3
1.4. Araştırmanın Önemi .....	4
1.5. Sayıtlar .....	6
1.6. Sınırlılıklar .....	6
1.7. Tanımlar .....	6
1.7.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: .....	6
1.7.2. Yaşam Kalitesi: .....	7
1.7.3. Boş Zaman Engel Düzeyleri:.....	7
1.8. Kısaltmalar .....	8
BÖLÜM II.....	9
LİTERATÜR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	9
2.1. Sağlık.....	9
2.1.1. Bedensel Engelli Bireylerde Sağlık ve Sporun Önemi.....	10
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi .....	11
2.2.1. Beslenme .....	12
2.2.2 Yeterli ve Dengeli Beslenme .....	14
2.2.3. Beslenme İle İlgili Uyulması Gereken Faktörler.....	15
2.3. Rekreasyon.....	16
2.3.1. Sağlık ve Rekreasyon .....	18
2.3.2. Rekreasyon ve Spor .....	19
2.3.3. Rekreasyon ve Boş Zaman Kavramları .....	19
2.3.4. Rekreasyon Faaliyetlerinin Sınıflandırılması .....	21
2.3.5. Toplumlarda Boş Zaman Tüketimi.....	21

2.4. Yaşam Kalitesi .....	22
2.5. Boş Zaman Engelleri .....	24
2.5.1. Boş Zaman Kavramı ve Kullanımı .....	26
2.6. Engelliler İçin Spor .....	28
2.7. Bedensel Engellilik .....	29
2.7.1. Ampute Futbol .....	30
BÖLÜM III .....	32
YÖNTEM .....	32
3.1. Araştırmanın Modeli .....	32
3.2. Evren ve Örneklem .....	32
3.3. Veri Toplama Araçları .....	32
3.4. Verilerin Analizi .....	33
3.5. Ölçeklerin Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri .....	35
3.5.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	35
3.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	38
3.5.3. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	39
BÖLÜM IV .....	42
BULGULAR .....	42
4.1. Betimsel Bulgular .....	42
4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	44
4.3. Yaşam Kalitesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	52
4.4. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	58
4.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular .....	65
BÖLÜM V .....	71
TARTIŞMA VE SONUÇ .....	71
5.1. Öneriler .....	75
KAYNAKÇA .....	76
EKLER .....	85
ÖZ GEÇMİŞ .....	91

## TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları .....	36
Tablo 3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Madde Analizi Sonuçları.....	37
Tablo 3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	38
Tablo 3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Madde Analizi Sonuçları .....	39
Tablo 3.5. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 3.6. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Madde Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 4.1. Ampute Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	42
Tablo 4.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler .....	43
Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	45
Tablo 4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	46
Tablo 4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	47
Tablo 4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	48
Tablo 4.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	49
Tablo 4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	49
Tablo 4.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	50
Tablo 4.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	51
Tablo 4.11. Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	52
Tablo 4.12. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	53
Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	54
Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	55
Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	55
Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	56
Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	57
Tablo 4.18. Yaşam Kalitesi Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 4.19. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	59

Tablo 4.20. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	60
Tablo 4.21. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	61
Tablo 4.22. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	62
Tablo 4.23. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	63
Tablo 4.24. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları .....	63
Tablo 4.25. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	64
Tablo 4.26. Boş Zaman Engelleri Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	65
Tablo 4.27. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları .....	66



## EKLER LİSTESİ

<b>EK</b>		<b>Sayfa</b>
<b>No</b>		<b>No</b>
1.	Kişisel Bilgi Formu .....	85
2.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği .....	86
3.	Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	88
4.	Boş Zaman Engelleri Ölçeği.....	90



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Bilindiği üzere her birey engelli adayı olarak yaşamını sürdürmektedir. Bu engellilik durumunu doğum öncesi, doğum sırası veya doğum sonrası yaşayabiliriz. Engeli bulunmak kişiyi fiziksel ve zihinsel olarak etkileyebildiği gibi psikolojik olarak da oldukça yormaktadır. Özellikle toplumun engeli bulunan kişilere karşı olumsuz fikir ve davranışları süreci hızlı etkileyebilir. Engelli bir kişi aile ve kendi çevresinden sürekli bu şekilde geri bildirim görürse kendini sosyal hayatından soyutlayabilmektedir. Bu durumda engelli bireylerde özgüven eksikliği içe kapanıklık ve üzüntü gibi hisleri yaşamasına neden olabilir. Engelli bireylerin fiziksel veya zihinsel işlevselliklerindeki bozukluklar hareket kapasitesini ve davranış biçimlerini etkilediğinden toplumun geri kalan kesimi tarafından dışlanıp soyutlanabilirler. Bu duruma bağlı olarak birey bedenen olumsuz bir performans sergilemektedir. Bu durumun önüne geçebilmek için engelli bireylerle olan iletişimimizde daha dikkatli ve engellilik farkındalığını aza indirgeyerek pozitif düşünce yaklaşımı içinde bulunmamız gerekmektedir. Böylelikle kendi benlik yargılarının değerlerini görmelerine, kendilerine ve çevrelerine olan öz saygılarını arttırmaya yönelik yardımcı bir yol izlemek söz konusu olacaktır.

Ülkemizde engellilerimize sunulan yaşam alanları ile eğitim camialarında spor faaliyetlerini gerçekleştirmeleri oldukça güç gözükmektedir. Tecrübeli eğitimciler ile spor mecralarının sınırlı kapasitesi de bu durumun devam etmesine sebep olmaktadır. Eğitim ve sağlık sektörleri istenilen şekilde gelişmemiş ülkelerde engelli bireylerin toplumun diğer kesimlerinden farklı şekilde yaşayamamaları ve ayakta kalabilmeleri bakımından bu zorluğa katılmaları kaçınılmazdır. Toplumun tüm bireylerinin, her şekilde böyle bir durumlar karşı karşıya kalmasının mümkün olabileceği zihniyetiyle engel durumu bulunan kişilerimizin ihtiyaçlarının bulunduğu sportif, sosyal ve kültürel faaliyetlere katılımında yardımlarını sağlamaları toplumun görevidir. Bilindiği üzere spor, sağlık ve güzel, huzurlu bir hayat için zorunlu bir uğraştır ve her birey için önemli bir faktördür. Fakat spor engel sahibi kişiler için daha farklı önem teşkil etmektedir. Çünkü spor, zaten hayatlarında birçok engel ile karşı karşıya gelen ve bu engellerin sebep olduğu stresle beraber yaşayan engelli kişilere yeni bir pencere açabilmektedir (Özer, 2001).

Engel durumu ve derecesi fark etmeksizin hareket edebilme, egzersiz yapabilme, sportif faaliyetlere katılmak kişiye haz vermekte ve hareket kabiliyetinden duyulan hoşlanı da kişinin yaşama duyduğu motivasyonunu pozitif yönde etkilemektedir. Spor özveri, rekabetçi ruh ve dostluk kazandırır. Fiziksel gücün, sağlığın, dayanıklılığın, sosyal iç tutarlılığın ve psikolojisinin iyi olma durumu spor ile geliştiğinden şüphe yoktur. Sporun engelli insanlar içinde ne kadar faydalı olduğunu anlamak zor değildir. Bu yüzden spor eğitimi alan bedensel engellilerin spor ile etkileşiminden meydana gelen pozitif sonuçları baz alarak bedensel engellilere örnek oluşturulmak hedeflenmiştir. Sporun engelli insanlar için en önemli rolü sosyal ilişkilerinin oluşmasını sağlamak ve kendini ifade edebilme becerisinin gelişimini arttırmaktır (Özer, 2001).

Sporcunun sağlığını koruması, fiziksel ve mental performansını yükseltebilmesi için beslenme alışkanlıkları önemle durulan konulardandır. Sporda beslenmenin önemi çalışma verimini ortaya koymaktadır. Bu yüzden sporcuların beslenme durumları ile sergiledikleri performansları arasında doğru orantılı bir bağ vardır. Hem sağlık için yapılan hem de profesyonel ve amatör sporlarda beslenme ve enerji dengelerinin iyi uyum yakalaması bireylerde yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da olumlu etkilemekte ve başarı sağlamaktadır. Ayrıca tüm yaşamsal aktivitelere göre belirlenen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle uygun verimlilik düzeyine ulaşabilmek için beslenmenin yaşam tarzı haline gelmiş olması dikkat gerektirmektedir (Özer, 2001).

Sportif rekreasyon aktiviteleri gün geçtikçe dünyada ve ülkemizde önem görmeye başlamaktadır. İlerleyen sağlık sorunlarının çözümü esnasında yaşanan maddi ve manevi giderler sportif rekreasyon aktivitelerinin öneminin artmasına yol açmıştır. Kişilerin sağlığını koruma, davranışlarını belirleme ve ölçmede önemli bir rol oynar. Sportif rekreasyon faaliyetleri gönüllülük esasında ve keyif almak sebebiyle yapıldığı için hastalığın önüne geçebilmekte, sağlığın devamlılığını sürdürmekte ve geliştirmek de önemi büyüktür. Sportif rekreasyon aktiviteleri bireyleri hareketli aktif bir yaşama sürüklerken ruhen ve sosyal anlamda da ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bu yüzden sportif rekreasyon biçimleri tüm yaş, cinsiyet ve eğitim öğretim süreçlerinde uygulanabilirliği korunmalıdır. İlk etapta gazi ve doğum öncesi veya doğum sonrası geçirilen hastalık, iş kazası sonucu olarak meydana gelen bedensel engelli bireylere rehabilitasyon amaçlı yaptırılan ampute futbol günümüzde yerini sportif bir branş olarak doldurmaktadır. Sağlık ile bağlantılı olarak yaşam kalitesi insanın fiziksel ve ruhsal bağlamda kendini iyi hissetme halidir. Bireyin sosyal çevre ve psikolojik açısından aktif olmasını ve yaşam mutluluğunu kapsamaktadır. Yaşam kalitesi bireyin toplum içinde bulunduğu aile anlayışını güzel ahlak ve değerler kapsamı içerisinde



kendi durumunu algılayışı veya gözlemleyişi biçimi olarak özetlenebilir. Bu tutum üzerinden her birey birer engelli adaydır anlayışından yola çıkılarak sporun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin insan hayatı üzerindeki önemi açıklanmış, bendensel engelli bireylere yol gösterici olmayı hedef alınmıştır (Özer, 2001).

### **1.1. Problem Cümlesi**

Spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedefiyle yapılan bu çalışmanın alt problemleri aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

### **1.2. Alt Problemler**

Spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ne düzeydedir?

Aylık gelir düzeyine göre spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesi ne düzeydedir?

Amputasyon durumuna göre spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesi ne düzeydedir?

Yaş durumuna göre spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ne düzeydedir?

Doğum öncesi veya doğum sonrası gerçekleştirilen ampute durumunun spor eğitimi alan ampute bireylerde sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesinin incelenmesi ne düzeydedir?

### **1.3. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın hedef evreni Türkiye Bedensel Engelliler Spor Federasyonuna bağlı ampute futbol süper lig takımlarıdır. Örneklem grubu ise TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü, Osmanlı Engelliler Spor Kulübü, İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü, Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü, Şahinbey Belediye Spor Kulübü, Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü ve Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü ampute futbol takımları gönüllü olarak katılımcıları oluşturmaktadır.

#### 1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırmanın öneminde insanoğlu yaşamsal faaliyetlerin yanı sıra istediği düzeyde yaşam mücadelesini ortaya koyarak göstermektedir. Kalitesi artmış bir yaşam, uygun zaman dilimleri ile üretmeye, eğlenmeye, dinlenmeye ve temel ihtiyaçlarına göre ayarlanmış sağlıklı bir yaşamı, yaşam kalitesini tanımlamaktadır. Bedensel engelleri sebebi ile sağlıklı bireylerden ayrılan ve eğitim hizmetlerinden ihtiyaçlarınca faydalanamayan ampute bireylerde sosyal, bilişsel ve duygusal ihtiyaçların yanı sıra fonksiyonel ve hareket biçimi yeteneklerinin geliştirilmesi ve devamının sürdürülebilir olması da büyük önem taşımaktadır. Bedensel engeli olan bireylerin genel özellikleri çok geniş bir etmede çeşitlilik göstermektedir. Yaşam kalitelerinin ve rekreatif yönlerinin arttırılarak belli bir düzeyde tutulması gerekmektedir. Hareket ile oluşan ince ve kaba motor becerilerini pozitif yönde arttırmak ve kullandığı tüm yardımcı araç ve gereçlerden en iyi biçimde faydalanmalarını sağlamak gerekmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini ve beceri kabiliyetlerini olumsuz yönde etkilenmiş, bu sebeple fonksiyonel hareket yeteneği ve faaliyetlerinden mahsur kalmış her yaştaki bedensel engelli bireylerin gelişim düzeyleri dikkate alınarak eğitimin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu engellilerin yalnız olmadığı ve aileleri ile birlikte yaşadığı düşünüldüğünde engellilerle ilgili yapılan herhangi bir toplumsal düzenlemenin büyük bir kesimini ilgilendirdiği düşünülebilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlığın tanımı; “sadece hastalık durumu veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” tanımlanırken, sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığına dokunabilen, tüm davranışlarını kontrolden geçirmesi, gündelik uğraşlarını düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2003). Hareketlerini tutum haline dönüştüren kişi sağlıklı olma halini koruyup devam ettirebildiği gibi, sağlık durumunu daha yüksek bir seviyeye getirebilmektedir. Sağlık davranışı, bireyin yaşamda sağlıklı kalmak ve hastalıklardan kendini korumak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak da ele alınabilir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “Hedefleri, beklentileri, ilgileri ile bağlı olarak kişilerin yaş aldıkları değer ve kültür yargılarını, olayı bütün içinde durumlarını nasıl algıladıklarıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Aynı zamanda bir diğer çalışmada ise yaşam kalitesi; “ yaşam şartları içerisinde elde edinilecek kişisel doyumun seviyesine etki yapan, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine gösterilen kişisel tepkileri uygulayan bir kavram” olarak da tanımlanabilmektedir. “Boş zaman”, “serbest

zaman”, “iş dışı zaman”, “özgür zaman” deyimleri bazı farklarla aynı kavramı açıklamaya çalışmaktadırlar. Kişilerin gelir kazancı karşılığı harcadıkları zamandan geriye kalan ve kullanımları kendi tercihlerine kalan zaman ancak işe gidiş-geliş, günlük ihtiyaçlar için alış-veriş, istenmeyen bir akraba ziyareti hep bu zaman içinde olacağından bu zamanın tümünün kişinin temel tercih ve ilgileri yönünde değerlendirildiği düşünülemez. Bu zamanda gerçekleştirilen eylemlerin ne derece “zorunlu” veya “ihtiyari” olacağı ve ne derece boş zaman eylemi sayılabileceğini kestirmek de güçtür. Bu açıdan bu deyimlerin neleri tarif ettiği üzerine kesin bir anlaşma da olamamaktadır. Ancak burada boş zaman ve serbest zaman terimleri genel anlamda işten arta kalan zamanın tümü olarak kullanılmıştır. Sporunun sağlığını koruması, geliştirebilmesi, fiziksel ve ruhsal iyi olma hali kapasitesini arttırabilmesi için beslenme alışkanlıkları ve rekreasyonel aktivitelere katılımı oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla beraber yaşam kalitesini geliştirebilmeli ve arttırabilmelidir. Sağlıklı bir birey için yeterli pozitif enerji ile günlük yaşamın getirdiği fazla stresten kolaylıkla etkilenmemeli ve dilediği tüm hareketleri kolaylıkla yapabilmelidir. Olumlu bir davranış ile her hangi bir kararı alırken iyimserlik halinden vazgeçmemeli, acil durumlarda soğukkanlılık gösterebilmeli ve aynı zamanda istenilen değişiklikleri yapabilmelidir. Normal fizyolojik işlevlerin onarımı ve normal büyüme, metabolizma ve çalışma için vücudun gereksinimlerinin giderilmesi ve bireyler sürekli bir şekilde gerekli besinlerini günlük olarak tüketmelidirler. Düzensiz beslenme kişinin sağlığını doğrudan ilgilendiren kötü beslenmenin en etkin rolüdür. Sağlıklı bir yaşam sürdürmek isteyen bedensel engelli birey düzgün beslenme rejimini sürekli takip etmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve rekreasyon sportif aktivitelerini yerine getirerek yaşam kalitesini koruyabilir ve geliştirebilir. Ve bu sayede becerilerini arttırabilen bedensel engelliler kendilerine özgü spor branşı ile de ilgilenebilmektedirler. Bu bağlamda ülkemizin her kesimine seslenen, devamlı yaygınlaşan bir spor branşı olarak dikkat çeken ampute futbol popülaritesini günden güne arttırmaktadır. Bu çalışmanın amacı spor eğitimi alan bedensel engelli amputelerin sağlıklı yaşam biçim davranışları, yaşam kalitesi ve rekreatif yönden incelenmesi oluşturmaktadır (Erdoğan, 1974).

## 1.5.Sayıtlar

- Bu araştırmaya katılan bedensel engelli ampute sporcuların tüm ölçeklerde yer alan her maddeyi dürüst ve içtenlikle cevap verdikleri kabul edildiği varsayılmıştır.
- Bu araştırmaya katılan örneklem grubunun çalışmanın evrenini özümsemiği varsayılacaktır.
- Araştırmaya katılan bedensel engelli ampute sporcuların ölçeklere kendi rızalarıyla hazır halde geldikleri varsayılacaktır.
- Katılımcıların tüm anket sorularına içtenlikle cevap verdikleri varsayılacaktır.

## 1.6.Sınırlılıklar

Bu çalışma Osmanlı Engelliler Spor Kulübü 20 ampute futbol sporcusu, TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü 16 ampute futbol sporcusu, İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü 15 ampute futbol sporcusu, Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü 13 ampute futbol sporcusu, Şahinbey Belediye Spor Kulübü 14 ampute futbol sporcusu, Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü 12 ampute futbol sporcusu ve Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü 12 ampute futbol sporcusu olarak toplam 102 ampute futbol sporcularından oluşmaktadır.

## 1.7. Tanımlar

### 1.7.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları:

Sağlıklı yaşam biçimi, insanların kritik ve tedavisi kolay olmayan hastalıklara yakalanmadan, hem fiziksel hem de psikolojik yönlerden üstün durumda, uzun yıllar zevk alarak hayatlarını devam ettirmeleri anlamına gelir. İnsan için sağlıklı yaşam amaç olmalıdır. Sağlıklı bir yaşamın devam ettirilmesinde kalıtım, çevresel faktörler, gelir kazanç düzeyi, yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıkları etken olmaktadır. Çok ufak yaşlardan başlayarak meydana gelen beslenme alışkanlıkları kişilerin sağlık süreçlerinin belirlenmesinde en önemli rolü oynar. Fakat sağlıklı bir yaşam için sadece sağlığa yararlı besinlerin giderilmesi yeterli değildir. İyi ve düzenli besin tüketmenin yanı sıra aktif, hareketli olunması ve egzersiz yapılması, sigara, aşırı alkol, çevre kirliliği ve aşırı stresten uzak bir yaşam sürdürülmesi ve huzurlu, barış içinde yaşanması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önkoşullarıdır (Özlem, 2005).

### **1.7.2. Yaşam Kalitesi:**

Toplum içinde insandan insana göre değişen yaşam kalitesi ölçeği; sosyal, kültürel, çevresel boyutların bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Meydana gelen bu çemberin insanların psikolojilerini rahatlattığı ve mutlu ettiği ile doğru orantılıdır. Kişi kendisinin belirlediği meslek dalında çalışarak, sosyal becerilerini istediği kadar yaşayıp, ailesine, sosyal çevresine zaman ayırabiliyor ve tüm bu durumlardan zevk alabiliyor ise bahsedilen kişinin yaşam kalitesi oldukça yüksek seviyededir. Sosyal ve değerler bakımından refahın ön planda olduğu yaşam kalitesi sahibi kişilerin sağlıkları da ciddi anlamda önem taşır. Fiziksel ve psikolojik anlamda sağlıklı olan bireyler hayatlarını istedikleri biçimde şekillendirebilirler ve yaşam kalitelerini de aynı düzeyde arttırabilirler. Yaşam kalitesinin en önemli boyutunu sağlık oluşturmaktadır. Toplumun birbiriyle olan etkileşimi de bu husus da oldukça önemli bir rol oynar. Yaşam kalitesi yüksek olan kişiler sosyal çevreleriyle etkileşim halinde olarak onları da sağlıklı beslenmeye ve sporu da bir alışkanlık haline getirmelerinde yardımcı olur. İlk eğitimin aile de başlamasıyla birlikte düzenli besin tüketiminin de ilk adımları aile de atılmaktadır. Bu hususta kişiler bu etkileşimlerin pozitif yönde ilerlemesi için toplumun da yaşam kalitesini geliştirici bir görev olarak kendilerinde görmeleri gerekmektedir (Nergis, 1998).

### **1.7.3. Boş Zaman Engel Düzeyleri:**

Rekreatif alışkanlıklar bütün olarak insan yaşamını canlı tutması ve yenilemesi anlamına gelmektedir. Boş zamanları değerlendirme aktiviteleri olarak da bilinmektedir. Gönüllülük esasına dayalı olan etkinlikleri tanımlayan zaman geçirme yöntemidir. Fiziki, ruhu ve beyni çeşitli etkinliklerle dinlendirme olarak da bilinmektedir. Kapalı alanlarda veya doğada gerçekleştirilebilecek faaliyetleri kapsar. Boş vaktin spor yoluyla değerlendirilmesi tanımı rekreasyon için kullanılmaz. Sportif aktivitelerle beraber kültürel, sanatsal ve bilimsel değerleri de kapsar. Boş zamanlarda meydana çıkan aktiviteler bütünü anlamına gelmektedir. Tekil ya da kitlelerle, şehirde veya taşra alanlarda yapılabilir. Sanayileşmeye maruz kalmış toplumlarda stresi uzaklaştırabilmek için ortaya çıkan bireysel gereksinimlerin sonucu olarak da ortaya çıkmıştır. Gelişimini tamamlamış ya da gelişmeye devan eden ülkelerde hobi olarak yapılan faaliyetler genellikle rekreatif faaliyetlerdir. Rekreasyonel aktivitelere katılımı engelleyebileceği ifadeler yer verilmiştir (Doğaner, 2013).

## 1.8. Kısaltmalar

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
TBESF	: Türkiye Bedensel Engelliler Spor Federasyonu
Tsk Reh. Merk. Eng. Sk Engelliler Spor Kulübü	: Türk Silahlı Kuvvetleri Rehabilitasyon Merkezi
Osm. Eng. Sk	: Osmanlı Engelliler Spor Kulübü
İzmir Büy. Bel. Gen. Ve Sk	: İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü
Anadolu Erciyes Eng. Sk	: Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü
Şahinbey Bel. Sk	: Şahinbey Belediye Spor Kulübü
Malatya Büy. Bel. Sk	: Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü
Bursa Ampute Gücü Sk	: Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü
Dr. Öğr. Üyesi	: Doktor Öğretim Üyesi
Arş. Gör.	: Araştırma Görevlisi
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı Ölçeği
YKÖ	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
BZEÖ	: Boş Zamanlar Engelleri Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
%	: Yüzde
$\bar{X}$	: Ortalama
SS	: Standart sapma
t	: t testi puanı
r	: Korelasyon katsayısı
F	: ANOVA katsayısı

## BÖLÜM II

### LİTERATÜR İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın meydana gelmemesi değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasının üzerinden 67 yıl geçti. Geçen zaman içinde, bu tanıma uyan ne bir birey ne de bir toplum bulunabildi. Ancak bu tanım doğrultusunda sağlık için daha iyiye ulaşmanın yolunun bireye odaklı değil; topluma odaklı çabalardan geçtiği dünyaca kabul edildi. Alma Ata Bildirgesi (1978 yılı) ile Temel Sağlık Hizmetlerinin tanımlanması ve çerçevesinin çizilmesi, La Londe Raporu (1974 yılı) ve 1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında kabul edilen Ottawa Sözleşmesi (1986 yılı) halk sağlığı anlayışı, başka bir deyişle çağdaş sağlık anlayışı için mihenk taşları oldular. Çağdaş sağlık anlayışı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önceliği, sağlık hizmetinin sürekliliği ve ekip anlayışı, sağlıklı bir toplum için sektörler arası işbirliği kavramlarının yanı sıra toplum katılımı olarak özetlenen herkesin kendi sağlığından gerektiği kabul edilmiş oldu. Belirli bir istatistik olmamasına karşın ampute sporcularda en sık görülen problemlerin güdük-protez uyumsuzluğundan kaynaklandığı bilinmektedir. Buna bağlı olarak çeşitli deri lezyonları, ekimoz, raş, ödem gibi lezyonlar gelişebilmektedir. Diz altı amputasyonlu sporcularda bu tip lezyonların en sık görüldüğü yerler fibula başı, tibianın ön distali, femur kondilleri, patella üstü ve eskar dokularının üstü. Diz üstü amputelerde ise pubis ve iskionda, distallateral femurda, büyük trokanter üzerinde ve eskar dokuları üzerinde lezyonlar gelişebilir. Diğer taraftan alt ekstremitte amputasyonlarında, eklemlerin ve yumuşak dokuların şok-absorban etkilerinin eksikliği nedeniyle indirekt basınca bağlı sorunlar gelişebilir. Zemin kuvvetlerinin protezden doğrudan doğruya güdük yüzeyine intikali nedeniyle çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Aşırı zorlanma olduğu zaman dejenerasyon ve buna bağlı şiddetli bel ağrıları oluşabilir. Uzun ve yüksek atlama sporcularında diz yaralanmaları daha sık görülür. Bazen de protezli tarafa binen yükü kompanse etmek için aşırı kasılan sağlam ekstremitte kaslarında sorunlar ortaya çıkabilir. Diğer taraftan amputelerde enerji tüketiminin farklı olması nedeniyle de birtakım sorunlar gelişebilmektedir (Sherill, 1986).

