T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

Bayram Ali DAĞLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Mehmet PENSE

KONYA-2019

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

Bayram Ali DAĞLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Mehmet PENSE

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

KONYA-2019

ÖNSÖZ

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

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

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

İÇİNDEKİLER

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

SİMGE VE KISALTMALAR

CSIMO : Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

DSO : Dünya Sağlık Örgütü

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

SİM : Sağlık İnanç Modeli

SRAİSİÖ : Sportif Rekreasyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnanç Ölçeği

TRANSTEORİK : Terapi

WHO : World Health Organization

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

Bayram Ali DAĞLI

Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

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

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

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

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

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

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

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCE INSTITUTE

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

Bayram Ali DAĞLI

Department of Coaching Education

MASTER THESIS / KONYA-2019

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

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

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

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

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

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

1. GİRİŞ

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

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

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

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

1.1. Sağlık

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

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

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

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

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

Bu sınıflamalar;

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

Sağlığın olumlu yönden ifade edilmesi ile ilgili olarak farklı ifadeler ele

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

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

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

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

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

açıklanmasına ve yorumlanmasına dayanmaktadır (Patrick ve Erickson 1993).

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

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

1.2. İnanç

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

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

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

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

1.3. Sağlık İnancı

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

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

1.4. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

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

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

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

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

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

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

- ➢ Öz etkilik,

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

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

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

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

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

1.5. Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları

1.5.1. Algılanan ciddiyet

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

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

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

1.5.2. Algılanan engeller

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

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

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

1.5.3. Fiziksel yararlar

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

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

1.5.4. Psikososyal yararlar

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

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

1.5.5. Öz etkilik (öz yeterlik)

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6. Sağlık İnancı Modelinin Kullanıldığı Diğer Alanlar

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

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

Çizelge 2.1. Farklı Sağlık İnanç Model Ölçekleri

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

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

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

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

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

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Gurubu

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

2.2. Araştırma Yöntemi

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

2.3. Verilerin Toplanması

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

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

2.4. Ölçek

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

2.5. Verilerin Analizi

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

3. BULGULAR

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

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

*= p < 0,05

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

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

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

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	x±sd	t	p
Algılanan Ciddiyet	Evli	298	4,34±0,50	-0,215	0,830
	Bekâr	106	4,35±0,53		
Algılanan Engel	Evli	298	3,63±0,74	0,500	0,618
	Bekâr	106	3.60±0,74		
Fiziksel Yarar	Evli	298	4,30±0,49	1,361	0,175
	Bekâr	106	4,23±0,51		
Psikososyal Yarar	Evli	298	4,20±0,51	0,892	0,374
	Bekâr	106	4,15±0,48		
Öz Etkilik	Evli	298	3,43±0,84	-0,942	0,347
	Bekâr	106	3,51±0,80		

*= p < 0,05

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

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

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

*= p < 0,05

Çizelge 3.3'e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının eş çalışma durumları ile sağlık inancı alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

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

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

*= p < 0,05

Çizelge 3.4'e göre, beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının çocuk sahip olma durumları ile sağlık inancı alt boyutlar arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

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

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

*= p < 0,05

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

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

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

*= p < 0,05

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*= p < 0,05

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

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

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

*= $p < 0,05$

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

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

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

*= $p < 0,05$

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

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

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

*= $p < 0,05$

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

Çizelge 3.13**.** Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Mezunlarının Sağlık İnancı Alt Boyutlarının, Cinsiyete Göre İndependent Student Samples "t" Testi Sonuçları.

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

*= $p < 0,05$

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

4. TARTIŞMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Çalışmaya katılan beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının aile gelir

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

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

Sonuç olarak;

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

5.2. Öneriler

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

bir tepkime gerçekleşecek ve kurumsal şirketler, kamu kuruluşları rekreasyonel aktivitelerini gerçekleştirilebileceği alanlar oluşturabileceklerdir. Ayrıca;

1. Çalışmanın daha geniş bir örneklem grubuna uygulanması,
2. Farklı coğrafi bölgeler tercih edilerek karşılaştırma yapılması,
3. Karma yöntem uygulanarak (Nitel ve Nicel araştırma yöntemlerinin birlikte uygulanması) çalışmanın tekrar edilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Altuğ FK, Erbahçeci F, 2000. Çalışan kadınların fiziksel uygunluk düzeylerinin karşılaştırılması, Turkish J Occup Health and Safety,7.27-32.

