

T.C

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI

SAĞLIK EĞİTİMİ BİLİM DALI

SPOR SALONLARINA GİDEN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM

BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

(İğdır ili örneği)

Baycan KARAKUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ergün ÇAKIR

MART-2019

KARS



**T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI
SAĞLIK EĞİTİMİ BİLİM DALI**



**SPOR SALONLARINA GİDEN BİREYLERİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

(İğdır ili örneği)

Baycan KARAKUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman




Dr. Öğr. Üyesi Ergün ÇAKIR

MART-2019

KARS

T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Baycan KARAKUŞ'un Dr. Öğr. Üyesi Ergün ÇAKIR'ın danışmanlığında Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "Spor Salonlarına Giden Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi" adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sınavı sonunda jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy *birdizi* ile kabul edilmiştir.

14 /06 / 2019

	Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	: Kemal SARĞIN	
Üye	: M. Alparslan KURUDİREK	
Üye	: Ergün ÇAKIR	
Üye	:	

Bu tezin kabulü, Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun . . / . . / 20. . gün ve . . .
. . . / sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Doç. Dr. Fikret AKDENİZ
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Baycan KARAKUŞ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	II
ÖNSÖZ.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRAT.....	VIII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
TABLOLAR DİZİNİ.....	XII
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Spor	3
2.1.1.Sporun Önemi ve Amacı	3
2.1.2. Spor Bilinci.....	5
2.1.3. Sporun Sağlığa Etkisi	6
2.1.4. Sporun Psikolojik Etkisi	7
2.1.5. Sporun Bireysel (Kişisel) Etkisi.....	8
2.1.6. Sporun Toplumsal Etkisi.....	9
2.2. Sağlık Kavramına Genel Bakış.....	10
2.2.1. Fiziksel Sağlık.....	11
2.2.2. Spritüel Sağlık.....	12
2.2.3. Ruhsal Sağlık.....	12
2.2.4. Sosyal Sağlık	13
2.3. Sağlığı Koruma ve Geliştirme	13
2.3.1. Sağlığı Koruma.....	13
2.3.2 Sağlığı Geliştirme.....	15
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	16
2.4.1. Kendini Gerçekleştirme.....	17
2.4.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz	18
2.4.3. Beslenme.....	20
2.4.4. Kişilerarası Destek	22
2.4.5. Stres Yönetimi	23
2.5. Vücut Kompozisyonu	24

2.6. Beden Kitle İndeksi.....	27
3.MATERYAL VE METOT	29
3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.3. Veri Toplama Araçları.....	30
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	30
3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	30
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	31
3.5. Verilerin Analizi	32
4.BULGULAR	33
5. TARTIŞMAveSONUÇ	55
6.KAYNAKLAR	63
7. EKLER.....	75
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu	75
Ek-2 Anket Ölçeği.....	76
Ek-3Anket Ölçeği İzin Belgesi	77
8.ÖZGEÇMİŞ.....	78

ÖNSÖZ

Bu çalışma, Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim dalında yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır. Çalışmada, Iğdır ili bünyesindeki spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) incelenmiştir.

Spor salonlarına giden bireylerin SYBD'nı ne denli uyguladıklarının tespit edilmesine çalışılmıştır. Araştırma kapsamı, Iğdır ilinde bulunan 7 farklı spor salonları dahil edilmiştir. Tez çalışmamda emeği geçen ve yoğun çalışmaları arasında bana zaman ayırmak suretiyle bilgilerinden faydalandığım danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Ergün Çakır'a, süreç içerisinde yaptığı katkılarla deneyimlerinden istifade ettiğim Doç. Dr. Erkal ARSLANOĞLU'na, bu çalışmanın tamamlanmasında katkılarını benden esirgemeyen, araştırmamız kapsamındaki işletme sahipleri, emeği geçen değerli antrenörlere, değerli iş adamı Cemal AVCI beye, kıymetli ağabeyim Bayram KARAKUŞ ve Erkan KARAKUŞ'a, her zaman samimi desteğini gördüğüm sayın Prof. Dr. Selçuk URAL'a ve Prof. Dr. Muzaffer ALKAN'a, tezimin tamamlanmasında desteklerini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Zeynep TURHAN İRAK ve Doç. Dr. Turhan MOÇ'a, yorucu ve zaman isteyen bu süreçteki sabır, anlayış ve desteklerinden dolayı sevgili eşim Mehtap KARAKUŞ'a çok teşekkür ediyor, her türlü desteklerini vedualarını esirgemeyen değerli babam Zahir KARAKUŞ ve annem Esmer KARAKUŞ'un ellerinden öpüyorum.

ÖZET

SPOR SALONLARINA GİDEN BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

KARAKUŞ, Baycan

Yüksek Lisans Tezi

Kafkas Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

İlköğretim Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ergün ÇAKIR

Haziran 2019

Bu çalışma spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hangi düzeyde olduğunu araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Iğdır ili genelindeki 7 farklı spor salonuna giden 200'ü erkek 194'ü kadın olan toplam 394 kişi oluşturmuştur. Veriler, kişisel bilgi formu ve Walker ve ark.,(1987) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği Esin (1997) tarafından kanıtlanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ile toplanmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın bu bölümünde sağlıklı yaşam biçimi davranışının ve onun alt boyutları olan, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi değişkenlerinin varyanslarında bireylerin demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını araştırmak için istatistiksel olarak analizler yapılmıştır. Bu amaçla anlamlı farklılığın tespiti için varyans analizleri olan t-testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizleri uygulanmıştır. İki değişkenli olan (cinsiyet ve medeni durum) kontrol değişkenlerinde anlamlı farklılığı bulmak için t- testi, ikiden fazla değişken olan (yaş, BKİ, spor salonlarına gelme sıklığı, kardeş sayısı, eğitim durumu ve gelir seviyesi) guruplarda anlamlı farklılığı tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Çalışmamızda en yüksek ortalamayı kişiler arası destek alt ölçeğinin (2,91), en düşük ortalamayı ise egzersiz alt ölçeğinin (2,37) aldığı tespit edilmiştir. Spor salonlarına gelen bireylerin spor salonlarına gelme sıklığına göre; kendini gerçekleştirme $p=0,007$, sağlık sorumluluğu $p=0,000$, egzersiz $p=0,000$, beslenme $p=0,002$, stres yönetimi $p=0,000$ ve SYBD $p=0,000$ 'dır.

Sonuç olarak spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kadın ve erkek bireylerde benzerlik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Spor salonları, Spor, Sağlık, Vücut Kompozisyonu

2019 93 s.

ABSTRAT

Investigation of Healty Life Style Behaviours of Individuals Who Goes To Sport Halls

KARAKUŞ Baycan

Master Thesis

Kafkas University

**Graduate School of Applied and Natural
Sciences Department of Elementary Education**

Supervisor:Dr. Öğr. Üyesi Ergün ÇAKIR

June 2019

This study aimed to investigate the level of healthy life behaviours of the individuals going to the gym.

The sample of the study was formed by 200 men and 194 women, in total 394 individuals, who go to 7 different gyms in the province of Iğdır. Data was collected by means of personal information form and Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS), which was developed by Walker et al., (1987), and whose validity and reliability in Turkish was established by Esin (1997).

SPSS 22.0 package software was used in the process of data analysis. In this part of the research, statistical analyses were conducted to determine if there were statistically significant differences, in accordance with demographic qualities of individuals, in the variances of self-realization, health responsibility, exercise, diet, interpersonal support and stress management, which are sub-dimensions of healthy lifestyle behaviours. For this purpose, t-test and single direction variance analysis (ANOVA), which are variance analyses to confirm significant difference, were performed. T-test was used in order to find significant difference in control variables with two variables (sex and marital status), and in groups with more than two variables (age, BMI, frequency of going to gym, number of siblings, educational status and level of income), single direction variance analysis (ANOVA) was used in order to confirm significant difference.

It was confirmed in our study that the highest average is attained by interpersonal support subscale (2,91) and the lowest average is attained by exercise subscale (2,37). According to the frequency of going to the gym, results of individuals are as follows: self-realization $p = 0.007$, health responsibility $p = 0.000$, exercise $p = 0.000$, diet $p = 0.002$, stress management $p = 0.000$ and Healthy Lifestyle Behaviours (HLB) $p = 0.000$.

As a result, it was concluded that healthy lifestyle behaviours of individuals going to gyms show similarities in men and women.

Keywords:Gyms, Sports, Health, Body Composition

2019 – 93 p.

KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği
LDL	: Low Density Lipoprotein



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Modeli.....	29
-----------------------------------	----



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. BKİ Değerleri.....	27
Tablo 4.1. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular.....	33
Tablo 4.2. Değişkenlerin güvenirlik sonuçları.	33
Tablo 4.3. Katılımcıların Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 4.4. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) Demografik Özelliklerine İlişkisi.....	34
Tablo 4.5. Katılımcıların Cinsiyet Demografik Özellikleri.....	34
Tablo 4.6. Katılımcıların Medeni Durumları İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.7. Katılımcıların Spor Salonlarına Gelme Sıklığı İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.8. Katılımcıların Kardeş Sayısı Değişkenine İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.10. Katılımcıların Gelir Seviyesi Değişkenine İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.11. Cinsiyete Göre t-testleri sonuçları.....	38
Tablo 4.12. Medeni duruma Göre t-testleri sonuçları	39
Tablo 4.13. Yaş gruplarına göre ANOVA analiz bulguları.....	41
Tablo 4.14. Games-Howell Tukey testi.....	41
Tablo 4.15. Beden Kitle İndeksi (BKİ) Değişkenine Göre ANOVA analiz Bulguları	42
Tablo 4.16. Spor Salonlarına Gelme Sıklığı Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları.....	45
Tablo 4.17. Games-Howell Post Hoc testi	46
Tablo 4.18. Kardeş Sayısı Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları	47
Tablo 4.19. Eğitim Durumu Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları Eğitm Durumu	49
Tablo 4.20. Gelir Seviyesi Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları.....	52
Tablo 4.21. Games-Howell Post Hoc testi.	52

1.GİRİŞ

Sağlık, hastalığın ya da sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali biçiminde tanımlanmıştır (Akça Ay, 2012). Sağlıklı olmak, bütün bireylerin esas haklarından birisidir. Bu hakkın korunması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesi için günümüzde sağlık bakım politikaları iyileştirilmekte ve uygulanmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001). Ayrıca kişinin sağlığının mesuliyetliğini üstlenmesi ve sağlığını geliştirecek hareketleri elde etmesi de önemli etmenlerden birisidir (Kong, 1995).

Günümüzde sağlığın amacı; kişilerin, ailelerin ve toplumun sağlığını koruma, devam ettirme ve geliştirme amacıyla bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını elde ettirmeyi hedeflemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişilerin hastalıklardan sakınmak, sağlığını devam ettirmek ve geliştirmek amacıyla sergilemiş oldukları hareket ve tutumların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, Sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları; kişinin beslenme alışkanlıkları, sosyal bir alanda kendini açıklayabilme kabiliyeti, sağlığının mesuliyetliğini alması, çevresinden görmüş olduğu destek ve stresi yönetmesi üzerine şekillenmektedir (Tagoe ve Dake, 2011).

Son zamanlarda fiziksel egzersiz, rekabet amacının dışında kronik hastalıkları önlenmek, tedavi etmek ve sağlıklı yaşamı sağlamak için herkese önerilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde halkın % 40'ının düzenli şekilde egzersiz yaptığı, Türkiye'de ise bu sayının oldukça düşük olduğu bilinmektedir (Karatosun, 2006).

Boş vaktini spora giderek değerlendiren kişilerin oldukça aktif, daha zinde ve hareketli olduğu bilindiğine göre sporun yaygın hale gelmesi toplumun sağlığını iyileştireceği bundan dolayı da genel nüfusun daha sağlıklı olacağı bununla bağlantılı olarak ta birey sayısının artacağı ve ölüm yaşının yükseleceği söylenebilir (Güdül, 2008).

Spor yapmak için spor salonlarını seçen bireyler öncelikle spor yapmayı arzuladıklarından dolayı, ardından zayıflamak, arkadaş edinmek, boş vakitlerini

değerlendirmekten dolayı gittiklerini belirtmişlerdir. Bu tarz salonlarda egzersiz yapmalarındaki nedenleri daha kontrollü olduğunu düşünmektedirler (Kartal, 2003). Fitnes ve sağlık etkinliği bir endüstri olarak hızla gelişmektedir. Son 10 seneyi aşkın bir zamanda medya, eğitim ve sağlık kurumlarının dayanağıyla bireyler büyük bir ilgi ile fitnes ve boş vakitler etkinliklerine başlamışlardır. Bunun neticesinde fitness ve sağlık kulüpleri hizmet sektöründeki yerini almıştır (Kutlu, 2006).

Sağlıklı yaşam için sporun kitlelere ulaştırılması ve yaygınlaştırmasında spor salonları etkili yöntemlerden biridir. Ülkemizde özel sektör ve devlet bünyesindeki spor salonların sayıları artmaktadır. Ülkemiz genelinde 1980’li senelerden sonra sayıları bütün illerde artmıştır (Kartal, 2003). Bu artış başta sporun yapılma amacından biri olan ‘‘sağlık için spor’’ sağlıksız biçimde yaygınlaşmasına sebep olmuştur. 1989’dan sonra Türkiye’nin ekonomide büyümesi endüstri ve makineleşmesinin çoğalması özel spor salonlarına talep artmıştır. Bu sebeple makineleşmede ve endüstride hızlı artışla birlikte stres ve mental zayıflık getirmiştir. Bunun farkında olan devlet, spor kompleksleri bakımından daha kontrollü hareket ederek tesislerdeki sayısal artışı sağlamakla beraber spor merkezi açmak isteyenlerin birkaç şartı yerine getirilmesiyle faaliyetlerine müsaade etmiştir (Boztepe, 1992).

Özel spor salonlarının taşıdığı önemli misyonlarından bir tanesi bireylerin spora bakış açılarını pozitif yönde değiştirirken bunun yanında kişisel özelliklerine göre ilgi gösterip takip etmek, sağlıklı yaşam devam ettirebilmelerine yönelik beslenme alışkanlığına yardımcı olmaktır (Karatosun, 2006).

Ülkemizde sistemli şekilde spor yapma bağlılığı çok yaygın değildir. Ama son zamanlarda spor salonlarındaki artış, bireylerin sistemli egzersiz yapmalarında önemli bir araç olarak görülmektedir. Büyük bir gereksinimi karşıladığı düşünülen spor salonlarından bireyler periyodik olarak faydalanmaktadırlar (Kartal, 2003). Sağlık ve fitness yaşam merkezlerindeki artış hizmet kalitesindeki rekabeti de beraberinde getirmektedir (Kutlu, 2006).

Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışmada spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hangi düzeyde olduğu araştırmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Spor

Spor, pek çok araştırmacı ve bilim insanı tarafından farklı biçimde tanımlanmıştır.

İnsanların genellikle bireysel yada toplu müsabakalar içeren fiziksel aktivite olarak açıklanabilir (Michaud ve ark, 1999).

Başka bir tanımda sporu; kişinin çevresini, insani unsur haline getirmesi ile sahip olduğu yetenekleri belirli kurallar çerçevesinde araçlı ya da araçsız, bireysel yada topluluk ile, boş zaman ya da tüm zamanını alacak şekilde iş edinerek yaptığı, sosyalleştirici, ruh ve vücudu geliştiren rekabetçi, dayanışmacı bir kültürel terimdir (Aracı, 2006).

Literatür manasından farklı biçimde çağımızda spor, daha yaygın ve kapsamlı bir açıklamayla “kişinin sağlık durumunu geliştiren ve gelişmiş sağlık durumunu devam ettiren hareketler” biçiminde izah edilebilir.

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere sporun içinde artık iyilik halini koruma fikri yer bulmakta ve bireyler bu fikirle spora teşvik edilmektedir. Bu teşvik özellikle gelişmiş devletlerde daha yaygın bir şekilde yer bulmakta ve farklı sportif faaliyetlerinde bulunaktadı. Yaşam boyu spor, sağlıklı yaşam için spor, rekreatif sporlar, fitness (fiziksel uygunluk), aerobik, jogging, vb gibi duyarlar ve çeşitli spor kulüplerinin etkinlikleriyle spor yapan insanların sayısının fazlalaştırmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Özadağ ve ark, Turan, 2006).

2.1.1.Sporun Önemi ve Amacı

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de spora yönelik çalışmaları sporun insan sağlığına pozitif etkisinden kaynaklanır. Sistemli ve kontrollü olarak yapılan egzersiz ve alıştırmalar spor eğitiminin temelini oluşturur. İnsan kuvvetinin sınırlarını etkileyen bu sportif faaliyetler farklı bilim dallarından faydalanarak günümüze şartlarına uyumlu gelişim sağlamaktadır (Öztürk ve ark, 2004)

Sağlıklı bireylerin sağlıklı topluluk oluşturabilmenin en önemli yapı taşları arasında spor yapmanın ne derecede büyük bir yer aldığını tüm dünya devletleri kabul etmektedir (Öztürk ve ark, 2004).

Spor modern toplumlarda önemli bir yere sahiptir, boş vakitlerin vaz geçilmezi olarak görülmektedir. ABD’de 60, Hollanda’daysa 5 milyon kişi haftada en az 3 defa spor faaliyetlerinde düzenli şekilde bulunmaktadır. (Zorba, 2004).

Spor yapmak isteyen tüm bireyler; daha iyi sağlık seviyesine varmak, fazla kilolarından kurtulmak, esneklik ve çeviklik elde etmek ya da vücut kaslarını güçlendirmek için spora yönelmektedirler (Can, 2000).

Günümüzün çağdaş bireyi her daim için yapacağı sportif faaliyetlerin artık yaşamın bir parçası olduğunu anlamış olarak spora başlamakta ve sürdürmeyi hedeflemektedirler. Bütün bu gereksinimler egzersiz ile düzen kurarak başarı yakalamak aynı zamanda da sağlıklı hayat amaçlanmaktadır (Can, 2000).

Sporun esas amacı; pasif bir hayatının sebep olduğu psikolojik, fizyolojik ve motorsal bozuklukları engellemek ya da etkisini azaltmak vücut sağlığının önemli parçası olan fizyolojik kapasiteyi arttırmak, sağlığı ve fiziksel uygunluğu senelerce muhafaza etmektir.

Spor yapanların hedefi, fizyolojik ve psikolojik sağlığı geliştirerek özgüven kazanımını elde etmek ve üst düzey başarıya ulaşmaktır (Özdağ ve ark, Turan, 2006).

Sistemli spor yapmanın bireylere sunduğu bedensel ve toplumsal kazanımlardan bir kaçını aşağıdaki gibidir:

- Kalp, dolaşım, solunum ve hazım işlevleri daha düzenli ve istenilen derecede çalışır.
- Tendon, eklem ve ligaman gibi hareket yöntemi çalışanları daha dayanıklı ve daha esnektir.
- Kan basınçları ve dinlenme düşünceleri daha az seviyededir.
- Kolestrol, kanda lipid ve LDL (Low Density Lipoprotein) daha az seviyededir.
- Özerk sinir düzeni regülasyonu daha iyidir.

