



**ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE
DURUMLARI İLE EGZERSİZ ÖZYETERLİLİK
DÜZEYLERİNİN VE DAVRANIŞ
AŞAMALARININ İNCELENMESİ**

Mücahide ÖNER

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Yüksek Lisans Tezi-2017

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI
İLE EGZERSİZ ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN VE
DAVRANIŞ AŞAMALARININ İNCELENMESİ**

Mücahide ÖNER

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL**

ERZURUM

2017

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ADÖLESLANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI İLE
EGZERSİZ ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN VE DAVRANIŞ
AŞAMALARININ İNCELENMESİ

Mücahide ÖNER

Tez Savunma Tarihi : 06.01.2017

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KILIÇ

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Onay

Bu araştırma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN

Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Tanımı	4
2.2. Fiziksel Aktivitenin Prevalansı	4
2.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Önemi	5
2.4. Fiziksel Aktivite ve Sağlık.....	6
2.5. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları	7
2.5.1. Solunum Sistemi Üzerine Etkileri	8
2.5.2. Dolaşım Sistemi Üzerine Etkileri	9
2.5.3. Kas İskelet Sistemi Üzerine Etkileri	9
2.5.4. Hormonal Sistem Üzerine Etkileri.....	11
2.5.5. Ruhsal ve Sosyal Sağlık Üzerine Etkileri	12
2.6. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi.....	13
2.7. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi.....	14
2.7.1. Gözlem.....	14
2.7.2. Anket.....	14
2.7.3. Hareket Algılayıcıları	15
2.7.4. Kalp Hızı Görüntüleme.....	15
2.8. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler.....	16

2.8.1. Demografik ve Biyolojik Etmenler.....	16
2.8.2. Psikolojik, Bilişsel ve Emosyonel Etmenler.....	16
2.8.3. Davranışsal Nitelikler ve Beceriler.....	16
2.8.4. Sosyal ve Kültürel Etmenler	16
2.8.5. Fiziksel Çevre Etmenleri	17
2.9. Adölesan Dönemin Özellikleri	17
2.10. Adölesan Dönemde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapmanın Önemi.....	18
2.11. Sağlık Davranışında Transteoretik Modelin Kullanımı.....	19
2.11.1. Değişim Aşamaları	19
2.11.1.1. Düşünme.....	19
2.11.1.2. Düşünme/Niyet	20
2.11.1.3. Hazırlık	20
2.11.1.4. Hareket/Eylem	20
2.11.1.5. Devam Ettirme.....	21
2.11.2. Öz-Etkililik	21
2.12. Egzersiz Davranışı Kazandırmada Hemşirenin Rolü	22
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	26
3.8. Etik İlkeler	26

4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	53
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	53
EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU	54
EK 3. KURUM İZİNLERİ.....	55
EK-4. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRME FORMU	56
EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRME FORMU	58
EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	60
EK-7. EGZERSİZ DEĞİŞİM AŞAMASI KISA SORU FORMU.....	62
EK-8. EGZERSİZ ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	63
EK-9. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)	64

TEŞEKKÜR

Tezin her aşamasında akademik bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen tez danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin tüm aşamalarında yakın destek ve katkılarını gördüğüm Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Öğretim Üyelerine ve yardımcılara teşekkür ederim. Anketlerin uygulanmasında uygun zaman ve ortamı sağlayan Muş Anadolu Lisesi okul idarecileri ile Muş Anadolu Lisesi öğretmen ve öğrencilerine araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden değerli öğrencilere, sonsuz teşekkür ederim. Tez sürecinde beni yalnız bırakmayan başta babam Memet Cüneyt ÖNER, annem Hülya ÖNER, abim Nurullah ÖNER, kardeşim Rahmetullah ÖNER olmak üzere tüm aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

Mücahide ÖNER

ÖZET

Adölesanların Fiziksel Aktivite Durumları ile Egzersiz Özyeterlilik Düzeylerinin ve Davranış Aşamalarının İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz düzeylerinin ve egzersiz davranış aşamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Aralık 2015 - Ocak 2017 tarihleri arasında Muş Anadolu Lisesi'ndeki adölesanlarda gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı türde yapılan araştırmanın evrenini; Muş Anadolu Lisesi'nde öğretim gören 529 öğrenci oluşturmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş olup araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 500 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 'Kişisel Bilgi Formu', 'Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği', 'Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu' ve 'Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (kısa form) kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ile kurum izinleri alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik ortalama, Kruskall Wallis, Shapiro Wilk ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan adölesanların %37.5'inin orta düzeyde aktif olduğu belirlenmiştir. Adölesanların %75.4'ünün ailesinde fiziksel aktivite yapılmadığı belirlenmiştir. Adölesanların büyük kısmının düşünme öncesi aşamada (hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim beyanında bulunanlar) olduğu, sadece %35.6'sının (hareket: 18.80 + sürdürme: 16.80) istenilen düzeyde düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Adölesanların öz etkililik puan ortalamasının orta düzeyde (13.64 ± 6.06) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Adölesanların hem egzersiz değişim aşamaları hem de fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça özetkililik puan ortalamalarının yükseldiği saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel aktivitenin arttırılması konusunda okullarda yapacağı eğitimlerde, adölesanların özetkililiklerini arttırmaya çalışmalı aynı zamanda eğitimleri adölesanların içinde bulundukları davranış aşamalarına göre vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, egzersiz, fiziksel aktivite, öz-yeterlilik

ABSTRACT

Examination of Adolescent Physical Activity Status, Exercise Self-Efficacy and Stages of Behavior

Aim: To investigate physical activity, exercise self-efficacy and stages of exercising behavior in adolescents.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted with adolescents studying in Muş Anadolu High School between December 2015 and January 2017. The population of this descriptive study was consisted of 529 students studying in Muş Anadolu High School. No sampling was done and 500 students who agreed to participate in the study were included. For various reasons, 29 students could not be reached. A 'Personal Questionnaire', the 'Exercising Self-Efficacy Scale', the Short Questionnaire for Stages of Exercising Change' and the 'International Physical Activity Survey (Short Form)' were used as data collection instruments. An ethics committee approval and institutional permissions were obtained to be able to conduct the study. The data were evaluated using percentages, means and the Kruskal Wallis, Shapiro Wilk and Mann Whitney U tests.

Results: 37.5% of the adolescents were found to engage in a moderate level of activities. In the families of 75.4% of the adolescents, no physical activity was being performed. 35.6% of the adolescents were found to be at the pre-contemplation stage (those stating "No, I'm not exercising and I don't intend to start exercising regularly within the next 6 months"). The mean self-efficacy score of the adolescents was at a moderate level (13.64 ± 6.06) and their mean total activity score was 2550.49 ± 2821.50 MET -min.

Conclusion: We found that as the adolescents' stage of exercising change advanced, their mean self-efficacy scores increased. Public health nurses should try to promote the self-efficacy of adolescents through trainings they will provide for increasing physical activity in adolescents at their schools. Furthermore, nurses should provide their trainings considering which stage of behavior change the adolescents are in.

Keywords: Adolescents, exercise, physical activity, self-efficacy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKI	: Beden kitle indeksi
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
DK.	: Dakika
LDL	: Low Density Lipoprotein
MAX	: Maksimum
MET	: Enerji tüketim hızının aktivite düzeyine göre ifadesidir.
MIN.	: Minimum
TTM	: Transteoretik Model

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Adölesanlara Ait Demografik Özellikler	27
Tablo 4.2. Egzersiz Değişim Aşamaları Dağılımlarının İncelenmesi	29
Tablo 4.3. Adölesanların Öz Etkililik Puanlarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.4. Adölesanların Uluslararası Aktivite Skorlarının Dağılımı	29
Tablo 4.5. Adölesanların Aktivite Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	30
Tablo 4.6. Egzersiz Değişim Aşamalarına Göre Öz Etkililik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.7. Adölesanların Uluslararası Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Öz Etkililik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31

1. GİRİŞ

Fiziksel aktivite, vücut kütlelerinin kontrolü ve vücut enerji düzeyinin dengelenmesi amacıyla enerji tüketimidir. Düzenli bir biçimde fiziksel aktivite yapmak da egzersiz olarak adlandırılabilir.¹ Günümüzde teknolojik gelişmelerin sağladığı kolaylıklar, kentleşme ve durmadan değişen yaşam koşulları televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman günlük enerji harcamasını azaltarak gençleri hareketsiz bir yaşama doğru götürmektedir.² Teknolojik ilerlemelerle birlikte, fiziksel aktivite düzeylerinde azalma meydana gelmekte, azalan fiziksel aktivite ise hastalık ve sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Örneğin; fiziksel aktivite yetersizliği morbid obezitenin önemli bir sebebi olarak görülmekte, morbid obezite ise fiziksel aktivite eksikliğine neden olarak kısır bir döngünün oluşmasına neden olmaktadır.³ Fiziksel hareketsizlik aynı zamanda dünya çapında koroner kalp hastalığı, diyabet, meme kanseri ve kolon kanseri vakalarının %6-10'undan, erken ölümlerin ise %9'undan sorumlu tutulmaktadır.⁴

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa'da her 3 gençten 2'sinin yeterince aktif olmadığını tahmin etmektedir.⁴ Ülkemizde genel popülasyonda fiziksel aktivitede bulunma düzeyine bakıldığında düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunma oranının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nca yedi farklı bölgede gerçekleştirilen Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım adlı çalışmada insanların yalnızca %3.5'inin düzenli bir biçimde fiziksel aktivitede bulundukları belirlenmiştir. Başka bir bakışla, insanların %96.5 düzenli bir biçimde fiziksel aktivitede bulunmamaktadır.⁵ Bir başka çalışmada insanların %20,3'ünün sedanter yaşadığı, %16'sının ise yeterli miktarda fiziksel aktivitede bulunmadığı ortaya konmuştur.⁶ Ülkemizde gençlere yönelik ülke genelini temsil eden çalışma bulunmamakla birlikte daha çok bölgesel düzeyde çalışmalar yapılmıştır. Vaizoğlu ve arkadaşlarının

alışmasında, lise ğrencilerinin %26'sı hareketsiz olarak bulunmuştur.⁷ Aksoydan ve akır'ın çalışmasında adölesanların %79'u fiziksel olarak hareketsiz bulunmuştur.⁸ Uçar'ın yetiştirme yurdundaki adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada gençlerin %51.1'inin hareketsiz olduğu bulunmuştur.⁹ Bu sonuçlar fiziksel hareketsizliğin adölesanlarda çok fazla olduğunu göstermektedir.

Yapılan alışmalar, fiziksel aktivitenin toplumun genel sağlık düzeyi üzerinde etkili olduğunu ve hipertansiyon, bazı kanser türleri, kalp krizi riskleri, obezite, osteoporoz ve emosyonel bozukluklar gibi sorunların giderilmesinde ve iyileştirilmesinde önemli bir işleve sahip olduğunu göstermektedir.¹⁰⁻¹³ Gençlere uygun fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması, erken yaşlarda olduğundan, bu davranışın alışkanlık haline dönüşmesinde önemlidir. Ne yazık ki alışkanlık kazandırmak kolay bir süreç değildir. Kişinin içerisinde bulunduğu değişim basamağına uygun girişim oluşturan Transteoretik Model (TTM) bu alışkanlığın kazandırılmasında kolaylık sağlayan önemli bir kılavuz olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu model, kişinin fiziksel aktivite durumundaki değişimi basamak basamak açıklamaktadır. Bu değişim; düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, harekete geçme ve hareketi sürdürme şeklinde beş aşamadan oluşmaktadır. Değişim aşamalarındaki her basamak aynı zamanda bireyin düzenli bir biçimde fiziksel aktivitede bulunmaya hazır olduğunu göstermektedir.¹⁴

Öz-etkililik; kişinin belirli bir davranışı başarılı bir biçimde gerçekleştirebileceğine dair kendisi hakkındaki düşünceleri ve inancı olarak tanımlanmaktadır.¹⁵ Bireylerin sahip oldukları öz-etkililik düzeyleri onların harekete geçme motivasyonları üzerinde etkilidir. Bireylere egzersiz davranışı kazandırmaya yönelik bu modele göre yapılan çalışmalarda düşünme öncesi aşamadaki bireylerin öz-etkililiklerinin düşük olduğu, değişimin daha ileri aşamalarında olan bireylerin ise

öz-etkililiğinin doğrusal olarak arttığı belirlenmiştir.^{16,17} Ülkemizde yetişkinlerde bu model temel alınarak tanımlayıcı ve girişimsel tarzda çalışmalar yapılmıştır fakat lise öğrencilerinde bir çalışmaya rastlanmamıştır.¹⁸⁻²⁰

Gençlerin çevreden etkilenmenin çok fazla olduğu adölesan dönemde fiziksel aktivite ve egzersiz yönelik öz-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi onların bu konuda farkındalık durumunu arttıracaktır. Sağlık için yeterince hareketli olmayan gençlerin oranının belirlenmesi ve onlara yönelik önlemlerin alınması halk sağlığı açısından önemli bir uygulamadır. Ayrıca gençlerin egzersiz değişim basamaklarının bilinmesinin de yapılacak girişimlerde özellikle eğitim çalışmalarında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.²¹

Bu araştırmanın amacı; adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz özyeterlilik düzeylerinin ve davranış aşamalarının incelenmesidir.

Araştırma Soruları

- Adölesanlar egzersiz davranışında hangi davranış aşamasında (basamağı) bulunmaktadır?
- Adölesanların egzersize yönelik özyeterlilik düzeyleri nasıldır?
- Adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri nasıldır?
- Adölesanların egzersiz özyeterlilik düzeyleri ile davranış aşamaları arasında bir ilişki var mıdır?
- Adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile özyeterlilik düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Tanımı

Fiziksel aktivite; istirahat düzeyinin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketler olup, enerji dengesi ve ağırlığın kontrolü için enerji harcanması durumudur.²² Başka bir deyişle; çizgili kasların tükettiği ve istirahat halinde harcanan enerjiden daha fazla enerjinin tüketilmesi ile sonuçlanan hareketler bütünüdür.²³ Fiziksel aktivitelere yürüme, koşma, bisiklete binme, dans, yüzmeye, merdiven çıkma ve ip atlama örnek olarak verilebilir.

