

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Ergin ÇETİNER

ADÖLESAN SPORCULARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUŞ-2023

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Ergin ÇETİNER

ADÖLESAN SPORCULARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN
İNCELENMESİ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Dr. Öğr. Üyesi M. Zahit KAHRAMAN

MUŞ-2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET.....	III
ABSTRACT	IV
TEŞEKKÜR	V
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK

1.1. SAĞLIK KAVRAMI	3
1.2. SAĞLIĞI KORUMAK.....	4
1.2.1. Birincil Koruma.....	5
1.2.2. İkincil Koruma	5
1.2.3. Üçüncül Koruma	5
1.3. SAĞLIK İNDİRİMİ	5
1.4. SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ.....	7
1.4.1. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması	7
1.4.2. Sağlık Bilgisi ve Sağlık Eğitimi	7
1.4.3. Hastalıklardan Korunma.....	7
1.4.4. Toplumun Geliştirilmesi.....	7

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.1. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	8
2.2. FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ.....	10
2.3. BESLENME	13
2.4. STRES YÖNETİMİ	13
2.5. MANEVİ GELİŞİM.....	14
2.6. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER.....	15

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ADÖLESAN DÖNEM

3.1. ADÖLESAN KAVRAMI	16
-----------------------------	----

3.2. BİYOLOJİK OLGUNLAŞMANIN BELİRGİN AŞAMASI	17
3.3. SOSYAL ROL GEÇİŞLERİ	18
3.4. BÜYÜK BEKLENTİLER	18

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMA MODELİ	20
4.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	21
4.3. VERİLERİN TOPLANMASI	21
4.4. VERİLERİN TOPLANMA ARAÇLARI	21
4.4.1. Kişisel Bilgi Formu	21
4.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	21
4.5. VERİLERİN ANALİZİ	22

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. BULGULAR	23
5.2. TARTIŞMA	34
SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKÇA	42
EKLER	52

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADÖLESAN SPORCULARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ: VAN İLİ ÖRNEĞİ

Ergin ÇETİNER

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Zahit KAHRAMAN

2023, 60 sayfa

Adölesan dönem, sporcuların iyi bir spor kültürü kazanmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları için kritik bir öneme sahiptir. Bu araştırmada adölesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi amaçlandı. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama modeli kullanıldı. Araştırmanın evrenini, Van ilindeki adölesan sporcular oluştururken örneklemini ise araştırmaya gönüllü olarak katılan 14-18 yaşlarındaki 221 erkek ve 179 kadın olmak üzere toplam 400 sporcu oluşturdu. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan 10 sorudan oluşan demografik bilgiler formu ve Walker vd. (1996) tarafından geliştirilen Türkçeye uyarlanması Bahar vd. (2008) tarafından yapılan 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ)” kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde parametrik testlerden bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve grup içi farklar için post hoc-tukey testi kullanıldı. Araştırma bulgularına göre kulüp lisansı ve spor türü değişkenlerinde alt boyutlarda ve ölçek toplamında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Yaş, cinsiyet, okul şubesi, spor geçmişi, spor yapma sıklığı, aile gelir durumu, anne ve baba eğitim durumu değişkenlerinde bazı alt boyutlarda anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0,05$). SYBDÖ ölçek toplamında ise yaş, cinsiyet, okul şubesi ve spor yapma sıklığı değişkenlerinde anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Sonuç olarak adölesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenler açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Sağlık, Yaşam Tarzı.

ABSTRACT
MASTER’S THESIS
INVESTIGATION OF THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF
ADOLESCENT ATHLETES IN TERMS OF SOME VARIABLES: VAN
PROVINCE EXAMPLE

Ergin ÇETİNER

Advisor: Asst. Professor Muhammed Zahit KAHRAMAN

2023, Page: 60

Adolescence period has a critical importance for athletes to gain a good sports culture and healthy lifestyle behaviors. In this study, it was aimed to examine the healthy lifestyle behaviors of adolescent athletes in terms of some variables. Descriptive survey model, one of the quantitative research methods, was used in the study. Adolescent athletes in Van constituted the universe of the research, while the sample consisted of 400 athletes, 221 men and 179 women, aged 14-18 years, who voluntarily participated in the research. As a data collection tool in the research, the demographic information form consisting of 10 questions created by the researcher and Walker et al. (1996) developed by Bahar et al. (2008) “Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (SYBDÖ)” consisting of 52 items and 6 sub-dimensions was used. SPSS package program was used in the analysis of the data. In the analysis of normally distributed data, independent sample t-test from parametric tests, one-way analysis of variance (Anova) and post-hoc tukey test for within-group differences were used . According to the research findings, no significant difference was found in the sub-dimensions and the total scale in the variables of club license and sport type ($p>0.05$). A significant difference was found in some sub-dimensions in the variables of age, gender, school branch, sports history, frequency of doing sports, family income status, and educational status of parents ($p<0.05$). On the other hand, there was a significant difference in the variables of age, gender, school branch and frequency of doing sports in the total HLBD scale ($p<0.05$). As a result, it was determined that the healthy lifestyle behaviors of adolescent athletes differ in terms of some variables.

Key Words: Adolescent, Health, Lifestyle.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, yapıcı eleştirileri ile yol gösteren, tüm deneyim ve bilgilerini paylaşarak destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Zahit KAHRAMAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışma sırasında tezimin istatistik ve analiz bölümünde yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Muhammed Zahit KAHRAMAN hocama, verilerin toplanması, işlenmesi konusunda yardımlarını esirgemeyen Sebahattin ALTINTAŞ, meslektaşlarım Rıdvan UZUN ve Serhat NARİN' e sonsuz şükranlarımı sunarım.

Son olarak eğitim hayatım boyunca desteklerini her zaman arkamda hissettiğim çok kıymetli aileme, eşime ve çocuklarıma sonsuz teşekkür ederim.

Muş-2023

Ergin ÇETİNER

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları



TABLolar DİZİNİ

Tablo 5.1. Adölesan Sporcuların Demografik Değişkenleri ve Yanıtları	23
Tablo 5.2. SYBDÖ Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel İstatistikler.....	24
Tablo 5.3. Adölesan Sporcuların Yaş Değişkeni Anova Testi Sonuçları	25
Tablo 5.4. Adölesan Sporcuların Cinsiyet Değişkeni T-Testi Sonuçları.....	26
Tablo 5.5. Adölesan Sporcuların Okul Şubesi Değişkeni Anova Testi Sonuçları.....	27
Tablo 5.6. Adölesan Sporcuların Kulüp Lisansı Değişkeni T-Testi Sonuçları.....	28
Tablo 5.7. Adölesan Sporcuların Spor Türü Değişkeni T-Testi Sonuçları	28
Tablo 5.8. Adölesan Sporcuların Spor Geçmişi Değişkeni Anova Testi Sonuçları.....	29
Tablo 5.9. Adölesan Sporcuların Spor Yapma Sıklığı Değişkeni Anova Testi Sonuçları	30
Tablo 5.10. Adölesan Sporcuların Aile Gelir Düzeyi Değişkeni Anova Testi Sonuçları	31
Tablo 5.11. Adölesan Sporcuların Anne Eğitim Durumu Değişkeni Anova Testi Sonuçları	32
Tablo 5.12. Adölesan Sporcuların Baba Eğitim Durumu Değişkeni Anova Testi Sonuçları	33

GİRİŞ

Spor günlük hayatımızın vazgeçilmez bir unsuru, kişilerin sağlıklı ve dengeli bir yaşam içinde hayatlarını sürdürebilmeleri açısından yararlı etkinlikler arasında kabul görülmüştür. Canlılar bulunduğu ortam içerisinde doğar, büyür ve gelişir. Spor insanlara canlılar ile veya bir kuvvetle karşılaşınca nasıl mücadele etmesi gerektiğinin yollarını bizlere öğretir (Açıkada ve Ergen, 1990).

Uluslararası arenada sporda kazanılan başarılar sayesinde günümüzde toplumlar, günlük hayatları ve moral uyumları üzerinde önemli bir seviyeye ulaşmışlardır. Teknolojik gelişmeler ve bilimin ilerlemesi ile birlikte sporda rekorlar artmış, ülkeleri adına yarışan takımlar ve bireysel sporcular; teknolojik, ekonomik ve eğitim öğretim seviyeleri bakımından birbirleri ile yarışacak düzeylere ulaşmıştır (Torun, 2007).

Kazanılan başarılar artıkça sporda da birçok faktörün araştırılması ve geliştirilmesi önemli bir konu olmuştur. Bunlar arasında yapısal faktörlerden kaynaklı insan hareketleri ve spordaki performans bu koşullar arasında yer almaktadır. İnsan ve spor günümüzde iç içe geçmiş bir bütün oluşturmuştur. Spor; kişilerin mental, fiziksel, kardiyorespiratuvar ve motorsal becerilerini sergiledikleri hem bireysel hem de toplumsal bir durum olmuştur. Bu durumlara bakıldığı zaman sporun çocukluk ve adölesan çağından itibaren hayatlarımıza kazandırılmasına ve geliştirilmesine yönelik teşvikler uygulanmalıdır (Altıntaş, 2018).

Günümüzde genellikle okul ortamı ile bağlantılı projelerde, fiziksel aktivite, diyet kalitesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirilmesi hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık tanımını yaparken yaşamdaki stresle başa çıkabilmek, kişinin yeteneklerini gerçekleştirebildiği, insanlara katkı sunduğu, verimli ve üretken çalışabildiği refah durumu olarak ele almaktadır. Bundan dolayı adölesan dönemde sağlıklı ergen nüfusu hedeflemek adına bir takım önleyici programların vakit kazanmak adına geliştirilmesi gerekmektedir (Ryff ve ark., 2004).

İnsanların bu hayatta yaptıkları veya yapabileceği her şey davranış olarak nitelendirilir. Tırmanmak, yemek yemek, yüzmek, yürümek, konuşmak bu durumlara örnek verilebilir. Kısaca insanlar tarafından eyleme dönüştürülen her türlü hareket davranış olarak karşımıza çıkar. Konuşmak, yürümek gibi görülebilir davranışlar kadar sevilme, hissetme, düşünme, unutma gibi yani görülmeyen; bireyin, içinden geçen

duygular da iç yaşantılar ve yansımalar da davranış olarak kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri incelendiği zaman gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %80'i, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %50'si sağlıksız yaşamdan kaynaklı hastalıklardan dolayı olduğu belirtilmiştir (Yalçınkaya, Özer ve Karamanoğlu, 2007).

Yetişkinlerde toplam hastalığın 3/1'i ve erken ölümlerin 3/2'si çocukluk döneminden itibaren ve adölesan dönemde ortaya çıktığı bilinen davranışlar ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Adölesan dönemde alkol ve sigara tüketimi başta olmak üzere stres, obezite, fiziksel aktivite eksikliği gibi risk faktörleri yetişkinlik döneminde patolojik riskler oluşturmaya sebep olmaktadır. Yapılan birçok çalışma, adölesan dönemde fiziksel aktiviteye katılmak; sedanter davranışı azalttığını ve sağlıklı beslenmenin de insan sağlığı iyileştirdiğini gözlemlemiştir (Van Horin ve ark., 2018).

Adölesan dönemde sağlıklı yaşamı desteklemek ve önlemlerin alınması için araştırmacılar, politikaya yön verenler ve sağlık çalışanlarına daha fazla iş yükü düşmektedir. Adölesan dönem sonraki yetişkinlik sağlığı açısından büyük sonuçlar yaratacak bir risk alma dönemidir. Önleyici plan ve programlar sonraki dönemi şekillendirir. Adölesan dönemde bilinçlendirilen, yönlendirilen birey gelecekte kendi çocuklarının sağlığına asgari düzeyde de olsa iyileştirme fırsatları tanır (Lari ve ark, 2019).

Bu veriler ışığında bakacak olursak çıkacak en iyi sonuçlar hayatımızı ve yaşam tarzımızı nasıl belirleyeceğimiz olacaktır. Bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek ve fiziksel aktiviteyi yaşamlarının merkezine alması önemlidir. Toplumlara bilinç aşılama adına çalışmalar yapılmalı ve elde edilen sonuçlar dikkate alınarak yetkililer tarafından yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Bireylerin seçtikleri spor dalı için yaptıkları fiziksel aktiviteler tüm gelişim yönleri açısından, hazır bulunuşluğu olan sporcuların da yetişmesine katkı sağlamalıdır. Egzersizler, bireyleri ruhsal ve bedensel olarak daha güçlü kılarak; solunum, kalp-dolaşım ve kas-sinir koordinasyonunu geliştirerek bu sistemlerin gelişimine katkı sağlamaktadır (Mengütay, 2005).

Bu çalışmanın amacı, adölesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK

1.1. SAĞLIK KAVRAMI

Türkçede ‘yaşa, yaşa’ kökünden gelen sağlık kavramı, İngilizcede sağlamlık ve bütünlük kelimelerinden tanımını almıştır. Birçok tanımı yapılmış olan sağlık kavramı yalın bir tanımla hastalık ve sakatlığın olmaması olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlar doğrultusunda sağlık semptom boyutu ile sınırlandırılmıştır. Birey sosyal ve psikolojik yönleriyle bir bütün oluşturmaz, çünkü birey fiziksel, biyolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerden de etkilenir. (WHO) Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımlamasında “bir hastalık veya yaralanmanın olmaması değil, sosyal, ruhsal ve fiziksel yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (Pender ve ark, 1992; Baltaş, 2004).

Sağlık anlayışı kişiden kişiye, toplumdaki topluma zaman içinde değişen, değişkenlik gösteren bir kavramdır. Günümüzde hastalık yerine sağlığa ilgi gösteriliyor; çünkü insanlar yüksek iyilik halini tercih ederler, hayatı severler ve hayata aktif olarak katılmak isterler (Karakaya ve ark, 2016).

Zaman içerisinde insanın içinde bulunduğu ve büyüdüğü toplumun özellikleri sağlık ile ilişkisi anlaşılacak hastalık ve sağlık durumları birbirinden farklı olarak algılanmıştır. Virüs, bakteri vb. özel bir faktörün hastalıkların oluşumunda etkili olduğunun anlaşılması üzerine teşhisler başlamıştır. Sağlık ve hastalık süreci 20. Yüzyıl başlarında kabul edilmiş ve iki kavramdan biri varsa diğeri yoktur yaklaşımı iki uçlu kavram gibi değerlendirilmiştir. Sağlık değişken ve dinamik bir yapıdadır. Nicel olduğu için (vücut ısısı, kan basıncı) ölçülebildiği gibi, kişisel değer ve inançlardan etkilendiği için niteliksel de olabilir (Flora, 1993).

