

**T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI  
HAREKET VE ANTRENMAN BİLİMLERİ BİLİM DALI**

**FİTNESS MERKEZLERİNE GELEN ERKEK  
YETİŞKİNLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞI VE YAŞAM KALİTESİNİN  
İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Erol TOPLU**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ÖNER**

**İSTANBUL, 2019**

**T.C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI**  
**HAREKET VE ANTRENMAN BİLİMLERİ BİLİM DALI**

**FİTNESS MERKEZLERİNE GELEN ERKEK  
YETİŞKİNLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞI VE YAŞAM KALİTESİNİN  
İNCELENMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Erol TOPLU**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ÖNER**

**İSTANBUL, 2019**

**T.C.**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAM ADI**

Tezin Adı: Fitness Merkezlerine Gelen Erkek Yetişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Erol TOPLU

Tez Teslim Tarihi: 18 Ocak 2019

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr., İzzet GÜMÜŞ  
Enstitü Müdürü  
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmzalar

Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi, Çiğdem ÖNER

-----

Üye  
Doç. Dr., Veysel KÜÇÜK

-----

Üye  
Dr. Öğr. Üyesi, Rüştü ŞAHİN

-----

## **BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK**

Bu tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazıma kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi ve tez çalışması sırasında faydalandığım diğer tüm bilgi ve yorumlara da kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

**Erol TOPLU**

## TEZ YAZIM KILAVUZU UYGUNLUK ONAYI

“Fitness Merkezlerine Gelen Erkek Yetişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

**Tezi Hazırlayan**  
**Erol TOPLU**

**Danışman**  
**Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ÖNER**

**Enstitü Yetkilisi**

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde;

Yüksek lisans eğitim süresinde bana yol gösteren iyi ve kötü günümde hep arkamda duran hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi ığdem ÖNER'e,

Doğduğum günden bugüne kadar hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan, maddi ve manevi olarak beni destekleyen ve hep yanımda olan aileme ve eşime yürekten teşekkür ederim.

İSTANBUL, 2019

Erol TOPLU

## ÖZET

### FİTNESS MERKEZLERİNE GELEN ERKEK YETİŞKİNLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Erol TOPLU

Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı Hareket  
ve Antrenman Bilimleri Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ÖNER

Şubat 2019, 69 Sayfa

Çalışmanın amacı, fitness egzersizleri yapan yetişkin erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bazı demografik değişkenler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesinin yordayıcısı olup olmadığının ortaya konmasıdır.

Çalışmada, İstanbul İli Beylikdüzü İlçesi'ne bağlı merkezlerde fitness egzersizleri yapan toplamda 282 yetişkin erkek yer almıştır. Katılımcılara, veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II uygulanmıştır.

Ölçekler arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik olarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Demografik değişkenler ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, One-Way ANOVA, t-testi analizi, Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ve Pearson Momentler Çarpımı korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarını yordayan araştırma değişkenleri ve demografik değişkenleri belirlemeye yönelik yapılan

incelemelerde hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel önem düzeyi  $p<0,05$  ve  $p<0,01$  olarak belirlenmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesini belirleyen fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanlarının da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmakta olduğu, bu anlamlı ilişkinin genel yaşam kalitesi ve genel sağlık kalitesi açısından da pozitif yönde anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır.

Yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre, hem genel yaşam kalitesini hem de genel sağlık kalitesini yordayan ilk değişken sağlık sorumluluğu olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans genel yaşam kalitesi için %18 ( $F_{6-275}= 7.201$ ,  $p<.001$ ), genel sağlık kalitesi için %12 ( $F_{6-275}= 7.201$ ,  $p<.001$ ) olarak hesaplanmıştır. Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler medeni durum, haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ile birlikte açıklanan varyansın genel yaşam kalitesinde %22'ye ( $F_{9-272}= 10.015$ ,  $p<.001$ ), genel sağlık kalitesinde ise %17'ye ( $F_{9-272}= 7.248$ ,  $p<.001$ ) yükseldiği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Fitness, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı, Yaşam Kalitesi



## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE IN MALE ADULTS IN THE FITNESS CENTER

Erol Toplu

Coaching Education Department  
Movement and Training Science

Thesis Supervisor: Ass. Prof. Dr. ıgdem ner

February 2019, 69 Pages

The purpose of this study is to investigate the relationship between healthy lifestyle behaviors and quality of life of adult males who practice fitness-based exercise and to determine whether some demographic variables and healthy lifestyle behaviors are predictors of quality of life.

In the study, there were a total of 282 adult men performing fitness exercises in the centers of Beylikdüzü District of Istanbul Province. Personal Information Form, World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF-TR) and Healthy Lifestyle Behavior Scale-II were applied to the participants.

Pearson Moments Multiplication Correlation Analysis was applied to determine the relationships between the scales. One-Way ANOVA, t-test analysis, Bonferroni multiple comparison test and Pearson Moments Product Correlation analysis were used to examine the relationships between demographic variables and research variables. Hierarchical regression analysis was used to determine the research variables and demographic variables that predict the sub-dimensions of the World Health Organization's Quality of Life Scale Short Form. The statistical significance levels were determined as  $p < 0.05$  and  $p < 0.01$ .

According to the results of the analysis, it was found that the physical, mental, social and environmental area scores which determine the quality of life increased as the scores obtained from the total and sub-dimensions of the Healthy Lifestyle Behavior Scale-II increased. It was also found that this meaningful relationship creates a positive difference in terms of overall quality of life and overall quality of health as well.

According to the results of the hierarchical regression analysis, the first variable that predicted both the overall quality of life and the overall health quality was health responsibility. The variance explained by this variable was 18% for general quality of life ( $F_{6-275} = 7.201, p < .001$ ), and 12% for general health quality ( $F_{6-275} = 7.201, p < .001$ ). After this it was seen, that the variables added to the equation in the second step such as marital status, weekly fitness frequency and year of fitness caused an increase on the explained variance of the overall quality of life at 22% ( $F_{9-272} = 10.015, p < .001$ ), and on overall health quality at 17% ( $F_{9-272} = 7.248, p < .001$ ).

**Key words:** Fitness, Healthy Lifestyle Behavior, Quality of Life

## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	
ONAY SAYFASI.....	
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	iii
TEZ YAZIM KILAVUZU UYGUNLUK ONAYI.....	iv
TEŞEKKÜR .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	viii
İÇİNDEKİLER .....	x
TABLolar .....	xiii
ŞEKİLLER .....	xiv
KISALTMALAR .....	xv
1. GİRİŞ .....	1
1.1 PROBLEM DURUMU.....	1
1.2 ALT PROBLEMLER.....	1
1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI .....	2
1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	2
1.5 ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI .....	3
1.6 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	3
1.7 TANIMLAR... ..	3
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1 SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ .....	5
2.1.1 Sağlığı Koruma ve Geliştirme.....	6
2.1.1.1 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	10
2.1.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları... ..	13
2.1.2.1 Sağlık Sorumluluğu.....	14
2.1.2.2 Egzersiz ve Fiziksel Aktivite.....	15
2.1.2.3 Beslenme... ..	16
2.1.2.4 Kendini Gerçekleştirme.....	18
2.1.2.5 Kişilerarası İlişkiler .....	19
2.1.2.6 Stres Yönetimi... ..	20

2.1.3 Yetişkinlerde Riskli Sağlık Davranışları.....	21
2.1.3.1 Sigara ve Alkol Kullanımı.....	21
2.1.3.2 Obezite.....	22
2.1.3.3 Yetersiz Beslenme.....	22
2.2 YAŞAM KALİTESİ... ..	23
2.3.1 Yaşam Kalitesinin Göstergeleri .....	25
2.3.1.1 Psikolojik Göstergeler... ..	27
2.3.1.2 Sosyal Göstergeler... ..	28
2.3.1.3 Çevresel Göstergeler. ....	29
2.3.1.4 Sağlık Göstergeleri. ....	30
2.3.1.5 Ekonomik Göstergeler. ....	31
3. MATERYAL VE YÖNTEM .....	33
3.1 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ .....	33
3.2 ÇALIŞMA GRUBU. ....	33
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI. ....	35
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu.....	35
3.3.2 WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	35
3.3.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	36
3.4 VERİLERİN ANALİZİ. ....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1 DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYONLAR.....	38
4.2 DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	41
4.2.1 Araştırma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	41
4.2.2 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması.....	46
4.2.3 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması.....	48
4.2.4 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Süresi ile İlişkisi .....	49

4.2.5 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Sıklığı ile İlişkisi .....	49
<b>4.3 YAŞAM KALİTESİNİN PUANLARININ YORDANMASINA İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI.....</b>	<b>50</b>
4.3.1 Bedensel Alanı Yordayan Değişkenler. ....	50
4.3.2 Ruhsal Alanı Yordayan Değişkenler. ....	51
4.3.3 Sosyal Alanı Yordayan Değişkenler .....	52
4.3.4 Çevresel Alanı Yordayan Değişkenler.....	53
4.3.5 Genel Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenle.....	54
4.3.6 Genel Sağlık Kalitesini Yordayan Değişkenler .....	55
<b>5. TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>57</b>
5.1 TARTIŞMA VE SONUÇ.....	57
5.2 ÖNERİLER.....	61
<b>KAYNAKÇA. ....</b>	<b>64</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>69</b>
Ek A.1 Bilgilendirme Formu.....	69
Ek A.2 Kişisel Bilgi Formu.. ....	70
Ek A.3 WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği. ....	71
Ek A.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	75
<b>ÖZGEÇMİŞ... ..</b>	<b>77</b>
<b>ETİK KURUL RAPORU.....</b>	<b>78</b>

## TABLolar

Tablo 2.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar.....	23
Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	31
Tablo 4.1. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri .....	36
Tablo 4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun Alt Boyutlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması .....	39
Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyutlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması .....	41
Tablo 4.4. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması .....	43
Tablo 4.5. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması .....	45
Tablo 4.6. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Süresi ile İlişkisi .....	46
Tablo 4.7. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Sıklığı ile İlişkisi .....	47
Tablo 4.8. Bedensel Alanı Yordayan Değişkenler .....	48
Tablo 4.9. Ruhsal Alanı Yordayan Değişkenler .....	49
Tablo 4.10. Sosyal Alanı Yordayan Değişkenler .....	50
Tablo 4.11. Çevresel Alanı Yordayan Değişkenler.....	51
Tablo 4.12. Genel Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler .....	52
Tablo 4.13. Genel Sağlık Kalitesini Yordayan Değişkenler .....	53

## ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi .....	9
Şekil 2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli .....	11



## KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla

SABE : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli

SPSS : Statistical Programme For Social Sciences

TJFMPC : Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care Family Medicine  
and Some Reporting Practices

WHO : World Health Organisation



## 1. GİRİŞ

Sağlık yaşam davranışı; bireyin stres kontrolü, sağlık sorumluluğu kazanma, kişiler arası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal aktivite davranışlarını kapsamakta, bireylerin geçmişleri, bugünleri ve geleceklerinde kendi iyilik hallerini gözeterek, sağlıklarını koruma ve devam ettirme biçimleri olarak değerlendirilmektedir.

Onur (2006), olgunluk dönemi olarak da adlandırılan yetişkinlik sürecinde kişinin gerek fiziksel ve gerekse psikolojik açıdan yetkinleştiğini, yaşamın gereklilik ve zorunluluklarına karşı uyum ve sürekli değişim gösterebilme yetisi ile başarı kazandığını belirtmektedir.

Toplumların sağlığı, içinde yaşamakta olan insanların biyo-psiko-sosyal ve kültürel sağlık yaşantılarının olumlu olması ile eş tutulmaktadır. Bu bağlamda, genç nesillere örnek olmaları nedeniyle, yetişkinlerin sağlıklı davranış biçimlerini benimsemiş olmaları önemli bulunmaktadır. Öte yandan, bu rol model oluşun, yetişkinlerin kötü alışkanlıklardan uzak durmalarını ve toplumun huzurunu kaçıracak davranışlardan kaçınmalarını da içeren bir disiplini gerektirmekte olduğuna inanılmaktadır.

Bu çalışmada, disiplin kazanmada önemli katkı yaratan bir olgu olarak, spora yönelen erkek yetişkinlerde fitness tabanlı egzersiz yöntemlerinin yaşam kalitelerine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, öncelikle yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının açıklanması hedeflenmiş, izleyen aşamalarda araştırmanın uygulama bölümü yöntem, bulgular ile tartışma ve sonuç başlıkları altında aktarılmış ve çalışma sonlandırılmıştır.

### 1.1 PROBLEM DURUMU

Fitness salonuna gelen yetişkin erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi nasıl seyretmektedir?

### 1.2 ALT PROBLEMLER

Araştırmanın alt problemleri aşağıda sunulmuştur;

1. Yetişkin erkeklerde fitness tabanlı egzersizlerin yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

2. Yetişkin erkeklerde fitness tabanlı egzersizlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi var mıdır?
3. Fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerde tanımlayıcı özelliklerin yaşam kalitesine etkisi var mıdır?
4. Fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerde tanımlayıcı özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi var mıdır?
5. Fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır?
6. Fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerde tanımlayıcı özellikler yaşam kalitesini yordamakta mıdır?
7. Fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları yaşam kalitesini yordamakta mıdır?

### **1.3 ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı, fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerin bazı demografik değişkenlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin düzeylerinin belirlenmesi, her iki değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinin yanı sıra bazı demografik değişkenler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesinin yordayıcısı olup olmadığının ortaya konmasıdır.

### **1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Düzenli bir egzersiz alışkanlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşamın kalitesini artırmanın önemli anahtarlarından biri olarak görülmektedir. Bu bağlamda, yetişkin erkeklerde sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin fitness tabanlı egzersiz modelleri ile artırılabilirliği düşünülmektedir.

Sağlıklı toplumsal ilişkilerin yaratılması ve yürütülmesinde, öncelikli olarak öne çıkan kavramların bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kaliteleri olduğu söylenebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi sınavan farklı alanlarda farklı çalışmalar bulunmaktadır.

Bu çalışma, özellikle fitness branşında ve erkek olgularla yapılan çalışmaların sınırlı oluşu nedeniyle önem taşımaktadır.

### **1.5 ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI**

Bu araştırmanın varsayımları aşağıda verildiği gibidir;

1. Araştırmaya katılan fitness tabanlı egzersiz yapan yetişkin erkeklerin kişisel bilgi formu, WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinde yer alan sorulara içtenlikle cevap verdikleri düşünülmüştür.
2. Çalışmaya katılan deneklerin evreni temsil edebilecek nitelikte oldukları varsayılmıştır.

### **1.6 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Bu araştırmanın sınırlılıkları aşağıda sunulmuştur;

1. Araştırma 20 ve üzerindeki yaşlardaki yetişkin erkeklerle sınırlıdır.
2. Araştırma İstanbul ili Beylikdüzü ilçesi ile sınırlıdır.
3. Araştırma verileri ölçme araçlarının ölçtüğü boyutlar ile sınırlıdır.

### **1.7 TANIMLAR**

**Sağlık:** Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; 'Sadece hastalık halinin olmaması değil, aynı zamanda fiziki, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halidir' (Murathan 2013).

**Sağlıklı Yaşam Biçimi:** Bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesidir (Ocakçı 2009).

**Fiziksel aktivite:** Fiziksel aktivite; iskelet kaslarının vasıtası ile enerjinin harcanmasıdır (Murathan 2013).

**Fitness:** bedenın fiziksel aktivitelere sıklntı ve sakatlık olmadan gerçekleştirebilme durumu olarak açıklanmaktadır (Voigt vd. 1998).

**Yaşam kalitesi:** Dünya Sağlık rgt'ne göre, yaşam kalitesi insanların içinde buldukları toplumun değerlerini algılama biçimidir (Sağlam 2015).



## 2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır.

Sağlık bireyin yaşamı boyunca değişen dinamik bir olgudur. Birey doğru bir şekilde fiziksel hareketlerini yapabiliyor, iletişime geçebiliyor, üretkenliği koruyabiliyor, duygu ve düşüncelerini aktarabiliyorsa sağlıklıdır. Bir başka ifade ile sağlık terim olarak, kişinin fiziksel iyilik halini sürdürebildiği kadar öznel ve nesnel sorunlarını çözebildiği, gereksinimlerini karşılayabildiği, yaşamın zorlayıcı koşulları ile baş edebilme gücünü gösterebildiği halde tam anlamını taşımaktadır.

Günümüzde, farklılaşan yaşam dinamiklerinin yanı sıra teknolojinin de hızla ilerlemesinin etkisiyle daha yüksek hayat standardı arayışının belirginleştiği ve bireylerin kaliteli yaşam taleplerinin artmakta olduğu dikkat çekici olmaktadır. Gelişen teknolojinin sağlık sektörüne yansımaları ve yeni nesil teknolojilerin kullanımının yoğunlaşmasına bağlı olarak, olumsuz yaşam ve sağlık koşulları sonucu görülen toplu ölümler, bulaşıcı hastalıklar benzeri pek çok istenmeyen olumsuz sağlık yaşantısına ilişkin içeriğin iyileştirilmesi, hatta maruz kalınan rahatsızlıklarda kısa sürede iyileşmeye dönük yanıt alınabilmesi mümkün olabilmektedir. Bununla birlikte, çağın hastalıkları olarak; kanser, kalp damar hastalıkları, madde kullanımı ya da bağımlılığı, obezite vb. hastalıkların sıkça görüldüğü de gözlemlenmektedir.