Egzersiz belirli bir alanda planlı bir şekilde tekrar edilerek yapılan vücut hareketleridir.²⁴ Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite de egzersiz olarak adlandırılabilir. Aerobik egzersiz, direnç ve kuvvetlendirme egzersizleri, denge ve germe egzersizleri olarak üç ayrı egzersiz çeşidi vardır. Aerobik egzersiz kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemini güçlendirir. Ayrıca yüksek miktarda oksijen tüketir ve enerji yaktırır. Direnç ve kuvvetlendirme egzersizleri alt ve üst ekstremiteler, abdomen ve toraks bölgesindeki geniş kas gruplarının çalışmasını sağlayan hareketlerdir. Denge ve germe egzersizlerinde ise daha düşük düzeyde enerji harcanır; ancak bu egzersizlerle kasın boyutu artar.²⁵

2.2. Fiziksel Aktivitenin Prevalansı

2010 yılı verilerine göre yeryüzündeki 18 yaş ve üzerindeki bireylerin yaklaşık %23'ü (erkek nüfusun %20'si, kadın nüfusun %27'si) yeterli seviyede fiziksel aktivitede bulunmamaktadır. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan ülkelerde erkeklerin % 26'sı, kadınların %35'i ve sosyoekonomik seviyesi düşük ülkelerdeki erkeklerin %12'si ve kadınların %24'ü yeterli fiziksel aktiviteye sahip değildir. Düşük veya azalan fiziksel aktivite düzeyi genellikle yüksek ya da yükselen gayrisafi milli hasıla ile bağlantılıdır. Fiziksel aktivitedeki düşüş kısmen boş zamanlardaki hareketsizlik ve iş ve

evdeki sedanter davranışlardan kaynaklanmaktadır. Aynı şekilde ulaşımda pasif yöntemlerin kullanımındaki artış da yetersiz fiziksel aktiviteye katkıda bulunmaktadır.

2010 yılında küresel düzeyde 11-17 yaş adölesanların %81'i yetersiz fiziksel aktiviteye sahiptir. Adölesan kızlar (%84) adölesan erkeklerden (%78) daha az aktiftir.

ABD'de her yıl ölen her iki insandan birinin ölüm nedeni sağlıklı olmayan yaşam tarzıdır. The Surgeon Generals Report, Healty People dergisinin 2000 yılı sayısındaki araştırma sonuçlarına göre yaşam tarzı ile ilgili pozitif davranış değişimlerinin yaşlı bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığında azalma, sağlık kalitesinde yükselme, sağlık sektöründeki giderlerde ise azalma sağladığı ortaya konmuştur. Healty People 2010'da sağlıklı yaşamın en önemli göstergelerinden biri olan aktif yaşam için ABD'de yaşayan 9-12 yaş arası çocukların haftada minimum 3 gün ve minimum 20 dakika şiddetli düzeyde fiziksel aktivitede bulunma oranları 1990-1999 yılları arası %65 iken 2010 yılındaki hedef %85 olarak belirlenmiştir. Yetişkin bireylerde ise %15 olan fiziksel aktivitede bulunma oranının %30'a çıkarılması hedeflenmektedir.²⁶

Türkiye Beslenme ve Sağlık araştırmasına göre 12 yaş üstü bireylerde fiziksel aktivite yapma oranı %28.1 olarak belirtilmiştir. Kronik hastalıklar risk faktörleri araştırmasına göre ülke çapında; kadınların %87'si erkeklerin %77'si düzenli olarak fizik aktivite yapmadığı belirtilmiştir.²⁷

2.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Önemi

Fiziksel aktivite, birey sağlığının sürdürülebilmesinde çok önemli öğelerden biridir. Fiziksel aktivite ile sağlıklılık arasındaki ilişkinin önemi uzun yıllar önce keşfedilmiştir. Eski topluluklar, asırlar önce fiziksel aktivitenin sağlığın gelişimi üzerinde pozitif etkilere sahip olduğunun ve fiziksel aktivitenin morbidite riskini azalttığının farkına varmışlardır.²⁸ Yönetimler; kronik hastalıkların, obezitenin ve

sedanter yaşam tarzının giderek artmasının getirdiği sorunlarla mücadele etmek durumunda kalmıştır. Fiziksel hareketlerin yeterince yapılmaması; bu sorunları arttıran temel etkenlerden biridir.²⁹ Fiziksel aktivitelerin yeterince yapılmamasının bazı hastalıkların görülmesinde ve ilerlemesinde belirleyici bir etken olduğuna dair birçok araştırma bulunmaktadır.³⁰ Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin, hareket kısıtlılığı ile seyreden hastalıkları, bu hastalıklara sekonder gelişen mortaliteleri önlediği ve yaşam kalitesini artırdığı ortaya çıkmıştır.³¹

Fiziksel inaktivitenin kardiyovasküler hastalık gelişme riskini anlamlı ölçüde artırdığı, fiziksel bakımdan hareketli olmanın ise; kan basıncı değerini ve kolesterol değerini düşürme, obeziteyi önleme ve diyabet komplikasyonlarını engelleme gibi pozitif etkileriyle kardiyovasküler morbidite riskini anlamlı ölçüde azalttığı birçok çalışmada kanıtlanmıştır.³² Fiziksel aktivitenin bireylerin fiziksel sağlığını geliştirmesinin yanı sıra aynı zamanda psikolojik sağlığı için de pek çok yararı vardır. Bireylerin fiziksel etkinliğini geliştirip, normalden fazla olan enerjilerini yakan önemli bir araçtır. Böylece kaygı, stres ve tükenmişlik sendromunun neden olduğu fiziksel ve ruhsal etkileri engelleyebilme gücüne sahiptir.³³

2.4. Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Fiziksel açıdan aktif olmanın insan sağlığı üzerindeki olumlu etkileri 15. yüzyılda İtalyan hekimler tarafından ortaya konmuştur. Çocuklarda büyüme ve gelişim üzerinde ve yaşlılarda sağlığının korunması ve geliştirilmesinde fiziksel aktivite programları geliştirilerek bu etkiler gösterilmiştir.³⁴ Sağlıklı bir aktif yaşam için düzenli fiziksel aktivite çok önemli bir araçtır. Yaş ilerledikçe fiziksel kapasite eşik değerlere yaklaşır ve fiziksel kapasitedeki minimal azalmalar en basit günlük aktivitelerin bile yapılabilmesini zorlaştırır.³⁵ Fiziksel açıdan aktif olmanın birçok hastalığı önlemede önemli düzeyde etkili olduğu göz önüne alındığında bireyin yaşamında büyük ölçüde

önemli bir yere sahip olduğu açıkça görülmektedir. Bundan dolayı ilerleyen yaşla birlikte azalan fiziksel aktivitenin hangi düzeyde olduğu ve bu bireylere en uygun fiziksel aktivitenin ne olduğunun planlanması ve buna göre hareket edilmesi, bu sağlık problemlerini önemli ölçüde azaltacaktır.³⁶

Sağlıkla ilgili değerlerin korunmasında ve kontrol altında tutulmasındaki öneminin ve etkilerine ek olarak, kişiye özel planlanmış fiziksel aktivite programlarının birçok hastalık ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan morbiditelerin iyileştirilmesinde ve hastalık seyrinde insan vücudunda kalıcı hasar oluşumunun önlenmesinde önemli katkıları olduğu bilinmektedir.

Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalarda hastalık ve ölüm sebepleri içinde çevre hijyeni, içecek temiz su temini, kötü beslenme ve yetersiz yaşam koşulları yer almaktayken günümüzde ilk sıralarda sigara kullanımı, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, aşırı kilo ve hareketsiz yaşam bulunmaktadır.

Fiziksel bakımdan inaktif olmanın sağlık ile ilgili ortaya çıkardığı en önemli sorunlardan biri de Tip-2 diyabettir. Özellikle dengesiz beslenme ve hareketsiz bir yaşam tarzına sahip olma diyabetin en önemli risk faktörlerindendir. Buna karşın, düzenli bir biçimde fiziksel aktivite yapmanın kardiyovasküler sistem hastalığı oluşumunda koruyucu etki yapabileceği, vücut metabolizmasını düzenleyebileceği, obezite oluşumunu önleyebileceği ve psikolojik bakımdan bireylerin daha sağlıklı olmasını sağlayabileceği belirlenmiştir.³⁷⁻³⁹

2.5. Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları

Fiziksel aktivitenin fiziksel, sosyal, ruhsal birçok yönden olumlu etkileri vardır. Fiziksel aktivitenin insan psikolojisi üzerine etkisi üzerine yapılan araştırmalar, egzersiz yapan bireylerde sosyal, psikolojik ve bedensel stres, anksiyete ve depresyonun azaldığını göstermiştir. Düzenli bir biçimde fiziksel aktivitede bulunan bireylerde

psikolojik, sosyal ve beden imajı ile ilgili olumlu gelişmeler elde edilmiştir. Bunun yanı sıra nüfusun fazla olduğu bölgelerde uygulanan fiziksel aktivite programlarının bireylerde fiziksel ve emosyonel bozukluk insidansında azalma sağlayabildiği görülmüştür. Bir diğer araştırmada, ilerleyen yaşlara kadar düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunanların, aynı yaştaki diğer bireylere göre %20-30 daha yüksek performans gösterdikleri belirlenmiştir.^{40,41}

Fiziksel bakımdan aktif olan bireylerin özgüvenleri ve özsaygıları artmakta, bağımsız hareket etme ve girişimci yönleri gelişmekte, emosyonel dengeleri ve yaşam tatminleri yükselmektedir. Ayrıca, bireylerin rahatlamasını sağlayarak uyku düzeni üzerine de olumlu etki göstermektedir. Bu durum bireylerin daha enerjik olmasını sağlamaktadır. Ayrıca, düzenli egzersiz yapmak bireyleri çevrelerine karşı daha duyarlı hale getirmektedir.^{42,43}

Fiziksel aktivitenin vücudumuzda birçok sistem üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır.

2.5.1. Solunum Sistemi Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite, solunum kapasitesinde artış sağlayan, solunum sistemi bileşenlerini kuvvetlendiren en önemli unsurdur. Yapılan araştırmalarda düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunan kişilerin hem akciğer hacminde hem de akciğer fonksiyonlarında diğer bireylere oranla anlamlı oranda gelişme olduğu görülmüştür. Doğal olarak, düzenli egzersiz yapan kişilerin dokularına ve hücrelerine ulaşan oksijen miktarı çok daha fazladır.⁴⁴

Akciğer hastalığına sahip bireylerin dispne semptomlarını azaltmak için solunum egzersizi ve fiziksel aktivite yapmaları gerekmektedir. Fiziksel aktivitenin solunum sistemi üzerinde; diyafram kuvvetini arttırma, nefes alma-verme frekansını düşürme, akciğer havalanmasını arttırma, akciğer bazallerine yerleşmiş mukus tıkaçlarını açma,

akciğer ve toraks duvarı mobilizasyonunu arttırma, dispne ve takipne semptomlarında düzelme sağlama gibi pozitif etkileri mevcuttur.⁴⁵ Düzenli egzersiz yapan bireylerin sigarayı bırakma olasılıkları diğer bireylere göre daha yüksektir.

2.5.2. Dolaşım Sistemi Üzerine Etkileri

Kalp damar hastalıklarında yaş, cinsiyet, kalıtsal hastalık gibi faktörler değiştirilemeyen risk faktörleri iken, sigara içme, yağlı gıdalarla beslenme, fiziksel aktivite seviyesinin yetersiz olması gibi faktörler değiştirilebilen risk faktörleridir. Değiştirilebilen risk faktörleri arasında en önemlisi fiziksel aktivite seviyesinin yetersiz olmasıdır. Fiziksel aktivite plak oluşumunu durdurur veya azaltır. Kalbe giden kan miktarını arttırarak diğer kan yağlarını azaltır. Kalp damar sistemi egzersiz sırasında daha ekonomik çalışarak iyi kolesterol miktarının artmasını sağlar.⁴⁶

Fiziksel aktivitenin kardiyovasküler sistem üzerinde; myokardial performansı yükseltme, pik diastolik dolumu arttırma, kalp kası kasılabilirliğini arttırma, kan lipidlerini düzenleme, oksijen kapasitesini arttırma, kan basıncını düzenleme ve dayanıklılığı arttırma gibi pozitif etkileri vardır.^{47,48} Ayrıca plak oluşumunu azaltma veya durdurma, kan basıncını düşürme, vücut kompozisyonunu düzenleme ve kalbe giden kan miktarını arttırarak kalbin iyi oksijenlenmesini ve beslenmesini sağlama gibi etkilere de sahiptir.⁴⁹

2.5.3. Kas İskelet Sistemi Üzerine Etkileri

İleri yaş bireyler arasında kas-iskelet sistemi hastalıkları sıklığı yükselmekte ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle osteoartrit sıklığı yaşla beraber artmaktadır Fiziksel aktivite eklem hareket açıklığında artış, bağlarda kuvvetlenme ve baskıya dirençte artma sağlayarak osteoartritli hastalarda ağrıyı ve hareket kısıtlılığını önleyebilmektedir. Osteoartrit bulguları ortaya çıkmadan önce düzenli fiziksel aktivite programları ve günlük aktivite değişiklikleri yapılmalı, bulgular

ortaya çıktıktan sonra ise eklemlere fazla yük bindirmeyen su içi egzersiz, yüzme gibi sporlar yapılmalıdır.