### 2.1.1. Bedensel Engelli Bireylerde Sağlık ve Sporun Önemi

Toplumda her insanın spor yapmaya gereksinimi vardır. Her insan önemli değere sahiptir, çünkü insan sahip olduğu mevcut gereksinimi ile değerlendirilmelidir. Spor bedensel engellilerin kendilerini kanıtlayabilecekleri ve engel durumlarını azaltabilecekleri bir araç olabilir. Spor sayesinde arkadaş sahibi olan ve çevresiyle iletişim halinde olan bedensel engelli bireyler, paylaşım yaparak ve kendilerine güvenlerinin artacağı rehabiliteler ile sosyal bir tedavi halini alabilirler (Kabasakal, 2007).

Sporun faydası, toplumda yer alan bedensel engelli bireyleri de kapsamakta, fiziksel ve zihinsel gelişimleri ile beraber onların toplum içinde daha sağlam ilişkiler kurabilmesini sağlamaktadır. Oyun gibi spor ve rekabet tarzında uygulanan aktiviteler bedensel engelli rehabilitasyonunda ve toplumla iletişime geçmede kaynaşmanın en kolay yoludur (Ergun, 1990). Aynı zamanda bir eğitim faaliyeti olarak da bilinen spor, ortak hedefleri söze dökme gücünü ve takdir edebilme hissiyatını meydana çıkarmaktadır. Bunların yanı sıra hoşgörü ve sorumluluk taşıyabilme ve ortaklaşarak düzen sağlama faktörünü de geliştirebilmektedir. Enerjik ve sabırlı olmayı sağlaması sosyal çevreye ve topluma mensubiyet gücünü kazandırmakla beraber birey ile toplum bağlarını daha özverili, sağlam kılmaktadır (Erkal, 1998). Beden eğitimi ve spor faaliyetleri bedensel engelli bireylerin gerek engelleri yüzünden içinde buldukları ruhsal sıkıntı durumu ve gerekse toplumun kendilerine karşı olan tutumlarının doğal sonucu olarak meydana çıkan kıskançlık, sinir ve saldırganlık gibi duygularını kontrol içinde tutmalarını sağlar. Bedensel engelli kişilerin sportif aktivitelere katılımı, önceden yaralı askerlerin daha sonrasında ise ihtiyaç duyulan tüm hasta kişilerin tedavisindeki pozitif etkenlerden hareketle sağlanmıştır. Egzersiz hareketlerinin tedavideki tamamlayıcı etkisinin bedensel engelli kişilerin motivasyonu üzerinde pozitif etkileri de bir rehabilitasyon aracı olarak dikkatleri sportif faaliyetlerin üzerine çekmiştir. Sporun rehabilite amacı dışında bedensel engelli ve hasta bireyler için sosyal ve ruhsal destek unsuru olduğu da saptanmıştır. Sportif faaliyetlere katılım, bedensel engelli bireylere fiziksel faaliyetlere katılım imkanının yanında benlik yani kişilik gelişimi ve özgüven hissiyatının oluşumu yoluyla toplumsal hayata uyum göstermesi yönünden büyük katkı sağlamaktadır. Spor müsabakalarının rehabilite ve tedavi edici etkisi, bedensel engelli kişilerde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönden gelişim aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kabasakal, 2007).

Spor faaliyetlerinin tanımlaması ne yönden olursa olsun, kişileri psikolojik ve sosyolojik olarak bağlı tutan eylemlerdir. Buna göre sportif eylemlerin beraberinde ahlak



eğitimi, sevme duygusu, paylaşma duygusu kazandırmak, basit saldırganlık ihtiyaç ve eylemleri için ortam ve yöntemler sağlanabilir ve uygulamalar yapılabilir. Spor yapan bedensel engelli bireylerin performanslarını pozitif yönde geliştirmek amacıyla verilen antrenman programlarının medikal durumları ile bağlantılı olması gerekmektedir. Bu sayede yaralanma riskleri en aza indirgenebilir ve performansları en st seviyeye çıkarılabilir. Bu amaçla fizyoterapist, doktor ve antrenör ortak olarak faaliyetlerini sürdürmeli, aralarındaki bilgi aktarımı doğru ve yerinde olmalıdır. Amputeler ortopedik sebepler veya doğuştan olan hastalıklar nedeniyle uzuvlarının birini (uilateral) veya en az ikisini (bilateral) kısmen (diz altı, diz üstü, dirsek altı, dirsek üstü) veya tamamen (omuz veya kalça dezartikülasyonu) kaybetmiş kişilerdir (zoğlu, 1997).

## **2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi**

Günümüzde sağlık anlayışı; kişi, aile ve toplum sağlığını geliştiren, koruyan ve devamlılığını sürdüren sağlık merkezli bakım yaklaşımı olduğu bilinmektedir. Kişilerin iyilik hallerini geliştirecek, koruyacak ve devamlılığını sürdürecek hareketleri kazanmasında ve kendi sağlıkları ile ilgili doğru, düzgün kararlar alınmasını sağlamak üzere dayandırılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığı koruyabilmesi kişilere ruhsal ve fiziksel sağlıklarını maksimum düzeye çıkartmak, sosyal ve fiziksel çevrelerini geliştirebilmeleri için bilinçli olarak kararlar vermelerine yardımcı olma sürecidir denebilir (Güngör ve Hotun, 2006).

Dünya Sağlık rgt'nün tanımına göre sağlığı yalnız sakatlık ve hasta olmayışına değil, fiziksel yönden, ruhsal ve sosyal açıdan kendini iyi hissetme hali olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi kişinin sağlığına etki eden tüm hareketlerini kontrol altına alabilmesi ve günlük yaşamını devam ettirebilmede kendi sağlığına uyumlu hareketleri seçerek düzenlemesi olarak da tanımlanmaktadır (Tuğut ve Bekar 2008, Tekir, 2005). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olma ve sağlığı geliştirme, devamını sürdürebilme, sağlık hizmetlerini sunan profesyonellerin en büyük hedefi olmalıdır. Pozitif sağlığın anahtarı her kişinin hatta tüm toplumun kk yaştan itibaren eğitilmesi ve kişilerin sağlık sorumluluğu bilincine sahip olmasıyla mümkündür (Tekir, 2005).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, daha sağlıklı bir hayat ve sağlıklı hayatı devam ettirebilmek adına yerine getirilmesi gereken tutumları içermektedir. Bunların ilki olarak sağlığın korunmasına dikkat etmek, stresten uzak durabilmek ve düzenli beslenmeye zen göstermek gerekmektedir. Tüm toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek adına sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarına sahip olunması gerekirken, sağlık sektörlerinin hem kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hem de hizmet ulaştırdıkları kişilere örnek olabilmek adına bu özverilere sahip olması önem teşkil etmektedir. Kişilerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıkları açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları kadar önemli olan diğer bir kavram ise iş yaşam kalitesidir. “İş yaşam kalitesi çalışanların sadece fiziksel değil, aynı anlamda bilinçsel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını gözeten çalışma şartlarını kapsamaktadır” (Schulze, 1998).

Kişilerin sağlığını geliştirmesi ve korumasında büyük ölçüde sorumlulukları vardır. Sorumlulukların yerine getirilmesinde insanların sosyal ekonomik faaliyetleri düzeyinin, sağlık sisteminin, çevresel faktörlerin, kültürel yaklaşımların ve beslenme düzeylerinin büyük rolü bulunmaktadır. Bununla beraber bir hareketin kazanılmasında, gelişiminin veya değişiminin de, yaşama güdüsü ve güçlü öz yeterlilik hissi gibi kişisel faktörlerin de büyük bir etken olduğu doğrultusunda ileri sürülmektedir (Miyamoto ve diğerleri, 2016).

Sağlığın devamlılığının sürdürülmesi yahut geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık haline kavuşarak sağlanabilir. Bu amaca ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol tüketme ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, düzensiz beslenme aile ile iletişim bozuklukları ve stres yönetimi gibi riskli hareketlerden etkilenmemek için kaçınılması gerekir. Bu hareketleri tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye çıkartabilir. Sağlık davranışı, kişinin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan uzak durabilmek için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin ve üst seviyelere çıkarabilmenin toplumdaki ilk adımları ailede atılır, daha sonra da eğitimle gelişir, büyür ve değişir (Çimen, 2003).

### **2.2.1. Beslenme**

Her canlı varlığın hayatını devam ettirebilmesi için beslenmesi zorunludur (Çalıştır ve diğerleri 2005). Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak yaşamı sürdürebilmek için en temel ihtiyacımızdır ve gerekli olan enerjiyi besin öğelerinden yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri besin değerlerini yitirmeden, sağlığa zarar verecek hale gelmeden en verimli biçimde almak ve kullanmaktır (Tanır ve diğerleri, 2001). Tüketilmesi gereken besinlerin her hangi birisi alınmadığında veya ihtiyacından az ya da aşırı tüketiminde, büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlığın bozulduğu bilimsel olarak

tanımlanmıştır (Baysal, 1993). Ancak beslenmenin fizyolojik bir ihtiyaç olduğu gibi sosyolojik ve psikolojik bir ihtiyaç olduğu da unutulmamalıdır (Çalıştır ve diğerleri, 2005). Hayatın tüm evresinde fiziksel ve zihinsel yönden sağlıklı birey olmak ve sağlığın devamlılığı ancak düzenli ve yeterli beslenme ile mümkün kılınmaktadır (Tanır ve diğerleri, 2001). Her canlı bireyin sağlıklı bir yaşam devamlılığı için dikkat etmesi gereken yeterli ve dengeli beslenme sporcular için ise daha fazla önem teşkil etmektedir. Bu sebeple, sporcu beslenmesi olarak da bilinen sporcuların beslenme alışkanlıkları düzeyleri günümüzde önemle yer kaplayan konular arasında yer almaktadır. Sporcunun sağlığının korunması, fiziksel performansını istenilen seviyeye yükseltebilmesi ve yüksek sportif performansa ulaşabilmesinin ancak ve ancak dengeli, düzenli ve amacına hizmet eden beslenme yöntemiyle gerçekleşebildiği çeşitli kaynaklarla da ifade edilmekte ve önemle üstünde durulmaktadır (Günay, Cicioğlu, 2001). Sporda en yüksek verimlilik düzeyine ulaşabilmek için sadece sportif etkinliklere ve spor müsabakalarının olduğu zamanlarda beslenmelere değil aynı zamanda bir yaşam tarzı haline gelmiş sporcu beslenmesi benimsenmektedir (Güneş, 2005). Beslenme, rahatsızlıkların iyileştirme evresinde olduğu olduğu kadar, sağlığın korunmasında da baz alınmıştır. Günümüzde hastalıklar, birçok kanser türü, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerjik hastalıklar ve diş çürükleri gibi birçok kronik hastalığın önlenmesinde beslenmenin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kronik rahatsızlıklar genellikle erişkin dönemde kendini göstermektedir, fakat temelleri çocukluk ve gençlik yıllarında atılır (Garipağaoğlu ve diğerleri, 2005).

Beslenme alışkanlıklarındaki farklılıkların bilinmesi ve demografik, ekonomik faktörler ve sağlık ile bağlarını anlamak, beslenme alışkanlıklarının sebep sonuçlarını çözmeye yönelik ışık tutmaktadır. Şüphesiz bu da insanların daha düzenli ve sağlıklı beslenmeleri için ihtiyaç duyulan yeniliklerin yapılabilmesi ve iyileştirme konusunda yardımcı olacak ana faktörlerindendir (Önder ve diğerleri, 2000). Sporda beslenme alışkanlıklarının önemi, çalışma hayatındaki işine olan katkısı ile beslenme arasındaki bağı, gerçekleştirilen araştırmalarla saptanmıştır. Çalışma şekli, mücadele olarak kabul sayılan sporda beslenme yönünden fiziksel kapasitesini arttıracak “sihirli bir yöntem” olmamasına karşın, sporcuların beslenme düzeyleri bazı faktörleri ön plana çıkarır ve beslenmenin önemini ortaya koyar (Paker, 1996).

Aktif spor yapan bireylerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel performansları ilişkisi birbirleriyle bağlantılı olarak doğru orantılıdır. Düzenli beslenme ve enerji dengesinin iyi uyum sağlaması sonucunda sporda istenilen amaç doğrudan başarıyı getirmektedir. Günümüzde beslenmenin önemi üstünde daha çok durulmaya başlanmıştır. Artık ayrı bir bilim dalı olarak

da ele alınmakta ve her sporcunun önemini ilgisini çekmektedir. Sporcu beslenmesi bilimin süre gelen gelişmesi ile beraber paralellik göstermektedir. Beslenme ile ilgili önemli bilgilerin antrenörler ve sporcular tarafından uygulanıp bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Ancak halen yeterli beslenme ve sıra gelen yanlış bilgi aktarımlarının da olduğu bilinmekte ve devamında yanlış olgulara sürüklenmektedir (Alpar, 1994; Güneş, 2005). Beslenme programı hazırlanırken, antrenman planı hazırlanırken dikkat etmek gerekir. Sporcuların beslenme alışkanlıkları ve besin deposundaki enerji değerlerinin dengeli olması gerekmektedir (Dündar, 1996).

Sporcu beslenmesi, sporcu ve antrenörlerin yeterince üstüne düşmedikleri, önemsemedikleri de bir konudur. Çünkü bazı antrenör ve sporcuların ilgilendikleri daha çok antrenman ve performanslarını kısa yoldan geliştirecek yöntemler arayışına kapılabilirler. Oysaki düzenli beslenme genetik yapı ve uygun antrenmanın yanı sıra sporcunun fiziksel ve ruhsal performansını, mentalitesini belirleyen temel faktörlerin en önemlilerindedir. Son zamanlarda sporcuların başarısında beslenmenin önemi her geçen gün daha fazla anlaşılmaya başlanmıştır (Güneş, 2005).

## **2.2.2 Yeterli ve Dengeli Beslenme**

Yeterli, dengeli ve düzenli beslenme, gelişim ve büyümenin sağlanabilmesi ve sağlığın koruna bilmesi amacıyla, bireylerin içinde bulunduğu fizyolojik ortama, yaşa ve cinsiyete göre ihtiyaç duyulan besin maddeleri ve enerjiye ihtiyaç duyulan ölçü, kalite ve çeşitte, ekonomik, düzenli ve devamlı olarak vücuda sağlamasıdır (Baysal, 2012). Eski zamanlardan günümüze kadar olan süreçten itibaren bilinen beslenme ve sporda başarı arasındaki bağlar, yapılan çeşitli çalışmalar ile birlikte bugün daha kolay anlaşılır bir hale gelmiştir. Bugün her spor ile uğraşan bireylerin uyguladığı farklı spor türleriyle ilgili olarak farklı beslenme programlarına ihtiyaç duyduğu tüm dünyada fark edilen önemli bir bilgi haline gelmiştir. Dolayısıyla, sporcu beslenmesi olarak da bilinen günümüzde oldukça üzerinde durulan önemli konulardan birisidir. Sporcunun sağlığını muhafaza altına alması, fiziksel performansını geliştirip arttırabilmesi ve yüksek sportif performansa ulaşabilmesinin ancak dengeli, yeterli ve düzenli amaca uygun olarak beslenme yöntemiyle mümkün olduğu çeşitli kaynaklarda da ifade edilmektedir. Bu yüzden, spor içinde olsun veya olmasın tüm insanların dikkatle üstünde durması gereken bir konu olan beslenmeye sporcuların daha fazla önem teşkil etmeleri, benimsemeleri gerekmektedir. Çünkü bir spor ile uğraşan spor ile iç içe olmuş kişinin beslenmesi; vücut dengesini, sağlığını koruma süresini, vücut ağırlığını ve

egzersiz performansını etkilemektedir (Ersoy, 2015). Ayrıca, düzenli olarak beslenmenin önemi, bir sporcunun yalnızca yarışmalar veya antrenman gününe göre değil tüm yaşamsal etkinliklerine göre ayarlayarak belirlenen bir somut kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumu yalnızca müsabakalar öncesi birkaç gün veya daha uzun bir zamanla sınırlı olmayan, bir yaşam biçimi ve bilimsel bir beslenme alışkanlığı olarak tanımlanmakta ve konunun önemi vurgulanmaktadır. Bu sebeple, sporda en çok verimlilik gerektiren düzeye ulaşabilmek için sadece sportif aktivitelere ve müsabaka günlerindeki beslenmelere değil, aynı zamanda bir yaşam tarzı olarak benimsenmiş sporcu beslenmesine de önem verilmesi gerekmektedir. Böylece en düzgün, etkili performansı elde edilebilecek hem de sporcunun rahatsızlanma, sakatlanma ve hastalıklara karşı özverisi artarak sağlıklı bir sporcu olabilmesi amaçlanmıştır (Atasever, 2003).

### **2.2.3. Beslenme İle İlgili Uyulması Gereken Faktörler**

- Antrenman yapanlar performanslarını geliştirmek için enerji ve besin öğelerini düzenli tüketmeli, dengeli ve çeşitliliği artırarak beslenmelidirler.
- Besin maddeleri 6 farklı alanda incelenir. Karbonhidratlar, yağlar, protein, vitamin, mineraller ve sudur.
- Besin maddelerinin büyümeyi, gelişmeyi arka çıkması, enerji sağlamak, metabolizmayı düzenlemek gibi 3 ana faktörde incelenmektedir.
- Antrenman yapanların en çok besin alması gereken karbonhidrat içeren yiyecekler; ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan oluşmaktadır.
- Aktif antrenmana katılan bireyler, kan şekeri düzeylerini sabit tutmalıdır. Kas, glikojen depolarını yeterli düzeyde tutmak için karbonhidratlardan oluşan zengin besinleri tüketmelidirler.
- Aktif egzersiz uygulayan bireyler, yeterli miktarda protein tüketmelidir. Fazla miktarda protein tüketimi kas kütlesini arttırmadığı gibi vücut için zararlı olmaya başlar.
- Sindirimi zaman aldığı ve aşırı tüketimi sağlık için zarar teşkil ettiğinden dolayı yağlı besinlerin tüketimi kısıtlandırılmalıdır.
- Genellikle yoğun bir antrenman programı uygulayan kişiler için antioksidan vitaminler olan A, C, E vitaminleri büyük önem göstermektedir, yoğun çalışmalar sırasında vücutta meydana gelen zararlı maddelerin temizlenmesini sağlar.

- Egzersizlerini düzenli uygulayanlar için demir, kalsiyum ve çinko minerallerinin yeterli alımı çok önemlidir.
- Yeterli ve dengeli beslenildiğinde yardımcı takviye olarak vitamin, mineral, besin öğeleri almaya gerek yoktur.
- Besin maddesi seçimlerinde tercihlerinin her zaman yeterli ve düzenli dengelenmesine önem verilmesi lazımdır.
- Bol sıvı tüketimi gerekmektedir. Su yaşamsal olarak hayati önem taşıyan içecektir, su tüketimi düzenli ve yeterli miktarda olmalıdır. Yetişkin insanlar günde en az 2 litre, buldukları ortam çok sıcaksa veya fiziksel olarak aktif bir şekilde çalışmalarını sürdürüyorlarsa en az 3 litre su içmelidirler. Sade tüketilen su hem hoş, hem de sağlıklı yaşam tarzının iyi bir kaynağıdır. Meyve suları, süt, çay, kahve ve alkol içermeyen içecekler de sıvı gereksinimini önemli ölçüde karşılamak için iyi seçeneklerdir.
- Düzenli olarak çalışmalarını sürdüren sporcularda vücutlarındaki sıvı miktarının düşmesi performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir.
- Düzenli antrenman uygulayanlar için en ideal içecek serin sade sudur.
- Su içmek için susama ihtiyacı beklenilmemelidir. Günlük alınması gereken sıvı miktarı tüketilmelidir.
- Vücudunuzdaki sıvı miktarının yeterli olup olmadığını anlamak için idrar renginin miktarı kontrol edilmelidir (Baysal, 2012).

### **2.3. Rekreasyon**

Modern bağlamda bir sosyal kurum, bilgiler topluluğu ve profesyonel bir çalışma alanı olarak da bilinen rekreasyon; zorunluluktan bağımsız, kendi içinde değerli olan, bireyin bir çok önemli gereksinimlerini karşılayan aktif ve mutlu bir yaşam aracıdır. Bu yaklaşımla rekreasyon, en yaygın tanımı olarak, insanların gönüllülük esası baz alınarak boş zamanlarında etkinliklere katılım sağladıkları ve kişisel haz sağladıkları etkinlikler olarak tanımlanabilir. Kişiyi yaşama bağlayan dinlendirici, eğitici, eğlendirici ve sosyal yönden meşgul edici veya bu faaliyetlere katılmak suretiyle ruhsal yönden ve fiziksel açıdan canlılığını sürdürebilmesidir. Rekreasyon kavramının daha geniş bir tanımını vermeden önce, rekreasyonun serbest zaman ile ilişkisine yer vermek, rekreasyon tanımını daha anlaşılabilir kılacaktır. Öncelikle, serbest zaman gibi rekreasyon için de evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımın olmadığını belirtmek gerekmektedir. Rekreasyon, basit tanımıyla,

katılımcıların anlamlı ve eğlenceli gelen serbest zaman etkinliklerine, gönüllü olarak katılması diye ifade edilebilir. Bu terim, hem açık hava hem de kapalı mekan aktivitelerini kapsar, ayrıca spor ve egzersizin yanı sıra fiziksel olarak daha az aktivite gerektiren diğer uğraşları da içerir (Doğaner, 2013).

İnsanın, stresli ve yoğun çalışma yükü, sıradanlaşmış hayat tarzı veya olumsuz etkilerden tehlikeye giren, kötü etkilenen bedeni ve ruhsal sağlığını tekrar geri kazanmak, korumak veya devam ettirmek aynı zamanda geliştirerek, zevk ve haz almak amacıyla, kişisel doyum faydası sağlayacak, tamamen çalışma ve zorunlu gereksinimler için ayrılan zaman dışında bağımsız ve bağlantısız boş vakit içinde, isteğe bağlı ve gönüllü olarak adlandırılan kişisel veya grup içinde seçerek gerçekleştirdiği faaliyetler bütününe rekreasyon denir (Karaküçük, 1997). Ülkemizdeki rekreasyon tanımının gelişimi ve devamlılığı özellikle Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasıyla farklı bir anlam kazanarak, Türk toplumunun rekreasyon hayatında yeni bir dönemin başlangıcı olma sürecine girmiştir. Bu kavramın gelişimi ve büyümesi devam etmekle beraber, dünyada lider durumunda olan ülkeler seviyesine çıkılması için, başta eğitim, sosyal ve kültürel değerlerdeki değişimlerin yanı sıra kamusal alanda da birçok yeniliğin gerçekleşmesi gerekmektedir. İnsanlarımızın, içinde bulunduğu sosyal ekonomik koşullar sebebiyle, belki de gereğinden fazla bir boş vakte sahiptir (Karaküçük, 1997). Rekreatif etkinlikler kişilere haz ve mutluluk sahibi yapar. Zaten rekreasyonun önemi de budur. Böylelikle insanlar zorunlu çalışma hayatında kaybettikleri enerjiyi geri kazanır, stresten uzak durur ve daha zinde sağlıklı bir hayatı sürerler. Bu durum insanı negatif düşüncelerden de temizleyeceği gibi, toplumun genelinde suç oranı azalır, refah seviyesi artar ve daha hoşgörülü bir sosyal hayat meydana gelir. Rekreatif etkinliklere katılan bireylerin kendini ifade edebilme yeteneği ve kendini gerçekleştirme gereksinimlerini tatmin etme, beklenen doyuma ulaştırma özelliği vardır. Ayrıca bireyler arası iletişimi de kuvvetlendireceğinden sosyalleşmeye pozitif katkı sağlar. Rekreatif etkinlikler toplumun değer yargılarına, gelenek ve göreneklerine asla ters düşmez. Rekreatif etkinliklerin amacı kişiden kişiye farklılıklar gözlemlenebilir. Örneğin bir resim yarışmasına katılan iki bireyden birinin amacı saygınlık ve itibar kazanmak olurken, diğersinin amacı yalnızca hoş vakit geçirmek olabilir (Karaküçük ve Akgül, 2016).