- Düz tabanlık, şişmanlık, postür bozuklukları, kas artrofileri daha azdır.
- Spor yapan bireylerin çevresi ve arkadaşlarıyla uyumu daha uygun, kendilerine güveni daha fazla, ruhsal sağlıkları istakrarlı ve sistemlidir (Sabancı üni, 2007).
- Toplumsal bütünleşmeyi birey etrafıyla temaslarını geliştirerek sağlar.
- Kendine güveni artar.
- İş alanında bireyi başarılı kılar (Zorba, 2004).

2.1.2. Spor Bilinci

Tüm dünyada sporun ve egzersizin eğitim sistemlerinin önemli bir parçası olduğunu görmek mümkündür. Çünkü ‘*’Beden Eğitimi ve Spor Eğitiminin’’* hedefi, genel eğitim hedeflerine davranışsal yolla katkıda bulunmaktadır (Öztürk ve ark, 2004).

Spor kültürünün yeteri kadar gelişmemiş olması da üyelerin spor yaparken istenilen derecede verim almamasına yol açabilmektedir (Kartal, 2003).

Bireyleri spora yönlendiren faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Bazı toplumsal gereksinimleri karşılamak
- Fiziksel yarar ve Sağlık rehabilitasyon elde etmek
- Estetik gereksinimleri tatmin etmek
- Duygusal gerilimden kurtulmak
- Spor aracılığıyla bilgece tecrübe elde etmek
- Sevinç, zevk, sevinç vb. hisleri kazanmak
- Kendini gerçekleştirme ve göstermek
- Birikimler elde etmek
- Toplumsal bağlar kurmak
- Maddi gelir ve ayrıcalıklar kazanmak
- Zayıflama ve sevinçli olmak
- Sürat, kuvvet, çeviklik, koordinasyon, dayanıklılık kapasitesi geliştirmek
- Sorun ve hastalıklar karşısında güçlü olmak
- Gençliği, güzelliği korumak ve benliğe yönelik hisleri geliştirmek

- Boş vaktini ortaklaşa, etkin verimli bir şekilde değerlendirmek
- Kendine olan saygıyı artırmak (Zorba, 2004).

2.1.3. Sporun Sağlığa Etkisi

Çağdaş yaşam şekli, insan metabolizmasını giderek olumsuz etkiliyor. Bireyin yaşama ve çalışma koşulları sanayileşmenin, kötü kentleşmenin sebep olduğu kirli, kapalı ve bunaltıcı havasında gittikçe bozuluyor. Hınca hınç dolu toplu taşıma araçları, üst üste yapılmış evler, dar ve kirli yollar, yıpratıcı çalışma düzeni, kirlenmiş çevre, sanayileşmenin ve çalışma yaşamının yarattığı tekdüze ve insan sağlığını kötü etkilemektedir.

İnsanın bu koşullarda yaşamak ve çalışmak zorunda olması, ruhsal sorunlara sebep olmakta çalışma ve aile toplumunda çeşitli sürtüşmeler, gizli yada açık mücadeleler ve lüzumsuz gerginliklere yol açmaktadır. İnsan sağlığını, bu tür olumsuzluklar negatif yönde etkilemektedir. İnsanlar tutumsuz monoton bir hayat yaşamak durumuyla karşılaşmaktadır. Esir düşebileceği en kötü hastalık, insanın hareketsiz kalmasıdır. Hareketsiz bireylerde kaslar atrofiye uğrar, hareketlilik kaybolur ya da azalır, kas içi ve kaslar arası koordinasyon zayıflayarak motorsal beceriler yok olur (Özdilek ve Kılıç, 2006).

Egzersiz faaliyetlerinde bulunan bireylerin tamamının, bulunmayanlara oranla yaygın ölçüde dayanıklı ve fiziksel bakımdan sağlıklı oldukları kabul edilen bir gerçektir.

Birey yaşamının her evresinde spor yapılabilir. Ayrıca sporun bir başlama yaşının olmaması da, insanın vageçilmez sağlık referansı yapmaktadır. Yapılan tüm bilimsel araştırmalar göstermiştir ki, spor hareketlerinin bireye mikro travmalar dışında her hangi bir problem yaratmamakla birlikte bilim insanları bu konuda *egzersizin topluma en iyi şekilde anlatılmasını ve en doğru şekilde kişilerin spor yapmasının sağlanması gerektiği görüşünü savunmaktadırlar.*” (Alçak, Ilgın, ve Erhan, 1997).

2.1.4. Sporun Psikolojik Etkisi

Bireyler spor yaparak günlük hayatlarının stresinden ve sıradanlığından uzaklaşabilmekte ve psikolojik, fiziksel ve sosyal yararlar sağlamaktadırlar. Spor yapan kişilerde psikolojik açıdan spor, hoşlanma ve mutlu etme hissi yaşatmaktadır. Spor, günümüz hastalığı olarak isimlendirilen stresle mücadelede şüphesiz en önemli faktör olmaktadır. Bireyler spor yaparak günlük hayatlarında karşılaştıkları sıradan yaşam tarzı anlayışını ortadan kaldırmaktadır. Kişilerin gevşemesi, rahatlaması aynı zamanda mutlu hissetmeleri ve bazı kazanımların zevkini yaşamaları sağlanmış olur (Özdilek ve Kılıç, 2006). Düzenli hareketler, anksiyete (kaygı) yi ve bunalımı düşürür, benlik imajı sosyal kabiliyetler sonucunda yaşam doyumu artırır.

Bireyin zihin sağlığı ve yaygın olarak mutlu olma seviyesi (azalan stres, artan özsaygı ve özgüven), fiziksel etkinliklere katılım sistemi ile artırılabilir. Aerobik alıştırmaya duyulan ilgiyi artırır, denetleme ve hakimiyet hissi sağlar, bunalımı azaltır, benlik kavramı, cesaret ve kendine olan saygıyı artırır (Tutar, 2011).

Konuyla alakalı gözlemsel çalışmaların neticisini toplayan Knoll, fiziksel harekete ilişkili olarak; his, durum ve benlik algısında doğru bir yükselişin, tehlike ve bunalımda ise bir azalmanın gözlemlendiğini açıklamıştır. Yine vücutsal hareketler ve duygusal sağlığın değişkenleri arasında olumlu yönde bir bağlantının varlığını belirten diğer çalışmaların neticelerine bağlı olarak sistemli spor faaliyetinin bunalım, duygusal bağ gerginliğini azalttığı, özgüveni iyileştirdiği mental problemlerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olduğunu söylenebilir.

Varılan sonuçlara bağlı olarak vücutsal hareketin psiko-toplumsal sağlığa yönelik direkt ya da endirekt spor komplekslerinin olduğu bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerin kaynaklarında bulunan sağlıklı yaşam bağlantısı üzerine yapılmış yayınları değerlendiren bilim insanları duygusal sağlığın belirtilerini onaylamış bu değişimin ortaya çıkmasında direkt ve endirekt tesirin rol oynadığını yinelemiştir (Alçak, Ilgın, ve Erhan, 1997).

2.1.5. Sporun Bireysel (Kişisel) Etkisi

Sportif vaka birey ve sosyal bağlantılarının geliştirilmesinde hem sosyal hem birey açısından tesirli olmaktadır. Spor yalnızca bireyin psikolojik yönden kuvvetlenmesi yada vücudu için yürütülen eğitici bir etkinlik değildir.

Bunla beraber bireydeki mesulliyet ve iş bağlantısı eğilimi ile sistem sağlama yeteneğini vurgu yaparak bireyin toplumlaşmasına da etkin rol almaktadır. Böylece spor hem birey hemde toplumsal imkan ve avantajların geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Bireysel hasıladan bireyin yaratıcı ve çalıştığı sahada istenilen randımanı sergilemesini düşünmekteyiz. Toplumsal hasıladan ise bireyin geliştirilen yetenek, bilgi ve kaliteleri ile toplumdaki sosyal ve iktisadi büyümeye faydasını idrak etmekteyiz (Erkal, Güven ve Ayhan, 1998).

Sağlıklı olmadan kaliteli insan gücünden randıman alınmaz ve istenilen yardımları bireylerden alınmaz. Genç nüfusun ruh ve beden yapısının terbiye edilip geliştirilmesinde en orantılı ve en tesisli araç; beden eğitimi ve spor eğitimi davranış faktörünün her çeşidini ve her ilkelerini kapsayandır (Erkal, Güven ve Ayhan, 1998).

Programlı ve düzenli bir şekilde tatbik edilen bedensel faaliyetlerin ardından bireyin bedensel birtakım rahatsızlıklarıyla alakalı pozitif yönde değişmesi ve bununla beraber kendisini fiziksel bakımından sağlıklı ve iyi hissetmesi fiziksel sağlık durumuna yönelik etkinin belirtileridir. Araştırmaların çoğunda, bireyin motorik iyiliğine ait kişisel performansı, yani spor etkinlikleri, bireyin kondisyonel yönden oldukça sağlam hissetmesiyle pozitif bir bağ kurduğunu göstermiştir (Özdilek ve Kılıç, 2006).

Şüphesiz spor, çağdaş toplulukların en geniş sosyo-kültürel faaliyetlerinden birisidir. Tüm entelektüel uğraşlardan daha çok etkiye sahip olan spor yaygın bir aktivite alanına sahiptir. Sporun toplumsal işlevleri olarak, toplumsal ve kültürel haz ile duyarlılık elde ettirir.

Kişilerin boş vakit kavramlarının sağlık değerlendirilmesine, hoşgörü platformun fazlalaşmasına, kişilerin ve toplumun sosyal mesuliyetlerini yerine getirmesine, sporla uğraşanların belirli bir pozisyon kişinin ait olduğu topluma

mensubiyet ruhunun gelişmesine yardımcı olur. Toplumların iktisadi, kültürel ve sosyal gelişmelerine yardımcı olur. Özellikle kişilerin ilgili oldukları topluma mensubiyet hislerinin pekişmesini sağlar. Netice olarak toplumsal beraberliğin oluşmasında yardımcı olduğu açıklanabilir (Yetim, 2005).

2.1.6. Sporun Toplumsal Etkisi

Uygar toplumlar, sporu, sosyal hayatın vazgeçilmezi olarak görmektedir. Geri kalmış yada gelişmekte olan toplumların genelinde sosyal hayattaki konumu ve değeri daha fark edilmemiştir. Toplumların, çağımızda spora bakış açıları genel yapısını ve düşüncesini yansıtır. Sporda gelişmiş devletler, aynı zamanda ileri ve uygar devletlerdir. Özetle spor gelişmişliğin bir ölçütü olarak düşünülebilir (Karasüleymanoğlu, 1989).

Spor insanların boş vakitlerini değerlendirmesi, sosyal hareketi ve ilişkileri arzulan seviyeye getirmesi, kültürel kaynaşmayı özendirme bakımından oldukça önemlidir. Spor, kültürün bir ögesi olarak, bireylerin ve toplumların fikir ve tutumlarını şekillendirmekte ve diğer kültür öğelerini etkileyerek ulusal özellikler kazandırmaktadır. Sporda toplulukları en ince ayrıntısına kadar derinden etkiler (Yazıcı, 2007).

Hangi seviyede değerlendirilirse spor daima bir takım toplumsal ilişkiler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Birey toplumun bir üyesi olması sebebiyle ekibin parçası daimi olarak devam etmekte, hareketleri bireyin öteki bireylerle etkileşiminin bir işlevi olmaktadır.

Toplumun büyük bir kısmını derinden ilgilendiren spor, sportif müsabaka sonucu farklılaşması ile kendini gösterse de bu vaziyet sınıfsal bir ayrımcılığa dönüşmez. Spor Coğrafi farklılıklar açısından incelendiğinde birçok sembolik ve toplumsal fonksiyonları olduğu görülür. İnsanları bir araya getirme vasıtası olan spor eğitimsel fonksiyonu yanında günlük hayatın kimi gereksinimlerini teminat altında tutmaya yönelik bir fonksiyonu olduğu da bilinmektedir (Yazıcı, 2007).

Spor kişi, ekip ve toplumlar arası işbirliğine sahip olur ve ahablığı kuvvetlendirir. Oyundaki tertip ve kaidelerle disiplin hissini geliştirir. Spor hayatı toplumsal olarak bir arada sürdermeye katkıda bulunur (Yazıcı, 2007).

Sporun farklı yararları incelendiğinde;

- Önderlik, arkadaşlık, hoşgörü, iyiyi, gerçeği ve güzeli takdir etme gibi kalitelikler kazandırması,
- Öz denetimi, başkalarına ve kaidelere saygıyı öğretilmesi,
- Faydalı yaşama alışkanlığının elde ettirilmesi,
- Ölçülü ve düzenli bir şekilde çaba harcamayı ve dinlenmeyi öğretmesi,
- Yeni bir gün ve etkinliğe hevesli ve güçlü başlamayı sağlaması,
- Birliktelik anlayışının gerçekleştirilmesi,
- Birlikte olma, birlikte çalışma ve kişinin toplumda kendisini belirtmesine imkan sağlaması olarak özetlenebilir.

Uygar topluluklarda, rekreasyonel davranışlar, sağlıklı ve istikrarlı bir hayat için en önemli uygulamalar olduğu söylenebilir. Fiziksel etkinlik ve rekreasyon katılım, ruhsal sağlık, aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri, toplumsal gelişim ile alakalı yararlar sağlayabilir (Şahan, 2007).

Spor vasıtası ile kişilerin, toplumu bilmesi, kaidelere uyması, gelenekleri ve görenekleri, iyiyi, gerçeği ve kötüyü ayırt edebilmesi, diğerlerine hoşgörü göstermesi, başarıyı ve başarısızlığı benimsemesi, kendine güven duygusunun gelişmesi, neşe, keder gibi özellikleri ve hissetme gibi özellikleri gelişecektir (Yetim, 2005). Bu nedenden ‘*yaşam boyu spor*’, ‘*kitle sporu*’, ‘*herkes için spor*’, ‘*sağlıklı yaşam için spor*’ gibi sloganlarla toplumların boş vakitlerini sporla değerlendirmeyi özendirecek etkinliklere önem verilerek, spora olan eğilim ve özendirmeler arttırılmaktadır (Erkan, 1982).

2.2. Sağlık Kavramına Genel Bakış

Dünya Sağlık Örgütü, 1947 yılında sağlığı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal bir iyilik hali” olarak

tanımlamıştır (Akça Ay, 2012). Sağlık kavramı evrensel bir kavramdır, sağlığın manası bireyden bireye, toplumdaki topluma ya da kültürden kültüre göre değişiklikler gösterir. Sağlığımız günlük hayat etkinliklerimizi yapabilmemiz için bir kaynaktır (Fertman ve Allensworth, 2012). Sağlığın özelliklerini yalnızca iyilik hali olarak değil, aynı zamanda insan bedeninin istikrar hali, sistemli büyümesi, tüm beden işlevlerinin yerine getirilebilmesi, bütünlük, üstünlük, kuvvetlenme ve bir kaynak olarak tanımlamıştır. Sağlık farklı bir söyleyişle kişi (konak), ajanlar (bakteriler, toksinler gibi) ve çevre arasındaki istikrarın sağlanması olarak da açıklanabilir (Fertman ve Allensworth, 2012). Sağlık bireylerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir hayat devam ettirebilmesi için önemli bir vaziyet ve haktır. Sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerini görmezden gelerek, yalnızca kişisel bir mesuliyet alanı olarak bakmak ahlaki açıdan da uygun değildir (Özvarış, 2011). Biyolojik bakımından sağlık; bedenin tüm hücrelerinin maksimum seviyede görev yapması ve hücreler arasında tam bir uyumun olmasıdır. Sosyolojik bakımından sağlık; kişinin kendisinden beklenen rol ve mesuliyetleri yerine getirebilmesi, çevresi ile pozitif bağlantılar oluşturma bilmesidir. Psikolojik bakımından sağlık ise; bireyin ani bir durumla karşılaşması halinde yaşadığı hisleri beklenmedik bir durumla bireyin karşılaşması halinde ve geliştirdiği üstesinden gelme yöntemleriyle durum ve çevresine uyum sağlayabilmesidir (Akça Ay, 2012). Sağlığın iyi olma hali birden meydana gelen ya da gelebilecek bir hal değildir. Anne karnındayken sahip olduğumuz genlerimiz ve dünyaya geldikten sonra da sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları gibi etmenler sağlığımızı etkilemektedir. Bunlar haricinde tükettiğimiz yiyecekler, fiziksel etkinlik seviyemiz, tütün ve sigara dumanına maruz kalma, sosyal etkileşimler, bulunduğumuz çevre ve farklı birçok etmenler sağlığımızı etkilemektedir (Fertman ve Allensworth, 2012). Sağlığı etkileyen bu etmenler göz önüne alınarak; sağlığın fiziksel, spritüel, ruhsal ve sosyal olarak bileşenleri oluşturulmuştur (Öz,2004; Kostak,2007; Aksungur ve ark, 2011).

2.2.1. Fiziksel Sağlık

Fiziksel tedavi ve türlü teşhis işlemleri neticesinde kişide hastalık yada herhangi bir bozukluğun olmamasıdır. Bireyin esas fiziksel ihtiyaçları beslenme, solunum, boşaltım, davranış, uyku ve cinsel hayat gibi gereksinimlerdir. Fiziksel

bakımından sağlıklı olan bir kişi bu esas fiziksel ihtiyaçları hepsini yerine getirebilmelidir (Öz, 2004).

2.2.2. Spritüel Sağlık

Spritüel (ruhsal) boyut, hayatın, sağlığın, hastalığın, üzüntünün, acının ve ölümün anlamının bulunmasında kişilere yardımcı olur. Geçmişte kişinin spiritüel boyutu, sadece dini işlevler ile sınırlı idi. Elison spiritüalizmi, vücut ve ruhun etkilendiği bununla birlikte de vücut ve ruhtan etkilenen "birleştirici güç" şeklinde açıklamıştır (Kostak.2007; Öz, 2004).

2.2.3. Ruhsal Sağlık

Kişinin kendisi ve çevresi ile devamlı bir uyum ve dengede olmasıdır. Ama bu denge sabit değildir, değişici ve esnek bir özelliğe sahiptir (Öz, 2004). Bir birey toplumda görevini tam manada yerine getirip, çevreye uyum sağlayabiliyorsa ruhsal bakımından sağlıklı olduğu söylenilir.

Ruh sağlığının parçaları: bireyin ruh sağlığı yaşamının birçok bölümünü etkilediğinden dolayı çeşitli parçalara sahiptir.

1. Kendini Yönetme (Self government): Kişinin sağlığı yerinde olduğu sürece kendi hayatını kendisinin yönetmesidir.
2. Gelişim Oryantasyonu (Growthorientation): Birey kendini gerçekleştirmek ve yeteneğini en üst seviyede kullanmak nedeniyle daima kendini geliştirmek ister.
3. Belirsizlik Toleransı (Tolarence of Uncertainty): Birey hayatındaki belirsizlikler ile yüzleşir. Ölüm doğrulunu benimser. Ölümün nasıl ve hangi vakitte olacağı ile alakalı kaygılar ile kendi dini inançları vesilesiyle üste çıkar.
4. Benlik Saygısı (Self Esteem): bireyin kendi becerilerinin ve hududunun farkında olması benlik saygısını belirler.
5. Çevre Yeterliliği (Mastery of theenvironment): Bireyin kapasitesini, yeterliliği ve çevresini etkileme ve çevresiyle mücadele etme etkinliğidir.

6. Gerçekçi Oryantasyon (Reality Orientation): Birey gerçek dünyayı kendi düş dünyasından ayırarak, gerçek dünyaya yönelik fiillerde bulunur.
7. Stres Yönetimi (Stres Management): Birey günlük hayatta birçok stres, endişe ve kaygıya sebep olabilecek hadiselerle karşılaşır ve bu hadiselerle mücadele etmek zorunda kalabilir (Öz, 2004).