Kadınlarda menopoz sonrası dönemde düzenli fiziksel aktiviteye bağlı olarak kalsiyum alımının arttığı ve fiziksel aktivitenin kemiğin mineral yoğunluğunu düzenlediği anlaşılmıştır. Yürüme programları ve aerobik egzersizlerin vertebraların dayanıklılığını, güce dayalı fiziksel aktivitelerin ise hem vertebra hem de kalça kemik mineral yoğunluğunu arttırdığı saptanmıştır.⁵⁰

Adölesan dönemde yapılan fiziksel aktivitelerin ileri dönemde kemik mineral yoğunluğu üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Kas gerilimi ve kaslara yük binmesi sonucu ortaya çıkan gerilim ve baskı kuvveti kemik dokusu gelişimi üzerinde uyarıcı etkiye sahiptir. Kemiklere binen yük ve fiziksel aktivite ile büyüme plaklarında uyarı artar, daha güçlü bir kemik gelişimi sağlanmış olur. Büyüme ve gelişme döneminde kemiğin gelişimini pozitif etkileyen bütün faktörler daha sonraki dönemlerde kemik kaybının minimum seviyede seyretmesini sağlar. Ayrıca, düzenli fiziksel aktivite özellikle adölesan ve genç erişkin dönemlerinde bazı iskelet kaslarının liflerinde gelişme sağlar ve böyle kas kuvvetini artırır. Çocukluk ve adölesan dönemde yapılan fiziksel aktivite ileri dönemde oluşabilecek santral yağlanma riskinde de anlamlı ölçüde azalma sağlar.⁵¹

Düzenli fiziksel aktivite; kas gücünün korunmasını ve arttırılmasını, kasların ve eklemlerin hareket açıklıklarının kaybolmamasını ve arttırılmasını, refleks ve reaksiyon zamanının azalmasını, vücut postürünün korunmasını sağlar. Aynı zamanda kemik mineral yoğunluğunun artmasını ve osteoporoz insidansının azalmasını, kas dokusu tarafından tüketilen oksijen ve enerji miktarının artmasını, kas-eklem kontrolünün artmasını, hareket alışkanlığı ve fiziksel aktivite toleransının artmasını sağlaması gibi birçok olumlu etkisi vardır.⁵²

2.5.4. Hormonal Sistem Üzerine Etkileri

Fiziksel aktivite vücutta birçok biyokimyasal değişime neden olur. Fiziksel aktivite sırasında depresyon semptomlarını azaltan norepinefrinin kandaki düzeyleri yükselir. Bu durum depresyon belirtilerinin azalmasını sağlar. Ayrıca cerebrumda endorfin salgısı artar. Böylece vücutta doğal olarak morfin benzeri ağrı kesici ve mutluluk maddesi sağlanmış olur.⁷ Diyabet; vücudun kendisi için gerekli olan insülin hormonunu yeterli düzeyde salgılayamaması veya salgılanan insüline doku düzeyinde direnç gelişmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu hastalıkta, pankreas tarafından salgılanan insülinin kan şekerini yeterince düşüremediğinden kan şekeri düzeyi normalden yüksektir.

Fiziksel aktivitenin diyabet üzerine birçok olumlu etkisi vardır. Psikolojik durumu, kardiyovasküler sistemi ve metabolizmayı etkileyerek kan şekerini düşürebilir ve diyabet hastalığının kontrol altına alınmasında yardımcı olabilir. Fiziksel aktivite normalden fazla insülin salgılanmasını sağlayamaz ancak insülin direncini azaltarak salgılanan insülinin etkinliğini arttırabilir. Bu etkisi birkaç saatten 24 saate kadar değişen aralıkta sürebilir. Böylece insülin bağımlı olmayan; yani tip-2 diyabette oral ilaç alımı ihtiyacını azaltır. Ayrıca kan şekerinin kontrolünün daha kolay sağlanması gibi bir etkiye sahiptir. Birey fiziksel aktivite yapmaya başladığında kan şekeri ve diyet takibini daha düzenli yapmaya başlar. Diyabetin medikal tedavisinden önce fiziksel aktivite ve diyet önerilmesi bu hastalığın tedavisinde fiziksel aktivitenin önemini göstermektedir.^{53,54}

Obezite; vücudun normalden fazla yağlanması olarak tanımlanabilir. ABD’de erişkin bireylerin yaklaşık %55’i normalden fazla kilolu, %21’i obezdir. Yapılan araştırmalar obezitenin neden olduğu hastalıklar arasında hipertansiyon, tip-2 diyabet,

dislipidemi, kalp damar sistemi hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi ve kalın bağırsak, meme, safra kesesi, rahim kanserleri gibi bazı kanserlere neden olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle obezitenin tedavisi aynı zamanda bu hastalıkların da görülme sıklığında büyük oranda azalma sağlayacaktır. Fiziksel aktivite, obezitenin tedavisinde medikal tedaviden ve diyet tedavisinden daha etkili bir yöntemdir.³⁰

Fiziksel açıdan aktif olmak, abdominal obezite riskini önemli ölçüde azalttığı gibi sadece diyet tedavisi yapılmasıyla kıyaslandığında uzun dönemde daha güçlü bir seçenektir. Fiziksel aktivite ile kilo kaybı sağlanmaktadır. Kilo kaybı ile insülin direncinde düzelme, total LDL düzeylerinde minimal azalmalar ve hipertansiyonu olan bireylerde kan basıncında düşme sağlanmaktadır.⁵⁵

2.5.5. Ruhsal ve Sosyal Sağlık Üzerine Etkileri

Stres; hayatta kalmak üzere geliştirilmiş bir savunma mekanizmasıdır, ancak sanayileşme ve kentleşme ile birlikte insanın doğaya adapte olan stres ve uyum mekanizmaları alt üst olmuş ve insana zarar verecek hale gelmiştir. Bu sorunun en önemli çözüm yollarından biri fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite önemli emosyonel faydalar sağlar. Depresyonu, anksiyeteyi ve diğer ruhsal sorunların şiddetini azaltır. Yapılan araştırmalar özellikle fitness merkezlerindeki ve diğer toplu olarak fiziksel aktivite yapılan yerlerdeki bireylerin kendilerini daha mutlu hissettiklerini, depresyon eğilimlerinin daha az olduğunu ortaya koymuştur. Düzenli fiziksel aktivitenin vücudun strese karşı gösterdiği aşırı, kontrolsüz ve zararlı tepkiyi azalttığı tespit edilmiştir.

Fiziksel aktivite, bireyin kendisini daha iyi, daha güçlü, daha enerjik hissetmesini, stresinin azalmasını ve zihinsel açıdan güçlü olmasını sağlar. Aynı zamanda bireyin kendisini daha genç hissetmesini sağlar. Beyin hücrelerine sağladığı yüksek miktarda glikoz ve oksijen sayesinde beynin yaşlanmasını geciktirir ve böylece zeka ve kavramsal yetenekleri olumlu yönde etkiler.⁵⁰

Fiziksel aktivite yapılan zamanlar aslında bireyin yaşama karşı toleransını arttıran zamanlardır. Bireyin kendisini mutlu hissetmesini ve iyi olmasını sağlar. Vücut ağırlığının ve şeklinin korunması açısından önemli olduğundan bireyin toplum içindeki konumunda da etkilidir. Vücudun düzgün olmasını sağlar ve böylece bireyin bedeni ile barışık, kendine güvenen kişiler olmasına yardımcı olur. Bu durum çocuk, genç ve yaşlı bireyler için topluma uyum sağlama ve toplum tarafından kabul edilme oranını yükseltir.⁵⁶

2.6. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi

Bir fiziksel aktiviteye başlamadan önce bireyin hangi aktivite düzeyinde olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Fiziksel aktivite seviyesi ve yoğunluğu ‘Altı Nokta Grimy Skalası’ ile belirlenebilir.

1. Seviye: Yaşam için sadece gerektiği kadar hareket
2. Seviye: Haftada bir iki kez yürüyüş veya diğer sosyal aktiviteler
3. Seviye: Haftada birçok kez yürüyüş ve diğer sosyal aktiviteler
4. Seviye: Haftada bir iki kez terleyecek ve derin solunum yapacak kadar aktivite
5. Seviye: Haftada birçok kez terleyecek ve derin solunum yapacak kadar aktivite
6. Seviye: Haftada birçok kez kondisyon egzersizleri ve yarışma sporları

3-6 seviyesindekiler ile yüzme, bisiklete binme, dans, kayak, top oyunları ve kürek çekme gibi aktiviteleri haftada en az bir kez yapanlar aktif; diğer kişiler ise sedanter olarak kabul edilmektedirler.

Güvenli bir şekilde uygulanabilecek egzersiz programında, egzersizin şiddeti, kişinin yaşına göre hesaplanan maksimum kalp hızının %50-60'ını aşmamalı ve üç haftada bir nabız değeri kontrolüyle egzersiz şiddeti arttırılmalıdır

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için haftalık 2,5 saatlik (haftanın 5 günü 30 dakikalık) orta şiddette bir egzersiz yetişkinler açısından yeterlidir.

1-4 yaş arası çocuklar gün içinde farklı şiddetlerde toplam 180 dakikalık fiziksel aktivite yapmalıdırlar. 5 -18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler için ise, günde 60 dakika, orta şiddetliden daha yüksek şiddetli aktivitelere doğru şiddeti değişen aktiviteler önerilmektedir.

Orta şiddetli aktiviteler sırasında kişi konuşabilir fakat şarkı söyleyemez. Hızlı yürümek, düşük tempolu koşular, dans etmek, ip atlamak, yüzmek, masa tenisi oynamak, yavaş tempoda bisiklet sürmek vb.

Yüksek şiddetli aktiviteler sırasında kişi, aktivite sırasında nefesi kesilmeden birkaç kelimedenden fazlasını konuşamaz. Tempolu koşu, basketbol, futbol, voleybol, hentbol ve tenis oynamak, step-aerobik derslerine katılmak, tempolu dans etmek vb.⁵⁰

2.7. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi

Fiziksel aktivite değerlendirme yöntemleri 4 ana başlıkta toplanabilir.⁵⁹⁻⁶²

2.7.1. Gözlem

Ağırlıklı olarak adölesanlarda ve özel sektör çalışanlarında kullanılır. Gözlemci yapılan fiziksel aktivitelerin tipini, süresini, şiddetini bir yere not eder. Kalifiye eleman gerektirdiğinden pahalı bir yöntemdir. Formlarının önceden hazırlanmış ve her durum için farklı seçeneklere sahip olması gerekir.^{57,59,61}

2.7.2. Anket

Günlük belirli kesitte yapılan fiziksel aktivitelerin tamamı detaylı bir biçimde incelenmesini sağlayan ve her aktivite tipi için ayrı ayrı harcanan zamanın belirlenmesini sağlayan bir yöntemdir. O anki duruma veya geçmiş zamana yönelik yapılabilir ve daha çok kısa kesitli değerlendirmeler için kullanımı yaygındır. Dolayısıyla genel fiziksel aktivite ile ilgili tam ve kesin bilgiye ulaşılması pek mümkün değildir. Uygulanmasında, bireyler tarafından doldurulmasının genellikle zor bulunması nedeniyle sorunlarla karşılaşmaktadır. Ayrıca özellikle geçmişe yönelik yapılan anketlerde eksik veya yanlış bilgilere rastlanabilmektedir.^{57,59,62}

Anket yöntemi halk sağığı çalışmalarında fiziksel aktivite durumunu belirlemek amacıyla kullanılan kolay bir yöntemdir. Bu yöntem geniş bir nüfusa uygulanabilen kolay ve ucuz bir yöntemdir. Kullanılan anketler sonunda bireylerin aktivite düzeyleri yüksek, orta ve düşük olarak sınıflandırılabilir. Ayrıca kalori tüketimi veya metabolik eşdeğer olarak hesaplanabilir. Fiziksel aktivite değerlendirme anketleri; uygulandığı popülasyonun fiziksel aktivite algısını değıştirmemeli, uygulanması kolay olmalı, uygulanacağı popülasyona uygun olmalı, geçerli ve güvenilir olmalıdır.^{58,59,61,63}

2.7.3. Hareket Algılayıcıları

Hareket algılayıcılarının mekanik ve elektronik çeşitleri vardır. Bunlar vücut hareketlerini ve bu hareketlerin şiddetini ölçmeye yarayan aletlerdir. Akselometre; hareketin miktar ve şiddetini elektronik ortama aktaran küçük bir cihazdır. Fiziksel aktivitenin dinamik bileşenini ölçer. Objektif bir testtir ve oldukça güvenilirdir. Takıldığı bireyde herhangi bir rahatsızlığa ve aktivite değışimine neden olmaz.