Sağlık, sübjektif ve objektif boyutlarıyla da algılanmaktadır. Kişinin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığı öznel sağlık durumu iken, objektif sağlık durumu ise, hastalık veya eksikliğin bulunmadığının çeşitli test ve tetkikler sonucunda kanıtlandığı durum olmuştur (Flora, 1993; Karakaya ve ark, 2016). Günümüz dünyasında sağlık tanımları, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar ön plana alınmıştır (Redland ve Stufbergen, 1993).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesini ön plana alan teorisyenler, sağlığı farklı yönleriyle tanımlamaktadır. Sağlığı iyi olma durumu, iyilik hali olarak ele alan Betty Neuman, sosyo-kültürel, ruhsal ve fiziksel gibi alt sistemlerin kendi arasındaki dengesi ve bireyin bu alt sistemlerle uyumunun genel sağlık durumunun pozitif yönde etkilediğini belirtmektedir (Velioğlu, 1999; Ruddy, 2007).

Birey sağlık sorunu olduğunun farkında olmaz ise, sağlığını iyileştirmek için gerekli çabayı göstermez. Herhangi bir sağlık sorunu olmadığını göz önünde bulundurarak sağlığı iyileştirmek için profesyonellerden yardım da isteyemez. Bu nedenle sağlık algısı çok önemlidir (Murray ve ark, 2013; İmer, 2013).

Sağlık insanların hayatında en çok üzerinde durulan konulardan biridir. Sağlık insanların üst düzeyde iyilik durumu ile yaşamın sonu arasında farklı düzeyleri içeren bir süreç olarak düşünülebilir (Palank, 1991). Sağlık ve hastalık, insan hayatının ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlıklı olmak, günlük yaşamı sürdürmek ve gereksinimlerini karşılamak için gereklidir. Fiziksel kapasitenin yanı sıra toplumsal ve kişisel boyutları ele alan sağlık kavramının, insanların en öncelikli sorumlulukları arasında yer alması gerektiği belirtilmektedir (Kaplun, 1992; Kaplan ve ark, 1993).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin, toplum yapısı ile birlikte insanların sağlık sorunu yaşamaları üzerinde aynı düzeyde etkiye sahip olduğu düşünülmektedir (Cirhinlioğlu, 2001). Günümüz sağlık anlayışı, bireyi odak noktasına alan, toplum sağlığının da iyileştirildiği ve geliştirildiği bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, koruma davranışlarının kazanılması, bireyin iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, vücudun korunması ve sağlıkla ilgili doğru kararların alınması üzerinde durulmaktadır (Kang, 1995; Bozlar, 2016).

1.2. SAĞLIĞI KORUMAK

Sağlığı korumayı H.R. Leavell ve E.G Clark, (1953)' te şöyle tanımlamıştır. Sağlığı bozan davranışı yapmamak veya davranıştan kaçınmaktır. Erken tanı ile hastalık dönemine girmemeyi önleyici faaliyetleri ve eksiklik durumlarında erken tedavi ile mevcut kapasiteyi en üst düzeye çıkaracak faaliyetleri içerir. Alkol ve sigara kullanmamak, emniyet kemeri takmak, meme kanserine karşı meme kontrolünü yapmak sağlığı koruyucu davranışlara örnek olarak verilebilir. Gerald Caplan 1960 yılında sağlığın korunmasında üç seviye tanımlamıştır (T.C, 2010). Sağlığı korumayı birincil,

ikincil ve üçüncül koruma şeklinde üç kategoride sınıflandırmışlardır (Akdemir ve Birol, 2005; Taylor ve ark, 2008).

1.2.1. Birincil Koruma

Toplumun, ailelerin ve bireylerin hastalık risklerini azaltan davranışlar geliştirmesi, iyi bir yaşam kalitesi, önleyici hizmetlerden yararlanması için yapılan faaliyetleri içerir. İyi bir teşvik ile yönlendirilen sağlık ve uygulamaları koruyucu önlemler kapsamında olmalıdır. Vektör kontrolü, bağışıklık, genetik hastalıkların nesilden nesile aktarılmasının önlenmesi, sosyo-ekonomik gibi sağlığı kötü etkileyen koşulların iyileştirilmesi bu koruma kapsamındadır.

1.2.2. İkincil Koruma

Bireyleri, aileleri ve toplumu iyi düzeyde sağlığı koruma, hastalıkların gelişimi, semptom öncesi dönemde yapılan kontrol ve kontrollerde hastalıkların erken teşhis ve iyileştirilmeyi kapsar. İkincil koruma, hastalıkların zamanında teşhisini sağlayan ve kronikleşmesini önleyen tarama faaliyetlerini içerir.

1.2.3. Üçüncül Koruma

Kişileri hastalık ve yaralanmaların tekrarı ve komplikasyonlarından koruma amacı taşıyan hizmetlerin bütünüdür. Engellenemeyen travmalar ve hastalık sonrasında oluşan özürlü veya özürlü kişilerin bu engelleri aşarak kendilerini yeterli ve üretken hale getirmelerine ve sosyal uyumlarını geliştirmelerine yardımcı olur. Rehabilitasyon odaklı olan üçüncül koruma insanların eksiklikleri dahilinde en üst seviyede işlev görmelerine yardımcı olur.

1.3. SAĞLIK İNDİRİMİ

Sağlık kavramı ve sağlık sistemi anlayışı, bilimsel gelişmeler ve teknolojik gelişmeler ışığında çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli olarak değişmektedir. Bu değişim tedaviden sağlığın korunmasına, sürdürülmesine ve geliştirilmesine doğru olmuştur (Oliver ve Peersman, 2001).

17. yüzyıldan 19. Yüzyıl başlarına kadar suçiçeği, kolera, veba gibi bulaşıcı hastalıklarla başa çıkma süreçleri olmuştur. Toplumun gelişmesi ile birlikte hızlı kentleşme, sanayileşme ile birlikte sağlık 19. yüzyılda sağlıklı ve güvenli yaşam

alanlarının oluşturulması, çevre temizliği gibi yönleri ile geniş bir vizyona sahip olmuştur (Oliver ve Peersman, 2001).

Artan ölümlerin sayısı, temiz içme suları, aşılama gibi uygulamalar ile bu hastalıklardan kaynaklanan ölümler azaltılmaya çalışılmıştır. 20.yüzyıl sonlarında farklı hastalıklar ortaya çıkmış olan AIDS/ HIV, MRSA, kuş gribi gibi yeni bulaşıcı hastalıklar kendini göstermiştir. Aynı zamanda kalp damar hastalıkları, obezite gibi kronik boyutta hastalıklar ortaya çıkmıştır. Hastalıklar DM (diyabetes mellitus) şeker hastalığı vb. artmış, sağlık sektörünün dikkatini sağlığın geliştirilmesine çekmiştir (Fertman ve Allensworth, 2016).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temelinde kişinin doyumlu bir yaşam hakkı elde edebilme, sahip olduğu enerjisini ve potansiyelini kullanabilme, üretken olabilmek ve sağlık için elinden gelenin en iyisini yapabilme olanağına sahip olması yatmaktadır (Edelman ve Mandle, 2009).

Sağlığın iyileştirilmesi, kendi kendini iyileştirme ve kendi kendine sağlık kontrolünde yeterlilik kazanmayı ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmayı amaçlar. İnsanların sağlıklı yaşam bilincini artırma, yaşam biçimini iyileştirme ve sağlığı korumayı kendi vazifeleri gibi algılayarak kötü davranışlardan uzak durarak sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar gerçekleştirmeleri ile mümkün olabilir (Nahcivan, 2004).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amacı, doğru sağlık davranışlarının geniş kitlelere yayılmasını sağlamaktır. Bu bağlamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi uygulamalarla insanların tercihlerini ve sosyal sorumluluk bilinci gelişerek sağlık iyileştirmelerine yardımcı olacak sürece işaret edilmektedir (T.C, 2011; Kocaman, 2014).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Lalonde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini 'kişilerin ve örgütlerin rol ve sorumluluklarını daha aktif bir şekilde üstlenmelerini sağlamak için fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda insanları bilgilendirmeyi, etkilemeyi ve onlara yardım etmeyi amaçlayan strateji' olarak tanımlamaktadır (Özvarış, 2001; Glanz ve ark, 2008)

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini 'bireyin, ailenin ve toplumun doğrudan iyilik hali düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık potansiyelinin üst düzeye çıkarılması' olarak tanımlamıştır (Walker ve ark, 1987).

1.4. SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık bilgisi ve sağlık eğitimi, hastalıklardan korunma ve toplumun geliştirilmesi gibi dört ana unsur bulunmaktadır. Bunlar;

1.4.1. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması

Sağlık hizmetlerinin her kesimden insana ulaştırılması ve bu sağlık hizmetlerinden yararlanmanın teşvik edilmesidir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet çeşitliliği, uygulama kolaylığı ve ulaşılabilirlik sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamaktadır.

1.4.2. Sağlık Bilgisi ve Sağlık Eğitimi

Hastalıklardan korunmayı ve eğitim yolu ile olumlu bir sağlık davranışı sergilemelerini temel alan çalışmaları kapsar. Sağlık ile ilgili olabilecek tüm konularda eğitim faaliyetleri olabilir.

1.4.3. Hastalıklardan Korunma

Kişilerin doktorlar tarafından düzenli bir şekilde muayene olması, hastalığa neden olabilecek risk faktörleri konusunda bilgilendirilip, önlemlerin alınması için yönlendirilme yapılmasıdır. Buradaki temel amaç hastalıklarda erken teşhis ve hastalıklardan korunmak (kolesterol düzeyi, mamografi vb.) önem taşımaktadır.

1.4.4. Toplumun Geliştirilmesi

Sistematik sosyal çabalar yolu ile insanların yeteneklerini, bilgilerini ve sosyal çevrelerini geliştirmek. Sağlık hizmeti sunanlar ile bu hizmeti alanlar arasında güçlü ilişkiler kurarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesini sağlamak (yayın ve broşürler, performans yönetimi, toplam kalite yönetimi çalışmaları, uluslararası standartlar organizasyon uygulamaları hizmet kalitesinin artırılması yoluyla verilecek hizmete talep oluşturmak) (Baltaş, 2000).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

2.1. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve korunması denince akla ilk gelen kişiler doktorlar, hemşireler, sağlık kuruluşları ve hastanelerdir. Kısacası sağlık sektörü, insanların sağlığının korunabilmesi ve geliştirilebilmesi için öncelikle kendi yaşam tarzlarına bağlı olduklarını ve bu yaşam tarzlarını geliştirilebileceklerini gözlemlemişlerdir.

Günümüzde düzenli fiziksel aktivite; stres, sigara, diyet gibi yaşam tarzı faktörlerinin diyabet, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalık, kalp hastalığı, kanser gibi kronik hastalıklara bağlı ölümleri önemli derecede azaltabileceği ifade edilmektedir. Araştırmalar yaşam biçimi değişiklikleri ile sağlık durumunun, sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık yönetimi ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Fleming ve ark, 2000).

Koal ve Cobb'a göre sağlık davranışları, hiç hasta olmamış ve her zaman iyi olduğuna inanan insanların sağlıklı yaşamak amacıyla yaptıkları eylemlerdir. Gochman (1988) ise sağlık davranışının kişinin inancını, beklentilerini, değer yargılarını, bakış açısını, kişisel tutumlarını, duygusal, ruhsal özelliklerini ve alışkanlıklarını da içerdiğini belirtmektedir.

Sağlık davranışları temelinde pozitif davranış olarak insanların kendi ve başka bireylerin sağlığını geliştirmeye ve korumaya yönelik çabalarını ifade edecek şekilde tanımlanır. Yiyecek ve içecek almak fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak, düzenli uyku ve yılda en az bir defa gerekli sağlık kontrolleri yapmak pozitif sağlık davranışlarına örnektir (Bulduk ve ark, 2015).

Bireylerin pozitif sağlık davranışı kazanabilmeleri, bu davranışların bütünü hakkında gerekli bilgiye sahip olmak ve elde ettikleri bu sağlıklı davranış kalıplarını farklılaşmada kullanmak gerekir. Bu olumlu sağlık davranışları sergilenmediği zaman olumsuz davranışları beraberinde getirebilmektedir. İnsanlar sağlıkları için utangaçlık yaratan eylemleri olumsuz sağlık davranışı olarak ifade edilir, bunlar düzensiz yemek, alkol almak, sigara içmek olumsuz davranışlara örnek verilebilir (Erefe, 1998)

Yaşam kalitemiz yaşam süremiz ve yaşam kalitemiz ile doğru orantılıdır. Dünya Sağlık Örgütü kayıtlarına bakıldığında zaman gelişmiş ve daha az gelişmiş ülkelerin ölüm oranlarının yaşam tarzlarımıza göre önlenabilir hastalıklar olarak ortaya çıkar. Bu önlenabilir ölüm oranları, gelişmiş ülkelerde %70-80 gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde %40-50'dir (Bozhöyük ve ark, 2012).

Günümüzde ilk sırada yer alan ölüm nedenlerinin başında kronik hastalıklara bağlı ölümler ilk sırada yer alır (Tanner, 1991; Allender ve ark, 2001). 15-29 yaş arası bireylerde görülen hastalıkların başında cinsel yolla bulaşan hastalıklar gelir ve bu yaklaşık olarak 12 milyon başka bir deyişle %80' ine denk gelir (Tanner, 1991).

İnsanları hastalıklardan korumak için alkol, tütün kullanmama, doğru beslenme, halsizlik, ağrı ve mümkün olduğunca stresten uzak durma, en az 6-8 saat arası bir düzenli uyku süresi ve çevreyi temiz tutma gibi çeşitli uygulamalarla alıştırılması gerekmektedir. Olumlu sağlık davranışının kazanılması ve sürdürülmesi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için gereklidir. Bu nedenle insanlar daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmak için çaba göstermelidirler (Dickey ve ark, 2001; Ak ve ark, 2006). Sağlık davranışı, sağlığı korumaya, sağlığı geliştirmeye ve hastalıkları azaltmaya veya önlemeye yönelik davranışlar bütünüdür (Tulloch ve ark, 2005).

Daha önceki sağlık hizmetlerine baktığımızda toplumların önceliğinin hastaları tedavi ederek iyileştirmek olduğunu ve daha sonra hastalıklardan korunma yöntemlerine ağırlık verdiklerini görmekteyiz. Bu nedenle insanların hastalıktan korunmaları ve hayatları boyunca herhangi bir hastalık geçirmemeleri için çeşitli çalışmalar hazırlanmıştır. Bu çalışmalara 'Sağlıklı Yaşam Tarzı' adı verilmektedir (Edelman ve Mandle, 2009).