### 2.1 SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

Baltaş'a (2008) göre, varlığından mutluluk duyarak, topluma ve insani değerlere katkıda bulunarak yaşamak insanın var oluşunu anlamlı kılmaktadır. Bu anlamın oluşmasındaki temel şart ise sağlıklı olmaktır.

Çağdaş sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını iyileştiren, koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öne çıkarmaktadır. Bu anlayış; bireyin kendi sağlığını geliştirmesi, kendi sağlığı üzerinde kontrol gücü kazanması ve doğru kararlar alması üzerine temellendirilmiştir (Bahar vd. 2008).

Ayaz ve arkadaşları (2005), sađlđđın geliştirilmesi çalışmalarının, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve kontrol etmede ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada kişiye yeterli kılmayı amaladđđı üzerinde durmaktadırlar. Araştırmacılaraya göre, böylelikle bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin geliştirilmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, hatta bir anlamda da sağlığı korumanın kişinin kendi görevi olduğu algısının yaratılabileceğini, dolayısıyla da kişilerin sağlığı olumsuz yönde etkileme potansiyeli olan riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamalarının sağlanabilecektir.

Tiryaki'ye (2013) göre, sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, kişilerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, kişinin sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediği hususunda etkili olmaktadır. Sağlık davranışı, bireyin sağlığını koruyup, geliştireceğine inandığı ve hastalıkları asemptomatik dönemde ortaya çıkartarak, nemeye yardımcı olacak her türlü tutum ve davranışları kapsamaktadır (Pender 2002).

### **2.1.1 Sağlığı Koruma ve Geliştirme**

Sağlığı geliştirmedeki amaç bireyin doğru sağlık davranışlarını topluma ulaşmasını sağlamaktır. Sağlıklı toplum ancak sağlıklı bireylerden oluşabilir. Bu nedenle bireylere sağlıkla ilgili eğitimler verilmesi gerekmektedir.

Küçükberber'e (2010) göre, toplum ya da toplum grupları için etkin sağlığı geliştirme programları hazırlanabilmesinde, o toplumun sağlık davranışlarının tanınmasına gereksinim vardır, dolayısıyla amaca yönelik lme araçları çeşitli toplum gruplarının sağlık davranışlarını tanımlayıcı araştırmaların yapılmasını önermektedir.

Hovardaoğlu (1995), sağlığı geliştirmeyi, sağlığaya yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Bir diğer tanıma göre sağlığın geliştirilmesi, insanların, temel tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardım, optimal sağlığa ulaşma çabalarında motivasyonlarını yükseltmek, optimal sağlık düzeyine doğru hareket

ettirmek üzere yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimidir (TJFMPC).Öztek'e (2001) göre, sağlığın geliştirilmesindeki temel ilke, bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olmaları için gereken kapasiteye ve güce sahip olduklarını kabul etmek, kişilere sağlığın geliştirilmesi için gerekli ortamı hazırlamak iken bir diğer ilke, sağlık hizmetlerinin sadece tedavi hizmetlerinden oluşmadığını, sağlığın daha geniş bir alanı içerdiğinden hareketle çevrelerini, sağlığı olumlu etkileyecek biçimde geliştirmeleridir.

Sağlığı geliştirme kavramı, ilk kez 1970-1980'li yıllarda bir felsefe olarak ortaya çıkmıştır. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla farklı kurum, kuruluş ve örgütler dünyanın pek çok yerinde çok uluslu konferanslar düzenlemiş; bu doğrultuda ortak hareketi mümkün kılan hedefleri ortaya koymuş ve aynı gaye ile birçok bildirme yayınlanmıştır. Bunlardan bazıları aşağıda sunulmaktadır (Aktan ve Işık 2012);

- Alma Ata Bildirgesi'nde (1978) temel sağlık hizmetlerinin önceliği konu edilmiştir.
- Lizbon Bildirgesi'nde (1981) hasta hakları ele alınmıştır.
- Ottawa şartı (1986) ile sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan sorumlulukların salt sağlık sektörüne yüklenemeyeceği, bu konu kapsamında diğer sektörlerin de sorumlu olduğu vurgulanmıştır.
- Adelaide Tavsiyeleri'nde (1988) sağlıklı toplum ve halk stratejileri oluşturma hedef olarak vurgulanmıştır.
- Amsterdam Bildirgesi'nde (1994) hasta hakları; sağlıkta insan haklarının önem ve değeri; bilgilendirmenin önemi, gizlilik ve özel yaşama saygının tesis edilmesi gibi ilkeler kabul edilmiştir.
- Kopenhag Bildirgesi'nde (1994) sağlık hizmetlerinin geleceğe ilişkin şekillendirilmesi hususu gündeme alınmıştır.
- Bali Bildirgesi'nde (1995) intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhsal ve moral destekleri konularının yanı sıra sağlık eğitimi alma hakkına ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir.

- Ljubljana Bildirgesi'nde (1996) sađlđın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kaliteye önem verilmesi öncelikli konu olarak saptanmıştır.
- Cakarta Deklarasyonu'nda (1997) 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme Eylem Planları oluşturulmuş, bu kapsamda sağlık öncelikleri ele alınmıştır.
- Dubrovnik Sözleşmesi'nde (2001) ise bölgesel bağlamda sağlık hedefleri saptanmış, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunuma ilişkin ana ilkeler belirlenmiştir.

12 Eylül 1978 Alma Ata da yapılan “ Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta belirlenen ilkeler doğrultusunda, Avrupa ülkeleri 2000'de “Herkes için Sağlık” ilkesinden yola çıkarak, bölgesel sağlık stratejilerini geliştirmek ve ülkelerin sağlığı geliştirmesine esas teşkil edecek değişiklikleri yapabilmek üzere başlıca dört gelişim alanı saptamışlardır. Sözü edilen bu alanlar aşağıdaki gibidir (Öztek 2001);

- Yaşam biçimi ve sağlık,
- Sağlığı ve çevreyi etkileyen risk faktörleri,
- Sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması,
- Bu üç alandaki değişikleri gerçekleştirmek için siyasal, yönetimsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamak

Herkes için sağlık eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şhrinde “1. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, “Halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir.

Maurer ve Smith (2000), bu beş yaklaşımı aşağıda verildiği şekilde tasnif etmişlerdir;

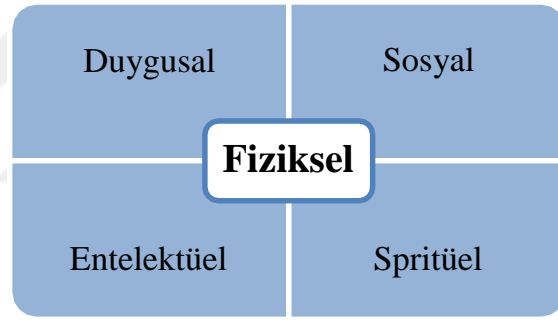
- Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi,
- Sağlığı geliştirmede aracı olma,
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi,



- Destekleyici çevre yaratılması,
- Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesi.

DSÖ'ye (2014) göre, sağlığı geliştirme kavramı, bireylerin sağlık yaşantılarını yükseltici davranışlar ile hastalıkların yanı sıra iyilik halini engelleyici unsurların da önlenmesi amaçlı çalışmaları içermektedir. Farklı bir ifade ile kişilerin, fiziksel ve sosyo-duygusal yönden üstün sağlık seviyesine erişebilmeleri için, gerekli davranış değişikliklerini ve değişim sürecine etki eden unsurları tanımlayan süreçtir.

Sağlığı geliştirmede gaye, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır. Bu bağlamda, Tiryaki'nin (2013) de bildirdiği üzere optimum sağlığın yaratılması için duygusal, sosyal, entelektüel ve spiritüel boyutlarla birlikte fiziksel boyutun da esenlik düzeyine yükseltilmesi ve korunması gerekmektedir (Şekil 2.1).



(Tiryaki 2013)

### Şekil 2.1. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi

Yardım vd. (2009) ve O'Donnel'in (2009) da açıkladıkları gibi, optimal sağlığın Şekil 2.1'de gösterilen beş boyutunun içinde yer alan kavramlar aşağıdaki gibidir;

- Fiziksel boyut: Beslenme, egzersiz, tıbbi öz bakım, madde kullanım denetimi,
- Duygusal boyut: Duygusal kriz bakımı, stres yönetimi,
- Sosyal boyut: Toplular, aileler, arkadaşlar,
- Entelektüel boyut: Eğitim, başarı, kariyer gelişimi,
- Spiritüel boyut: Sevgi, umut, yardımseverlik.

Sağlığı geliştirmenin önemli bir yönü de bu beş boyutu direkt ya da dolaylı olarak iyilik seviyesine yükseltmede etken rol alan sağlıklı bir sportif yaşam çerçevesi oluşturmaktır.

DSÖ'nin (2014) tanımına bakıldığında, sağlığı geliştirmenin bilgi, beceri kazandırma, hizmet sunma, pozitif yaşam biçimi değişikliklerini gereksinim olarak görme, algılama ve sürdürmede destek sunma yoluyla, birey ve toplumların sağlık ve iyilik halini geliştiren programlar olarak düşünülmektedir. Matossorin and Black (1997), sağlığı geliştiren programların aşağıda sıralanan unsurları içermekte olduğunu belirtmektedirler;

- Öz sorumluluk,
- Besin alımıyla ilgili düzenlemeler,
- Fiziksel dayanıklılık ve esneklik,
- Kendi çevresini kontrol etme,
- Entelektüel kapasite,
- Stres yönetimi.

#### **2.1.1.1 Penderin sağlığı geliştirme modeli**

Pender (1987), sağlıklı yaşam biçimini, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini yönlendirmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlamış; Pender vd. (1992) ile yaptığı çalışmada da sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu bildirmiştir.

Pender'in (1982-1984) ortaya attığı Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmıştır. Model, bilişsel unsurlara odaklanarak sağlığın artırılmasını ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimsemektedir (Pender and Parsons 2010).

SGM, bir kavram ya da düşüncenin kuramsal açıklanmasını ve uygulama yollarını içermekte (Bahar ve Açıl 2014), kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi basamaklarından oluşmaktadır.

Pender and Walker (2010), sağlığı geliştirme modelinin sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olduğunu, yapısal olarak, hastalıktan korunma amacıyla sergilenen

davranışların nasıl şekillendiği ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzediğinin altını çizmektedirler.

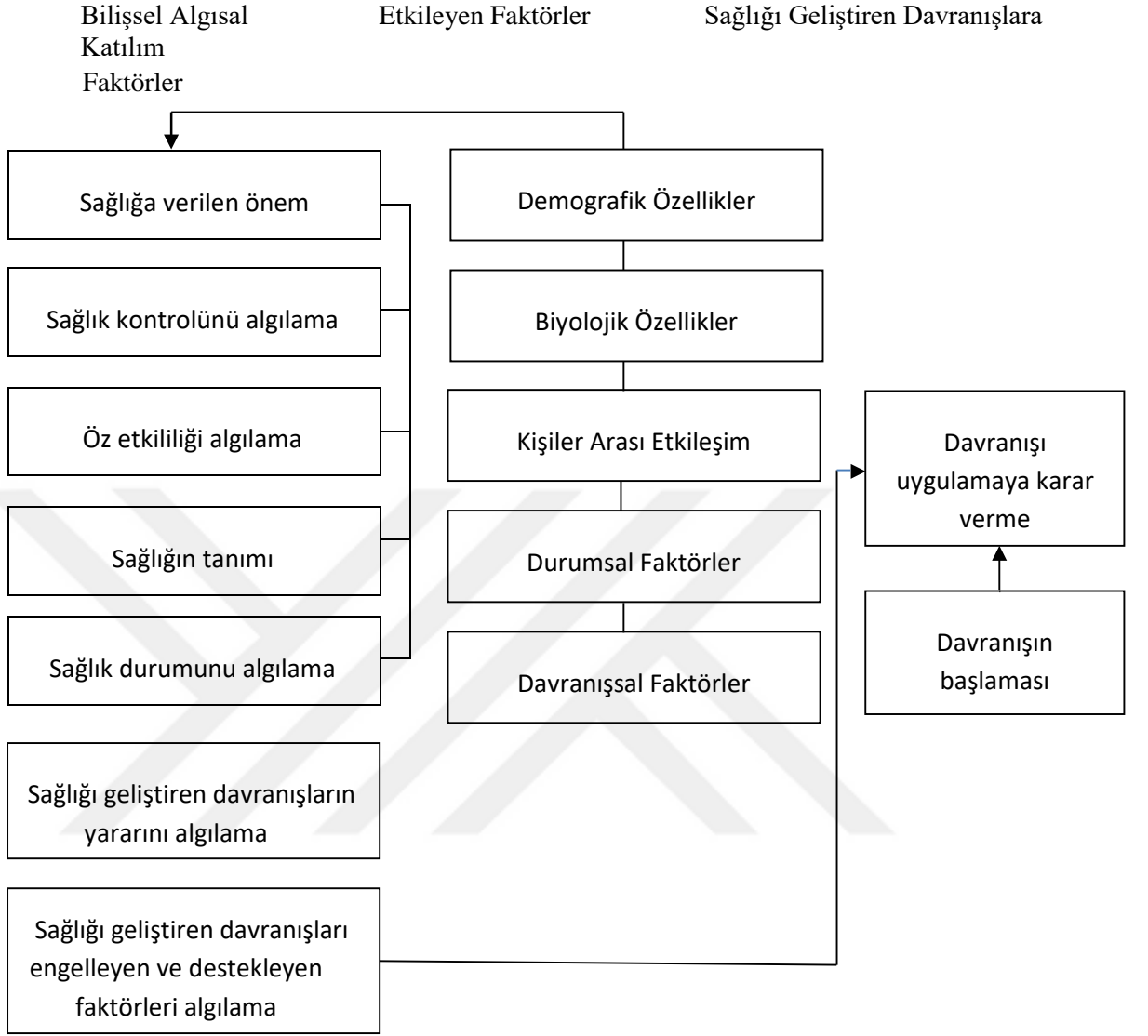
Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modele göre, demografik ve toplumsal unsurlar da sağlık üzerinde etken olmaktadır. Bireyin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekliliği üzerinde duran model aynı zamanda topluma genelleştirilebilecek şekilde planlanmış ve test edilmiştir (Pender 2002).

SGM’inde, bilişsel-algısal faktörler olarak gösterilen değişkenler; sağlığa verilen önem, öz- etkililik ve yeterliliği anlama, sağlığın kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama, sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılama olarak sınıflandırılmaktadır. Modelde yer alan bilişsel algısal unsurlar, sağlığı geliştirme davranışının kazanımı ve içselleştirilmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalar olarak görülmektedir. Sağlığı geliştirmeyi dolaylı olarak etkileyenler; bireyin demografik ve biyolojik özelliklerinin yanı sıra durumsal, davranışsal ve kişilerarası etkileşime ilişkin unsurlar olarak sıralanmaktadır (Pender vd. 2010).

Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenlenmeden önce, kişilerin bir davranışı yapıp yapmadığı ve bu davranışı etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. İnsanın karmaşık bir yapıya sahip olması nedeniyle bu faktörleri tek bir görüşe göre açıklamak mümkün değildir. Bu yüzden davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir.

Sağlığı geliştirme modeli, teorik bir bakış açısıyla sağlığı geliştirici davranışları etkileyen unsur ve ilişkileri açıklamayı ve böylelikle sağlığı ve kaliteli yaşamı artırmayı açıklamaktadır.

Pender tarafından (2010) ilk olarak 1980’lerin başında geliştirilmiş olan SGM, Şekil 2.2’de verilmektedir.



(Esin 1997)

### Şekil 2.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığın geliştirmesi Pender vd.'ne (2010) göre, doğrudan birey, aile, toplum ve toplumsal grupların sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ve bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasını ifade etmektedir.

### 2.1.2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışları kişilerin sağlığını geliştirme, hastalıkları en aza indirme veya hastalıkları engelleme amaçlı iyi olduğuna inandıkları ve uyguladıkları aktivitelerdir (Esin 1997; Gençil ve Yıldız 2006). Sağlığın daha iyiye gitmesi, farklı bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu engellemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998).

Olumlu sağlık davranışı, kişilerin kendileri ve diğerlerinin sağlığını etkin şekilde korumaya dönük bilinçli hareketlerden oluşmaktadır. Kişiler karşı karşıya kalabilecekleri olumsuzluklar ya da sağlıklı seçenekler hakkında bilgiye haiz olmadıklarından veya değer yargıları ve kazandıkları bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri ve düzenlemeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve eylemlerde bulunabilmektedirler (Herkes için sağlık hedefleri 2000; Sağlık Bakanlığı Ulusal sağlık politikası 1993).