Pedometre; atılan adımları sayar. Omurganın vertikal yöndeki hareketlerini kaydeder. Yürüme ve koşma sırasında kaydedilen hareketin şiddetini ölçemez. Bisiklet kullanma esnasında ise kayıt yapmaz. Geniş kapsamlı araştırmalarda kullanılabilme özelliğı nedeniyle oldukça kullanışlıdır.^{58-60,63}

2.7.4. Kalp Hızı Görüntüleme

Fiziksel aktivite yapılırken harcanan günlük enerji miktarı kalp hızı ile hesaplanabilmektedir. Fiziksel aktivite sonucu kardiyak sistem üzerinde meydana gelen stresi değılendirebilmektedir. Objektif olması nedeniyle sıklıkla kullanılır. Boyutu ve ağırlığı yıllar içinde küçültülmüş ve daha güvenilir bir biçimde kayıt yapacak şekilde geliştirilmiştir. Uzun süreli kayıt yapma ve bu bilgileri depolayabilme özelliğine sahiptir. Bu tekniğin en olumsuz yönü; her bir birey için kalp hızı-enerji harcanması eğrisinin optimize edilmesinin gerekmesidir. Ayrıca dinlenmede ve düşük şiddetli

aktivitelerde kalp hızı ile enerji harcanması arasındaki ilişki önemli farklılıklar göstermektedir. Psikolojik stres ve vücut sıcaklığındaki değişimler de kalp hızını etkileyebilmektedir. Bununla birlikte fiziksel durumu iyi olan bireylerin istirahat kalp hızları düşük olduğu için testte hatalı sonuçlar olabilmektedir.^{58,59,62}

2.8. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

2.8.1. Demografik ve Biyolojik Etmenler

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, genetik, sosyal ve ekonomik durum, medeni hal fiziksel aktiviteyi etkileyen demografik ve biyolojik etmenlerdir.⁶⁴

2.8.2. Psikolojik, Bilişsel ve Emosyonel Etmenler

Sağlık ve fiziksel hareket hakkındaki farkındalık durumu, ruhsal durum bozukluğu, yeterli vakit olmaması, kişilik değişikliklerine bağlı durumlar, özgüven eksikliği, motivasyon eksikliği, fiziksel aktiviteye engel olarak algılanan durumlardır. Çağımızda kronik stres ve bununla ilişkili yorgunluk dolayısıyla zaman yetersizliği engel olarak görülerek fiziksel aktivite yapılmamaktadır.⁶⁴

2.8.3. Davranışsal Nitelikler ve Beceriler

Çocukluk dönemindeki ve ileri dönemlerdeki aktivite öyküsü, beslenme alışkanlığı, sigara ve alkol alışkanlıkları, okul sporlarına katılım düzeyleri, engellere karşı gelebilme yeteneği vb. fiziksel aktivite yapmayı etkileyen faktörlerdir.⁶⁴

2.8.4. Sosyal ve Kültürel Etmenler

Sosyal çevre bireylerin hareketlilik düzeyini etkileyen bir faktör olup sosyoekonomik durum bunlardan biridir. Kendilerine ayırabilecekleri zaman dilimi diğer insanlara göre az olan, fiziksel aktivite yapılacak park, yeşil alan gibi yerlere erişim olanakları kısıtlı ve gelir seviyesi düşük bireylerin, fiziksel aktiviteye katılım oranları düşüktür. Toplum kültürü, hangi bireyin fiziksel aktivitede bulunması gerektiği konusundaki inanç ve düşünceleri ile farklı yaştaki ve farklı cinsiyetteki bireylere en

uygun aktivitenin hangisi olduğunu belirleyebilecek güçtedir. Bireylerin diğer aile fertlerinden, arkadaş çevresinden ve diğer insanlardan sosyal destek görmeleri fiziksel aktiviteye başlamalarında ve devam ettirmelerinde etkili faktörlerdir.⁶⁴

2.8.5. Fiziksel Çevre Etmenleri

Park, koşu alanları, yeşil bölgeler ve ormanların bireylerin çalışma ve yaşam alanlarına yakın olması, onların fiziksel açıdan aktif bir yaşam sürmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Fiziksel aktivitelerin yapılacağı alanlar ile işyerlerinin ve evlerin arasında bulunan yolların güvenli olmaması, araçların yaydıkları egzoz gazları ve buna bağlı olarak gelişen hava kirliliği, ulaşım araçlarının yetersizliği, tesislerin yetersizliği gibi etkenler bireylerin fiziksel aktivitede bulunmasını engellemektedir.⁶⁴

2.9. Adölesan Dönemin Özellikleri

Adölesan dönem, bireyin bedensel ve ruhsal değişiminin maksimum düzeyde olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. DSÖ, 10-19 yaş arası grubu adölesan dönem olarak kabul eder.³⁰

Adölesan dönemi için birtakım yaş sınırları çizilmeye çalışılmış olsa da bu dönemin keskin sınırlarla ayrılması pek kolay değildir. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen bu dönem, aslında bedensel, ruhsal ve sosyal olgunluğa erişimin tamamlandığı bir aşamadır. Bu dönemde hızlı bir fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikolojik olgunlaşma görülür. Çeşitli faktörler bu döneme erken girilmesine veya bu dönemin geç sonlanmasına neden olabilir.

Fiziksel büyüme ve gelişme bu dönemde anlamlı bir biçimde artış gösterir ve bu dönemin sonunda bireyin erişkin dönemdeki vücut ölçülerine ulaşması gerçekleşir. Boy uzaması ile birlikte iç organların ve endokrin bezlerin büyüklüklerinde, kas kütlesinde ciddi artış görülür. Kafa ve beyin büyümesi, 9-11 yaş civarında hemen hemen erişkin düzeyine eriştiğinden bu dönemde önemli düzeyde değişime uğramaz. Ürogenital

sistemde maturasyon ise bu dönemde belirgin bir artış gösterir. Lenfoid sisteme ait organlarda ise atrofi olur.

Adölesan dönemde büyüme hormonu ve seks steroidlerinin salgısının pik yapmasıyla büyüme atağı olur. Bu atak esnasında boy uzaması en üst seviyeye ulaşır ve doruk boy uzaması gerçekleşir. Bu dönem erkeklerde kızlardan 2 yıl sonra gerçekleşir. Ayrıca bu dönemde erişkin dönemdeki vücut ağırlığının neredeyse yarısı kazanılır.

Adölesan dönemde hızlı büyümeye ve büyüme hormonlarının etkilerine bağlı olarak deri altı yağ dokusu azalır. Daha sonraki dönemde ise kızlarda erkeklere oranla daha fazla olmak üzere, deri altı yağ dokusunda artış görülür.

Adölesan dönemde erişkin dönemdeki total kemik kitlesinin yaklaşık %35'i kazanılır. Kemiklerin toplam mineral yüzdesi ve içeriği her iki cinsten de artar ve bu dönemin sonunda maksimuma ulaşır. Kemik dansitesi ikinci dekattan sonra artış göstermez. Bu nedenle adölesan dönemdeki kemik kitlesi artışı erişkin dönemde osteoporoz gelişiminin önlenmesi açısından önemlidir.⁶⁵

2.10. Adölesan Dönemde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Yapmanın Önemi

Adölesan dönem, bireyin anatomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan gelişiminin maksimum olduğu dönemdir. Kimi zaman bireylerin değişimlere uyumda bazı sorunlar yaşadıkları görülebilir. Bu dönemdeki bireylerin gelişim boyunca kasların güç ve esnekliğindeki dengesizliğe bağlı normalden fazla kullanımı sonucu meydana gelen yaralanmalara daha sık rastlanmaktadır. Ayrıca, bu dönemde kemik uçlarında bulunan büyüme kıkırdaklarının halen fonksiyon görmesi nedeniyle uygulanan egzersiz programlarında dikkatli olunmalıdır. Genel görüş, bu dönemde aşırı yüklenmenin büyümeyi olumsuz yönde etkilediği yönündedir. Bu nedenle bu dönemdeki bireyler daha çok vücut ağırlığı kullanılarak yapılan fiziksel aktivitelerde bulunmalıdır.

Adölesan dönemde yapılan fiziksel aktivite; bireyin kendini iyi hissetmesini,

büyüme ve gelişim basamaklarının doğru bir şekilde ilerlemesi sağlar. İleri dönemdeki hayatında aktif bir yaşam stili oluşturulmasını sağlar. Kemik mineral yoğunluğunu artırır ve böylece ilerleyen dönemde osteoporoz gelişim riskini azaltır. Obezite sıklığını ve obeziteye sekonder gelişen kronik hastalıkların görülme riskini azaltır. Tip-2 diyabet sıklığını ve insülin direncini azaltır. Kalp ve solunum sistemi dayanıklılığını artırır. Kendine güvenen, mutlu ve başarılı bireylerin yetişmesini sağlar. Mental sağlığı geliştirir. Santral yağlanmayı azaltır. Erken ölüm, kolon kanseri, diyabet, hipertansiyon ve kalp rahatsızlıklarının oranını azaltır.⁶⁶

2.11. Sağlık Davranışında Transteoretik Modelin Kullanımı

Transteoretik model, kişinin davranışını değiştirmenin bir sonuç değil süreç olduğunu ve bu değişimin daha kolay olması için kişinin geldiği değişim basamağına uygun olan metotların kullanılması gerektiğine inanmaktadır.⁶⁷ Transteoretik Model, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla yurt dışında birçok toplum temelli araştırmada test edilmiştir. Madde kullanan kişilerde egzersiz alışkanlıklarının kazandırılması ve sağlıklı cinsel alışkanlıkların düzenlenmesi gibi birçok koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışta bu model kullanılmıştır.⁶⁸

2.11.1. Değişim Aşamaları

Kişinin davranışını değiştirmeye olan bakışını yansıtır. TTM bireylerin davranışlarının birden değişmediğini, değişim aşamaları boyunca adım adım değiştiğini savunmaktadır. Değişim aşamaları beş basamaktan oluşur.

2.11.1.1. Düşünmeme

Bu basamaktaki kişiler, gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmek konusunda istekli değildir, problemlerinin çok az farkındadırlar ya da problemlerinden tamamen habersizdirler. Ancak aileleri veya diğer yakınları onların problemleri olduğunu farkındadır. Davranış değişimi düşünmeyen kişi, kendini çevresindekilerin

baskısı altında hisseder ve bu baskıyı değişim için tehdit olarak algılar. Bireyler çoğu kez değişik zamanlarda değişimi denemiş ancak başarısız olmuşlardır. Bu nedenle değişime dirençlidirler, motive olamaz ya da sağlığı geliştiren programlar için hazır değildirler. Yaygın olarak sürdürülen sağlığı geliştirme programları, bu aşamadaki bireylerin gereksinimlerini karşılayamaz.⁶⁹

2.11.1.2. Düşünme/Niyet

Bu basamaktaki kişiler, gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler. Problemleri olduğunu bilirler, bununla başa çıkma yollarını düşünürler ancak harekete geçemezler. Değişimin kazandıracağı ve kaybettireceği şeyler arasındaki farklar nedeniyle kişi uzun bir süre boyunca bu aşamayı geçemeyebilir. Bu basamak çoğunlukla, uzun süreli düşünme, harekete geçmeyi geciktirme ya da yavaş hareket etme olarak değerlendirilir. Bu basamağın diğer önemli bir yönü, kişinin sorunun çözümünü düşünmesi fakat daha çok problemli davranışları sürdürmenin kazanımları ile ilgili olmasıdır. Sorunları ile başa çıkmak için harekete geçme çabaları ve güçleri yetersiz olduğundan harekete dayalı planlar için hazır değildirler.⁷⁰

2.11.1.3. Hazırlık

Kişiler takip eden ay içinde harekete geçmeyi düşünmektedirler ve genellikle öncesinde başarısızlıkla sonuçlanan denemelerde bulunmuştur. Sağlık eğitimine katılmak, danışmanlık almak, sağlık çalışanları ile konuşmak, konu ile ilgili kitap satın almak, ya da değişimi denemek gibi hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir.⁷¹

2.11.1.4. Hareket/Eylem

Kişiler sorunlu davranışlarını bir gün ile altı ay arasında başarılı bir şekilde değiştirmiş ise eylem basamağında kabul edilir. Kişiler problemlerini çözebilmek için davranışlarını, deneyimlerini ya da çevrelerini değiştirmeyi denerler. Eylemin davranış

değiştirme ile aynı anlamı taşıdığı düşünülür, ancak tek başına davranış değişimini tanımlamaz. Örneğin, içilen sigara sayısını azaltmak ya da daha az nikotin içeren sigara içmek, eylem olarak kabul edilir. Eylem basamağı aynı zamanda önceki basamağa yeniden dönüşü önlemek, kazanılan davranışı güçlendirmek için çaba gerektiren kritik bir basamaktır.⁷²

2.11.1.5. Devam Ettirme

Altı aydan sınırsız süreyle uzar. Kişilerin geri dönüşü önlemek ve hareket basamağında edindikleri başarıları güçlendirmek için çalıştıkları bir basamaktır. Kişi sorunlu hareketi teşvik eden şeylerden daha az etkilenir ve değişimi sürdürebileceğine olan inancı artmıştır. Devam ettirme durgun bir basamak değil, bir süreçtir. Bazı hareketler için süreklilik hayat boyudur. Devam ettirme basamağında düzeltilen sorunlu bir hareket, alternatif hareketlerin kazanılması birlikte ele alınır.⁷³

2.11.2. Öz-Etkililik

Öz-etkililik, kişinin çözülmesi zor durumlarla karşılaştığında riskli alışkanlıklarına yeniden dönmemesi için sahip olduğu kararlılığı yansıtır. Bir başka ifade ile bir durumu başarı ile çözebileceğine dair, kendisi hakkındaki düşüncesi ya da inancıdır.