### 2.3.1. Sağlık ve Rekreasyon

Sağlık, yalnızca bir rahatsızlığın bulunmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam iyi hissedebilme halidir. İnsanların uzun ve sağlıklı yaşama arzuları, onları hem fiziksel hem de ruhsal olarak rahatlamalarına, dinlenmelerine fırsat tanıyan rekreasyon etkinliklerine yönlendirmektedir (Sağcan, 1986). Bu kapsamda kişiler hayatlarının ortalama olarak çeyrek zamanlarını rekreasyon etkinliklerinde geçirmektedir. Rekreasyon sağlıklı veya bedensel engelli olan her yaşta çocuk ve yetişkin bireylerin beceri seviyesinde tüm insanları kapsamakta ve onların mutlu, huzurlu kaliteli yaşama dair eğilimlerine bağlı olarak gelişmekte ve büyümektedir. Sağlık yönünden rekreasyon temel olarak iki kapsamda değerlendirilmektedir. Bunlardan ilki koruyucu sağlık sektörleri kapsamında sağlıklı kişilere, ikincisi ise iyileştirme, geliştirme ve esenlik, rehabilitasyon hizmetleri kapsamında bedensel engelli ve yetersiz, sağlık sorunları yaşayan bireylere verilen rekreasyon hizmetleridir (Tütüncü, 2012). Dünyada sağlıklı kişilere sağlanan rekreasyon hizmetleri “Rekreasyon” kapsamında, bedensel engelli ve sağlık sorunu yaşayan kişilere verilen rekreasyon hizmetleri “Rekreasyon Terapisi” kapsamında isimlendirilmektedir (Austin, 2004). İnsanoğlunun yaşadığı hayat sürecinde değişik evrelerinde doğaya ve rekreasyon etkinliklerine olan gereksinimi farklı nitelik ve ölçülerde olduğundan, genel olarak yaşam alanlarında bu arzuyu karşılayabilecek hem imkanların gerçekleştirilmesi hem de geniş bir tutum içinde sunulması, yaşam kalitesi yönünden ayrı bir önem teşkil etmektedir (Tütüncü, 2012). Genellikle az gelişmiş yahut gelişmekte olan ülkelerde yaşam alanlarının işlevsel özelliğini kaybetmiş yapıları, bir takım sorunların oluşmasına kendiliğinden olanak sağlamaktadır. Özellikle fiziksel ve ruhsal bakımdan insanın en aktif olduğu gençlik ömürlerinde rekreatif etkinliklerin yapılacağı faaliyetlerin ve olanakların bulunmaması, bu fiziksel enerjinin başka bir biçimde negatif olarak meydana çıkmasına da sebep olabilmektedir. Bu yüzden rekreatif imkanların yetersiz olmasının yaratacağı olumsuz birikimler, geleceğin bireylerine çeşitli şekillerde ortaya çıkabilecek olan sorunların da tohumlarını atmaktadır (Usal 1981).

İnsanın aile, okul veya çalışma hayatındaki sorunları kişinin ruhsal anlamda sinir sistemini bozabilmekte, yorulma ve dayanma gücünün azalmasına sebep olmaktadır. Teknolojinin ve yaşamın sıradanlığının getirdiği stres, kişiye fizyolojik ve psikolojik anlamda büyük hastalıklar oluşturabilmektedir. Daha çok grup ve ekip olarak gerçekleştirilen rekreatif etkinlikler, insanın sosyal bağlar kurmasında ve geliştirmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu etkinliklere bağlı olarak, yeni arkadaşlıkların oluşması, grup



içinde yer edinme, liderlik vasfının gelişimi ve diğer ekip üyelerini tanıyabilme gibi çabalar, kişinin sosyal hayatını etkileyerek olgunlaşmasını ve toplumsal yaşama alışmasını sağlamaktadır (Karaküçük, 1997).

### **2.3.2. Rekreasyon ve Spor**

Spor, rekreasyon etkinlikleri içerisinde çekiciliği ve çeşitliliği ile önemli bir yer göstermektedir (Ramazanoğlu ve diğerleri, 2000). Rekreasyon etkinliklerinde izleyici ve uygulayıcı olarak katılımına olanak sağlayan sportif faktörler, kişilerin boş vakitlerini değerlendirmelerinde ilk önceliği almaktadır. Spor, boş zaman faaliyetlerinin en kapsamlı, çeşitlilik gösteren ve ilgi çeken yapılarından birini oluşturmaktadır. Spor, dünya genelinde birçok insanın boş zamanlarında çeşitli amaçlar ve hedefler için katıldığı bir uğraş olmakla birlikte yaşamlarını sürdüren toplumların gelişmesinde de önemli bir yer teşkil etmektedir. Spor, genel olarak beceri ve özveri gerektiren, egzersiz, rekabet ve azim içeren aynı zaman da hem resmi hem de hoşgörü kuralları ve adil oyun biçimleri ile sürdürülen faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Sonuç olarak spor, rekreasyonun en kapsamlı, çeşitlilik gösteren ve ilgi çeken alanlarından oluşturmaktadır. Spor ve rekreasyon genel olarak birbirleriyle etkileşim halinde olan bir bütün gibi görülmelidir. Spor insanların rekreatif ihtiyaçlarını gidermede önemli bir hareket alanı oluştururken, rekreasyon da, sporun toplumsal yaygınlaşmasında ve sportif başarılar elde edilmesinde önemli roller teşkil etmektedir. Spor bu önemli rolünü genellikle herkes için spor veya sağlık için spor gibi etkinlikleriyle beraber yerine getirerek sağlamaktadır. Diğer bir deyimle bütün spor branşları da rekreasyon faaliyeti taşımaktadır. Sportif amaçla yapılan bütün rekreasyon faaliyetleri aktif spor yaparak veya pasif şekliyle izleyici, taraftar, yönetici, lider veya başka bir şekilde boş vaktinin sportif faaliyetlerle etkileşiminin değerlendirilmesidir (Ramazanoğlu ve diğerleri, 2000).

### **2.3.3. Rekreasyon ve Boş Zaman Kavramları**

Çalışma hayatının sebep olduğu ruhsal ve fiziksel rahatsızlığın giderilmesi kadar insanların sosyal bir canlı olarak farklı ilgi alanlarının olması, serbest zaman ve bu zamanda yapılan faaliyetlerin de önemli bir ihtiyaç haline getirmektedir. Cinsiyet, yaş, ırk, inanç ve meslek farkı gözetmeksizin herkes aynı miktarda zamana sahiptir (Sisley, 1983). Sözlük anlamı olarak zaman sözcüğüne bakılacak olursa; bir iş yahut oluşum içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre zarfı veya vakittir. Zamanın etmenlerine bakıldığında,

ödünç alınamayan, kiralanamayan, satın alınamayan, elde edilemeyen, çoğaltılamayan, depolanamayan, tasarruf edilemeyen, kullanılarak biten, iyi değerlendirilemediği takdirde boşa geçirilerek kaybedilen etkilere sahiptir (Bozkurt, 1992).

Uluslararası Serbest Zamanları İnceleme Grubu, serbest zaman faaliyetlerinin özelliğini tanımlarken, kişinin özgür iradesiyle sunabileceği dinlenme, eğlenme, bilgi veya becerilerini geliştirme, toplumsal hayata kendi rızasıyla katılma gibi uğraşlar olarak açıklanmaktadır (Tezcan, 1994). Serbest vaktin değerlendirilmesinde kültürel bağlantılar ve aktarımların etkin bir rol teşkil etmesi temelinde tiyatro, sinema, müsabakalar, konser, düğün, eğlence, sanat, müzik, turizm, rekreatif faaliyetlerin kişiye farklı anlam bağlaştırması, ürettiği etki ve sonuçların birbirinden farklılık göstermesi sebep olmaktadır (Haller, Hadler ve Kaup, 2012). Bununla beraber günümüz yüzyılında rekreasyon programı ve hizmetlerini etkileyebilecek unsurlar arasında araştırılması gerekenler “değerlerde farklılaşma yoluna gidilmesi, demografik değişimler, sağlık sorunları, çalışma hayatı ve serbest zaman ilişkisi” alanlarındaki gelişmelerden meydana gelmektedir (Kesim, 2008). Kraus’un kısa açıklamasıyla “rekreasyon bireyi zorunlu çalışma hayatı ve faaliyetlerinden sonra yenileyen, dinlendiren, fiziksel olarak ve ruhsal yönden hazırlayan, gönüllülük esası ön plana çıkarılarak gerçekleştirilen etkinliklerdir”. En çok bilinen tanımlarından rekreasyon çalışma hayatının getirilerinden olan yorgunluk sonrası dinlenme ve rahatlama amaçlı faaliyetlerdir. Bu faaliyetler bireyi rahatlatır, dinlendirir ve gündelik yaşamına yeniden hazırlayarak daha dinç bir hale getirir. Çoğu kez sadece eğlence amacıyla gerçekleştirildiği düşünülür ve çoğu zaman bir hedef, amaç yüklenmez. Boş vakitlerde haz, huzur, mutluluk ve gönüllülük ana hedeflerdendir, tecrübeler ise araçtır (Voight, 1998). Rekreasyonun değişik sosyal yapısı, ekonomik yapısı ve görüşlere, izlenimlere sahip toplumlarda farklı şekillerde yorumlanması, tanımlanması, algılanması rekreasyonun tanımının sayıca çokluğunu çeşitlilik göstererek ve farklılığını oluşturan önemli etmenler arasında yer aldığına göstergesidir. Anılan etmenlerin en önemlileri kişinin kendi içinde yaşadığı toplumun sosyal, kültürel, ekonomik yapısının, kişinin fiziksel yapısı, sahip olduğu maddi olanaklar ve boş vaktidir. Bütün bu olay örgülerine rağmen hangi sosyal, ekonomik yapı ve görüşe sahip toplumlarda olursa olsun, kişilerin rekreasyon faaliyetlerini gerçekleştirmede bazı farklı olmayan hatta benzer etmenlere bağımlı kaldıkları bir gerçektir (Akesen, 1984).

### 2.3.4. Rekreasyon Faaliyetlerinin Sınıflandırılması

Gönüllerince iyi vakit geçirmek isteyen kişilerin bu gereksinimlerini karşılamak üzere oluşturulmuş, kişisel doyum ve refah düzeylerini arttırıcı, dinlendirici ve örgütlenmiş işletme ve tesislerin hizmetleri rekreasyon faaliyetleri olarak nitelendirilmektedir. Yürüyüş yolları, bisiklet yolları, açık oturma alanları, oyun alanları, bilardo, tiyatro, sinema, yüzme havuzları, piknik alanları ve spor alanları gibi ünitelerde gerçekleştirilen hizmetler birer rekreatif hizmet alanı olarak bilinmektedir. Bu rekreatif ortamlarda ve tesislerde katılımcıların hizmetine sunulan rekreasyon etkinliklerinin sınıflandırılmasında mekan, amaç, fonksiyon gibi etmenler önemli rol teşkil etmektedir. Bazı rekreatif faaliyetler, birçok sınıflamayla karşılaşmaktadır. Örneğin; televizyon seyretme şeklindeki rekreasyon "pasif rekreasyon", "kültürel rekreasyon", "ev rekreasyonu" gibi birçok sınıflamaya girmektedir. Golf, bisiklet, kayak gibi etkinlikler; hem açık alanda gerçekleştirilen rekreasyonu içermektedir, hem de "sportif rekreasyon" sınıfında rol göstermektedir. Bu durum, rekreasyonun çok yönlü yapısından dolayı meydana gelmektedir (Hazar, 2003).

### 2.3.5. Toplumlarda Boş Zaman Tüketimi

Genel olarak temel ihtiyaçlar için belirli olan kısıtlamalardan özgürlüğe ilerleme, zorlukları defnedebilme, çalışma hayatından ve gerekli sorumluluklar yerine getirildikten sonra geriye kalan yaşam dilimini ifade eden serbest zaman çalışan kişiler için oldukça önemli etkidir. Serbest zaman faaliyetlerinde isteklilik, gönüllülük, kişiye özgü durum söz konusu olması sebebiyle, bu zamanın ne şekilde değerlendirileceğine ilişkin kararlar çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Haller, 2013; Hemingway, 1996; Torkildsen, 1999).

**Atletizm ve Katılım İçeren Sporlar:** Bu kapsamdaki faaliyetler, yüzme, koşma, yürüme gibi hareket gerektiren aktiviteleri listenin ilk sıralarında rol oynamaktadır. Fiziksel faaliyetler genellikle küçük yaşlarda çocukluk döneminde başlamakla beraber ve birçok insan bu faaliyetleri hayatları boyunca sürdürmektedir (Kaya, 2013).

**İzleyici Temelli Sporlar:** Takım sporları ve grup oyunlarında mücadeleyi seyretme, en çok ilgiyi kapsayan boş vakit uğraşlarından biridir. Profesyonel atletizm müsabakalarına ödenen giriş ücretleri, 1992 yılında 4.1 milyar \$'dan fazladır. Yıldız oyuncularla, beyzbol, futbol, basketbol, voleybol, hokey ve teniste milyon dolarlık antlaşmalar imzalanmaktadır. İzleyici temelli sporlar arasında, golf, buz pateni, boks, kayak, araba yarışları, at yarışları gelmektedir (Kaya, 2013).

**Motor-Odaklı Aktiviteler:** Rekreasyon amaçlı araçlar olarak öncelikle arabalar akla gelmektedir. Motosiklet, mini motosiklet ve mobiletin boş zamana yönelik tutumunun artmasıyla kullanılan, yeni bir endüstri geliştirilmiştir. Toprak arabaları, kamp arabaları, karavan, arazi araçları, uçak, deniz motoru, kar mobil rekreasyon amaçlı kullanılan motor-temelli bazı araçlardandır (Kaya, 2013).

**Yüksek Risk İçeren Aktiviteler:** Yüksek risk, ekstrem gerektiren faaliyetler arasında; paraşütle atlama, kaya tırmanışı, mağaracılık, dalış ve kayak gelmektedir. Kar mobil araçları da yıllık 14 milyon kişiye çekici gelmekle beraber, 37 milyon da destekçisi bulunmaktadır. Yüksek riskli, ekstrem ve adrenalin yüklü bu faaliyetler en ufak bir yanlış hesaplamada kişinin hayatını sonlandırmasına ya da ciddi yaralanmalara yol açabilen tehlikeli sporlar arasında yer almaktadır (Kaya, 2013).

**Doğa Temelli Aktiviteler:** Açık alan faaliyetleri arasında kamp yapma, piknik yapma, avlanma, balık tutma, doğra yürüyüşleri, botla dolaşma ve doğa gözlemciliği yapmak sanayileşen diğer bir deyimle betonlaşan toplumun tabiata olan özlemini giderme ihtiyacını da beraberinde getirerek gündən güne popülaritesini artırmaktadır (Kaya, 2013).

**Sanatsal Aktiviteler:** Sanatsal faaliyetler, resim yapma, heykel yapma, teknik resim ile uğraşma, kolaj tekniği ile resim yapma ve diğer estetik çalışmaları da kapsamaktadır. Milyonlarca insan sanatın bu çeşit faaliyetlerine de katılmaktadır (Kaya, 2013).

**Teknolojik Aktiviteler:** Televizyon ve radyo, rekreatif amaçlar için mevcut olan en popülaritesi yüksek teknolojik etmenlerdir. TV alıcıları sayesinde bağlanabilen elektronik oyunlar ya da bilgisayar simülasyonları da en popüler faaliyetler arasındadır (Kaya, 2013).

## 2.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi yeni bir oluşum, kavram değildir. İlk olarak Yunan mitolojisinde, insanların memnuniyet sebepleri açıklanmış ve Aristo mutsuzluk sürecini tanımlarken yaşam kalitesine değinmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası, sosyal ekonomik büyüme ve yaşam standartlarının gelişmesi sonucu, refah durumu, memnuniyet, haz düzeyi ve psikolojik donanımına ilişkin beklentiler nüksetmiştir denilebilir (Mandzuk ve Millan, 2005).

Sözcük olarak yaşam kalitesi, sözlüğe ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında girmiş ve çalışma durumu, barınma, sosyal çevre, görsel sanatlar ve sağlık gibi geniş bir kitleye yayılmış boyutları kapsayan “iyi yaşam” adıyla tanımlanmış yargısı vurgulanmıştır. Buna rağmen günümüzde, bireysel yargıların farklılaşması sebebiyle yardımcı boyutları tanımlamak karışık bir yapı halini almış ve yaşam kalitesi farklı

tanımlanmıştır. Bunun yanında yaşam kalitesi terimi gazeteciler, siyasetçiler, reklamcılar tarafından da hazırlanmış ve devletler tarafından günlük konuşmalarda, sağlık sektörlerinde ve araştırma alanlarındaki önemli yerini almıştır (Holmes, 2005).

Yaşam kalitesi, belirli hayat şartlarında, bireysel tatmini etkileyen hastalıkların fiziksel, ruhsal ve sosyal faaliyetlerine, günlük hayatta verilen kişisel cevap olarak ifade edilmektedir (Dougherty, 2004). Dünya Sağlık Örgütü sağlık kavramını, sadece rahatsızlık hali olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açılarından iyi olma hali olarak tanımlamaktadır ve yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı bu tanımla bağlantılıdır (Memik ve diğerleri, 2007). DSÖ; yaşam kalitesini tanımlarken, bireylerin kendi yaşamlarına dair algılarının, içinde yaşanılan kültür ve değerler sistemine bağlı olduğunu vurgulamaktadır (WHOQOL Group, 1996 ve Eser ve diğerleri, 2006).

Yaşam kalitesi günlük yaşamda ve tıp uygulamalarında sıkça karşılaşılan bir kavramdır (Üneri ve Karadavut, 2010) ve bu alanda yapılan çalışmalarda belirgin bir artış görülmektedir. Sağlıkla alakalı yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşam kalitesinin bir alt boyutunu oluşturmaktadır. Bu yüzden bu iki boyut birbirleriyle yakından bağlantılı kavramlardır (Kayıhan, 2010). Sağlıkla alakalı yaşam kalitesi, bireyin kendisini iyi hissetme hali ve sağlık durumuna genel bir yargıdan bakış açısı ile alakalıdır. Sağlık ile alakalı yaşam kalitesi rahatsızlığın olmamasıyla beraber, bireyin bedensel, sosyal ve ruhsal yönlerden aktif olmasını, kendisini iyi hissetmesini ve yaşam mutluluğunu oluşturmaktadır (Peel, Bartlett ve Marshall, 2007). Sağlıkla alakalı yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle alakalı çok yakından üç temel faktörü barındırmaktadır. Bunlar fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlardır. Fiziksel boyut, bireyin enerji harcayarak günlük iş ve çalışma hayatı uğraşlarını ne denli yerine getirebildiğini anlaması ile alakalıdır. Sosyal boyut, kişinin aile fertleri, komşuları, iş arkadaşları ve diğer çevresindeki bireylerle ne derece anlamlı ilişki kurabildiği ve kaynaştığını anlaması konusunu kapsamaktadır. Psikolojik faktör ise, stres, korku, öfke, mutluluk gibi ruhsal durumları tanımlamaktadır (Telatar ve Özcebe, 2004).

Yaşam kalitesi bireysel sağlık durumunun yanı sıra kişisel iyi olma halini de ele alan (Eser ve diğerleri, 2008), tanımlanması ve ölçümü oldukça güç bir kavramdır (Üneri ve Memik, 2007). Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi içerisinde kendi durumunu anlayış şekli olarak özetlenebilir. Yaşam kalitesi kavramı bireyin beden ve ruhsal sağlığına ilişkin algısının yanı sıra bağımsızlık düzeyini ve sosyal ilişkilerini, umutlarını, ilgilerini ve yaşam standardını da kapsamaktadır (Ekim ve Ocakçı, 2012).

Bireysel iyilik halinin bir anlatımı olan yaşam kalitesi, yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyumun göstergesidir. Kendi iç sesiyle barışık olmanın birincil boyutu olan iyi

olma halinin bilincinde ve kendini kıymetli hissetmeyi içerir (Eser, Yüksel, Özcan ve 2008). Genel ve devamlı iyi hissetme hali olarak ele alınan ve değerlendirilen yaşam kalitesi, genellikle mutluluk, huzur ve tatmin etkisini gösteren olumlu yaşantılarla, bunun tam tersini dile getiren olumsuz tecrübeler ve hisler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesini devamlı olarak geliştirerek ve yükselterek yaşamak, uzun ömürlü yaşamak gibi önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlıklı, mutlu ve huzurlu yaşlanmak ve yaşa bağlı meydana gelebilecek sağlık sıkıntılarını çeşitli metotlarla en aza indirgeyebilmek için temel faaliyetler beslenme ve fiziksel aktivitedir (Dougherty, 2004).

Bedenen, ruhsal, sosyal açıdan iyi olma hali bireyler açısından farklılaşabilmektedir ve bu bağlamda hastalık süreci de bireyleri farklı şekilde etkilemektedir (Memik ve diğerleri, 2007). Özellikle kronik hastalık yaşantısı olan bireylerin yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Literatüre bakıldığında, ülkemizde de farklı tanı gruplarında çeşitli engellilik gösteren bireyler için de yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun 2002 kayıtlarına göre, hareketsiz, bir uğraş içinde bulunmadan geçen hayat dünya çapında yılda 1.9 milyon kişinin hayatının sonlanmasına sebep oluşturmaktadır. Dünya genelinde meme kanseri, kolon kanseri ve diyabet hastalarının yaklaşık olarak %10-16'sına ve kalp rahatsızlıklarının %22'sine hareketsiz yaşam neden olmaktadır. Kişilerin gün içerisinde fiziksel olarak uğraş içinde olabilecekleri 4 temel alan vardır. Bunlar;

- Çalışma hayatı
- Ulaşım (yürüme, bisiklet kullanma, vb.)
- Ev içi uğraşları
- Boş zaman etkinlikleri (spor ve rekreasyon etkinlikler)

Yaş ile beraberinde beslenmeyle alakalı sağlık rahatsızlıkları meydana gelebilmekte, beden en uğraşım etkinlikler düzeyi azalım göstermekte ve genellikle kadınlar arasında hareketsiz hayat daha fazla kendini ön plana çıkarmaktadır (Akvardar ve diğerleri, 2006).

## **2.5. Boş Zaman Engelleri**

Milattan önce 500'lerde Antik Yunan'da zorunlu hayat mücadeleleri ve üretimin gerisinde kalan sosyal çevre ve kişisel gelişim fırsatı açıklamalarının yüklendiği (Torkildsen, 1992) kabul gören inanışlar arasında yer almaktadır. O zamanların en iyi altın çağı olarak bilinen bu dönemi, Antik Roma İmparatorluğu'nun genellikle beden en ve ruhsal zindeliğe vurgu yapan boş vakit kavramının daha da yükseltildiği söylenebilir. Milattan sonra 400 ile

başlayan Katolik kilisesinin çalışmayı nitelendirici ve boş zamanı gereksiz yere sayması ve dine karşıtlık vurgusu (Juniu, 2000) her ne kadar Rönesans akımlarıyla bozguna uğratılsa da (Argyle, 1996) 16. yy'ın beraberinde getirdiği püriten çalışma ahlakı insan hayatında boş zamanın kıymet kaybetmesine sebep getirmiştir (Dattilo, 2008). Gerek Rönesans akımının etken devamlılığı (Bull, Hoose ve Weed, 2003), gerekse sanayi devriminin etkisi (Torkildsen, 1992) ve günümüz modern insanının tüketim ve zevk odaklı anlayışı (Aytaç, 2002) ile boş zaman kavramı üzerine farklı dönemlerde farklı anlamlar yüklenerek insanın önemle sahip olmak istediği bir kişisel hak olarak çağımızdaki önemli yerini almıştır. Sanayi devriminin gerçekleşmesi ile beraber, özellikle teknoloji alanındaki gelişmeler, ev de kullanılan araç ve aletlerin makineleşmesi, ulaşımdaki rahatlık ve iş saatlerinin azalması gibi birçok etken, insanların daha fazla boş vakte sahip olmasına sebep sağlamıştır. Beraberinde getiren bu gelişmeler boş vakte olan alakanın artmasına, serbest zaman aktivitelerinin çeşitlenmesine ve bu aktivitelere kalan zamanın da artmasına sebep olmuştur. Yaşamların farklılaştığı ve yeni anlamlar kazandığı güncel hayatta bu değişimin doğal sonucu olarak da yeni problemler ortaya çıkmaktadır. Bu problemlerin biri de boş zamanların çoğalması ve boş zamanların nasıl kullanılacağı, yararlanılacağıdır (Fişek, 1998).

Bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler (araba, uçak gibi ulaşım araçların icadı ve geliştirilmesi) insanların serbest zaman kullanımını pozitif yönde etkilemiş ve birlikte uzun mesafelerdeki spor tesislerine, plajlara, kamp alanlarına ve tatil yörelerine ulaşımı daha rahat hale getirmiştir. Bunun yanı sıra, tarımda sanayileşmenin gelişmesi, ev içinde kullanılan araçların makineleşmesi ve çalışma sürelerinin azalması gibi birçok gelişme, insanların daha çok boş zamanlarının oluşmasına olanak sağlamıştır (Tezcan, 1994).

Boş zaman boyutunun en uzun soluklu tarihsel serüveninde insanın boş zamanlarındaki hareketleri farklılık göstererek ve biçim değiştirerek her zaman var olmuştur. Boş zaman davranışını, Ajzen (1985) planlanan hareket kuramına göre bireyin davranışsal, hareketlerini inançları aracılığıyla önceden bilebilen bir kavram olarak açıklamaktadır. Snepenger ve Crompton (1985) kademe algısı içeren bir boyut, Losier, Bourque ve Vallerand (1993) ise boş vakit fırsat ve kısımlarının biçimlendirdiği güdüleyicilerle ilişkili gerçekleşen bir kapsam, faaliyet olarak açıklamıştır. Boş zaman hareketlerini açıklayan pek çok araştırmacı ve bilim adamlarının bu hareketin altında bulunan etkilerini araştırma isteği hiç şüphesiz kolay kolay bitecek gibi gözükmemektedir. 1980'lerin ilk zamanlarında, boş zaman katılımının engelleyen belirli faktörlerin nelerden oluştuğu üzerine duran çalışmalar, 2000'li yıllara gelindiğinde engellerin araştırılmasından çok kısıtlamaların genel sorunun üstünde durulması gerektiği olarak saptanmıştır. Bu yenilik yaklaşım gereksinimi,

sınırlıkların sadece kişi için fiziksel değil, aynı bağlamda kişisel ya da toplumsal olmasından kaynaklanmaktaydı (Jackson, 1999). İnsanların çalışma hayatı dışında kalan boş vakitleri konusunda yaptıkları kendi isteklerine göre seçimleri ve boş zaman engellerinin üstesinden gelmeyi nasıl arzuladıklarını anlamak, bazı kişilerin yaşam kalitesini yükseltmede yararlı olabilir. Boş zaman sınırlıklarına yönelik yöntemler, boş zaman katılımını kolaylığa indirmek ve boş zaman eğitimini sağlamak için faydalı olabilmektedir (AAPAR, 2011).

### **2.5.1. Boş Zaman Kavramı ve Kullanımı**

Hızla gelişen dünyanın modern toplumları boş zamanın kullanımı noktasında birbirleri ile rekabet etmeye başlamışlar ve bu rekabet içerisinde boş zaman kavramının genel hatlarıyla anlayabilen toplumlar daha avantajlı bir pozisyon almaya başlamışlardır. 20.yüzyılın ilk zamanlarında özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra sanayileşmiş batı toplumlarında olmak üzere yeni değişim sürecine girerek toplumsal değer yargıların ve anlayışın geliştiği devamlılığının sağladığı görülmüştür. Bu kapsama göre sanayi toplumları boyunca yalnızca verimli ve çok yoğun çaba harcayan bireylerin tamamen refaha ve huzura kavuşmamaktadır. Disiplinli, kalıplaşmış ve sıradanlaşmış bir iş hayatı sistemi, soyutlanma, işe alışmamak, manevi doyumsuzluk gibi bireysel ve toplumsal birçok çıkmaz unsurun temelini kapsamaktadır. Bu sorunların pratikliğine yönelik tepki yalnızca dinlenme ve tekrardan iş hayatına dönme anlayışından uzak eğilim, eğlenme, spor yapabilme ve diğer motivasyon faaliyetlerini de içine alan, gündelik çalışma hayatından arta kalan boş vaktin arttırılması, özen gösterilmesi ve değerlendirilmesi gibi bir anlayışın meydana gelmesiyle kendini ispatlama yoluna girmiştir (Karaküçük, 2005).

Çalışmaların kişi için bir ihtiyaç olduğu kaçınılmazdır. Fakat bu araştırmaların serbest olmadığı ya da insan hayatının kısıtladığı anlamına gelmemelidir. Faaliyetlerin yanı sıra insanın koşulsuz rahatlama ve uyuma gibi zamanlara da ihtiyaç duymaktadırlar. Rahatlama ihtiyaçlarının çalışmanın arzusuyla ilişkili olduğunu düşünmenin mantıklı ve makul sebepleri yer almaktadır. Bununla beraber modern toplumdaki bireyler rahatlama, eğlenmeye ek olarak dışarıdaki işlerin doyuma ulaştırma ve gereksinimde bulunma ihtiyacı da hissederler (Köktaş, 2010).

Serbest zaman, bireylerin çalışma ve fizyolojik gereksinimlerinin karşılanması haricinde, hür olarak rahatlama, takdir kazanma, kişisel gelişim, spor yapma ve eğlenme için uyguladıkları zamandır. Boş zaman bir faaliyet, bir serbest zaman veya bir fırsat olarak gözlemlendiği gibi dinlenme, kendisini ileriye taşıma, kültürel ve aile yaşantısında süreklilik



sağlama, iletişime geçme kapsamlarının yanı sıra bir uzaklaşma eğilimi, yenilik, karmaşıklık ve heyecandır (Greenwood ve Lashua, 2004). Zaman, tanımlanması en zor adlandırmalardan biridir. Buna rağmen hepimizin zihninde zaman tanımı hakkında çok net olmamakla beraber farklı düşünceler vardır. İçinde bulunduğumuz zaman dilimi içerisinde genellikle modern insanların fazlasıyla üzerine titredikleri zaman kapsamı ile alakalı farklı açıklamalar ortaya çıkmaktadır. Zaman dilimi toplumlar için büyük önem arz etmektedir ve uygulanma şekillerine göre toplumlara önemli faydalar sağlayabilir. Çağdaş toplumlarda zaman kullanımı, eğitimle paralel bir şekilde şuurlu ve faydalı biçimde uygulanmaktadır (Çerez, Yılmaz ve Dinçer, 2006).

Zaman insanoğlunun dünyaya gelişinden bu yana çok büyük önem arz etmiştir. İnsanın büyüme, gelişim sürecinde ve bütün başarısında zaman faktörünün payı oldukça etkili olmuştur. Zaman tanımlanması, bireyler kadar milletler için de böyle etkili olmuştur. İş yaşantısını, sosyal bağlarını, eğlence ve istirahat alışkanlıkları içerisinde tertipleyen milletler, diğerlerine kıyasla daha fazla gelişmektedirler (Kaya, 2011).

Gelişmiş devletlerin zaman kullanımı hususunda bilinçlenmiş ülkeler olduğunu ortaya koymak fazlasıyla muhtemeldir. Bu durum, gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler arasındaki farkın ortaya konmasında oldukça etkili bir hale gelmektedir. Zamanın iyi uygulanabilmesi, insanın kendisine, iş hayatına sosyal hayatına, istirahat ve eğlenmesine, biyolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarına ayırdığı vakit arasında ki uyumu iyi kullanabilmesine bağlı bir kavramdır. Zamanı etkili ve verimli kullanabilmek öncelikle bir eğitimin konusudur. Bundan dolayı da eğitim kurumlarının ve ailenin üstünde olan bir yükümlülüktür. Zamanın yanlış ve zararlı kullanımından meydana gelen rahatsızlıklar, bireyi ve tüm milleti kapsamaktadır. Bu ise bedeni rahatsızlıklardan bile daha güvensiz hale gelebilmektedir. Zamanı iyi değerlendirebilmek, bireyin kendisine, iş yaşamına, sosyal yaşantısına, istirahat ve eğlenmesine, biyolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarının giderilmesine bıraktığı vakit dilimi arasında ki uyumu iyi kurabilmesinin bir şartıdır. Vakti yararlı uğraşlara harcamak için, öncelikle bireyin kendisini iyi bilmesi lazımdır. Başka bir deyişle, ne ile uğraşacağını, hedeflerinin neler olduğunu bu amaçların hayata ve iş hayatına yönelik faktörlerinin nelerden oluşabileceğini iyi algılamalıdır. Neler uygulayıp neler uygulamayacağını kısıtlamalarını iyi belirlemelidir. Zamanını iyi ve olumlu yönde yönetebilmelidir (Köktaş, 2010).

## 2.6. Engelliler İçin Spor

Bedensel engellilik durumu doğumdan itibaren gelen ya da rahatsızlık sonucu meydana çıkan engelleri kapsayan ve her yaşta bireylerin, çocukların eğitim performansını negatif yönde etkileyen her türlü bedensel durum olarak açıklanmaktadır (Özer, 2013). Doğum öncesi, doğum esnası ve doğumdan sonraki dönemde herhangi bir sebebe bağlı olarak kemik, sinir ve kas sistemindeki oluşan rahatsızlıklar sonucu, fiziksel becerilerini çeşitli sebeplerle kaybeden, toplumsal hayata ayak uydurma ve günlük hayattaki ihtiyaçlarını gidermede zorluklarla karşılaşan, bu sebeplerden de korunma, hizmet, rehabilitasyon, danışmanlık ve desteklerine gereksinim duyan bireye bedensel engelli ve bu duruma yol açan kapsamlara ise bedensel engel söylenmektedir (Meb, 2008). Bedensel imkansızlığı olan her yaş genç ve çocuklarda bedensel kısıtlamaları ve sağlık problemleri olan kişilerden oluşmaktadır. Bu yetersizlikleri doğum öncesinde, doğum esnasında veya doğum sonrasındaki sebeplere bağlı olarak yaşanabilir. Aynı zamanda zihinsel gerilik, hareketsetel bozukluklar, bedensel engellilikler, duyuşsal bozukluklar veya özel yetenekleri ortaya çıkabilir. Rahatsızlıkların tıbbi doğası gereği uygulanan eğitimde disiplinler arası ortaklaşarak yürütmek gerekebilir. (Uysal, 2013). Fiziksel yetersizliği ve süregelen rahatsızlığı bulunan, bedensel yetmezliğe yol açan durumlara göre sınıflandırılmaktadır.

- Merkezi sinir sisteminin zarar görmesi sonucu meydana gelen fiziksel bozukluklar,
- Kas iskelet sisteminin zarara uğraması sonucu meydana gelen fiziksel bozukluklar,
- Doğum anından itibaren oluşan fiziksel yetersizlikler ve süregelen rahatsızlıklar, (Uysal, 2013).

Bazı özel spor etkinlikleri normal spor branşlarına katılamayacak bedensel engelli insanlar için geliştirilmiş ve uygulamaya koyulmuştur. Eğer gerekli tedbirler alınır ve uygun öneriler söylenirse bedensel engellilerde normal insanların katıldığı spor etkinliklerine kolaylıkla katılabilirler (Özer, 2013). Sporun bedensel engelli bireyler için başka bir önemli rolü ise sosyal bağlarının oluşmasını sağlamasıdır. Kalıcı engellilik, bedensel engelli insanların kendilerine olan yaklaşımlarını negatif yönde etkileyebilir, içe kapanıklılık ve sosyal izolasyona sebep olabilir. Ayrıca ruhsal reaksiyonlara bakmakla sorumlu olan bireylerin onlardan utanmaması gerekir, aksi durumda iletişim kopuklukları yaşanarak ruhsal çöküntü yaşanması söz konusudur. Henüz bedensel engelli hale gelmiş kişilerde, spor etkinliklerine katılmak kendisini önemseme, beğenme hissinin tekrardan kazanılmasına, olumlu ruhsal hareketlerin ve yeniden sosyal yaşama uyumuna yardımcı olmaktadır. Ayrıca

psiko depresif durumlardaki bedensel engelli bireylerin spor etkinliklerine katılmaları ile bu durumlarda iyileşmeler görülmüştür (İlkkurşun, 2014).

## 2.7. Bedensel Engellilik

Bireyin eğitim ve çalışma hayatındaki performans ve başarısına etki eden, doğumdan gelen ya da daha sonradan ortaya çıkan, tüm iyileşme süreci ve tedbirlere karşı sinir sistemi, kas, eklem ya da iskelet sisteminin göstermesi gereken işlevi gösterememe durumuna denir. Bedensel engel kavramını tanımlamaya yönelik çok farklı fikirler bulunur. Bedenin davranışlara bağlı özellikler kemik, eklemler, kas ve bağ doku, kıkırdak gibi diğer destek kapsamlarında ortaya çıkan rahatsızlıklar olarak açıklanmıştır. Bedensel engelliliği “doğum esnasında ya da gelişme zaman zarfı içinde (1-18) yaşlar arasında ya da günlük çalışma hayatı devamlılığında (19-70) yaşlar arasında gelişimini sürdüren kas iskelet sisteminin anatomik veya fonksiyonel faktörlerin normal dışı çalışması” biçiminde açıklanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) açıklamasına göre; Fiziksel engellilik bir rahatsızlık veya özür sebebiyle yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel boyutlara bağlı olarak bireylerin üstüne düşen rollerinin sınırlanması veya yerine getirilmemesi haline denir. Rahatsızlık ya da engellilik durumuna rağmen kişi toplumla sosyal, ekonomik ve çevresel yönden tamamlayıcı olabilir, hayattaki uğraşlarını yerine getirebiliyorsa engelli değildir. Engel durumundan bahsedebilmek için bazı etkinliklerin yerine getirilememesinin bireyin ev, iş ve sosyal hayatın şartları olan rollerini yerine getirmesinin ne ölçüde etkilediğinin bilinmesi önemlidir. Bedensel engellerin çoğu ise ilerleyen yaşlarda meydana gelmektedir. Bedensel engelliliğin oluşmasında sebep olan faktörler; Akraba evliliği, çocuk yaşta geçirilen rahatsızlıklar sonucu oluşan felçlik hali, doğal afetler, trafik kazaları, çalışma hayatında meydana gelen iş kazaları, doğumlarda gerçekleşen yanlışlıklar, terör, küçük yaşlarda oluşan rahatsızlıklar, nükleer kazalar gibi toplumsal felaketler, kalp ve cerrahi müdahale isteyen rahatsızlıklar, doğum öncesi annenin yaşadığı rahatsızlıklar, anne babanın zararlı alışkanlıklar sonucu alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı, doğuştan meydana gelen genetik bozukluklar gibi faktörlerden dolayı kişinin fiziksel yetersizliği tüm yaşamını olumsuz etkileyebilir. Fiziksel engelliler, özel rehabilitasyon ve fizik tedavileri ile beraber daha iyi duruma getirilebilmekte, ruhsal terapiler ile meydana gelen sıkıntılarla baş etmeleri sağlanmaktadır. Fiziksel engel tüm bedensel engellerde görüldüğü gibi kişinin ve ailesinin problemi olmaktan çok toplumu alakadar eden bir durumdur. Çevre düzenlemeleri, alan uygulamaları gibi bedensel engelli

bağımsızlığını daha da çok geliştirecek faaliyetler duyarlı toplumlarca düşünülmeli ve bu konuda harekete geçilmelidir (Betmann, 1978).

### **2.7.1. Ampute Futbol**

Ampute futbol bir bacağı engelli olan, istenilen işlevi yerine getiremeyen sporcuların kanediyen kullanarak oynadıkları bir oyun biçimidir. Diğer bir tanımı ile Ampütasyona uğramış alt ve üst ekstremiteleri sahibi kişilerin oynadığı amatör bir futbol branşıdır. Engelli insanların anatomik yapısı göz önünde bulundurularak rehabilitasyon amaçlı olarak benimsenmiş ve oynanmaya başlanmıştır. Temelinde futbol oyunu olduğu için profesyonel futbol oyun kuralları benimsenmeye çalışılmıştır. Ampute futbol kendi pratiğinde teorisini doğurmuş ve yeni kurallar getirmiştir. Dünyada yaygın bir biçimde müsabakaları düzenlenmekte olup, düzenli olarak Avrupa ve Dünya Şampiyonaları düzenlenmektedir. Hali hazırda esinleşmiş hususlar olmamakla beraber uluslararası faaliyetlerin oynandığı ve şampiyonaların organize edildiği katılımcı ülkelerin kabul ettiği oyun kuralları mevcuttur. Değişim ve gelişim profesyonel futbola uyarlanmaya yönelik olarak devam etmektedir. Ampute futbolun kendisine uygun mekanik yapısı vardır. Profesyonel futboldan ayrıldığı yönleri ile birebir örtüştüğü ortak noktaları vardır (Sunay, 2013).

Bedensel engelli kişilerin uyguladığı spor branşlarından bir diğeri de ampute futboldur. Ampute futbolun da yüksek seviye de dayanıklılık, kuvvet, esneklik, sürat, çabukluk ve strateji gibi sportif performans, devamlı kontrol gerektiren ve bir bacağı ampute olan sporcuların kanediyen yardımıyla oynadıkları bir futbol çeşididir. Bir ampute futbol müsabakası 25'er dakikalık 2 devreden oluşan totalde 50 dakika sürmektedir. Ampute futbolun saha ölçüleri uzunluğu 60 metre, genişliği ise 40 metre olan ve her iki ucunda kaleler bulunan bir alan içerisinde kendine has kurallarıyla oynanmaktadır. Futbolda olduğu gibi kaleci, savunma ve hücum oyuncuları bulunmaktadır. Ampute futbolun takımlarında sporcuların sahadaki oynadıkları yerlerine göre seçimi büyük ölçüde bedensel görüntüleri ile doğru orantılı bulunmaktadır ve bu da sporcuların bedensel kapasitelerine ve biomotor becerilerine ne derece yakın mevkilerde oynadıklarıyla ilgilidir (Yazıcıoğlu, 2007). Günümüzde, gelişen teknoloji ve tıbbi çalışmalar doğrultusunda bedensel engelli kişiler sosyal, kültürel ve ekonomik alanlardan daha çok faydalanmaya başlamışlardır ( Özdemir ve Ersoy, 2009). Sporun rehabilitasyon ve iyileştirici faktörü, bedensel engelli kişilerde kilosunun korunması, dayanıklılık ve davranışlarındaki yükseliş, kendine güveninin artması ve stres faktörlerinin kaybolması gibi pozitif cevaplar meydana çıkarmaktadır. Toplumdaki

bedensel engelli kişilerin fiziksel etkinlik olaylarının artışına bağlı olarak düzenli besin tüketim durumları ve sağlık olaylarında da tedavi sürecinin artışı görülmektedir (Oğul ve Erden, 2012).

Ampute futbolcular iki kanadiyen kullanır, kalecilerin kullanım malzemeleri tek eldivendir. Güdük koruyucuları soket ve normal forma giyerler. Kanadiyen; yapılışından ya da tasarımından dolayı hiçbir oyuncuya tehlike içermemelidir. Kanadiyen dayanıklı metalden olmalı tahta ya da plastikten imal edilmiş olmamalıdır. Bir oyuncunun sahaya girmesinden önce bütün yan somunları, cıvataları, sürgü, mandal, döşeme tesisatları ve metal bileklikleri bantlanmalı ve kapatılmalıdır. Oyuncuların kanadiyenleri her zaman iyi durumda olmalı plastik uçlar zarar gördüğünde yenileri ile acilen değiştirilmelidir. Bütün karşılaşmalarda kanadiyenler renkli bant ile kaplanır. Bu bantlar takım tozlukları ile aynı renkte olmalı ve kanadiyenin alt ucundan itibaren 40cm'ye kadar bantlanmalıdır. Güdüğün çarpmalarda korunması için yapılmış soft sokettir. Metal içermemek koşulu ile silikon çorap giyilebilir. Oyun esnasında her hangi bir protez kullanımına izin verilmez ancak iki bacağı ampute olan oyuncular tek protezle oynayabilir (Sunay, 2013).

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli, var olan durumu aynen resmetmeyi esas alır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. İki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim olup olmadığını ve değişimin derecesini belirlemeyi amaçlayan model türüdür. Tarama yolu ile bulunan ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlanamaz. Ancak, önemli olan uygun bir biçimde gözleyip belirleyebilmektir (Karasar, 2005). Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engelleri ölçeklerinin puanları demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmış ve ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisine bakılmıştır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini Türkiye Bedensel Engelliler Spor Federasyonu'nun ampute futbol süper lig takımları oluştururken, örneklemine lig takımlarından TSK Rehabilitasyon Merkezi Engelliler Spor Kulübü, Osmanlı Engelliler Spor Kulübü, İzmir Büyükşehir Belediye Gençlik ve Spor Kulübü, Anadolu Erciyes Engelliler Spor Kulübü, Şahinbey Belediye Spor Kulübü, Malatya Büyükşehir Belediye Spor Kulübü ve Bursa Ampute Gücü Spor Kulübü ampute futbol takımları gönüllü olarak katılımcıları oluşturmaktadır.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada dört bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunun ilk bölümünde ampute sporcuların ampute futbol oynama süresi, boy, kilo, yaş, aylık gelir, ampütasyon durumu, ampütasyon zamanı, milli sporcu olma durumu ve oynadığı takım bilgilerinden oluşan demografik bilgiler yer almaktadır.

Veri toplama aracının ikinci bölümünde bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla Walker ve diğerleri (1987)

tarafından geliştirilen ve Esin (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)" yer almaktadır. Ölçek dördümlük likert tipinde (1: hiçbir zaman, 4: düzenli olarak) 48 madde ve 6 boyuttan (kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi) oluşmaktadır. Ölçek ve boyutlarda yüksek puan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzenli olarak gerçekleştirildiğini ifade etmektedir.

Veri toplama aracının üçüncü bölümünde bireyin yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Eser ve diğerleri (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)" yer almaktadır. Ölçekte her soruda cevap seçeneği farklı olmakla birlikte beşli likert tipinde 27 madde ve "genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre" olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek ve alt boyut puanlarının ağırlıklı ortalamaları alındığından ölçek ve alt boyutlarda puan aralığı 0 ile 20 aralığındadır. Yüksek puan genel olarak veya ilgili alandaki yaşam kalitesinin yüksekliğini ifade etmektedir.

Veri toplama aracının dördüncü bölümünde bireylerin rekreasyonel etkinliklere katılımlarında engel oluşturabilecek durumları belirleme amacıyla Alexandris ve Carroll (1997) tarafından geliştirilen Gürbüz ve Karaküçük (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılan "Boş Zaman Engelleri Ölçeği-18 (BZEÖ)" yer almaktadır. Ölçekte dördümlük likert tipinde 18 madde ve "birey psikolojisi, sosyal ortam ve bilgi eksikliği, tesis/hizmet ve ulaşım, arkadaş eksikliği, zaman, ilgi eksikliği" olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Ölçek ve alt boyutlardan alınan yüksek puan boş zaman faaliyetlerine ilişkin engel algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### **3.4. Verilerin Analizi**

Bu çalışmada ölçeklerin geçerlik çalışmaları kapsamında açımlayıcı faktör analizi; güvenilirlik çalışması kapsamında madde analizi (madde toplam korelasyonu ve Cronbach Alpha) kullanıldı. Açımlayıcı (açıklayıcı) faktör analizi birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2011). Açımlayıcı faktör analizinde, değişkenler arasındaki ilişkilerden

hareketle faktör bulmaya yönelik bir işlem gerçekleştirilir. Maddelerin ait oldukları faktördeki yük değerleri, diğer faktörlerdeki yük değerleri ve birden fazla faktördeki yükler arasındaki fark incelendi. Faktör analizinde aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasında faktör yük değerlerinin yüksek olmasına (0,45 ya da daha yüksek olması iyi bir ölçü olmakla birlikte bu oran 0,30'a kadar indirilebilir) ve maddelerin tek bir faktörde yüksek yük değerine, diğer faktörlerde düşük yük değerine sahip olmasına (her maddenin en yüksek faktör yüküne sahip olduğu faktör dışındaki faktörlerle faktör yük farkının en az 0,10 olmasına) dikkat edildi (Büyüköztürk, 2011).