Amen MM, Clark VPJ, 2001. The ınfluence of mothers' health belief on use of preventive child health care services and mothers' perception of children's health status. ınsues in comprehensive pediactric nursing, 24(3),153-163.

Aggleton P, 1990. Health. J&L Composition Ltd. London.

Bandura A, 2002. Self-efficacy. http://www.emory.edu/educatıon/mfp/ BanEncy.html/2014.

Bandura B. and Kickbusch I, 1991. Health promotion research: Towards A New Social Epidemiology. Who Regional Publications. European Series No: 37.

Bandura A, 1982. Self-efficacy mechanism in human agency, American Psychologist 37(2),122-47.

Benson HMD,1997. Timeless healing. The Power and Bidogy of Belief. Massachusetts Genaral Hosptal U.S.A.

Bowling A, 1991. Measuring health. Open University Press, Milton Keynes. St George's Hospital Medical School, London.

Champion VL, Skinner CS, 2008. Health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior and healthe ducation. San Francisco. JosseyBass, p. 45-62.

Champion VL, Skinner CS, 2008. The health belief model. Health behavior and health education. Theory, research, andpractice. Glanz K, Rimer B.K, Viswanath K. San Francisco. Jossey-Bass.

Champion VL, 1984. Instrument development for health belief model constructs. advancein nursing science,6(3), 73-85.

Crain W, 2005. Theories of development concepts and applications (Fifth Edition). New York: Upper Saddle River.

Dattilo J, Dattilo AM, Samdahl D, Kleıber DA, 1994. Leisure orientations and self-esteem in women with low income who are overwight. journal of leisure research, 26.23-38.

Durak A, Palabıyıkoğlu R, 1994. Beck umutsuzluk ölçeği'nin geçerlik çalışması. Kriz Dergisi, 2(2). 311-319.

Edelman CL, Mandle CL, 2002. Health promotion, throughout the lifespan. Mosby, St. Louis, 199-223.

Ertuzun E, Karakucuk S, Bodur S, 2015. Health beliefs of females related with sportive recreational activities. International journal of sport studies. Vol, 5 (5), 535-544, Available online at http: www.ijssjournal.com ISSN 2251-7502, Science Research.

Ertüzün E, Arıkan Ş, Uyaraoğlu A K, Revan S, 2014. Öğretim elemanlarinin sportif rekreasyon aktivitelerine ilişkin sağlik inanci. II. Uluslar Arası Kop Bölgesi Kalkınma Senpozyumu. 22- 24, Ekim.

Ertüzün E, 2013. Kadınların sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançları. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Doktara Tezi, Ankara.

Ertuzun E, Bodur S, Karakucuk S, 2013. The development of health-belief Scale on sportive recreational activities. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 89, 509-516.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Eds), 2008. Health behavıor and health educatıontheory, research, and practice. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Glanz K, Rımer BK, Lewıs F.M, 2002. Health behavior and health education. Jossey- Boss CO: San Fransisco.

Gürvardar D. 2001. Yetiştirme yurdunda yetişen çocuklar ile ana-baba yanında yetişen cocukların umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Demokrasi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Hayden J, 2009. Health belief model. İntroduction to health behaviortheory. Canada. Jones and Barlett Publishers.

Hayden J, 2009. Motivation and behavior change. In: De Young S, editor. Teaching strategies for nur see ducators. New Jersey: Pearson Education, p. 4453.

Henderson KA, 1995. Women's Leisure. More Truth Than Facts?.World Leisure and Recreation, 37(1):9-13.