Bireylerin öz-etkililik seviyeleri, harekete geçmek için gerekli olan motivasyonda oldukça etkilidir. Örneğin, bireyin düzenli olarak egzersiz yapmaya başlamasından sonra egzersiz yapmayı sürdürmesi ve hareketsizliğe dönmesinin engellenmesinde önemlidir. Egzersiz davranışı ile ilgili Transteoretik Modele yapılandırılmış çalışmalarda; düşünmeme aşamasındaki kişilerin öz-etkililik seviyelerinin düşük olduğu, değişimin daha ileri aşamasında olan kişilerin ise öz-etkililiğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.¹⁹

2.12. Egzersiz Davranışı Kazandırmada Hemşirenin Rolü

Günümüzde mortalite ve morbidite oranı giderek artan ve tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarının başında yer alan kronik hastalıklar önlenebilir. Kronik hastalıklara neden olan risk faktörlerinden biri ise fiziksel aktivite yetersizliğidir. Risk faktörlerini azaltma veya kontrol altına almada, kişinin yönlendirilmesinde hemşirelere oldukça önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler; eğitim, rehberlik, bakım ve danışmanlık rollerine sahip olmaları nedeniyle bireylerin fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayıp sağlayamadığı, uyum sağlanmasına engel olan sosyoekonomik ve davranışsal sorunların ne olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler birincil ve ikincil korunma önlemlerini alarak hastalıkların engellenmesinde etkilidirler. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimine uyum düzeyini araştırırken, kişilerin fiziksel bakımdan aktiflik durumlarını, çevresel etmenleri ve hangi fiziksel aktiviteyi tercih ettiklerini belirlemelidir. Ayrıca, kişiye özel olarak belirlenen gereksinimlere paralel olarak kişisel fiziksel aktivite programları geliştirmede destek sağlanması görevine sahiptirler.⁷⁴

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aralık 2015 ile Ocak 2017 tarihleri arasında, Muş il merkezinde yer alan Muş Anadolu Lisesi'nde yapılmıştır. Bu lisenin seçilme nedeni, öğrenci sayısının en fazla olduğu ve her sosyoekonomik seviyeden öğrencinin yer aldığı bir lise olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Muş Anadolu Lisesi'nde eğitim öğretim gören öğrencilerin tümü (529 öğrenci) oluşturmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmemiş olup araştırmanın örneklemini bu lisede eğitim öğretim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden 500 öğrenci oluşturmuştur. 29 öğrenciye ise çeşitli nedenlerle ulaşılammıştır.

Çalışma tamamlandıktan sonra yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, etki büyüklüğünün 0.61 gücünün ise 0.99 olduğu belirlendi. Bu sayılar örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.⁷⁵

3.4. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu; öğrencilerin yaşını, boy ve kilosunu, sınıfını, aile tipini, eğitim durumunu, fiziksel aktivite yapmama nedenleri, kronik hastalık durumunu, sigara kullanma durumunu, en sık yapılan fiziksel aktivite durumunu sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır.

Egzersiz Özetkililik Ölçeği: Marcus ve ark.^{76,77,79} tarafından geliştirilmiş, Ay ve Temel¹⁸ tarafından 2008 yılında Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek, bireylerin farklı

seviyelerdeki fiziksel aktivitede bulunma alışkanlığını kontrol edebilme kabiliyetinde kendi konumunu algılama biçimini değerlendirme amacıyla geliştirilmiş olup ölçeğin genel Cronbach's Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçek altı maddeden oluşmaktadır ve 1'den başlayıp 5'e kadar yapılan puanlama likert tipi ölçektir. Bireylerden; belirtilen durumda egzersiz yapma durumları emin olma derecesine göre 1'den 5'e kadar en uygun sayı ile eşleştirilmesi istenir. Ölçek sonunda alınabilecek maksimum puan 30, minimum puan ise 6'dır. Bireyin ortalama ölçek puanı arttıkça özetkililiği de artmaktadır.

Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu: Bu ölçek Marcus ve ark.^{76,77} tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Ay ve Temel¹⁸ tarafından 2008 yılında Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek beş sorudan oluşmakta ve bu sorular bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koymaktadır. Bu değişim aşamaları; düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, harekete geçme ve sürdürme aşaması olarak sıralanmaktadır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa form): Craig ve ark.⁷⁸ tarafından geliştirilmiş olup Türkiye'de geçerliliği, Öztürk⁵⁷ tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Bu anket; hafif şiddetli, orta şiddetli ve şiddetli fiziksel aktivitelerde bulunulan zaman ile ilgili veri sağlamaktadır.

Oturma esnasında tüketilen zaman farklı bir soru olarak incelenmektedir.

Anket ile bireylerin son 1 hafta içerisinde;

1. Şiddetli fiziksel aktivite (basketbol, futbol, hızlı bisiklet sürme, halter vb.) miktarı (dk)

2. Orta şiddetli fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, dans, masa tenisi, bowling vb.) miktarı (dk)

3. Yürüyüş ve günlük ortalama oturma miktarı (dk) araştırıldı.

Fiziksel aktivite süreleri bazı formüllerle bazal metabolik hıza denk olan MET'e

çevrildi ve total fizik aktivite puanı (MET-dakika/hafta) hesaplandı.

- Şiddetli aktivite puanı (MET-dakika/hafta)=8 x şiddetli aktivite süresi x şiddetli aktivite günü
- Orta şiddetli aktivite puanı (MET-dakika/hafta)= 4 x orta şiddetli aktivite süresi x orta şiddetli aktivite günü
- Yürüme puanı (MET-dakika/hafta)=3.3 x yürüme süresi x yürüme günü
- Total Fiziksel Aktivite puanı (MET-dakika/hafta)=Yürüme + orta şiddette aktivite + şiddetli aktivite puanı

Toplam fiziksel aktivite puanlarına göre bireylerin fiziksel aktivite seviyeleri düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmaktadır.

Fiziksel Aktivite Seviyeleri

1. Düşük Düzey: 600 MET-dakika/hafta düzeyinin altı
2. Orta düzey: 600-3000 MET-dakika/hafta arası
3. Yüksek düzey: 3000 MET-dakika/hafta üzeri

3.5. Verilerin Toplanması

Okul ortamında öğrencilere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülükleri dikkate alınarak anketler dağıtıldı ve yeterli sürenin sonunda (ortalama 20-25 dk) toplandı. Bilgilendirilmiş onam formu veriler toplanmadan birkaç gün önce hem öğrencilere hem de velilere dağıtılarak velilerin doldurup tekrar gönderilmesi sağlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik ortalama, min ve max değerlerin yanı sıra, Kruskall Wallis testi yapılmıştır. Verilerin normal dağılımlarının değerlendirmesi ise Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. İleri analiz olarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Bu araştırma; araştırmanın yapıldığı 2015-2016 eğitim öğretim dönemindeki Muş Anadolu Lisesi'ndeki öğrencilerle sınırlıdır.

3.8. Etik İlkeler

Muş İli Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve Etik Kurul'dan (21.12.2015 tarih ve 36 sayılı) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmış olup gönüllülük esasına dikkat edilmiştir.



4. BULGULAR

Adölesanlara ait demografik özellikler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Adölesanlara Ait Demografik Özellikler

Cinsiyet	n	%
Kadın	223	44.6
Erkek	277	55.4
Sınıf	n	%
9. Sınıf	155	31.0
10. Sınıf	124	24.8
11. Sınıf	184	36.8
12. Sınıf	37	7.4
Sosyoekonomik durum	n	%
İyi	135	27.0
Orta	333	66.6
Kötü	32	6.4
Aile tipi	n	%
Çekirdek aile	346	69.2
Geniş aile	154	30.8
Fiziksel aktivite yapma	n	%
Evet	283	56.6
Hayır	217	43.4
Fiziksel aktivite yapmama nedeni (n=215)	n	%
Şartlar elverişli değil	80	37.2
Zamanım yok	72	33.5
İsteksizlik	63	29.3
Ailede aktivite yapma durumu	n	
Yapan	123	24.6
Yapmayan	377	75.4
Fiziksel aktivite yapan bireyler	n	%
Abi, abla, kardeş	85	69.11
Anne	6	4.9
Baba	23	18.7
Hepsi	9	7.3
Kronik hastalık	n	%
Var	8	1.6
Yok	492	98.4

Tablo 4.1 (Devamı)

Kronik hastalık dağılımı (n=8)	n	%
Astım	6	75.0
Romatizma	1	12.5
Diyabet	1	12.5
Sigara kullanma	n	%
Evet	27	5.4
Hayır	473	94.6
Yapılan aktiviteler	n	%
Yürüyüş	414	82.8
Koşma	375	75.0
Bisiklet	274	54.8
Basketbol	266	53.2
Voleybol	261	52.2
Yüzme	255	51.0
Halk oyunu	223	44.6
Tenis	218	43.6
Dans	210	42.0
Aerobik	192	38.4
	Ort.	SS
Yaş (13-19)	15.87	1.06
BKI	24.17	4.71

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, adölesanların %55.4’ü erkek, %36.8’i 11. sınıf öğrencisi ve %66.6’sının ekonomik durumu orta düzeydedir. Adölesanların %69.2’si çekirdek ailede yaşamakta ve %43.4’ü fiziksel aktivite yapmamaktadır. Fiziksel aktivite yapmayanlar çoğunlukla (%37.2) şartlar elverişli olmadığı için yapmadıklarını bildirmişlerdir. Adölesanların %98.4’ünde kronik bir hastalık yoktur ve %96.6’sı sigara kullanmamaktadır. Adölesanların yalnızca %24.6’sının ailesinde fiziksel aktivite yapılmaktadır. Ailede aktivite yapan bireyler ise %69.11 abi, abla veya kardeşlerdir. Adölesanlarda yürüyüş (%82.8) en fazla yapılan aktivitedir. Adölesan grubun yaş ortalaması 15.87 ± 1.06 olup, BKI ortalaması ise 24.17 ± 4.71 ’dir.

Adölesanların egzersiz değişim aşamalarının dağılımlarının incelenmesi Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Egzersiz Değişim Aşamaları Dağılımlarının İncelenmesi

	n	%
Sürdürme	84	16.8
Hareket	94	18.8
Hazırlık	62	12.4
Düşünme	78	15.6
Düşünme öncesi	182	36.4

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, egzersiz değişim aşamalarına göre adölesanların %36.4’ü düşünme öncesi aşamada (“Hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim” beyanında) bulunmuştur.

Katılımcıların öz etkililik puanlarının dağılımı Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Adölesanların Öz Etkililik Puanlarının Dağılımı

	n	Min	Max	Ort.	SS
Öz etkililik	500	6.00	30.00	13.64	6.06

Tablo 4.3’te görüldüğü gibi adölesanların öz etkililik puan ortalaması 13.64 ± 6.06 olup, 6-30 arasında değişmektedir.

Adölesanların uluslararası aktivite skorlarının dağılımı Tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Adölesanların Uluslararası Aktivite Skorlarının Dağılımı

	n	Min	Max	Ort.	SS
Şiddetli aktivite	500	0.00	20160.00	946.96	1857.11
Orta düzey aktivite	500	4.00	100.00	34.12	31.34
Yürüme	499	0.00	13860.00	1567.45	1779.23
Oturma	500	0.00	1350.00	379.09	285.15
Toplam MET	499	4.00	23609.50	2550.49	2821.50

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi adölesanların uluslararası aktivite skorumasına göre şiddetli aktivite MET-dk ortalaması 946.96 ± 1857.11 , orta düzey aktivite MET-dk ortalaması 34.12 ± 31.34 , yürüme MET-dk ortalaması 1567.45 ± 1779.23 ve oturma MET-dk ortalaması 379.09 ± 285.15 'dir. Adölesanların toplam aktivite skoru ortalama 2550.49 ± 2821.50 MET-dk'dır.

Adölesanların aktivite gruplarına göre dağılımlarının incelenmesi Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Adölesanların Aktivite Gruplarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

	n	%
Düşük	142	28.5
Orta	187	37.5
Yüksek	170	34.1
Toplam	499	100

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi adölesanların %37.5'i orta düzey aktivite göstermektedir.

Egzersiz değişim aşamalarına göre öz etkililik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Egzersiz Değişim Aşamalarına Göre Öz Etkililik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Egzersiz Değişim Aşamaları	n	Ort.	SS	Önemlilik
Sürdürme	84	18.70	6.31	$\chi^2_{KW}=203.162$ $p=0.000$
Hareket	94	17.13	4.59	
Hazırlık	62	15.08	4.90	
Düşünme	78	13.50	5.00	
Düşünme Öncesi	182	9.06	3.65	

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, egzersiz değişim aşamalarına göre öz etkililik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Farkın hangi

değişim aşamasından kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, egzersiz değişim aşaması düşünme öncesi, düşünme ve hazırlık aşamasında olanların öz etkililik düzeyleri hareket ve sürdürme aşamasındaki bireylerden düşük olduğu belirlenmiştir. Düşünme öncesi aşamasında olanların öz etkililik düzeylerinin ise düşünme ve hazırlık aşamasındakilerden düşük ve düşünme aşamasında olanların da hazırlık aşamasında olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Kısaca adölesanların egzersiz değişim aşamaları sürdürme aşamasından düşünme öncesi aşamasına doğru geriledikçe egzersiz öz etkililik düzeyleri düşmektedir.