2.2. SAĞLIK SORUMLULUĞU

İnsanların sağlık sorumluluğu, sağlığı geliştirme davranışını başlatma ve sürdürme açısından kişiyi etkiler. Bir kişinin sağlığına ilişkin iç kontrol, onun sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtır. Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerinin yükü sağlık sektörüne tek mal edilemeyeceği bu konudaki ihtiyaçlardan diğer sektörlerde sorumlu tutulmuştur. Sağlık reformları, vatandaşların ihtiyaçlarını, sağlık ve sağlık hizmetlerinden beklentilerini göz önünde bulundurarak, demokratik prosedürler içinde dikkate alınmalıdır. Bu düzenlemeler, planlanan ve yürütülmekte olan hizmetlerin yönlendirilmesinde

mutlaka yurttaşların sesini ve seçimini sağlamalıdır. Vatandaşlar da sağlıkları için sorumlulukları paylaşmalıdır. Hükümetler, halklarının sağlığından sorumludur ve bu sorumluluklarını ancak uygun şartları sağlayarak ve uygun ortamlar oluşturarak yerine getirirler. Sağlık hizmetlerinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin sağlık kurumları, sağlık çalışanları, hükümetler ve sosyal gruplar tarafından paylaşılmaktadır. Sağlığın takibi ve sağlık sistemine daha iyi bir ulaşım için hep beraber çalışmak için teşvikler yapılmalıdır. Kişilerde üzerine düşen görev ve sorumluluktan kaçmadan görevlerinin bilincinde olarak sorumluluklarını paylaşmak zorundadır (Edelman ve Fain, 1999; Yıldırım, 2005).

- Bir kişinin sağlığı için üstlenebileceği sorumluluk düzeyi kendisi tarafından belirlenir;
- Bedenini ve kendini tanıma,
- Sağlıkla ilgili değişiklik veya sapmalarda herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmek ya da doktora başvurmak,
- Düzenli bir şekilde muayene olmak,
- Sağlık konularında kendini yenilemek, sağlık konulu tartışmalara katılmak,
- Kendini iyi hissetmek,
- Kendi sağlığını takip etmek,
- Sağlığı tehdit edecek değişkenler durumunda önlemlerin alınması (Bottorff ve ark, 1996).

Kişiye yüklenen sorumluluk var olan sağlık problemlerinin tanınması ve bu problemler ile ilgili çözümlerin sergilemesi gerekir. Sağlık sorumluluğu kişinin öz bakım derecelerini artırmak ve kişinin bu sağlık durumuna katılımını ne ölçüde etkilediğini ifade etme biçimidir (Lusk ve ark, 1995).

2.2. FİZİKSEL AKTİVİTE VE EGZERSİZ

Tarihte farklı uygarlıkların ve toplumların yaşamlarında fiziksel aktivite ve egzersiz önemli bir yere sahiptir. Egzersiz ve sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. Milattan öncesine dayanan Tai Chi Chun ve Hindistan'daki Yoga egzersizlerine dayandırılır.

Elde edilen bilgilerde egzersiz ve sağlık arasındaki ilişkinin Herodikus, Hipokrat gibi tıp bilim insanlarına uzandığı ifade edilmiştir (Özer, 2015).

İnsan vücudu fiziksel aktivitelere son derece uygun bir halde yaratılmıştır. Yapılan son çalışmalar inaktivitenin hastalıkları ve erken yaşta ölümlerin oluşmasını, iş veriminin azalması, sağlık problemlerine ve yüksek ekonomik kayıplara neden olduğu saptanmıştır. ABD’de kişilerin inaktif bir hayat sürmesinin kardiyovasküler rahatsızlıkların yüzde 18 ve sağlık giderlerinin 24 milyar dolar, kolon kanserine yakalanma oranı ise yüzde 22 ve sağlık giderleri 2 milyar dolar olduğu ifade edilmektedir.

Buna karşın düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz sergileyen kişilerin sedanter bir yaşam sürdüren kişilere göre sağlık harcamalarının %30 daha az olduğu söylenmektedir. İngiltere’de yapılan araştırmalarda nüfusun %20’sinin obez olduğu ve obezite için harcanan paranın 500 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (Akyol ve ark, 2008).

Bu nedenle egzersizin insan sağlığı üzerindeki rolü ile ilgili yayınların sayısı her geçen gün artmakta ve bazı hastalıkların önlenmesinde, kalp-damar hastalıklarının, osteoporozum, farklı kanser çeşitlerinin, ruhsal hastalıkların iyileştirilmesinde ve yaşlanmayı yavaşlatmada önemli bir role sahip olduğu gün gittikçe daha iyi anlaşılmaktadır (Hammar ve ark, 2013; Yalçınkaya, 2001).

Sedanter bir yaşamın, ABD’de senede 34.144, dünya çapında ise iki milyonun üstünde ölümlere sebep olduğu söylenilmektedir.1986 yılında ABD’ye 77 milyar dolar doğrudan, 150 milyar dolar dolaylı maliyete neden olan fiziksel hareketsizlik, küresel çapta ölüm ve sağlık sorunlarına neden olan 10 sebepten bazılarının bu sebepten kaynaklandığı söylenmektedir. Epidemiyolojik sonuçlar, sedanter bir yaşama sahip olan kişilerden alınan örneklere bakıldığında 25 kalıcı hastalıktan herhangi birine yakalanma olasılığını arttırdığını göstermektedir. Bu kalıcı hastalıklardan herhangi birine yakalanmış kişilerin süreç uzadıkça sağlık maliyetlerinin arttırdığı ve bu hastalıklarla mücadele eden sağlık kuruluşlarının sedanter yaşam süren kişilerin birinci ölüm sebebi olarak görmekteirler (Tambağ ve ark, 2012).

Dünya nüfusuna bakıldığında %60’nın özellikle gelişimini sürdüren ülkelerde bireylerin yeterli oranda aktif bir yaşam sürdürmedikleri görölmektedir. Fiziksel aktivite alışkanlığını kazanılması ve yaşam boyu sürdürölmesi açısından çocukluk ve genç yetişkinlik dönemleri en uygun dönem olarak kabul edilmektedir. Erken yaşlarda edinilen

sedanter bir yaşam biçimi ve yanlış beslenme alışkanlıklarını ileri yaş gruplarında değiştirmek o kadar kolay olmamaktadır (Akyol ve ark, 2008).

Yetişkinler için orta seviye bir egzersiz için günde 30 dakikanın yeterli olacağı bahsediliyor. Fakat erişkinlerin sağlıklı kemikler ve kasların gelişimi için egzersiz süresinin uzun ve şiddeti yüksek aktiviteleri tercih etmeleri gerekmektedir. Çocuklar için okula veya parka yürümek, merdiven kullanmak, toplu taşıma araçlarından birkaç durak önce inmek ve yürümek egzersiz olarak kabul edilir (Akyol ve ark, 2008).

Düzenli fiziksel aktivite hormonal işleyişi düzenler, bazı kanser türlerinin oluşmasını azaltır, iskelet-kas ağrıları, bel ağrıları ve bazı ruhsal hastalıklar üzerinde olumlu etkileri olduğu söylenmektedir. Düzenli bir aktiviteye katılım sosyalleşmeyi artırır ve şiddet oranını azaltır. Ayrıca düzenli fiziksel egzersiz çevresel faktörler üzerine, trafik yoğunluğunun azalmasına dolayısıyla daha temiz bir çevre oluşmasına olumlu katkılar sağlar (Akyol ve ark, 2008).

Tayland' da yapılan bir çalışmaya göre düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapan bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır (Nabkasm ve ark, 2006). Günümüz gençlerine bakıldığında aşırı stres ve depresyonun neden olduğu ruhsal çöküntünün gençleri yaşamlarına son verme düşüncesine itebilmektedir. Yapılan bir araştırmada her gün spor yapanlar, haftada 2-3 kez spor yapanlar ve haftada bir ya da hiç spor yapmayanlar karşılaştırıldığında, her gün spor yapanlarda intihar girişiminin daha az görüldüğü saptanmıştır (Ferron ve ark, 1999).

Düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin, kardiyovasküler rahatsızlıkları, kanser türleri, tip iki diyabet, bağırsak kanseri, kemik erimesi, obezite ve ruhsal sorunlar gibi insan sağlığını olumsuz etkileyen etmenleri azaltabilir (Speck, 2002). Günümüz dünyasında sağlıklı bir yaşam sürdürmenin ve daha sağlıklı bir yaşlanmanın, var olan sağlık problemlerinin azaltılmasında, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivitelerin yapılması önerilmektedir (Akyol ve ark, 2008).

Düzenli fiziksel aktiviteler, çocukların, gençlerin büyümesinde, gelişmesinde, sosyalleşmesinde, kişiliğinde ve madde bağımlılığında; erişkinlerin kalıcı hastalıklardan, destekleyici tedavilerden korunmasına, sağlıklı bir yaşam sürdürmesine olumlu katkılar sağlamaktadır (Tayyar ve ark, 2011; Bek, 2008). Öte yandan, teknolojik gelişmelerin

hızla yayılması nedeniyle insanların yaşamlarının giderek daha hareketsiz hale geldiği de bilinen bir durum olmuştur (Bozkuş, 2013).

2.3. BESLENME

Beslenme, kişinin gelişmesi, büyümesi, sürekli sağlıklı ve verimli yaşaması için gerekli olan besinlerin dengeli ve verimli olarak alınması ve aldığımız bu besinlerin vücutta kullanılmasıdır. Kişi aldığı besinlerin kalori değerlerini bilmesi gerekmektedir.

Büyüme, yaşamı sürdürme ve sağlığı korumak için beslenme gereklidir. Günlük ihtiyaç duyduğumuz besinler altı ana gruptan oluşmaktadır. Gruplar su, karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler ve minerallerdir. Bu ana besinler vücudun büyümesini, gelişmesini, hücrelerin yenilenmesini ve bu işlevlerin devamı için alınması gerekir. Ana besinlerin vücudun ihtiyacından daha az alınması ve aynı besinlerin sürekli alınması yetersiz beslenmeye sebep olmaktadır. Sağlıklı bir yaşamı sürdürmek için ihtiyacımız olan besinlerin alınması ve bunu alışkanlık haline getirmemiz gerekmektedir (Tayyar ve ark, 2011; Baysal, 2002).

Metabolik rahatsızlıklardan ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için dengeli beslenme şarttır. Düzenli egzersizlerin artırılması ve sağlıklı beslenmenin tip 2 diyabetin %30-50 oranında engelleyebileceği yapılan araştırmalarla ispatlanmıştır (Oşar, 2004).

2.4. STRES YÖNETİMİ

Günümüz dünyasındaki gelişmeler iş ve sosyal hayatımızda birçok değişikliğe ve ivmeye neden olmuştur. Bu değişimler sosyal bir varlık olan insanı fiziksel ve psikolojik yönden zorlanıp tehdit edildiğinde farklı reaksiyonlar vermesi ve bu reaksiyonlara uyum sağlaması kaçınılmazdır. Bu değişimlere ayak uydurmak zorunda olan insanlar çevreleri veya yaptıkları iş ne olursa olsun hayatlarının büyük bir bölümünde kendisinin sahip olduğu sınırları zorlarlar. Bundan dolayı insanlar stres kavramıyla sık sık karşılaşmak ve yüzleşmek durumundadır.⁶⁹ CALM modeli bireysel olarak stresle başa çıkmanın ve yaşam tarzı değişikliklerini kapsayan modeldir. CALM, Braham tarafından geliştirilen bu modeli CALM kısaltması C'yi; değiştir, A: kabul et, L: bırak, M: yaşam tarzını yönet.

- Değiştir: Bu adım, mümkünse mevcut olumsuz durumu değiştirmeyi ifade eder. Rahatsızlık veren durum ortadan kalktığına streste kaybolabilir.
- Kabul Et: Değiştirilemeyeceğine inanılan durumu kabullenmeyi ifade eder.

- Bırak Gitsin: Olayları mantık süzgecinden geçirerek olaylara yeni bir bakış açısı getirerek yorumlamaktır.
- Yaşam Tarzınızı Yönetin: Bu basamakta fiziksel aktivite, beslenme, gevşeme gibi yöntemleri kullanarak strese neden olabilecek unsurlardan kurtulmak mümkündür (Balcıoğlu, 2005).

2.5. MANEVİ GELİŞİM

Manevi gelişim, kişinin kendisinin ve varlığının ötesinde, bedeni ve ruhu etkileyen, yine de beden ve ruh tarafından gerçekleştirilen birleştirici güç olarak tanımlanmaktadır. Kişinin manevi gelişimi aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri, sosyal çevreden etkilenir. Kişinin yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı alandır (Bozhüyük ve ark, 2012).

Kişinin ruhsal alanı sağlık ve hastalık durumlarında önem taşımaktadır. Beden bütünlüğü ve devamlılığı üzerinde fiziksel veya psikososyal bir tehdit oluştuğunda kişiyi destekler ve rahatlatır. Sağlıkta manevi boyut, yaşamın anlamını, ölümü kabullenmeyi ve kişinin üstün bir güçle ilişkisini açıklar (Kostak, 2007).

Kişilerarası ilişkiler kişilik, en genel tabiriyle, kişiyi hem bir birey hem de insan yapan tüm faktörlerin bir arada bulunmasıdır. Kişilik bireyleri birbirlerinden ayıran önemli bir faktördür. Kişilik insanların kendine has değişmeyen birbirlerinden farklı özelliklerine denir. Kişilik adölesan döneminin sonlarında tanımlanır ve kişiliği etkileyen bazı unsurlar vardır, bunlar genetik faktörler, aile ve çevresel faktörler, eğitim ve arkadaş çevresinden etkilenir. Kişilik oluşumunun büyük bir kısmı adölesan dönemde oturmuş olsa da insanın yaşamı boyunca devam edebilen bir süreç olmakla birlikte farklı çevreler kişilik oluşumunu etkileyebilir. Münasebet kavramı Türk Dil Kurumu'na göre iki varlık arasındaki karşılıklı ilişki, iletişim, menfaat, bağlantı ve temas olarak tanımlanmaktadır (Veliöğlu ve ark, 1991).