Madde analizi yöntemlerinden Cronbach Alpha tekniği test puanları arasındaki tutarlığı incelemek amacıyla kullanılır. Diğer bir madde analizi yöntemi olan madde toplam korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla kullanılır ve her iki test maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlığının yüksek olduğunu gösterir. Her iki test, test maddelerinin ayırt ediciliğini gösterir. Madde-toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlığının yüksek olduğunu gösterir. Genel olarak madde-toplam korelasyonu 0,30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği; 0,20-0,30 arasında kalan maddelerin gerektiğinde teste alınabileceği söylenebilir. Cronbach Alpha iç tutarlığı göstermekte olup genellikle 0,70'in üzerinde olması beklenir (Büyüköztürk, 2011).

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programları kullanıldı. Puanların normallik sınamasında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir. Normal dağılım göstermeyen puanların karekök, logaritmik veya ters döndürme yöntemleriyle normal dağılımları sağlanarak parametrik testler kullanılabileceği gibi non-parametrik testler de kullanılabilir (Büyüköztürk, 2011). Ölçek ve alt boyut puanları normal dağılım gösterdiğinden ampütasyon zamanı ve milli sporcu olma değişkenlerine göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; ampute futbol oynama süresi, boy, kilo, yaş, aylık gelir, ampütasyon durumu ve oynadığı takım değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde gruplar arasında anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar için LSD post hoc



testinden yararlanılmıştır. Ölçek ve alt boyutlar arası ilişki analizi için Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ( $p<0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

### **3.5. Ölçeklerin Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri**

#### **3.5.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin açımlayıcı faktör analizinde KMO 0,92; Bartlett's küresellik testi anlamlılık düzeyi ise  $p<0,01$  olarak ölçüldü. 102 örneklem ile açımlayıcı faktör analizi yapılmasının uygun olduğu gözlemlendi.

**Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Madde	F1	F2	F3	F4	F5	F6
m6	0,53					
m12	0,67					
m18	0,58					
m24	0,49					
m30	0,59					
m36	0,69					
m42	0,77					
m48	0,57					
m3		0,58				
m9		0,66				
m15		0,53				
m21		0,73				
m27		0,55				
m33		0,55				
m39		0,63				
m45		0,76				
m4			0,60			
m10			0,62			
m16			0,61			
m22			0,62			
m28			0,66			
m34			0,63			
m40			0,62			
m46			0,57			
m2				0,68		
m8				0,72		
m14				0,50		
m20				0,65		
m26				0,62		
m32				0,73		
m38				0,68		
m44				0,67		
m1					0,68	
m7					0,46	
m13					0,68	
m19					0,74	
m25					0,56	
m31					0,75	
m37					0,68	
m43					0,61	
m5						0,57
m11						0,59
m17						0,75
m23						0,66
m29						0,59
m35						0,58
m41						0,71
m47						0,60
<b>Özdeğer</b>	16,58	2,91	2,18	1,90	1,80	1,63
<b>Varyans (%)</b>	12,59	11,53	10,02	9,11	7,96	5,06
<b>Toplam Varyans (%)</b>	56,27					

Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçekte tüm maddelerin faktör yükünün 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Faktörlerin açıkladıkları varyanslar sırasıyla %12,59 – %11,53 - %10,02 - %9,11 - %7,96 - %5,06 olmak üzere açıklanan toplam varyans %56,27 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.1).

**Tablo 3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Madde Analizi Sonuçları**

Faktör	Madde	r	$\alpha$ (0,96)
Kendini Gerçekleştirme	m6	0,43	0,76
	m12	0,61	
	m18	0,54	
	m24	0,43	
	m30	0,50	
	m36	0,59	
	m42	0,61	
m48	0,63		
Sağlık Sorumluluğu	m3	0,51	0,77
	m9	0,61	
	m15	0,47	
	m21	0,67	
	m27	0,58	
	m33	0,49	
	m39	0,53	
m45	0,66		
Egzersiz	m4	0,54	0,76
	m10	0,47	
	m16	0,55	
	m22	0,53	
	m28	0,55	
	m34	0,64	
	m40	0,64	
m46	0,45		
Beslenme	m2	0,61	0,81
	m8	0,64	
	m14	0,44	
	m20	0,57	
	m26	0,54	
	m32	0,67	
	m38	0,56	
m44	0,60		
Kişilerarası Destek	m1	0,61	0,80
	m7	0,49	
	m13	0,56	
	m19	0,65	
	m25	0,51	
	m31	0,59	
	m37	0,60	
m43	0,56		
Stres Yönetimi	m5	0,53	0,78
	m11	0,54	
	m17	0,65	
	m23	0,59	
	m29	0,50	
	m35	0,48	
	m41	0,61	
m47	0,57		

r: Madde Toplam Korelasyonu

Tablo 3.2'deki madde analizi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,96; alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları 0,76 – 0,77 – 0,76 – 0,81 – 0,80 – 0,78; ölçekteki tüm maddeler için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,43 ile 0,67 aralığında) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonuçlarına göre ölçeğin 48 madde ve 6 boyut ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

### 3.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin açımlayıcı faktör analizinde KMO 0,93; Bartlett's küresellik testi anlamlılık düzeyi ise  $p < 0,01$  olarak ölçüldü. 102 örneklem ile açımlayıcı faktör analizi yapılmasının uygun olduğu gözlemlendi.

**Tablo 3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Madde	F1	F2	F3	F4	F5
m1	0,92				
m2	0,92				
m3		0,45			
m4		0,53			
m10		0,83			
m15		0,67			
m16		0,83			
m17		0,86			
m18		0,83			
m5			0,82		
m6			0,90		
m7			0,78		
m11			0,82		
m19			0,87		
m26			0,53		
m20				0,89	
m21				0,91	
m22				0,88	
m8					0,73
m9					0,82
m12					0,72
m13					0,85
m14					0,68
m23					0,75
m24					0,83
m25					0,76
m27					0,56
<b>Özdeğer</b>	14,24	1,90	1,20	1,06	0,98
<b>Varyans (%)</b>	29,11	18,44	11,42	6,70	6,09
<b>Toplam Varyans (%)</b>			71,76		

Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçekte tüm maddelerin faktör yükünün 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Faktörlerin açıkladıkları varyanslar sırasıyla %29,11 – %18,44 - %11,42 - %6,70 - %6,09 olmak üzere açıklanan toplam varyans %71,76 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.3).

**Tablo 3.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Madde Analizi Sonuçları**

Faktör	Madde	r	$\alpha$ (0,96)
Genel Sağlık	m1	0,69	0,82
	m2	0,76	
Fiziksel Sağlık	m3	0,35	0,84
	m4	0,35	
	m10	0,83	
	m15	0,57	
	m16	0,75	
	m17	0,77	
	m18	0,80	
Psikolojik Sağlık	m5	0,77	0,87
	m6	0,79	
	m7	0,69	
	m11	0,69	
	m19	0,81	
	m26	0,45	
Sosyal İlişkiler	m20	0,83	0,87
	m21	0,75	
	m22	0,73	
Çevre	m8	0,71	0,90
	m9	0,75	
	m12	0,64	
	m13	0,75	
	m14	0,63	
	m23	0,70	
	m24	0,78	
	m25	0,70	
m27	0,56		

r: Madde Toplam Korelasyonu

Tablo 3.4'teki madde analizi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,96; alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları 0,82 – 0,84 – 0,87 – 0,87 ve 0,90; ölçekteki tüm maddeler için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,35 ile 0,83 aralığında) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.4).

Yaşam Kalitesi Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonuçlarına göre ölçeğin 27 madde ve 6 boyutlu yapısı boyut ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

### 3.5.3. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Açımlyıcı Faktör Analizi Sonuçları

Boş Zaman Engelleri Ölçeğinin açımlyıcı faktör analizinde KMO 0,81; Bartlett's küresellik testi anlamlılık düzeyi ise  $p < 0,01$  olarak ölçüldü. 102 örneklem ile açımlyıcı faktör analizi yapılmasının uygun olduğu gözlemlendi.

**Tablo 3.5. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Madde	F1	F2	F3	F4	F5	F6
bze1	0,86					
bze2	0,83					
bze3	0,41					
bze4		0,77				
bze5		0,90				
bze6		0,48				
bze7			0,71			
bze8			0,72			
bze9			0,75			
bze10				0,82		
bze11				0,82		
bze12				0,67		
bze13					0,48	
bze14					0,43	
bze15					0,82	
bze16						0,82
bze17						0,73
bze18						0,72
<b>Özdeğer</b>	6,75	2,51	1,27	1,20	0,88	0,75
<b>Varyans (%)</b>	23,31	13,07	12,83	10,99	8,20	7,50
<b>Toplam Varyans (%)</b>				75,90		

Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçekte tüm maddelerin faktör yükünün 0,40'tan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Faktörlerin açıkladıkları varyanslar sırasıyla %23,31 – %13,07 - %12,83- %10,99 - %8,20 - %7,50 olmak üzere açıklanan toplam varyans %75,90 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.5).

**Tablo 3.6. Boş Zaman Engelleri Ölçeği Madde Analizi Sonuçları**

Faktör	Madde	r	$\alpha$ (0,90)
Birey Psikolojisi	m1	0,41	0,77
	m2	0,38	
	m3	0,42	
Bilgi Eksikliği	m4	0,59	0,82
	m5	0,43	
	m6	0,63	
Tesis Yetersizliği	m7	0,69	0,88
	m8	0,71	
	m9	0,61	
Arkadaş Eksikliği	m10	0,55	0,80
	m11	0,57	
	m12	0,55	
Zaman Yetersizliği	m13	0,63	0,78
	m14	0,61	
	m15	0,52	
İlgisizlik	m16	0,47	0,74
	m17	0,53	
	m18	0,48	

r: Madde Toplam Korelasyonu

Tablo 3.6'daki madde analizi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,90; alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları 0,77 – 0,82 – 0,88 – 0,80 – 0,78 – 0,74; ölçekteki tüm maddeler için madde-toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek (0,38 ile 0,69 aralığında) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.6).

Boş Zaman Engelleri Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonuçlarına göre ölçeğin 18 madde ve 6 boyut ile güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.



## BÖLÜM IV

### BULGULAR

#### 4.1. Betimsel Bulgular

Bu bölümde ampute bireylerin demografik bilgileri ve ölçeklere ilişkin betimsel bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1’de ampute bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.1. Ampute Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

	<b>Gruplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yaş (29,25±7,83)	20 yaş ve altı	14	13,7
	21-25 yaş	26	25,5
	26-30 yaş	24	23,5
	31-35 yaş	18	17,6
	36 yaş ve üstü	20	19,6
Ampute futbol süresi	1-3 yıl	17	16,7
	4-6 yıl	28	27,5
	7-10 yıl	39	38,2
	11 yıl ve üstü	18	17,6
Aylık gelir	2000TL ve altı	40	39,2
	2001-3000TL	34	33,3
	3000TL üstü	28	27,5
Ampute durumu	Sol kol	8	7,8
	Sağ kol	11	10,8
	Sol bacak	39	38,2
	Sağ bacak	44	43,1
Ampute zamanı	Doğum öncesi	33	32,4
	Doğum sonrası	69	67,6
Milli sporcu	Evet	31	30,4
	Hayır	71	69,6
Oynadığı takım	TSK Reh.Merk.Eng.SK	16	15,7
	Osmanlı Eng. SK	20	19,6
	İzmir Büyükşehir BLD Ampute Futbol SK	15	14,7
	Anadolu Erciyes Eng SK	13	12,7
	Şahinbey Belediyesi SK	14	13,7
	Malatya Büyükşehir SK	12	11,8
	Bursa Ampute SK	12	11,8
	<b>Min./Maks.</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>
Boy (cm)	155-194	174,83	7,02
Kilo	45-100	69,79	9,52

Araştırmaya katılan spor eğitimi almış 102 ampute bireyin yaş ortalaması 29,257,83 olarak tespit edilmiş olup %13,7’si 20 yaş ve altı, %25,5’i 21-25 yaş, %23,5’i 26-30 yaş, %17,6’sı 31-35 yaş arası, %19,6’sı 36 yaş ve üstüdür. Ampute bireylerin %16,7’si 1-3 yıl, %27,5’i 4-6 yıl, %38,2’si 7-10 yıl, %17,6’sı 11 yıl ve daha uzun süredir ampute futbol oynamaktadır. Ampute bireylerin %39,2’sinin aylık geliri 2000TL ve altı, %3,3’ünün 2001-



3000TL, %27,5'inin 3000TL üstüdür. Ampute bireylerin %7,8'i sol kol, %10,8'i sağ kol, %38,2'si sol bacak, %43,1'i sağ bacak amputedir. Ampute bireylerin %32,4'ü doğum öncesi, %67,6'sı doğumdan sonra ampute durumu söz konusudur. Ampute bireylerin %30,4'ü milli sporcudur. Ampute bireylerin %15,7'si TSK Rehberlik Merkezi Engelli, %19,6'sı Osmanlı Engelliler, %14,7'si İzmir Büyükşehir Belediyesi Ampute Futbol, %12,7'si Anadolu Erciyes Engelli, %13,7'si Şahinbey Belediyesi, %11,8'i Malatya Büyükşehir, %11,8'i Bursa Ampute spor kulüplerinde oynamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2'de ölçek ve alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma ve çarpıklık (Skewness) istatistiklerine yer verilmiştir.

**Tablo 4.2. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler**

Ölçek	Alt Boyutlar	N	$\bar{X}$	SS	Skewness
<b>SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI</b>	Kendini Gerçekleştirme	102	2,78	0,53	0,23
	Sağlık Sorumluluğu	102	2,77	0,55	-0,02
	Egzersiz	102	2,81	0,53	0,01
	Beslenme	102	2,80	0,58	-0,11
	Kişilerarası Destek	102	2,79	0,57	-0,06
	Stres Yönetimi	102	2,81	0,57	-0,03
	<b>TOPLAM</b>	102	2,79	0,51	-0,06
<b>WHOQOL-TR YAŞAM KALİTESİ</b>	Genel Sağlık	102	12,79	4,18	-0,09
	Fiziksel Sağlık	102	11,87	3,81	0,02
	Psikolojik Sağlık	102	12,29	3,92	-0,29
	Sosyal İlişkiler	102	12,32	4,98	-0,28
	Çevre	102	11,93	3,80	-0,03
	<b>TOPLAM</b>	102	61,20	18,67	-0,25
<b>BOŞ ZAMAN ENGELLERİ</b>	Birey Psikolojisi	102	2,50	0,80	-0,13
	Bilgi Eksikliği	102	2,75	0,85	-0,40
	Tesis Yetersizliği	102	2,78	0,91	-0,38
	Arkadaş Eksikliği	102	2,70	0,79	-0,35
	Zaman Yetersizliği	102	2,65	0,77	-0,48
	İlgisizlik	102	2,50	0,71	-0,32
	<b>TOPLAM</b>	102	2,65	0,58	-0,81

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin kendini gerçekleştirme ( $2,78 \pm 0,53$ ), sağlık sorumluluğu ( $2,77 \pm 0,55$ ), egzersiz ( $2,81 \pm 0,53$ ), beslenme ( $2,80 \pm 0,58$ ), kişilerarası destek ( $2,79 \pm 0,57$ ), stres yönetimi ( $2,81 \pm 0,57$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ( $2,79 \pm 0,51$ ) “sık sık” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Yaşam kalitesi alt boyutlarından alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (20) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin egzersiz ( $12,79 \pm 4,19$ ), psikolojik sağlık ( $12,29 \pm 3,92$ ), sosyal ilişkiler ( $12,32 \pm 4,98$ ) puanlarının “oldukça iyi” düzeyinde; fiziksel sağlık ( $11,87 \pm 3,81$ ) ve çevre ( $11,93 \pm 3,80$ ) puanlarının “orta” düzeyde olduğu; ölçek toplam puanı olarak alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (100) puanlar dikkate alındığında yaşam

kalitesi puanlarının ( $61,20 \pm 18,67$ ) “oldukça iyi” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Boş zaman engelleri ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (4) puanlar dikkate alındığında ampute bireylerin sırasıyla tesis yetersizliği ( $2,78 \pm 0,91$ ), bilgi eksikliği ( $2,75 \pm 0,85$ ), arkadaş eksikliği ( $2,70 \pm 0,79$ ) ve zaman yetersizliğini ( $2,65 \pm 0,77$ ) en önemli boş zaman engelleri olarak gördükleri tespit edilmiştir. Birey psikolojisi ( $2,50 \pm 0,80$ ) ve ilgisizlik ( $2,50 \pm 0,71$ ) engellerinin ne önemli/önemli değil düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Boş zaman engelleri ölçek puanının ( $2,79 \pm 0,51$ ) “önemli” düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

#### **4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

Tablo 4.3’te sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampute bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kendini Gerçekleştirme	20 yaş ve altı	14	2,75	0,61	3,28	<b>0,014</b>	<b>B,C,D&gt;E</b>
	21-25 yaş	26	2,86	0,50			
	26-30 yaş	24	2,83	0,52			
	31-35 yaş	18	3,01	0,47			
	36 yaş üstü	20	2,44	0,47			
Sağlık Sorumluluğu	20 yaş ve altı	14	2,67	0,56	2,87	<b>0,027</b>	<b>C,D&gt;E</b>
	21-25 yaş	26	2,73	0,55			
	26-30 yaş	24	2,89	0,53			
	31-35 yaş	18	3,06	0,49			
	36 yaş üstü	20	2,53	0,50			
Egzersiz	20 yaş ve altı	14	2,84	0,46	2,98	<b>0,023</b>	<b>C,D&gt;E</b>
	21-25 yaş	26	2,77	0,48			
	26-30 yaş	24	2,91	0,52			
	31-35 yaş	18	3,04	0,55			
	36 yaş üstü	20	2,51	0,53			
Beslenme	20 yaş ve altı	14	2,83	0,62	1,69	0,159	
	21-25 yaş	26	2,72	0,61			
	26-30 yaş	24	2,85	0,55			
	31-35 yaş	18	3,06	0,51			
	36 yaş üstü	20	2,60	0,56			
Kişilerarası Destek	20 yaş ve altı	14	2,67	0,54	2,70	<b>0,035</b>	<b>C,D&gt;E</b>
	21-25 yaş	26	2,75	0,64			
	26-30 yaş	24	2,83	0,52			
	31-35 yaş	18	3,13	0,45			
	36 yaş üstü	20	2,58	0,57			
Stres Yönetimi	20 yaş ve altı	14	2,79	0,58	1,88	0,120	
	21-25 yaş	26	2,81	0,56			
	26-30 yaş	24	2,91	0,54			
	31-35 yaş	18	2,99	0,57			
	36 yaş üstü	20	2,53	0,56			
<b>TOPLAM</b>	20 yaş ve altı	14	2,76	0,53	2,74	<b>0,033</b>	<b>C,D&gt;E</b>
	21-25 yaş	26	2,77	0,53			
	26-30 yaş	24	2,87	0,48			
	31-35 yaş	18	3,05	0,46			
	36 yaş üstü	20	2,53	0,47			

A= 20 yaş ve altı, B= 21-25 yaş, C= 26-30 yaş, D= 31-35 yaş, E= 36 yaş üstü

Kendini gerçekleştirme (F=3,28; p<0,05), sağlık sorumluluğu (F=2,87; p<0,05), egzersiz (F=2,98; p<0,05), kişilerarası destek (F=2,70; p<0,05) ve sağlıklı yaşam biçimi ölçek (F=2,74; p<0,05) puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 4.3);

- 21-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubu ampute bireylerin kendini gerçekleştirme puanları, 36 yaş üstü ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubu ampute bireylerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, 36 yaş üstü ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Beslenme ve stres yönetimi alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4'te sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampute bireylerin ampute futbol oynama sürelerine göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampute Futbol Süre	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kendini Gerçekleştirme	1-3 yıl	17	2,67	0,48	0,93	0,427	
	4-6 yıl	28	2,88	0,58			
	7-10 yıl	39	2,82	0,54			
	11 yıl ve üstü	18	2,66	0,50			
Sağlık Sorumluluğu	1-3 yıl	17	2,61	0,47	0,81	0,492	
	4-6 yıl	28	2,87	0,52			
	7-10 yıl	39	2,79	0,58			
	11 yıl ve üstü	18	2,76	0,56			
Egzersiz	1-3 yıl	17	2,79	0,53	0,19	0,902	
	4-6 yıl	28	2,87	0,46			
	7-10 yıl	39	2,79	0,58			
	11 yıl ve üstü	18	2,76	0,56			
Beslenme	1-3 yıl	17	2,76	0,54	0,23	0,875	
	4-6 yıl	28	2,84	0,57			
	7-10 yıl	39	2,83	0,63			
	11 yıl ve üstü	18	2,72	0,56			
Kişilerarası Destek	1-3 yıl	17	2,64	0,62	0,53	0,661	
	4-6 yıl	28	2,85	0,58			
	7-10 yıl	39	2,79	0,56			
	11 yıl ve üstü	18	2,83	0,55			
Stres Yönetimi	1-3 yıl	17	2,71	0,54	0,80	0,495	
	4-6 yıl	28	2,94	0,58			
	7-10 yıl	39	2,78	0,60			
	11 yıl ve üstü	18	2,74	0,51			
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	17	2,70	0,49	0,49	0,688	
	4-6 yıl	28	2,88	0,52			
	7-10 yıl	39	2,80	0,54			
	11 yıl ve üstü	18	2,74	0,50			

A= 1-3 yıl, B= 4-6 yıl, C= 7-10 yıl, D= 11 yıl ve üstü

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampute futbol oynama süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5'te sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Aylık Gelir	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kendini Gerçekleştirme	2000TL ve altı	40	2,78	0,52	0,40	0,674	
	2001-3000TL	34	2,73	0,50			
	3000TL üstü	28	2,85	0,60			
Sağlık Sorumluluğu	2000TL ve altı	40	2,74	0,53	1,52	0,223	
	2001-3000TL	34	2,69	0,49			
	3000TL üstü	28	2,92	0,62			
Egzersiz	2000TL ve altı	40	2,81	0,51	0,14	0,869	
	2001-3000TL	34	2,78	0,49			
	3000TL üstü	28	2,85	0,62			
Beslenme	2000TL ve altı	40	2,79	0,56	0,96	0,385	
	2001-3000TL	34	2,72	0,57			
	3000TL üstü	28	2,92	0,63			
Kişilerarası Destek	2000TL ve altı	40	2,77	0,60	1,44	0,243	
	2001-3000TL	34	2,69	0,44			
	3000TL üstü	28	2,94	0,66			
Stres Yönetimi	2000TL ve altı	40	2,82	0,54	1,23	0,296	
	2001-3000TL	34	2,69	0,55			
	3000TL üstü	28	2,92	0,63			
<b>TOPLAM</b>	2000TL ve altı	40	2,78	0,49	0,98	0,378	
	2001-3000TL	34	2,72	0,46			
	3000TL üstü	28	2,90	0,60			

A= 2000TL ve altı, B= 2001-3000TL, C= 3000TL üstü

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6’da sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının amputasyon durumuna göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Durumu	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kendini Gerçekleştirme	Sol kol	8	3,11	0,68	3,15	<b>0,029</b>	<b>A,D&gt;C</b>
	Sağ kol	11	2,67	0,65			
	Sol bacak	39	2,62	0,45			
	Sağ bacak	44	2,89	0,50			
Sağlık Sorumluluğu	Sol kol	8	3,03	0,64	2,39	0,073	
	Sağ kol	11	2,70	0,66			
	Sol bacak	39	2,62	0,48			
	Sağ bacak	44	2,88	0,53			
Egzersiz	Sol kol	8	3,02	0,67	1,72	0,169	
	Sağ kol	11	2,72	0,62			
	Sol bacak	39	2,69	0,49			
	Sağ bacak	44	2,90	0,50			
Beslenme	Sol kol	8	3,05	0,70	1,81	0,150	
	Sağ kol	11	2,67	0,63			
	Sol bacak	39	2,67	0,57			
	Sağ bacak	44	2,91	0,54			
Kişilerarası Destek	Sol kol	8	3,06	0,75	2,73	<b>0,048</b>	<b>D&gt;C</b>
	Sağ kol	11	2,63	0,58			
	Sol bacak	39	2,64	0,50			
	Sağ bacak	44	2,92	0,56			
Stres Yönetimi	Sol kol	8	2,98	0,72	1,32	0,272	
	Sağ kol	11	2,70	0,59			
	Sol bacak	39	2,69	0,52			
	Sağ bacak	44	2,90	0,57			
<b>TOPLAM</b>	Sol kol	8	3,04	0,66	2,49	0,064	
	Sağ kol	11	2,68	0,59			
	Sol bacak	39	2,65	0,45			
	Sağ bacak	44	2,90	0,49			