Yaşam biçimi, basitçe sürekli farkında olmadan yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bunlar sağlığı olumlu ve olumsuz etkileyebilmektedir (Kıray ve Vural 1998). Sağlıklı bir yaşam için, sorunu tanımlama, çözüm bulma, karar verme ve uygulama benzeri yaşamı denetleyerek yönlendirebilecek becerilere, uyumsuzlukları çözümlene yeteneğine, aktif bir biçimde iletişimde olma ve kendi adına etkin müdahalede bulunma kapasitesine sahip olunması gerekmektedir (Spellbring 1991).

Walker vd. (1987), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik halini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması şeklinde yorumlamışlardır.

Gochman (1988), bireyin sağlık davranışının içine; inançların, beklentilerin, güdülerin, değerlerin, algıların, kişisel tavır ve alışkanlıkların yanı sıra psikolojik özellikler benzeri unsurların girdiğine işaret etmektedir. Nitekim, alanyazında işaret edildiği üzere (Ahijevycyh and Bernard 1994; Spellbring 1991; Pender vd. 1992), sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri içinde altı faktörün önemli düzeyde etkisinin olduğu bildirilmektedir. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık Sorumluluğu
- Egzersiz ve Fiziksel Aktivite
- Beslenme
- Kendini Gerçekleştirme
- Kişilerarası Destek
- Stres Yönetimi

### **2.1.2.1 Sağlık sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir (Güngörmüş 2001).

Steinbooks'a (2006) göre, sağlık sorumluluğu, sağlığın sürdürülmesi için bireylerin kilo kontrolü, egzersiz yapma ve sigara kullanımından kaçınma benzeri davranışları sergilemeleri, sağlık kontrollerini zamanında yaptirmaları, hekimlerin önerilerini uygulayarak kendilerini daha iyi hissetmeleri ve daha az sağlık gideri yaratmalarınıdır.

Sağlığın geliştirilmesi ve sağlığa ilişkin sorumluluk arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır. Sağlığını geliştirme çabasında olan bir kişinin sorumluluklarını da fark ettiği düşünülmektedir.

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı'nca (2013) hazırlanan "Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023" hedefinde; bireylerin, kendi sağlığını koruma ve geliştirme hususunda sorumluluk duyması ve bu sorumluluğun gereklerini yerine getirebilmesi için kamusal/toplumsal destek ve denetim sistemlerine kolaylıkla erişebilen bireylerin oluşturduğu bir toplum yaratılması önceliklendirilmiştir.

Sağlık davranışları, içinde yaşanılmakta olan toplumun alışkanlıklarından, sağlık okuryazarlığı seviyesinden, sağlıkta eşitsizlik durumlarından, zihinsel kapasitesinden ve sosyal medya gibi pek çok unsurdan etkilenmektedir. Bilindiği üzere sigara ve alkol tüketmek, aşırı beslenme, aşırı egzersiz, araç seyir halinde iken emniyet kemerini takmamak riskli davranışlar olarak değerlendirilmekte, bu tip davranışlar, birey ve halk sağlığı için tehdit oluşturmaktadır. Bu soruna ilişkin çözümün en kolay ve ayrıca maliyet açısından en ekonomik olanı, bireylerin sosyokültürel yapıları ve çevresel

özelliklerinin dikkate alınmasıyla bireysel sorumluluğu içeren yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmesi, bu yolla riskin azaltılmasıdır. Bireylerin sağlıklı davranışları seçmekte özgür oldukları varsayılmaktadır. Ancak; bu sorumluluklar bireylerin eylemleri, gönüllülük halleri, farklı kişilerden duydukları gibi içsel ve dışsal çok sayıda unsurun etkisi altında kalmaktadır. Bununla birlikte, bireysel sağlık sorumluluğu tartışmalarında, özellikle içsel etkilerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir (Davies 2013).

Genel anlamda iki tür sağlık sorumluluğu olduğu bildirilmektedir; rol ve nedensellik sorumluluğu. Rol sorumluluğu; bireylerin özerk karar almalarını açıklarken, nedensellik sorumluluğu, davranışlara bağlı olarak gerçekleşen seçimlerin belirlenmesini vurgulamaktadır (Minkler 1999.)

### **2.1.2.2 Egzersiz ve fiziksel aktivite**

Kişilerin mutluluk yolunda kassal işlevlerini, karakteristik doğal yetenekleriyle çalıştırması fitness, farklı söyleyişle fiziksel uygunluk kavramı ile eşleştirilmektedir (Michaud vd. 1999: Aktaran: Ocak 2008). Fitness, bedenin fiziksel aktiviteleri sıkıntı ve sakatlık olmadan gerçekleştirebilme durumu olarak da açıklanmaktadır (Voigt vd. 1998).

Kozanoğlu'na (2004) göre, fiziksel uygunluğu tanımlamak konusunda benimsenen ortak görüş, uygulanan aktivitenin canlı ve enerjik olması, farklı ifadeyle kasta yeter düzeyde iş oluşturabilme yeteneğidir.

USDHHS'da (1996) yer aldığı şekli ile performans bileşenleri: çabukluk, denge, koordinasyon, güç ve hız; sağlığa yönelik uygunluk bileşenleri ise: beden kompozisyonu, kalp ve solunum işlevi, esneklik, dayanıklılık ve kuvvettir.

Corbin ve Lindsey (2005), insanların günlük ne kadar fiziksel aktivite yapmaları gereklidir sorusuna verilecek yanıtın çok basit olmakla birlikte, özellikle yeni bir aktiviteye başlanacaksa bu cevabın oldukça karmaşık olacağına işaret etmekte, fiziksel aktivitenin temel prensiplerinin aşağıdaki esaslar etrafında düzenlediğini ifade etmektedir;

- Yüklenme prensibi
- Devamlılık prensibi

- Özelleşme prensibi.

Sağlık profesyonellerinin oluşturduğu alanyazında, düzenli aktivite ve yararları üzerine yapılan araştırmaların 1950’li yılların başı itibarıyla yer almakta olduğu, ilgili dönem yayınlarında fiziksel aktivitenin sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede etkin bir davranış biçimi olarak tanıtıldığı görülmektedir. 2000’lerde A.B.D, egzersizin yaşam kalitesini geliştirdiğini, hastalık ve sakatlıklarda önleyici, ölüm oranında ise azaltıcı role sahip olduğunu açıklamıştır (Blair 2003).

Egzersiz yapmanın çok sayıda yarar sağladığı bilinmektedir. Bunlardan bazıları her yaşta kas gücünü, eklem açıklığını, esnekliği, koordinasyonu ve kilo denetimini sağlaması olarak sıralanırken, öne çıkan diğerleri ise kişilerin kendilerini daha iyi hissetmeleri, kişisel kontrolün geliştirilmesi, sosyalleşmeyi arttırması şeklinde ifade edilebilir. Herhalukarda, tüm bu sayılanlar dolayısıyla yaşam kalitesi ve yaşam süresinin arttırması diğer yararlarıdır. Ayrıca, düzenli fiziksel aktivitenin kardiyovasküler, kas-iskelet, metabolik, hormonal sistemler ve psikolojik işlevler üzerinde de çok sayıda olumlu etkisi bulunduğu bilinenler arasındadır (Daley 2002; Peterson 2007).

Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimine bağlı olarak hareketsiz yaşamın yükselişi dikkat çekici olmaktadır. Aynı zamanda, özellikle üzerinde yaşamakta olduğumuz topraklarda spor kültürünün topluma yaygın bir görünüm kazanmamış olduğu, bir yaşam biçimi olarak benimsenme oranlarının düşük kaldığı, genel sosyo-ekonomik düzeyin serbest zamanlı spor etkinliklerine katılım üzerinde sınırlandırıcı rol oynadığı, pek çok sektörde çalışma saatlerinin uzun olduğu ve özellikle mega-kente dönüşen yaşam alanlarında ulaşım zorlukları nedeniyle yaşanan zaman kaybının giderek arttığı, ayrıca tüm bu sayılanların egzersiz ve spora yönelme üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu görülmektedir.

### **2.1.2.3 Beslenme**

Demir (2015), beslenmeyi, bireyin büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarda alıp, vücudunda kullanması olarak tanımlamaktadır.



Beslenme; büyüme, yaşamı idame ettirme ve sağlığın doğru şekilde korunması için olmazsa olmaz anlamına gelmekte, bireylerin ve toplumun mutlu, huzurlu ve refah içinde yaşayabilmesi için uygun ve kaliteli beslenme alışkanlıklarının edindirilmesi kaçınılmaz önem taşımaktadır.

Günelik yaşamın hızlanan ritmine bağlı olarak, beslenme rejimlerinin farklılaştığı dikkat çekmekte, işlenmiş gıdalar, alkol ve sigara tüketiminin yoğunlaştığı, ihtiyacından fazla yemek yeme ve fastfood-hızlı yemek- alışkanlıklarının giderek arttığı gözlemlenmektedir. Bir diğer dikkat çekici husus, yetersiz beslenmenin kişilerde stres, uyku hali, halsizlik, dikkat dağınıklığı ve benzeri olumsuz yaşantıların ortaya çıkmasına zemin yaratması olarak görülmekte, yetersiz beslenmenin toplumda huzursuzluğu, gerginliği artırdığı, sosyal iyilik halini ise azalttığı düşünülmektedir.

Doğru ve dengeli beslenme fiziksel ve zihinsel durumu etkilemekte, kişilerin başarısını, özgüvenini ve davranışlarını düzenleme becerilerini artırmaktadır.

Son zamanlarda dünya ülkelerinde beslenme üzerinde çok fazla durulan önemli bir konu haline gelmiştir. Bunun nedeninin; beslenme alışkanlıklarının bireylerin bedensel ve zihinsel sağlıklarını derinden etkilemesi olduğu düşünülmektedir.

Beslenme; insanların öğün sayıları, ana ve ara öğünlerde nasıl besinler tükettikleri ve bunların miktarları, besinleri satın alma şekilleri, bu besinleri pişirme alışkanlıkları gibi ana unsurların yanında, bireylerin yavaş mı yoksa hızlı mı yemek yedikleri, çiğneme süreleri, yorgun, üzüntülü veya mutlu iken besin tüketimleri ve besinleri sıcak yada soğuk tüketmeleri gibi birçok ayrıntıyı içine alan bir süreçtir. Bunların yanı sıra insanların eğitim seviyeleri, gelir düzeyleri, beslenme bilgi birikimleri, yaşadıkları çevre, kent, köy yaşamı, gelenek ve görenekleri gibi ayrıntıların da beslenme alışkanlıklarına etki etmekte olduğu bilinmektedir (Sürücüoğlu 1999).

Dengesiz ve yetersiz beslenen toplumlarda kronik hastalıklar fazlaca görülmekte olduğu bunun yanı sıra ortaya çıkan enfeksiyonel hastalıkların yüksek oranda ortaya çıktığı, maruz kalınan bu hastalıkların ağır geçirilmekle beraber ölümlerle sonuçlanabilmekte olduğu bilinmektedir (Aykut 2013).

Tiryaki'nin (2013) vurguladığı üzere, yapılan birçok araştırma göstermektedir ki beslenme sorunları bilgisizlik bir diğer deyişle eğitimsizlikten kaynaklanmaktadır. Toplumların ve bireylerin sağlıklarını korumak ve hastalıkların kolay atlatılabilmesi

için fertlerin bilinçli hale gelmeleri gerekmektedir. Bu nedenle toplumların sağlıkları üzerinde etkili olabilen, eğitim- öğretim veren ve yönlendiren kişilerin ve kurumların beslenme konusunda yeterli bilgi birikime sahip olmaları çok önemli olmaktadır.

#### **2.1.2.4 Kendini gerçekleştirme**

Schultz and Schultz (2001), kendini gerçekleştirme için insanın tüm yetenek ve niteliklerini aktif olarak kullanabilmesi, potansiyellerini geliştirip gerçekleştirme olarak doğuştan getirilen ve her insanda var olabilen en yüksek düzeydeki insan ihtiyacı ya da eğilimi olarak tanımlamaktadır.

Kendini gerçekleştirme kavramı ilk ortaya atılışının Kurt Goldstein (1939) tarafından olduğu bilinmektedir. Bu eğilim, kişinin giderek daha fazla biçimde olabileceği şeyi olması, farklı söyleyişle zamanla olabileceği şeyi tam olarak olması şeklinde ifade edilir. Doğal olarak bu ihtiyaç bir kişiden kişiye değişmektedir. Bir insanda bu harikulade bir ebeveyn olma isteği biçimini kazanırken, diğerinde atletik yetilerde kusursuzluk arzusunu, bir başkasında resim yapma ya da bir buluş ortaya koyma şeklinde kendini gösterebilir (Maslow, 1970: akt. Türkoğlu 2007).

Varoluşçu felsefenin görüşlerinden etkilenen insancıl psikoloji akımına göre insan davranışlarını yöneten en önemli güdü kendini gerçekleştirme güdüsüdür. İnsancıl psikologlar beslenme, korunma, nesli sürdürme gibi fizyolojik ihtiyaçların önemini kabul etmekle, hatta bunları temel saymakla beraber, insanın insan olarak daha üst düzeyde bazı gereksinimleri olduğunu ve bunları doyumaya çalıştığını öne sürmektedirler. Bu üst düzey gereksinimler, saygı görmek, bilgi edinmek, güzellikten haz duymak gibi salt insana özgü gereksinimlerdir. Maslow'un tamamına "gelişme ihtiyaçları" adını verdiği bu üst seviyedeki gereksinimler ancak temel ihtiyaçlar giderildikten sonra ortaya çıkabilmektedirler (Maslow 2001; Kuzgun 1972).

Maslow'a (2001) göre, kendini gerçekleştirme, bireyin mevcut anda olduğu ile gelecekte olabileceklerinin eş zamanlı olarak var olabileceğini gösteren, böylelikle varlık ile oluş arasındaki ikilemi ortadan kaldıran bir yaklaşım olmaktadır. Gizil güç sadece gelecekte olacak ya da olabilecekler olmayıp, aynı zamanda olandır da.

Kendini gerçekleştirme değerleri birer amaç olarak var olmaktadır, bu bağlamda hayata geçirilmemiş olsalar dahi gerçeklerdir. İnsan, aynı anda hem olduğu hem de

olmak istediğidir. Bireyi güdüleyen en yüksek güç olarak kendini gerçekleştirme; bireyin varlığını devam ettirebilmesi, zenginleştirip geliştirebilmesini sağlayan tüm gizil güçlerinin; büyüme, olgunlaşma, ayrımlaşma, bağımsızlaşma ve kendinden sorumlu olma gibi süreçlere bağlı olarak dışa akışıdır (Maslow 2001).

### **2.1.2.5 Kişilerarası ilişkiler**

Bireyin diğerleri ile etkileşime girmesini sağlayan her türlü iletişimi içeren kişilerarası ilişkiler terimi, karşılıklılık ile birlikte duygu, düşünce ve davranış bileşenlerini kapsamaktadır. Kişilerarası ilişkilerin başlaması, sürdürülmesi ve sonlandırılmasında bireyin yanı sıra ilişki içinde olduğu diğerinin seçim ve nitelikleri, ilişkide belirleyici unsur olarak işlev görmektedir (Graham and Lafollette 1989).

Fiske and Taylor (1991), sosyal psikoloji yaklaşımları ölçeğinde kişilerarası ilişkilerin incelenmesinde, bireyin gerek kendi içindeki süreçleri itibariyle bir olgu gerekse sosyal ilişki ağları bağlamında kişilerarası olgu değerlendirildiğini, etki eden ve etkilenen unsur olarak görüldüğünü bildirmektedir. İlişkilerin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılmasında kişinin öz algısı ve bireyler arasındaki karşılıklı beklentiler belirleyici olmaktadır. Bu algı ve beklentilerin kaynağı, kişisel şemalardır (Baldwin 1992; Duck 1993; Safran 1990).

Gerek kişisel şema ve gerekse kişilerarası ilişkilerin oluşması ve gelişmesinde, bireyin sosyal çevresi önemli bir rol üstlenmektedir. Her sosyal yapı; kendi sosyal ağı, kültürel ve tarihsel geçmişiyle beraber bireyin öz algısının yanında ilişkideki diğerini algılamasını etkilemekte dolayısıyla kişilerarası ilişkilerin biçim almasını sağlamaktadır. Birey ait olduğu grup ya da topluluğun onayını almak, dışlanmamak veya çatışma içinde kalmamak için uyum gösterme gibi normatif etkilenmenin yanı sıra; gösterilen uyumun yansıması olarak faydalı ve zorunlu bilginin paylaşımından etkilenme ile sosyal kimlik kazanmaktadır. Böylelikle, içinde yaşamın idame ettirildiği toplumsal modele göre kişi hem kendini ayarlamakta hem de ilişkiler içinde şekil alması mümkün olmaktadır (Bacanlı 1997; Tajfel ve Tumer 1986).

Kağıtçıbaşı'na (1990) göre insan modeli ve insanların birbirleriyle ilişkileri, toplumlara ve alt kültürlere göre farklılık taşımaktadır. Batılı toplumlarında bireyselleşme, ayrılma ve kişilerarası bağımsızlığa vurgu yapılırken kişilerarası bağımlılık psikolojik

uyumsuzluğun göstergesi olarak düşünülmektedir (Bornstein 1992).

Bağlılık kültürünün yaygın olduğu Türk kültüründe ise hem özerk oluş hem de duygusal anlamda bağımlı oluş ihtiyaçlarına birlikte doyum sağlanmaya çalışıldığı dikkat çekmektedir.

### **2.1.2.6 Stres yönetimi**

Stres sözcüğü Latince “Estrictia” kelimesinden oluşmaktadır. On yedinci yüzyılda felaketleri anlatmak için kullanılmakta olan stres kelimesinin on dokuzuncu yüzyılda kavramsal içeriği değişmiş, güç ve baskı gibi nesnelere, bireylere ve ruhsal yapıya dönük bir yön kazanmış, sonrasında zorlama ve güce karşı objelerin ve bireylerin yapılarında oluşan bozulmaya karşı direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (Baltaş 2004; Güney 2015).

Stres, her an; çalışırken, düşünürken, yazı yazarken, kitap okurken daima yaşanabilmekte, yalnızca kaygı ve endişeden oluşmamaktadır. İnsan, dinlenirken de strese maruz kalabilmektedir. Zira, dinlenme durumunda da kalp kan pompalamakta, beyin çalışmakta, ciğerlere hava dolup boşalmakta, hareketsizlik halinde dahi bedensel fonksiyonlar sürekli çalışmakta, uyanık olunan zamanlarda ise, zihin aktif olarak faaliyet göstermekte, sürekli yapılacaklar düşünülmektedir (Rowshan 2011).

Stres, bünyesinde yapıcı ve yıkıcı özellikleri barındırmaktadır. Stresi yönetemeyenler, stresin yıkıcı gücü altında ezilmektedirler. Stres, eğer dengeli bir şekilde yaşanırsa motive edici bile olabilmektedir. Bununla beraber iş stresleri de olumlu ya da olumsuz olabilmektedir (Örnek ve Aydın 2008). Optimum düzeyde yaşanan stres, iş görende motivasyon sağlayarak veriminin artmasına yol açmaktadır (Çelik ve Fettahlıoğlu 1999).

Aşırı stres altında bulunmak da bireyin verimini düşürüp, etkili çalışmasını engellemektedir (Ivancevich and Matteson 1993). Stresten korkmamak, onu yönetmek gerekirken, dozunda stres güdüleyici olmaktadır. Mesleki başarıya ulaşanların stres yaşamaksızın başarıya ulaştıkları düşünülemez. Strese maruz kalındığında açığa çıkan enerji doğru kullanılması, itici bir sağlayabilmektedir.

### **2.1.3 Yetişkinlerde Riskli Sağlık Davranışları**

DSÖ, risk kavramını; olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran unsur olarak açıklamaktadır. Buna göre, risk almak, bir anlamda zararı göze almak demektir. Bazı riskli davranışlar sadece bireyi değil toplumu da etkilemektedir. Bunun yanında madde kullanımı, yetersiz ya da yanlış beslenme, ruhsal bozukluklar risk faktörlerini arttırmakta olduğuna işaret edilmektedir. Yapılan araştırmalara göre, riskli davranışlar ortaya çıktıktan sonra önleyici müdahalelerin başarısı düzeyinin düşük olduğu anlaşılmaktadır.

#### **2.1.3.1 Sigara ve alkol kullanımı**

Dünya genelinde sigara ve alkol kullanımı bir sorun halini almıştır. Sigara ve alkolün neden olduğu hastalıklar ile başa çıkmak üzere devletlerin farklı içeriklerde kanun ve kurallar düzenlediği görülmektedir. Uygulanan bu yöntemlerin sigara ve alkole olan bağılılığı azaltmak, genç nesillere kötü örnek olunmaması üzerine kurulduğu anlaşılmaktadır.

Sigara ve alkol tüketiminin genellikle genç yaşlarda başladığı dikkat çekmektedir. Yapılan araştırmalara göre, başlama gerekçeleri; arkadaş ortamı, özenme, imaj edinme, stres, dışlanma, merak benzeri durumlar olarak sıralanmaktadır. Edinilen alışkanlığın yetişkinlik sürecinde bağımlılık, bırakamama ve duygu değişimi gibi sürdürüldüğü görülmektedir.

Sigara ve alkole bağlı gelişen sağlık problemleri arasında kalp, damar, siroz, kanser gibi önemli hastalıklar bulunmaktadır. Bu hastalıkların önlenmesi ya da kontrol altına alınabilmesi için en etkili yol bu durumla mücadele etmektir.

Alkol ve sigara kullanımı sadece bireyi değil toplumu da etkilemektedir. Pasif içicilik bunun en büyük göstergesidir. Pasif içici bireylerin de tıpkı aktif sigara içicilerinde ortaya çıkan hastalıklara maruz kaldıkları görülmektedir. Bir diğer, somut örnek alanı da yaşanan trafik kazaları olmakta, özellikle aşırı hatta bağımlılık düzeyinde alkol ve madde kullanımının yol açtığı duygusal travmaların kimi hallerde intihar girişimi ya da toplumun huzurunu bozucu ölçüde şiddet ve saldırganlık olarak tezahür ettiği bildirilmektedir.

### **2.1.3.2 Obezite**

Altunkaynak ve Özbek'e (2006) göre, obezite; vücuda besin yoluyla alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan, bedenin yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize kronik bir hastalıktır. Söz konusu hastalık, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere bedenin organ ve sistemlerini tüm olarak etkilemekte, çeşitli bozukluklara yol açtığı gibi ölümlere dahi sebebiyet verebilmektedir. Yağ miktarının artışı ve dağılımına bağlı olarak hastalıkların görülme sıklığı ve ölüm oranı değişkenlik gösterebilmekte, yaşam kalitesi ve süresi olumsuz yönde etkilenmektedir. Obeziteye bağlı olarak görülen hastalıklardan bazıları şunlardır; osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, kalp damar hastalıkları, tip II diabet, uyku apnesi ve solunum yetmezliği.

Kronik hastalıklarının bir çoğunun beslenme ve yaşam biçimiyle bağlantılı olduğu; beslenme etmenleri ile yaşam biçiminin, kanserlerin yüzde 30 ila 40'ında, kardiovasküler hastalıklar ve ölümlerin en az üçte birinde görüldüğü, ayrıca şişman ve kilolu olmanın diabet hastalığının oluşumunda, kardiovasküler rahatsızlıkların ve bazı kanser türlerinde artan risk taşıdığı, ölümlerde, osteoporoz ve yaşlılığa bağlı kalça kırıklarının oluşumunda etken olduğu bildirilmektedir.

Obezite bir çok hastalığın oluşumunda, yaşam kalitesinin düşmesi, ölüm hızının artışı ve hastalık yükleri ile sağlık bakım ücretlerinin artması ile sonuçlanmaktadır.

### **2.1.3.3 Yetersiz beslenme**

Bir halk sağlığı sorunu olarak yetersiz beslenme tüm yaş gruplarını etkilemektedir. Yetersiz beslenmenin olumsuz görünümü, çocuklarda büyüme geriliği, fiziksel ve mental gelişim bozukluğu ya da beslenme bozukluğuna eşlik eden kronik hastalıklar olarak izlenmektedir.

DSÖ, yetersiz beslenmeyi; büyüme, yaşamın sürdürülebilirliği ve otantik işlevler için bedenin gereksindiği enerji ve besin öğeleri arasındaki hücresel dengesizlik olarak tanımlamaktadır. Selçuk'a (2012) göre yetersiz beslenme, protein, enerji ve diğer gıdalar gibi tüketilen besin öğelerinin alımı ile değişen metabolizma gereksinimlerinin karşılanması arasında süregelen dengesizliktir.

Yetersiz beslenme; fetal büyüme geriliği, zayıflık, obezite, ağır protein-enerji yetersizliği olan marasmus ve kwashiorkor, vitamin ve mineral yetersizliği, vücut kütle indeksi benzeri dengesiz beslenme kaynaklı tüm sorunları kuşatan bir kavramdır. Büyümenin izlenmesi, kısalık ve uzunluk, şişmanlık veya zayıflık erken dönemde hastalığın belirlenmesi için kullanılan önemli bir araçtır (Selçuk 2012).

## 2.2 YAŞAM KALİTESİ

Antik dönem düşünürlerinden Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik" ve Platon'un "Devlet" isimli eserlerinde tartışma konusu edilen ve akademik çalışmalarda ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçen yaşam kalitesi terimi (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu 2016) kişinin kendini geliştirmesi, hedeflerine varması ve kişisel yaşamını zenginleştirmesi ile ilgilidir (Perim 2007).

Bir insanın, nesnenin ya da yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun başka şeylerden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen özelliğe kalite denmektedir (Ekelik Gülgün 2014). Bu bağlamda, kalite hayata dair varlıkların, nesnelere, bireylerin, nasıl bir yapıya sahip olduğu ve bunları diğer şeylerden ayıran ya da üstün kılan unsurları belirleyen durumlar olarak nitelendirilebilir.

Yaşam kalitesi ise bireyin kendini geliştirmesi, hayatına anlam katması, özgüvenini geliştirmesi, manevi açıdan zenginleşmesi, refah düzeyinin yükselmesi ve hedeflerine ulaşması gibi birçok bileşeni içine alan bir kavram olarak görülmekte, ilgili alanyazında her bireyin anlayışına göre farklılık gösterir niteliği dolayısıyla net bir tanım oluşturulmasındaki güçlüğü atıfta bulunan ifadelerle rastlanmaktadır.

Yaşam kalitesi, insan hakları konusunda yaşanan gelişmelerle birlikte, tüm politik kararların alınmasında önemli bir gösterge olmuş, toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef haline almıştır.

Işık ve Meriç'e (2010) göre, insan hayatına kalite getiren unsurlar objektif ve sübjektif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Objektif ölçütler arasında kişinin sağlık statüsü, ekonomik düzeyi, barınma olanakları, yerleşik olduğu lokal ve konutun koşulları ve ailenin dinamikleri gibi unsurlar bulunmaktadır. Sübjektif ölçütlere bakıldığında ise bireyin değişimi ve dışsal koşulların varlığının etkisi olduğu kadar kişinin hisleri, duyguları ve hayata bakışının da sağlık kavramı içinde değerlendirildiği anlaşılmaktadır.

DSÖ, yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır (Gürsel 2015; Skevington vd. 2003).

Algılama biçimlerinin, kişilerin gelişimsel süreçleri boyunca deneyimleri ve yeni öğrenmelerine bağlı olarak farklılaşabileceği düşünülmekte, bu farklılığın insanların yaşam kalitelerini yorumlama biçimleri üzerine etki edeceğine inanılmaktadır. Nitekim, Carr (2001) da çalışmasında, çok boyutlu özellik taşıyan yaşam kalitesinin bireylerin beklentileri ve yaşantılarıyla ilişkili olarak zaman içinde değişim gösterebileceğine işaret etmiştir.

Son çeyrek asırdır, sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık alanı araştırmacılar, tedavi yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçme, test etme, onların iyilik hali düzeylerini tanımlama konusunda artan bir gayret içinde olmaktadır. Bu çabaların sonucu, iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri olumlu olmakta (Demirkıran 2012), iyilik hali çalışmaları daha geniş alanda çalışma alanı bulmaktadır. Dolayısıyla, yaşam kalitesine konu boyutlar genişleyen bir çerçevede ele alınabilmektedir.

Yaşam kalitesine etki eden faktörler, referans alınan yaşam unsuruna, bireyin içinde bulunduğu çevreye göre farklı derecelerde öneme sahip olabilir, bununla birlikte söz konusu unsurların genel anlamda bireyin yaşamını düzenleyici olduğu bildirilmektedir (Ekelik Gülgün 2014).

Bu unsurların neler olabileceğine ilişkin yapılan alanyazın incelemesinde, yaşam kalitesini azaltan ve çoğaltan unsurlara sıklıkla değinildiği görülmüş, edinilen bilgiler aşağıda bir tablo halinde sunulmuştur.



**Tablo 2.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Unsurlar**

<b>Artıran Unsurlar</b>	<b>Azaltan Unsurlar</b>
Sosyo-ekonomik güvenceye sahip olmak	Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
Güvenli bir yaşayış içinde olmak	Beden imgesinin değişmesi
Ruhsal ve zihinsel iyilik hali içinde olmak	Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
Anlamlı ve aktif bir yaşam sürdürmek	Kronik yorgunluk, bitkinlik
Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olmak	Seksüel fonksiyonlarda bozulma
Eğlence ve haz katan aktivitelerde bulunmak	Gelecek kaygısı
Saygınlık	Destek sistemlerindeki yetersizlikler
Özerkliğe sahip olmak	Akut ya da kronik sağlık sorunları
Mahremiyetine saygı ve değer gösterilmek	İletişimde eksiklik
İnanç dünyasına saygı duyulduğunu bilmek	
Kendini ifade edebilmek	
İşlevsel yeterlilikte olmak	
Özgün bir birey olarak algılanmak	
Huzurlu olmak	
Gelecek kaygısı taşımamak	

Savcı (2006), Tekkanat (2008), Ergün vd. (2011)'den yararlanılarak tablolatırılmıştır.

Ekelik Gülgün (2014), günümüz Türkiye'sinde yaşam kalitesi anlayışına hakim olan unsurların kişinin kendi hayatını kontrol edebilmesi, ev ve arkadaşları ile iyi ilişkiler içinde olması ve ekonomik gönenç düzeyinin yüksek olması bağlamında değerlendirildiğini ifade etmiştir.

### **2.3.1 Yaşam Kalitesinin Göstergeleri**

Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu'na (2016) göre, yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olarak görülmesinin sebebi, Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilmektedir. Maslow'un adı geçen teorisinde insan gereksinimleri yaşamsal öncelikleri dikkate alınarak beş alt başlıkta toplanmıştır. Şöyle ki;

- Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
- Güvenlik gereksinimleri (emniyet, korunma, sağlık...)

- Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
- Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)
- Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...).

Maslow'un teorisinin insan hayatının her evresinde karşılanması gerekli temel ihtiyaçları sıraladığına işaret eden Aydıner Boylu ve Paçacıoğlu (2016), yaşam kalitesi denildiğinde, bu gereksinimlerin niceliği ile birlikte kalitesinin, farklı deyişle niteliğinin de önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Kabadayı (2006), yaşam kalitesi hakkındaki görüşlerini şu şekilde özetlemiştir;

- Yaşam kalitesi çok boyutlu, geniş bir kavramdır.
- Yaşam, sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel (doğal ve yapılanmış çevre) olmak üzere çevrelerden oluşmaktadır. Yaşam kalitesi de bu çevrelerin ayrı ayrı kalitelerinin birbirleriyle etkileşiminden ortaya çıkan bir bileşkedir.
- Genel olarak nesnel ve öznel göstergelerden söz edilebilir. Ancak yaşama ait donelerin algılanması gerekliliği ve bu nedenle öznel değerlendirmelerin yapılması genel kabul görmektedir.
- Yaşam kalitesi bileşenleri kültürden kültüre, ülkeden ülkeye değişebilmektedir.

Kabadayı'ya (2006) göre, bu noktada esas olan, yaşam kalitesine ilişkin temel unsurların (sağlık, spor, eğitim, alışveriş, ulaşım ve kültür hizmetleri ile konut ve güvenlik vb.) o toplum tarafından nasıl algılandığının ölçülmesidir.

DSÖ tarafından yaşam kalitesini ölçmek üzere uluslararası düzeyde bir ölçüm aracı geliştirme projesi yürütülmüştür (The WHOQOL Group 1995). Proje kapsamında yaşam kalitesi çeşitli ana ve alt boyutlardan oluşan geniş bir kavram olarak ele alınmış; ana boyutlar, ölçeğin uzun versiyonunda bedensel alan, ruhsal alan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevre alanı ve kişisel inanç şeklinde altılı; kısa versiyonunda ise bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler, çevre alanı ve kişisel inanç şeklinde dördümlü grupta düzenlenmiştir.

Yaşam kalitesinin alt boyutları ise her iki versiyonda da ağrı ve rahatsızlık; canlılık ve bitkinlik; uyku ve dinlenme; olumlu duygular; düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon; benlik saygısı; beden imajı ve dış görünüş; olumsuz duygular;

hareketlilik; gündelik işleri yürütebilme; ilaçlara/tedaviye bağımlılık; çalışabilme gücü; kişisel ilişkiler; sosyal destek; cinsel aktivite; fiziksel güvenlik; ev çevresi; maddi kaynaklar; sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşılabilirlik; yeni bilgi ve beceri edinebilme imkanları; dinlenme ve boş zaman aktivitelerine katılabilmek; fiziksel çevre (trafik, hava kirliliği, gürültü, iklim); ulaşım ve manevi/dini/kişisel inançlar şeklinde belirlenmiştir (The WHOQOL Group 1995; The WHOQOL Group 1998).

### **2.3.1.1 Psikolojik göstergeler**

Psikolojik açıdan yaşam kalitesini tanımlayan araştırmalarda, bireyin kalite ve doyum tepkisini bildirmede öznel algıları, olayları değerlendirışı ve olaylara olan atıflarının çalışılmış olduğu görülmekte, bunun sebebinin bir olayın ifade edilebilmesinin, anlatılabilesinin çoğu kez duygularla olduğuna işaret edilmektedir (Demirkıran 2012).

Yaşam kalitesinin psikolojik göstergeleri, sosyal çevreden alınan doyum ve sağlık durumundan hoşnut olma ile açıklanmaktadır. Bireyin iş yaşamını başarı ile sürdürmesine bağlı olarak aldığı terfi, başarılı bir aile yaşamı, olumlu sağlık yaşantısı buna örnek verilebilmektedir.

Hoşnutluk hali bir bireyden diğerine değişiklik kaydetmektedir. Söz gelimi, tahlil sonuç incelemelerinde değerleri normal bulunan bir hastanın bundan hoşnut olurken, bir diğerinin yaşadığı hoşnutsuzlukla her değer normal sınırlarda bulunduğu bu durumda ağrıların nedeni sorgulaması gibi.

Yaşam kalitesi ile ilgili psikolojik yönelimli çalışmalarda merkezi bir önem taşıyan yaşam doyumu kavramı ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından kullanılmıştır. Neugarten'e göre: Yaşam doyumu, bir insanın istedikleri ile elde ettiklerinin karşılaştırılmasıyla oluşan sonuçtur. Kişinin beklentilerine ulaşmadaki bilişsel değerlendirmesinin ürünüdür. Yaşamın tümünü ve çeşitli boyutlarını içermektedir. İnsan istediklerini elde ediyorsa ve bunun karşısında mutlu oluyorsa yaşamdan istediği her şeyi yakalamışsa pozisyonu ve görevi de mükemmel ise, üstelik hiçbir sağlık problemi de bulunmuyorsa yaşam doyumunu da tamamlamış demektir (Demirkıran 2012).

### 2.3.1.2 Sosyal göstergeler

Demirkıran (2012) sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramının, yaşam stili veya yaşam tarzı kavramlarıyla benzerlik göstermekte olduğunu bildirmekte, sosyal yükselme ya da hareketlilik düşüncesinin, yaşam kalitesi düşüncesiyle paralel olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Araştırmacı, sosyoloji ağırlıklı araştırmalarda ele alınan yaşam kalitesi göstergelerini aşağıda verildiği şekilde sıralamaktadır;

- Coğrafi – mesleki hareketlilik,
- Meslek dağılımı
- Dengeli beslenme,
- Sağlık şartları,
- Eğitim düzeyi,
- Toplumsal ve mesleki etkinliklere katılım,
- Barınma koşulları,
- Kültür,
- Gelişim imkanları.

Buna göre, kişinin sosyo-kültürel iyilik halinden bahsedebilmede, sosyal hareketliliğin, toplumsal yaşayışa katılımın, bir iş ve gelir sahibi olmanın, temel düzeyde beslenme, barınma ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmış olmasının yanı sıra kültürel ve fizyolojik sağlık ihtiyaçlarının da bireysel doygunluğu besleyecek optimum seviyeyi yakalamasının önem taşıdığı anlaşılmaktadır.

Görgün Baran'a (2008) göre, yaşam kalitesi bakımından yaşamı algılayış ve yorumlayış mekanizması bireyin sosyalleşme süreci içerisinde öğrendiği tüm bilgi ve deneyimleri ifade etmektedir. Bireyin çocuklukta itibaren sürdürdüğü yaşam içinde sahip olunan gelir, kendisi ve aile fertlerinin mesleği ve eğitim durumları, yaşanılan mekan, ailenin kültürel alışkanlıkları, ailenin iletişim biçimi ve tüketim alışkanlıkları gibi faktörler yaşam kalitesinin sosyal göstergeleriyle ilişkili olduğu gibi, yetişkinlik ve yaşlılıkta fiziksel egzersiz, bilişsel açıklık, yaşama katılım ve sosyal ilişki ağının genişliği ve bu unsurlara sahiplik, kişinin daha özgür ve bağımsız bir yaşam sürmesine destek vermektedir.

Ayrıca, toplum içinde yardımlaşma davranışı sergilemek ve yardım gönüllü olmak, samimi ve sıcak komşuluk yapmak, dostlukları sürdürmek, kişilerarası etkileşimler

süreçlerde uyum becerileri ortaya koymak, toplumun gelenek, görenek ve yaşayış biçimlerine duyarlı olmak, bireysel sağlığa özen göstermek gerek bireysel gerekse sosyal yaşamın kalitesini yükseltici etki yaratırken bireylerin yaşam doyumu ve mutluluğunu da artırıcı olmaktadır.

### **2.3.1.3 Çevresel göstergeler**

Yaşam kalitesi, insan ve çevre etkileşimi içinde kabul değerlendirilmektedir. Genel bir yaklaşımla bu etkileşimsel süreçte bir yandan insan çevreyi değiştirirken, diğer yandan çevre insan üzerinde değişim yaratıcı bir rol üstlenmektedir. Arıoğul vd. (1994) tarafından belirtildiği üzere, araştırmacılar yaşam kalitesini insani açıdan yüksek olan hayatı iyi yaşama durumu ve çevrenin değerlendirilmesi olarak ayırt etmektedirler. Bu çift yönlü süreçte hayatı iyi yaşama durumu, çevresel platformlara ilişkin olarak gereksinim duyulan doyumun üst seviyelerine işaret ederken, çevrenin değerlendirilmesi söz konusu olduğunda insan gereksinimlerini karşılama potansiyeline haiz bileşenlerin mevcudiyetini sorgulamaktadır.

Sontag vd. (1980), hayatı iyi yaşamaya ilişkin kavramsal durumu önerilerini üç yönlü olarak sunmuşlardır;

1. Kent, komşu, aile, insan ve insanı çevreleyen birimler zamanda verili bir noktada belli bir duruma sahiptirler.
2. Çevresel koşullar insanın korunmasına yönelik gerekli koşul ve kaynakları temin etmektedir.
3. Çevresel koşullar ve insan arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır.

Demirkıran'a (2012) göre, dünyanın iktisadi konjonktüründeki hızlı büyüme, nüfus artışı, sanayileşme, modernleşme ve kentleşmenin artmasıyla yükselen enerji tüketimi, insanların kullandığı makine ve cihazlardan yayılan gazlar, iklim değişikliğine yol açmaktadır. Doğanın korunumunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde yaşam standartlarının iyileştirilmesi hedeflenerek yeni bir yaşama şekli geliştirildiği söylenebilir. Mega kentler olarak tanımlanan bu yapılaşmada insanlar, olabilen her şeyi geri dönüşüme aktarma, otomobil kullanımını en alt düzeye indirmeyi hedeflemektedirler. Bunun dışında, enerjinin verimli kullanımını olanaklı hale getiren

binalar inşa etmek, toplu taşımacılığı yaygın hale getirmek, iş ve yerleşim alanlarını birbirlerine yakın kılmak benzeri durumlar da bu yapılaşmanın temel konulara dahil olmaktadır.

#### **2.3.1.4 Sağlık göstergeleri**

Sağlık sektörüne yapılan yatırımların en önemli gayesi tüm dünya genelinde insanların iyilik hallerini arttırmak ve yaşam kalitelerini yükseltmektir. Bu kapsamda; çeşitli hastalıkların, bebek ölümlerinin, genel olarak ortalama insan ömrünün uzatılması, madde bağımlılıkları, ruhsal ve zihinsel rahatsızlıkların iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Yaşam kalitesi, iyilik halinin göstergesi olarak ifade edilmekte, kişinin toplumsal süreçlerde kendisine düşen sosyal görevlerini yerine getirmek, sosyal etkileşimden hoşnutluk duymasını içermektedir. Sağlık algısı bir bireyden bir başkasına farklılık gösterdiği gibi hoşnutluk derecesi de farklı olmaktadır. (Sapancalı 2009).

Sağlık hizmetlerinde önemli sağlık göstergelerinden biri hastanın memnuniyet derecesidir. Sağlık hizmetlerinin sunulması ile amaçlanan hastalığı ortadan kaldırmanın yanı sıra bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından yayınlanmış olan “Türkiye ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması” başlıklı makalede yaşam kalitesine ilişkin ele alınan hususlar aşağıdaki gibidir:

- Halkın tamamının sosyal sağlık güvence kapsamına dahil edilmesi ve bireysel sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde adaletin sağlanması,
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yanı sıra birinci basamak tedaviye önem verilmesi,
- Sunulan hizmetlerde verimlilik esasının gözetilmesi,
- Kaynağı kullanan ve hizmeti veren birimlerin ayrıştırılması,
- Hizmet verenler arasında rekabet koşullarının oluşturulması,
- Doğru teknolojinin kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin arttırılması,

- İnsan kaynaklarının uygun yetenek, doğru zaman, doğru yer, yeterli sayı ilkelerinde yürütülmesi,
- Karar alma yetkisinin bireysel hizmet birimlerine aktarılması.

Globalleşmenin sonucu olarak sağlık sektöründe de sınırlar genişlemiş, hizmet alımında seçenekler çoğalmıştır. Bu sektördeki ilerlemeler, günümüzde çok sayıda hastalığın tedavi edilebilir olmasını sağlamıştır. Bunlara ek olarak, insanın yaşam süresi uzamış, kronik hastalıklarla başa çıkma olanakları genişlemiştir (DPT 1997).

### **2.3.1.5 Ekonomik göstergeler**

Birey, içinde yer aldığı sosyo-kültürel çevre ile birlikte hareket etmekte sosyal yaşamı gereklerini uyum çabası göstermektedir. Bu bağlamda ait olduğu kültürün yaşam alışkanlıklarına göre kendini ayarlamaktadır. Söz gelimi, giyim kuşamına dikkat eden birisi aile ortamına geldiğinde geleneksel kıyafetleri giymek zorunda kalması gibi (Demirkıran 2012). Bu tarz bir sorunla karşılaşan bireyin yaşam kalitesinin düşük olduğu kabul edilir. Ekonomik koşulları iyi olan ancak sağlığı iyi olmayan ya da kötü alışkanlıkları olan kişilerin yaşam kalitesi de aynı ölçütler dahilinde düşük sayılmaktadır.

Gelir seviyesinin düşük oluşu yaşam kalitesine olumsuz yönde etki edebilmekte ve genel yaşam kalitesini azaltıcı rol oynamaktadır. Yaşam kalitesinin düşük olmasına neden olan diğer bazı hususlar arasında bireyin isteklerini yerine getirmede sınırlılıklarının bulunması, beslenme, barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayamaması, bunlara bağlı olarak yaşadığı mutsuzluk ve çöküntü hisleri yer alabilmektedir. Kimi durumlarda kişinin iktisadi yaşam imkanlarının bolluğuna rağmen, yaşam kalitesinin düşük olduğu gözlenmektedir, bunun temel sebepleri olarak bilinçsiz beslenme ya da yetersiz beslenme alışkanlıkları, optimum sağlığı bozucu şekilde alkol, sigara tüketimi hatta madde kullanım sorunları olduğu dikkat çekmektedir.

Yaşam kalitesi açısından ekonomik değişkenler göz önünde bulundurulmalıdır: mevsimlere göre tüketim sepetinde yer alan malların tüketimine dikkat edilmesi, ekonomik satın alma gücünün dikkate alınarak tüketim mallarının seçilmesi gibi. Demirkıran'a (2012) göre yaşam kalitesi ile ilişkin ekonomik göstergeler aşağıda

verilmiştir;

- Gayri safi milli hasıla (GSMH),
- Kişi başı milli gelir,
- İstihdam olanakları,
- Ailenin varlık düzeyi,
- Ailede alışan kişi sayısı,
- Besin tüketiimi,





### 3. MATERYAL VE YÖNTEM

Giriş bölümünde aktarılan kuramsal çerçeve bağlamında sonraki aşamalarda anlatılacak olan ölçekler kullanılarak toplam 301 kişiye ulaşılmıştır. Bu bölümde örneklem hakkında bilgiler, kullanılan ölçme araçlarının özellikleri ve veri toplarken izlenen yöntemden bahsedilecektir.

#### 3.1 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma, tarama modeli olarak tasarlanmış, ilişkisel bir araştırmadır. Karasar'a (2016) göre, ilişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi araştıran modellerdir.

#### 3.2 ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın çalışma grubunu, fitness sporu yapan erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcılara İstanbul ili Beylikdüzü İlçesindeki fitness salonlarında ulaşılmıştır.

Başlangıçta araştırma kapsamında 301 kişiden veri toplanmış ancak ölçeklerin bir kısmını ya da tamamını boş bırakan 14 kişinin formları araştırma dışında bırakılmıştır. Ayrıca yapılan uç değer analizi sonrasında alt ölçeklerden alınan z puanlarının  $\pm 3$  aralığının dışında olduğu saptanan 5 kişinin formları da analizlere dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, analizler toplam 282 katılımcının formu göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

Çalışma grubunun tanımlayıcı özelliklere ilişkin elde edilen veriler Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1'den de görülebileceği üzere, yapılan frekans analizi sonucunda katılımcıların 15'inin 20-24 yaş aralığında (yüzde 5.3), 49'unun 25-29 yaş aralığında (yüzde 17.4), 119'unun 30-34 yaş aralığında (yüzde 42.2), 63'ünün 35-39 yaş aralığında (yüzde 22.3), 19'unun 40-44 yaş aralığında (yüzde 6.7) ve 17'sinin 45 yaş ve üzerinde (yüzde 6.0) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların 16'sı ilköğretim (yüzde 5.7), 83'ü ortaöğretim (yüzde 29.4), 164'ü üniversite (yüzde 58.2) ve 19'u yüksek lisans/doktora (yüzde 6.7) mezunudur.

**Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

<b>Değişken</b>	<b>Sıklık (N=282)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş</b>		
20-24	15	5.3
25-29	49	17.4
30-34	119	42.2
35-39	63	22.3
40-44	19	6.7
45 ve üzeri	17	6.0
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim	16	5.7
Ortaöğretim	83	29.4
Üniversite	164	58.2
Yüksek lisans/doktora	19	6.7
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	113	40.1
Evli	169	59.9
<b>Fitness dışı spor</b>		
Evet	14	5.0
Hayır	268	95
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
Fitness yapma süresi	1.98	1.44
Haftalık fitness sıklığı	2.88	0.91

Yapılan frekans analizi sonucunda katılımcıların 15'inin 20-24 yaş aralığında (yüzde 5.3), 49'unun 25-29 yaş aralığında (yüzde 17.4), 119'unun 30-34 yaş aralığında (yüzde 42.2), 63'ünün 35-39 yaş aralığında (yüzde 22.3), 19'unun 40-44 yaş aralığında (yüzde 6.7) ve 17'sinin 45 yaş ve üzerinde (yüzde 6.0) olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların 16'sı ilköğretim (yüzde 5.7), 83'ü ortaöğretim (yüzde 29.4), 164'ü üniversite (yüzde 58.2) ve 19'u yüksek lisans/doktora (yüzde 6.7) mezunudur.

Medeni duruma ilişkin inceleme yapıldığında katılımcıların 113'ünün bekar (yüzde 40.1) ve 169'unun evli (yüzde 59.9) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların fitness yapma süreleri 1 ile 10 yıl arasında [Ortalama: 1.98, standart sapma (ss): 1.44] değişmektedir. Haftalık fitness yapma sıklıkları ise 5'li likert şeklinde sorulmuştur. Buna göre katılımcıların 17'si haftada 1 kez (yüzde 6), 71'i haftada 2 kez (yüzde 25.2), 135'i haftada 3 kez (yüzde 47.9), 46'sı haftada 4 kez (yüzde 16.3) ve 13'ü haftada 5 kez ve daha fazla (yüzde 4.6) fitness yapmaktadır (ortalama: 2.88, ss: 0.91) değişmektedir. Katılımcıların 268'i (yüzde 95) fitness dışında bir sporla uğraşmazken 14'ü (yüzde 5) fitness dışında başka sporlarla da ilgilenmektedir.

### **3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırma kapsamındaki veriler Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II kullanılarak toplanmıştır. Bunlara ek olarak, araştırmada yer alan katılımcılara, Tablo 3.1'de gösterilmiş olan demografik bilgileri edinebilmek amacıyla Kişisel Bilgi Formu verilmiştir.

#### **3.3.1 Kişisel Bilgi Formu**

Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgileri öğrenmek amacıyla katılımcılara cinsiyetleri, meslekleri, yaş aralıkları, eğitim durumları, medeni durumları, kaç yıldır fitness sporunu yaptıkları, haftalık fitness yapma sıklıkları ve fitness dışında herhangi bir spor çalışması yapıp yapmadıkları sorulmuştur.

#### **3.3.2 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)**

Bu ölçek Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizdeki geçerlik-güvenirlik çalışmaları Eser vd. (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin kısa ve uzun olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Bu araştırma kapsamında ölçeğin kısa formu kullanılmıştır.

Ölçek, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanı ölçen 4 alt ölçekten ve 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması kapsamında 1 soru daha eklenerek soru sayısı 27'ye çıkarılmıştır. Ölçeğin ilk maddesi genel yaşam kalitesini, ikinci maddesi ise genel sağlık kalitesini ölçmektedir. Geriye kalan 25 soru ise 4 alt boyutu oluşturmaktadır. Tüm puanlar toplanarak genel bir yaşam kalitesi puanı

oluşturulmamakta, alt boyutlar tek tek değerlendirilmektedir.

Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, yapılan uyarılama çalışmasında bedensel alan alt boyutu için 0.83, ruhsal alan alt boyutu için 0.66, sosyal alan alt boyutu için 0.53 ve çevresel alan alt boyutu için 0.73 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, bu araştırma kapsamında hesaplandığında ise bedensel alan alt boyutu için 0.80, ruhsal alan alt boyutu için 0.77, sosyal alan alt boyutu için 0.73 ve çevresel alan alt boyutu için 0.52 olduğu görülmüştür. Ölçek 5'li likert şeklinde oluşturulmuştur ve alt ölçeklerden alınan puanların artması kişinin yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin yapılanması aşağıda sunulduğu şekildedir;

- Genel yaşam kalitesi (1.madde),
- Genel sağlık kalitesi (2. madde),
- Bedensel alan (3., 4.,10., 15., 16.,17.,18., 19. ve 21. maddeler),
- Ruhsal alan (5., 6., 7., 8., 20., 22. ve 26. maddeler),
- Sosyal alan (12., 13., 14., 24. ve 25. maddeler),
- Çevresel alan (9., 11., 23. ve 27. maddeler)1996

### **3.3.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II**

Bu ölçeğin orijinali Walker vd. (1996) tarafından oluşturulmuş, ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar vd. (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar ve boyutlara ilişkin maddeler aşağıdaki gibidir;

- sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51. maddeler),
- fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46. maddeler),
- manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52. maddeler),
- kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49. maddeler) ve
- stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47. maddeler).

Ölçek 4'lü likert tipinde oluşturulmuştur. Alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin tamamından ve alt boyutlardan alınan puanların artması kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilediğine işaret etmektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yapılan analizler sonucunda iç tutarlılık

katsayıları, sağlık sorumluluğu alt boyutunda 0.77, fiziksel aktivite alt boyutunda 0.79, beslenme alt boyutunda 0.68, manevi gelişim alt boyutunda 0.79, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda 0.80, stres yönetimi alt boyutunda 0.64 ve ölçeğin tamamı için 0.92 olarak bulunmuştur.

Bu araştırma kapsamında Cronbach alfa değerleri hesaplandığında ise sağlık sorumluluğu alt boyutu için 0.74, fiziksel aktivite alt boyutu için 0.69, beslenme alt boyutu için 0.70, manevi gelişim alt boyutu için 0.71, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için 0.69, stres yönetimi alt boyutu için 0.66 ve tüm ölçek için 0.94 olarak bulunmuştur.

### **3.4 VERİLERİN ANALİZİ**

Frekans analizleri ile veri girişinin doğruluğu kontrol edildikten sonra kayıp verilere ortalama değerler atanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II için altı alt boyut, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu için ise dört alt boyut puanı hesaplanmış ve analizler bu alt boyutlar üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünöldüğünden alt boyutlara ilişkin uç değer analizleri yapılmış ve z puanı  $\pm 3$  aralığının dışında olan katılımcılar analizlere dahil edilmemiştir.

Analizlere başlamadan önce değişkenlerin normallik sayılıısına uygunluğu test edilmiştir. Bu amaçla Shapiro-Wilk testi yapılmış ve değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu göröldüğünden yapılacak olan istatistiksel analizler için parametrik testler kullanılmıştır.

Analizlerde SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlere ait sonuçlara yer verilecektir. Öncelikle araştırma değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerine ilişkin analiz sonuçları aktarılacak, daha sonra demografik değişkenlerle araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri inceleyen analiz sonuçları aktarılacak ve nihai olarak yaşam kalitesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları sunulacaktır.

### 4.1 DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON

Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik olarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Ölçekler arası korelasyon puanları Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Analiz sonuçlarına göre Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarından bedensel alan ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.26, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.22, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.20, p<.001$ ), beslenme ( $r=.23, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.30, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.22, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.25, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II’nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça bedensel alan puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarından ruhsal alan ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.42, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.35, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.36, p<.001$ ), beslenme ( $r=.38, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.40, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.34, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.39, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II’nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça ruhsal alan puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

**Tablo 4.1. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Değerleri**

Değişken	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(7.1)	(7.2)	(7.3)	(7.4)	(7.5)	(7.6)
<b>1. Bedensel alan</b>	1												
<b>2. Ruhsal alan</b>	.56**	1											
<b>3. Sosyal alan</b>	.49**	.62**	1										
<b>4. Çevresel alan</b>	.57**	.57**	.61**	1									
<b>5. Genel yaşam kalitesi</b>	.60**	.68**	.60**	.60**	1								
<b>6. Genel sağlık kalitesi</b>	.57**	.59**	.57**	.58**	.72**	1							
<b>7. SYBDÖ-II Toplam<sup>Ψ</sup></b>	.26**	.42**	.43**	.35**	.43**	.36**	1						
<b>7.1. Sağlık sorumluluğu</b>	.22**	.35**	.46**	.31**	.43**	.35**	.90**	1					
<b>7.2. Fiziksel aktivite</b>	.20**	.36**	.40**	.30**	.40**	.33**	.89**	.84**	1				
<b>7.3. Beslenme</b>	.23**	.38**	.42**	.29**	.38**	.31**	.91**	.82**	.79**	1			
<b>7.4. Manevi gelişim</b>	.30**	.40**	.32**	.34**	.36**	.31**	.88**	.68**	.68**	.72**	1		
<b>7.5. Kişilerarası ilişkiler</b>	.22**	.34**	.33**	.31**	.34**	.32**	.89**	.71**	.68**	.78**	.83**	1	
<b>7.6. Stres yönetimi</b>	.25**	.39**	.36**	.31**	.39**	.31**	.91**	.78**	.78**	.76**	.80**	.76**	1

<sup>Ψ</sup> SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, \*\*p < 0.001

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarından sosyal alan ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.43, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.46, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.40, p<.001$ ), beslenme ( $r=.42, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.32, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.33, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.36, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça sosyal alan puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarından çevresel alan ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.35, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.31, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.30, p<.001$ ), beslenme ( $r=.29, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.34, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.31, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.31, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça çevresel alan puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ilk sorusunun ölçtüğü genel yaşam kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.43, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.43, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.40, p<.001$ ), beslenme ( $r=.38, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.36, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.34, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.39, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça genel yaşam kalitesi puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ikinci sorusunun ölçtüğü genel sağlık kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r=.36, p<.001$ ), bu ölçeğin alt boyutları olan sağlık sorumluluğu ( $r=.35, p<.001$ ), fiziksel aktivite ( $r=.33, p<.001$ ), beslenme ( $r=.31, p<.001$ ), manevi gelişim ( $r=.31, p<.001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=.32, p<.001$ ) ve stres yönetimi ( $r=.31, p<.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Yani, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamından



ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça genel sağlık kalitesi puanları da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmaktadır.

## **4.2 DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER İLE ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Bu bölümde demografik değişkenlerinin araştırma değişkenleriyle olan ilişkilerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonuçları aktarılacaktır. İlk etapta araştırma değişkenlerinin yaş grupları arasında farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (One-Way ANOVA), daha sonra araştırma değişkenlerinin katılımcıların eğitim düzeyleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları (One-Way ANOVA), sonraki adımda araştırma değişkenlerinin katılımcıların medeni durumuna göre değişip değişmediğine belirlemeye yönelik yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçları, sonraki adımda araştırma değişkenleri ve fitness yapma senesi arasındaki ilişkiye bakmaya yönelik korelasyon analizi sonuçları ve en son etapta ise araştırma değişkenleri ve haftalık fitness yapma sıklığı arasındaki ilişkiye bakmaya yönelik yapılan korelasyon analizi sonuçlarına yer verilecektir.

### **4.2.1 Araştırma Değişkenlerinin Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması**

Araştırma değişkenlerinin yaş grupları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik olarak tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları tabloların kolay okunabilmesi açısından iki ölçek temelinde ikiye bölünmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun alt boyutlarının ve ilk iki maddesinin yaş grupları açısından değişip değişmediğini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucu Tablo 4.2.'de, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin alt boyutlarının yaş grupları açısından değişip değişmediğini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucu ise Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun Alt Boyutlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması**

Alt boyut	Yaş grupları	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	F	p
<b>Bedensel alan</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	358.2	5	2.359	.041
	25-29 yaş		8383.9	276		
	30-34 yaş		8742.1	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Ruhsal alan</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	386.3	5	5.381	.000
	25-29 yaş		3963.3	276		
	30-34 yaş		4349.6	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Sosyal alan</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	420.7	5	8.205	.000
	25-29 yaş		2830.5	276		
	30-34 yaş		3251.2	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Çevresel alan</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	124.3	5	4.018	.002
	25-29 yaş		1707.9	276		
	30-34 yaş		1832.2	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Genel yaşam kalitesi</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	35.3	5	6.858	.000
	25-29 yaş		284.0	276		
	30-34 yaş		319.3	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Genel sağlık kalitesi</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	24.2	5	5.249	.000
	25-29 yaş		253.9	276		
	30-34 yaş		278.1	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						

Yapılan analiz sonucunda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun tüm alt boyutlarının ve ilk iki maddesinin yaş grupları açısından farklılaştığı belirlenmiştir.

Bedensel alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=2.36, p<.05$ ). 45 yaş ve üzeri yaş grubunun bedensel alan puanları 20-24 yaş grubunun bedensel alan puanlarından anlamlı derecede yüksektir. Diğer yaş grupları arasında ruhsal alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Ruhsal alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=5.38, p<.001$ ). 20-24 yaş grubunun ruhsal alan puanları diğer bütün yaş gruplarının ruhsal alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında ruhsal alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sosyal alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=8.20, p<.001$ ). 20-24 yaş grubunun sosyal alan puanları diğer bütün yaş gruplarının sosyal alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında sosyal alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çevresel alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=4.02, p<.005$ ). 20-24 yaş grubunun çevresel alan puanları 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları çevresel alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında çevresel alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Genel yaşam kalitesi açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=6.86, p<.001$ ). 20-24 yaş grubunun genel yaşam kalitesi puanları diğer bütün yaş gruplarının genel yaşam kalitesi puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında genel yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Genel sağlık kalitesi açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=5.25$ ,  $p<.001$ ). 20-24 yaş grubunun genel sağlık kalitesi puanları diğer bütün yaş gruplarının genel sağlık kalitesi puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında genel sağlık kalitesi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Alt Boyutlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması**

Alt boyut	Yaş grupları	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	F	p
<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Toplam</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	7435.9	5	3.713	.003
	25-29 yaş		110561.1	276		
	30-34 yaş		117997.0	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Sağlık sorumluluğu</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	326.5	5	3.947	.002
	25-29 yaş		4566.3	276		
	30-34 yaş		4892.8	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Fiziksel aktivite</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	185.9	5	2.926	.014
	25-29 yaş		3507.5	276		
	30-34 yaş		3693.4	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Beslenme</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	200.8	5	2.628	.024
	25-29 yaş		4217.1	276		
	30-34 yaş		4417.9	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Kişilerarası ilişkiler</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	323.9	5	4.941	.000
	25-29 yaş		3618.8	276		
	30-34 yaş		3942.7	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						
<b>Stres yönetimi</b>	20-24 yaş	Grup içi Gruplar arası Toplam	152.3	5	2.545	.028
	25-29 yaş		3304.8	276		
	30-34 yaş		3457.1	281		
	35-39 yaş					
	40-44 yaş					
45 yaş üzeri						

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplam puanı açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=3.71$ ,  $p<.005$ ). 20-24 yaş grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı diğer bütün yaş gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Sağlık sorumluluğu açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=3.95$ ,  $p<.005$ ). 20-24 yaş grubunun sağlık sorumluluğu puanları, diğer bütün yaş gruplarının sağlık sorumluluğu puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında sağlık sorumluluğu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Fiziksel aktivite açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=2.93$ ,  $p<.05$ ). 20-24 yaş grubunun fiziksel aktivite puanları, 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş gruplarının fiziksel aktivite puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında fiziksel aktivite açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Beslenme açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=2.63$ ,  $p<.05$ ). 20-24 yaş grubunun beslenme puanları, 30-34, 35-39 ve 45 yaş ve üzeri yaş gruplarının beslenme puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında beslenme açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kişilerarası ilişkiler açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=4.94$ ,  $p<.001$ ). 20-24 yaş grubunun kişilerarası ilişkiler puanları, diğer bütün yaş gruplarının kişilerarası ilişkiler puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer yaş grupları arasında kişilerarası ilişkiler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Stres yönetimi açısından gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, 20-24 yaş ve 45 yaş ve üzeri yaş grupları açısından olduğu görülmüştür ( $F_{5-276}=2.54$ ,  $p<.05$ ). 45 yaş ve üzeri yaş grubunun stres yönetimi puanları 20-24 yaş grubunun stres yönetimi puanlarından anlamlı derecede yüksektir. Diğer yaş grupları arasında stres yönetimi açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Yapılan analizler sonucunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin alt boyutlarından birisi olan manevi gelişimin yaş grupları açısından herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

#### 4.2.2 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinin katılımcıların eğitim düzeyleri açısından farklılaşp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik olarak tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması**

Alt boyut	Yaş grupları	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	F	p
<b>Ruhsal alan</b>	İlköğretim Ortaöğretim Üniversite YL/PhD	Grup içi	339.4	3	7.843	.000
		Gruplar arası	4010.2	278		
		Toplam	4349.6	281		
<b>Sosyal alan</b>	İlköğretim Ortaöğretim Üniversite YL/PhD	Grup içi	97.4	3	2.862	.037
		Gruplar arası	3153.8	278		
		Toplam	3251.2	281		
<b>Çevresel alan</b>	İlköğretim Ortaöğretim Üniversite YL/PhD	Grup içi	72.6	3	3.823	.010
		Gruplar arası	1759.6	278		
		Toplam	1832.2	281		
<b>Genel yaşam kalitesi</b>	İlköğretim Ortaöğretim Üniversite YL/PhD	Grup içi	16.7	3	5.119	.002
		Gruplar arası	302.6	278		
		Toplam	319.3	281		
<b>Genel sağlık kalitesi</b>	İlköğretim Ortaöğretim Üniversite YL/PhD	Grup içi	21.5	3	7.760	.000
		Gruplar arası	256.6	278		
		Toplam	278.1	281		

\*YL/PhD: Yüksek lisans/Doktora

Ruhsal alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, ilk farkın, ilköğretim mezunları ile ortaöğretim ve üniversite mezunları arasında olduğu, diğer farkın ise yüksek lisans/doktora mezunları ile ortaöğretim ve üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür ( $F_{3-278}=7.84$ ,  $p<.001$ ). İlköğretim mezunlarının ruhsal alan puanları, ortaöğretim ve üniversite mezunlarının ruhsal alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Yüksek lisans/doktora mezunlarının ruhsal alan puanları ise ortaöğretim ve üniversite mezunlarının puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Diğer eğitim grupları arasında ruhsal alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sosyal alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, yüksek lisans/doktora mezunları ile üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür ( $F_{3-278}=2.86$ ,  $p<.05$ ). Yüksek lisans/doktora mezunlarının sosyal alan puanları, üniversite mezunlarının sosyal alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer eğitim grupları arasında sosyal alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Çevresel alan alt boyutu için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, yüksek lisans/doktora mezunları ile üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür ( $F_{3-278}=3.82$ ,  $p<.05$ ). Yüksek lisans/doktora mezunlarının çevresel alan puanları, üniversite mezunlarının çevresel alan puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer eğitim grupları arasında çevresel alan alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Genel sağlık kalitesi için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, yüksek lisans/doktora mezunları ile ortaöğretim ve üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür ( $F_{3-278}=5.12$ ,  $p<.005$ ). Yüksek lisans/doktora mezunlarının genel sağlık kalitesi puanları, ortaöğretim ve üniversite mezunlarının genel sağlık kalitesi puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer eğitim grupları arasında genel sağlık kalitesi alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Genel yaşam kalitesi için gruplar arası farklılığın hangi gruplar açısından olduğunu belirlemeye yönelik yapılan Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre, farkın, yüksek lisans/doktora mezunları ile ortaöğretim ve üniversite mezunları arasında olduğu

görülmüştür ( $F_{3-278}=7.76$ ,  $p<.001$ ). Yüksek lisans/doktora mezunlarının genel yaşam kalitesi puanları, ortaöğretim ve üniversite mezunlarının genel yaşam kalitesi puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Diğer eğitim grupları arasında genel yaşam kalitesi alt boyutu açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Yapılan analizler sonucunda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun bedensel alan alt boyutunun ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplam puanının ve alt boyutlarının eğitim grupları açısından herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

#### 4.2.3 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinin katılımcıların medeni durumları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik olarak bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Karşılaştırılması**

Değişkenler	Bekar (N=113)		Evli (N=169)		t
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
<b>Ruhsal alan</b>	27.61	4.20	28.57	3.71	-1.97*
<b>Çevresel alan</b>	14.29	2.50	15.09	2.55	-2.60*
<b>Genel yaşam kalitesi</b>	3.77	1.11	4.06	1.02	-2.07*
<b>Genel sağlık kalitesi</b>	4.09	1.10	4.37	0.90	-2.28*

\* $p<0.05$

Evli katılımcıların ruhsal alan puanları (ort: 28.57 ss: 3.71), çevresel alan puanları (ort: 15.09, ss: 2.55), genel yaşam kalitesi puanları (ort: 4.06, ss: 1.02) ve genel sağlık kalitesi puanları (ort: 4.37, ss: 0.90), bekar katılımcıların ruhsal alan puanlarından (ort: 27.61, ss:4.30), çevresel alan puanlarından (ort: 14.29, ss: 2.50), genel yaşam kalitesi



puanlarından (ort: 3.77, ss: 1.11) ve genel sağlık kalitesi puanlarından (ort: 4.09, ss: 1.10) anlamlı derecede yüksektir.

#### 4.2.4 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Süresi ile İlişkisi

Araştırma değişkenlerinin katılımcıların fitness yapma süresiyle olan ilişkisini belirlemeye yönelik olarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.6.'da gösterilmektedir.

**Tablo 4.6. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Fitness Yapma Süresi ile İlişkisi**

	Sosyal alan	Çevresel alan	Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık kalitesi	Sağlık sorumluluğu
Fitness yapma yılı	.15*	.12*	.15*	.18*	.15*

\*p<.05

Fitness yapma yılı ile sosyal alan ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ), çevresel alan ( $r = -.12$ ,  $p < .05$ ), genel yaşam kalitesi ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ), genel sağlık kalitesi ( $r = -.18$ ,  $p < .05$ ) ve sağlık sorumluluğu ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani fitness yapma yılı arttıkça sosyal alan, çevresel alan, genel yaşam kalitesi, genel sağlık kalitesi ve sağlık sorumluluğu puanları anlamlı derecede artmaktadır.

#### 4.2.5 Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Haftalık Fitness Yapma Sıklığı ile İlişkisi

Araştırma değişkenlerinin katılımcıların haftalık fitness yapma sıklığı olan ilişkisini belirlemeye yönelik olarak Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçları Tablo 4.7.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.7. Araştırma Değişkenlerinin Katılımcıların Haftalık Fitness Yapma Sıklığı ile İlişkisi**

	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevresel alan	Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık kalitesi	SYBDÖ-II <sup>¶</sup>	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi
Haftalık fitness yapma sıklığı	.25**	.25**	.25**	.16*	.25**	.21**	.22**	.20*	.22**	.17*	.24**	.18*	.16*

<sup>¶</sup> SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ; \*p<.01 ; \*\*p<.001

Haftalık fitness yapma sıklığı ile bedensel alan ( $r = .25$ ,  $p < .001$ ), ruhsal alan ( $r = .25$ ,  $p < .001$ ), sosyal alan ( $r = .25$ ,  $p < .001$ ), çevresel alan ( $r = .16$ ,  $p < .01$ ), genel yaşam kalitesi ( $r = .21$ ,  $p < .001$ ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ( $r = .22$ ,  $p < .001$ ), sağlık sorumluluğu ( $r = .20$ ,  $p < .01$ ), fiziksel aktivite ( $r = .22$ ,  $p < .001$ ), beslenme ( $r = .17$ ,  $p < .01$ ), manevi gelişim ( $r = .24$ ,  $p < .001$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r = .18$ ,  $p < .01$ ) ve stres yönetimi ( $r = .16$ ,  $p < .01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Yani haftalık fitness yapma sıklığı arttıkça araştırmada ele alınan bütün değişkenlerin puanları da anlamlı olarak artmaktadır.

### **4.3 YAŞAM KALİTESİ PUANLARININ YORDANMASINA İLİŞKİN REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI**

Bu bölümde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutlarını yordayan araştırma değişkenleri ve demografik değişkenleri belirlemeye yönelik yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları aktarılacaktır.

#### **4.3.1 Bedensel Alanı Yordayan Değişkenler**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutu olan bedensel alanı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

Analizde bedensel alan alt boyutu ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (manevi gelişim, stres yönetimi, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve fiziksel aktivite) regresyon denklemine ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden haftalık fitness yapma sıklığı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 4.8.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.8. Bedensel Alanı Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon denklemine giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Manevi gelişim	.38	.26	.30	.09	.07	4.629**
Haftalık fitness yapma sıklığı	1.18	.19	.36	.13	.11	5.640**

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre bedensel alanı yordayan ilk değişken manevi gelişim olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 9'dur ( $F_{6-275} = 4.63$ ,  $p < .001$ ). Bu değişkenden sonra ikinci yordayıcı değişken haftalık fitness yapma sıklığının denkleme girmesiyle açıklanan varyans yüzde 11'e yükselmiştir ( $F_{8-273} = 5.46$ ,  $p < .001$ ).

#### 4.3.2 Ruhsal Alanı Yordayan Değişkenler

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutu olan ruhsal alanı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

Analizde ruhsal alan alt boyutu ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (manevi gelişim, stres yönetimi, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler) regresyon denklemine ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden medeni durum ve haftalık fitness yapma sıklığı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Yapılan analizin sonuçları Tablo 4.9.'da gösterilmektedir.

**Tablo 4.9. Ruhsal Alanı Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Manevi gelişim	.20	.20	.44	.19	.17	10.671**
Medeni durum	.93	.12	.48	.23	.21	10.045**
Haftalık fitness yapma sıklığı	.73	.17				

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre ruhsal alanı yordayan ilk değişken manevi gelişim olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 17'dir ( $F_{6-275}= 10.671$ ,  $p<.001$ ). Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler medeni durum ve haftalık fitness yapma sıklığı ile birlikte açıklanan varyans yüzde 21'e yükselmiştir ( $F_{8-273}= 10.045$ ,  $p<.001$ ).

#### 4.3.3 Sosyal Alanı Yordayan Değişkenler

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutu olan sosyal alanı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

Analizde sosyal alan alt boyutu ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim) regresyon denkleminde ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 4.10.'da gösterilmektedir.

**Tablo 4.10. Sosyal Alanı Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Sağlık sorumluluğu	.27	.33	.47	.22	.20	12.872**
Haftalık fitness yapma sıklığı	.67	.18	.51	.26	.23	11.698**
Fitness yapma yılı	-.25	-.11				

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre sosyal alanı yordayan ilk değişken sağlık sorumluluğu olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 20'dir ( $F_{6-275} = 12.872, p < .001$ ). Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ile birlikte açıklanan varyans yüzde 23'e yükselmiştir ( $F_{8-273} = 11.698, p < .001$ ).

#### 4.3.4 Çevresel Alanı Yordayan Değişkenler

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu alt boyutu olan çevresel alanı yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

Analizde çevresel alan alt boyutu ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve beslenme) regresyon denkleminde ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden medeni durum, haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 4.11.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.11. Çevresel Alanı Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Kişilerarası ilişkiler	.28	.35	.36	.13	.11	6.686**
Medeni durum	.72	.14	.40	.16	.14	5.855**
Haftalık fitness yapma sıklığı	.26	.10				

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre çevresel alanı yordayan ilk değişken kişilerarası ilişkiler olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 11'dir ( $F_{6-275} = 6.686$ ,  $p < .001$ ). Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler medeni durum ve haftalık fitness yapma sıklığı ile birlikte açıklanan varyans yüzde 14'e yükselmiştir ( $F_{9-272} = 5.855$ ,  $p < .001$ ).

#### 4.3.5 Genel Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun ilk sorusu olan genel yaşam kalitesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

Analizde genel yaşam kalitesi ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler) regresyon denkleminde ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden medeni durum, haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 4.12.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.12. Genel Yaşam Kalitesini Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon denklemine giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Sağlık sorumluluğu	.50	.20	.45	.20	.18	11.355**
Haftalık fitness yapma sıklığı	.22	.18	.50	.25	.22	10.015**
Fitness yapma yılı	-.09	-.12				

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre genel yaşam kalitesini yordayan ilk değişken sağlık sorumluluğu olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 18'dir ( $F_{6-275} = 11.355$ ,  $p < .001$ ). Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ile birlikte açıklanan varyans yüzde 22'ye yükselmiştir ( $F_{9-272} = 10.015$ ,  $p < .001$ ).

#### 4.3.6 Genel Sağlık Kalitesini Yordayan Değişkenler

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun ikinci sorusu olan genel sağlık kalitesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analizde genel sağlık kalitesi ile korelasyon gösteren diğer araştırma değişkenleri korelasyon katsayılarına göre sırayla (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve beslenme) regresyon denklemine ilk adımda eklenmiş, bedensel alan ile ilişkili demografik değişkenlerden medeni durum, haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ise ikinci adımda denkleme verilmiştir.

Analiz sonuçları Tablo 4.13.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.13. Genel Sağlık Kalitesini Yordayan Değişkenler**

Değişken (Regresyon *denklemine giriş sırasına göre)	B	Beta	R	R <sup>2</sup>	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	F
Sağlık sorumluluğu	.25	.11	.37	.14	.12	7.201**
Medeni durum	.25	.12	.44	.19	.17	7.248**
Haftalık fitness yapma sıklığı	.18	.16				
Fitness yapma yılı	-.11	-.16				

\*\*p<.001

Analiz sonuçlarına göre genel sağlık kalitesini yordayan ilk değişken sağlık sorumluluğu olmuştur. Bu değişkenin açıkladığı varyans yüzde 12'dir ( $F_{6-275} = 7.201$ ,  $p < .001$ ). Bu değişkenden sonra, ikinci adımda denkleme eklenen değişkenler medeni durum, haftalık fitness yapma sıklığı ve fitness yapma yılı ile birlikte açıklanan varyans yüzde 17'ye yükselmiştir ( $F_{9-272} = 7.248$ ,  $p < .001$ ).



## 5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde bulgulardan elde edilen sonuçlar ve sonuçlara dayalı tartışmanın yanı sıra önerilere yer verilmiştir.

### 5.1 TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, İstanbul İli Beylikdüzü İlçesi'ndeki spor salonlarda fitness egzersizleri yapan yetişkin erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların demografik değişkenleri ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan incelemelerde; yaş grupları, eğitim düzeyleri, medeni durum, fitness geçmişi ve haftalık fitness yapma sıklıkları ele alınmıştır.

Bulgular, 282 yetiştinden oluşan çalışma grubunun katılımcılarının yüzde 42.2'sinin (119 kişi) 30-34 yaş, yüzde 22.3'ünün (63 kişi) 35-39 yaş aralığında olduğunu göstermiştir. Buna göre, fitness katılımcılarının yüzde 64.5'inin 30-39 yaş aralığında olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun, genç yetişkinlik sürecinin atlatılmış olması, gerek duygusal gerekse iş yaşamına ait temel ihtiyaçların karşılanmış olması, düzene oturmuş yaşam koşullarına eşlik eden kendini yenileme gereksiniminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine ilişkin yapılan incelemelerde, grubun yüzde 58.2'sinin (164 kişi) üniversite, yüzde 6.7'sinin (19 kişi) yüksek lisans ve doktora olmak üzere toplamda yüzde 64.9'unun lisans ve lisansüstü eğitim almış olduğu görülmektedir. Bu sonucun alanyazında farklı çalışmalarda bulgularla benzerlik gösterdiği ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda rekreasyonel sporlara yönelme eğiliminin daha yüksek seyrettiği yönündeki görüş ile örtüştüğü anlaşılmaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yapılan incelemede grubun yüzde 59.9'unun (169 kişi) evli olduğu görülmüştür.

Çalışma grubundaki yetişkin erkek katılımcıların fitness yapma sürelerinin 1 ile 10 yıl arasında değişmekte iken, haftalık fitness yapma sıklıklarının ise katılımcıların yüzde 47.9'unda (135 kişi) haftada 3 kez, yüzde 20.9'unun (59 kişi) 4 ve üzeri kez olduğu belirlenmiştir. Buna göre, katılımcıların yüzde 68.8'i (164 kişi) haftada 3 ve daha fazla sayıda fitness yapmaktadır.

Katılımcıların demografik bilgilerinin analizi sonucu elde edilen verilere göre, 30-39 yaş grubundakilerin, evli olanların, lisans ve lisansüstü mezunların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitelerini gözeterek daha fazla fitness branşına yöneldikleri söylenebilir. Küçükberber vd. (2011) kanser hastalarında yaptıkları çalışmada da benzer şekilde evli olanların, lisans ve üstü mezunların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem verdiğini, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.

Çalışmada araştırma değişkenleri arasındaki korelasyonel ilişkiler de incelenmiş, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamı puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere tüm alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanlarının yanı sıra genel yaşam kalitesi ve genel sağlık kalitesi puanlarının da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmakta olduğu belirlenmiştir.

Araştırma değişkenleri, katılımcıların demografik değişkenleri ölçütünde de korelasyonel analize tabi tutulmuştur. Yaş grupları ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda, yaşam kalitesi ölçütünde; 20-24 yaş grubunun bedensel alan puanları tüm diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, aynı yaş grubunun ruhsal alan, sosyal alan, genel yaşam kalitesi ve genel sağlık kalitesi puanlarının diğer tüm yaş gruplarından anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, 20-24 yaş grubunun çevresel alan puanının 25-29 yaş grubu dışında tüm yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin analizinde ise; 20-24 yaş grubunun diğer bütün yaş gruplarına göre ölçek toplam puanı, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Bu yaş grubunun fiziksel aktivite ve beslenme puanlarının 25-29 yaş grubu dışında tüm yaş gruplarına göre, stres yönetimi puanlarının ise 45 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı düzeyde düşük olduğu

belirlenmiştir. Fiziksel aktivite ve beslenmeye ilişkin olarak ulaşılan sonucun, elde edilen bireysel gelir düzeyinin erken yaşlarda nispeten daha düşük seyretme olasılığından kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.

Eğitim düzeyi ile araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda, gerek ilköğretim mezunlarının gerekse yüksek lisans/doktora mezunlarının ruhsal alan puanları ortaöğretim ve üniversite mezunlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yapılan analizlerde, hem sosyal alan hem de çevresel alan puanlarında farklılık oluştuğu, farklılığın yüksek lisans/doktora mezunları ile üniversite mezunları arasında görüldüğü, bu farkın yüksek lisans/doktora mezunları aleyhine olduğu anlaşılmıştır. Eğitim düzeyinin genel sağlık kalitesi ve genel yaşam kalitesi ile ilişkisel analizine ilişkin bulgulara göre yüksek lisans/doktora mezunlarının aldıkları puanlar, ortaöğretim ve üniversite mezunlarının puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür.

Araştırmanın demografik değişkenlerinden medeni durumun araştırma değişkenleri ile ilişkisel analizi sonucunda evli katılımcıların ruhsal alan, çevresel alan, genel yaşam kalitesi ve genel sağlık kalitesi puanları, bekar katılımcıların aynı değişkenlerden aldıkları puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin, bireylerin yalnız başına mücadelede daha zayıf olduklarına ilişkin bireysel algıları, yaşamın zorlukları ve güzelliklerini paylaşacak bir yaşam ortağının var olması dolayısıyla güçlü oluş hislerinin yüksekliği ve ayrıca içinde yaşanılan toplumun evlilik yaşamını yücelten temel anlayışı kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Koçoğlu'nun (2006) çalışmasında, medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde medeni durumu bekar olanlar yaşam kalitesinden en yüksek puanı alırken; medeni durumu dul olanlar en düşük puanı almakta olduğu bulunmuştur.

Araştırma sonucunda, ortaya konan bir diğer husus fitness yapma yılı arttıkça sosyal alan, çevresel alan, genel yaşam kalitesi, genel sağlık kalitesi ve sağlık sorumluluğu puanları anlamlı derecede artmakta olduğudur. Bir diğer bulgu, katılımcıların haftalık fitness yapma sıklıkları arttıkça araştırmada ele alınan bütün değişkenlerin puanlarının da anlamlı olarak artmakta olduğu yönünde olmuştur.