Psikososyal bir süreç olarak tanımlanan kişilerarası ilişkiler kavramı ise en az iki bireyin arasında geçen bilgi, fikir, duygu ve yaşam biçimi olarak tanımlanır. Daha somut hale getirmek gerekirse evli bir çiftin etkileşimi, kişinin çevresiyle (akraba, arkadaş, meslektaş) etkileşimi şeklindedir. Bir başka tanımda ise Chen kişilerarası ilişkiyi tanıdığı insanlarla bir arada olmayı, tanımadığı insanlarla da iyi ilişkiler kurabilmeyi, onlara karşı sevgi gösterip onlardan sevgi görmeyi, arkadaşlarına dokunmayı ve onlar tarafından

dokunulmayı, kişisel paylaşımlarda bulunmak olarak tanımlamıştır (Chen, 1999). İnsanın hayatı süresince hem kendisi hem de çevresiyle sürekli iletişim içerisinde olması zorunluluktur. Bu süre boyunca başkalarıyla kurduğu iletişimler, deneyimleri geleceği için alması gereken önlemler açısından bir rehber niteliğindedir (Minkler, 1999; Hovardaoglu, 1995).

2.6. KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

- **Temas:** Diğer kişiyle algısal veya etkileşimli bir bağlantı kurmak, algısal ve etkileşimli temas olarak ikiye ayrılır. Algısal temas, diğer kişinin nasıl bir biçimde görüldüğü ile ilgilidir. Etkileşimli iletişim, sözlü veya sözlü olmayan mesajların bütünüdür.
- **İlgi:** Karşı taraf hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışmak. Kişi öce karşıdakini test eder daha sonra kendinden bahsetmeye başlar.
- **Yakınlık:** Karşınızdaki kişinin sevdiğiniz arkadaşınız, sevgiliniz veya iş ortağınız olduğu aşamadır.
- **Kırılma:** Memnuniyetsizlik, güven kaybı gibi nedenlerle kişiler arası bağın kopması.
- **Düzeltilme:** Sorun çıktıktan sonra ilişkiyi kurtarmak amacıyla yapılan girişimler.
- **Disosiyasyon:** Karşıdaki kişiyle bağların koptuğu aşamalardır (Devito, 1991).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ADÖLESAN DÖNEM

3.1. ADÖLESAN KAVRAMI

Adölesan, kelimesi Latince *adolescere*'den türemiştir – büyümek anlamına gelir. Bununla birlikte, çocukluk ve yetişkinlik arasında uzanan yaşam evresini tanımlamak için kullanılmıştır fakat kesinlik kazanmamıştır. 20. yüzyılın başında G. Stanley Hall, ergenlik üzerine yaptığı incelemede ergenliği 14 ila 24 yaşları arasındaki gelişim dönemi olarak tanımladı (Youniss ve ark, 2006).

50 yıldan daha uzun bir süre önce, DSÖ ergenliğin 10 ila 20 yaşları kapsadığını öne sürdü. Ergenliğin başlangıç yaşı belli olmasına rağmen bitiş noktasının daha az tanımlanmış olduğuna dikkat çekiyor (Who, 1964; Who, 1977).

BM Çocuk Haklarına Dair Sözleşme çocuğu 0-18 yaş arası bir birey olarak tanımlıyor ve BM ergenliği resmen 10 ila 19 yaş arasındaki dönem olarak tanımlar (Who, 2015).

Farklı ülkelerde, kültürlerde ve bağlamlarda bu tanım, ergenliğin ne zaman başladığı (10 yaşındaki bir kişinin çocuk olduğu fikri) konusunda şaşkınlıkla karşılanmaya devam etmektedir. Ergenlikle örtüşen gençlik terimi, 1985'te BM'nin ilk Uluslararası Gençlik Yılı sırasında popüler hale geldi. Gençlik artık tipik olarak 15 ila 24 yaş arasındaki dönem olarak tanımlansa da ilgili dünya kongresinin Barselona Bildirisi gençliği bu yaş aralığında tanımladı. Ancak. Sosyal bir kategori olarak ve kongre tutanakları, yaş tanımlarının olmaması nedeniyle de dikkate değerdi (Sawyer ve ark, 2018).

Daha yakın zamanda tanımı yapılan genç yetişkinlik ve yetişkinlik terimlerinin, yaklaşık olarak 18 ila 26 yaşları arasında olduğu söylenmiştir (Patton ve ark, 2016; Arnett ve ark, 2000). Diğer bir yaklaşımda ise, 16 yaşındaki bir bireyin aynı zamanda hem çocuk hem ergen hem de gençlik dönemleri arasında olduğu söylenebilir. Ancak bu yaş aralığı daha çok ergenlik dönemi olarak ifade edilebilir (Sawyer ve ark, 2012).

Bu tanımlara bakıldığında bu yaş aralığında olan bireyler birçok şeyi ifade edebilir. Örneğin çocuğun aileye olan bağımlılığını, gençlik dönemdeki bireylerin bağımsızlığını

ve ergenlikte artan sorumluluğu ifade etse de yine de bir yetişkinden daha fazla korunmaya ihtiyaç duyan bir birey olarak tanımlanır.

Bu bakış açısı, ergenliği tanımlayan biyolojik büyüme ve sosyal rol geçişlerinin zaman içinde ne ölçüde değiştiğinin ana hatlarını çizer. Bu yaşam evresini nasıl kavramsallaştırdığımız ve tanımladığımız, korumayı amaçlayan yasaların, politikaların ve programların kapsamını ve odak noktasını etkilediğinden, ergenliğin mevcut tanımının, ergen büyümesinin çağdaş kalıpları ve bu yaşam evresine ilişkin popüler anlayışlarla ne kadar uyumlu olduğunu değerlendirmeyi amaçlamış ve ergenleri güçlendirmiştir.

3.2. BİYOLOJİK OLGUNLAŞMANIN BELİRGİN AŞAMASI

Homo sapiens, bebeklik te uzun bir bağımlılık dönemi, uzun bir çocukluk dönemi büyümesi ve ergenlik öncesi ergenlik aşaması ve ardından gecikmiş bir ergenlik dönemi olmak üzere farklı büyüme aşamalarına sahip, yavaş olgunlaşan bir tür olarak gelişti (Gluckman ve ark, 2006; Bogin, 1999).

Nöroendokrin hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenin aktivasyonu, uzun zamandır hem ergenliğin hem de ergenliğin başlangıcını belirleyen biyolojik olay olarak kabul edildi, ancak büyüme kalıpları zamanla değişti. Ergenlik artık daha erken başlıyor, beslenme büyük ölçüde iyileştirilmiş çocukluk sağlığını yansıttığına inanılan bir değişikliktir (Gluckman ve ark, 2006).

İngiltere gibi erken sanayileşmiş ülkelerde son 150 yılda menarş yaşı 4 yıl azalırken (Patton ve ark, 2007), bu değişiklikler yeni sanayileşmiş ülkelerde daha hızlı gerçekleşmektedir. Çin'de, ortalama menarş yaşı son 25 yılda her on yılda 4.5 ay azaldı (Song ve ark, 1985).

Ergenlik, adrenarştan (6 yaş arasında başlayan adrenal stres hormonlarının aktivasyonu) oluşan bir dizi farklı ama birbiriyle bağlantılı hormonal kaskadlardan oluşur. Büyüme atağı ve gonadarş (hipofiz gonadotropinlerinin gonadal değişiklikleri tetiklediğinde). İyi beslenmiş popülasyonlarda, boy uzama hızının en yüksek zamanlaması kızlarda 11, erkeklerde 13 yaş civarındadır (Rosenfield ve ark, 2009).

Kızların %50'sinde 10 yaşında telarş (göğüs tomurcuklanması) ve menarş (ergenliğin geç bir aşaması) görülür. Kızlarda olgunlaşma 12-13 yaşlarında gerçekleşir

(Rosenfield ve ark, 2009). 10 yaşındaki bireylerin hala çocuk olduğunu düşünenler için elbette doğrudur, ancak biyolojik olgunlaşmanın zamanlaması açıkça ergenliğe girdiğini gösterir.

3.3. SOSYAL ROL GEÇİŞLERİ

Tarihsel olarak, ergenliğin sonu, büyük ölçüde sosyal rol geçişleri, özellikle evlilik etrafındakiler tarafından tanımlandı. ABD'de medyan evlilik yaşı, 1960'larda beyaz erkekler için 22 ve beyaz kadınlar için 19 olan en düşük seviyeye ulaşmıştır (Fitch ve ark, 1990).

O zamandan beri, en yoksul ülkeler dışında tüm ülkelerde evlilik yaşı önemli ölçüde yükseldi. Örneğin Çin'de, kadınlar için ortalama ilk evlenme yaşı 1970'de 20.2 iken 2010'da 23.9'a, aynı dönemde 5 yıl artan ortalama ilk doğum yaşı da 21'den yükselmiştir. 17 yıldan 26.2 yıla (Raymo ve ark, 2015).

Erken evlilik kalıpları da değişmiştir. Örneğin Endonezya'da 2002'de 15 yaşına kadar evlenen kadınların oranı 50-54 yaşındaki kadınlarda %23'ten 20-24 yaşındaki kadınlarda %4'e çıkmıştır (Sawyer ve ark, 2018).

Birçok Avrupa ülkesinde, ilk evlilik yaşı artık 30'u aşıyor, evlilik yerine birlikte yaşama (eşcinsel ilişkiler dahil) giderek normatif hale geliyor ve eğitimden istihdama, evliliğe ve ebeveynliğe geçişlerin önceki ilerlemesi kesintiye uğramıştır (Kierman, 2001).

Yukarıya doğru genişleme Daha önce yetişkinliğe işaret eden birçok sosyal kilometre taşına artık ulaşıldığı çağda partner olma, ebeveynlik ve ekonomik bağımsızlık gibi istihdam öncesi değişen eğitim ve öğretim beklentilerini, kadınların işgücüne artan katılımını, daha fazla kullanılabilirliği ve değişen doğum kontrolüyle ilgili sosyal normlar ve ekonomik bağımsızlığa geçişteki zorluklar. Tüm ülkelerde değişen derecelerde görülen, sosyal bir yapı olarak ergenliği karakterize eden yarı bağımlılık aşaması genişlemiştir.

3.4. BÜYÜK BEKLENTİLER

Rol geçişlerinin zamanlamasının yetişkinliğe doğru uzamasını, ergenlerin olgunlaşmakta olduğu sosyal ortamlardaki değişimler izlemiştir. Ergen bireylerin içinde yaşadığı sosyal dünya, geçmişte yaşayan bireylere oranla daha fazla şehirleşmiş ve daha çok hareketli yaşam alanına sahip olmuşlardır. Akranlarla sosyal olarak bağlantı

kurmanın faydalarına rağmen, akran etkileri sosyal medya tarafından giderek daha fazla güçlendirilmekte ve endüstri tarafından sağlığı ve esenliği baltalayacak şekilde sömürülmektedir. Bu güçlü etkiler, sağlık ve yaşam tarzlarını 20'li yıllara kadar şekillendirerek, düzenleyici stratejilerin yaş odağı hakkında farklı düşünme ihtiyacını yansıtıyor. Ergenliğin daha sonraki sağlık ve esenlik için varlıkları elde etmek gelişimsel bir aşama olarak görülmesi, topluluklarda değişim ajanları ve karar vericiler olarak katkıları yoluyla çevrelerini aktif olarak şekillendiren ergenlerin çabalarıyla yankılanır. Yaşamlarının üçüncü on yılına kadar ergenlerle ilişki ve ortaklıkları teşvik etmek için tasarlanan politikalar, ergenlerin ileriki yaşamlarını ve çocuklarının yaşamlarını zenginleştirecek sosyal, duygusal, kültürel ve ekonomik varlıkları kazanmaları için gereklidir. Bununla birlikte, ergenliğe ilişkin farklı görüşler, 15 yaş bir ülkede evlenebilecek kadar büyükken başka bir ülkede okulu bırakamayacak kadar genç olabileceği anlamına gelir (Patton ve ark, 2016; Nussbaum ve ark, 1993).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırmanın modeli olarak seçilen model genel tarama modeli olarak belirlenmiştir. Genel tarama modeli çok sayıda kişilerden meydana gelen bir evrende, evren hakkında genel bir düşünceye ulaşmak için evrenin tümü veya evrenden alınacak bir grup örnek veya örnekleme üzerinde yapılan düzenleme çalışmalarıdır (Bahtiyar ve Can, 2017).

Araştırmanın genel amacı ve modeldeki ilişkiler doğrultusunda on hipotez geliştirilmiştir.

- H₁1: Adolesan sporcuların yaş değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁2: Adolesan sporcuların cinsiyet değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁3: Adolesan sporcuların sınıf değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁4: Adolesan sporcuların kulüp lisansı değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁5: Adolesan sporcuların spor türü değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁6: Adolesan sporcuların spor geçmişi değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁7: Adolesan sporcuların spor yapma sıklığı değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁8: Adolesan sporcuların aile gelir durumu değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁9: Adolesan sporcuların anne eğitim durumu değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.
- H₁10: Adolesan sporcuların baba eğitim durumu değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark vardır.

4.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Van ilinde yer alan Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı farklı liselerde öğrenim gören kulüplerde veya okul takımlarında düzenli olarak kendi branşlarında egzersiz yapan 7175 adölesan sporcu oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizine göre 0,05 etki büyüklüğünde ve %5 yanılğı düzeyi ile belirlenen %95 güven aralığında evreni temsil gücüne sahip 400 (yaş: 15,92±1,17 yıl, 221 erkek ve 179 kadın) adölesan sporcu oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, amaçlı (kasti) örnekleme yöntemi kullanılarak Van ili İpekyolu, Tuşba ve Edremit ilçelerinde öğrenim gören sporculardan seçilmiştir.

4.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler toplanmadan önce ilgili kurumlardan gerekli yasal izinler alınmıştır. Alınan izinlerin ardından örnekleme alınması planlanan hedef grupların aileleri ve kendileri ile ön görüşme yapılmış ve çalışmanın amacı anlatılmıştır. Yapılan bilgilendirmenin ardından araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden adölesan sporcu öğrencilerden velilerine gönüllü katılım onam formu imzalatılmış ve ölçme araçlarının uygulaması yapılmıştır. Uygulama yaklaşık 20 dk. sürmüştür. Veriler 20.11.2022 – 20.12.2022 tarihleri arasında Van İlinin merkeze bağlı (İpekyolu, Tuşba, Edremit) ilçelerinde yaşayan 9. sınıf ile 12. sınıf arasında öğrenim gören adölesan sporcu 2022-2023 eğitim öğretim yılının birinci döneminde toplanmıştır.