2.2.4. Sosyal Sağlık

Kişinin çevresinde olan öteki kişilerle iletişimi, insanlar tarafından sevgi görmesi, aidiyet duygusu, işte çalışıp çalışmaması, aile içi yada iş akranlarıyla olan ilişkisi, dernek, tiyatro, sinema ya da sosyal faaliyetlerde bulunması gibi faktörler bireyin sosyal sağlığını belirler (Aksungur ve ark, 2011).

Sağlığı geliştirme ise; herhangi bir davranış yada yaşama durumu için, örgütsel, eğitim, çevresel ve ekonomik etkenlerin bir parçası olarak açıklanabilir. Sağlığı geliştirme emekleri yada bu alanda yapılacak olan planlamalar sırasında sağlık kavramı içerisinde bütüncül bulunan bileşenler göz önünde bulundurulmalıdır (Aksungur ve ark, 2011).

2.3. Sağlığı Koruma ve Geliştirme

2.3.1. Sağlığı Koruma

Bozhüyük ve ark. (2012) aktardığına göre, sağlığı geliştirme ve muhafaza etme ileri sürüldüğünde çoğunlukla bireylerin düşüncelerine önce hekim ile hastaneler gelirken, bir sonraki aşamada bireylerin esenliklerinin kendi hayat stillerine alakalı olduğu anlaşılmaya başlamıştır.

Hastalık ve sağlık belirlemede çok sayıda etmenin tesiri bulunmaktadır. Sağlık; kötü beslenme alışkanlıkları, yeteri kadar hareket yapmama, değişik stres etmenleri, bireysel özellikler, davranış ve tutumlardan etkilenir (Ebersole and Hess, 1990; Levvis and Collier, 1987; Stanhope and Lancaster, 1992).

Sağlığın muhafazası ve sağlığın ne şekilde devam ettirileceği konusunda, esenliği bozacak davranış ve tutumlardan sakınma halidir. Misal olarak; alkol kullanmanın esenlik bakımından ziyarı olduğunu bilen bir kişinin alkolü terk etmenin esenliğini düzenleyeceği yönündeki davranışına rağmen, alkolü kullanmaktan vazgeçmemesi doğru hareket olamayacaktır (Savaş ve Gedik, 1993).

Sağlığı muhafaza hareketi, ferdin sağlığı devam etmek ve hastalıktan sakınmak için sarfettiği gayretler, sağlığı muhafaza hareketleri olarak belirtilmektedir. Sağlıklı kişi ve toplumun inşası böyle hareketlerin alışkanlığa ve hayat şekline dönüştürülmesine bağlıdır (Demir ve ark, 2015). % 40 derecede sigara tüketmeye başlama yaşı 15-19 civarı olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ve dünya’da 15 yaş üzerindeki bireylerin % 45’nin sigara tiryakisi olduğu açıklanmaktadır (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000). Adolesan dönemdekiler de baz alındığında ülkemizde 16,5milyon bireyin düzenli şekilde sigara kullandığı kestirilmektedir (Hardrick and Lindsey, 1996). Bu sonuçlar, Türkiye’de ve dünya’da sigara tüketmenin toplumsal meseleye dönüştüğünü göstermektedir.

Gençlerde ve yetişkinlerde görülen mortalite ve mirbidite teşkiline en önemli etki eden esenlik riski hareketleri genellikle gençlik zamanlarında elde edilmekte, yetişkin yaşamına taşınmaktadır. Bu hareketler, önu kesilebilir niteliktedir. Bu sebeple sağlıkla alakalı doğru hareketlerin sergilenmesi, genç bireylerin esenliğini bozacak hareketleri ve yaşanan farklılıkların gözlemlenmesi, bu hareketlerini etkileyen etmenlerin ortaya çıkarılması ve tedbirlerin oluşturulması gerekmektedir (Grunbaum et al, 2004; Steptoe et al, 2002).

Sağlıklı bir hayat, erken yaşlarda sağlıklı hayata dair alışkanlıklara sahip olma-olmamasına bağlıdır. Yaşamın erken evrelerinde sağlığa dair elde edilen hareketler, yaşamın daha sonraki evrelerindeki hayat biçimini ve ona bağlı hastalık tehlikelerini etkilemektedir. Gençlikte elde edilmiş sağlıksız hareketleri yetişkinlikte değiştirmek güç olduğundan dolayı bu tür hareketlerin erken zamanlarda tespit edilerek doğru hareketlere çevrilmesi sağlanabilirse, yetişkinlikte meydana gelmesi olası sağlık tehlikeleri de önlenabilir (Landsberg et al, 2010; Gall et al, 2009; Güler ve ark, 2008; Lowry et al, 2000). Bu sebeple, genç bireyler arasında sağlıklı hayat şekli hareketlerinin genişletilmesi önem teşkil etmektedir (Tot ve Yazıcı, 2004).

Şenel ve arkadaşlarının Mersin’de düzenledikleri araştırmada üniversite öğrencilerinden sürekli alkol tüketenlerin oranı % 43,9, bu zamana kadar bir defa alkol tüketenlerin oranı % 50,5 olarak saptamışlardır. Bununla beraber madde tüketimiyle de, sağlık hareketlerinin riskli olmasını harekete geçiren önemli etmen olarak belirtilmektedir (Siyez ve Siyez, 2007). Bu sebepten kişilerin sağlıklı hayat hususunda bilinçlenmeleri, sağlıklarını korumaları, hayat şekillerini iyileştirmeleri noktasındaki kendi vazifelerini idrak etmeleri ve bununla beraber tehlikeli hareketlerden sakınarak sağlığı geliştirici ve koruyucu hareketleri uygulamaya konulması oldukça önem arz etmektedir (Erdoğan ve ark, 1994). Sağlığın muhafaza edilmesi sosyal, fiziksel ve biyolojik etrafın pozitif duruma çevrilmesi, bununla beraber bireye göre tedbirlerin de ihmalkar olması önlenebilir (Bozhüyük, 2010).

2.3.2 Sağlığı Geliştirme

Sağlığın geliştirilmesi; bireylerin esenlekleri üzerindeki SYBD’ni benimseyerek kontrol denetlemelerini arttırabilme ve hayat şekillerinde olumlu yönde değişimler yapmaları gerekmektedir (Güler ve ark, 2008; Özkan ve Yılmaz, 2008). Sağlığı geliştirici hareketleriyle alakalı soruşturmalar, kişiye mesuliyet yüklemenin sağlığı geliştirmede yetersiz bir yaklaşım olduğunu belirtmektedir. Koçoğlu ve Akın (2009)’ aktardığına göre, Whitehead ve Dhlgren (1997) geliştirdikleri sağlık modelinde sosyal ve iktisadi çevrenin bir sonucu olduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, kişisel tercihleri sonucunda olmadığını belirtmektedir.

Green ve Kreuter (1991), sağlığın geliştirilmesi için toplum, grup ve birey hareketlerinin iktisadi, çevresel ve örgütsel dayanaklar ile beraber sunulacak sağlık eğitimleriyle geliştirilebileceğini belirtilmektedirler. Sağlığı geliştirmekteki gaye, geniş kitlelere doğru sağlık hareketlerinin sunulması sağlanmasıdır. Birey, sağlığın geliştirilmesiyle sosyal mesuliyet ve kişisel seçimleri olumlu yönde eksikliğini gidererek esenliklerini geliştirmeleri sağlanabilecektir (Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, 2011).

Vakit ilerledikçe sağlık bakımı ücretlerinin yükselmesi ve karşılaşılan sağlık sorunlarının hayat şekliyle bağlantılı olduğunun belirlenmesiyle beraber sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi mevzuları üzerinde daha çok ilgilenilmiştir (Edelman and

Mandle, 1986). sağlığı geliştirme ve hastalıkların önüne geçmesi, sağlıklı yaşam biçiminin kabullenmesi ve Olumlu sağlık hareketlerinin dayanaklandırmasında, kilit noktaya sahiptirler (Semerci, 2007).

SYBD eğitimle gelişir ve değişime uğrar SYBD'nı geliştirmenin ilk hamleleri ise aile ve cemiyette atılır (Alpar ve ark, 2003). Sağlığın geliştirilmesinde öğrencilere sunulacak eğitim sistemleriyle, muhittekilerin ve kendilerinin sağlıklarının geliştirebilmesi muhtemel görölmektedir (Tambağ ve Turan, 2012). Yaşam müddetinin uzatılması, hastalıkların hafifletilmesi, hayat niteliklerinin arttırılması ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında Sağlığı geliştirme yöntemiyle katkıda bulunur. yaşam şekillerinin geliştirilmesi ile sağlıklı bir muhidin oluşturulması, kısa sürede sağlığa dair tehlikelerin hafifletilmesi, orta vadede ise olumlu sağlık hareketleri gibi yararlar, sağlığın geliştirilmesi süreci neticesinde ortaya çıkabilecektir (Özvarış, 2011).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık okur-yazarlığı kişinin sağlıklı durumunu koruma ve geliştirmek maksadıyla, bireyin sağlık bilgisine erişmek, anlaması ve bilgiyi kullanması için kişinin kabiliyeti ve güdülemeyi tanımlayan, sosyal ve öğrenme odaklı becerileri olarak açıklamıştır. Bireylerin sağlık bilgisine erişmesi ve sağlığı daha etkili bir biçimde kullanma yeteneğini geliştirmek, sağlık okuryazarlığını kuvvetlendirmek için önemlidir

Sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla yapılan bütün çalışmalar, bireylerin sağlık hareketlerini etkilemektedir. Sağlıklı olma açısında gerçekleştirilen bilgi, yürütüm ve yaklaşımların bütünü sağlık davranışı olarak isimlendirilir. Sağlık eylemi pozitif ise sağlığın gelişmesine, negatif sağlık eylemi ise (alkol ve sigara içme gibi) hastalığa sebep olan faktörlerden biri olabilmektedir

Sağlık eylemleri, kişinin sağlığını yada toplum sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sergilediği eylemler bütünüdür (Alıcı Ulupınar ve Sarıkaya, 2009). Kişilerin sağlıklarıyla alakalı risk alma eylemlerini etkileyen eksternal ve internal faktörler bulunmaktadır.

İnternal aktörler

- Bilgi
- Davranış
- İnanç
- Değerler
- Eğitim düzeyi

Eksternal faktörler

- Hizmete erişme
- Hizmeti elde edebilme
- Ekonomik olarak karşılayabilme (Özvarış, 2011; Güler ve Akın, 2012; Esin ve Aktaş, 2012).

Pender'e göre sağlığı geliştirmek amacıyla sağlıklı yaşam şeklini oluşturulması, bu sebeple eylemlerin sağlığı olumlu alanda etkileyecek biçimde değiştirilmesi hedeflenmelidir. Pender, bu konuyla ilgili sağlıklı yaşam biçiminin "sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi" şeklinde çift yönlü olduğu açıklamıştır (Özvarış, 2011).

Fiziksel aktivite, beslenme, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlıksal sorumluluk, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir (Aksoy, 2010; Bahar ve ark., 2008; Al Ma'aitah ve ark., 1999; Sönmezler ve ark., 2012).

2.4.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kişinin yaşamı boyunca devam eden bir süreci ifade eder. Her bireyin belirli bir kendini gerçekleştirme seviyesi vardır. Kişilere uygulanan eğitimin maksadı, kişinin kendini gerçekleştirme seviyesini gerçekleştirmek ve en uyumlu düzeye çıkarmaktır (Açıkgöz, 1996).

Maslow, kendini gerçekleştirmeyi, kişinin bütünüyle odaklanarak benimseyerek hayatı dolu ve neşe ile sürdürmesi şeklinde ifade eder. Kendini

gerçekleştirebilmiş, farklı ifadeyle ruhsal açıdan sağlıklı kişiler kendilerini oldukları gibi benimser ve kendilerinden şikayetçi olmaz. Aynı şekilde kendileri ile barışarak bu sayede noksanlık ya da yanlışlarından rahatsız olmazlar (Erkan, 1990).

Kendini gerçekleştirmeyi başarmış kişi, kendisini bilir, kuvvetli ve güçsüz yönlerini bilir, malum bir program dahilinde belirli bir hedefe yönelik bir hayat sürer, sahip oldu başarıların farkındadır. Kişinin kendisini takdir etmesiyle mutlu olması, kendinin kıymetli olduğuna inanması da bireyi kendini gerçekleştirmeyi başardığının göstergesidir (Bottorff ve ark, 1996).

Aşağıdaki niteliklere sahip olan bireyler, maslow'a göre kendilerini gerçekleştirmeyi başarabilecek yapıdaki sağlıklı kişilerdir;

- Gerçekçi olmak
- Tabiatı, kendisini ve diğerlerini kabul etmek
- Sorunların çözümüne yönelik olmak
- Özerkliğe sahip olmak
- Başkalarına yönelik sıcakkanlılık, duygudaşlık ve acıma duygularını geliştirmek
- Bireyler arası güçlü bağlantılar kurmak
- Demokratik kişilik düzenine sahip olmak
- Gayeyi araçtan ayırmak
- Felsefi mizah duygusu geliştirmek
- Yaratıcı olmak
- Özel ve yalnız hayattan haz almak
- Günlük hayatında yenilikçi olma
- İç güdüsel davranma (Kılıççı, 2000).

2.4.2. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Kişinin bir hedefe ulaşma amacıyla bulunduğu yerde alan değiştirebilmesi amacıyla kassal faaliyetlerde bulunması sadece bedensel yönden değil, ruhsal yönden de kişinin sağlıklı olması ve sağlığını devam ettirebilmesi açısından önemlidir (Parmaksız, 2007).

Egzersiz ile fiziksel aktivite tanımları değişik manalar taşırlar. Aralarındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük uyguladığımız sıradan eylemler, oturmak, kalkmak, dolaşmak, yıkanmak, her çeşit adale eylemlerini kapsamaması; egzersizin ise genellikle bir spor etkinliği dahilinde olabilecek özel, devamlı ve sistemli olan kas eylemleridir (Parmaksız, 2007).

Sağlıklı beslenmeyle beraber uygulanan sistemli egzersizin, tansiyonu normal seviyede tuttuğu, akciğerlerde vital kapasiteyi arttırdığı, oksijen alımını sağlayan faaliyete sahip olduğu lipit yağ metabolizmasına pozitif katkıları olduğu bilinmektedir (Çakır ve ark, 2002).

Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) yükseltirken, bazı vaziyetlerde toplam düşük dansiteli lipoproteini (LDL) indirerek daha fazla HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı tehlikesini düşürmektedir, ayriyeten yüksek plazma trigiliserid seviyesini de azaltmaktadır (Gordon larsen ve ark, 2009).

Amerikan kalp vakfi, kardiyovasküler rahatsızlıkların meydana gelmesinde egzersizin olmamasını tehlike etmeni şeklinde değerlendirmektedir. Spor yapılması suretiyle tekrardan hareketlilik oluşması sonucunda, birey adına daha nitelikli bir hayattan bahsedilebilir. Bununla egzersiz ve sporun önemli bir görevi olan ‘‘herkes için sağlık’’ sloganı ile meydana çıkan ve insanların sağlıklarını korumayı hedefleyen yönünü belirtmektedir. Sağlıklı hayat için egzersiz fikri ile 1950’li senelerden sosnra önemli araştırmalar yapılmıştır. Araştırma neticeleri esas fizyolojik görevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun neticesi olarak koroner kalp hastalıkları ilk sırada olmak üzere pek çok hastalığın düşürülmesinde koruyucu tesiri olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, endişe, stres, depresyonun dşrlmesindeki rolünü ortaya çıkarmıştır (Erkan, 1998).

Obezitenin artışındaki önemli etmenlerinden birisi sedanter (hareketsiz) hayat biçiminin fazlalaşmasıdır. Hareketlilik sadece fizyolojik bakımdan değil, psikolojik bakımdan da kişinin sağlıklı olması ve esenliğini devam ettirmesi açısından önemlidir. Bu alanda yapılan araştırmada, herhangi bir sağlık sorunu olmayan bireyler ile kalp hastalığı olan bireyler araştırılmıştır. Araştırma neticesinde olan bireylerin % 11’inin, herhangi bir sağlık sorunu olmayan bireylerin ise % 26’sının

sistemli olarak egzersiz yaptıkları tespit edilmiştir. Fiziksel bakımdan aktif olan bireyler sistemli beslenmekte, sağlıklı olmakta ve öteki bireylerden daha uzun yaşamını sürdürmektedirler (Wicklin, 1992).

Fiziksel aktivite esas düzeyinin üstünde enerji tüketimini artıran ve iskelet adalelerin büzüşmesi ile oluşan beden hareketleri olarak tanımlanır. Farklı bir söylemle, enerji tüketimini fazlalaştıran bütün aktiviteler fiziksel aktivite olarak bilinir, bu kavram bir aktivite esnasında ne kadar geniş kas kütlesi pozitif durumda ise bir o kadar da enerji tüketimi demektir (Parmaksız, 2007).

Fiziksel aktivitelerin biyolojik avantajları;

- Kardiyovasküler, solunumsal ve sindirim sistemi elemanları daha sistemli ve randımanlı çalışır.
- Vücut bileşenleri daha dayanıklı ve oldukça elastiktir.
- Dinlenik nabız ve tansiyon, lipit, kolestrol ve LDL (Low Densty Lipoprotein) azdır. Bu sebeple aterioskleroz gelişimi görülmez.
- Merkezi sinir sistemi daha düzenlidir.
- Obezite, düztabanlık, anatomik duruş problemleri ve adale atrofi azalır (Kalyon, 1995).

Bu zamanda sağlıklı olma çabası ve fiziksel uygunluğun sağlanması, tüm bireylerin genel gayesi olmuştur. Bu gayenin gerçekleştirilmesi ise yeterli ve dengeli beslenme ile beraber sistemli egzersiz yapmaktan geçer. İyi bir postür ve beden simetrisi için planlı ve sistemli bir egzersiz programı gerekmektedir. Bu program fiziksel uygunluğu geliştirmeye yönelik olmalıdır. Fiziksel uygunluğu gelişen kişinin esnekliği, gücü, kalp dolaşım sistemi, dayanıklılığı ve beden kompozisyonu gelişmiş demektir (Chen ve ark, 2009).

2.4.3. Beslenme

Beslenme; gelişimin, düzenli ve randımanlı bir biçimde uzun süreyle hayatı sürdürmek açısından besin elemanlarından gerekli olan enerjiyi yeteri kadar alarak, en faydalı biçimde bedende kullanmaktır (Yücen, 1999).

Sağlıklı olma ve sağlığı kollamanın önemli elemanlarından birisi, uygun ve dengeli beslenmedir. Beslenme kronik hastalıkların oluşmasında baş gösteren değiştirilebilir bir etmendir. Çağımızda beslenme meseleleri arasında en fazla rastlanan yetersiz ve aşırı beslenmedir. Özellikle aşırı beslenmeye bağlı yaygınlaşan obezite, çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birisidir ve dünyada 1.1 milyar kişi aşırı şişman ya da obezdir. Ülkemizde ise farklı araştırmalarda obezite yaygınlığı % 22 ile % 30 arasında bulunmuştur (Arslan ve ark 1999; Korugan, 2000).

Hayatın tüm evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu sürdürmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile imkanı olduğu bilinmektedir. Beslenme alışışlıkları, hayatın erken evrelerinde kazanılır ve vücudu beslenmenin ötesinde sosyo-kültürel yapıdan, ekonomik seviyeden, duygusal halden etkilenir.

Beslenmenin sağlıklı olması açısından, yeterli ve dengeli olması gerekir. Gündelik tüketilen besinler kalori açısından yeterli olmalı, iyi nitelikte protein barındırmalı, doymuş yağlar, kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalıdır. kompleks karbonhidrat, minareller ve vitaminler açısından zengin ve posalı olmalıdır. Yeme alışkanlıkları besin tercihlerindeki değişikliklere rağmen, tüm bireylerin sağlık için aynı esas besin maddelere gereksinimleri vardır (Atilla ve Bosi, 1997; Gordon larsen ve ark, 2009).

Beslenme ile alakalı bilimsel çalışmalara esas besin maddeler;

- Kalori sağlayan besin maddeleri
- Proteinler (et, süt, balık, baklagiller vb.)
- Karbonhidratlar (tahıllar vb.)
- Yağlar (tere yağı margarin vb.)
- Vitaminler (sebze ve meyveler)
- Mineraller (Sodyum, potasyum, kalsiyum vb.) dir

Yapılan birçok epidemiyolojik (salgın hastalıklar) araştırmada kolesterol ve yağdan az olan besinleri tüketen toplumlarda, koroner kalp hastalıkları, artero skleroz (damar sertliği) ve katılaşan kan kitlesi ya da kan içindeki bir cismin damarı tıkama tehlikesi çok az sıklıkla rastlanmaktadır. Özellikle doymamış yağ asitlerini barındıran bitkisel sıvı yağlar (oleik asit) ve steraiik asit (doymuş yağ) dediğimiz ve

tereyağında yer alan yağ asitleri LDL'nin (düşük yoğunlukta lipoprotein) kan kolestrol düzeyinin azalmasında rol alır (Atilla ve Bosi, 1997; Gordon larsen ve ark, 2009).

Genç ve yetişkin kişilerin bazal metabolik kalori gereksinimi 1200-1450 kaloridir. Kalori açısından yetersizlik halinde zayıflık, aşırı tüketilmesi sonucu vücutta yağ oranının fazlalaşması ile şişmanlığa sebep olur. Beslenme, kronik rahatsızlıkların belirmesinde rol alan, değiştirilebilir bir etmendir.

Sağlıklı ve düzenli beslenen kişilerde, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık oranını belirlemede DSÖ tarafından önerilen (B.K.İ) Beden Kitle İndeksi çok kullanılan bir yöntemdir. 18.5 kg/m'nin aşağısında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m aralığında ise normal kilolu, 25-29.9 kg/m aralığında ise fazla kilolu, 30-34.9 kg/m aralığında ise orta derecede şişman (1. Derece), 35-39.9 kg/m aralığında ise ağır derecede şişman (2. Derece) 40 kg/m üstünde ise çok ağır derecede şişman (3. Derece)'dir (Sönmezer, 2009)

2.4.4. Kişilerarası Destek

Sağlığın geliştirilmesinde bireylerarası bağlantının ve dayanağının etkinliği oldukça büyüktür. Bireylerarası bağlantı kavramı bireyin; aile ve arkadaş bağlantılarını, toplum grupları ile olan bağlantısını içermektedir. En önemli nokta doğru ve uygun iletişimin sağlanmasıdır (Aksoy, 2010).

Birey hayatının herhangi bir döneminde hastalık, ayrılık, ölüm, ekonomik yetersizlikler gibi türlü sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu dönemde bireyin çevresiyle sağladığı iletişim ve çevresinden aldığı yardım çok önemlidir (Aksoy, 2010).

Bireylerarası desteğinde bulunan kişilerin karşılık beklemeden, güven sağlayıcı bir davranışla bağlantı kurup kişiye yardım etmesi hayatında sorun yaşayan kişinin üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Çevre yardımını alan kişinin problemlerin üstesinden gelmesi kolaylaşır ve kişinin yaşam kalitesi artmaktadır (Aksoy, 2010)

2.4.5. Stres Yönetimi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından bir diğeri ise, stresle uygun biçimde üstesinden gelebilmektir. Kişi yaşam boyu strese sebep olan faktörlerle karşı karşıyadır. Strese verilen tepkiler uzun süre diliminde kronik rahatsızlıkların oluşmasına alan hazırlamaktadır. Bu rahatsızlıklar baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel rahatsızlıklar olduğu gibi psikolojik ve zihinsel rahatsızlıklar da olabilir (Kerr ve ark, 1990).

Stres kişinin hedeflerini gerçekleştirme teşebbüsünde uyuşmazlık yada engellerle karşılaşmaları halinde yaşadıkları bir olaydır (Balcı, 2005).

Hayatın her alanında karşılaşılan stres, bireylerin bir tehdit yada güçlük bakımından algıladıkları hallere karşı içe dönük sergiledikleri bir tepkidir. Dış çevreyle etkileşim sonucu kimi zaman baskı kimi zaman hazır olmadıkları bir tepki yada vaka neticesinde maruz kalınan bir hal olduğu gibi, bireyin iç dünyası ile alakalı faktörler neticesinde meydana çıkabilir. Özellikle çağımızın hastalığı olarak görülen stresin birçok nedeni bulunmaktadır ve bu stres faktörleri öfke, hayal kırıklığı, gerilim, şaşkınlık gibi tepkilerle belirir (Durna, 2006).

Kaçınılmaz bir biçimde bireylerin karşısına beliren stres, geliştirilen üstesinden gelme teknikleriyle kontrol altına alınabilir ve yönetilebilir duruma gelmiştir. Stresi bütünüyle yok etmek çok güç olduğu gibi, belirli bir orandaki stresinde birey hayatının bir parçası olduğu, motivasyon, dikkat ve duyarlılık gibi konulara olumlu etki sağladığı ifade edilmektedir. Stres; bireylerin hayatlarını oldukça yakından etkilemektedir. Strese karşı uygun bir oranda bilinç geliştirmesi ve hassas olunması bireylerin çevrelerine daha iyi uyum sağlamalarına sebep olacaktır. Strese sebep olan temel etkenlerin ne olduğunun bilinmesi, alınacak önlemlerin neler olabileceğine yol gösterecektir (Durna, 2006).

Stres hayatın önemli bir parçası olup bireye çevresindeki uyaranlara rağmen daha iyi davranma imkanı sağlar. Bu halde kişi, çevreden gelen etkilere tepki göstermeye yeteri kadar enerjinin olmaması demektir. Stresin fazla olması ölümcül olabilir. Bu durumda ise kişi fazla enerji harcamakta ve tükenmektedir. Çözüm, her

kişinin kaldıracağı seviyede stres ile doyumlu ve olumlu bir yaşam devam ettirebilmesidir (Durna, 2006).

2.5. Vücut Kompozisyonu

Vücut kompozisyonu yaygın olarak yağ, kemik, kas hücreleri, diğer organik maddeler ve hücre dışı sıvılarının orantılı bir biçimde bir araya gelmesiyle oluşur. Vücuttaki organ ve üyelerde benzeri olmakla beraber tüm bireylerin birbirinden değişik fiziksel kompozisyonu mevcuttur (Zorba ve Kartal, 1995).

İnsan yaşamını yakından ilgilendiren vücut kompozisyonu etkileyen etkenler; cinsiyet, yaş, kas yapısı, fiziksel etkinlik düzeyi, rahatsızlıklar ve beslenme olarak ele alınabilir (Zorba ve Ziyagil, 1995).

Vücuttaki fazlalık, genel ve önemli bir sağlık sorunudur. Bu durum, hipertansiyon, hiperkolestrolemi, diyabet ve koroner kalp rahatsızlıklarıyla çok yakından bağlantılıdır. Vücut kompozisyonunun değerlendirilmesinde, genel olarak yağ ve yağsız doku parçaları kullanılmaktadır (Bilgin, 1995; Zülkadir ve ark, 1997).

Birçok sporda en etkili performans için bir yağ seviyesi belirlenmiştir. Toplam vücuttaki yağ fazlalığı ile kardiyovasküler rahatsızlıkları arasındaki bağlantı, uzun zamandan beri bilinmektedir. Geçtiğimiz senelerde, vücuttaki yağ fazlalığının yüksek rahatsızlık ve ölüm oranıyla (Örneğin; glikoz intoleransı, kan-lipid bozuklukları, hiperinsülemi gibi) bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Bilgin, 1995).

Fazla kilo problemi olarak meydana çıkan yağ birikiminin uzun süreli ve az tempolu hareketlerle düşürüleceği ve kalp damar sistemi rahatsızlıkları dahil birçok sağlık probleminde önünü kesebileceği kanıtlanmıştır (Jhonson ve ark, 1992).

Yağlar, hazmedildikten sonra emilerek lenf düzeni ile taşınır, kana katılarak ya yakılıp harcanmak üzere adalelere gönderilir ya da alıştırma yapılmıyorsa depolanmak üzere farklı alanlardaki yağ hücrelerine gönderir ya da öncelik olarak deri altında biriktirilir. Yemekten sonra kanda yağ asidi miktarı çoğalmış haldedir. Hayat tarzı aktif olan kişiler, aktiflikleri ile bu, kan serbest yağ asidi seviyesini az tutarlar, bu nedenle kalp- damar rahatsızlıklarına daha az oranda yakalanırlar. Çünkü

bu tür hafif alıştırma biçimdeki hareketlilik, yağların metabolize edilip ve yağ kökenli maddelerin atardamarda birikerek, damar sertliği oluşmasına engel olur. Bedende taşınan yağ dokusu ek bir yük olarak, sportif başarıyı olumsuz yönde etkilemektedir. Vücut yağ oranı, bireylerin yaşına, spor alanına, başarı düzeyine, beslenmesine ve popülasyona göre farklılık göstermektedir. VK'nun belirlenmesinde, vücut yağ oranı kullanılabilir. Vücut yağ oranı, farklı deri altı yağ dokusu kalınlıklarının ölçülmesinden sonra, elde edilen değerlerin formülde yerine kullanılması ile kolayca hesaplanabilir (Bilgin, 1995).

Bedenimizdeki suyun ağırlığı beden ağırlığımızın 2/3'ünü oluşturur. Bu durumda örneğin kadınlarda adet döneminin başlangıcında ya da sonucunda rahatlıkla bir iki kiloluk farklılıklar oluşabilir. Bu sebeple "zayıflamak" ile "kilo vermek" iki farklı konudur. Zayıflamak, fazla olan yağın eritilmesi olup, lüzumsuz yere vücudun suyunu attıran ve tehlikeli sonuçlara sebep olan ilaçlara başvurulmaz (Montignac, 1997).

Step hareketleri esnasında oluşan su kaybı kesinlikle karşılanmalıdır. Bedenin % 60-70'ini oluşturan sıvı oranı düştüğünde dehidrasyon oluşur ve baygınlıklara kadar birden fazla etki görülecektir. Alınması gereken sıvı hipotonik, ortam sıcaklığında olmalıdır ve hareket esnasında aşırıya kaçılarak tüketilmemelidir (Özcan ve Dursun, 1995).

Beden ağırlığının normal değerleri ile alakalı birden fazla tablo vardır. Bu tablolar; yaş, cinsiyet, boy ve beden ağırlığı değerlerinden çıkarılmıştır. Ama bu tablolardan her daim doğru sonuç elde etmek mümkün değildir. Yine tablolar çoğu kez yaşla hafif bir ağırlık fazlalaşmasını öngörmüştür. Oysaki yaş ilerledikçe organizmada metabolik aktif hücrelerin sayısında bir eksilme, 25 yaşından sonra on yılda bir % 3 oranında meydana çıkmaktadır. Bu sebeple bazı bilimcilere göre tablolara sürekli güvenilmemelidir; bir birey yağ oranı fazla olmadığı halde beden ağırlığı fazla olabilir ya da beden ağırlığı az olan biri fazla yağlı yani şişman olabilir. Görüldüğü gibi beden yağ oranının da değerlendirilmesi şişmanlıkta önem teşkil eder (Akgün, 1993).

Zayıflamada en iyi yöntem bedenın sıvı seviyesini ve protein oranını bozmadan sadece yağları eritmektir. Zayıflamak için dengeli ve iyi düzenlenmiş, kalorisi belli bir diyetin yanı sıra beden alıştırmalarında yapması gerekir. Yetişkin bireylerde beden ağırlığındaki değişimler daha ziyade beden yağındaki değişimlere bağlıdır ve beden yağ oranı bedene giren enerjinin harcanan enerjiden ne derece fazla olduğunu gösterir. Fizyolojik bakımından yetişkinin beden ağırlığı bir takım homeostatik mekanizmalarla sabit tutulmaya çalışılır. Sabit tutulmada rol alan yeme eyleminin temelini açlık ve tokluk oluşturur. Açlık-tokluk hipotalamustaki merkezlerin denetimi altındadır. Fazla kilolardan kurtulma sadece sporcular için değil günümüzde sporcu olmayan pek çok kişi içinde önemli bir mesele halindedir. Kilo ayarlama da en ideali diyetle beraber düzenli beden alıştırmaları yapmaktır. Alıştırmaların diyetle beraber yürütülmesinin en önemli faydalarından birisi de beden proteinlerinin korunması ve yağların daha yüksek oranda hareket edilmesidir. Özellikle aerobik alıştırmalar yağların yakılmasında ve proteinlerin korunmasında etkili olmaktadır (Akgün, 1993).

Obezitenin komplikasyonları en iyi bel bölgesinde oluşan yağ (abdominal obezite) ile alakalıdır. Jinoid obezite, kadınlarda sık rastlanan alt beden tipi obezitede Santral obezite android olarak isimlendirilir. Bu iki tip obeziteyi birbirinden ayırmak için Karın-kalça oranı kullanılır. Kalça kemiği (iliak kanat) ve bel bölgesi kostalar (kaburgalar) arasındaki ayakta durumda en uzun yatay (horizontal) alandır. Ölçüm esnasında hata oranlarını azaltmak için ölçüm yapılan bireylere midelerini kasmamaları istenir ve sabit gerimli bir mezura kullanılabilir. Kemik yapıların çoğunu omurga hariç, büyük kas kütlelerini kapsamaz ve vücut yağını bel bölgesi ölçümü yansıtır. Bu sebeple hata oranlarını bireyler arasındaki değişkenler fazla etkilemez. Koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için bel çevresi erkeklerde $\geq 102\text{cm}$, kadınlarda $\geq 88\text{cm}$ önemli risk artışı; bel çevresi kadınlarda $\geq 80\text{cm}$, erkeklerde $\geq 94\text{cm}$, risk artışı gösterir (Kopelman, 2003).

2.6. Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi (BKİ) bütün beden yağı ile bağlantı gösteren beden ağırlığının kilogram türünden ederinin, boy uzunluğunun metre türünden karesine bölünmesiyle kg/m^2) bulunan ve günümüzde en sık kullanılan yöntemdir (Çağlayan, 2008; Çayır, 2009; Öncü, 2009; Üçok ve ark., 2009b). Quetelet tarafından bu tanım ilk defa 1835 senesinde açıklanmıştır (Özkarafakı, 2009).

BKİ tıbbın bir çok alanında bir yandan hasta gruplarını açıklamada kullanılan bir ölçüt, bir yandanda risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Çatalyürek ve ark., 1999). Ayrıca BKİ ölçümü kolay ve basit olduğundan dolayı özellikle aşırı kalabalık grupların ölçümünün yapıldığı epidemiyoloji çalışmalarda sürekli kullanılır (Sevimli, 2008). BKİ ve özellikle de beden yağ oranı ölçümü başta obezite, kardiyoloji ve nefroloji olmak üzere bir çok klinik bilimlerinde, spor bilimlerinde ve halk sağlığı ile alakalı bölümlerde sık olarak kişilerin sağlık durumu hakkında bilgilenmesi amacı ile yapılmaktadır (Kaya ve Özçelik, 2005).

BKİ, yetişkinlerde boy ve kilo değerlerinde rahat ulaşılabilen, cinsiyet farkı yapılmadan bütün kişilere uygulanabilen, klinik değerlendirmede deri altı ve toplam beden yağının iyi bir belirtisi olarak kabul edilen geçerli bir standart boy-ağırlık indeksidir (Sivaslı ve ark., 2006; Çayır, 2009). BKİ; kas, kemik, yağ gibi bileşenlerinin oranlarını ayıramaz (Özkarafakı, 2009). BKİ beden yağ kütlesi ile ilgili direkt bilgi vermez ve aşırı kas kütesinden dolayı bazı bireylerin BKİ fazla bulunur (Guyton ve Hall, 2006).

BKİ kullanımı, çocuklarda, hamile bayanlarda ve kas oranı fazla olan sporcularda sağlıklı sonuç vermez (Çayır, 2009). Son senelerde çocukların hallerinin değerlendirilmesinde yaşa ve cinse göre hazırlanmış BKİ kaynak değerleri kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Fakat beden yağ yüzdesinin cinsiyet ve etnik yapı gibi özelliklerden etkilenmesi, bütün milletler için tek bir standart kaynak değerleri kullanımını engellemektedir. BKİ için kullanılan kaynak değerler her devlette değişiklikler gösterdiği gibi, bir devletin değişik alanlarında ve hatta aynı alanda yaşayan değişik ırklarda bile önemli değişiklikler gösterebilmektedir. BKİ ırklar ve değişik cinsiyetler arasında ufak değişiklikler gösterir, fakat her ırkta yaşa göre

yükseliş benzeridir (Çatalyürek ve ark., 1999). BKİ ortalamaları yaşla beraber yükseliş göstermekte ve erkeklerde bayanlara nazaran biraz daha fazla olduğu görülmektedir (Sivaslı ve ark., 2006).

DSÖ'nün kabul ettiği, BKİ değerlerine göre kişiler; zayıf, normal, kilolu, obez olarak bölümlendirildiği gibi obezlerde aralarında bölümlere ayrılabilir (Çayır, 2009).

Günümüzde obeziteyi sınırlamak için DSÖ'nün 1988'de Garrov'un tanımlamış olduğu BKİ değerleri kullanılmaktadır (Çağlayan, 2008). BKİ, 1990'lı senelerde mertebeli biçimde evrensel olarak onay alan bir obezite derecesi ölçütü olmuştur.

Tablo 1. BKİ değerlerine göre aşırı kilolu ve obezite bölümlendirmesi (Karamahmutoğlu, 2007).