Araştırmamızda, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu tüm alt boyutları, açık ifade ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanlar, genel yaşam ve genel sağlık kaliteleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı ve sağlık sorumluluğu,

fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu ortaya konmuştur. Bir diğer ifade ile, araştırmanın sonuçları, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin toplamı ve alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan ve yanı sıra genel yaşam ve genel sağlık kalitesi puanlarının da istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmakta olduğunu göstermiştir. Bu bulgular Çakır, Piyal ve Aycan'ın (2015), hekimler örneklemindeki çalışmalarında elde ettikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarındaki artışın yaşam kalitesi ölçeği puanlarını da artırdığı yönündeki bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bulgular sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili unsurların irdelenmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek bir yaklaşım olacağına dair görüşümüzü destekler niteliktedir.

Gürsel (2015) öğretim elemanlarında sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en fazla uygulanan davranışların manevi gelişim, kişiler arası destek ve beslenme olduğunu ortaya koymuştur. Benzer bir sonuç, Akça'nın (1998) çalışmasında da görülmektedir. Bu bağlamda, manevi gelişimin bireyin gizilgücünü doruk düzeyde kullanma isteği (Gürsel, 2015:55) olarak tanımlanması halinde, çalışma gurubumuzu oluşturan fitness katılımcısı yetişkin erkeklerin kişisel bütünlüğe sahip oldukları ve farkındalıklarının yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmada yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak katılımcıların kişisel bilgileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ve alt boyutları bağlamında da analizler yapılmıştır. Bulgular, haftalık fitness yapma sıklığının yaşam kalitesinin tüm alt boyutları açık ifade ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan ile genel yaşam ve genel sağlık kalitelerinin yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları ayrıca, fitness yapma yılının sosyal alan, genel yaşam ve genel sağlık kalitelerinin belirleyicisi olduğunu göstermiştir.

Medeni durum değişkeninin ise ruhsal ve çevresel alan ile genel sağlık kalitesinin belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak, Koçoğlu ve Akın'ın (2009) çalışmasında medeni durum değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde belirleyiciliği olmadığı ortaya konmuştur.

Yapılan analizlerde, ayrıca sağlık sorumluluğunun sosyal alanın yanı sıra genel yaşam ve genel sağlık kalitelerinin; manevi gelişimin bedensel ve ruhsal alanların; kişilerarası ilişkilerin ise çevresel alanın yordayıcıları olduğu bulunmuştur.

Ruhsal ve sosyal alan alt boyutunun yaş gruplarına yönelik değerlendirmesinde, 20-24 yaş ile diğer bütün yaş grupları açısından anlamlı farklılıklar olduğu görölmüştür. 20-24 yaş grubunun gerek ruhsal gerekse sosyal alan puanları diğer bütün yaş gruplarının puanlarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu farkın, genç yetişkinlik sürecinin temel özelliklerinden kaynağını aldığı düşünölmektedir.

## 5.2 ÖNERİLER

Araştırmamızda ulaşılan sonuçlardan yola çıkılarak araştırmacılara sunulan öneriler aşağıdaki gibidir;

- Çalışmanın farklı spor dallarında uygulanması ve karşılaştırılması,
- Farklı illerde yaşamakta olan katılımcıların örneklem grubuna dahil edilmesi,
- Sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesinin takım sporlarına uygulanması ve bireysel spor katılımcıları ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi,
- Çalışma erkek katılımcılarla sınırlı olduğundan, kadın katılımcılara uygulanması ve erkek katılımcılarla karşılaştırılması.

Yine çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda toplumun sportif aktivite bağlamında bilinçlendirilmesine yönelik sunulabilecek diğer öneriler de şu şekildedir;

- Halen kamu tasarrufunda olan spor tesislerinin yaygınlaştırılması,
- Mevcut kamusal spor alanlarının etkin tanıtımının yapılarak kitle sporunun herkesin kullanımına açık hale getirilmesi,
- Toplumda spor / egzersiz yapma kültür ve bilinci geliştirilmesini destekleyen eğitsel programların oluşturulması, bu programların kamu sağlığı hizmeti veren birimlerde ve radyo ve televizyon gibi medya araçları üzerinden sunulması,
- Fiziksel aktivite ve egzersizin bir kültür ve yaşam biçimine dönüşmesinde milli eğitimin payının yüksek olacağından hareketle, ilk, orta ve yüksek öğretim düzeylerinde “sağlık için spor” içeriğine uygun eğitsel modöllerin kullanılması gerek

milli eğitim gerekse spor bakanlığının temel ve uzun vadeli amaçları arasında yer almasının sağlanması,

- Sporun çalışan insanın günlük rutini haline dönüştürülebilmesi için özellikle çok sayıda çalışanı olan kurumlarda spor salonunun bulunmasının bir sağlık şartı olarak özendirilmesi ve bu yönde yasal düzenlemelerin yapılması.



## KAYNAKÇA

- Ahijevych, K. and Bernhard, L. (1994). Health promoting behaviors of African Amerikan women. *Nurs Res*, 43(2), 86-89. A
- Akça, Ş. A. (1998), Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aktan, C. C. ve Işık, A.K. (2012). Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>. [Erişim Tarihi: 28.12.2018]
- Altunkaynak, B. Z. ve Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 13(4), 138-142.
- Arıoğul, S., Beğler, T. ve Karan, M. A. (1994). Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Katkısı. *Aktüel Tıp Dergisi*. 9(2), 7-17.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30(2), 81-85.
- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34
- Aykut, M. (2013). *Yeterli ve dengeli beslenme*. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı:DersNotları.Erişim:[http://tip.erciyes.edu.tr/Ders\\_Notlari/Dâhili\\_Tip/Halk\\_Sagligi/MAYKUT%20DERSLERİ%20yeni/ders.htm](http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dâhili_Tip/Halk_Sagligi/MAYKUT%20DERSLERİ%20yeni/ders.htm) [Erişim tarihi: 20.01.2013]
- Balcı, A. (2000). *İş stresi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
- Baltaş, Z. (2008). *Sağlık psikolojisi*. 4. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bahar, Z. ve Açıllı, D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 7(1).
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A.. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.Cumhuriyet Üniversitesi *Hemşirelik Dergisi*. 12(1), 1-13.
- Baysal, A. (1998). Sağlıklı Beslenme:Uzmanların Önerisi ve Tüketici Algılaması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 27(2), 1-4.

- Black, J.M. and Matossorin, J. E, (1997). *Medical surgical nursing*. 5th Edition  
Pensilvania: WB Sounder Company Phidelfia, s.161-175.
- Blair, S. N. (2003) Physical Activity, Epideniology, Public Health and the American Collage of Sport Medicine. *Medicine and Science in Sports and Exercise* . 35(9), 1463-65.
- Bubolz, M. M., Eicher, J. B., Evers, S. J. and Sontag, M. S. (1980). A Human Ecological Approach to Quality of Life: Conceptual Framework and Results of a Preliminary Study. *Social Indicators Research*. 7(1-4), 103-136.
- Carr, J.A. and Higginson I. J.(2001) *Measuring quality of life are quality of life measures patient centered*. BM., 322, 1357-60.
- Corbin, C. B. and Lindsey, R. (2005). *Fitness For Life*. America: Human Kinetics.
- Çakır, M, Piyal, B ve Aycan, S. (2015). Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Medical Journal*. 15 (4).
- Çakır, B., Toprak, İ. ve Yüksel, B. (2002). *Saha personeli için toplum beslenme programı eğitim materyali*. 3. Baskı. Ankara: Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti.
- Çelik, A. Ö., Fettahlıoğlu, O. ve Fettahlıoğlu, H. S. (1999). İşletmelerde veya Kuruluşlarda Stres Yönetimi. Kahramanmaraş Özel İşletme ve Kamu Kuruluşlarında Yapılan Bir Uygulama. *Standart Dergisi*. Mart s. 447.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programı (2013-2023)*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-suguvenligi/Kitaplar/CokPaydaslisaglsorgelisProOzetKitap.pdf> Erişim Tarihi: 30.12.2018
- Daley, A. J. (2002). School Based Physical Activity in the United Kingdom: Can It Create Physically Active Adults?. *Quest*, 54, 21-33.
- Davies, L. E. and Thirlaway K. (2013).The Influence of Genetic Explanations of Type 2 diabets on patients' attitudes to prevention, treatment and personal responsibility for health. *Public Health Genomics*, 16(5),199-207.
- Demir, E. (2015). *Spor bilimlerine giriş*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Demirkıran, S. (2012). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.



- Ergün, A., Eti Aslan, F., Vatan, F., Olgun, N. ve Kuşuoğlu, S. (2011). *Sağlık bakımında temel kavramlar*. İçindekiler: dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, s. 6-18.
- Esin, N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Goldstein, K. (1939). *The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data in man*. 1st ed. USA : American Book Publishing, 291-368.
- Görgün, B. A. (2008). Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. Ankara. 1(2), 86-97.
- Güçlü N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. Ankara, 21(1), 91-109.
- Güney, G. (2015). Öğütsel Stres Kaynaklarının Çalışanlar Üzerine Etkileri ve Stres Yönetimi, Isparta Adliye Çalışanları Üzerine Bir Uygulama. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Güngörmüş, Z. (2001). Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki. *Yayımlanmamış Tez*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Gürsel, N. (2015), Öğretim Elemanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi*, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Hovardaoğlu, S. ( 1995). Kişiler Arası İlişkiler Ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi*. 3(1), 7-12.
- Ivancevich, J. M. and Matteson, M. T. (1993). *Organizational behavior and management*. New York: The Free Press.
- Kabadayı, H. (2006). Yaşam Kalitesi ve Kullanıcı Memnuniyetinin Kentsel Tasarımdaki Etkisine Çok Boyutlu Yaklaşım, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Keskinoğlu, P. (2010). Yaşam Kalitesini Etkileyen Nedenler, 3. *Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi*, İzmir, 109-112.
- Kıray Vural, B. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(2), 39-43.
- Koçoğlu, D. (2006). Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(4), 145-154.
- Kuzgun Y. (1972). Kişisel Yönelim Envanterinin Türk Toplumunda Uygulanması. *Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 5(2), 135.
- Küçükberber, N. (2010). Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Küçükberber, N., Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Dergisi*. 11, 619-26.
- Maslow, A. H. (2001). *Toward a psychology of being*. Gündüz, O. (Çev.), İnsan Olmanın Psikolojisi. İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Maurer, F. and Smith, C. (2000). *Community health nursing theory and practice*, WB. Saunders Company.
- Michaud, P. A., Narring F., Caunderay, M. and Cavadini, C. (1999). Sports Activity Physical Activity and Fitness of 9-to 19- year – Old Teenagers in the Conton Of Vaud. Switzerland. 2
- Minkler, M. (1999). Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End. *Health Education Behaviour*. 26(1), 121-141.
- Onur, B. (2006). *Gelişim psikolojisi : yetişkinlik yaşlılık ölüm*. 7. basım. Ankara: İmge Kitabevi.
- Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı Ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*. 7(39),204-205.
- Özvarış, S. B. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Pasinlioğlu, T. ve Gözüm, S (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2 (2), 60- 68.
- Pender, N. J., Walker, S.N., Sechrist, K.R, and Frank-Stromborg, M. *Predicting health-promoting lifestyles in the workplace*. Erişim:([http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1990/11000/PredictingHealth\\_PromotingLifestyles\\_in\\_the.2.aspx](http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1990/11000/PredictingHealth_PromotingLifestyles_in_the.2.aspx)) [Erişim tarihi: 24.12.2018]

- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practise*. 4. Ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Pender, N.J., Barkauskas, V.H., Hayman, L., Rice V.H. and Anderson E.T. (1992). Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook*. 40 (3), 106-112.
- Pender, N. J. (1987). *Health promoting in nursing practice*. 2. Ed. California: Norwalk.
- Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Peterson, A. (2007). Get moving! Physical Activity Counseling In Primary Care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 19, 349–357.
- Rowshan, A. (2011) *Stres Yönetimi*. Cüceloğlu, Ş. (Çev.), İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı. (1993). Ulusal Sağlık Politikası, Ankara.
- Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal İnce, D. ve Tokgözoğlu, L. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern. Arş.* 34, 166-172.
- Schultz, D.P. and Schultz S. E. (2007). *Modern Psychology*. Aslay Y. (Çev.), Modern Psikoloji Tarihi. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Selçuk, H. (2012). Malnutrisyon ve Önemi. *Güncel Gastroentoloji* 16 (2), 158-162. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/41/pdf/100071.pdf> [Erişim Tarihi: 30.12.2018]
- Shafer, C.S., Koo, L.B. and Turner S., (2000). A Tale of Three Greenway Trails: User Perceptions Related To Quality of Life. *Landscape and Urban Planning*. 49(3), 163–178.
- Skevington, S., M., Loftly, M. and O'Connell, K. A. (2003). The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assesment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial A Report from The WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13:299-310
- Spellbring, A. M. (1991). Nursing's Role in Health Promotion : An Overview. *Nursing Clinic North of America*. 26 (4), 805-813.
- Steinbrook, R. (2006). Healthcare reform in Massachusetts a work in progress. *N Engl J Med*. 354(20), 2095-2098.
- Sürücüoğlu, M. S. (1999). Beslenme ve sağlığımız. *Standart*, 38 (448), 40-52.
- Tengilimoğlu D. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 4.Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

- The WHOQOL Group (1994) The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag. 1994: 41-57
- Tiryaki, K. (2013). Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, *Yüksek lisans tezi*, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Türkoğlu, H. (2007). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Kendini Kabul Edebilme, Kendini Anlatma, Duygusal Bakımdan Açık Olma Ve Başkalarıyla Yakınlık Kurabilme Düzeylerine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- US Department of Health and Human Services, A Report of the Surgeon General.(1996) *Physical Activity and Health Adults*, <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm.pdf> [Erişim Tarihi:04.01.2019].
- WHO, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, 7 Nisan 1948.
- Yardım, N., Gögen, S. ve Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlığın Geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 72, 29-35.

## **EKLER**

### **EK A.1 Bilgilendirme Formu**

#### **Sayın Katılımcı**

Bu çalışma, Spor Bilimleri alanında yapılacak bilimsel bir araştırma için kullanılacak olup, verdiğiniz bilgiler bilim etiği içerisinde tamamen saklı tutulacak ve şahsınızla bağlantılandırılmayacaktır.

Yukarıda belirtilen açıklamalar doğrultusunda soru formlarına isim bilgilerinizi kaydetmemenizi, ancak kişisel bilgi formunda işaret edilen özelliklerinizi ve ölçeklerde yer alan maddeleri olduğu gibi, size en yakın seçeneği belirleyerek paylaşmanızı rica ederim.

Ölçeklere içtenlikle verilecek yanıtlar çalışmanın akademik geçerlilik ve değerini belirlemek açısından önem taşımaktadır.

Değerli yardım ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Erol Toplu

erol.t1991@hotmail.com

## Ek A.2 Kişisel Bilgi Formu

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Mesleğiniz \_\_\_\_\_

Yaşınız  20-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstü

Eğitim  İlköğretim  Ortaöğretim  Üniversite  Yüksek lisans/Doktora

Durumunuz  Bekar  Evli

Medeni durum

Kaç yıldır Fitness yapıyorsunuz? \_\_\_\_\_

Haftalık Fitness yapma sıklığınız  1  2  3  4  5 ve üzeri

Fitness dışında herhangi bir beden egzersiz yöntemi ya da spor çalışması yapıyor musunuz?

hayır  evet

Hangi branş? \_\_\_\_\_

### Ek A.3 Whool-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yönerge

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

**ŞİMDİ**, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5



Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

#### Ek 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe X (Çarpı) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıyım				

# ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Erol Toplu
2. **Doğum Yeri ve Yılı :** Bakırköy, 1991
3. **Uyruğu:** T.C.
4. **Medeni hali:** Evli
5. **E-posta:** erol.t1991@hotmail.com

## 6. Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
LİSANS	ANTRENÖRLÜK	HALIÇ ÜNİVERSİTESİ	2014
LİSE		75.YIL CUMHURİYET	2010

## 7. İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre (Yıl - Yıl)
GALATASARAY SPOR OKULU	ANTRENÖR	2 YIL
MACFİT SPOR SALONLARI	ANTRENÖR	3 YIL
TEMA İSTANBUL EVLERİ	ANTRENÖR	1 YIL
PRESTİJ PARK EVLERİ	ANTRENÖR	2 YIL

## 8. Alan İle İlgili Sertifikalar ve Seminerler

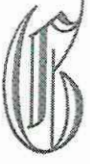
### Sertifikalar

FUTBOL C ANTRENÖR

### Seminerler

TÜRK SPOR YAZARLARI DERNEĞİ SEMİNERİ

FİTNESS UZMANLIK SEMİNERİ



T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 22.02.2019  
TOPLANTI SAYISI : 2019-4

**KARAR NO:2019-4-5** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hareket ve Antrenman Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Erol TOPLU'nun "Fitness Merkezlerine Gelen Erkek Yetişkinlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"konulu tezi hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 04.01.2019 tarih ve 2019-01 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİ  
Prof. Dr. Mustafa KURUOĞLU  
Rektör Yardımcısı