Henderson KA, Bıaleschkı MD, 1993.Negotiating Constraints to Women's Physical Recreation. Society and Leisure, 16,389-412.

Hochbaum GM, 1958. Public participation in medical screening programs: A Sociopsyhologicial Study. PHS publlication No. 572. Washington D.C. Government Printing Office.

Janz NK, Becker MH, 1984. The health belief model: A Decade Later. Health Education Behavior, 11 (1),1-47.

Johnson JL, Ratner, Pamela A. Bottorff, Joan L, Hayduk, Leslıe A 1993. An exploration of pender's health promotion model using lisrel, Nursing Research,42 (3), 132-37.

Karayurt Ö, 2003. Champion Sağlık inanç modeli ölçeğinin türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi, İzmir.

Kashani JH, Stoyls MS, Dandoy AC, Viadya AF, Reid JC, 1991. Correlates of hopelessness ın psychiatrically hospitalized children. Comprehensive Psychiatry. 32 (4). 330-337.

Kazdin AE, Rodgers A, Colbus D, 1986. The hopelessness scale for children psychometric characteristics and concurrent validity. Journal Of Consulting And Clinical Psychology. 54 (2). 241-245.

Kılıç D, Erici B, 2004. Osteoporoz Sağlık inanç ölçeği, osteoporoz öz etkilik/ yeterlilik ölçeği ve osteoporoz bilgi testinin geçerlik ve güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7: 1-15.

Koch J, Roberts AE, Cannon JH, 2005. College students, tattooing and the health belief model: Extending Social Psychological Perspectives on Youth Culture and Deviance. Sociological Spectrum, 25: 79- 102.

Larson JL,1991. The measurement of health. Concepts and ındicators. Greenvvood Press, New York.

Magill F.N (Eds),1993. Survey of social science, Psychology series, Salem press, Englewood Cliff. N.J. //trochimcornell edu /gallery/walkley/self-eff. htm.

Nahcivan N, Secginli S, 2007. Health beliefs related to breast self examinationin a sample of turkish women. Oncology Nursing Forum;34(2): 425-432.

Nahcıvan ÖN, Seçginli S, 2003. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar; bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **7**: 33- 37.

Nguvu (Amen) MM, 1998. The infulance of mothers'healty beliefs upon use of preventice children's health status. Submitted in partial fulfilliment of the requriments forthe degree of doctor of philosophy in the school of education New York University: By Umi Company.

O'Donnell M,1986. Definition of health promotion. Journal of Health Promotion 1(1): 4-5.

Özmen D, 2004. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eğe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Öztek Z, Üner S, Eren N, 2012. Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akın A. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2: 20, Ankara.

Öztürk M, 1997. 10-13 Yaşları arasındaki çocuklarda umutsuzluk ve yalnızlığının bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Palank CL, 1991. Determinants of health promotive behavior, Nurs Clin North Am, 26(4), 815-31.

Palsdottir A, 2008. Information behavior, health selfefficacy beliefs and health behavior in Icelanders' everyday life. InfRes 13 (1).

Patrick D ve Erickson P,1993. Health status and health policy. Oxford University Press, Oxford.

Pender NJ, 1987. Health promotion in nursing practice, 2nd edition, Appleton Lange, USA.

Pense M, Kasımoğlu M, 2017. Sağlık personellerinin sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının karşılaştırılması. 15th International Sport Sciences Congress, 15-18 November, 2017, Antalya/TURKEY. S: 818-819 (SB:903).

Pense M, Ertüzün E, 2018. Orta öğretimde görev yapan öğretmenlerin sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi. International Congress on Recraation and Sport Management, 10-13 May, 2018, Bodrum/TURKEY. S: 213 (SB:168).

Petro-Nustas W, Mikhail I.B, 2002. Factors associated with breast self-examination among

Jordanian women. Public Health Nursing, 19: 263-271.

Redding CA, Rossi J.S, Rossi S.R, Velicer WF, 2000. Prochaska JO. Health behaviour models. The International Electronic Journal of Health Education, 3 (Special Issue): 180-93.