4.4. VERİLERİN TOPLANMA ARAÇLARI

4.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek ve bağımsız değişkenleri oluşturmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 10 sorudan oluşan bir formdur.

4.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Araştırma kapsamında kullanılan ölçme aracı Walker tarafından (1996) gözden geçirilerek yenilenmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak isimlendirilmiştir (Bahar vd., 2008). Yenilenen ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam 9 (3,9,15,21,27,33,39,45,51) maddeden,
Fiziksel aktivite alt boyutu toplam 8 (4,10,16,22,28,34,40,46) maddeden,
Beslenme alt boyutu toplam 9 (2,8,14,20,26,32,38,44,50) maddeden,
Manevi gelişim alt boyutu toplam 9 (6, 12,18, 24,30,36,42,48,52) maddeden,
Kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam 9 (1,7,13,19,25,31,37,43,49) maddeden
Stres yönetimi alt boyutu toplam 8 (5,11,17, 23,29,35, 41,47) maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerinden yapılır. Hiçbir zaman yanıtı için 1, -Bazen yanıtı için 2, -Sık sık yanıtı için 3, -Düzenli olarak yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, 92 olarak hesaplanmıştır (Bahar ve ark, 2008). Ölçeğin bu araştırmada Cronbach Alpha kat sayısı ,88 olarak tespit edilmiştir.

4.5. VERİLERİN ANALİZİ

Katılımcılardan toplanan veriler sayısal kodlamalar SPSS paket programına aktarılmıştır. İstatistiksel analizlerden önce verilere ilişkin normallik testi yapılmıştır. Normallik testinde verilerin çarpıklık (Skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Yapılan istatistiksel işlemin ardından verilerin $-1,5 > \dots < +1,5$ aralığında olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen bu değerlerin normal dağılıma uygun olduğu ifade edilebilir (George ve Mallery, 2019). Normal dağılım gösteren veriler parametrik testler kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde betimsel istatistiksel, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA), farklılıkların kaynağını belirlemek için Post-Hoc (Tukey) testi kullanılmıştır. Güven aralığı %95 olarak seçilmiş olup, $p < 0,05$ 'in altında kalan değerler istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

5.1. BULGULAR

Adölesan sporcuların bazı değişkenlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmada aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Tablo 5.1.'de çalışmaya katılan sporcuların demografik değişkenlere verdiği cevaplar frekans (f) ve yüzde (%) olarak verilmiştir.

Tablo 5.1. Adölesan Sporcuların Demografik Değişkenleri ve Yanıtları

Demografik Değişkenler	F	%	
Yaş	14 Yaş	41	10,25%
	15 Yaş	122	30,50%
	16 Yaş	111	27,75%
	17 Yaş	80	20,00%
	18 Yaş	46	11,50%
Cinsiyet	Erkek	221	55,25%
	Kadın	179	44,75%
Sınıf	9.Sınıf	120	30,00%
	10.Sınıf	67	16,75%
	11.Sınıf	126	31,50%
	12.Sınıf	87	21,75%
Kulüp Lisansı	Evet	249	62,25%
	Hayır	151	37,75%
Spor Türü	Bireysel Sporlar	149	37,25%
	Takım Sporları	251	62,75%
Spor Geçmişi	1 Yıl	37	9,25%
	2 Yıl	48	12,00%
	3 Yıl	72	18,00%
	4 Yıl ve üstü	243	60,75%
Spor Yapma Sıklığı	Haftada 1 gün	50	12,50%
	Haftada 2-3 gün	197	49,25%
	Haftada 4 gün ve üstü	153	38,25%
Aile Gelir Durumu	0-3.000 TL	106	26,50%
	3001-5500 TL	150	37,50%
	5501-8000 TL	90	22,50%
	8001 TL ve üstü	54	13,50%
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	145	36,25%
	İlkokul	154	38,50%
	Ortaokul	68	17,00%
	Lise	27	6,75%
Baba Eğitim Durumu	Üniversite	6	1,50%
	Okuryazar Değil	45	11,25%
	İlkokul	111	27,75%
	Ortaokul	144	36,00%
	Lise	86	21,50%
Üniversite	14	3,50%	
Toplam	400	100,00%	

Tablo 5.1.'e göre adölesan sporcuların %30,50'sinin 15 yaşında, %10,25'inin 14 yaşında; %55,25'inin erkek, %44,75'inin kadın; %31,50'sinin 11. sınıfta, %16,75'inin 10. sınıfta; %62,25'inin kulüp lisanslı, %37,75'inin kulüp lisanssız; %62,75'inin takım sporcusu, %37,25'inin bireysel sporcu; %60,75'inin 4 yıl ve üstü sporcu geçmişi, %9,25'inin 1 yıl sporcu geçmişi; %49,25'inin haftada 2-3 gün spor yapma sıklığı ve %12,50'sinin haftada 1 gün spor yapma sıklığı; %37,50'sinin 3001-5500 TL aile gelir durumu, %13,50'sinin 8001 TL ve üstü aile gelir durumu; %38,50'sinin anne eğitim durumunun ilkökul, %36,25'inin anne eğitim durumunun okuryazar değil, %1,50'sinin anne eğitim durumunun üniversite mezunu; %36,00'sinin baba eğitim durumunun ortaokul, %3,50'sinin baba eğitim durumunun ise üniversite olduğu görülmektedir.

Tablo 5.2. SYBDÖ Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Alt Boyutlar	N	Ort.	S.S.	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Sağlık Sorumluluğu	400	18,69	4,81	9,00	34,00	,291	-,044
Fiziksel Aktivite	400	19,48	4,67	8,00	31,00	-,126	-,279
Beslenme	400	20,91	4,04	9,00	31,00	-,043	-,303
Manevi Gelişim	400	25,60	4,53	13,00	36,00	-,139	-,217
Kişilerarası İlişkiler	400	23,21	4,49	12,00	36,00	,146	-,157
Stres Yönetimi	400	20,00	3,77	9,00	31,00	-,115	-,165
SYBDÖ Ölçek Toplam	400	127,89	18,42	77,00	175,00	,099	,050

Tablo 5.2.'ye göre adölesan sporcuların SYBDÖ ölçek toplam ve alt boyutlarında çarpıklık ve basıklık değerlerine göre verilen normal dağılım verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($-1,5 > \dots < +1,5$). Normal dağılım gösteren verilerin istatistiksel karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır.

Tablo 5.3. Adölesan Sporcuların Yaş Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	14 Yaş ¹	41	18,71	4,80	,366	,833	p>0,05
	15 Yaş ²	122	19,02	5,12			
	16 Yaş ³	111	18,59	4,57			
	17 Yaş ⁴	80	18,70	4,57			
	18 Yaş ⁵	46	18,04	5,09			
Fiziksel Aktivite	14 Yaş ¹	41	20,51	4,17	3,896	,004*	2>4,5
	15 Yaş ²	122	20,25	4,52			
	16 Yaş ³	111	19,68	4,55			
	17 Yaş ⁴	80	18,34	5,05			
	18 Yaş ⁵	46	17,98	4,44			
Beslenme	14 Yaş ¹	41	20,93	4,38	2,475	,044*	2>4
	15 Yaş ²	122	21,66	4,10			
	16 Yaş ³	111	20,92	3,80			
	17 Yaş ⁴	80	19,86	3,97			
	18 Yaş ⁵	46	20,72	3,98			
Manevi Gelişim	14 Yaş ¹	41	26,27	4,52	1,347	,252	p>0,05
	15 Yaş ²	122	25,98	4,58			
	16 Yaş ³	111	25,77	4,37			
	17 Yaş ⁴	80	24,85	4,65			
	18 Yaş ⁵	46	24,85	4,53			
Kişilerarası İlişkiler	14 Yaş ¹	41	23,80	4,68	,567	,687	p>0,05
	15 Yaş ²	122	23,20	4,68			
	16 Yaş ³	111	23,06	4,23			
	17 Yaş ⁴	80	22,78	4,36			
	18 Yaş ⁵	46	23,76	4,75			
Stres Yönetimi	14 Yaş ¹	41	21,49	3,41	3,537	,008*	1>4,5
	15 Yaş ²	122	20,30	3,50			
	16 Yaş ³	111	20,10	3,96			
	17 Yaş ⁴	80	19,20	3,67			
	18 Yaş ⁵	46	19,04	4,09			
SYBDÖ Ölçek Toplam	14 Yaş ¹	41	131,71	18,00	2,501	,042*	1>4 2>4
	15 Yaş ²	122	130,43	19,17			
	16 Yaş ³	111	128,12	17,73			
	17 Yaş ⁴	80	123,73	17,90			
	18 Yaş ⁵	46	124,39	18,08			

*p<0,05

Tablo 5.3.'e göre adölesan sporcuların yaş değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenirken (p<0,05) sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Fiziksel aktivite alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17 ve 18 yaşındaki sporculara göre, beslenme alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17yaşındaki sporculara göre, stres yönetimi alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17 ve 18 yaşındaki sporculara

göre ve SYBDÖ ölçek toplamında 14 ve 15 yaşındaki sporcuların 17 yaşındaki sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5.4. Adölesan Sporcuların Cinsiyet Değişkeni T-Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Erkek	221	19,16	4,75	2,161	,031*
	Kadın	179	18,12	4,84		
Fiziksel Aktivite	Erkek	221	20,16	4,52	3,283	,001*
	Kadın	179	18,64	4,72		
Beslenme	Erkek	221	21,17	4,00	1,406	,161
	Kadın	179	20,60	4,06		
Manevi Gelişim	Erkek	221	25,48	4,30	-,543	,587
	Kadın	179	25,73	4,81		
Kişilerarası İlişkiler	Erkek	221	23,41	4,65	1,023	,307
	Kadın	179	22,95	4,29		
Stres Yönetimi	Erkek	221	20,46	3,59	2,726	,007*
	Kadın	179	19,44	3,93		
SYBDÖ Ölçek Toplam	Erkek	221	129,84	18,62	2,374	,018*
	Kadın	179	125,47	17,93		

*p<0,05

Tablo 5.4.'e göre cinsiyet değişkeninde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplamında erkek ve kadın sporcular arasında anlamlı bir fark bulunurken (p<0,05) beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Adölesan erkek sporcuların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarının kadın sporculardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.5. Adölesan Sporcuların Okul Şubesi Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Şube	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	9.Sınıf ¹	120	18,58	4,88	1,026	,381	p>0,05
	10.Sınıf ²	67	19,46	5,14			
	11.Sınıf ³	126	18,79	4,46			
	12.Sınıf ⁴	87	18,11	4,95			
Fiziksel Aktivite	9.Sınıf ¹	120	19,96	4,42	11,535	,000*	1>4 2>1,3,4
	10.Sınıf ²	67	21,73	3,99			
	11.Sınıf ³	126	19,13	4,71			
	12.Sınıf ⁴	87	17,57	4,63			
Beslenme	9.Sınıf ¹	120	21,32	4,01	4,870	,002*	2>3,4
	10.Sınıf ²	67	22,25	4,30			
	11.Sınıf ³	126	20,33	3,89			
	12.Sınıf ⁴	87	20,17	3,80			
Manevi Gelişim	9.Sınıf ¹	120	25,93	4,66	2,015	,111	p>0,05
	10.Sınıf ²	67	26,51	4,34			
	11.Sınıf ³	126	25,25	4,18			
	12.Sınıf ⁴	87	24,93	4,90			
Kişilerarası İlişkiler	9.Sınıf ¹	120	23,38	4,57	,448	,719	p>0,05
	10.Sınıf ²	67	23,46	4,69			
	11.Sınıf ³	126	22,83	4,25			
	12.Sınıf ⁴	87	23,32	4,63			
Stres Yönetimi	9.Sınıf ¹	120	20,67	3,57	5,393	,001*	1>3,4 2>3,4
	10.Sınıf ²	67	21,00	3,69			
	11.Sınıf ³	126	19,40	3,71			
	12.Sınıf ⁴	87	19,18	3,93			
SYBDÖ Ölçek Toplam	9.Sınıf ¹	120	129,83	18,97	5,838	,001*	1>4 2>3,4
	10.Sınıf ²	67	134,42	17,98			
	11.Sınıf ³	126	125,72	17,47			
	12.Sınıf ⁴	87	123,30	17,84			

*p<0,05

Tablo 5.5.'teki bulgulara göre okul şubesi değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplamında sınıflar arasında anlamlı farklılık tespit edilirken (p<0,05) sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Fiziksel aktivite alt boyutunda 9. sınıftaki sporcuların 12.sınıftakilerden, 10. sınıftaki sporcuların 9.sınıf, 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan, beslenme alt boyutunda 10. sınıftaki sporcuların 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan, stres yönetimi alt boyutunda 9. sınıf ve 10.sınıftaki sporcuların 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan ve SYBDÖ ölçek

toplamında 9.sınıftaki sporcuların 12.sınıftan, 10.sınıftaki sporcuların ise 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5.6. Adölesan Sporcuların Kulüp Lisansı Değişkeni T-Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Kulüp Lisansı	N	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Var	249	18,77	4,97	,398	,691
	Yok	151	18,57	4,55		
Fiziksel Aktivite	Var	249	19,71	4,68	1,263	,207
	Yok	151	19,10	4,63		
Beslenme	Var	249	20,68	4,10	-1,464	,144
	Yok	151	21,29	3,92		
Manevi Gelişim	Var	249	25,85	4,51	1,432	,153
	Yok	151	25,18	4,56		
Kişilerarası İlişkiler	Var	249	23,11	4,44	-,551	,582
	Yok	151	23,36	4,59		
Stres Yönetimi	Var	249	20,09	3,81	,611	,541
	Yok	151	19,85	3,72		
SYBDÖ Ölçek Toplam	Var	249	128,20	18,86	,445	,656
	Yok	151	127,36	17,71		

Tablo 5.6.'da göre kulüp lisansı değişkeninde lisanslı ve lisansız sporcular arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.7. Adölesan Sporcuların Spor Türü Değişkeni T-Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Spor Türü	N	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Bireysel Sporlar	149	18,77	4,62	,232	,817
	Takım Sporları	251	18,65	4,93		
Fiziksel Aktivite	Bireysel Sporlar	149	19,08	4,77	-1,312	,190
	Takım Sporları	251	19,71	4,60		
Beslenme	Bireysel Sporlar	149	20,70	4,14	-,819	,413
	Takım Sporları	251	21,04	3,97		
Manevi Gelişim	Bireysel Sporlar	149	25,66	4,89	,236	,814
	Takım Sporları	251	25,55	4,32		
Kişilerarası İlişkiler	Bireysel Sporlar	149	23,48	4,31	,931	,352
	Takım Sporları	251	23,04	4,60		
Stres Yönetimi	Bireysel Sporlar	149	20,05	4,12	,209	,835
	Takım Sporları	251	19,97	3,56		
SYBDÖ Ölçek Toplam	Bireysel Sporlar	149	127,74	18,91	-,123	,902
	Takım Sporları	251	127,97	18,16		

Tablo 5.7.'deki bulgulara göre spor türü değişkeninde bireysel sporlar ve takım sporlarındaki adölesan sporcular arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 5.8. Adölesan Sporcuların Spor Geçmişi Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Spor Geçmişi	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	1 Yıl ¹	37	18,4324	5,13453	,402	,752	p>0,05
	2 Yıl ²	48	19,1458	4,78913			
	3 Yıl ³	72	18,2500	4,84623			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	18,7737	4,77535			
Fiziksel Aktivite	1 Yıl ¹	37	17,4595	4,07972	4,043	,008*	2>1
	2 Yıl ²	48	20,9583	4,70834			
	3 Yıl ³	72	19,6389	5,14112			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	19,4444	4,50344			
Beslenme	1 Yıl ¹	37	20,0811	3,93262	2,159	,092	p>0,05
	2 Yıl ²	48	21,6458	4,30482			
	3 Yıl ³	72	21,6528	4,02513			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	20,6749	3,97061			
Manevi Gelişim	1 Yıl ¹	37	25,1351	5,75983	,609	,610	p>0,05
	2 Yıl ²	48	26,2083	3,59052			
	3 Yıl ³	72	25,2083	4,40850			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	25,6584	4,53574			
Kişilerarası İlişkiler	1 Yıl ¹	37	23,5946	4,19298	,340	,796	p>0,05
	2 Yıl ²	48	23,3958	5,03494			
	3 Yıl ³	72	22,7778	4,29616			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	23,2346	4,50052			
Stres Yönetimi	1 Yıl ¹	37	19,5676	4,33039	1,439	,231	p>0,05
	2 Yıl ²	48	21,0208	3,29726			
	3 Yıl ³	72	19,7917	4,09375			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	19,9300	3,66004			
SYBDÖ Ölçek Toplam	1 Yıl ¹	37	124,2703	19,77323	1,460	,225	p>0,05
	2 Yıl ²	48	132,3750	17,78432			
	3 Yıl ³	72	127,3194	20,00410			
	4 Yıl ve üstü ⁴	243	127,7160	17,78515			

Tablo 5.8.'e göre adölesan sporcuların spor geçmişi değişkeninde fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken ($p<0,05$) sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutunda spor geçmişi en az 2 yıl olan sporcuların spor geçmişi 1 yıl olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.9. Adölesan Sporcuların Spor Yapma Sıklığı Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Spor Yapma Sıklığı	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Haftada 1 gün ¹	50	18,66	4,96	2,443	,088	p>0,05
	Haftada 2-3 gün ²	197	18,20	4,83			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	19,34	4,70			
Fiziksel Aktivite	Haftada 1 gün ¹	50	16,66	4,47	25,752	,000*	2>1 3>1,2
	Haftada 2-3 gün ²	197	18,78	4,40			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	21,29	4,37			
Beslenme	Haftada 1 gün ¹	50	19,34	4,02	7,743	,001*	3>1,2
	Haftada 2-3 gün ²	197	20,66	3,98			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	21,75	3,94			
Manevi Gelişim	Haftada 1 gün ¹	50	26,16	5,20	0,703	,496	p>0,05
	Haftada 2-3 gün ²	197	25,36	4,50			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	25,71	4,34			
Kişilerarası İlişkiler	Haftada 1 gün ¹	50	23,64	4,70	1,688	,186	p>0,05
	Haftada 2-3 gün ²	197	22,79	4,28			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	23,60	4,68			
Stres Yönetimi	Haftada 1 gün ¹	50	18,80	4,14	5,020	,007*	3>1
	Haftada 2-3 gün ²	197	19,82	3,56			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	20,63	3,82			
SYBDÖ Ölçek Toplam	Haftada 1 gün ¹	50	123,26	19,33	7,805	,000*	3>1,2
	Haftada 2-3 gün ²	197	125,60	17,85			
	Haftada 4 gün ve üstü ³	153	132,33	18,05			

Tablo 5.9.'daki bulgulara göre spor yapma sıklığı değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplamında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilirken ($p<0,05$) sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutunda haftada 2-3 gün spor yapan sporcuların haftada 1 gün yapanlardan, haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara, beslenme alt boyutunda, haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara, stres yönetimi alt boyutunda haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün yapanlara ve SYBDÖ ölçek toplamında haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5.10. Adölesan Sporcuların Aile Gelir Düzeyi Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Aile Gelir Düzeyi	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	0-3.000 TL ¹	106	17,92	5,15	1,383	,247	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	19,05	4,66			
	5501-8000 TL ³	90	19,07	4,81			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	18,61	4,47			
Fiziksel Aktivite	0-3.000 TL ¹	106	18,77	4,82	2,335	,073	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	19,83	4,66			
	5501-8000 TL ³	90	19,07	4,63			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	20,57	4,21			
Beslenme	0-3.000 TL ¹	106	20,80	4,04	0,049	,986	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	20,95	3,83			
	5501-8000 TL ³	90	20,90	4,51			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	21,04	3,88			
Manevi Gelişim	0-3.000 TL ¹	106	24,72	4,49	2,472	,061	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	25,86	4,33			
	5501-8000 TL ³	90	26,37	4,43			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	25,30	5,12			
Kişilerarası İlişkiler	0-3.000 TL ¹	106	22,15	4,16	5,756	,001*	2>1,4
	3001-5500 TL ²	150	24,23	4,39			
	5501-8000 TL ³	90	23,36	4,63			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	22,17	4,60			
Stres Yönetimi	0-3.000 TL ¹	106	19,75	3,89	0,906	,438	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	20,29	3,65			
	5501-8000 TL ³	90	19,62	3,76			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	20,35	3,90			
SYBDÖ Ölçek Toplam	0-3.000 TL ¹	106	124,10	18,30	2,329	,074	p>0,05
	3001-5500 TL ²	150	130,21	17,34			
	5501-8000 TL ³	90	128,38	20,04			
	8001 TL ve üstü ⁴	54	128,04	18,11			

*p<0,05

Tablo 5.10.'a göre adölesan sporcuların aile gelir düzeyi değişkeninde kişilerarası ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken (p<0,05) sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda aile gelir düzeyi 3001-5500 TL olan sporcuların 0-3000 TL olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.11. Adölesan Sporcuların Anne Eğitim Durumu Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Anne Eğitim Durumu	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar Değil ¹	145	18,03	4,81	1,793	,148	p>0,05
	İlkokul ²	154	19,01	4,65			
	Ortaokul ³	68	18,54	5,13			
	Lise ⁴	27	19,96	4,41			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar Değil ¹	145	18,91	4,66	1,830	,141	p>0,05
	İlkokul ²	154	19,48	4,49			
	Ortaokul ³	68	19,93	4,80			
	Lise ⁴	27	20,96	5,35			
Beslenme	Okuryazar Değil ¹	145	20,67	4,03	1,157	,326	p>0,05
	İlkokul ²	154	20,70	3,68			
	Ortaokul ³	68	21,69	4,52			
	Lise ⁴	27	20,96	4,59			
Manevi Gelişim	Okuryazar Değil ¹	145	25,41	4,54	0,173	,915	p>0,05
	İlkokul ²	154	25,47	4,38			
	Ortaokul ³	68	25,85	4,95			
	Lise ⁴	27	25,70	4,04			
Kişilerarası İlişkiler	Okuryazar Değil ¹	145	23,12	4,22	0,051	,985	p>0,05
	İlkokul ²	154	23,27	4,56			
	Ortaokul ³	68	23,22	4,90			
	Lise ⁴	27	22,96	4,69			
Stres Yönetimi	Okuryazar Değil ¹	145	19,49	3,58	2,632	,049*	4>1, 3>1
	İlkokul ²	154	19,91	3,81			
	Ortaokul ³	68	20,68	3,81			
	Lise ⁴	27	21,22	3,91			
SYBDÖ Ölçek Toplam	Okuryazar Değil ¹	145	125,63	17,68	1,409	,240	p>0,05
	İlkokul ²	154	127,84	17,29			
	Ortaokul ³	68	129,91	21,23			
	Lise ⁴	27	131,78	18,51			

*p<0,05

Tablo 5.11.'de anne eğitim durumu üniversite olan yalnızca 6 sporcu olduğu için istatistiksel karşılaştırmalara dahil edilmemiştir. Adölesan sporcuların anne eğitim durumu değişkeninde stres yönetimi alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken (p<0,05) sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Stres yönetimi alt boyutunda anne eğitim durumu lise ve ortaokul olan sporcuların anne eğitim durumu okuryazar değil olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5.12. Adölesan Sporcuların Baba Eğitim Durumu Değişkeni Anova Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Baba Eğitim Durumu	N	Ort.	S.S.	f	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Okuryazar Değil ¹	45	18,00	4,55	0,818	,484	5>1,2
	İlkokul ²	111	18,14	4,87			
	Ortaokul ³	144	18,85	5,00			
	Lise ⁴	86	18,92	4,42			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar Değil ¹	45	19,62	3,59	4,085	,007*	4>2
	İlkokul ²	111	18,43	4,89			
	Ortaokul ³	144	19,28	4,93			
	Lise ⁴	86	20,74	4,25			
Beslenme	Okuryazar Değil ¹	45	20,80	3,41	0,259	,855	p>0,05
	İlkokul ²	111	20,71	4,13			
	Ortaokul ³	144	20,83	4,10			
	Lise ⁴	86	21,20	3,91			
Manevi Gelişim	Okuryazar Değil ¹	45	25,31	5,51	0,279	,840	p>0,05
	İlkokul ²	111	25,24	4,24			
	Ortaokul ³	144	25,68	4,41			
	Lise ⁴	86	25,71	4,57			
Kişilerarası İlişkiler	Okuryazar Değil ¹	45	22,38	4,74	0,942	,420	p>0,05
	İlkokul ²	111	23,23	4,28			
	Ortaokul ³	144	23,53	4,12			
	Lise ⁴	86	22,84	5,22			
Stres Yönetimi	Okuryazar Değil ¹	45	19,69	3,37	2,193	,088	p>0,05
	İlkokul ²	111	19,37	3,62			
	Ortaokul ³	144	20,08	4,10			
	Lise ⁴	86	20,71	3,47			
SYBDÖ Ölçek Toplam	Okuryazar Değil ¹	45	125,80	18,55	1,431	,233	p>0,05
	İlkokul ²	111	125,14	17,94			
	Ortaokul ³	144	128,26	18,92			
	Lise ⁴	86	130,12	17,12			

Tablo 5.12.'de baba eğitim durumu üniversite olan yalnızca 14 sporcu olduğu için istatistiksel karşılaştırmalara dahil edilmemiştir. Adölesan sporcuların baba eğitim durumu değişkeninde fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilirken (p<0,05) sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres

yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutunda baba eğitim durumu lise olan sporcuların baba eğitim durumu ilköğretim olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.2. TARTIŞMA

Çalışmanın amacı, adölesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesidir. Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmamıza göre adölesan sporcuların yaş değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenirken sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17 ve 18 yaşındaki sporculara göre, beslenme alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17 yaşındaki sporculara göre, stres yönetimi alt boyutunda 15 yaşındaki sporcuların 17 ve 18 yaşındaki sporculara göre ve SYBDÖ ölçek toplamında 14 ve 15 yaşındaki sporcuların 17 yaşındaki sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gömleksiz ve ark (2020) yaptıkları çalışmada 21 yaş ve altı olanların SYBDÖ ölçeği toplam puanı ile stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma puan ortalamalarıyla bizim çalışmamıza paralellik göstermiştir. Bu çalışmanın yanı sıra Nacar ve ark (2014) çalışmalarına göre düşük yaş grubunda olan bireylerin ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamıza karşıt olarak Ünal ve ark (2007) sağlık ve sosyal meslek yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutunun puan ortalamasının yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza göre cinsiyet değişkeninde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplamında erkek ve kadın sporcular arasında anlamlı bir fark bulunurken beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Adölesan erkek sporcuların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplam

puanlarının kadın sporculardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. SYBDÖ alt boyutlarına bakıldığında herhangi bir anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Açıksöz ve ark, (2013)'te yaptığı çalışmaya göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğunu ve bu farkın erkek öğrencilerin lehine olduğunu söylemiştir. Kılıcı (2019) çalışmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları ile SYBD ölçek toplamında adölesan erkek bireylerin davranış puanlarının kadın bireylerden yüksek olduğunu tespit etmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile çalışmamızın benzerlik gösterdiği görülmektedir. Yıldız (2010) adölesan bireyler üzerine yaptığı çalışmada kendini gerçekleştirme, beslenme ve egzersiz alt boyutları ile SYBD ölçek toplamında erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre davranış puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Kafkas ve Acet, (2012) yaptığı çalışmasında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını ifade etmişlerdir. Türkol (2010) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Farklı bir çalışmada ise cinsiyetler arasında bir farkın olmadığını belirtmiştir (Nacar ve ark. 2014,). Koçoğlu (2006) yaptığı araştırmada fiziksel aktivite alt boyutunda erkeklerin kadın sporculara göre puan ortalaması daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Başka bir çalışmada ise bu çalışmaya paralel olarak erkeklerin puan ortalamasının kadın sporculara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Tiryaki, 2013). Gürsel ve ark, (2016) Yapmış oldukları çalışmada kadın öğretim elemanlarının beslenme, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutlarında erkeklerden puan ortalamasının daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Başka çalışmada ise idari personellerde sadece sağlık sorumluluğu alt boyutları arasında kadınların davranış puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Aykut, 2013). Koçoğlu ve Akın (2009) tarafından yapılan araştırma erkeklerin daha anlamlı sonuçlandığı gözlemlenmiştir. Kasapoğlu (2015) tarafında yapılan araştırmada fiziksel etkinlikler puanlarında pozitif anlamda bir farklılaşmanın olduğu saptanmıştır. Al-Kandari ve Vidal (2007) tarafında yapılan çalışmada Kuveyt'te hemşirelik okuyan bireylerin SYBDÖ puanları ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılaşmanın tespit edildiği gözlemlenmiştir. Çalışmamıza paralellik gösteren bu çalışmaların erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olması, erkeklerin kadınlardan daha fazla spor aktivitelerine katılım sağladığı söylenilebilir.

Çalışmamıza göre okul şubesi değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplamında sınıflar arasında anlamlı farklılık tespit edilirken sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır Fiziksel aktivite alt boyutunda 9.sınıftaki sporcuların 12.sınıftakilerden, 10. sınıftaki sporcuların 9.sınıf, 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan, beslenme alt boyutunda 10. sınıftaki sporcuların 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan, stres yönetimi alt boyutunda 9. sınıf ve 10.sınıftaki sporcuların 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan ve SYBDÖ ölçek toplamında 9.sınıftaki sporcuların 12.sınıftan, 10.sınıftaki sporcuların ise 11.sınıf ve 12.sınıftaki sporculardan davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Göksel ve Caz (2016) çalışmasına göre sınıf düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaptığı ortaöğretim karşılaşmalarında 9. sınıf düzeyinde olan öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede diğer üst kademelere göre algılarının yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

Yıldız (2010) egzersiz alt boyutunda 9. sınıftaki öğrencilerinin 11. sınıftaki öğrencilerine göre davranış puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırma ile çalışmamızın sonuçları örtüşmektedir. 11. ve 12. sınıftaki adölesan öğrencilerin davranış puanlarının 9. ve 10. sınıftaki adölesan öğrencilerden düşük olması üniversite sınav stresi ve kariyer planlaması gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Adölesan bireylere uygulanan farklı bir çalışmada SYBD ölçek toplam puanında şubeler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yulu, 2020). Metin Karaaslan ve Çelebioğlu (2018) çalışmalarında sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları ile SYBD ölçek toplamında 12. sınıf öğrencilerinin davranış puanlarının diğer şubelerdeki öğrencilerden, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise 11. sınıftaki öğrencilerin davranış puanlarının 9., 10. ve 12. sınıftaki öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza paralellik gösteren bu çalışmalarda belirtildiği gibi 9 ve 10. Sınıf düzeyinde olan adölesan sporcuların 11 ve 12. Sınıf düzeyinde olan adölesan sporculardan puan ortalamasının yüksek bulunmasında 11 ve 12. Sınıf düzeyindeki adölesan sporcuların sınav stresi, ergenlik çağının getirdiği bazı problemler ve aile sorunlarının artması gibi nedenlere bağlanabilir.

Çalışmamıza göre spor yapma sıklığı değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplamında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilirken sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza göre fiziksel aktivite alt boyutunda haftada 2-3 gün spor yapan sporcuların haftada 1 gün yapanlardan, haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara, beslenme alt boyutunda, haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara, stres yönetimi alt boyutunda haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün yapanlara ve SYBDÖ ölçek toplamında haftada 4 gün ve üzeri spor yapan sporcuların haftada 1 gün ve haftada 2 gün yapanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir

Yalçınkaya ve ark, (2007) yaptıkları çalışmada hafta da 3 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık çalışanların sağlık yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ortalaması ve alt boyutlarında yüksek ortalamaya sahip oldukları belirtmişlerdir.

Farklı bir çalışmada ise düzenli egzersiz yapan sağlık çalışanların hiçbir egzersiz yapmayan sağlık çalışanlarına göre puan ortalamaları daha iyi bulunmuştur (Özkan ve Yılmaz, 2008). Kılıcı (2019) çalışmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu ve SYBD ölçek toplamında fiziksel aktivite yapan adölesan öğrencilerin davranış puanlarının fiziksel aktivite yapmayan adölesan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda olduğu gibi haftada yapılan fiziksel aktivitenin sıklığına paralel olarak ölçek puan ortalamasının da arttığı görülmüştür. Bu da gösteriyor ki fiziksel aktivite sıklığı arttıkça adölesan sporcuların SYBDÖ alt boyutlarının puan ortalaması da arttığı söylenebilir.

Çalışmamıza göre adölesan sporcuların aile gelir düzeyi değişkeninde kişilerarası ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda aile gelir düzeyi 3001-5500 TL olan sporcuların 0-3000 TL olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza paralel olarak Yılmaz ve ark (2013) yapmış oldukları çalışmada sağlık durumu iyi olan hemşire öğrencilerin

sağlıklı yaşam biçimi davranış ortalamaları daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinin aile gelir durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında bir paralelliğin olduğunu bulmuşlardır (Şimşek ve ark, 2012). Yıldız (2010) çalışmasında kişilerarası destek alt boyutunda gelir düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada SYBDÖ ölçek toplamında ailelerinin gelirleri giderinden fazla olan adölesan öğrencilerin davranış puanlarının gelirleri giderinden az olan adölesan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Aktaş Özakgöl ve ark. 2016).

Adölesan sporcuların anne eğitim durumu değişkeninde stres yönetimi alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Stres yönetimi alt boyutunda anne eğitim durumu lise ve ortaokul olan sporcuların anne eğitim durumu okuryazar değil olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde; anne ve eğitim düzeyleri SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmemiştir (Yılmaz vd. 2017). Yapılan çalışmalara göre SYBDÖ puan ortalamasının, anne-baba eğitim düzeylerine göre değişmediğini ifade etmişlerdir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Şimşek ve ark, 2012). Karagözoğlu (2021) adölesan bireylerde yaptığı çalışmada stres yönetimi alt boyutunda anne eğitim durumu ilkokul olan bireylerin anne eğitim durumu okuryazar ve okuryazar değil olan bireylere göre davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamıza göre baba eğitim durumu üniversite olan yalnızca 14 sporcu olduğu için istatistiksel karşılaştırmalara dahil edilmemiştir. Adölesan sporcuların baba eğitim durumu değişkeninde fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilirken ($p<0,05$) sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite alt boyutunda baba eğitim durumu lise olan sporcuların baba eğitim durumu ilkokul olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Literatüre bakıldığında Sümen ve Öncel (2017); Güler (2019) yaptığı çalışmada, baba eğitim durumu ortaokulun, ortaöğretime göre lisansüstünün ise lise mezunu olanlara

göre fiziksel olarak daha aktif olduğunu bulmuşlardır. Çocuklarda genelde sosyo-ekonomik düzeyin spesifik olarak ise babanın eğitimi ve mesleğinin fiziksel aktivite üzerine etkileri ulusal ve uluslararası Rydenstam (2020); Heradstveit (2019) çalışmalarla kanıtlanmış durumdadır. Çoşkun (2021) yaptığı çalışmaya göre baba eğitim durumu ortaokul olanların ilkokul mezunu ve lise mezunu olanlara göre ve baba eğitim durumu lisansüstü olanların lise mezunu olanlara göre fiziksel olarak daha aktif olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılımın arttığı söylenebilir. Kişilerin eğitim düzeyi arttıkça spora olan bakış açılarının da arttığı ve sporun geri kalan yaşamlarına pozitif etkiler sağlayabileceklerinin farkında olduğu söylenilebilir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada Van ilindeki liselerde öğrenimine devam eden adölesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarının çeşitli değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığı araştırılmıştır.

Adölesan sporcuların yaş değişkeninde fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır.

Cinsiyet değişkeninde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ ölçek toplamında erkek ve kadın sporcular arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın Adölesan erkek sporcuların lehine olduğu sonucuna varılmıştır.

Okul şubesi değişkenine bakıldığında ise fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖÖ ölçek toplamında sınıflar arasında anlamlı farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır.

Adölesan sporcuların spor geçmişi değişkeninde fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farkın puan ortalaması spor geçmişi ile paralellik gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Adölesan sporcuların aile gelir düzeyi değişkeninde kişilerarası ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda aile gelir düzeyi 3001-5500 TL olan sporcuların 0-3000 TL olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Adölesan sporcuların anne eğitim durumu değişkeninde stres yönetimi alt boyutunda anlamlı bir farklılık belirlenirken sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ve SYBDÖÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Stres yönetimi alt boyutunda anne eğitim durumu lise ve ortaokul olan sporcuların anne eğitim durumu okuryazar değil olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Adölesan sporcuların baba eğitim durumu değişkeninde fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilirken sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ ölçek toplam puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite alt boyutunda baba

eğitim durumu lise olan sporcuların baba eğitim durumu ilkokul olan sporculara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Adolesan sporcuların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma sonucunda řu önerilerde bulunulabilir;

- Adolesan sporcuların sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili farklı bağımsız değişkenler ile çalışmaların yapılması,
- Çalışmanın farklı yaş gruplarındaki sporculara uygulanması,
- Çalışmanın farklı popülasyon, bölge ve illerdeki adolesan bireylere uygulanması,
- Adolesan sporcularda sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinilmesine yönelik farkındalık oluşturulması,
- Adolesan sporculara belli aralıklarla sağlıklı ve dengeli beslenme ile ilgili seminerler verilmesi,
- Adolesan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapmalarının teşvik edilmesi.

KAYNAKÇA

- Açıkada, C. ve E. Ergen (1990). *Bilim ve Spor*. Ankara: Büro–Tek Ofset Matbaacılık.
- Açıksöz, S., Ş. Uzun ve F. Arslan (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, Cilt 55, Sayı 3, 181-187.
- Ak, Ş., Ü. Çelen vd. (2006). Health Behaviors of Employees in Elementary Schools in Central Districts of Ankara. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt 5, Sayı 2, 8-84.
- Akdemir, N., ve L. Birol (2005). *Internaldi Seases and Nursing Care*. Ankara: Sistem Ofset.
- Aktaş, Ö., A., Atabek Aştı vd. (2016). Lise Son Sınıf Öğrencileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Sahipler mi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, Cilt 24, Sayı 1, 16-23.
- Akyol, A. P. Bilgiç ve G. Ersoy (2008). *Physical Activity, Nutrition and Healthy Life*, Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Alkandari, F. ve V. L. Vidal (2007). Correlation of the health-promoting life style, enrollmentlevel, andacademic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing Health Sciences*, Cilt 9, Sayı 2, 112-119.
- Allender, J. A. ve B. W. Spradley (2001). *Community Health Nursing: Concepts and Practice*. Lippincott Williams ve Wilkins.
- Altıntaş, S. (2018). *Badminton Eğitiminin Bazı Motorik ve Fiziksel Özelliklere Etkisinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yüzüncü Yıl Üniversitesi EBE.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adult Hood: A Theory of Development from the Lateteens through the Twenties. *American Psychologist*, Cilt 55, Sayı 5, 469.
- Balcıoğlu, İ. (2005). Stressand Remedies from Medical Angle. In *IU Cerrahpaşa Medical Faculty Continuous Medical Education Activities. Symposium Series*. No. 47.
- Baltaş, Z. (2000). *Health Psychology, Behavioral Sciences in Public Health*. İstanbul: Remzi Publishing Company.
- Baltaş, Z. (2004). *Healthy Phycology*. İstanbul: Remzi Bookstore.

- Baysal, A. (2002). *General Nutrition*. Ankara: Hatipoğlu Publishing House.
- Bek, N. (2008). *Physical Activity and Health*. Ankara: Classification Printing.
- Bogin, B. (1999). Evolutionary Perspective on Human Growth. *Annual Review of Anthropology*, Vol 28, 109-153.
- Bottorff, J. L., J. L. Johnson vd. (1996). The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Main Tenance. *Nursingre Search*, Cilt 45, Sayı 1, 30-36.
- Bozhüyük, A., S. Özcan ve H. Kurdak (2012). *Healthy Living Style and Family Medicine*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, Cilt 1, 13-21.
- Bozkuş, T. (2013). Determiningand Associating Physical Activity Levelsand Healthy Life Style Behaviors of the Students Who Have Learned at the School of Physical Education and Sports. *International Journal of Science Cultureand Sport*, Cilt 1, 49-65.
- Bozlar, V. (2016). *Analysis of Healthy Life Style Behaviors of PhysicalEducation and Sports Students in Terms of Body Mass Index and Various Variables* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Kars Üniversitesi SBE.
- Bulduk, S., S. Yurt vd. (2015). Health Behaviour Models. *Düzce Univer sity Health Sciences Institute Magazine*, Cilt 5, 28-34.
- Chen, M. Y. (1999). The Effectiveness of Health Promotion Counseling to Family car Egivers. *Public Health Nursing*, Cilt 16, Sayı 2, 125-132.
- Cihangiroğlu, Z. ve S. E. Deveci (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, Cilt 16, Sayı 2, 78-83.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Health Sociology*, Ankara: Nobel Bookstore.
- Coşkun, A., ve Ş. Karagöz (2021). Adölesan Dönemdeki Çocuklarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, 63-72.
- Devito, Ja. (1991). *Human Communication the Basic Course*. New York: Harper Collins Publishers Inc.

- Dickey, RA ve JJ. Janick (2001). Hipertansiyonun Önlenmesi ve Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Endokrin Uygulaması*, Cilt 7, Sayı 5, 392-399.
- Edelman, C. L., ve J. A. Fain (1999). Health defined: objectives for promotion prevention. *Health Promotion Throug hout the Lifespan. Philadelphia: Mosby Comp*, Cilt 3, 24.
- Edelman, C. L. ve C. L Mandle (2009). *Health Promotion Throug Hout The Life Span- Pageburst on Vital Source*. Elsevier Health Sciences.
- Erefe, İ. (1999). Hemşirelikte Örgütlenmenin Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, Cilt 15, Sayı 3, 127-135.
- Ferron, C. F. N. A., F. Narring vd. (1999). Sport Activity in Adolescence: Associations With Health Perception Sandex Perimental Behaviours. *Heal The Ducation Research*, Cilt 14, Sayı 2, 225-233.
- Fertman, CI. ve DD. Allensworth (2016). *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe*. Ankara: Vize Basın Yayın.
- Fitch, C. A., ve S. Ruggles (1998). *Historical Trends in Marriage Formation, United States*. The Tiest Hatbind: Perspectives on Marriage and Cohabitation.
- Fleming, P. ve G. Marshall (2000). Lifesty Leinter Ventions in Primary Care. *Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Can Fam Physician*. Cilt 8, 1706-1713.
- Flora, R. (1993). Lang at Health Behaviors. *A dvences in Clinical Nursing Research Nursing. Clinies of North America*, Cilt 19, Sayı 1, 28-32.
- Glanz, K., B. K. Rimer ve K. Viswanath (ed). (2008). *Health Behavior and Heal The Ducation: Theory, Research, Andpractice*. John Wiley ve Sons.
- Gluckman, P. D. ve M. A. Hanson (2006). Changingtimes: the Evolution of Puberty. *Molecular and cellular endocrinology*, Cilt 254, 26-31.
- Gochmon, DS. (1988). Neath Behavior Emerging Reasearch Perspectives Plenum Pres, New York.
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference. Routledge.

- Göksel, A. G. ve Ç. Caz (2016). Anadolu Lisesi Öğrencilerinin Beden Eğitimi Dersine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt 8, Sayı 2, 1-9.
- Gömlüksiz, M., B. Yakar ve E. Pirinççi (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinin sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, Cilt 47, Sayı 2, 347-358.
- Güler, D. (2019). Çocuklarda Sosyo-Ekonomik Düzeyin Fiziksel ve Fizyolojik Performanslarıyla İlişkisi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt 4, Sayı 3, 275-288.
- Gürsel, N., S. Özbey ve P. Güzel (2016). Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. *International Journal of Social Science Research*, Cilt 5, Sayı 2, 10-25.
- Hammar, M. ve C. J. Östgren (2013). Health yagingandage-adjusted Nutrition and Physical Fitness. *Best Practice Research Clinicalob Stetric Gynaecology*, Cilt 27, Sayı 5, 741-752.
- Heradstveit, O., S. Haugland vd. (2020). Physicalinactivity, Non-Participation in Sports and Socio Economic Status: a Large population-based Study Among Norwegianadoles Cents. *BMC Public Health*, Cilt 20, Sayı 1, 1-9.
- Hovardaoğlu, S. (1995). Relation Ships and Behavioral Disorder Samong Persons. *Crisis Magazine*, Cilt 3.
- İmer, A. (2013). Investigation of Healthy Life Style Behaviors of Administrative Staff in University.
- Kafkas, M. E., Ş. A. Kafkas ve M. Acet (2012). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. Cilt 32, Sayı 2, 47-56.
- Kang, R. (1995). Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. *Public Health Nursing*, Cilt 12, Sayı 5, 312-318.
- Kaplan, R. M., J. F. SallisJr ve T. L. Patterson (1993). *Health and Human Behavior*. Mcgraw-HillBook Company.

- Kaplun, A., J. Branckaerts vd. (1992). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Kronik Hastalık: Yeni bir Sağlık Kalitesi Keşfetmek*. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi.
- Karaaslan, M. ve A. Çelebioğlu (2018). Determination of Healthy Life Style Behaviors of High School Students. *Journal of Human Sciences*, Cilt 15, Sayı 2, 1355-1361.
- Karagözoğlu, M. (2021). *Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi SBE.
- Karakaya, N. ve M. F. Koçoğlu (2016). Ev Ziyaretlerinde Karşılaşılan Güçlükler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 5, Sayı 3, 23-28.
- Kasapoğlu, E. S. (2015). *Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi SBE.
- Kılcı, H. (2019). *Lise Öğrencilerinin Beden Eğitimi Dersine İlişkin Tutumlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hitit Üniversitesi SBE.
- Kiernan, K. (2001). The Rise of Cohabitation and Childbearing Outside Marriage in Western Europe. *Int J Law Policy Family*. Cilt 15, 01–21.
- Kocaman, F. (2014). *Assessment of health hylife style behaviors and health-related quality of life in obese individuals*. *Unpublished* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi SBE.
- Koçoğlu, D. ve B. Akın (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. Cilt 2, Sayı 4, 145-154.
- Kostak, M. A. (2007). Spiritual dimension of Nursing care. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 6, 105-15.
- Lari, M., I. Traghella ve C. Vassalle (2019). Preventive primordia lstrategies: Times arechanging. *In Adolescent Health and Wellbeing*. Cilt 3, Sayı 18. Springer, Cham.

- Leavell, H. R. ve E. G. Clark (1953). Textbook of preventive Medicine. *Textbook of Preventive Medicine*.
- Lusk, S. L., M. J. Kerr ve D. L. Ronis (1995). Health-promoting life styles of blue-collar, skilledtrade, and white-collarworkers. *Nursing Research*.
- Mengütay, S. (2005). *Çocuklarda Hareket Gelişimi ve Spor*. Ankara: Morpa Kültür Yayınları.
- Minkler, M. (1999). Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century'send. *Health Education Behavior*, Cilt 26, Sayı 1, 121-141.
- Murray, R. B., J. P. Zentner ve R. Yakimo (2013). *Health Promotion Strategies Through. The Life Span: Pearson New International Edition PDF eBook*. Pearson Higher.
- Nabkasorn, C., N. Miyai vd. (2006). Depresif Semptomları Olan Ergen Kadınlarda Fiziksel Egzersizin Depresyon, Nöroendokrin Stres Hormonları ve Fizyolojik Zindelik Üzerindeki Etkileri. *Avrupa Halk Sağlığı Dergisi*, Cilt 16, Sayı 2, 179-184.
- Nacar, M., Baykan, Z., Çetinkaya, F., Aslantaş, D., Özer, A., Coşkun, O. ve Yılmaz, G. (2014). Health promoting life style behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Cilt 15, Sayı 20, 8969-8974.
- Nahcivan, N. (2004). Özbakım Gücünü Uygulama Ölçeğinin Türkçe Karşılığı. *Western Journal of Nursing Research*, Cilt 26, Sayı 7, 813-824.
- Neuman, B. (1996). The Neuman Systems Model in Research and Practice. *Nursing Science Quarterly*, Cilt 9, Sayı 2, 67-70.
- Nussbaum, M., ve A. Sen (ed). (1993). *The quality of life*. Clarendon Press.
- Oliver, S. ve G. Peersman (2001). *Using Research for Effective Health Promotion*. McGraw-Hill Education (UK).
- Oşar, Z. (2004). Basic Concepts in Nutrition and Metabolism. in *Nutrition in Health and Disease. IU Cerrahpaşa Medical Faculty Continuous Medical Education Activities. Symposium Series*. 41.

- Özer, K. (2015). *Physical Fitness 5th Edition*. Ankara: Nobel Academy Publishing.
- Özkan, S. ve E. Yılmaz (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 7, 90-104.
- Özvarış, Ş. B. (2001). *Health Education and Health Development*. Ankara: Hacettepe Public Health Foundation.
- Palank, C. L. (1991). Sağlığı Teşvik Edici Davranışın Belirleyicileri: Mevcut Araştırmaların Gözden Geçirilmesi. *Kuzey Amerika Hemşirelik Klinikleri*, Cilt 26, Sayı 4, 815-832.
- Parad, H. J. ve G. Caplan (1960). A Framework for Studying Families in Crisis. *Social Work*, Cilt 5, Sayı 3, 3-15.
- Patton, G. C. ve R. Viner (2007). Pubertal Transitions in Health. *The Lancet*, Cilt 369, 1130-1139.
- Patton, Gc., Sm. Sawyer vd. (2016). Geleceğimiz: Ergen Sağlığı ve Refahı Üzerine Bir Lancet Komisyonu. *Lancet*, Cilt 387, 2423-2478.
- Pender, N. J., V. H. Barkauskas vd. (1992). Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook*, Cilt 40, Sayı 3, 106-12.
- Raymo, JM, H. Park vd. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and Change. *Annu Rev Sociol.* Cilt 41, 471-92.
- Redland, A. R., ve A. K. Stuifbergen (1993). Strategies for Maintenance of Health-Promoting Behaviors. *Nursing Clinics of North America*, Cilt 28, Sayı 2, 427-442.
- Rosenfield, R. L., R. B. Lipton ve M. L. Drum (2009). The Larche, Pubarche, and Menarche Attainment in Children With Normal and Elevated Body Mass Index. *Pediatrics*, Cilt 123, Sayı 1, 84-88.
- Ruddy, M. (2007). Models and theories of nursing. *Cardinal Stritch University Library, America*, 1-42.
- Rydenstam, T., T. Fell vd. (2020). Using Citizen Science to Understand the Prerequisites for Physical Activity Among Adolescents in Low Socio Economic Status Neighborhoods-The Nesla study. *Health Place*, Cilt 65, 102387.

- Ryff, C.D., B. H. Singer ve L. G. Dienberg (2004). Positive Health: connecting well-Being With Biology. *Philos Trans R Soc Lond Ser B Biol Sci*, Cilt 359, 1383–1394.
- Sawyer, SM, PS. Azzopardi vd. (2018). Ergenlik Çağı. *Lancet Çocuk ve Ergen Sağlığı*, Cilt 2, Sayı 3, 223-228.
- Sawyer, SM, RA, Afifi vd. (2012). Ergenlik: Gelecekteki Sağlık İçin Bir Temel. *Neşter*, Cilt 379, 1630-1640.
- Song, Y., J. Ma vd. (2014). Trends of Age at Menar Che and Association With Body Massindex in Chinese School-aged Girls, 1985–2010. *J Pediatr*. Sayı 165. 1172–77.
- Speck, BJ. (2002). From Exerciseto Physical Activity, *Holistic Nursing Practice*. Sayı 17, 24-31.
- Sümen, A. ve S. Öncel (2017). Türkiye’de Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler: Sistemik Derleme. *Eur J Ther*, Cilt 23, 74-82.
- Şimşek, H., D. Öztoprak vd. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* Cilt 26, Sayı 3, 151-157.
- T.C. General Directorate of Primary Health Care Services. (2010). *Health for All, 21st Century*. Ankara: BMS Printing.
- Tambağ, H. ve Z. Turan (2012). İçsel Sağlıklı Yaşam Biçimi Genişna Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi’nin Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1, 46-55.
- Tanner, E. K. W. (1991). Assessment of a health-promotivelifestyle. *Nursing Clinics of North America*, Cilt 26, Sayı 4, 845-854.
- Tayar, M. ve N. H. Korkmaz (2011). *Nutrition Healthy Living*. Expanded.
- Taylor, C., C. Lillis ve P. Lemone (2008). *Lynn., P. Fundamentals of Nursing*.
- Tiryaki, K. (2013). *Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi SBE.

- Torun, V. (2007). *Eskrim Sporuna Yeni Başlayan 9–12 Yaş Grubu Çocuklarda Temel Eskrim Çalışmaları ve Sürat Antrenmanlarının Reaksiyon Zamanı Üzerine Etkileri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi SBE.
- Tulloch, A., P. Davies ve M. Fitzpatrick (2005). Sağlıktan ne anlıyoruz? Yorum Yorum. *British Journal of General Practice*, Cilt 55, Sayı 513, 320-323.
- Türköl, E. ve G. Güneş (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Journal of İnönü University Medical Faculty*, Cilt 19, Sayı 3, 159-166.
- Ünalın, D., V. Şenol vd. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, Cilt 14, Sayı 2, 101-109.
- Van Horin, L., E. Vincent ve A.M. Perak (2018). Preserving Cardio Vascular Health in Young Children: Beginning Health Hierby Starting Earlier. *Curr Atheroscler Rep Cilt 20*, Sayı 26.
- Veliöğlu, P. (1999). Basic Concepts and Theories in Nursing. *Alas Ofset*, 18-90.
- Veliöğlu, P., Ç. Pektekin ve T. Şanlı (1991). Inter Personal Relation Ships in Nursing. *Anadolu University Open Education Faculty Textbooks*.
- Walker, S. N., K. R. Sechrist ve N. J. Pender (1987). Thehealth-promoting Life Style Profile: Development and Psychometric Chara Cteristics. *Nursing Research*, Cilt 36, Sayı 2, 76-81.
- World Health Organization. (1965). Health problems of adolescence: report of a WHO Expert Committee [meetingheld in Geneva from 3 to 9 November 1964].
- World Health Organization. (1977). *Healthneeds of adolescents: report of a WHO expertcommittee [meetingheld in Geneva from 28 Septemberto 4 October 1976]*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Global technical strategy for malaria 2016-2030*. World Health Organization. (who, 2015).

- Yalçinkaya, M. (2001). Examination of the Strategies of Responding to the Importance and Healthy Life Style Behaviors of Physical Education Teacher Candidates. *Ege University Nursing School Magazine*, Cilt 17, 55-65.
- Yalçinkaya, M., F. Gök Özer ve A. Yavuz Karamanoğlu (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Cilt 6, Sayı 6, 409- 420.
- Yıldırım, N. (2005). *The Impact of Some Socio-demographic Characteristics of University Students on Healthy Life style Behaviors*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- Yıldız, İ. (2010). *Lise öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- Yılmazel, G., F. Çetinkaya ve M. Naçar (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF Prev MedBull. Cilt 12, Sayı 3, 261-270*.
- Yoldaş, G. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi SBE.
- Youniss, J. (2006). G. Stanley Halland His Times: Toomuchso, yet not Enough. *History Of Psychology*, Cilt 9, Sayı 3, 224.
- Yulu, N. (2020). *Ergenlerin Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Algısı, Tutumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi SBE.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 27.10.2021-27755

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 27.10.2021	Toplantı Sayısı: 11	Karar Sayısı: 32
<p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p>KARAR-31: Spor Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 24.10.2021 tarihli ve 27308 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Spor Bilimleri Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Bölümü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi M. Zahir KAHRAMAN'ın danışmanlığında yürütülen "Adölesan Sporcuların Solunum Fonksiyonları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" isimli yüksek lisans çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Spor Bilimleri Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oy birliği ile karar verildi.</p>		
BAŞKAN (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Sedat KARDAŞ Fen Edebiyat Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami İlimler Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Binyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Hasan TASALI SBF Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Recep YILMAZ İİF Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	

1 / 1

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: Araştırma İzin Yazısı



T.C.
VAN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-70562350-605.01-42054468
Konu : Araştırma İzni (Ergin ÇETİNER)

25/01/2022

VALİLİK MAKAMINA

Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Eğitim Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 1910207006 numaralı öğrencisi Ergin ÇETİNER'in, "Adölesan Sporcuların Solunum Fonksiyonları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını yapabilmesi ile ilgili izin talebi, Araştırma İnceleme Komisyonumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu çalışmanın, Tuşba ve İpekyolu ilçelerimize bağlı liselerde, derslerin aksatılmaması kaydıyla ve gönüllülük esasına göre yapılması, Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Şakir SİĞİNÇ
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

Uygun görüşle arz ederim.

Hasan TEVKE
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR
Yavuz ARSLAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Adres : A.Gazi Mah.İskele Cad.No:226 65040 Tuşba/VAN

Telefon No : 0 (432) 222 41 62
E-Posta
Kep Adresi : meb@hs01.kcp.tr

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>
Bilgi için: Sıddık BEKTAŞ Strateji-Arge Birimi (Dahili 319)
Unvan : Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni
İnternet Adresi: www.van.mem.gov.tr Faks:432224161



Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 5d92-4ed7-39c7-8274-c86a kodu ile teyit edilebilir.