Tablo 1. BKİ Değerleri

BKİ	DSÖ Bölümlendirmesi	Genel Tanım
<18,5	Düşük Kilolu	Zayıf
18,5-24,9	Sağlıklı, Normal	Normal Kilolu
25,0-29,9	Pre- Obez	Fazla Kilolu
30,0-39,9	Obez	Şişman
≥40	Morbid Obez	Aşırı Şişman

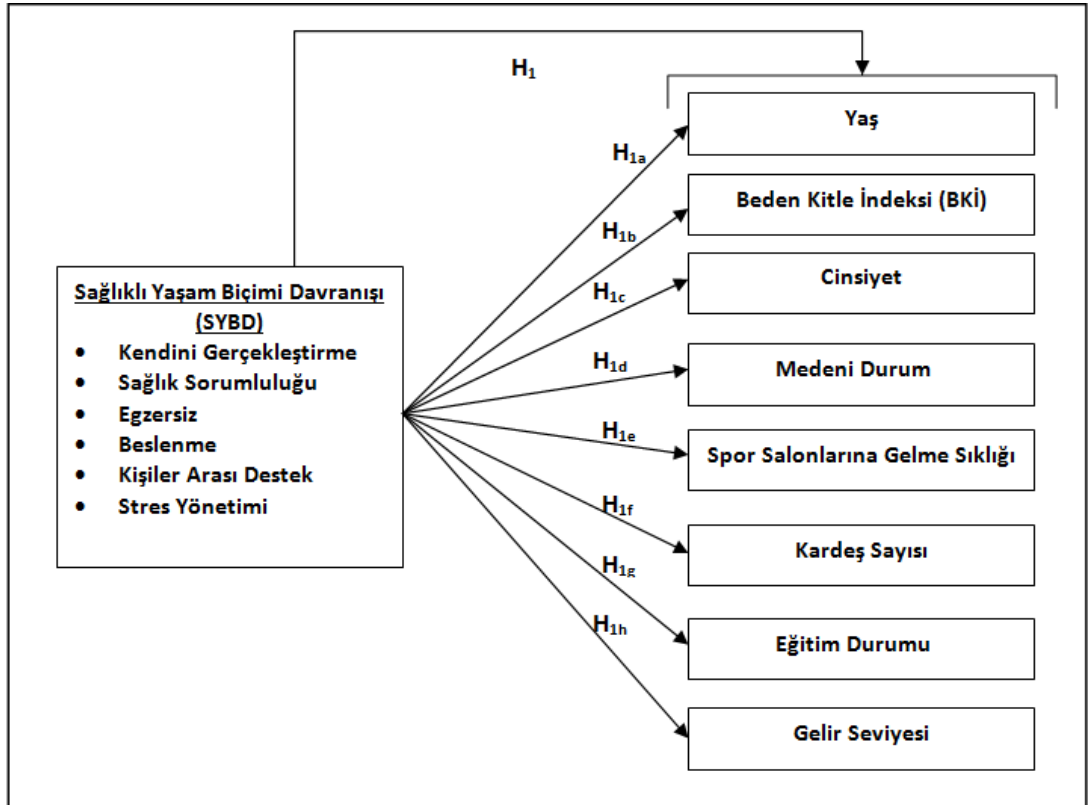
3.MATERYAL VE METOT

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizinde kullanılan yöntemler ortaya konulmuştur.

3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmamız, tarama modeliyle yapılmış betimsel bir çalışmadır. Bu amaçla araştırmamızın modeli aşağıdaki gibidir.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



Yukarıdaki modelde bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışının bireyin yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, spor salonlarına gelme sıklığı, kardeş sayısı, eğitim durumu ve gelir seviyesi gibi demografik değişkenlerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Iğdır'da spor salonlarına giden 1876 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise 7 farklı spor salonlarından toplam 430 kişi spor salonlarına giden bireyler olmuştur.

Araştırmada toplanan veriler incelendiğinde, araştırma için 430 formdan 394 adet uygun olduğuna karar verilmiş ve analizde kullanmak için derlenmiştir. Ele alınan anketlerin 200 adedi erkek bireyler, kalan 194 adedi ise kadın bireyler tarafından cevaplanmıştır. Araştırmaya; Iğdır ili bünyesinde bulunan özel spor salonları dahil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Kişisel bilgi (anket) formu ile araştırmanın verileri toplanmıştır. Bireylerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile beraber BKİ'ne yönelik bilgiler açık uçlu ve çoktan seçmeli 8 soru ile kişisel bilgi formunda sorgulanmıştır (Ek-1). SYBDÖ ise 4'lü likert ölçeğine göre hazırlanmış 48 soru ile bireylerin SYBD'leri sorgulanmıştır (Ek-2).

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bireylerin BKİ'lerini ve sosyo-demografik özelliklerini kullanılacak kişisel bilgi formunda bireylere; cinsiyetleri, yaş aralıkları, medeni durumları, spor salonlarına gelme sıklığı, kaç kardeş oldukları, gelir seviyeleri ve eğitim durumları sorulmuştur. Ayrıca boy ve vücut ağırlığı bilgileri ile BKİ hesapları alınmıştır.

3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bağlantılı olarak kişinin sağlığını geliştiren davranışları ölçen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) kullanılmıştır. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Esin (1997) tarafından kanıtlanmış ve birçok araştırmada yararlanılmıştır (Esin, 1999).

Ölçekte 48 maddeden oluşan, 6 alt soru grubu bulunmaktadır. Soru alt soru grupları ise; sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi ve kişilerarası destek ile alakalıdır.

Her bir alt soru grubu bağımsız olarak tek başına da kullanılabilen bir ölçektir. Her alt soru grubu bağımsız olarak tek başına da kullanılabilen bir ölçektir. Her alt soru grubu bağımsız olarak tek başına da kullanılabilen bir ölçektir. Her alt soru grubu bağımsız olarak tek başına da kullanılabilen bir ölçektir.

Alt grubu sorularıyla kendini gerçekleştirme (3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Maddeler); kendini geliştirme kabiliyeti, kişinin yaşam gayelerini, kendini tanıma ve mutlu edebilme kabiliyeti belirlenir.

Alt grubu sorularıyla sağlık sorumluluğu (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46. Maddeler); kişinin sağlığına dair mesuliyet seviyesi ve bunun katkısı ortaya konulur.

Alt grubu sorularıyla egzersiz (4, 13, 22, 30 ve 38. Maddeler); kişinin hangi seviyede egzersizleri tatbik edildiği sorgulanır.

Alt grubu sorularıyla beslenme (1, 5, 14, 19, 26 ve 35. Maddeler); kişinin öğünleri düzenleme ve yiyecek belirleme konuları değerlendirilir.

Sorularla kişilerarası destek grubu (10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47. Maddeler); kişinin yakın çevresiyle haberleşmeyi ve devamlılığı belirlenir.

Sorularla stres yönetimi grubu (6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45. Maddeler); kişinin stres denetleme sistemleri ve stres kaynaklarını tanıma seviyesi belirlenir.

SYBDÖ'ne ilişkin 48 sorunun bütünü olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Ters madde ölçekte bulunmamaktadır. SYBDÖ'nde her bir maddeye ilişkin ifade 4'lü likert şeklindedir. Ölçeğin bireylere tatbik edilmesi, yaklaşık 10 dakikalık bir süre almaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Çalışma, Iğdır genelinde bulunmakta olan 7 farklı spor salonlarına giden bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan bireylere kişisel bilgi formu ve

anketin büyük bir kısmı, 2018'in bahar döneminde uygulanmış, kalan kısmının uygulanması ise 2018'in kış döneminin ilk ayı içerisinde uygulanmıştır.

Anketin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Esin M.N'den anketin kullanılmasıyla alakalı onay (Ek-3); alındıktan sonra uygulanma aşamasına geçilmiştir. Kişisel bilgi formu ve anket tüm bireylere uygulanmıştır. Salon görevlileri tarafından uygulama öncesinde gerekli açıklamalar bireylere yapılmış, soru formları dağıtılıp ve uygulandıktan sonra tekrar toplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Derlenen anketlerin verileri SPSS 22.0 paket programına girişleri yapılmış ve % 95 güven aralığıyla istatistik analizlerde çalışılmıştır. Çalışma kapsamında bireysel bilgi biçiminden edinilen verilere ait yüzde ve frekans değerlerine ilişkin bireysel bilgiler çizelgelerde verilirken, ölçekte edinilen puanların standart sapma ve ortalama değerleri betimsel istatistik çizelgelerinde gösterilmiştir.

BKİ'nin hesaplanmasında ise boy uzunluğu (m) /ağırlık (kg) formülü kullanılmıştır. BKİ verilerine göre 30,0 ve üstünde olanlar "*Obez*", 25,00 ile 29,99 arasında olanlar "*Kilolu*", 18,5 ila 24,99 arasında olanlar "*Normal Kilolu*", 18,5 altında olanlar ise "*Zayıf*", olarak gruplandırılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, verilerin analizleri yapılarak tablolar yorumlanmıştır.

Tablo 4.1. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Güvenirlik katsayısı (Cronbach`s Alpha)	Yorum
$\geq 0,9$	Mükemmel
$0,7 \leq \alpha < 0,9$	İyi
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Kabul edilebilir
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Zayıf
$\alpha < 0,5$	Kabul Edilemez

Literatürde Cronbach alfa (Güvenirlik katsayısı)'nın yorumlanmasında farklı sınıflamalar bulunmaktadır. Sınıflama türü en yaygın olarak kabul edilen aşağıdaki **Tablo 4.1.**'deki gibidir (George ve Meldery, 2003).

Tablo 4.2. Değişkenlerin güvenirlik sonuçları.

Faktörler	Cronbach`s Alpha
SYBD	0,914
Kendini Gerçekleştirme	0,826
Sağlık Sorumluluğu	0,826
Egzersiz	0,682
Beslenme	0,623
Kişiler Arası Destek	0,633
Stres Yönetimi	0,620

Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi SYBD değişkenini genel ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0,914 ile mükemmel seviyede olduğu görülmektedir. SBYD değişkeninin alt boyutlarında görüldüğü gibi tüm boyutlar 0,6'nın üstünde değerlere sahiptir. Bu sonuçlarda göstermektedir ki bu çalışmada kullanılan ölçek güvenilir bir ölçektir.

Tablo4.3. Katılımcıların Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
<20	70	17,8
20-24	104	26,4
25-29	126	32,0
30-34	56	14,2
35>	38	9,6
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin yaş dağılımlarına bakıldığında; sırasıyla bireylerin % 32,0'sinin (126 kişi), 25-29 yaş grubu, % 26,4'nün (104 kişi) 20-24 yaş grubu, %17,8'inin (70 kişi) 20 yaşından küçük olanlar grubu, % 14,2'sinin (56 kişi) 30-34 yaş grubu, % 9,6'sının (38 kişi) 35 yaşından büyük olanlar grubu gelmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi spor salonlarına gelenlerin büyük bir kısmını orta yaşa yakın bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) Demografik Özelliklerine İlişkisi

Grup	Frekans	Yüzde
Zayıf	24	6,1
Normal Kilolu	263	66,8
Fazla Kilolu	94	23,9
Şişman	13	3,3
Aşırı Şişman	0	0
Toplam	394	100,0

Tablo 4.4`te de görüldüğü gibi Iğdır ilinde aşırı şişman olanların spor salonlarına hiç gitmedikleri görülmektedir. Spor salonlarına en çok %66,8 (263 kişi) ile normal kilodaki bireylerin gittiği, bunu %23,9 (94 kişi) ile fazla kilolu olanlar takip etmektedir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Cinsiyet Demografik Özellikleri

Grup	Frekans	Yüzde
Kadın	193	49
Erkek	201	51
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına gidenlerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; %51'inin (201 kişi) erkek ve % 49'unu ise (193 kişi) kadın olduğu görülmektedir. Spor salonlarına gidenlerin cinsiyet yönünden yüzde olarak birbirine eşit olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Medeni Durumları İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
Evli	121	30,7
Bekar	273	69,3
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin medeni durum dağılımlarına bakıldığında; %69,3'ünün (273 kişi) bekar ve %30,7'si (121 kişi) evli bireyler oluşturduğu görülmektedir. Spor salonlarına giden bekar bireylerin evli bireylere göre daha fazla zaman ayırabildiklerini belirtebiliriz.

Tablo 4.7. Katılımcıların Spor Salonlarına Gelme Sıklığı İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
Her Gün	35	8,9
Haftada 1-3	132	33,5
Hafta Sonları	26	6,6
Ayda 3-5	201	51,0
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin spor salonlarına gelme sıklığı değişkenine bakıldığında; (%51,0-201 kişi) ayda 3-5 grubu, (%33,5-132 kişi) haftada 1-3 grubu,

(%8,9-35 kişi) hergün grubu ve (%6,6-26 kişi) en az değişkene sahip olan grup hafta sonları grubudur.

Tablo 4.8. Katılımcıların Kardeş Sayısı Değişkenine İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
0	4	1,0
1	51	12,9
2	83	21,1
3	73	18,5
4	39	9,9
5+	144	36,5
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin kardeş sayısı değişkenine bakıldığında; (%36,5-144 kişi) ile 5+ grubu, (%21,1-83 kişi) ile 2 grubu, (%18,5-73 kişi) ile 3 grubu, (%9,9-39 kişi) ile 4 grubu ve en az değişkene sahip olan (%1,0-4 kişi) ile 0 grubudur. Spor salonlarına giden bireylerin anlamlı bir farklılığın kardeş sayısı değişkenine göre olmadığı gözlenmektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
Okur Yazar Değil	4	1,0
İlkokul	5	1,3
Ortaokul	17	4,3
Lise	73	18,5
Üniversite	275	69,8
Lisansüstü	20	5,1
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin eğitim durumu değişkenine bakıldığında; sırasıyla (%69,8-275 kişi) ile üniversite grubu olduğu, (%18,5-73 kişi) ile lise grubu, (%5,1-20 kişi) ile lisansüstü grubu, (%4,3-17 kişi) ile ortaokul grubu, (%1,3-5kişi)

ile ilkokul grubu ve (%1,0-4 kişi) ile okur yazar değil grubu gözlenmektedir. Spor salonlarına giden bireylerin eğitim durumu ile arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar spor salonlarına gidenlerin eğitim seviyeleri arttıkça spor salonlarına gitme sıklığını da arttığını göstermektedir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Gelir SeviyesiDeğişkenine İlişkin Bulgular

Grup	Frekans	Yüzde
1000 TL ve altı	108	27,4
1001-2000 TL	90	22,8
2001-3000 TL	103	26,1
3001-4000 TL	71	18,0
4001 ve üstü TL	22	5,6
Toplam	394	100,0

Spor salonlarına giden bireylerin gelir seviyesi değişkenine bakıldığında; sırasıyla (%27,4-108 kişi) 1000 TL ve altı grubu, (%26,1-103 kişi) 2001-3000 TL grubu, (%22,8-90 kişi) 1001-2000 TL grubu, (%18,0-71 kişi) 3001-4000 TL grubu ve (%5,6-22 kişi) ile 4001 TL ve üstü grubudur.

Tablo 4.11. Cinsiyete Göre t-testleri sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.S	t	df	P
Kendini Gerçekleştirme	Kadın	193	2,87	,50655	,591	392	0,555
	Erkek	201	2,87	,54081			
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	193	2,47	,59364	,858	392	0,392
	Erkek	201	2,40	,64519			
Egzersiz	Kadın	193	2,30	,75831	-1,911	392	0,057
	Erkek	201	2,44	,71033			
Beslenme	Kadın	193	2,69	,63986	,554	392	0,580
	Erkek	201	2,65	,63197			
Kişilerarası Destek	Kadın	193	2,89	,65674	-,811	392	0,418
	Erkek	201	2,93	,58392			
Stres Yönetimi	Kadın	193	2,61	,57579	-1,577	392	0,116
	Erkek	201	2,70	,60464			
SYBD	Kadın	193	2,66	,43759	-,255	392	0,799
	Erkek	201	2,67	,47607			

Tablo 4.11`de görüldüğü gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve onun alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek, egzersiz, kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi değişkenlerinin varyanslarında cinsiyet gruplarına göre anlamlı bir farklılık istatistiksel olarak görülmemektedir. Diğer bir ifade ile spor salonlarına gelen kadın ve erkek bireylerin değerleri birbirlerinden farklı değildir.

Tablo 4.12. Medeni duruma Göre t-testleri sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.S	T	df	P
Kendini Gerçekleştirme	EVLİ	121	2,90	,53505	1,281	392	0,201
	BEKAR	273	2,82	,51825			
Sağlık Sorumluluğu	EVLİ	121	2,52	,59456	2,094	392	0,037
	BEKAR	273	2,38	,62751			
Egzersiz	EVLİ	121	2,38	,70294	,149	392	0,881
	BEKAR	273	2,37	,75240			
Beslenme	EVLİ	121	2,82	,65924	3,296	392	0,001
	BEKAR	273	2,60	,61292			
Kişilerarası Destek	EVLİ	121	2,88	,58784	-,779	392	0,437
	BEKAR	273	2,92	,63465			
Stres Yönetimi	EVLİ	121	2,64	,54620	-,169	392	0,866
	BEKAR	273	2,66	,61186			
SYBD	EVLİ	121	2,71	,46576	1,393	392	0,164
	BEKAR	273	2,64	,45240			

Spor salonlarına gelen bireylerin medeni duruma göre SYBD ve alt boyutlarının varyanslarında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını bulmak amacıyla yapılan t-testi sonuçları yukarıda Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12’teki sonuçlara göre sadece sağlık sorumluluğu ve beslenme değişkenlerinin varyanslarında medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken, kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değişkenlerinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Sağlık sorumluluğu değişkeninin varyansında, bireylerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmaktadır ($t=2,094$, $p=0,037$). Ortalama değerlere bakıldığında evli bireylerin değerlerinin ortalaması 2,52 seviyesinde iken, bekar bireylerin değerlerinin ortalaması 2,38 seviyesindedir. Diğer bir ifade ile spor

salonlarına gelen evli bireyler bekar bireylere göre daha fazla sağlık sorumluğuna sahiptirler.

Beslenme değişkeninin varyansında, bireylerin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmaktadır ($t=3,296$, $p=0,001$). Ortalama değerlere bakıldığında evli bireylerin değerlerinin ortalaması 2,82 seviyesinde iken, bekar bireylerin değerlerinin ortalaması 2,60 seviyesindedir. Diğer bir ifade ile spor salonlarına gelen evli bireyler bekâr bireylere göre daha sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip oldukları görülmektedir.



Tablo 4.13. Yaş gruplarına göre ANOVA analiz bulguları

	Grup	N	Ort.	S.S	F	Df	P
Kendini Gerçekleştirme	<20	70	2,83	,47356	2,754	4/389	0,028
	20-24	104	2,72	,52368			
	25-29	126	2,90	,50392			
	30-34	56	2,87	,55144			
	35>	38	2,99	,58587			
Sağlık Sorumluluğu	<20	70	2,38	,60748	3,627	4/389	0,006
	20-24	104	2,28	,63360			
	25-29	126	2,50	,61741			
	30-34	56	2,40	,58881			
	35>	38	2,66	,57495			
Egzersiz	<20	70	2,40	,72905	,197	4/389	0,940
	20-24	104	2,34	,79231			
	25-29	126	2,36	,68792			
	30-34	56	2,34	,76514			
	35>	38	2,44	,73838			
Beslenme	<20	70	2,51	,60415	4,516	4/389	0,001
	20-24	104	2,56	,62831			
	25-29	126	2,70	,58069			
	30-34	56	2,78	,72816			
	35>	38	2,96	,62413			
Kişilerarası Destek	<20	70	2,87	,57726	,806	4/389	0,522
	20-24	104	2,91	,72086			
	25-29	126	2,95	,60280			
	30-34	56	2,81	,55020			
	35>	38	3,00	,55572			
Stres Yönetimi	<20	70	2,59	,52350	1,666	4/389	0,157
	20-24	104	2,57	,65162			
	25-29	126	2,73	,59248			
	30-34	56	2,63	,54610			
	35>	38	2,78	,57885			
SYBD	<20	70	2,62	,38773	2,945	4/389	0,020
	20-24	104	2,57	,47045			
	25-29	126	2,72	,45734			
	30-34	56	2,66	,46261			
	35>	38	2,83	,48237			

Yaş gruplarına göre bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve SYBD`na ilişkin varyans analizleri yukarıda tablo 4.13`te verilmiştir.

Tablodaki verilere göre, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve SYBD değişkenlerinin varyanslarında yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık görülürken diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık görülmemektedir

(F4/389=2,754, p=0,028, F4/389=3,627, p=0,006, F/4389=4,516, p=0,001, F4/389=2,945, p=0,020).

Bu gruplardaki anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için yapılan “Tukey” test sonuçları aşağıdaki tablo 4.14`te verilmiştir.

Tablo 4.14. Games-Howell Tukey testi.

	Grup		Grup	Ort. Fark	p
Kendini Gerçekleştirme	20-24 yaş arası	---	25-29 yaş arası	-0,19014*	0,47
Sağlık Sorumluluğu	20-24 yaş arası	---	25-29 yaş arası	-0,22868*	0,40
	20-24 yaş arası	---	35 yaş ve üstü	-0,38841*	0,008
Beslenme	20 yaş ve altı	---	35 yaş ve üstü	0,12578*	0,004
	20-24 yaş arası	---	35 yaş ve üstü	0,11832*	0,007
SYBD	20-24 yaş arası	---	35 yaş ve üstü	0,08580*	0,023

Yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun kendini gerçekleştirme ortalama puanı 2,72, 25-29 yaş arası yaş grubunun ortalaması 2,90`dır. Bu grupların ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer bir ifade ile 20-24 yaş arası grupta olan bireylerin kendini gerçekleştirme seviyeleri 25-29 yaş grubundakilerine göre daha düşük seviyededir.

Yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun sağlık sorumluluğu ortalama puanı 2,28, 25-29 yaş arası yaş grubunun ortalaması 2,50 ve 35 ve üzeri yaş grubunun ortalaması 2,66`dır. Bu grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuçlara göre 20-24 yaş arasındaki bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyleri 25-29 yaş grubu ve 35 yaş ve üstü grubuna göre daha düşük düzeydedir.

Yaş gruplarından 20 yaş ve altı grubunun beslenme ortalama puanı 2,51, 20-24 yaş arası grubun ise 2,56`dır. Bu grupların ortalamaları ile 35 yaş ve üstü grubun 2,96 olan beslenme ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer bir ifade ile 35 yaş ve üzerindeki bireylerin beslenme düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek seviyededir.

Yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun SYBD ortalama puanı 2,57, 35 yaş ve üstü grubun 2,83'tür. Bu grupların ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Farklı bir ifade ile 35 yaş ve üstü grupta olan bireylerin SYBD düzeyleri 20-24 yaş arası gruba göre daha yüksek seviyededir.

Tablo 4.15. Beden Kitle İndeksi (BKİ) Değişkenine Göre ANOVA analiz Bulguları

	Grup	N	Ort	S.S	F	df	p
Kendini Gerçekleştirme	Zayıf	24	2,99	,09519	0,845	3/390	0,470
	Normal Kilolu	263	2,82	,03198			
	Fazal Kilolu	94	2,87	,05628			
	Şişman	13	2,89	,16051			
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	24	2,42	,12153	0,790	3/390	0,500
	Normal Kilolu	263	2,39	,03911			
	Fazal Kilolu	94	2,50	,06270			
	Şişman	13	2,48	,12330			
Egzersiz	Zayıf	24	2,20	,14744	1,175	3/390	0,319
	Normal Kilolu	263	2,41	,04644			
	Fazal Kilolu	94	2,34	,07291			
	Şişman	13	2,12	,16570			
Beslenme	Zayıf	24	2,52	,10489	0,728	3/390	0,536
	Normal Kilolu	263	2,66	,03920			
	Fazal Kilolu	94	2,72	,07078			
	Şişman	13	2,74	,11262			
Kişilerarası Destek	Zayıf	24	3,20	,10633	2,093	3/390	0,101
	Normal Kilolu	263	2,89	,03923			
	Fazal Kilolu	94	2,92	,05959			
	Şişman	13	2,78	,18837			
Stres Yönetimi	Zayıf	24	2,84	,12763	0,869	3/390	0,457
	Normal Kilolu	263	2,64	,03710			
	Fazal Kilolu	94	2,64	,05936			
	Şişman	13	2,59	,11534			
SYBD	Zayıf	24	2,74	,08127	0,404	3/390	0,751
	Normal Kilolu	263	2,65	,02857			
	Fazal Kilolu	94	2,69	,04844			
	Şişman	13	2,65	,09623			

Yukarıda Tablo 4.15'te BKİ'ne göre bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD'na ilişkin varyans analizleri verilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değişkenlerinin varyanslarında BKİ'ne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Diğer bir ifade ile BKİ'ne göre spor salonlarına gelen bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değerleri birbirlerinden farklı değildir



Tablo 4.16.Spor Salonlarına Gelme Sıklığı Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları

	Grup	N	Ort	S.S	F	df	p
Kendini Gerçekleştirme	Her Gün	35	3,04	,52679	4,130	3/390	0,007
	Haftada 1-3	132	2,90	,51358			
	Hafta Sonları	26	2,93	,55296			
	Ayda 3-5	201	2,76	,51431			
Sağlık Sorumluluğu	Her Gün	35	2,73	,67298	12,968	3/390	0,000
	Haftada 1-3	132	2,58	,59043			
	Hafta Sonları	26	2,59	,77425			
	Ayda 3-5	201	2,24	,55421			
Egzersiziz	Her Gün	35	3,12	,57640	52,465	3/390	0,000
	Haftada 1-3	132	2,69	,62922			
	Hafta Sonları	26	2,56	,69747			
	Ayda 3-5	201	2,00	,61903			
Beslenme	Her Gün	35	2,88	,68548	5,111	3/390	0,002
	Haftada 1-3	132	2,78	,62897			
	Hafta Sonları	26	2,71	,71888			
	Ayda 3-5	201	2,55	,59955			
Kişilerarası Destek	Her Gün	35	3,08	,57487	1,849	3-390	0,138
	Haftada 1-3	132	2,94	,70534			
	Hafta Sonları	26	3,00	,59725			
	Ayda 3-5	201	2,85	,56484			
Stres Yönetimi	Her Gün	35	3,00	,57820	8,361	3/390	0,000
	Haftada 1-3	132	2,68	,52795			
	Hafta Sonları	26	2,89	,49702			
	Ayda 3-5	201	2,54	,61346			
SYBD	Her Gün	35	2,97	,47387	15,581	3/390	0,000
	Haftada 1-3	132	2,77	,44051			
	Hafta Sonları	26	2,80	,53352			
	Ayda 3-5	201	2,53	,40711			

Tablo 4.16’da verilere göre kişiler arası destek hariç SYBD ve onun alt boyutlarının varyanslarında spor salonlarına gelme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($f_{3/390}=4,130$, $p=0,007$, $f_{3/390}=12,968$, $p=0,000$, $f_{3/390}=52,465$, $p=0,000$, $f_{3/390}=5,111$, $p=0,002$, $f_{3/390}=8,361$, $p=0,000$,

f3/390=15,581 ve p=0,000 sırasıyla). Bu anlamlı farklılığı tespit etmek için yapılan tukey post hoc testi sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 4.17. Games-Howell Post Hoc testi

	Grup		Grup	Ort. Fark	P
Kendini Gerçekleştirme	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,28085*	0,017
Sağlık Sorumluluğu	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,49200*	0,000
	Haftada 1-3 Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,33271*	0,000
	Hafta Sonları	---	Ayda 3-5 Gün	0,34617*	0,028
Egzersiz	Her Gün	---	Haftada 1-3 Gün	0,43061*	0,002
	Her Gün	---	Hafta Sonları	0,55846*	0,003
	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	1,11801*	0,000
	Haftada 1-3 Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,68740*	0,000
	Hafta Sonları	---	Ayda 3-5 Gün	0,55955*	0,000
Beslenme	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,33120*	0,021
	Haftada 1-3 Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,22676*	0,007
SY	Her Gün	---	Haftada 1-3 Gün	0,32226*	0,018
	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,46108*	0,000
	Hafta Sonları	---	Ayda 3-5 Gün	0,34711*	0,021
SYBD	Her Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,43733*	0,000
	Haftada 1-3 Gün	---	Ayda 3-5 Gün	0,24024*	0,000
	Hafta Sonları	---	Ayda 3-5 Gün	0,26874*	0,016

Bu gruplardaki istatistiksel anlamlılığı kendini gerçekleştirme değişkeni için spor salonlarına Her Gün gelen grup ile Ayda 3-5 Gün gelen grup arasında olduğu görülmektedir. Her Gün spor salonlarına gelen grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 3,04 iken, Ayda 3-5 kez gelen grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 2,76'dır.

Spor salonlarına gelme sıklığı, sağlık sorumluluğu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu istatistiksel anlamlı farklılık Ayda 3-5 Gün gelen grup ile sırasıyla Her gün, Haftada 1-3 Gün ve Hafta Sonları gelen gruplar arasındadır. Ayda 3-5 gün gelen grubun sağlık sorumluluğu değer ortalaması 2,24 iken, sırasıyla Her Gün gelenlerin 2,73, Haftada 1-3 Gün gelenlerin 2,58 ve Hafta Sonları gelenlerin 2,59 seviyesindedir.

Spor salonlarına gelme sıklığına göre varyansında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olan diğer değişken ise egzersiz değişkenidir. Spor salonlarına gelme sıklığı Her Gün ile sırasıyla Haftada 1-3 gün Hafta Sonları ve Ayda 3-5 gün arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık görülmektedir. Spor salonlarına Her Gün gelen bireylerin egzersiz değer ortalaması 3,12 iken, anlamlı farklılık gösterdiği Haftada 1-3 gün 2,69, Hafta Sonları 2,56 ve Ayda 3-5 gün 2,00'dır.

Egzersiz değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösteren diğer grup Haftada 1-3 Gün ile Ayda 3-5 Gün arasındadır. Haftada 1-3 Gün'n egzersiz ortalaması 2,69 iken, Ayda 3-5 Gün gelen bireylerin egzersiz ortalaması 2,00'dır.

Egzersiz değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösteren diğer grup ise hafta sonları ile Ayda 3-5 Gün arasındadır. Spor salonlarına Hafta Sonları gelenlerin egzersiz ortalama değerleri 2,56 iken, Ayda 3-5 Gün gelenlerin egzersiz ortalama değerleri 2,00'dır.

Beslenme değişkenine göre spora gelme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Bu anlamlı farklılık Ayda 3-5 Gün gelen grupla sırasıyla her gün ve Haftada 1-3 Gün gelen grupların arasındadır. Ayda 3-5 Gün gelen grubun beslenme değişken ortalaması 2,55 iken, sırasıyla Her Gün ve Haftada 1-3 Gün gelen grubun ortalamaları 2,88 ve 2,78'dir.

İstatistiksel olarak bireylerin spor salonlarına gelme sıklığı ile stres yönetimi değişkeni arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu anlamlı farklılık Her Gün gelen grup ile sırasıyla Haftada 1-3 gün ve Ayda 3-5 gün gelen grup arasındadır. Her Gün spor salonlarına gelen grubun stres yönetimi değişken ortalaması 3,00 iken, sırasıyla Haftada 1-3 gün gelenlerin 2,68, Ayda 3-5 gün gelen grubun ise 2,54'tür.

Stres yönetimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösteren diğer grup ise Hafta Sonları gelen grup ile Ayda 3-5 gün gelen grup arasındadır. Hafta Sonları spor salonlarına gelen bireylerin stres yönetimi değer ortalaması 2,89 iken Ayda 3-5 gün gelen grubun stres yönetimi değer ortalaması 2,54'tür.

Spor salonlarına gelme sıklığına göre anlamlı bir farklılık gösteren diğer değişken SYBD değişkenidir. Bu anlamlı farklılık Ayda 3-5 Gün gelen grup ile sırasıyla hergün Haftada 1-3 Gün ve Hafta Sonları grupları arasındadır. Ayda 3-5 Gün gelen grubun SYBD değer ortalaması 2,53 iken sırasıyla Her Gün, Haftada 1-3 Gün, Hafta Sonları gelenlerin ortalamaları 2,97, 2,77 ve 2,80'dir.

Tablo 4.18.Kardeş Sayısı Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları

	Grup	N	Ort	S.S	F	df	p
Kendini Gerçekleştirme	0	4	2,96	,49654	0,428	5/388	0,829
	1	51	2,89	,51901			
	2	83	2,86	,49065			
	3	73	2,79	,54995			
	4	39	2,91	,49741			
	5+	144	2,82	,54285			
Sağlık Sorumluluğu	0	4	2,28	,43493	0,897	5/388	0,483
	1	51	2,53	,64482			
	2	83	2,35	,59538			
	3	73	2,40	,63224			
	4	39	2,54	,62890			
	5+	144	2,41	,62150			
Egzersiz	0	4	2,25	,80623	0,695	5/388	0,627
	1	51	2,52	,59353			
	2	83	2,37	,80290			
	3	73	2,34	,75386			
	4	39	2,44	,84464			
	5+	144	2,31	,70434			

Beslenme	0	4	2,54	,41667	0,363	5/388	0,874
	1	51	2,73	,66902			
	2	83	2,65	,66381			
	3	73	2,60	,60261			
	4	39	2,73	,70256			
	5+	144	2,67	,61415			
Kişilerarası Destek	0	4	2,89	,58757	0,582	5/388	0,714
	1	51	3,00	,57887			
	2	83	2,93	,55164			
	3	73	2,95	,70873			
	4	39	2,91	,57854			
	5+	144	2,85	,63962			
Stres Yönetimi	0	4	2,36	,55328	0,319	5/388	0,902
	1	51	2,67	,58505			
	2	83	2,64	,61237			
	3	73	2,62	,70986			
	4	39	2,69	,51495			
	5+	144	2,67	,54154			
SYBD	0	4	2,59	,39838	0,551	5/388	0,737
	1	51	2,74	,48443			
	2	83	2,66	,41963			
	3	73	2,64	,45269			
	4	39	2,73	,47188			
	5+	144	2,65	,47054			

Yukarıda Tablo 4.18’de kardeş sayısına göre bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD’na ilişkin varyans analizleri verilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değişkenlerinin varyanslarında kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Diğer bir ifade ile kardeş sayısına göre spor salonlarına gelen bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değerleri birbirlerinden farklı değildir.

Tablo 4.19. Eğitim Durumu Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları Eğitim Durumu

	Grup	N	Ort	S.S	F	df	p
Kendini Gerçekleştirme	Okur Yazar Değil	4	2,1731	,49205	3,713	5/388	0,301
	İlkokul	5	2,4462	,73259			
	Ortaokul	17	2,5430	,75881			
	Lise	73	2,7977	,48456			
	Üniversite	275	2,8917	,49744			
	Lisansüstü	20	2,8654	,56849			
Sağlık Sorumluluğu	Okur Yazar Değil	4	2,1250	,66521	2,132	5/388	0,061
	İlkokul	5	2,0000	,90277			
	Ortaokul	17	2,1882	,54987			
	Lise	73	2,3411	,56883			
	Üniversite	275	2,4498	,61918			
	Lisansüstü	20	2,6650	,70283			
Egzersiz	Okur Yazar Değil	4	2,4500	,66081	0,692	5/388	0,630
	İlkokul	5	2,2800	1,05451			
	Ortaokul	17	2,1765	,76119			
	Lise	73	2,4822	,67399			
	Üniversite	275	2,3455	,74702			
	Lisansüstü	20	2,4400	,75282			
Beslenme	Okur Yazar Değil	4	2,1667	,59317	1,902	5/388	0,093
	İlkokul	5	2,3000	,46248			
	Ortaokul	17	2,3824	,77452			
	Lise	73	2,6164	,72525			
	Üniversite	275	2,7030	,60016			
	Lisansüstü	20	2,7667	,59579			
Kişilerarası Destek	Okur Yazar Değil	4	2,5714	,83299	1,751	5/388	0,122
	İlkokul	5	2,6857	,53833			
	Ortaokul	17	2,6303	,78743			
	Lise	73	2,8219	,75397			

	Üniversite	275	2,9605	,56177			
	Lisansüstü	20	2,9500	,62231			
Stres Yönetimi	Okur Yazar Değil	4	2,2500	,64286	1,682	5/388	0,138
	İlkokul	5	2,3429	,73955			
	Ortaokul	17	2,3950	,68610			
	Lise	73	2,6008	,53291			
	Üniversite	275	2,6935	,59344			
	Lisansüstü	20	2,6714	,59914			
SYBD	Okur Yazar Değil	4	2,2604	,55316	2,936	5/388	0,130
	İlkokul	5	2,3375	,66884			
	Ortaokul	17	2,4020	,60272			
	Lise	73	2,6219	,37665			
	Üniversite	275	2,7003	,44902			
	Lisansüstü	20	2,7510	,51995			

Yukarıda Tablo 4.19’da eğitim durumuna göre bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD’na ilişkin varyans analizleri verilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değişkenlerinin varyanslarında eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Diğer bir ifade ile eğitim durumuna göre spor salonlarına gelen bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi ve SYBD değerleri birbirlerinden farklı değildir

Tablo 4.20. Gelir Seviyesi Değişkenine Göre ANOVA Analiz Bulguları

	Grup	N	Ort	S.S	F	df	p
Kendini Gerçekleştirme	1000 TL ve altı	108	2,71	,50519	3,693	4/389	0,006
	1001-2000 TL	90	2,86	,51299			
	2001-3000 TL	103	2,85	,51588			
	3001-4000 TL	71	3,00	,52022			
	4001 TL ve üzeri	22	2,95	,58119			
Sağlık Sorumluluğu	1000 TL ve altı	108	2,23	,55573	4,518	4/389	0,001
	1001-2000 TL	90	2,46	,67471			
	2001-3000 TL	103	2,43	,59203			
	3001-4000 TL	71	2,58	,65195			
	4001 TL ve üzeri	22	2,60	,50803			
Egzersiz	1000 TL ve altı	108	2,24	,77631	1,656	4/389	0,159
	1001-2000 TL	90	2,34	,75529			
	2001-3000 TL	103	2,42	,68559			
	3001-4000 TL	71	2,46	,72284			
	4001 TL ve üzeri	22	2,57	,68812			
Beslenme	1000 TL ve altı	108	2,46	,56948	4,357	4/389	0,002
	1001-2000 TL	90	2,73	,66647			
	2001-3000 TL	103	2,73	,57593			
	3001-4000 TL	71	2,77	,71352			
	4001 TL ve üzeri	22	2,82	,62129			
Kişilerarası Destek	1000 TL ve altı	108	2,88	,65755	0,404	4/389	0,806
	1001-2000 TL	90	2,90	,58640			
	2001-3000 TL	103	2,90	,57846			
	3001-4000 TL	71	2,98	,62736			
	4001 TL ve üzeri	22	3,00	,75850			
Stres Yönetimi	1000 TL ve altı	108	2,51	,54370	3,256	4/389	0,012
	1001-2000 TL	90	2,60	,55303			
	2001-3000 TL	103	2,77	,65695			
	3001-4000 TL	71	2,73	,59605			
	4001 TL ve üzeri	22	2,73	,50900			
SYBD	1000 TL ve altı	108	2,52	,39203	4,546	4/389	0,001
	1001-2000 TL	90	2,67	,48118			
	2001-3000 TL	103	2,70	,42800			
	3001-4000 TL	71	2,78	,51090			
	4001 TL ve üzeri	22	2,80	,45946			

Bireylerin gelir seviyesine göre SYBD ve onun alt boyutları olan kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu egzersiz beslenme kişiler arası destek ve stres yönetimine ilişkin varyans analiz sonuçları yukarıdaki tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablodaki verilere göre kişiler arası destek ve egzersiz alt boyutları hariç SYBD ve onun alt boyutlarının varyanslarında spor salonlarına gelme sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kendini gerçekleştirme (F 4/389=3,693, p=0,006, sağlık sorumluluğu (F4/389=4,518, p=0,001, beslenme (F4/389=4,357, p=0,002, stres yönetimi (F4/389=3,256, p=0,012, ve SYBD (F 4/389=4,546, p=0,001,). Bu anlamlı farklılığı tespit etmek için yapılan tukey post-hoch testi sonuçları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 4.21. Games-Howell Post Hoc testi.

	Grup		Grup	Ort. Fark	p
Kendini Gerçekleştirme	1000 TL ve altı	---	3000-4001 TL	-0,28837*	0,003
Sağlık Sorumluluğu	1000 TL ve altı	---	3000-4001 TL	-0,35488*	0,002
Beslenme	1000 TL ve altı	---	1000-2001 TL	-0,27438*	0,19
	1000 TL ve altı	---	2001-3000 TL	-0,27291*	0,014
	1000 TL ve altı	---	3001-4000 TL	-0,31236*	0,010
Stres Yönetimi	1000 TL ve altı	---	2001-3000 TL	-0,25937*	0,012
SYBDO	1000 TL ve altı	---	2001-3000 TL	-0,17653*	0,037
	1000 TL ve altı	---	3001-4000 TL	-0,25982*	0,002

Bu gruplardaki istatistiksel anlamlılığı kendini gerçekleştirme değişkeni için spor salonlarına gelen bireylerin gelir seviye değişkenine göre geliri 1000 TL ve altı olan grup ile geliri 3000-4001 TL arası olan grup arasında olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi 1000TL ve altı olan grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 2,71 iken, geliri 3000-4001 arasında olan grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 3,00'dır.

Sağlık sorumluluğu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösteren diğer grup geliri 1000 TL ve altı olan grubu ile geliri 3000-4001TL olan grup arasındadır. Geliri 1000TL ve altı olan grubun sağlık sorumluluğu ortalaması 2,23 iken, geliri 3000-4001TL olan grubun sağlık sorumluluğu ortalaması ise 2,58'dir.

Gelir seviyesi durumu, beslenme değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu istatistiksel anlamlı farklılık, geliri 1000 TL ve altı olan grup ile sırasıyla 1001-2000 TL, 2001-3000 TL ve 3001-4000 TL grupları arasındadır. Geliri 1000 TL ve altı olan grubun beslenme değişkenin ortalaması 2,46 iken sırasıyla geliri 1001-2000 TL olan grubun ortalaması 2,73, 2001-3000 TL geliri olan grubun 2,73 ve geliri 3001-4000TL olan grubun ise 2,77'dir.

Stres yönetimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösteren geliri 1000 TL ve altı olan grup ile geliri 2001-3000TL olan grup arasındadır. Gelir seviyesi 1000 TL ve altı olan grubun stres yönetimi ortalaması 2,51 seviyesinde iken, gelir seviyesi 2001-3000TL arası olan grubun stres yönetimi ortalaması ise 2,77'dir.

Gelir seviyesi durumu, SYBD değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu istatistiksel anlamlı farklılık, geliri 1000 TL ve altı olan grup ile gelirleri 2001-3000TL ve 3001-4000TL olan gruplar arasındadır. Geliri 1000 TL ve altı olan grubun SYBD değişkenin ortalaması 2,52 iken, 2001-3000TL olan grubun 2,70 ve geliri 3001-4000TL olan grubun ortalaması ise 2,78'dir.

5. TARTIŞMAveSONUÇ

Bu bölümde bulgulara ilişkin sonuçlara ve bu sonuçlara dayalı olarak tartışmalara yer verilmiştir. Bu çalışmanın amacı; spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları durumu incelenmesidir. Yaş, BKİ, cinsiyet, medeni durum, spor salonlarına gelme sıklığı, kardeş sayısı, eğitim durumu ve gelir seviyesi, temel alınarak sağlıklı yaşam biçim davranışlarının durumunun ortaya çıkarılması ve alt boyutları olan, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

Spor salonlarına gelen bireylerin medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının varyanslarında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını bulmak amacıyla yapılan t-testi sonuçlarına göre sadece sağlık sorumluluğu ($p=0,037$) evli bireylerin ortalamaları 2,52 iken bekar bireylerin ise 2,32'dir. Beslenme ($p=0,001$) değişkenlerinin varyanslarında medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Evli bireylerin ortalamaları 2,82 iken bekar bireylerin ortalamaları 2,60'tır.

Spor salonlarına gelen bireylerin cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının varyanslarında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını bulmak amacıyla yapılan t-testi sonuçlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve onun alt boyutları olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi değişkenlerinin varyanslarında cinsiyet guruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Spor salonlarına giden bireylerden 394'ünün 201'i erkek bireylerden 193'ü ise kadın bireylerden oluşmaktadır.

Görüldüğü gibi çalışmamıza katılan ve spor salonlarına gelen kadınların sayıları, erkeklerden kısmen olsa da düşük seviyededir. Bu nedenledir ki, çalışmamızda bayanlar ile erkeklerin sayıları eşit durumda değildir. Bu durum Türkiye'de ve birçok ülkede, yapılan sosyal aktivitelere erkeklerin bayanlara göre daha yüksek seviyede katıldıkları gerçeği ile açıklanabileceğini düşünmekteyiz. Burton ve Turrell (2000) çalışmalarında, Avusturya'da kadınların inaktivite

durumunun erkeklere göre daha fazla olduğu açıklanmıştır. Çalışma bulgularına göre her 100 erkekten 71'i aktif iken, her 100 kadından yalnızca 65'i aktiftir (Burton ve Turrell, 2000). Guthold ve arkadaşları (2008)'nin çalışmasında Türk kadınlarının erkeklerden daha inaktif oldukları sonucuna varılmıştır (Guthold ve ark,2008).

Yetim, (2017) yılında sağlık çalışanlarına yönelik araştırmasında cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Çağırın, 2018 yılında spor takımlarında yer alan öğrenciler üzerine ele aldığı çalışmada sporcuların cinsiyet değişkenine göre fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamamıştır. Üniversiteli öğrenciler ile yapılmış olan bir çalışmada cinsiyet değişkenine göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Arslan ve ark, 2015).

Spor salonlarına gelen bireylerin yaşa göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının varyanslarında herhangi bir istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını bulmak amacıyla yapılan varyans analizi sonuçlarına göre kendini gerçekleştirme $p=0,028$, sağlık sorumluluğu $p=0,006$, beslenme $p=0,001$ ve SYBD $p=0,020$ 'dir. Bu değişkenlerin varyanslarında yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık görülürken diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

İstatistiksel sonuçlara göre; yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun kendini gerçekleştirme ortalama puanı 2,72, 25-29 yaş arası yaş grubunun ortalaması 2,90'dır. Yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun sağlık sorumluluğu ortalama puanı 2,28, 25-29 yaş arası yaş grubunun ortalaması 2,50 ve 35 ve üzeri yaş grubunun ortalaması 2,66'dır. Yaş gruplarından 20 yaş ve altı grubunun beslenme ortalama puanı 2,51, 20-24 yaş arası grubun ise 2,56'dır. Bu grupların ortalamaları ile 35 yaş ve üstü grubun 2,96'dır. Yaş gruplarından 20-24 yaş grubunun SYBD ortalama puanı 2,57, 35 yaş ve üstü grubun 2,83'tür. Bu grupların ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır.

Elde edilen verilere ışığında Iğdır ilindeki spor salonlarına giden bireylere göre yaşları arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve SYBD ortalamaları artmaktadır.

Görüldüğü gibi çalışmamızda da elde edilen bulgular 20-24 ile 25-29 yaş aralığı olan bireylerin spor salonlarına gelme durumunu göz önünde bulundurduğumuzda spor salonlarına gelen bireylerin yarısından fazlası 20-30 yaş arası olduğu görülmektedir.

21-30 yaş grubundakilerin genel sosyal fizik kaygı düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucu ergenler ve üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular destekler niteliktedir. Sosyal fizik kaygının genç grupta fazla olmasının nedeni olarak genç bireylerin beden imajı ile ilgili olumsuz algılanmaları ve görünüşlerine aşırı önem vermeleri gösterilmektedir (Çepikkurt ve Coşkun, 2010; Doğan 2010; Doğan, 2011).

Spor salonlarına gelen bireylerin beden kitle indeksine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının analizi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. En fazla spor salonlarına gelen grup 263 kişi ile normal kilolu bireylerken, en az gelen bireyler ise 13 kişi ile şişman grubu olmuştur.

Ergenlik dönemi bedensel değişiklerin yaşandığı bir evredir. Bu evrede aile, çevre ve akranlar bireyler üzerinde etkilidir. Özellikle beden algısı sunulan ideal beden tasarımlarından etkilenmektedir (Ergür, 1996; Güneş, 2009; Uğurlu ve Akın, 2008). Bireyin olduğu ve olmak istediği beden arasındaki farkı arttıran ideal beden tasarımları genç grupta sosyal fizik kaygının yüksek olmasının nedeni olabilir.

Çalışmamızda spor salonlarına giden bireylerin normal kilolu bireyler oluşturmakta bu bireylerin ideal beden yapısını koruyup ve geliştirmek amacıyla katılmaktadırlar.

Spor salonlarına gelen bireylerin spor salonlarına gelme sıklığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının analizi sonuçlarına bakıldığında kendini gerçekleştirme $p=0,007$, sağlık sorumluluğu $p=0,000$, egzersiz $p=0,000$, beslenme $p=0,002$, stres yönetimi $p=0,000$ ve SYBD $p=0,000$ 'dır. Bu değişkenlerin varyanslarında spor salonlarına gelme sıklığına göre anlamlı bir farklılık görülürken kişilerarası destek değişkeninde anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Her Gün spor salonlarına gelen grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 3,04 iken, Ayda 3-5 kez gelen grubun kendini gerçekleştirme seviyesi 2,76'dır.

Ayda 3-5 gün gelen grubun sağlık sorumluluğu değer ortalaması 2,24 iken, sırasıyla Her Gün gelenlerin 2,73, Haftada 1-3 Gün gelenlerin 2,58 ve Hafta Sonları gelenlerin 2,59 seviyesindedir.

Spor salonlarına Her Gün gelen bireylerin egzersiz değer ortalaması 3,12 iken, anlamlı farklılık gösterdiği Haftada 1-3 Gün 2,69 Hafta Sonları 2,56 ve Ayda 3-5 Gün 2,00'dir. Haftada 1-3 Gün'ün egzersiz ortalaması 2,69 iken, Ayda 3-5 Gün gelen bireylerin egzersiz ortalaması 2,00'dir. Spor salonlarına Hafta Sonları gelenlerin egzersiz ortalama değerleri 2,56 iken, Ayda 3-5 Gün gelenlerin egzersiz ortalama değerleri 2,00'dir. Ayda 3-5 Gün gelen grubun beslenme değişken ortalaması 2,55 iken, sırasıyla Her Gün ve Haftada 1-3 Gün gelen grubun ortalamaları 2,88, 2,78'dir. Her Gün spor salonlarına gelen grubun stres yönetimi değişken ortalaması 3,00 iken, sırasıyla Haftada 1-3 Gün gelenlerin 2,68, Ayda 3-5 Gün gelen grubun ise 2,54'tür. Hafta Sonları spor salonlarına gelen bireylerin stres yönetimi değer ortalaması 2,89 iken Ayda 3-5 Gün gelen grubun stres yönetimi değer ortalaması 2,54'tür. Ayda 3-5 Gün gelen grubun SYBD değer ortalaması 2,53 iken sırasıyla Her Gün, Haftada 1-3 Gün, Hafta Sonları gelenlerin ortalamaları 2,97, 2,77 ve 2,80'dir.

Bu bulgular neticesinde spor salonlarına gelen bireylerin sağlıklı yaşama isteklerini düzenli egzersiz yaparak sağlık düzeylerini korumak ve iyileştirmek olduğu belirlenmiştir.

Benzer bulgu Yalçinkaya, Gök Özer ve Yavuz Karamanoğlu (2007) haftada 3-4 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin genel toplamından ve alt boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını tespit etmiştir (Yalçinkaya ve ark, 2007). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında düzenli egzersiz çalışmalarını aksatmadığını dile getiren hemşirelerin SYBD toplam puanı, egzersizi aksatanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Özkan ve Yılmaz, 2008). Düzenli egzersizin sağlık üzerindeki pozitif etkisi kaçınılmazdır.

Çalışmamız sonuçları ile benzer yapılan çalışmalar ile ilgili sonuçları bu etkiyi açıkça ortaya koymaktadır.

Spor salonlarına gelen bireylerin kardeş sayısına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının istatistiksel analiz sonuçlarına göre anlamlı bir farklılık görülmemektedir. En fazla spor salonlarına gelen grup 5+ grubu ile (144 kişi) olurken, en az gelen grup ise 0 grubu ile (4 kişi) olmuştur. Çalışmamızda kardeş sayısı durumuna göre spor salonlarına gelme de kardeş sayısının etkisi bulunmamıştır. Yapılan benzer araştırmalarda bizim sonuçlarımızdan farklı olarak; kendini gerçekleştirme durumu ortalamasının üç ve daha fazla kardeşe sahip olan kişilerde daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır (Karadeniz ve ark, 2008). Karadamar ve ark., (2014) göre kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puanlarının ve egzersiz alt ölçeği puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu çalışmamızı destekler niteliktedir. Başka bir çalışmada, kardeş sayısının azalması ile SYBDÖ puanlarının artması arasında ters orantı olduğu görülmüştür (Dil ve ark, 2015).

Spor salonlarına gelen bireylerin eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının analizi sonuçların da ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. En fazla spor salonlarına gelen grup üniversite grubu olurken (275 kişi), en az gelen grup ise okur yazar değil grubu (4 kişi) olmuştur. Eğitim seviyesi artarken spor salonlarına gelen bireylerin sayısında da artış sağlanmıştır.

Eğitim durumu değişkenine göre çalışmamıza katılan bireylerin spor salonlarına gelme durumunu karşılaştırıldığında gruplar arasında eğitim düzeyi arttıkça spor salonlarına gelmede etki ettiğini görmekteyiz. Ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı görülmektedir. Yetim, (2017) yılında yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi durumuna göre fiziksel aktivite düzeyi puan ortalamasında anlamlı bir fark bulamamıştır (Yetim, 2017). Sayın'ın (2009) yaptığı benzer bir çalışmada, bireylerin eğitim durumlarının %6,0'ı ilkokul mezunu, %8,0'ı ortaokul mezunu, lise mezunu olan bireylerin oranı %36,0, yüksekokul/üniversite mezunlarının oranı ise %50,0'dir (Sayın, 2009). Uyar'ın (1997) çalışmasında da deneklerin %56,67'i yüksekokul mezunudur. Bunu %40,22

ile lise mezunları izlemektedir. Ortaokul mezunu deneklerin oranı da %2,11'dir (Uyar, 1997). Görüldüğü gibi daha önce yapılan benzer çalışmalarda da öğrenim durumu yüksek olan bireylerin spor salonlarına katılma oranında pozitif bir ilişki belirlenmiştir.

Spor salonlarına gelen bireylerin gelir seviyesine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının analiz sonuçlarına göre kendini gerçekleştirme $p=0,006$, sağlık sorumluluğu $p=0,001$, beslenme $p=0,002$, stres yönetimi $p=0,012$ ve SYBD $p=0,001$ 'dir. Bu değişkenlerin varyanslarında gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık görülürken kişilerarası destek değişkeninde anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

Araştırmamızda gelir seviyesinin, spor salonlarına gitmede etkisi olmadığını, özellikle genç bireylerin beden sağlığını korumada gelir seviyesinin etkisi olmadığını görmekteyiz. Bu çalışmada düzenli olarak egzersiz yapan bireylerin en çok (%27,4) ile 1000 TL ve altı gelirine sahip oldukları bu grubu takiben orta derecede gelire sahip olan (%26,1) ile 2001-3000 TL olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız şimşek ve arkadaşlarının, Yılmazel ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmalara göre farklı sonuçlara ulaşmıştır. Yılmazel ve arkadaşlarının yapmış olduğu hemşirelik öğrencileri üzerindeki çalışmada gelir durumu iyi olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Yılmaz ve ark, 2013). Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğrencinin ailesinin gelir durumu ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Şimşek ve ark, 2012).

Sonuç olarak; spor günlük yaşamın ve ekonomik sıkıntıların baskısı altındaki kişilerin fiziksel, fizyolojik ve mental baskıdan kurtulmalarını, bu tür olumsuzlukların meydana getirdiği problemleri durumların ilerlemesini engellemek ya da mevcut olan sağlık durumunun korunmasında en önemli olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin ihtiyaçlarına, kişisel değerlerine göre değişiklikler göstermektedir. Bu araştırmanın önemli sonuçları, katılımcıların yarıya yakınının (%49'u) kadın olması, Iğdır ilinde spor salonlarına giden bireylerin (%66,8) ile normal kilodaki bireylerin olduğu tespit edilmiş, hiç gitmeyen grubun ise(%0) ile aşırı şişman grubu olduğu belirlenmiştir. Son olarak ta gelir seviyelerine göre en çok

spor salonlarına giden bireylerin (%27,4) ile 1000 TL ve altı olan grubun olduğu tespit edilmiştir.

Spor yapan bireyler üzerinde, SYBDÖ kullanılarak yapılmış araştırmada genellikle spor salonları ve fitness merkezlerini kullanan hem erkek hem de bayan bireylerin spor yapma ve spordan elde edecekleri kazanımlar hakkında eksik bilgiye sahip oldukları görülmektedir

Öneriler

1. Yetişkin bireylere yönelik yapılan iyileştirmeler devlet desteğiyle daha yaygın ve kapsamlı spor salonlarıyla birlikte toplumlara yönelik çalışmaları desteklemektir. SYBD'nin önemini belirtmek için seminerler düzenlenmesi gerekir bu seminerler yalnızca yetişkin bireylere yönelik değil, SYBD'nı okullarda beden eğitimi öğretmenleriyle sıfırdan temel atılarak daha sağlıklı bireyler yetiştirilebilir.
2. Spor merkezine üye olan bireylere spor ile kazanacağı faydalar açık bir şekilde anlatılabilir, spor merkezine devam eden üyelere belirli aralıklarla geri bildirimler yapılabilir ve spor sonucu vücutlarında meydana gelen değişimler ve kazandırdıkları gösterilebilir.
3. Spor salonlarındaki çalışma programlarının ve aktivite çeşitlerinin, özellikle beklenti düzeyleri daha az ölçüde karşılanan gruplar olan kadın ve 50 yaş üstü bireylerin beklentilerine göre düzenlenebilir.
4. Herkes için Spor Federasyonu ile işbirliği yapılarak spor merkezlerinin faaliyetleri denetlenebilir ve belirlenecek ölçütlere uygun olmayan merkezlerin çalışma izinleri gözden geçirilebilir, okullarda daha sistemli spor yapılması ve bireylerin spor bilinci ile yetişmesi sağlanabilir.