Robinson J. And Elkan R,1996. Health needs assessment. Pearson Professional Limited. New York.

Rosenstock I.M, 1960. What resarch in motivation suggests for public health. American Journal of Public Health. 50: 295-301.

Sağlık Bakanlığı, 2011. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Deniz Matbacılık, Ankara.

Seedhouse D,1986. Health: The foundationsfor achivement. John Wiley Sons Ltd.

Senemoğlu N,1998. Gelişim öğrenme ve öğretim. Kuramdan Uygulamaya, Özsen Matbaası, Ankara.

Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ, 1996. Health Care Terms. Tringa Press, Saint Paul, Minnesota.

Sunmaz D, 2003. Ebeveyn sağlık inanç ölçeğinin türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Tekin M, Filiz K, 2008. Beden eğitimi ve spor yüksekokullarının antrenörlük ve spor yöneticiliği bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin umutsuzluk ve boyun eğici davranış düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi VI, (1) 27-37, Ankara.

U.S. Department of health and human services, 2005. Theory at a glance. Aguidefor health promotion practice (2 ndedition, 13-15). NIH Publication No. 05-3896, USA.

Üner H, 1993. Bir araştırma ve uygulama alanı olarak sağlık psikolojisi. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmoloji Dergisi 1, 2, 153-157.

Zülal A, 2002. Sağlık için hareket edin. Bilim ve Teknik Dergisi. Ağustos.

Warren K, et all, Priest S, State College, Pa, 1990. Venture Womens Outdor Adventures. İn Miles, Adventure Education,411-417.

Weil A, 1997. 8 Weeks to optimum health. Publishid in the United States by The Ballantine Publishing Group, adivision of Randon Haus, ınc, New York. U.S.A.

Who, 2000. Munich declaration nurses and midwives: a force for healt. Aaugust, 16(4). 207-4.

7. EKLER

EK A: Etik Kurul Kararı

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

Karar Sayısı :25

Sayın : Mehmet PENSE

Selçuk Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi / KONYA

Yürütücü : Mehmet PENSE

Yrd. Araştırıcı :Ali DAĞLI

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

Doç.Dr. Süleyman ATLAR
Başkan

Doç.Dr. İ.Bülent FİŞEKÇİOĞLU
Üye

Doç.Dr. Oktay ÇAKMAKÇI
Üye

Doç.Dr. Ekrem BOYALI
Üye

Dr./Öğr. Üyesi. Ferhat ÜSTÜN
(Raportör)

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

S.Ü. SPOR BİLİMLERİ FAKÜLTESİ TEL: (0.332) 241 00 41 FAX: (0.332) 241 16 08 KAMPÜS / KONYA

EK B: Beden Eğitim / Spor Bilimleri Mezunlarının Sportif Rekreasyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnancı Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı;

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

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

1) Yaşınız ……

2) Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

3) Mesleğiniz

☐ Beden Eğitim Öğr ☐ Antrenör ☐ Uzman ☐ Diğer

4) Çalıştığınız Kurum

☐ Lise ☐ Ortaokul ☐ İlkokul ☐ Diğer

5) Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekâr

6) Eşiniz Çalışıyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

7) Çocuğunuz

☐ Var ☐ Yok

8) Ailenizin toplam aylık geliriniz (bütün gelir durumu)

☐ Asgari Ücret ☐ 1500-2500 ☐ 2501 - 4000 ☐ 4001 - Üzeri

9) Yaşadığınız yer

☐ Büyükşehir ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy-Bucak vs.

10) Kaç yıldır bulunduğunuz yerdesiniz?

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

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

☐ Evet ☐ Hayır

12) Rekreasyonel aktivitelere nasıl katılmayı tercih edersiniz?

☐ Bireysel ☐ Grup

13) Sportif rekreasyonel aktivitelere katılmayı neden tercih ediyorsunuz?

☐ Sosyal Çevre ☐ Sağlık ☐ Diğer

14) Yeterli boş zamanınız olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

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

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

8. ÖZGEÇMİŞ

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