Adölesanların uluslararası fiziksel aktivite durumlarına göre öz etkililik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Adölesanların Uluslararası Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Öz Etkililik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Fiziksel Aktivite Durumu	n	Ort.	SS	Önemlilik
Düşük	142	11.35	5.40	$\chi^2_{KW}=39.449$ $p=0.000$
Orta	187	13.56	5.72	
Yüksek	170	15.68	6.26	

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, uluslararası fiziksel aktivite gruplarına göre öz etkililik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Farkın hangi aktivite grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, tüm grupların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Yüksekler, orta ve düşüklerden büyük puana, ortada düşükten büyük puana sahiptir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz özyeterlilik düzeylerinin ve davranış aşamalarının incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgularımız yapılan diğer araştırma bulguları ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. Araştırma kapsamına alınan adölesanlara kişisel bilgi formu, egzersiz öz-etkililik ölçeği, egzersiz değişim aşaması kısa formu ve uluslararası fiziksel aktivite (kısa formu) uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılan adölesanlar fiziksel aktivite yapıyor musunuz sorusuna %56.6'sı evet cevabını vermiştir. (Tablo 4.1). Fidancı ve ark'⁸⁰ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada adölesanların %27.8'inin düzenli spor yaparken %72.2'sinin düzenli spor yapmadığı belirtilmiştir. Memiş ve ark'⁸¹ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada fiziksel aktiveye katılımın orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Uçar ve ark'⁹ yaptıkları çalışmada adölesanların %37.8' inin sportif bir branşla uğraştıkları belirtilmiştir. DSÖ (2015) verilerine göre adölesanların %80' inin fiziksel aktivite düzeyi yetersizdir.⁸² Diğer araştırma bulguları ve literatür bilgilerinin aksine bizim araştırma bulgumuzda adölesanların %56.6'sı fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Ancak adölesanların uluslararası aktivite skorlarının dağılımı incelendiğinde ise çoğunluğun (%37.5) orta düzeyde aktif olduğu belirlenmiştir. Adölesanların egzersiz değişim aşamaları incelendiğinde ise çoğunluk (%36.4) düşünme öncesi aşamasında olduğunu, sadece %35.6'sı (hareket: 18.8 + sürdürme: 16.8) istenilen düzeyde düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığını ifade etmiştir. Bu durum adölesanların kendilerini fiziksel olarak aktif gördüğü fakat istenilen düzeyde düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumları (egzersiz değişim aşamaları) sorgulandığında ise durumun aslında yetersiz (çoğunluğun düşünme öncesi aşamada) olduğu şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda fiziksel aktivite yapmama nedeni sorusuna adölesanların;

%37.2'si şartlar elverişsiz, %33.5'i zamanım yok ve %29.3'ü isteksizlik cevabını vermiştir (Tablo 4.1). Santos ve ark.'ın⁸³ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada fiziksel aktivite yapmama nedeni olarak isteksizlik, birlikte fiziksel aktivite yapacağı arkadaşının olmaması, zamanın olmaması, tehlikeli çevre, fiziksel aktiviteye ulaşılabilirlik sorununun olması ve düşük öz yeterlilik düzeyini göstermiştir. Dalkıran ve ark.'ın⁸⁴ dersane öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda %75.7'sinin zaman sıkıntısı yaşadığı, %12.4'ünün fiziksel aktivitenin sınav başarılarını etkilediğini ve %9.8' i ise fiziksel aktivite ile ilgilenmediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite yapmama nedenleri arasında uygun şartların olmaması (fiziki çevre), zaman sıkıntısı ve isteksizlik gibi durumların yer aldığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan adölesanların sadece %1.6'sında kronik bir hastalık olduğu, kronik hastalığa sahip olan adölesanların ise %75'inde (n=6) astım, %12.5'inde (n=1) romatizma olduğu ve %12.5'inde (n=1) diyabet olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Ardiç ve ark.⁸⁵'nin (2014) 45 adölesan üzerinde yaptıkları çalışmada 39 adölesanda hastalık olmadığını 6'sında hastalık olduğunu belirtmiştir. Adölesan grupta sağlık problemleri oranı düşüktür. Adölesanlarda hastalığın az görülmesinin sebebi olarak genç yaşlarda vücudun kendini yenileyebilmesi olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan adölesanların %5.4'ünün sigara içtiği %94.6'sının sigara içmediği tespit edilmiştir. Fidancı ve ark.⁸⁰'nin adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %36.0'ının sigara içtiği % 63.9'unun sigara içmediği belirtilmiştir. Yıldırım ve ark.'ın⁸⁶ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %11.2'sinin sigara içtiği %88.8'nin sigara içmediği belirtilmiştir. Sucaklı ve ark.'ın⁸⁷ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %23.7'sinin sigara içtiği %76. 3'ünün sigara içmediği belirtilmiştir. Karabıçak ve ark.'ın⁸⁸ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada adölesanların; %14'ünün sigara içtiği %86'sının sigara içmediği tespit edilmiştir.

Çalışmamız kapsamındaki adölesanlarda diğer çalışmalara oranla sigara içme oranının daha düşük olduğu görülmektedir.

Ailede aktivite yapma durumu sorulduğunda %24.6'sının fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Ailede fiziksel aktivite yapan bireylerin %69.1'inin abla-abi- kardeş, %4.9'unun anne, %18.7'sinin baba ve %7.3'ünün ailedeki tüm bireyler olduğu ve bu oranların çok düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda adölesanlar Uluslararası Fiziksel Aktivite anketine göre orta düzeyde fiziksel olarak aktif olmasına karşın ailelerinde fiziksel aktivite yapma oranı düşük bulunmuştur. Literatür bilgilerinin aksine ailenin pozitif yönde etkisinin olmadığı adölesanların çevreden ya da okuldan etkilendiği ve bir şekilde fiziksel aktivite konusunda farkındalığının az da olsa olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan adölesanların yaptıkları aktiviteler incelendiğinde; adölesanların %82.8'inin yürüyüş, %75.0'mının koşma, %54.8'inin bisiklete binme, %53.2'sinin basketbol, %52.2'sinin voleybol, %51.0'mının yüzme, %44.6'sının halk oyunu, %43.6'sının tenis, %42.0'mının dans ve %38.4'ünün aerobik yaptığı tespit edilmiştir. Fidancı ve ark'ın⁸⁰ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada 276 kişiden %27'sinin düzenli olarak spor yaptığı ve bunların %56.8'i futbol, %21.6'sı basketbol, %10.8'i voleybol, %9.5'i yüzme ve %1.4'ü diğer sporları yaptıkları belirtilmiştir. Cengiz ve ark'ın⁸⁹ lisans öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada; %56.7'si yürüyüş, %36.2'si bisiklete binme, %25.1'i basketbol, %23.7'si voleybol, %59.2'si yüzme, %25.8'i tenis ve %29.6'sı dans aktivitelerini yaptığını belirtmiştir. Vaizoğlu ve ark'ın⁷ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada adölesanların %45.8'i yürüyüş, %39.0'ı basketbol, 37.8'i (n=94) futbol, %22.9'u bisiklete binme, %22.1'i koşu, %22.1'i dans, %6.0'ı aerobik, %4.8'i tenis aktivitelerini yaptıklarını belirtmiştir. Araştırma sonucunda en fazla oranda yapılan aktivite türü yürüyüş olarak tespit edilmiştir. Yürüyüş yaşam

kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olup aynı zamanda en kolay ve en ucuz aktivite türüdür. Çalışmanın yapıldığı ilin fiziki koşullarından dolayı genellikle okula ulaşım mesafeleri yakındır. Yürüme aktivitesinin kolay yapılabilir olması ve okula ulaşımın araç kullanımını gerektirmemesi, yürüme aktivitesinin yüksek oranda yapılmasının sebebi olarak düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda da yürüyüş aktivitesinin en fazla yapılan aktivite olduğu belirtilmektedir.⁸⁹

Araştırmaya katılan adölesanların egzersiz davranışı değişim aşamaları durumu incelendiğinde; adölesanların %36.4'ünün düşünme öncesi aşamada, %15.6'sının düşünme aşamasında, %12.4'ünün hazırlık aşamasında, %18.8'inin hareket ve %16.8'inin sürdürme aşamasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Araştırmamızda adölesanların büyük kısmının düşünme öncesi (hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim) aşamada olduğu, sadece %35.6'sının (hareket: 18.8 + sürdürme:16.8) istenilen düzeyde düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Düşünme öncesi aşamasındaki kişi sayısının fazla olması bu adölesanların sedanter bir yaşam şekli benimsediklerini ve ileriki yaşlarda da bu duruma devam edebilecekleri ihtimalini akla getirmektedir.

Propevessis ve ark'⁹⁰ Yeni Zelanda'da adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada egzersiz değişim aşamaları; düşünme öncesi aşamada %25, düşünme aşamasında %19.2, hazırlık aşamasında %40.8, hareket aşamasında %8.7 ve sürdürme aşamasında %6.2 olarak belirtilmiştir. Cooney'in⁹¹ (1996) Amerika'da adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada bu oranlar sırasıyla %45, %15, %11, %20 ve %6 olarak belirtilmiştir.

Kafalı ve ark'⁹² adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada bu oranlar sırasıyla %7.5 , %21.8, %43.8, %10.4, %16.6 olarak belirtilmiştir. Cengiz ve ark'⁸⁹ lisans öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada bu oranlar sırasıyla % 15.2, %31.4, %25.3,

%7.5 ve %20.6 olarak bildirilmiştir. Kitiş ve ark'ın⁹³ 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada bu oranlar %72.5, %17.7, %6, %1.9 ve %1.9 olarak tespit edilmiştir. Baysal ve ark'ın¹⁹ 20-45 yaş grubundaki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu oranlar sırasıyla %27.3, %40.0, %23.6, %7.3, %1.8 olarak bildirilmiştir. Hem yurtdışında hem de ülkemizde farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda egzersiz değişim aşaması ile ilgili bulguların genel olarak birbirinden farklılık gösterdiği, bizim çalışmamızda adölesanların orta düzeyde aktif olmalarına karşın maalesef çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı ve gelecek 6 ay içinde egzersiz yapmaya başlama niyetinde olmadığı (düşünme öncesi aşama) belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan adölesanların egzersiz öz etkililik ölçeği puan ortalaması incelendiğinde, adölesanların öz etkililik puan ortalamaları 6-30 arası puan değerlendirmesine göre 13.64 ± 6.06 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Kafalı ve ark'ın⁹² adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada öz etkililik puan ortalaması 0-100 arası puan değerlendirmesine göre 50.95 ± 26.11 olarak belirtilmiştir. Tümer ve ark'ın⁹⁴ yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada puan ortalaması 2.43 ± 0.98 olarak belirtilmiştir. Baysal ve ark'ın¹⁹ farklı bir grup üzerinde yaptığı girişimsel çalışmasında öz etkililik puan ortalaması girişim öncesi deney grubunda 14.32 ± 4.15 , kontrol grubunda 13.81 ± 4.65 olarak bulunmuştur. Bireylerin öz-etkililik düzeyleri harekete geçme motivasyonları üzerinde etkili bir faktördür. Çalışmamızda öz etkililik puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiş olup adölesanların orta düzeyde aktif olması da bu bulguyu desteklemektedir.

Katılımcıların uluslararası aktivite skorlarının dağılımı incelendiğinde şiddetli aktivite MET-dk ortalaması 946.96 ± 1857.11 , orta düzey 1567.45 ± 179.23 , oturma 379.09 ± 285.15 ve yürüme 1567.45 ± 1779.23 olup toplam aktivite skoru ortalama 2550.49 ± 2821.50 MET-dk olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Karabıçak ve ark'ın⁸⁸

adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada adölesanların şiddetli aktivite MET-dk ortalaması $1155,8 \pm 2050,8$, orta düzey $1448,7 \pm 1917,2$, oturma 230.5877243 , yürüme $1227,6 \pm 1536,7$ olup toplam aktivite skoru ortalama $3812 \pm 4110,6$ olarak belirtilmiştir. Ataş ve ark'⁹⁵ genç erişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada; şiddetli aktivite MET-dk ortalaması 1730.82 ± 3149.01 , orta düzey 1415.76 ± 2146.31 , oturma 4352.71 ± 1472.39 , yürüme 1538.19 ± 1258.82 olup toplam aktivite skoru ortalama 4685.18 ± 5454.42 olarak belirtilmiştir.

Ayrıca adölesanların uluslararası aktivite skorlarının dağılımı incelendiğinde; %28.5'i düşük düzey, %37.5'i orta düzey ve %34.1'i yüksek düzey aktivite göstermektedir (Tablo 4.5). Fidancı ve ark'⁸⁰ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %64.3'ünün düşük düzeyde, %14.3'ünün orta düzeyde, %21.4'ünün yüksek düzeyde aktivite gösterdiği belirtilmiştir. Memiş ve ark'⁸¹ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %36'sı sedanter, %34'ü düşük düzeyde aktif, %16'sı orta düzeyde aktif ve %14'ü kişi yüksek düzeyde aktif olarak bildirilmiştir.⁸² Uçar ve ark'⁹ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %51.1 inaktif düzeyde %32.2'sinin orta düzeyde aktif olduğu ve %16.7'sinin aktif düzeyde olduğu belirtilmiştir. Karabıçak ve ark'⁸⁸ adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada %41.5'inin sedanter, %37.9'unun minimal aktif, %20.6'sının çok aktif olduğu belirtilmiştir. Adölesanlar üzerinde yapılan bu araştırma sonuçları genel olarak gençlerin fiziksel aktivite durumlarının yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu araştırmaların yanı sıra fiziksel aktivite durumunun iyi düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda adölesanların çoğunluğunun (%37.5) orta düzeyde aktif olduğu tespit edilmiştir.

Yıldırım ve ark'⁸⁶ 244 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin %4.5'i fiziksel aktivite açısından inaktif grupta, %41.8'i minimum aktif grupta ve %53.7'si çok aktif grupta yer almaktadır. Ataş ve ark'⁹⁵ yaptıkları çalışmada %8.2'si

inaktif, %38.8'si minimal aktif, %52.9'u çok aktif olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan adölesanların egzersiz değişim aşamalarına göre öz-etkililik puan ortalamaları karşılaştırıldığında, adölesanların öz etkililik puan ortalamasının; düşünme öncesi aşamada 9.06 ± 3.65 , düşünme aşamasında 13.50 ± 5.00 , hazırlık aşamasında 15.08 ± 4.90 , hareket aşamasında 17.13 ± 4.59 , sürdürme aşamasında 18.70 ± 6.31 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Bu bulgu bize adölesanların içinde bulunduğu egzersiz davranış aşamasının düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe öz-etkililik düzeylerinin arttığını göstermektedir.