Araştırmalara incelendiğinde, spor hareketlerinin bireye küçük kas hasarları dışında her hangi bir olumsuz etki oluşturmamakla beraber bilim insanları bu konuda '' egzersizin faydaları topluma iyice anlatılması gerektiğini ve bunun başarılması

durumunda ise bireylerin boş vakitlerinin çoğunu sağlıklı yaşama bilinci ile spor yaparak geçireceklerini düşünüyorlar’’. (Açak, İlkın, ve Erhan, 1997).



6.KAYNAKLAR

Açıkgöz KÜ. Maslow'un Gereksinim Kuramı Etkili Öğrenme Ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir. 1996: 193-201.

Akça Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı, s.7- 25, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.

Akgün N. Egzersiz Fizyolojisi. 4.Baskı. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1993.p:53.

Aksoy T. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Aksungur A, Göktaş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 10(1):1-12, 2011.

Alçak M., (1997) M., Ilgın A., Erhan S.“Beden Eğitimi Öğretmeninin El Kitabı”,Dünya Ambalaj San. Tic. A. S., Malatya. S.24.

Alıcı Ulupınar S, Sarıkaya Ö. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yaşantılayarak öğrenme uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2(3): 95-101, 2009.

Alpar, Ş. E. vd. 2003, Hemşirelik Yüksekokulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 2.Uluslararası - 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s70, İstanbul.

Aracı H., (2006)., Öğretmen ve Öğrenciler İçin Okullarda Beden Eğitimi, Nobel Basımevi, 6. Basım, Ankara.

Arslan C, Oktay Kızar O, Sandıkçı B, Çakaroğlu D, Kızar O, Sandıkçı B, Çakaroğlu B. Bingöl üniversitesindeki öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. 8. Ulusal Spor Bilimleri Öğrenci Kongresi 2015, 160-168

Arslan M. Bakal N. Çorakçı A. Görpe U. Korugan Ü. Orhan Y. Özbey N. Ulusal Obezite Rehberi, Ankara.1999

Attila S, Bosi TB. Toplum Beslenmesi. Bertan M, Güler Ç (çeviri). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi,1997. 735-864.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1):1-13, 2008.

Balcı A. Öğretim Elemanının İş Stresi. Nobel Yayıncılık.Ankara,2005.

Bilgin A. Kadında, Fitnes Programının Vücut Kompozisyonu ve Aerobik Kapasiteye Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: 9 Eylül Üniversitesi 1995.

Bottorff JL. Johnson JL. Ratner PA. Hayduk LA. The Effects Of Cognitive - Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, Jan/Febr 1996; 45(1):30-36

Bozhüyük, A. 2010, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

Bozhüyük, A. vd, 2012, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, Turkish Journal of Family Medicine and Primary, 6, s01, s13-s21.

Boztepe H., (1992)., Özel Beden Eğitimi ve Spor Tesisleri., Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, S. 12, 13, İstanbul.

Burton, Nicola W. ve Turrell, Gavin (2000), "Occupation, Hours Worked And Leisuretime Physical Activity", Preventive Medicine, 31 (6), 673-681.

Can U., (2000)., 40 Yaş Üstü Erkeklerde 8 Haftalık Aerobik Çalışmalarının Bazı Fizyolojik ve Motorik Parametrelere Etkisinin Araştırılması., Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Muğla.

Chen HT, Lin CH, Yu LH. Normative Physical Fitness Scores For Communitydwelling Older Adults.J Nurs Res Mar 2009; 17(1):30-41.

Cirhinlioğlu, Z., 2001, Sağlık Sosyolojisi, Nobel Kitabevi, Ankara.

Çağıran, İ.H. (2018). Adnan Menderes Üniversitesi Spor Takımlarımda Yer Alan Öğrencilerin Beslenme, Ergojenik Destek Kullanım ve Fiziksel Aktivite Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

ÇAĞLAYAN, M. (2008). Vücut Kitle indeksi ve Bel/Kalça Oranına Göre Sağlıklı Obez ve Non-Obezlerde İnflamatuvar Durumun Prokalsitonin ve Neopterinle Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Biyokimya Anabilim Dalı, Abant İzzet Baysal Üniv. İzzet Baysal Tıp Fak.

Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. 3. Baskı Onur Matbaacılık Ofset Ltd Şti. Ankara, 2002.

ÇATALYÜREK, H., OTO, Ö., ÖRER, A., HAZAN, E., AÇIKEL, Ü. (1999). Farklı Hasta Gruplarında Vücut Kitle İndekslerinin Karşılaştırılması. Gkdc Dergisi, 7: 71-74.

ÇAYIR, A. (2009). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Çepikkurt, F. & Coşkun, F. (2010). Üniversiteli dansçıların sosyal fizik kaygı ve beden imgesinden hoşnut olma düzeyleri. Pamukkale Journal of Sport Sciences, 1 (2), 17-24.

Demir, Z. vd., 2015, Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 5, s14, s96-s109.

Dil, S. vd, 2015, Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16, s01, s51-s59.

Doğan, F. (2010). Sosyal görünüş kaygı leğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik alışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 39.151-159.

Doğan, T. (2011). Sosyal görünüş kaygısı leğinin psikometrik özelliklerinin ergenlerden oluşan bir örneklemede incelenmesi. Elementary Education Online, 10(1), 12-19.

Durna U.niversite ğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Niğde Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi Cilt:1. Sayı:1.2006.

Ebersole, P., Hess, P., 1990, Toward Healthy Aging, Human Needs and Nursing Response, ISBN-13: 978-0323073165, Third ed., The C.V. Mosby Company.

Edelman, C., Mandle, C.L., 1986, Health Promotion Throughout the Lifespan, The C.V.Mosby Company, St Luis, Toronto, Princeton.

Erdoğan, S. vd., 1994, Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik Hemşirelik Bülteni, 3, s08, s28-s36.

Ergr, E. (1996). Üniversite ğrencilerinde beden-benlik algısı ve ruh sağlığı arasındaki ilişki. İzmir: T.C. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Erkal M, Güven . ve Ayhan D. (1998). Sosyolojik Açıdan Spor. İstanbul:DER Yayınları.

Erkan G. Ortopedik zrl ocukların Kendini Kabul Düzeyi zerine Bir Araştırma. Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu Yayını. İstanbul,1990; 1-11

Erkan N. Yaşam Boyu Egzersiz. Bağırgan Yayınevi. Ankara,1998.

Erkan, N. (1982). Yaşam Boyu Spor. Ankara: Bağırgan Yayınevi, s.:31-33.

Esin NM, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 20(2): 166- 176, 2012.

Esin, M. N., 1997, Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Esin, M. N., 1999, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Hemşirelik Bülteni, 12, s45, s87-s95.

Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe (Çev. Ed: Işıtman NM) s. 4-27, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.

Gordon Larsen P, Boone Heinonen J, Sidney S, Sternfeld B, Jacobs DR Jr, Lewis CE. Active commuting and cardiovascular disease risk, the Cardia study. Arch Intern Med. 2009;169(13):1216-23

Green, L., Kreuter, M., 1991, Health Promotion and Planning: an Educational and Environmental Approach Mountain View, Mayfield, CA.

Grunbaum, J. A. et al, 2004, Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 2003. MMWR: Surveillance Summaries, 53, s02, s1-s96.

Guthold, Regina ve diğerleri (2008), "Worldwide Variability In Physical Inactivity", American Journal of Preventive Medicine, 34 (6), 486-494.

GUYTON, A.C., HALL J.E., (2006). Textbook of Medical Physiology. 11th Ed. Philadelphia.

GÜDÜL, N. (2008). Fitness Salonlarına Giden Bireylerin Beklentileri (Bursa İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler III. Cilt. S.1677-1700, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.

Güler, G. vd, 2008, Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları C.Ü. Hemşirelik Dergisi, 12, s03, s18-s23.

Güneş, İ. (2009). Medyada yer alan kadın bedeni imgeleri ve kadınlarda beden imgesi hoşnutsuzluğu. İzmir: T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Hardrick, G. and Lindsey, E., 1996, Health Promotion Nursing Practice: The Demise of Nursing Process, Journal of Adv. Nursing, 23, s106-s112.

Jhonson RE,Mastropaola JA,Wharton MA. Exercise Dietary intake And Body Composition. J. Am, Diet Assoc; 1992.p.399-403.

Kalyon TA. Spor hekimliği, Sporcu Sağlığı ve Spor Sakatlıkları.3.Baskı.Ankara,1995.

Karadamar, M. vd, 2014, Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17,s03, s131-s139.

Karadeniz, G. vd, 2008, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7, s06, s497-s502.

Karasüleymanoğlu, A. (1989). “Yeni Boyutlarıyla Spor.” Bağırhan Yayınevi, Ankara. S.85

KARAMAHMUTOĞLU, F. (2007). Dirençli Hipertansiyonun Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Karatosun H., (2006)., Egzersiz Nedir., Aerobik Egzersiz., <http://www.sporfizyo.com>.

Kartal R., (2003)., 35-46 Yaşları Arasında, Daha Önce Hiç Spor Yapmamış veya En Az 3 Yıldır Spor Yapmayan Erkek Sedanter Büro Elemanlarının Fizyolojik Özellikleri., Muğla.

KAYA, H., ÖZÇELİK, O. (2005). Tıp Öğrencilerinde Bir Yılda Vücut Kompozisyonlarında Meydana Gelen Değişimlerin Belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 10(4): 164-168.

Kerr MJ, Sechrist R, Pender N, Walker SN.A. Spanish Language Version Of The Health- Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research 1990; 39(5): 268-273.

Kılıççı Y. Okulda Ruh Sağlığı. Anı Yayıncılık. Ankara 2000.

Koçoğlu, D. ve Akın, B., 2009, Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2, s04, s145-s154.

Kong, R., 1995, Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses, Public Health Nursing, 12, s05, s312–s318.

Kopelman PG. Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi. 1.Baskı. İstanbul: And Yayıncılık; 2003.

Korugan Ü.Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Prevelansı.III.Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı, Hacettepe Üniversitesi. Ankara,2000

Kostak AM. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(2):105-115, 2007.

Kutlu D., (2006)., Reliability and Validity of Turkish Version of Customer Satisfaction Scale for Health Care and Fitness Clubss., Master, Middle.

Landsberg, B. et al, 2010, Clustering of Lifestyle Factors and Association with Overweight in Adolescents of the Kiel Obesity Prevention Study Public Health Nutrition, 13, s10, s1708–s1715.

Lewis S. M., Collier I.C., 1987, Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems Sec. ed. Mc Graw-Hill Book Company, USA.

Lowry, R. et al, 2000, Physical Activity, Food Choice and Weight Management Goals and Practices Among U.S. College Students American Journal of Preventive Medicine, 18, s01, s18–s27.

Michaud P. A ., Narring F ., Caunderay M., Cavadini C.,(1999) “ Sports Activity, Physical Activity and Fitness of 9-to 19- year – Old Teenagers in the Conton Of Vaud ” Switzerland.

Montignac M. Kadınlara Özel. (Çev.Guimbreticre). 1.Basım. İstanbul: Güncel Yayıncılık; 1997.p.18.

Öncel S. 2001 yılı ebelik teması: Bütün kadınlar uygun sağlık bakımı almada eşittir. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6 (1):49-53, 2002.

ÖNCÜ, İ. (2009). Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. s.11-33, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004

Özcan G,Dursun Z. Aerobik Step Stretching I. Seminer notları. Gençlik Spor Genel Müdürlüğü. 1995; Ankara.

Özdağ S., Kürkçü R., Kartal R., Aytekin U., Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor., Muğla.

ÖZDİLEK, Ç., KILIÇ, K. (2006). Harcanabilir Gelirin Artmasının Sportif Rekreasyona Katılıma Olan Etkisinin Araştırılması -İstanbul Örneği-. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.

Özkan, S. ve Yılmaz, E, 2008, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, s07, s90-s104.

Özkan, S. ve Yılmaz, E, 2008, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, s07, s90-s104.

ÖZKARAFKI, İ. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Vücut Yağ Yüzdesinin Beden Kitle İndeksi Ve Biyoelektrik İmpedans Analizi ile Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk F., Koparan Ş., Haşıl N. ve ark., (2004) Antrenör ve Hakemlerin Empati Durumlarının Araştırılması, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi , II(1), S; 19-25, Ankara.

Özvarış, Ş. B., 2011, Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ISBN: 978-975-491-322-4, Ankara.

Parmaksız H.Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi,izmir.Dokuz Eylül Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2007.

Sabancı Üniversitesi Spor Merkezi., (2007), İstanbul.

Sağlık Bakanlığı, 2011, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik: Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Savaş, B.S. ve Gedik, F.G., 1993, Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sayın, Işın (2009). Zayıflamak Amacıyla Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Semerci, B., 2007, Ergen Ruh Sağlığı Aileler ve Ergenler İçin, Alfa Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

SEViMLİ, D. (2008). Erişkinlerde Fiziksel Aktivite - Beden Kitle indeksi ilişkisinin Araştırılması. Taf Prev Med Bull, 7(6): 523-528.

SiVASLI, E., BOZKURT, A.İ., ÖZÇIRPICI, B., ŞAHİNÖZ, S., COŞKUN, Y. (2006). Gaziantep Yöresinde 7-15 Yaşındaki Çocuklarda Vücut Kitle indeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49: 30-35.

Siyez, E. ve Siyez, D. M., 2007, Ergenlerin Cinsel Yaşam Deneyimlerinin Bazı Psikososyal Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Turkish Journal Urology, 33, s01, s56-s63.

Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in turkish women aged 18-64. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 13: 1241-1245, 2012.

Sönmezer H. Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yas Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yasam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

Stanhope M., Lancaster, J., 1992, Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health Third ed., Mosby-year Book Co., St.Louis. Medicine, 35, s97-s104.

Steptoe, A. et al, 2002, Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes Toward Health in European University Students From 13 Countries 1990-2000 Preventive.

ŞAHAN, H. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10: 260 – 278.

Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 26(3):151-157, 2012.

Tagoe HA, Dake FAA. Healthy lifestyle behaviour among Ghanaian adults in the phase of a health policy change. Globalization and Health 7(7):1-9, 2011.

Tambağ, H. ve Turan, Z. 2012, Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14, s01, s46-s55.

Tot, Ş. ve Yazıcı, A., 2004, Revalance of Smoking, Drinking and Illicit Drug use among Adolescents in Mersin, Turkey Comparison of Secondary School, High School and University Students, Yeni Symposium, 42, s02, s77-s81.

Turan Z., (2006)., Modern Fitness, İlpess Basın ve Yayın, 1. Baskı, İstanbul.

Tutar, H., 2011, Kriz ve Stres Yönetimi, Seçkin Yayıncılık, ISBN: 9789753477437, Ankara

Uğurlu, N.,& Akın, H. (2008). Muğla sağlık yüksek okulu öğrencilerinin beden benlik algısı ve psikolojik sıkıntı belirtisi ile ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11(4), 38-47.

Uyar Arıcı, Ayşegül (1997). Konya İl Merkezi Kamu Kuruluşunda Çalışan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ÜÇOK, K., GENÇ, A., AKKAYA, M., GÖNÜL, Y., UYGUR, R., MOLLAOĞLU, H., SONGUR, A. (2009b). Association Analyses Among Anthropometric Measurements, Exercise Capacities, Pulmonary Functions, Lateralization and Psychological Status in Young Adults. Neurol Psychiatr Brain Res, 16(1): 35-40

Wicklin B.Sports And Recreation For A Healthy Life. World Health Forum, 1992;12:2/3, 251-256.

Yalçinkaya, M., Gök Özer, F., & Yavuz Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409- 420.

YAZICI, E., ASLIM, M. (2007). Modern Toplumlarda Sporun İşlevi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı.

Yetim, A. (2005). Sosyoloji ve Spor. İstanbul: Morpa.

Yetim, M. (2017). Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Durumu Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. TAF Prev Med Bull 12(3):261-270, 2013.

Yorgancıoğlu, A. ve Esen, A., 2000, Sigara Bağımlılığı ve Hekimler, Toraks Dergisi, 1, s01, s90-s95 (2000).

Yücecan S. Besin Tüketimindeki Değişimler ve Yeni Eğilimler. Türk Mutfak Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, 1999; 23: 235-244.

Zorba E, Kartal R. Sağlığımız ve Egzersiz. Ankara 1995; p.8-9-20.

Zorba E, Ziyagil MA. Vücut Kompozisyonu ve Ölçüm Metotları. 1. Baskı. Trabzon: Gen Matbaacılık 1995. p.2, 219-220.

Zorba E., (2004)., Yaşam Boyu Spor, 1. Baskı, İstanbul.

Zülkadiroğlu Z, Öztürk F, İnce G. Çukurova Üniversitesi Personelinin Üniversite Sportif Olanaklarından Yararlanma Düzeyleri. Performans. Adana 1997; 3: 24

7. EKLER

Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı (X) koyarak işaretleyiniz.

Baycan KARAKUŞ

Kafkas Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Kişisel Bilgi Formu

1) Yaşınız : <20 20-24 25-29 30-34 35 >

2) Boyunuz :

3) Kilonuz :

4) Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

5) Medeni durum: Evli Bekar

6) Spor Salonlarına Gelme Sıklığı :

Her gün Haftada 1-3 Hafta sonları Ayda 3-5

7) Kaç Kardeşiniz? (siz hariç) :

0 1 2 3 4 5+

8) Eğitim Durumu

Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

9) Gelir Seviyesi?

< 1000 TL 1000-2000 TL arası 2000-3000 TL arası 3000-4000 TL

5000TL>

Ek-2 Anket Ölçeği

EK-6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ	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 az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu yada katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun 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 sebeplerini bilirim.				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13.Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak üç 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 özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka 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.insanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26.Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27.Her gün rahatlamak ve gevşemek 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 arkadaşım ile birlikte zaman geçiririm.				
32.Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34.Her günü ilginç mücadelelere değer bulurum.				
35.Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin)içeren öğünler planlarım.				
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 yakınlık gösteririm				
40.Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41.Duyularımı 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-3Anket Ölçeği İzin Belgesi

18.05.2017

Sayın Baycan KARAKUŞ,

Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yaptığım “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ni çalışmanızda kullanacağınız için teşekkür ederim. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kaynak gösterirken lütfen aşağıdaki gibi gösteriniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Esin, M.N. (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni*, (12):45: 87-96

Prof.Dr.M.Nihal ESİN

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

8.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Baycan KARAKUŞ

Doğum Yeri: Iğdır

Doğum Tarihi: 07.06.1988

Medeni Hali: Evli

Yabancı Dili: 38.65

EĞİTİM BİLGİLERİ

Düzy	Okul/Üniversite	Dönem
Lise	Iğdır 80. Yıl Cumhuriyet Lisesi	2003-2006
Lisans	Kafkas Üniversitesi Sarıkamış Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu	2009-2013
Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sağlık Eğitimi Programı	2013-2019

İŞ DENEYİMİ:

Kuruluş/Yer	Görevi	Tarih
Bahçeşehir Koleji	Yüzme Antrenörü	2018-2019
Kars Haydar Aliyev Mesleki ve Teknik Lisesi	Öğretmenlik Stajı	2015-2016

SERTİFİKALAR

- 1. Kademe Yüzme Antrenör Belgesi
- Bronz Gümüş Cankurtaran
- Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

YAYINLARI

Yayımlanacak olan, T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Sağlık Eğitimi programında yapılmış, ‘‘Spor Salonlarına Giden Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi’’ konulu yüksek lisans tezi.

e-mail: baycan.karakus@hotmail.com