A= Sol kol, B= Sağ kol, C= Sol bacak, D= Sağ bacak

Kendini gerçekleştirme ( $F=3,15$ ;  $p<0,05$ ) ve kişilerarası destek ( $F=2,73$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının ampütasyon durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 4.6);

- Sol kol ve sağ bacak ampute bireylerin kendini gerçekleştirme puanları, sol bacak ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Sağ bacak ampute bireylerin kişilerarası destek puanları, sol bacak ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarının ampütasyon durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7’de sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampütasyon zamanına göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Zamanı	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme	Doğum öncesi	33	2,88	0,50	1,32	0,189
	Doğumdan sonra	69	2,73	0,55		
Sağlık Sorumluluğu	Doğum öncesi	33	2,80	0,51	0,36	0,717
	Doğumdan sonra	69	2,76	0,56		
Egzersiz	Doğum öncesi	33	2,85	0,42	0,57	0,570
	Doğumdan sonra	69	2,79	0,58		
Beslenme	Doğum öncesi	33	2,87	0,59	0,82	0,413
	Doğumdan sonra	69	2,77	0,58		
Kişilerarası Destek	Doğum öncesi	33	2,83	0,52	0,41	0,679
	Doğumdan sonra	69	2,78	0,60		
Stres Yönetimi	Doğum öncesi	33	2,81	0,51	0,05	0,959
	Doğumdan sonra	69	2,80	0,60		
<b>TOPLAM</b>	Doğum öncesi	33	2,84	0,47	0,63	0,529
	Doğumdan sonra	69	2,77	0,54		

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampütasyon zamanına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8’de sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının milli sporcu olma durumuna göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Milli Sporcu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Kendini Gerçekleştirme	Evet	31	2,72	0,55	-0,80	0,425
	Hayır	71	2,81	0,53		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	31	2,69	0,63	-0,99	0,324
	Hayır	71	2,81	0,50		
Egzersiz	Evet	31	2,69	0,59	-1,51	0,134
	Hayır	71	2,86	0,50		
Beslenme	Evet	31	2,69	0,67	-1,30	0,195
	Hayır	71	2,85	0,54		
Kişilerarası Destek	Evet	31	2,64	0,59	-1,78	0,079
	Hayır	71	2,86	0,55		
Stres Yönetimi	Evet	31	2,70	0,55	-1,28	0,202
	Hayır	71	2,85	0,57		
<b>TOPLAM</b>	Evet	31	2,69	0,57	-1,39	0,169
	Hayır	71	2,84	0,48		

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının milli sporcu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9’da sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampute bireylerin oynadığı takıma göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Oynadığı Takım	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Kendini Gerçekleştirme	TSK R.M.E.S.K.	16	2,95	0,58	6,31	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,24	0,36			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,99	0,50			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,69	0,61			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,88	0,51			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,90	0,28			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,05	0,27			
Sağlık Sorumluluğu	TSK R.M.E.S.K.	16	2,80	0,54	8,10	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,16	0,31			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,90	0,49			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,80	0,45			
	Şahinbey B.S.K.	14	3,04	0,62			
	Malatya B.B.S.K.	12	3,00	0,41			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,03	0,27			
Egzersiz	TSK R.M.E.S.K.	16	2,85	0,51	8,62	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,19	0,32			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	3,05	0,44			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,87	0,60			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,93	0,54			
	Malatya B.B.S.K.	12	3,01	0,32			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,07	0,24			
Beslenme	TSK R.M.E.S.K.	16	2,87	0,74	7,75	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,15	0,29			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	3,12	0,46			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,88	0,45			
	Şahinbey B.S.K.	14	3,01	0,65			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,94	0,36			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,95	0,25			
Kişilerarası Destek	TSK R.M.E.S.K.	16	2,91	0,66	9,97	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,09	0,29			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	3,09	0,42			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,90	0,50			
	Şahinbey B.S.K.	14	3,01	0,56			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,82	0,38			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,01	0,30			
Stres Yönetimi	TSK R.M.E.S.K.	16	2,91	0,63	6,21	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,23	0,33			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	3,08	0,36			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,85	0,75			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,96	0,63			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,82	0,29			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,05	0,26			
TOPLAM	TSK R.M.E.S.K.	16	2,88	0,57	9,39	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,18	0,29			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	3,04	0,39			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,83	0,51			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,97	0,55			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,91	0,25			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,03	0,20			

A=TSK R.M.E.S.K., B=Osmanlı E.S.K., C=İzmir B.B. Ampute F.S.K., D=Anadolu Erciyes E.S.K., E=Şahinbey B.S.K., F= Malatya B.B.S.K., G= Bursa Ampute S.K.



Kendini gerçekleştirme ( $F=6,31$ ;  $p<0,05$ ), sağlık sorumluluğu ( $F=8,10$ ;  $p<0,05$ ), egzersiz ( $F=8,62$ ;  $p<0,05$ ), beslenme ( $F=7,75$ ;  $p<0,05$ ), kişilerarası destek ( $F=9,97$ ;  $p<0,05$ ), stres yönetimi ( $F=6,21$ ;  $p<0,05$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi ölçek ( $F=9,39$ ;  $p<0,05$ ) puanlarının oynadığı takıma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre Osmanlı Engelliler Spor Kulübünde oynayan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek ve alt boyut puanları, diğer takımlarda oynayan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.9).

Tablo 4.10'da sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları ile ampute bireylerin boy ve kiloları arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Boy	Kilo
Kendini Gerçekleştirme	0,12	0,10
Sağlık Sorumluluğu	0,24*	0,28**
Egzersiz	0,11	0,18
Beslenme	0,11	0,23*
Kişilerarası Destek	0,12	0,25*
Stres Yönetimi	0,08	0,16
<b>SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI</b>	0,14	0,22*

\*  $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

Ampute bireylerin boyu ile sağlık sorumluluğu davranış puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki ( $r=0,24$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Ampute bireylerin boyu ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Ampute bireylerin kilosu ile sağlık sorumluluğu ( $r=0,28$ ;  $p<0,05$ ), beslenme ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ), kişilerarası destek ( $r=0,25$ ;  $p<0,05$ ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Ampute bireylerin kilosu ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi davranış puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

### 4.3. Yaşam Kalitesi Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Tablo 4.11’de yaşam kalitesi puanlarının ampute bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.11. Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	Ort.	SS	F	p
Genel Sağlık	20 yaş ve altı	14	12,32	4,10	0,87	0,487
	21-25 yaş	26	12,60	4,09		
	31-35 yaş	18	13,61	3,35		
	36 yaş üstü	20	11,63	4,08		
Fiziksel Sağlık	20 yaş ve altı	14	11,73	3,96	1,51	0,207
	21-25 yaş	26	11,51	3,71		
	31-35 yaş	18	13,65	3,00		
	36 yaş üstü	20	10,75	4,03		
Psikolojik Sağlık	20 yaş ve altı	14	12,44	4,22	1,36	0,253
	21-25 yaş	26	11,31	3,58		
	31-35 yaş	18	13,89	3,37		
	36 yaş üstü	20	11,63	4,25		
Sosyal İlişkiler	20 yaş ve altı	14	12,14	6,22	0,90	0,469
	21-25 yaş	26	11,79	5,27		
	31-35 yaş	18	13,89	4,54		
	36 yaş üstü	20	11,08	4,50		
Çevre	20 yaş ve altı	14	12,14	4,03	1,01	0,408
	21-25 yaş	26	11,58	4,24		
	31-35 yaş	18	13,27	2,58		
	36 yaş üstü	20	10,89	3,98		
TOPLAM	20 yaş ve altı	14	60,78	20,28	1,23	0,305
	21-25 yaş	26	58,80	18,88		
	31-35 yaş	18	68,31	14,20		
	36 yaş üstü	20	55,97	19,80		

A=20 yaş ve altı, B=21-25 yaş, D=31-35 yaş, E=36 yaş üstü

Yaşam kalitesi puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12’de yaşam kalitesi puanlarının ampute futbol oynama süresine göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.12. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampute Futbol Oynama				SS	F	p
	Süresi	n	Ort.				
Genel Sağlık	1-3 yıl	17	11,76	2,90	1,21	0,310	
	4-6 yıl	28	13,75	4,79			
	7-10 yıl	39	13,01	4,18			
	11 yıl ve üstü	18	11,81	4,09			
Fiziksel Sağlık	1-3 yıl	17	11,72	4,21	0,11	0,957	
	4-6 yıl	28	12,17	4,03			
	7-10 yıl	39	11,67	3,57			
	11 yıl ve üstü	18	11,98	3,90			
Psikolojik Sağlık	1-3 yıl	17	11,32	3,54	1,04	0,376	
	4-6 yıl	28	13,21	4,12			
	7-10 yıl	39	12,35	3,77			
	11 yıl ve üstü	18	11,62	4,22			
Sosyal İlişkiler	1-3 yıl	17	12,45	5,90	0,15	0,931	
	4-6 yıl	28	12,74	4,52			
	7-10 yıl	39	12,22	5,18			
	11 yıl ve üstü	18	11,76	4,63			
Çevre	1-3 yıl	17	12,12	4,24	0,24	0,866	
	4-6 yıl	28	12,32	3,95			
	7-10 yıl	39	11,81	3,64			
	11 yıl ve üstü	18	11,39	3,73			
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	17	59,39	18,91	0,41	0,748	
	4-6 yıl	28	64,19	19,54			
	7-10 yıl	39	61,06	18,11			
	11 yıl ve üstü	18	58,56	19,20			

A=1-3 yıl, B=4-6 yıl, C=7-10 yıl, D=11 yıl ve üstü

Yaşam kalitesi puanlarının ampute futbol oynama süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13'te yaşam kalitesi puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.13. Yaşam Kalitesi Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Aylık Gelir	n	Ort.	SS	F	p
Genel Sağlık	2000TL ve altı	40	12,13	3,69	2,27	0,108
	2001-3000TL	34	12,43	4,01		
	3000TL üstü	28	14,20	4,81		
Fiziksel Sağlık	2000TL ve altı	40	11,64	3,70	2,39	0,097
	2001-3000TL	34	11,09	3,04		
	3000TL üstü	28	13,14	4,56		
Psikolojik Sağlık	2000TL ve altı	40	11,88	3,70	0,44	0,648
	2001-3000TL	34	12,38	3,52		
	3000TL üstü	28	12,77	4,69		
Sosyal İlişkiler	2000TL ve altı	40	11,21	5,31	2,05	0,134
	2001-3000TL	34	12,55	4,17		
	3000TL üstü	28	13,63	5,19		
Çevre	2000TL ve altı	40	11,38	3,58	1,06	0,350
	2001-3000TL	34	11,91	3,44		
	3000TL üstü	28	12,74	4,46		
<b>TOPLAM</b>	2000TL ve altı	40	58,23	17,50	1,68	0,191
	2001-3000TL	34	60,36	15,83		
	3000TL üstü	28	66,47	22,63		

A=2000TL ve altı, B=2001-3000TL, C=3000TL üstü

Yaşam kalitesi puanlarının aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14'te yaşam kalitesi puanlarının amputasyon durumuna göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Durumu	n	Ort.	SS	F	p
Genel Sağlık	Sol kol	8	13,13	4,38	0,36	0,783
	Sağ kol	11	13,18	5,25		
	Sol bacak	39	12,24	3,43		
	Sağ bacak	44	13,13	4,55		
Fiziksel Sağlık	Sol kol	8	12,59	5,26	0,72	0,543
	Sağ kol	11	11,75	3,72		
	Sol bacak	39	11,21	3,39		
	Sağ bacak	44	12,35	3,94		
Psikolojik Sağlık	Sol kol	8	12,29	3,72	1,77	0,158
	Sağ kol	11	14,24	4,32		
	Sol bacak	39	11,37	3,82		
	Sağ bacak	44	12,61	3,84		
Sosyal İlişkiler	Sol kol	8	13,54	6,45	1,19	0,316
	Sağ kol	11	13,03	4,70		
	Sol bacak	39	11,15	4,73		
	Sağ bacak	44	12,95	4,94		
Çevre	Sol kol	8	13,06	5,00	2,01	0,118
	Sağ kol	11	12,68	4,36		
	Sol bacak	39	10,78	3,41		
	Sağ bacak	44	12,55	3,64		
<b>TOPLAM</b>	Sol kol	8	64,60	22,79	1,22	0,307
	Sağ kol	11	64,88	21,44		
	Sol bacak	39	56,76	16,39		
	Sağ bacak	44	63,60	18,97		

A=Sol kol, B=Sağ kol, C=Sol bacak, D=Sağ bacak

Yaşam kalitesi puanlarının ampütasyon durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15'te yaşam kalitesi puanlarının ampütasyon zamanına göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.15. Yaşam Kalitesi Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Zamanı	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Genel Sağlık	Doğum öncesi	33	12,65	4,84	-0,24	0,813
	Doğumdan sonra	69	12,86	3,87		
Fiziksel Sağlık	Doğum öncesi	33	12,51	4,05	1,18	0,242
	Doğumdan sonra	69	11,56	3,69		
Psikolojik Sağlık	Doğum öncesi	33	13,16	3,66	1,56	0,122
	Doğumdan sonra	69	11,87	3,99		
Sosyal İlişkiler	Doğum öncesi	33	13,84	4,42	2,17	<b>0,032</b>
	Doğumdan sonra	69	11,59	5,09		
Çevre	Doğum öncesi	33	12,79	4,06	1,60	0,112
	Doğumdan sonra	69	11,51	3,63		
<b>TOPLAM</b>	Doğum öncesi	33	64,95	18,66	1,41	0,161
	Doğumdan sonra	69	59,41	18,53		

Sosyal ilişkiler alt boyut puanlarının ampütasyon zamanına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $t=2,17$ ;  $p<0,05$ ). Doğum öncesi ampute olan bireylerin sosyal

ilişkiler puanları, doğumdan sonra ampute olan bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre boyutları ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının amputasyon zamanına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4.16'da yaşam kalitesi puanlarının milli sporcu olma durumuna göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.16. Yaşam Kalitesi Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Milli Sporcu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Genel Sağlık	Evet	31	12,66	3,82	-0,21	0,833
	Hayır	71	12,85	4,36		
Fiziksel Sağlık	Evet	31	11,54	3,99	-0,57	0,571
	Hayır	71	12,01	3,76		
Psikolojik Sağlık	Evet	31	11,42	4,26	-1,48	0,142
	Hayır	71	12,66	3,73		
Sosyal İlişkiler	Evet	31	11,29	5,07	-1,39	0,168
	Hayır	71	12,77	4,90		
Çevre	Evet	31	11,16	3,94	-1,35	0,182
	Hayır	71	12,26	3,72		
<b>TOPLAM</b>	Evet	31	58,08	19,74	-1,11	0,268
	Hayır	71	62,56	18,15		

Yaşam kalitesi puanlarının milli sporcu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.17'de yaşam kalitesi puanlarının ampute bireylerin oynadığı takıma göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.17. Yaşam Kalitesi Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Oynadığı Takım	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Genel Sağlık	TSK R.M.E.S.K.	16	14,22	2,54	12,15	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	8,00	2,38			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	13,50	3,87			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	13,46	2,61			
	Şahinbey B.S.K.	14	13,57	3,50			
	Malatya B.B.S.K.	12	11,88	4,66			
Bursa Ampute S.K.	12	17,29	3,10				
Fiziksel Sağlık	TSK R.M.E.S.K.	16	12,90	3,21	18,99	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	6,75	1,53			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	12,62	2,64			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	11,92	2,99			
	Şahinbey B.S.K.	14	13,42	3,35			
	Malatya B.B.S.K.	12	11,96	2,16			
Bursa Ampute S.K.	12	16,13	2,46				
Psikolojik Sağlık	TSK R.M.E.S.K.	16	13,96	2,64	24,39	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	6,33	1,19			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	13,06	3,36			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	13,27	2,37			
	Şahinbey B.S.K.	14	13,51	3,27			
	Malatya B.B.S.K.	12	13,19	1,94			
Bursa Ampute S.K.	12	15,63	2,57				
Sosyal İlişkiler	TSK R.M.E.S.K.	16	14,48	4,86	18,84	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	5,17	1,79			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	13,67	4,64			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	13,97	3,08			
	Şahinbey B.S.K.	14	14,40	3,85			
	Malatya B.B.S.K.	12	12,08	2,67			
Bursa Ampute S.K.	12	15,69	1,94				
Çevre	TSK R.M.E.S.K.	16	13,06	3,82	18,27	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	6,67	1,46			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	12,81	2,77			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	13,03	2,28			
	Şahinbey B.S.K.	14	12,94	3,19			
	Malatya B.B.S.K.	12	11,99	1,92			
Bursa Ampute S.K.	12	15,65	2,64				
TOPLAM	TSK R.M.E.S.K.	16	68,61	14,51	12,15	0,000	A,C,D,E,F>B G>A,B,C,D,E,F
	Osmanlı E.S.K.	20	32,92	5,67			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	65,66	14,24			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	65,66	10,33			
	Şahinbey B.S.K.	14	67,84	14,52			
	Malatya B.B.S.K.	12	61,11	9,74			
Bursa Ampute S.K.	12	80,39	9,74				

A=TSK R.M.E.S.K., B=Osmanlı E.S.K., C=İzmir B.B. Ampute F.S.K., D=Anadolu Erciyes E.S.K., E=Şahinbey B.S.K., F=Malatya B.B.S.K., G=Bursa Ampute S.K.

Genel sağlık (F=12,15; p<0,05), fiziksel sağlık (F=18,99; p<0,05), psikolojik sağlık (F=24,39; p<0,05), sosyal ilişkiler (F=18,84; p<0,05), çere (F=18,27; p<0,05) ve yaşam kalitesi ölçek (F=12,15; p<0,05) puanlarının oynadığı takıma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 4.17);

- Osmanlı Engelliler Spor Kulübünde oynayan ampute bireylerin yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanları, diğer takımlarda oynayan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.17).

- Bursa Ampute Spor Kulübünde oynayan ampute bireylerin yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanları, diğer takımlarda oynayan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.17).

Tablo 4.18’de yaşam kalitesi puanları ile ampute bireylerin boy ve kiloları arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.18. Yaşam Kalitesi Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

	<b>Boy</b>	<b>Kilo</b>
Genel Sağlık	0,12	0,05
Fiziksel Sağlık	0,02	0,06
Psikolojik Sağlık	0,02	0,05
Sosyal İlişkiler	0,06	0,15
Çevre	0,04	0,10
<b>YAŞAM KALİTESİ</b>	0,06	0,10

\* p<0,05 \*\*p<0,01

Ampute bireylerin boyu ve kilosu ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı (p>0,05) tespit edilmiştir (Tablo 4.18).

#### **4.4. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına Ait Bulgular**

Tablo 4.19’da sağlıklı boş zaman engelleri puanlarının ampute bireylerin yaş gruplarına göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.



**Tablo 4.19. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş Grupları	n	Ort.	SS	F	p
Birey Psikolojisi	20 yaş ve altı	14	2,45	0,58	1,00	0,409
	21-25 yaş	26	2,35	0,85		
	26-30 yaş	24	2,63	0,85		
	31-35 yaş	18	2,76	0,95		
	36 yaş üstü	20	2,37	0,66		
Bilgi Eksikliği	20 yaş ve altı	14	2,62	0,60	0,39	0,818
	21-25 yaş	26	2,72	1,07		
	26-30 yaş	24	2,67	0,80		
	31-35 yaş	18	2,89	0,80		
	36 yaş üstü	20	2,88	0,80		
Tesis Yetersizliği	20 yaş ve altı	14	2,24	0,89	1,94	0,110
	21-25 yaş	26	2,92	1,09		
	26-30 yaş	24	2,69	0,88		
	31-35 yaş	18	3,06	0,79		
	36 yaş üstü	20	2,83	0,71		
Arkadaş Eksikliği	20 yaş ve altı	14	2,48	0,86	0,72	0,583
	21-25 yaş	26	2,86	0,78		
	26-30 yaş	24	2,76	0,90		
	31-35 yaş	18	2,70	0,74		
	36 yaş üstü	20	2,57	0,66		
Zaman Yetersizliği	20 yaş ve altı	14	2,19	0,57	2,03	0,096
	21-25 yaş	26	2,77	0,79		
	26-30 yaş	24	2,54	0,74		
	31-35 yaş	18	2,83	0,84		
	36 yaş üstü	20	2,78	0,73		
İlgisizlik	20 yaş ve altı	14	2,24	0,74	0,85	0,499
	21-25 yaş	26	2,59	0,74		
	26-30 yaş	24	2,51	0,62		
	31-35 yaş	18	2,65	0,79		
	36 yaş üstü	20	2,42	0,67		
<b>TOPLAM</b>	20 yaş ve altı	14	2,37	0,43	1,27	0,286
	21-25 yaş	26	2,70	0,68		
	26-30 yaş	24	2,63	0,62		
	31-35 yaş	18	2,81	0,45		
	36 yaş üstü	20	2,64	0,54		

A=20 yaş ve altı, B=21-25 yaş, C=26-30 yaş, D=31-35 yaş, E=36 yaş üstü

Boş zaman engelleri puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.20'de sağlıklı boş zaman engelleri puanlarının ampute futbol oynama süresine göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.20. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampute Futbol Oynama Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampute Futbol Oynama Süresi	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Birey Psikolojisi	1-3 yıl	17	2,20	0,69	1,07	0,366	
	4-6 yıl	28	2,61	0,90			
	7-10 yıl	39	2,52	0,78			
	11 yıl ve üstü	18	2,59	0,79			
Bilgi Eksikliği	1-3 yıl	17	2,37	0,86	1,73	0,167	
	4-6 yıl	28	2,94	0,74			
	7-10 yıl	39	2,81	0,83			
	11 yıl ve üstü	18	2,70	0,97			
Tesis Yetersizliği	1-3 yıl	17	2,61	1,07	0,25	0,860	
	4-6 yıl	28	2,82	0,98			
	7-10 yıl	39	2,83	0,84			
	11 yıl ve üstü	18	2,78	0,86			
Arkadaş Eksikliği	1-3 yıl	17	2,63	0,84	1,35	0,262	
	4-6 yıl	28	2,95	0,87			
	7-10 yıl	39	2,58	0,69			
	11 yıl ve üstü	18	2,63	0,79			
Zaman Yetersizliği	1-3 yıl	17	2,51	0,59	1,13	0,340	
	4-6 yıl	28	2,49	0,96			
	7-10 yıl	39	2,79	0,64			
	11 yıl ve üstü	18	2,72	0,82			
İlgisizlik	1-3 yıl	17	2,25	0,66	2,79	<b>0,044</b>	<b>C,D&gt;A,B</b>
	4-6 yıl	28	2,30	0,82			
	7-10 yıl	39	2,64	0,54			
	11 yıl ve üstü	18	2,74	0,79			
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	17	2,43	0,60	1,00	0,398	
	4-6 yıl	28	2,68	0,54			
	7-10 yıl	39	2,70	0,51			
	11 yıl ve üstü	18	2,69	0,73			

A=1-3 yıl, B=4-6 yıl, C=7-10 yıl, D=11 yıl ve üstü

İlgisizlik alt boyut puanlarının ampute futbol oynama süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (F=2,79; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre ampute futbol oynama süresi 7-10 yıl ve 11 yıl ve üstü olan ampute bireylerin ilgisizlik engel puanları, ampute futbol oynama süresi 11 yıl ve üstü olan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.20).

Birey psikolojisi, bilgi eksikliği, tesis yetersizliği, arkadaş eksikliği zaman yetersizliği ve boş zaman engelleri ölçek puanlarının ampute futbol oynama süresine göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05) tespit edilmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.21’de sağlıklı boş zaman engelleri puanlarının aylık gelire göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.21. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Aylık Gelire Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Aylık Gelir	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Birey Psikolojisi	2000TL ve altı	40	2,44	0,75	0,37	0,694	
	2001-3000TL	34	2,60	0,72			
	3000TL üstü	28	2,48	0,97			
Bilgi Eksikliği	2000TL ve altı	40	2,60	0,96	1,23	0,298	
	2001-3000TL	34	2,90	0,71			
	3000TL üstü	28	2,80	0,82			
Tesis Yetersizliği	2000TL ve altı	40	2,55	0,96	3,34	<b>0,039</b>	<b>C&gt;A</b>
	2001-3000TL	34	2,77	0,84			
	3000TL üstü	28	3,12	0,85			
Arkadaş Eksikliği	2000TL ve altı	40	2,49	0,78	2,38	0,098	
	2001-3000TL	34	2,80	0,75			
	3000TL üstü	28	2,87	0,81			
Zaman Yetersizliği	2000TL ve altı	40	2,48	0,71	1,63	0,201	
	2001-3000TL	34	2,78	0,74			
	3000TL üstü	28	2,73	0,85			
İlgisizlik	2000TL ve altı	40	2,44	0,70	0,23	0,795	
	2001-3000TL	34	2,55	0,61			
	3000TL üstü	28	2,52	0,83			
<b>TOPLAM</b>	2000TL ve altı	40	2,50	0,56	2,20	0,117	
	2001-3000TL	34	2,74	0,47			
	3000TL üstü	28	2,75	0,68			

A=2000TL ve altı, B=2001-3000TL, C=3000TL üstü

Tesis yetersizliği alt boyut puanlarının aylık gelire göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (F=3,34; p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre aylık geliri 3001TL üstü olan ampute bireylerin tesis yetersizliği engel puanları, aylık geliri 2000TL ve altı olan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.21).

Birey psikolojisi, bilgi eksikliği, arkadaş eksikliği, zaman yetersizliği, ilgisizlik ve boş zaman engelleri ölçek puanlarının aylık gelire göre anlamlı farklılık göstermediği (p>0,05) tespit edilmiştir (Tablo 4.21).

Tablo 4.22’de sağlıklı boş zaman engelleri puanlarının ampütasyon durumuna göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.22. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampütasyon Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Durumu	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Birey Psikolojisi	1-3 yıl	8	2,58	0,83	0,07	0,977	
	4-6 yıl	11	2,58	0,99			
	7-10 yıl	39	2,49	0,77			
	11 yıl ve üstü	44	2,48	0,80			
Bilgi Eksikliği	1-3 yıl	8	3,00	1,10	0,86	0,466	
	4-6 yıl	11	2,55	0,93			
	7-10 yıl	39	2,65	0,90			
	11 yıl ve üstü	44	2,86	0,72			
Tesis Yetersizliği	1-3 yıl	8	2,79	1,07	0,25	0,863	
	4-6 yıl	11	2,82	0,87			
	7-10 yıl	39	2,68	0,96			
	11 yıl ve üstü	44	2,86	0,88			
Arkadaş Eksikliği	1-3 yıl	8	2,71	0,81	0,48	0,697	
	4-6 yıl	11	2,64	0,77			
	7-10 yıl	39	2,60	0,79			
	11 yıl ve üstü	44	2,80	0,81			
Zaman Yetersizliği	1-3 yıl	8	2,79	0,73	0,40	0,753	
	4-6 yıl	11	2,82	0,83			
	7-10 yıl	39	2,66	0,74			
	11 yıl ve üstü	44	2,58	0,80			
İlgisizlik	1-3 yıl	8	2,42	1,02	0,51	0,674	
	4-6 yıl	11	2,33	0,88			
	7-10 yıl	39	2,46	0,59			
	11 yıl ve üstü	44	2,59	0,71			
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	8	2,72	0,81	0,27	0,849	
	4-6 yıl	11	2,62	0,53			
	7-10 yıl	39	2,59	0,60			
	11 yıl ve üstü	44	2,69	0,53			

A=1-3 yıl, B=4-6 yıl, C=7-10 yıl, D=11 yıl ve üstü

Boş zaman engelleri puanlarının ampütasyon durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.23'te boş zaman engelleri puanlarının ampütasyon zamanına göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.23. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Ampütasyon Zamanına Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Ampütasyon Zamanı	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Birey Psikolojisi	Doğum öncesi	33	2,71	0,75	1,79	0,076
	Doğumdan sonra	69	2,41	0,81		
Bilgi Eksikliği	Doğum öncesi	33	2,89	0,85	1,11	0,270
	Doğumdan sonra	69	2,69	0,84		
Tesis Yetersizliği	Doğum öncesi	33	2,67	1,07	-0,87	0,385
	Doğumdan sonra	69	2,84	0,83		
Arkadaş Eksikliği	Doğum öncesi	33	2,62	0,86	-0,73	0,465
	Doğumdan sonra	69	2,74	0,76		
Zaman Yetersizliği	Doğum öncesi	33	2,62	0,85	-0,31	0,757
	Doğumdan sonra	69	2,67	0,73		
İlgisizlik	Doğum öncesi	33	2,52	0,83	0,15	0,882
	Doğumdan sonra	69	2,49	0,65		
<b>TOPLAM</b>	Doğum öncesi	33	2,67	0,61	0,24	0,808
	Doğumdan sonra	69	2,64	0,56		

Boş zaman engelleri puanlarının ampütasyon zamanına göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.24'te boş zaman engelleri puanlarının milli sporcu olma durumuna göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.24. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Milli Sporcu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Milli Sporcu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Birey Psikolojisi	Evet	31	2,56	0,80	0,46	0,645
	Hayır	71	2,48	0,81		
Bilgi Eksikliği	Evet	31	2,78	0,80	0,24	0,814
	Hayır	71	2,74	0,87		
Tesis Yetersizliği	Evet	31	2,90	0,92	0,89	0,375
	Hayır	71	2,73	0,91		
Arkadaş Eksikliği	Evet	31	2,69	0,72	-0,09	0,925
	Hayır	71	2,70	0,82		
Zaman Yetersizliği	Evet	31	2,82	0,70	1,46	0,147
	Hayır	71	2,58	0,79		
İlgisizlik	Evet	31	2,63	0,68	1,27	0,207
	Hayır	71	2,44	0,72		
<b>TOPLAM</b>	Evet	31	2,73	0,63	0,96	0,338
	Hayır	71	2,61	0,55		

Boş zaman engelleri puanlarının milli sporcu olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.24).

Tablo 4.25'te boş zaman engelleri puanlarının ampute bireylerin oynadığı takıma göre karşılaştırılmasına ait ANOVA testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.25. Boş Zaman Engelleri Puanlarının Oynadığı Takıma Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Oynadığı Takım	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı Fark
Birey Psikolojisi	TSK R.M.E.S.K.	16	2,85	0,69	27,98	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	1,87	0,61			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,69	0,77			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,49	0,73			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,93	0,59			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,69	0,36			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,19	1,19			
Bilgi Eksikliği	TSK R.M.E.S.K.	16	2,83	0,75	4,63	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,10	0,85			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,84	1,02			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	3,18	0,54			
	Şahinbey B.S.K.	14	3,21	0,52			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,89	0,72			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,50	0,83			
Tesis Yetersizliği	TSK R.M.E.S.K.	16	2,83	1,01	4,18	0,001	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,00	0,68			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,73	1,00			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	3,13	0,37			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,90	0,76			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,92	0,90			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,42	0,90			
Arkadaş Eksikliği	TSK R.M.E.S.K.	16	2,69	0,79	4,64	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,05	0,63			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,93	0,47			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,92	0,39			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,76	0,78			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,50	0,75			
	Bursa Ampute S.K.	12	3,39	1,00			
Zaman Yetersizliği	TSK R.M.E.S.K.	16	2,88	0,77	5,43	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,05	0,70			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,93	0,47			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	3,03	0,44			
	Şahinbey B.S.K.	14	3,00	0,55			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,39	0,81			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,44	0,96			
İlgisizlik	TSK R.M.E.S.K.	16	2,63	0,65	4,95	0,000	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,03	0,62			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,60	0,59			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,54	0,66			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,95	0,77			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,78	0,59			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,14	0,67			
TOPLAM	TSK R.M.E.S.K.	16	2,78	0,53	3,96	0,001	A,C,D,E,F,G>B
	Osmanlı E.S.K.	20	2,02	0,62			
	İzmir B.B. Ampute F.S.K.	15	2,79	0,46			
	Anadolu Erciyes E.S.K.	13	2,88	0,31			
	Şahinbey B.S.K.	14	2,96	0,56			
	Malatya B.B.S.K.	12	2,69	0,31			
	Bursa Ampute S.K.	12	2,68	0,43			

A=TSK R.M.E.S.K., B=Osmanlı E.S.K., C=İzmir B.B. Ampute F.S.K., D=Anadolu Erciyes E.S.K., E=Şahinbey B.S.K., F=Malatya B.B.S.K., G=Bursa Ampute S.K.

Birey psikolojisi (F=27,98; p<0,05), bilgi eksikliği (F=4,63; p<0,05), tesis yetersizliği (F=4,18; p<0,05), arkadaş eksikliği (F=4,64; p<0,05), zaman yetersizliği (F=5,43; p<0,05), ilgisizlik (F=4,95; p<0,05) ve boş zaman engelleri ölçek (F=3,96; p<0,05)

puanlarının oynadığı takıma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre (Tablo 4.25);

- Osmanlı Engelliler Spor Kulübünde oynayan ampute bireylerin boş zaman engelleri ölçek ve alt boyut puanları, diğer takımlarda oynayan ampute bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.25).

Tablo 4.26'da boş zaman engelleri puanları ile ampute bireylerin boy ve kiloları arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.26. Boş Zaman Engelleri Puanları ile Boy ve Kilo Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

	<b>Boy</b>	<b>Kilo</b>
Birey Psikolojisi	-0,01	0,00
Bilgi Eksikliği	-0,03	0,10
Tesis Yetersizliği	0,15	0,12
Arkadaş Eksikliği	0,15	0,15
Zaman Yetersizliği	0,14	0,23*
İlgisizlik	0,06	0,09
<b>TOPLAM</b>	0,11	0,16

\* p<0,05 \*\*p<0,01

Ampute bireylerin boyu ile boş zaman engelleri puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.26).

Ampute bireylerin kilosu ile zaman yetersizliği engeli puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.26).

Ampute bireylerin kilosu ile birey psikolojisi, bilgi eksikliği, tesis yetersizliği, zaman yetersizliği, ilgisizlik ve boş zaman engelleri ölçek puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.26).

#### **4.5. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular**

Tablo 4.27'de ölçek puanları arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.27. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları**

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1-Kendini Gerçekleştirme	0,85 **	0,87 **	0,80 **	0,81 **	0,83 **	0,93 **	0,45 **	0,63 **	0,57 **	0,62 **	0,63 **	0,64 **	0,44 **	0,35 **	0,40 **	0,32 **	0,35 **	0,30 **	0,51 **
2-Sağlık Sorumluluğu	1	0,87 **	0,86 **	0,83 **	0,82 **	0,94 **	0,51 **	0,64 **	0,62 **	0,67 **	0,66 **	0,69 **	0,32 **	0,36 **	0,45 **	0,29 **	0,34 **	0,33 **	0,49 **
3-Egzersiz		1	0,75 **	0,79 **	0,84 **	0,92 **	0,46 **	0,60 **	0,56 **	0,63 **	0,63 **	0,64 **	0,29 **	0,30 **	0,37 **	0,35 **	0,29 **	0,31 **	0,45 **
4-Beslenme			1	0,85 **	0,78 **	0,91 **	0,53 **	0,67 **	0,62 **	0,66 **	0,68 **	0,70 **	0,37 **	0,35 **	0,36 **	0,23 **	0,35 **	0,27 **	0,45 **
5-Kişilerarası Destek				1	0,84 **	0,92 **	0,54 **	0,66 **	0,60 **	0,65 **	0,67 **	0,69 **	0,36 **	0,37 **	0,40 **	0,37 **	0,42 **	0,36 **	0,53 **
6-Stres Yönetimi					1	0,92 **	0,45 **	0,63 **	0,53 **	0,61 **	0,61 **	0,63 **	0,30 **	0,32 **	0,40 **	0,37 **	0,38 **	0,32 **	0,49 **
<b>7-SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ LARI</b>						1	0,53 **	0,69 **	0,63 **	0,69 **	0,70 **	0,72 **	0,37 **	0,37 **	0,43 **	0,35 **	0,38 **	0,34 **	0,53 **
8-Genel Sağlık							1	0,71 **	0,74 **	0,64 **	0,76 **	0,85 **	0,20 **	0,27 **	0,46 **	0,37 **	0,27 **	0,08 **	0,39 **
9-Fiziksel Sağlık								1	0,77 **	0,75 **	0,85 **	0,90 **	0,31 **	0,34 **	0,45 **	0,34 **	0,37 **	0,18 **	0,47 **
10-Psikolojik Sağlık									1	0,80 **	0,85 **	0,92 **	0,40 **	0,43 **	0,45 **	0,31 **	0,36 **	0,16 **	0,50 **
11-Sosyal İlişkiler										1	0,84 **	0,90 **	0,36 **	0,38 **	0,47 **	0,34 **	0,39 **	0,20 **	0,51 **
12-Çevre											1	0,95 **	0,32 **	0,34 **	0,48 **	0,41 **	0,43 **	0,23 **	0,52 **
<b>13-YAŞAM KALİTESİ</b>												1	0,35 **	0,39 **	0,51 **	0,39 **	0,40 **	0,19 **	0,53 **
14-Birey Psikolojisi													1	0,55 **	0,19 **	0,13 **	0,34 **	0,27 **	0,58 **
15-Bilgi Eksikliği														1	0,50 **	0,30 **	0,32 **	0,34 **	0,71 **
16-Tesis Yetersizliği															1	0,70 **	0,58 **	0,43 **	0,81 **
17-Arkadaş Eksikliği																1	0,55 **	0,42 **	0,73 **
18-Zaman Yetersizliği																	1	0,55 **	0,77 **
19-İlgisizlik																		1	0,68 **
<b>20-BOŞ ZAMAN ENGELLERİ</b>																			1

\* p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01



Kendini gerçekleştirme davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,57$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,62$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,64$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Kendini gerçekleştirme davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Sağlık sorumluluğu davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,64$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,62$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,67$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,66$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Sağlık sorumluluğu davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Egzersiz davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,60$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,64$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Egzersiz davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Beslenme davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,67$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,62$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,66$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,68$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,70$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Beslenme davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Kişilerarası destek davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,54$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,66$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,60$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,65$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,67$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Kişilerarası destek davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Stres yönetimi davranış puanları ile genel sağlık ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,61$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,61$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Kendini gerçekleştirme davranışı yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ile genel sağlık ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ), fiziksel sağlık ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ), psikolojik sağlık ( $r=0,63$ ;  $p<0,05$ ), sosyal ilişkiler ( $r=0,69$ ;  $p<0,05$ ), çevre ( $r=0,70$ ;  $p<0,05$ ) ve yaşam kalitesi toplam ( $r=0,72$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek düzeyde olan ampute bireylerin yaşam kalitesi de yüksektir.

Kendini gerçekleştirme davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Kendini gerçekleştirme davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Sağlık sorumluluğu davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,33$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,49$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Sağlık sorumluluğu davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Egzersiz davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,29$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Egzersiz davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Beslenme davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Beslenme davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Kişilerarası destek davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,37$ ;

$p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Kişilerarası destek davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Stres yönetimi davranış puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,49$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Stres yönetimi davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Stres yönetimi davranışını yüksek düzeyde sergileyen ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Genel sağlık puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,46$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Genel sağlık algısı yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Fiziksel sağlık puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,37$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Fiziksel sağlık algısı yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Psikolojik sağlık puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,50$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Psikolojik sağlık algısı

yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Sosyal ilişkiler puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Sosyal ilişkiler algısı yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Çevre puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,48$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,41$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ), ilgisizlik ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Çevre algısı yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

Yaşam kalitesi puanları ile birey psikolojisi ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ), bilgi eksikliği ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), tesis yetersizliği ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ), arkadaş eksikliği ( $r=0,39$ ;  $p<0,05$ ), zaman yetersizliği ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ) ve boş zaman engelleri ölçek ( $r=0,53$ ;  $p<0,05$ ) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.27). Yaşam kalitesi algısı yüksek düzeyde olumlu olan ampute bireylerin boş zaman engellerine verdiği önem de yüksektir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya katılan spor eğitimi almış ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sık sık (yüksek) yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kayapınar (2012), Balıkcı (2017), Söyleyici ve Zorba (2017), Şahin (2018) çalışmalarında fiziksel aktivitede bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek düzeyde olduğu bulgularını elde etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup sporla ilgilenen ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon zamanı, milli sporcu olma durumu ile ilişkili olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Koçoğlu (2006) çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Kayapınar (2012) spor yapan bireylerin spor yapma süreleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçlarını elde etmişlerdir. Şahin (2018) kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu davranışlarının aylık gelir ile ilişkili olmadığı sonuçlarını elde etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon zamanı ve milli sporcu olma durumu ile ilişkili olmadığı söylenebilir (Tablo 4.4), (Tablo 4.5), (Tablo 4.7), (Tablo 4.8).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu, egzersiz, davranışlarına ait puanların yaş ile ilişkili olduğu; 21-25 ve 26-30 yaş grubu ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının 31-35 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; beslenme ve stres yönetimi davranışlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.3). Kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek davranışlarına puanların ampütasyon durumu ile ilişkili olduğu; diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ampütasyon durumu ile ilişkili olmadığı sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.6). Koçoğlu (2006), Şahin (2018) çalışmalarında fiziksel aktivitede bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş ile ilişkili olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki

çalışmalar benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş ile ilişkili olduğu söylenebilir (Tablo 4.3).

Ampute bireylerin boyu ile sağlık sorumluluğu davranış puanları arasında; kilosu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.10). Uz (2011), Kayapınar (2012), Şahin (2018) çalışmalarında spor yapan (fiziksel aktivitede bulunan) bireylerin boy ve kilosu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında kısmen ilişki olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar paralellik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon zamanı ve milli sporcu olma durumu ile ilişkili olmadığı söylenebilir (Tablo 4.4), (Tablo 4.5), (Tablo 4.7), (Tablo 4.8).

Araştırmaya katılan spor eğitimi almış ampute bireylerin yaşam kalitesi ve egzersiz, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler puanlarının “oldukça iyi” düzeyinde; fiziksel sağlık ve çevre puanlarının “orta” düzeyde olduğu sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.2). Güçhan (2013), Şentürk (2017) çalışmalarında futbol oynayan ampute bireylerin, Balıkçı (2017), Adıgüzel (2017), Ayhan (2017) çalışmalarında fiziksel aktivitede bulunan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Korkmaz (2015), Yiğit (2018), Kar (2018) çalışmasında spor yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitesini düşük düzeyde; erkek ampute bireylerin yaşam kalitesinin orta-yüksek düzeyde olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Baş (2018), Akyürek ve Bumin (2013) çalışmalarında spor yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitesini orta/yüksek düzeyde olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup yaşam kalitesinin ampute sporcular başta olmak üzere spor yapan bireylerde yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 4.17).

Yaşam kalitesi puanlarının, yaş, boy, kilo, ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon durumu, milli sporcu olma durumu ile ilişkili olmadığı sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.11), (Tablo 4.12), (Tablo 4.13), (Tablo 4.14), (Tablo 4.16). Adıgüzel (2017) çalışmasında yaşam kalitesi ile gelir düzeyi, yaş, kilo, boy arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçlarını elde etmiştir. Koçoğlu (2006), Yiğit (2018), Arı (2017) çalışmalarında yaşam kalitesi ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçlarını elde etmişlerdir. Baş (2018), Kar (2018), Şentürk (2017) çalışmalarında ampute bireylerin yaşam kalitesi ile yaş, boy, kilo, ampütasyon durumu ve ampütasyon zamanı arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçlarını elde

etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin yaşam kalitesinin yaş, boy, kilo, ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon durumu ve milli sporcu olma durumuyla ilişkili olmadığı söylenebilir.

Sosyal ilişkiler alt boyut puanlarının ampütasyon zamanına göre anlamlı farklılık gösterdiği; doğum öncesi ampute olan bireylerin sosyal ilişkiler puanlarının, doğumdan sonra ampute olan bireylerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonuçları elde edilmiştir. Genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, çevre boyutları ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının ampütasyon zamanına göre anlamlı farklılık göstermediği sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.15). Adıgüzel (2017) çalışmasında yaşam kalitesi ile osteoartrite bağlı bedensel engelin hastalık süresi arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar kısmen benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin doğumdan önce ampute olmalarının sosyal ilişkilerini geliştirmeye yardımcı olduğu, ampütasyonun yakın zamanda olması durumunda sosyal ilişkilerin zarar gördüğü ve sosyal ilişkilere dayalı yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Araştırmaya katılan spor eğitimi almış ampute bireylerin boş zaman engellerini önemli düzeyde gördükleri; tesis yetersizliği, bilgi eksikliği, arkadaş eksikliği ve zaman yetersizliğini en önemli boş zaman engelleri olarak gördükleri; birey psikolojisi ve ilgisizlik engellerini ne önemli, önemli değil düzeyinde gördükleri sonuçları elde edilmiştir. Emir (2012) çalışmasında en önemli boş zaman engelinin tesis yetersizliği, zaman yetersizliği ve bilgi eksikliği olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Akyürek ve Bumin (2013) çalışmalarında ampute bireylerin boş zaman çevresel engellerini önemli gördükleri bulgularını elde etmişlerdir. Şentürk (2017), Kaya (2016) spor yapan ampute bireylerin boş zaman engellerini önemli gördükleri bulgularını elde etmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin boş zaman engellerini önemli gördükleri; bireysel psikolojileri ve ilgisizliklerinin boş zaman engelleri açısından önemli olmadığı söylenebilir (Tablo 4.2).

Boş zaman engelleri puanları ile yaş grupların, ampütasyon durumu, ampütasyon zamanı, milli sporcu olma durumu ve boy arasında anlamlı ilişki olmadığı; kilosu ile zaman yetersizliği haricinde anlamlı ilişki olmadığı sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.19), (Tablo 4.22), (Tablo 4.23), (Tablo 4.24), (Tablo 4.26). Şentürk (2017) spor yapan ampute bireylerin,

Kaya (2016) bedensel engelli bireylerin boş zaman engellerine verdikleri önemin yaş ile ilişkili olmadığı bulgularını elde etmiştir. Adıgüzel (2017), Sevil (2015), Önal (2017), Akyüz (2016), Sabancı (2016) çalışmalarında boş zaman engellerine ilişkin değerlendirmeleri ile boy, kilo, yaş arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçlarını elde etmiştir. İlgisizlik boş zaman engeli ile ampute futbol oynama süresi arasında; tesis yetersizliği ile aylık gelir arasında anlamlı farklılık olduğu; birey psikolojisi, bilgi eksikliği, arkadaş eksikliği zaman yetersizliği ve boş zaman engelleri ile ampute futbol oynama süresi ve aylık gelir arasında anlamlı ilişki olmadığı sonuçları elde edilmiştir (Tablo 4.20), (Tablo 4.21). Sevil (2015), Arı (2017), Özkan (2018), Önal (2018), Kaya (2018), Akyüz (2016) boş zaman engellerinin aylık gelir ile kısmen ilişkili olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Sabancı (2016) çalışmasında tesis yetersizliğine ilişkin boş zaman engelinin gelir düzeyi ile ilişkili olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup spor yapan ampute bireylerin boş zaman engellerine ilişkin algısının yaş, boy, kilo, ampute futbol oynama süresi, aylık gelir, ampütasyon durumu, ampütasyon zamanı ve milli sporcu olma durumuyla ilişkili olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan spor eğitimi almış ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve boş zaman engelleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu sonuçları elde edilmiştir. Balıkçı (2017) çalışmalarında spor yapan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir. Akyürek ve Bumin (2013) çalışmasında ampute bireylerin yaşam kalitesi ile boş zaman değerlendirmeleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir. Arı (2017), Sevil (2015) çalışmalarında yaşam kalitesi ile boş zaman değerlendirme tutumları arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarını elde etmiştir. Ayhan (2017) çalışmasında spor yapan bireylerin yaşam kalitesi ile boş zaman engellerin ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı ilişki olduğu sonuçlarını elde etmişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki çalışmalar benzerlik göstermekte olup boş zaman faaliyetlerine katılım engelleri arttıkça yaşam kalitesi düzeyleri azalmıştır ve spor yapan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve boş zaman engellerine ilişkin algıları arasında anlamlı ilişki olduğu söylenebilir (Tablo 4.27). Spor eğitimi almış ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri paralel bir şekilde artmaktadır, sonuçları elde edilmiştir.



## 5.1. Öneriler

Spor eğitimi alan ampute bireylerin sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve boş zaman engel düzeyleri arasındaki ilişki ve demografik değişkenlere göre karşılaştırmaların incelendiği çalışmanın bu bölümünde elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdaki öneriler uygun görülmüştür:

- En önemli boş zaman engelinin tesis yetersizliği olduğundan hareketle yerel yönetimlerin spor tesislerini artırması ve engelli bireylere uygun düzenlenmesi,

- Boş zaman engellerine ilişkin algının gelir düzeyi ile ilişkili olduğu bulgusu ışığında engelli bireyler başta olmak üzere herkesin kolayca erişebileceği, yeterli donanıma sahip tesislerin yaygınlaştırılması,

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi amacıyla bireylerin spora teşvik edilmesi, her türlü medya organı ile gerekli bilgilendirmenin yapılması,

- Ampütasyon durumunun trafik kazaları başta olmak üzere herhangi bir kaza, terör eylemi veya hastalık nedeniyle her insanın başına gelebileceği düşünüldüğünde, ampute olan bireylerin toplumdaki sosyal ilişkilerinin bozulmaması; daha iyi sosyal ilişkilerin geliştirilebilmesi adına rehabilitasyon faaliyetlerinin yaygınlaştırılması önerileri uygun görülmüştür.

## KAYNAKÇA

- Adıgüzel, L. (2017). *Diz osteoartritli bireylerde fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to action: A theory of planned behaviour*. In Action-control: From cognition to behaviour, (Eds. J. Kuhl & J. Beckmann), 11-39, Heidelberg: Springer.
- Akal-Değirmenci, Ç. (2005). *Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenlerin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 43-44.
- Akesen, A. (1984). Açık Hava Rekreasyonunda Bazı Temel Kavramlar ve Özellikleri. *İ.Ü. Orman Fakültesi Dergisi*, İstanbul.
- Akvardar Y, Akdede B, Özerdem A, Eser E, Topkaya Ş, Alptekin AK (2006). *Assesment of qualityof life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60: 693-699.
- Akyürek, G. ve Bumin, G. (2013). Alt ekstremitte ampute ve polio myelit sekelli kişilerin toplumsal katılım, yaşam kalitesi ve çevre ile ilgili algılarının karşılaştırılması. *Uluslararası Katılımlı Egoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi*, 30 Mayıs-1 Haziran 2013, Ankara, 149-150.
- Akyüz, F. (2016). *Halkın boş zaman etkinliklerine katılmalarına engel olan faktörlerin belirlenmesi (Erzurum ili örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Ağrı.
- Ali Çaka İlkurşun (2014) *Sporun Engelliler Üzerindeki Yararları*.
- Alpar R., Ersoy G., Karagül A. (1994), *Yüzücü beslenmesi el kitabı*, Ankara.
- American Association for Physical Activity and Recreation (AAPAR), Task force on leisure education in schools. (2011). *Leisure education in the schools: Promoting healthy lifestyles for all children and youth*.
- Argyle, M. (1996). *The Social Psychology of Leisure*. London, UK: Penguin Books.
- Arı, Ç. (2017). *Pedagojik formasyonda kayıtlı öğretmen adaylarının boş zaman yönetimleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Austin, D. R. (2004). *Therapeutic Recreation*. 5. baskı. Illinois: Sagamore Publishing.

- Ayhan, C. (2017). *Aktif sporcuların rekreatif etkinliklere katılımlarına engel oluşturabilecek faktörlerin yaşam tatmini ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Ayşe Baysal, (2012), *Beslenme*, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, s. 21.
- Aytaç, Ö. (2002). Boş zaman üzerine kuramsal yaklaşımlar. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12 (1), 231-260.
- Balıkçı, İ. (2017). *Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ve kalp atım hızı değişkenliği ile sağlıklı yaşam davranışı ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Baş, E. (2018). *Tek taraflı alt ekstremitte amputasyonları sonrası protez kullanan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Baysal, A. (1993). “*Beslenme Kültürümüz*”, Kültür Bakanlığı Yayınları:1230, Ankara.
- Beal CA, Co TJP, Dougherty D, et al. (2004) *Quality measures for children’s health care, Pediatrics*, 113 (1):199-209.
- Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*.1. Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural equations with latent variables*. NY: Wiley Corp.
- Bozkurt, G. (1992). Sosyal Zamanlar. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, Mpm Yayınları, 40(04): 7.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. NY: Guilford Publications Inc.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (14. Bs). Ankara: PEGEM Akademi.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). A response to the Kimiecik & Stein and Jackson papers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 4, 181-183.
- Çalıştır, B., Dereli, F., Eksen, M., Aktaş, S. (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2(2):1-8.
- Çerez, H., Yılmaz, Ş., & Dinçer, Ö. (2006). Antalya merkez emniyet teşkilatında görev yapan emniyet mensuplarının rekreasyon etkinliklerine katılımlarının incelenmesi. *Uluslararası spor bilimleri kongresi Muğla*.

- Çimen, S. (2003). “15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi”.
- Dattilo, J., (2008). *Leisure education program planning: A systematic approach*. Third Edition. State College, PA: Venture.
- Doğaner, S. (2013). *Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Serbest Zamanlarında Egzersize Katılma Sıklıkları ve Nedenleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dündar U. (1996) *Antrenman teorisi*. Sporsal Kuram Dizisi, 3.Basım, Ankara.
- Ekim A, Ocakçı A (2012). 8-12 yaş arası işitme engelli çocuklarda yaşam kalitesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11: 17-23.
- Emir, E. (2012). *Rekreatif etkinliklere katılımın önündeki engellerin belirlenmesi: Üniversite öğrencileri örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Ergun N., Algun C., Dolunay N. (1990) *Engellilerde Spor Yaklaşımı*, Spor Şurası Bildirileri, Gençlik ve Spor Genel Müd . Yayınları, Ankara.
- Erkal M. ve Diğerler (1998) *Sosyolojik Açıdan Spor*, Der Yayınları, 3. Baskı,, İstanbul.
- Fişek, K. (1998). *Devlet politikası ve toplumsal yapıyla ilişkileri açısından dünyada ve Türkiye de spor yönetimi*, 2. Bası, Ankara: Bağırhan.
- Garipağaoğlu M, Gökçay G. (2005). *Okul çocuklarının beslenmesi*. Klinik Çocuk Forumu. Kasım-Aralık. 20-28.
- Gökçay G, Garipağaoğlu M. (2002). *Çocukluk ve ergenlik döneminde beslenme*. Saga yayınları, İstanbul. 105-14.
- Greenwood M. Lashua Brett D., (2004), “*What is Leisure? The Perceptions of Recreation Practitioners and Others*”, *Leisure Science*, s.17.
- Güçhan, Z. (2013). *Amputelerde futbolun performans üzerine etkilerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Gülgün E. (2015). *Özel Durumlarda Beslenme, Türkiye Beslenme Rehberi*, (TÜBER), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara, 2016, s. 127.
- Günay Mehmet, Cicioğlu İbrahim, (2001). *Spor Fizyolojisi*, Baran Ofset, Ankara.
- Güneş Ziyannur, (2005). *Antrenör ve Sporcu El Kitabı: Spor ve Beslenme*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

- Güneş, Z. (2005) Spor ve beslenme. Nobel Yayın Dağıtım, 4.Baskı, s.1, Ankara.
- Güngör İ, Hotun Şahin N. (2006). Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Mayıs-Haziran Temmuz-Ağustos 6- 13.
- Gürbüz, B. ve Küçük, S. (2007). Boş zaman engelleri ölçeği-28: Ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, (1), 3-10.
- Haller, M., Hadler, M., Kaup, G. (2013). Leisure time in modern societies: *A new source of boredom and stress?*. *Social indicators research*, 111(2), 403-434.
- Holmes, S. (2005). Assessing The Quality Of Life—*Reality Or Impossible Dream A Discussion Paper*. *International Journal Of Nursing Studies*, 42, 493– 501.
- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. (2008). Structural equation modeling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Juniu, S. (2000), Downshifting: *Regaining the Essence of Leisure*. *Journal of Leisure Research*, 32(1), 69-73.
- Kabasakal K. (2007) *Zihinsel Engellilik, Zihinsel, Ruhsal, Duygusal Engellilik*, Konya.
- Kaplanoğlu E (2014). *Lösemi tanısı almış çocuğa sahip ebeveynlerde yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki ilişki*. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kar, Z. (2018). *Alt ekstremite amputasyonu olan hastaların beden imajı ve yaşam kaliteleri ile yaşadıkları sorunların incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Karaküçük, S. (1997). *Rekreasyon (Boş Zamanları Değerlendirme) Kavram, Kapsam ve Bir Araştırma*. (İkinci baskı). Ankara: Seren Ofset.
- Karaküçük, S. (1997). *Rekreasyon boş zamanları değerlendirme kavram kapsam ve bir araştırma*. Seren Ofset, Ankara.
- Karaküçük, S. (2005). *Rekreasyon – boş zaman değerlendirme*. 5.Basım. Ankara: Gazi.
- Karaküçük, S. ve Akgül, M. (2016). *Rekreasyon ve Çevre*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayınevi.

- Kaya, (2013). *Çekim Unsurları ile Rekreatif Alışveriş, Tatmin ve Yeniden Satın Alma Niyeti Arasındaki İlişki*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Kaya, A. M. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Rekreatif Faaliyetlere Yönelik Tutumları Ve Boş Zaman Motivasyonlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Sivas.
- Kaya, E. (2016). *Engelli bireylerin rekreatif faaliyetlere ilişkin tutumları ve sportif rekreasyon alanlarının engellilere uygunluk düzeylerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Kayapınar, M. (2012). *Futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ile bazı kan değerlerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Kayhan, H. Yaşam Kalitesi. Erişim: 20.02.2010. [www.Yaslilikrehberi.Org.Tr/ Userfiles /File/495 \\_Yasam \\_Kalitesi.Doc](http://www.Yaslilikrehberi.Org.Tr/ Userfiles /File/495 _Yasam _Kalitesi.Doc).
- Kelloway, K.E. (1989). *Using Lisrel for structural equation modeling: A researcher's guide*. London: Sage.
- Kesim, Ü. (2008). *Spor Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar*. İ.T.Ü Beden Eğitimi. İ.T.Ü Rektörlüğü Yayın No: 1651, İstanbul,33-40.
- Koçoğlu, D. (2006). *Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Korkmaz, M. (2015). *Mekanik bel ağrısı olan alt ekstremite amputelerinde spinal stabilizasyon egzersizlerinin etkilerinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Köktaş, K. Ş. (2010). *Rekreasyon boş zaman değerlendirme*. Geliştirilmiş 3. Baskı Ankara: Nobel.
- Kraus, G. (1985). *Recreation Program Planning Today*. London: Scott Foresman And Company.
- Mandzuk, L L., McMillan, D E. (2005). *A Concept Analysis Of Quality Of Life*. Journal of Orthopaedic Nursing, 9, 12–18.
- MEB (2008), *Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Bedensel Engelli Bireyler Destek Eğitim Programı*, Ankara.

- Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri Ö, Karakaya I (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18: 353-363.
- Miyamoto SW, Henderson S, Young HM, Pande A, Han JJ. (2016). Tracking Health Data Is Not Enough: A *Qualitative Exploration of the Role of Healthcare Partnerships and mHealth Technology to Promote Physical Activity and to Sustain Behavior Change*. *JMIR Mhealth Uhealth* 4(1):1-9.
- Mustafa Atasever, (2003), Spor ve Beslenme, Ankara: *Millî Eğitim Bakanlığı Ders Kitapları Dizisi* 888, s. 58.
- Ocakçı, A. (2003). Sağlığın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 10(2), 20-27.
- Oğul M, Erden G. (2012). *Amputasyonun psikolojik boyutu*, [http://library.atilim.edu.tr/kurumsal/pdfs/Amputas\\_yon.pdf](http://library.atilim.edu.tr/kurumsal/pdfs/Amputas_yon.pdf).
- Oliver, M. (1997). *WHOQOL-Bref*. University of Washington Seattle, United States of America, United States Version, 5-31
- Ö, Karadavut K (2010). Ebeveyn değerlendirmesine dayalı serebral palsili çocuklarda yaşam kalitesi: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47: 127-132.
- Önal, L. (2017). *Atatürk Üniversitesi öğrencilerinin boş zaman tutumları ile boş zaman aktivitelerine katılımını engelleyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Önder, FO., Kurdoğlu, M., Oğuz G., Özben, B., Atilla S. ve Oral, SN. (2000). "Gülveren Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması ve Bunun Malnütrisyon Prevalansı ile Olan İlişkisi", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 21(1), (<http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20001.shtml>, Erişim:30/07/ 2007).
- Özdemir G, Ersoy G. (2009). Engelli sporcularda besleme, sağlık ve performans etkileşimi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 55:116-21.
- Özer D.S. (2001). *Engelliler İçin Beden Eğitimi ve Spor*. 1st ed. Nobel Yayın, 5-40.
- Özer, D. S. (2001). "*Engelliler için Beden Eğitimi Ve Spor*", Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Özer,S.D.(2013), *Engelliler İçin Beden Eğitimi ve Spor*, 4. Baskı, Nobel, Ankara.
- Özkan, S. (2018). *Kamu personelinin serbest zaman etkinliklerine katılımlarına engel teşkil eden faktörler ile serbest zaman etkinliklerine katılımı kolaylaştıran faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

- Özoğlu S.C. (1997) Spor Psikolojisi ve Gelişmeler, *I. Uluslararası Spor Psikolojisi Sempozyumu*, Bağırgan Yayımevi, Ankara.
- Özsoy, Y., Özyürek, M., Eripek, S. (2002), *Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Özel Eğitime Giriş*, 12. Baskı, Ankara, Kartepe Yayınları.
- Paker H.S. (1996) *Sporda beslenme*. Gen Matbaacılık, Ankara.
- Peel, M, Bartlett, P, Marshall, L. (2007). *Reliability and validity of WHOQOL-OLD. Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 162–167.
- Ramazanoğlu F, Ramazanoğlu N. (2000). Spor Tesislerinin Planlandırılması ve İşletmesi. *Spor Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 67-77.
- Sabancı, G. (2016). *Öğretim elemanlarının rekreasyonel faaliyetlere katılımlarını engelleyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Sağcan, M. (1986). *Rekresyon ve Turizm*. İzmir: Cumhuriyet Basımevi.
- Schulze, Nergis. (1998). Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsancillaştırılması, *6. Ergonomi Kongresi*, M. P. M. Yayınları, Ankara, (622), 519-532.
- Schumacker, R.E. & Lomax, R.G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Sevil, T. (2015). *Terapatik rekreasyonel aktivitelere katılımın yaşlıların algıladıkları boş zaman tatmini, yaşam tatmini ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Shivers, J.S., & deLisle, L.J. (1997). *The story of leisure: Context, concepts, and current controversy*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sisley, B. (1983). Timely Tips: *Time Management For Adminisration*. Physical Educator, 40(2): 75-77.
- Söyleyici, Z.S. ve Zorba, E. (2017). Examining the healthy lifestyle behaviors of university students. *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 3(7), 67-76.
- Sunay, H. (2013) *Ampute Futbol Oyun Kuralları Kitabı*, 137.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modellemeleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- şahin, T. (2018). *Adıyaman il merkezinde 15-49 yaş kadınlarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.



- Şentürk, U. (2017). *Bedensel engelli 13-18 yaş amputelerin yaşam kalitelerinin ve serbest zaman alışkanlıklarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4. Eds). MA: Allyn & Bacon Inc.
- Tanır, F., Şaşmaz, T., Beyhan, Y. ve Bilici, S. (2001). Doğankent Beldesinde Bir Tekstil Fabrikasında Çalışanların Beslenme Durumu. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz:22-25.
- Tekir, Özlem. (2005). *Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Telatar, T G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 162–165.
- Tezcan, M. (1994). *Boş zamanların değerlendirilmesi sosyolojisi*. 4. Baskı. Ankara: Atilla.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. DC: American Psychological Association.
- Torkildsen, G. (1992). *Leisure and Recreation Management*. London: E&FN Spon.
- Tuğut, Nilüfer, Bekar, Mine. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılamaya Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (3), 17- 26.
- Tütüncü, Ö. (2012). *Rekreasyon Yönelik Disiplinlerarası Bir Doktora Programı Önerisi, I. Rekreasyon Araştırmaları*.
- Usal, A. (1981). Çağdaş Bunalım/Turizm, *Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*,1 (1-2): 13-19.
- Uysal, H. (2013), *Özel Eğitime Gereksinimi Olan Öğrenciler ve Özel Eğitim*.
- Uz, D. (2011). *Bir hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Voight, D. (1998). *Spor Sosyolojisi*. Ayşe Atalay (Çev). Ankara: Bağırman.
- Whoqol Group- The World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF Introduction Administration Scoring and Generic Version of the Assessment*, Geneva.

World Health Organization. (1997). *The world health organization quality of life instruments* (The whoqol-100 and the whoqol-bref). Whoqol Measuring Quality of Life, Programme on Mental Health Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

Yazıcıoğlu K. (2007), *Amputee Sports for Victims of Terrorism*, IOS Pres, 1-40.

Yetim,A.(2000), *Sosyoloji ve Spor*, Ankara.

Yiğit, E.H. (2018). *Alt ekstremite amputasyonunun beden imajı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Yüksek, M. (2013), *Amatör ve Profesyonel Milli Takım Futbolcularında Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, s. 8

Yüksek, M. (2013), *Amatör ve Profesyonel Milli Takım Futbolcularında Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, s. 7.

Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95.

## EKLER

### Ek 1.

#### Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yıldır ampute futbol oynuyorsunuz?.....
2. Boyunuz kaçtır?  
.....cm
3. Vücut ağırlığınız;  
.....kg
4. Doğum tarihiniz nedir?.....
5. Aylık gelir düzeyiniz nedir?.....
6. Amputasyon durumunuz nedir?.....
7. Ampute durumunuz doğum öncesi mi doğum sonrası mı gerçekleşmiştir?  
.....
8. Milli Sporcu musunuz?  
( )            ( )  
Evet            Hayır  
  
Evet ise;  
Kaç yıldır?.....
9. Oynadığınız Takım: .....

## Ek 2.

### Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1 Sabahları kahvaltı ederim	( )	( )	( )	( )
2 Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim	( )	( )	( )	( )
3 Kendimi beğenirim	( )	( )	( )	( )
4 Haftada en üç kez basit beden hareketler yaparım	( )	( )	( )	( )
5 Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim	( )	( )	( )	( )
6 Her gün kendimi rahatlatmak için zaman ayırırım	( )	( )	( )	( )
7 Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucunun ne anlama geldiğini bilirim.	( )	( )	( )	( )
8 Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım	( )	( )	( )	( )
9 Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim	( )	( )	( )	( )
10 Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım	( )	( )	( )	( )
11 Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebebini bilirim	( )	( )	( )	( )
12 Kendimi mutlu ve memnun hissederim	( )	( )	( )	( )
13 Hafta en az 3 kez 20 dk. Yoğun egzersiz yaparım	( )	( )	( )	( )
14 Her gün düzenli olarak 3 öğün yemek yerim	( )	( )	( )	( )
15 Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum	( )	( )	( )	( )
16 Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım	( )	( )	( )	( )
17 Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım	( )	( )	( )	( )
18 Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim	( )	( )	( )	( )
19 Ambalajlı yiyeceklerin özellikleri tanımak için üzerindeki etiketi okurum	( )	( )	( )	( )
20 Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım	( )	( )	( )	( )
21 Geleceğe ümitle bakarım	( )	( )	( )	( )
22 Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım	( )	( )	( )	( )
23 Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim	( )	( )	( )	( )

24	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım	( )	( )	( )	( )
25	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm	( )	( )	( )	( )
26	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim	( )	( )	( )	( )
27	Her gün rahatlamak için 15-20 dk zaman ayırırım	( )	( )	( )	( )
28	Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım	( )	( )	( )	( )
29	Kendi başarılarımla övünürüm	( )	( )	( )	( )
30	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim	( )	( )	( )	( )
31	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm	( )	( )	( )	( )
32	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim	( )	( )	( )	( )
33	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım	( )	( )	( )	( )
34	Her günü ilginç ve mücadele değer bulurum	( )	( )	( )	( )
35	Her gün, 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin)	( )	( )	( )	( )
36	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp- gevşetirim	( )	( )	( )	( )
37	Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum	( )	( )	( )	( )
38	Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum	( )	( )	( )	( )
39	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm	( )	( )	( )	( )
40	Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım	( )	( )	( )	( )
41	Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum	( )	( )	( )	( )
42	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım	( )	( )	( )	( )
43	Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim	( )	( )	( )	( )
44	Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım	( )	( )	( )	( )
45	Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım	( )	( )	( )	( )
46	Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım	( )	( )	( )	( )
47	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim	( )	( )	( )	( )
48	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım	( )	( )	( )	( )

### Ek 3.

## WHOQOL-BREF(TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz? ( )Çok kötü ( )Biraz kötü ( )Ne iyi ne kötü ( )Oldukça iyi ( )Çok iyi
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Aşırı
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Aşırı
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Aşırı
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Aşırı
7. Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Sonderece
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Sonderece
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Sonderece
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Tamamen
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Tamamen
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Tamamen
13. Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Tamamen
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Tamamen
15. Bedensel hareketlilik, etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme becerileriniz nasıldır?  
( )Çok kötü ( )Biraz kötü ( )Ne iyi ne kötü ( )Oldukça iyi ( )Çok iyi
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
17. Günlük uğraşları yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok
25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz? ( )Hiç ( )Çok az ( )Orta ( )Epeyce ( )Çok

26. Ne sıklıkla hüzün ümitsizlik bunaltı (Hiç Nadiren Ara sıra Sıklıkla Her  
çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız? zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

(Hiç Çok az Orta Epeyce Aşırı



**Ek 4.**

	<b>BOŞ ZAMAN ENGELLERİ ÖLÇEĞİ</b> Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, bu ifadelerin sizin rekreasyonel etkinliklere katılmanızı engellemedeki önem derecesini liste üzerinde ayrılan alana işaretleyiniz. Lütfen her ifadeyi bir kez işaretleyiniz ve cevaplanmamış hiçbir ifade bırakmayınız.	<b>Kesinlikle Önemsiz</b>	<b>Önemsiz</b>	<b>Önemli</b>	<b>Çok Önemli</b>
1	Aktivitelerin yorgunluk hissi vermesi				
2	Kendini yorgun hissetmek				
3	Sakatlanmaktan korkmak				
4	Nerden öğreneceğini bilmemek				
5	Nerede katılacağını bilmemek				
6	Öğretecek kimsenin olmaması				
7	Tesis donanımının yetersiz olması				
8	Tesislerin yetersiz olması				
9	Tesislerin kalabalık olması				
10	Arkadaşlarımın zamanının olmaması				
11	Beraber katılacak kimsenin olmaması				
12	Arkadaşlarımın bu tür etkinliklere katılmaktan hoşlanmaması				
13	Aile için zaman ayırmak zorunda olmak				
14	Sosyal etkinlikler için zaman ayırmak zorunda olmak				
15	Program zamanlarının uygun olmaması				
16	Geçmişte bu tür etkinlikleri sevmemek				
17	İlgili olmamak				
18	Rutin programı bozmak istememek				



## ÖZ GEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ali Ozan SARIGÖZ  
Doğum Yeri ve Tarihi : ÇANKAYA 24/07/1993

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Antrenörlük Eğitimi Bölümü Mezun  
Yüksek Lisans Öğrenimi : Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Mezun  
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce  
Faaliyet/ Yayınlar :

- Engelli İstihdam Zirvesi 2013 İstanbul
- Paramı Yönetebiliyorum Eğitimi 2015 Bartın
- Erasmus Stefan Cel Mare University 2015 Romanya-Suceava
- Türkiye’de Ampute Futbol’un Kısa Tarihçesi 2017 Antalya
- Erkek Hentbolcuların Beslenme Alışkanlıkları ile Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 2018 Ukrayna-Lviv
- Avrupa Gönüllü Hizmeti “Yerelden Uluslararasına Gönüllülük” 2018 Portekiz-Barcelos

### İş Deneyimi

Stajlar : Bartın Endüstri Meslek Lisesi 2016

Projeler ve Kurs Belgeleri :

- Wellness 1. Kademe Antrenörlük Belgesi
- Dart 1. Kademe Antrenörlük Belgesi
- Ampute Futbol 1. Kademe Antrenörlük Belgesi
- Tenis 3. Kademe Antrenörlük Belgesi
- 1 Yıldız Scuba Diving Balık Adam

Çalıştığı Kurumlar : Bartın Epçiler Ortaokulu

### İletişim

E-posta Adresi : aliozansarigoz@hotmail.com

Tarih : 17/01/2019