Tümer ve ark'ın⁹⁴ yaptıkları çalışmada bu oranlar sırasıyla 1.86 ± 0.92 , 2.33 ± 0.95 , 2.19 ± 0.72 , 3.03 ± 0.73 , 3.10 ± 0.94 olarak belirtilmiştir. Kim'in⁹⁶ çalışmasında düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Sarkin ve ark'ın⁹⁷ çalışmasında fazla kilolu ve obez bireylerin, düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur. Yine yapılan birden çok çalışmada da düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe bireylerin öz-etkililik algısının arttığı bulunmuştur^{98,99}. Transteoretik Modelin temel alınarak yapıldığı araştırmaların sonucunda, değişim aşamaları ile öz-etkililik düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatürde egzersiz davranışı değişiminde, düşünme öncesi aşamadaki bireylerin öz-etkililiklerinin düşük olduğu, değişimin daha ileri aşamalarında olan bireylerde ise öz-etkililiğin doğrusal olarak arttığı belirtilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, hem araştırma sonuçları ile hem de literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan adölesanların uluslararası fiziksel aktivite durumlarına göre öz-etkililik puan ortalamaları karşılaştırıldığında, adölesanların öz etkililik puan ortalamasının, düşük fiziksel aktivite düzeyinden yüksek fiziksel aktivite düzeyine

doğru gittikçe doğrusal olarak arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bireylerin öz-etkililik düzeyleri harekete geçme motivasyonları üzerinde etkili bir faktördür. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ile katılımcıların öz etkililik düzeylerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamış olup, çalışmamızda adölesanların çoğunluğu orta düzeyde aktif iken öz etkililik puan ortalamasının orta düzeyde olması bu bulguyu desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adölesanlarda fiziksel aktivite durumları ile egzersiz öz-yeterlilik ve egzersiz davranış aşamalarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda;

- Araştırmaya katılan adölesanların egzersiz değişim aşamalarına göre çoğunluğun düşünme öncesi aşamasında (“Hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim” beyanında) bulunduğu,
- Araştırmaya katılan adölesanların öz-etkililik puanının orta düzeyde olduğu,
- Araştırmaya katılan adölesanların çoğunluğunun orta düzeyde aktif olduğu, fiziksel aktivite yapmama nedenleri arasında şartların elverişsiz olması, zaman yetersizliği ve isteksizlik durumunun yer aldığı,
- Araştırmaya katılan adölesanların egzersiz değişim aşamaları düşünme öncesi aşamadan hareket ve sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe özetkililik puan ortalamalarının yükseldiği,
- Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça özetkililik puan ortalamalarının yükseldiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Hemşireler tarafından okullarda adölesanlara yönelik fiziksel aktivitenin artırılması konusunda eğitim verilmeli ve bu eğitimlerde adölesanların içinde bulundukları davranış basamakları dikkate alınmalıdır.
- Bu eğitimlerde adölesanların özetkililikleri arttırılmaya çalışılmalı ve kendilerinin seçecekleri ve ilgilerini çeken aktiviteler bulunmalıdır.
- Adölesanların fiziksel aktivite yapmalarına engel olarak gördüğü zaman yetersizliğine yönelik, zamanı etkin kullanma konulu eğitimler yapılmalı.
- Adölesanların okullarda fiziksel aktivite yapabilecekleri alanlar arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Baltacı İ, Düzgün İ. Adölesan ve egzersiz. İçinde: Irmak H, Kesici H, Çakır B, Akıncı N, Beşer Z (editörler) *Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi*, 1. baskı. Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008;7-9.
2. Dunstan DW, Salmon J, Owen N, Armstrong T, Zimmet PZ, Welborn TA. Physical Activity and Television Viewing in Relation to Risk of Undiagnosed Abnormal Glucose Metabolism in Adults. *Diabetes Care* , 2004, 27(11);2603- 9.
3. Durukan P. Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Faktörlerin Obezite Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
4. Finlay S. Faulkner G. Physical activity promotion through the mass media: Inception, production, transmission and consumption. (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2015/09/european-ministers-of-health-adopt-strategy-to-tackle-physical-inactivity-in-53-who-member-states>). 12 Şubat 2016.
5. TC Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıklı beslenelim, kalbimizi koruyalım projesi araştırma raporu, 2004. 1;5-8. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalım.pdf 10 Aralık 2016.
6. TC Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ulusal hanehalkı araştırması 2003 temel bulguları. 2006. 1;7-11. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitap.php?id=156&k=ulusal_hane_halki_arastirmasi_2003_temel_bulgulari 10 Aralık 2016.
7. Vaizoglu S, Akça O, Akdag A, Akpınar A, Omar AH, Coşkun D, Güler Ç. Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004, 3(4);63-71.

8. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2011, 53;264-70.
9. Uçar M. Fişekcioğlu Bİ. Konya İli Yetiştirme Yurtlarında Barınan 14-18 Yaş Grubu Kız ve Erkek Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Uygunluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2014.
10. Mainous AG, Knoll ME, Everett CJ, Matheson EM, Hulihan MM, Grant AM. Uric acid as a potential cue to screen for iron overload. *Jam Board Fam Med*, 2011, 24(4);415-421.
11. Berry JW, Worthington EL, O'Connor LE, Parrott L, Wade NG. Forgiveness, vengeful rumination and affective traits. *Journal of Personality*, 2005, 73;1-43.
12. Herson J. The coming osteoporosis epidemic. *The Futurist*, 2007; March-April: 31-35.
13. Bhui K, Bhugra D. Explanatory models for mental distress indications for clinical practice and research. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181: 6-7.
14. Transtheoretical Model, <http://www.uri.edu/research/cprc/transtheoretical.htm>. 10 Ocak 2015.
15. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Reviews of Psychology*, 2001, 52: 1-26.
16. Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive Medicine*, 2001, 33:462-469.

17. Kim YH. Application of the transtheoretical to identify psychological constructs influencing exercise behavior: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, 44: 936-44.
18. Ay S, Bayık Temel A. Teoriler üstü model temelli egzersiz davranışı değişim ölçeklerinin Türk erişkinlerine uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2015, 1: 29-45.
19. Yalçınöz Baysal H, Hacıaloğlu N. Fazla Kilolu Kadınlara Transteoretik Model Temelli Verilen Eğitim ve İzlemin Egzersiz Davranışı Kazandırmaya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi., 2013.
20. Oral C, Aktop A. Üniversite öğrencilerinin egzersiz öz yeterlik düzeyleri ve egzersiz davranış değişim basamaklarının incelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 2014, 2:22-27.
21. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp AS. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003, 46(1): 30-37.
22. Baumgartner T.A, Jackson A.S. Measurement for evaluation in physical education and exercise science, *McGraw-Hill*; USA, 1999; 294-295.
23. Caspersen C, Powell K, Christensen G, Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985, 100:126-131.
24. Brown RT, Strassburger VC. Adolescent medicine a practical guide. *Philadelphia: Lippincott-Raven Press*, 1998: 1-22.

25. Finlay S. Faulkner G. Physical activity promotion through the mass media: Inception, production, transmission and consumption. *Preventive Medicine*, 2005, 40:121-123
26. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. fizikselaktivite.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite-dunya-saglik-orgutu-2015. 22 Nisan 2016
27. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı. Ankara 2014, 924:34-45
28. Salminen JJ, Oksanen A, Maki P, Kujala UM. Leisure time physical activity in the young. *International Journal Of Sports Medicine*, 1993, 14: 406-410.
29. Foster C. Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. *Institute for Health Promotion Research*. UKK, 2000, 11:23-25.
30. Baltacı G, Düzgün İ. İş yerinde fiziksel aktivite. İçinde: Irmak H, Kesici H, Çakır B, Akıncı N, Beşer Z (editörler) *Fiziksel aktivite bilgi serisi*. Ankara; Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, 1: 13-14.
31. Baltacı G, Bayrakçı Tunay V, Beşler A, Ergun N. İçinde: Baltacı G (editör). *Spor Yaralanmalarında Egzersiz Tedavisi*, 2. Basım. Ankara, ALP Yayınevi, 2006: 22-29.
32. Petersen S, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A. European cardiovascular disease statistics. *British Heart Foundation*. London, 2008, 34-35.
33. Hughes, J. Psychological effects of habitual aerobic exercise: a critical review”, *Preventive Medicine*, 1984, 13: 66-78.
34. MacAuley D. A history of physical activity, health and medicine. *J R Society Medicine*, 1994, 87: 32-35.

35. Çetin A. Geriatriye yaşam kalitesi ve rehabilitasyon. *Geriatri Dergisi*, 2002, 218-21.
36. Erel C, Uğurlu M, Aydınli F, Kesici C, Çakır B, Özoğlu F, Kaplan Y. “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” Projesi Araştırma Raporu, Ankara, 2004;11-18. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalım.pdf 10 Aralık 2016.
37. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996, 2: 611-624.
38. Karaca A, Ergen E, Konuç Z. Fiziksel aktivite değerlendirme anketi (FADA) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Spor Bilim Dergisi*, 2000, 11(1-4):17-28.
39. Hsing AW, McLaughlin KJ, Zheng W, Gao TY, Blot WJ. Occupation, physical activity and risk of prostate cancer in Shanghai, people's Republic of China. *Cancer Causes Control*, 1994, 5:136-140.
40. Myers, R. - Roth, D. Perceived benefits of and barriers to exercise and stage of exercise adoption in young adults. *Health Psychology*, 1997, 16: 277-283.
41. Browman C.P. Physical activity as a therapy for psychopathology: a reappraisal. *Journal Of Sports Medicine*, 1981, 21: 192-197.
42. Ziegler M, Reid D. Correlates of changes in desired control scores and in life satisfaction scores among elderly persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 1983, 16(2): 135-146.
43. Eysenck HJ, Nias K. Advances in behaviour research and therapy. *Sport and Personality*, 1982, 4(1): 1-56.
44. Ambrasino N, Strambi S. New strategies to improve exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 2004, 24:313-322.

45. British Lung Foundation. Exercise and Lungs. <http://www.britishlungfoundation.org/exercise-and-the-lungs>. 11 Mayıs 2016.
46. Bek N. Fiziksel aktivite ve sağlığımız. *Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi*, 2009:95-97
47. Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CV. Physical activity and the elderly. *Euro Journal Cardiovascular Rehabilitation*, 2007, 14(6): 730-739.
48. National blueprint: increasing physical activity among adults age 50 and older. *NJ: Robert Wood Johnson Foundation*. Princeton, 2001, 22-26.
49. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2005 Update. <https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/heart/1105390918119HDSStats2005Update.pdf> 10 Aralık 2016.
50. Kaşıkçıoğlu E. Egzersizle yaşlanma etkilerini geciktirmek. İçinde: Koçak K (editör). *Sağlıklı Yaşlan*, 1. Baskı. İstanbul, İletişim Yayıncılık, 2008: 43-49.
51. Harrison RA, Roberts C, Elton PJ. Does primary care referral to an exercise programme increase physical activity one year later? In: Milne E, Schrecker T (eds). *Journal of Public Health* 2nd ed. England, Oxford University Press, 2016: 25-32.
52. Cleroux J, Feldman R, Petrella R. Recommendations on physical exercise training. *CMAJ*, 1999, 160-169.
53. Devlin JT, Horton E.S, Vranic M. Diabetes Mellitus and exercise, eds. *Smith Gordon Publishers*, 1992, 36-42.
54. Zinker BA, Nutrition and exercise in individuals with diabetes. *Clinical Sports Medicine*, 1999, 18(3):585-606.
55. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Koroner Kalp Hastalığının Primer ve Sekonder Profilaksisi. *Braunwald Kalp Hastalıkları Kardiyovasküler Tıp Kitabı*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, 1057–1081.

56. Sherrill DL, Kotchou K, Quan SF. Association of physical activity and human sleep disorders. *Archives of Internal Medicine*, 1998, 158(17): 1894-1898.
57. Öztürk M. Üniversitede Eğitim-öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenilirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
58. Tuna H. Yaşlılarda Yaş Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Fonksiyonel Uygunluğa Etkisi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
59. Hussey J. Measurement of physical fitness and habitual physical activity In: Gormley J, Hussey J, editors. *Exercise therapy-Prevention and treatment of disease*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005, 91-99.
60. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Singh MAF, Minson CT. Exercise and physical activity for older adults, *American College of Sports Medicine Position Stand*, 2009, 151-153.
61. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 15(3): 219-224.
62. Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T., Beunen, G.. How to assess physical activity? How to assess physical fitness. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2005, 12: 102-114.
63. Rejeski WJ, Brawley LR. Functional health: innovations in research on physical activity with older adults. *Medicine Science Sports Exercise*. 2006, 38(1): 93-96

64. Pinheiro Volp, A.C, Esteves de Oliveira, F.C, Duarte Moreira Alves R., Esteves, E.A, Bressan, J. Energy expenditure: components and evaluation 1nd methods, *Nutricion Hospitalaria*, 2011, 26(3): 430-440.
65. Anon T. Obesity and television viewing in children and adolescents. *Nutricion Rewiev*, 1987, 44-49.
66. Gunner K.B, Atkinson P.M, Nichols J, Elssa M.A. Health promotion strtategies to encourage physical activity in infants, toddlers and preschoolers. *Journal Of Pediatric Health Care*, 2005, 19: 253-258.
67. Prochaska OJ, Velicer FW, Rossi SJ. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 1994, 3(1): 39-46.
68. Sarkin AJ, Johnson SS, Prochaska OJ. Applying the transtheoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stage of change. *Preventive Medicine*. 2001, 33:462-469.
69. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 1997, 12(1): 38-48.
70. DiClemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. *Motivatiaoanl Interviewing, Preparing People to Cahnge Addictive Behavior*, 1991, 191-201.
71. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how of people change; application to addictive behavios. *American Psychologist*, 1992, 47(9): 1102-1114.
72. Miller WR, Rollnick S. Motiva-tional Interviewing. *The Guilford Press*. 2002, 275-321.
73. Miller WR, Rollinck S. Motivational interviewing. *Preparing People to Changer Addictive Behavior*, 1991, 14-29.

74. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012,3:3;39-48.
75. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17:4
76. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly For Exercise And Sport*, 1992, 60-66.
77. Marcus BH, Rossi JS, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 1992, 11: 386-385.
78. Craig CL, Mashall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE. International physical activity questionnaire: 12- country reliability and validity. *Medicine Science Sports and Exercise*, 2003, 35: 1381-1395.
79. Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. Assessing motivational readiness and decision-making for exercise. *Health Psychology*, 1992, 11: 257-261.
80. Fidancı İ. Arslan İ. Association of physical activity and smoking status with Madd and anxiety in adolescent. *Ankara Medicine*, 2016, 16(1): 1-12
81. Memiş A. Çocukluk ve Ergenlikteki Fiziksel Aktivite Deneyimleri ile Yetişkinlikteki Fiziksel Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki. *Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi*, 2007.
82. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar <http://beslenme.gov.tr/>. 29 Ekim 2016.
83. Santos MS, Fermino RC, Reis RS, Cassou AC, Anez CRR Barriers related to physical activity practice in adolescents. A focus group study *Revista Brasileira*

de Cineantropom&Desempenho Human Vol.12 no.3 Florianópolis Mayıs / Haziran 2010, 1-14.

84. Dalkıran O. Dershane Öğrencilerinin Fiziksel Aktivitede Bulunma Değişkenine Göre Sürekli Kaygı, Sınav Kaygısı Sosyal Beceri Düzeyleri ile Sınav Performanslarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2012.
85. Ardiç A. Adölesan Sağlığını Geliştirme Programının Erken Adölesan Dönemi Çocukların Beslenme Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
86. Yıldırım Y. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2012.
87. Sucaklı ME. Yetiştirme Yurdunda Kalan Çocuk ve Ergenlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015, 7(1): 23-27.
88. Karabıçak GÖ. Ayaş İlçesindeki Adölesanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyini Postür, Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Protez-Ortez-Biomekanik Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.
89. Cengiz C. Physical Activity and Exercise Stages of Change Levels of Middle Esst Technical Universty Students. The Degree of Master of Science, The Departmant of Physical Education and Sports. Master Thesis, Ankara: Middle East Technical Universty. 2007.

90. Propevessis H, Maddison R, Brading F. Understanding exercise betovior among New Zeland adolescents; a test of the transtheoreical model. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35(41): 17-27.
91. Cooney A.I. The transtheoretical model and its application to adolescents. *Physical Education and Recreation*, 1996, 26-32.
92. Kafalı N. Transteoretik Modele Göre Adölesanların Egzersiz Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
93. Kitiş Y. Gümüş Y. 20 Yaş ve üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeyleri fiziksel aktiviteye ilişkin inançları ve davranış aşamalarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(131-139).
94. Tümer A. Arslan S. Yetişkinlerin egzersiz davranışının transteoretik modele göre incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 2013, 1: 24-31.
95. Ataş L. Genç erişkinlerde tek seanslık orta ve şiddetli aerobik egzersize kardiyovasküler yanıtların değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014, 4(3):22-29.
96. Kim YH. Application of the transtheoretical to identify psycological constructs influencing exercise behariars Aquestoonnoirc survey. *Invernotional Journal of Nursing Studies*, 2007, 44:936-944.
97. Sarkin JA, Johnson SS, Prochaska JO, Prochaska JM Applying the Transtheoretical Model to regular moderate exercise in an overweight population validation of a stages of change measure. *Presentive Medicine*, 2001, 30:462-469.
98. Robinson AH, Norman GJ, Sallis JF, Carlos KJ, Rock CL, Patric k. Validating stage of change measure overweight women. *International Journal Of Obesity*, 2008, 32: 1137-1144.

99. Kirk A, Mutrie N, Maclyntyre P, Fisher M. Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2003, 26: 1186-1192.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Mücahide ÖNER Doğum tarihi: 20.10.1989 Doğum Yeri: Van Medeni Hali: Bekar Uyruğu: T.C Adres: Saray Mah. Hürriyet Cd. No: 178 MUŞ Tel: 0507 336 83 42 Faks: E-mail: mucahideoner.mo@gmail.com
Eğitim
Lise: Muş Anadolu Lisesi (2004-2008) Lisans: Muş Alparslan Üniversitesi (2009-2013) Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi (2014-2017) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: 75 İyi derecede Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı:36

Tarih:21/12/2015

Araştırmanın Adı: Adölesanların Fiziksel Aktivite Durumları İle Egzersiz Özyeterlilik ve Davranış Aşamalarının İncelenmesi ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

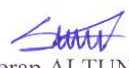
Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 21.12.2015 tarihinde yapılan toplantısında “Adölesanların Fiziksel Aktivite Durumları İle Egzersiz Özyeterlilik ve Davranış Aşamalarının İncelenmesi ” konulu Yrd.Doç.Dr.Hasret YALÇINÖZ BAYSAL ve Arş.Gör. Mücahide ÖNER 'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye


Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Sekreter/Raportör

EK 3. KURUM İZİNLERİ



T.C.
MUŞ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 63326527-20-E 977403
Konu : Araştırma İzni

27/01/2016

VALİLİK MAKAMINA

Atatürk Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının Yüksek Lisans Öğrencisi Mücahide ÖNER'in tez çalışmasını ilimiz Anadolu Lisesinde uygulama isteğine ilişkin yazıları ekte sunulmuştur.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mücahide ÖNER'in (Adölesanların Fiziksel Aktivite Durumları ile Egsezsiz Özyeterlilik ve Davranış Aşamalarının İncelenmesi) konulu tez çalışmasını Ocak 2016 ile Ocak 2017 tarihleri arasında ilimiz merkez Anadolu Lisesinde dersleri aksatmamak şartıyla (Okul Müdürlüğünün Kontrolünde) uygulaması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Cevdet ARSLAN
Mili Eğitim Müdürü

OLUR
27/01/2016

Zeliha UYAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK-4. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRME FORMU (Veli)

Sayın Veli,

Günümüzde teknolojik ilerlemelerin sağladığı kolaylıkla birlikte, gençlerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalma meydana gelmekte, yetersiz fiziksel aktivite ise sağlık sorunlarına ve gençlerin ileriki yaşamlarında kalp hastalıkları, obezite, şeker hastalığı ve bazı kanserlerin oluşmasına neden olmaktadır.

Gençlerin çevreden etkilenmenin çok fazla olduğu bu dönemde fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ve egzersiz yapmada etkili bir faktör olduğunu düşündüğümüz egzersiz öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi gençlerin bu konudaki farkındalık durumunu arttıracaktır. Sağlık için yeterince hareketli olmayan gençlerin oranının belirlenmesi ve onlara yönelik önlemlerin alınması halk sağlığı açısından önemli bir uygulamadır. Ayrıca gençlerin içinde bulundukları egzersiz değişim basamakların bilinmesinin de sonrasında onlara yapılacak eğitim çalışmalarında kolaylık sağlayacağı ve daha etkili olacağı kanaatindeyiz.

Bu nedenle adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz özyeterlilik düzeylerinin ve egzersiz davranış aşamalarını incelenmek istiyoruz. Bu amaçla **“ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI İLE EGZERSİZ ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN VE DAVRANIŞ AŞAMALARININ İNCELENMESİ”** isimli bu araştırmayı yüksek lisans tezi olarak yapmayı planladık. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun araştırmaya katılma kararınızdan önce araştırma hakkında bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmada çocuklarınızdan sadece toplamda 29 soruluk bir anket formunu doldurmalarını isteyeceğiz. Bu anket okulda çocuğunuz uygun olduğu ve okul idaresinin de izin verdiği bir zamanda 20-25 dakikalık bir süre içinde uygulanacaktır. Sorularınız ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Çocuğunuzun vereceği bilgiler, bilimsel çalışmada kullanılacak olup gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahiptir.

İlginiz ve yardımınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çocuğumun anketi uygulamasına izin veriyorum ☐

Veli Adı Soyadı:

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Arş. Gör. Mücahide ÖNER

EK-5. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRME FORMU

Sevgili Öğrenciler;

Günümüzde teknolojik ilerlemelerin sağladığı kolaylıkla birlikte, gençlerin fiziksel aktivite düzeylerinde azalma meydana gelmekte, yetersiz fiziksel aktivite ise sağlık sorunlarına ve gençlerin ileriki yaşamlarında kalp hastalıkları, obezite, şeker hastalığı ve bazı kanserlerin oluşmasına neden olmaktadır.

Gençlerin çevreden etkilenmenin çok fazla olduğu bu dönemde fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi ve egzersiz yapmada etkili bir faktör olduğunu düşündüğümüz egzersiz öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi gençlerin bu konudaki farkındalık durumunu arttıracaktır. Sağlık için yeterince hareketli olmayan gençlerin oranının belirlenmesi ve onlara yönelik önlemlerin alınması halk sağlığı açısından önemli bir uygulamadır. Ayrıca gençlerin içinde bulundukları egzersiz değişim basamakların bilinmesinin de sonrasında onlara yapılacak eğitim çalışmalarında kolaylık sağlayacağı ve daha etkili olacağı kanaatindeyiz.

Bu nedenle adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz özyeterlilik düzeylerinin ve egzersiz davranış aşamalarını incelenmek istiyoruz. Bu amaçla **“ADÖLESANLARIN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI İLE EGZERSİZ ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNİN VE DAVRANIŞ AŞAMALARININ İNCELENMESİ”** isimli bu araştırmayı yüksek lisans tezi olarak yapmayı planladık. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılma kararınızdan önce araştırma hakkında bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmada sizden sadece toplamda 29 soruluk bir anket formunu doldurmanızı isteyeceğiz. Bu anket okulda uygun olduğunuz ve okul idaresinin de izin verdiği bir zamanda 20-25 dakikalık bir süre içinde uygulanacaktır. Sorularınız ve destek gereksiniminizde araştırmacı sizlere yardımcı olacaktır. Vereceğiniz bilgiler, bilimsel çalışmada kullanılacak olup gizli kalacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

İlginiz ve yardımınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

☐

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmza:

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans ğrencisi

Arş. Gör. Mücahide ÖNER

EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sevgili Öğrenciler,

Bu anket adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile egzersiz özyeterlilik düzeylerinin ve egzersiz davranış aşamalarının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bir katılımcı olarak sorulara vereceğiniz içten cevaplar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak olup, samimi olarak vereceğiniz cevaplar araştırmanın güvenilirliğini arttıracaktır. Araştırmaya yapacağınız katkı ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Yüksek Lisans öğrencisi

Arş. Gör. Mücahide ÖNER

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:..... Boy:cm Kilo:.....kg

2. Cinsiyetiniz: a- Kız b- Erkek

3. Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?

a- 9. sınıf b- 10. sınıf c- 11. sınıf d- 12. sınıf

4. Sosyoekonomik durumunuz nedir?

a- İyi b- Orta c- Kötü

5. Aile tipiniz nedir? a- Çekirdek aile b- Geniş aile

6. Fiziksel aktivite yapıyor musunuz? a- Evet (8. Soruya geçiniz) b- Hayır

7. Fiziksel aktivite yapmıyorsanız yapmama nedenleriniz nelerdir?.....

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a- Var (nedir yazınız)..... b- Yok

9. Sigara kullanıyor musunuz? a- Evet b- Hayır

10. En sık yaptığınız fiziksel aktiviteler hangileridir numaralandırarak sıralayınız (En çoktan en aza doğru).

-Yürüyüş -Koşma

-Basketbol -Bisiklete binme

-Aerobik -Dans

-Voleybol -Halk oyunları

-Yüzme -Tennis

11. Ailenizde düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler var mı?

a- Evet (ise kim?)..... b-Hayır

EK-7. EGZERSİZ DEĞİŞİM AŞAMASI KISA SORU FORMU

Düzenli Egzersiz: Fiziksel formu arttırmak için uygulanan herhangi bir (örneğin; tempolu yürüyüş, yavaş yavaş koşma, bisiklete binme, tenis, yüzme gibi) planlanmış fiziksel aktivitedir. Bu tür faaliyet; etkili olması için rahatsız edici olmamalı, nefes alma düzenini attıran ve ter atmanıza sebep olan orta düzeyde, haftada 3-5 kez, her bir seansta 20-60 dakika uygulanmalıdır. Bu tanıma göre aşağıdaki 5 ifade boş zamanlarınızda ne kadar egzersiz yaptığınızı değerlendirecektir.

Yukarıdaki açıklamaya göre düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden sizin için uygun olan sadece bir seçeneği (rakamı) daire içine alarak cevaplayınız.

- 1) Evet, 6 aydan daha uzun süredir düzenli olarak egzersiz yapıyorum.
- 2) Evet, egzersiz yapıyorum, ama 6 aydan daha kısa süredir egzersiz yapıyorum.
- 3) Hayır, egzersiz yapmıyorum, ama gelecek 30 gün içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetindeyim.
- 4) Hayır, egzersiz yapmıyorum, ama gelecek 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetindeyim.
- 5) Hayır, egzersiz yapmıyorum ve 6 ay içinde düzenli olarak egzersiz yapmaya başlama niyetinde değilim.

EK-8. EGZERSİZ ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Bu bölüm bazı koşullar uygun olmadığında, sizin egzersiz yapmak için ne kadar emin olduğunuzu gösterir. Aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve boş zamanınızla ilişkili sizi en iyi ifade eden maddeyi, hiç emin değil iseniz 1, çok az emin iseniz 2, orta derecede emin iseniz 3, çok emin iseniz 4, tamamen emin iseniz 5 olan seçenekler arasında, sizin için uygun olan bir seçeneği daire içine alarak cevaplayınız.

	Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çok eminim	Tamamen eminim
1. Çok stres altındayken de egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
2. Zamanım olmasa da egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
3. Yalnız başına egzersiz yapmak zorunda kalsam bile egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
4. Egzersiz yapmak için araç, gereç, giysi vs. yoksa da egzersiz yaparım	1	2	3	4	5
5. Egzersiz yapmayan arkadaşlarımla veya ailemle zaman geçirirken de egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5
6. Yağmur veya kar yağsa bile egzersiz yaparım.	1	2	3	4	5

EK-9. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, okulda, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden

olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ____ saat

Günde ____ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ____ saat

Günde ____ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim