

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**FUTBOL ANTRENÖRLERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE FİZİKSEL
UYGUNLUK DÜZEYLERİ İLE BAZI KAN
DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Murat KAYAPINAR

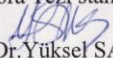
2012

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI

Fırat Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

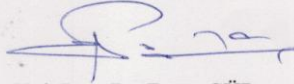
Bu tez Yüksek Lisans/Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.


Doç. Dr. Yüksel SAVUCU

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora

Tezi olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Ercan GÜR

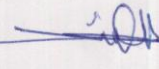
Danışman

Yüksek Lisans/Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

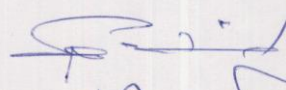
Doç. Dr.

Yüksel SAVUCU 

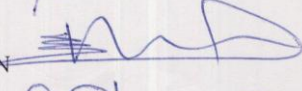
Doç. Dr.

Vedat ÇINAR 

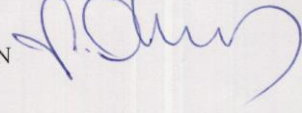
Yrd. Doç. Dr.

Ercan GÜR 

Yrd. Doç. Dr.

Mehmet TURAN 

Yrd. Doç. Dr.

Serdar ORHAN 

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmam boyunca bilgi, tecrübe ve yardımlarını esirgemeyen, bilim ve etiğe duyduğu saygıya hayran olduğum ve örnek aldığım, mükemmelin detaylarda saklı olduğunu öğreten saygıdeğer danışman hocam; Yrd. Doç. Dr. Ercan GÜR'e ,

Araştırmamın pek çok aşamasında yardım isteğimde yanımda olan ve emeğini esirgemeyen değerli arkadaşım Özgür KARATAŞ'a,

Araştırmamın veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen kaynım Dr. Ünal AKEL'e

Yüksek Lisans döneminde desteğini esirgemeyen kardeşim Mutlu KAYAPINAR'a

Yüksek Lisans yapmamdaki en büyük destek ve motivasyonu sağlayan eşim Esra KAYAPINAR, oğlum Poyraz ve değerli aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1.ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ.....	5
3.1.Sağlık Kavramı.....	8
3.2. Sağlık Davranışı	10
3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	10
3.3.1. Kendini Gerçekleştirme	13
3.3.2. Sağlık Sorumluluğu.....	14
3.3.3. Egzersiz ve Fiziksel aktivite	15
3.3.4. Beslenme	17
3.3.5. Kişilerarası Destek.....	19
3.3.6. Stres Yönetimi.....	20
3.3.7. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	23
3.3.7.1. Demografik Faktörler.....	24
3.3.7.2. Biyolojik Özellikler.....	24
3.3.7.3. Kişilerarası Etkileşim.....	25
3.3.7.4. Durumsal Faktörler.....	25
3.3.7.5. Davranışsal Faktörler.....	25
3.3.7.6. Değiştirilebilir Faktörler.....	26
3.3.7.6.1.Tuz Alımı Faktörü	26
3.3.7.6.2. Sigara ve Alkol.....	26
3.3.7.6.3. Çay ve Kahve Tüketimi.....	27

3.4.Fiziksel Uygunluk	27
3.4.1.Antropometri (Vücut Kompozisyonu)	33
3.4.2.Bel Çevresi	34
3.4.3.Bel Kalça Oranı	35
3.4.4.Beden Kitle Endeksi	36
3.4.5.Bazal Metabolizma Hızı	37
3.4.6.Vücut Yağ Yüzdesi	38
3.4.7.Vücut Yağ Ağırlığı	38
3.4.8.Yağsız Kas Kütlesi	38
3.4.9.Kasal uygunluk.....	39
3.4.10.Kas Kuvveti.....	39
3.4.11.Kasal Dayanıklılık	39
3.4.12.Esnelik.....	40
3.5. Biyokimyasal Parametreler	42
3.5.1. Yağlar	42
3.5.2. Trigliseridler	42
3.5.3. Total Kolesterol.....	43
3.5.4. HDL Kolesterol.....	44
3.5.5. LDL Kolesterol	45
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
4.1.Araştırmanın Grubu.....	46
4.2. Araştırmanın Dizaynı	46
4.3. Veri Araç Toplama ve Teknikleri	46
4.3.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	46
4.3.2.Vücut Kompozisyonu Ölçümleri.....	47
4.3.3.Kan Ölçümleri.....	49
4.4.İstatistiksel Analiz	49
5. BULGULAR.....	51
6. TARTIŞMA.....	68
7. KAYNAKLAR.....	90
8. EKLER.....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	103

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Antrenörlerin Kişisel –Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	51
Tablo 2. Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Minimum ve Maksimum Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri.....	53
Tablo 3. Antrenörleri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Minimum, Maximum Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	54
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre t Testi Analizleri.....	54
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin BESYO Mezunu Antrenör ile BESYO Mezunu Olmayan Antrenör Değişkenine Göre t Testi Analizleri.....	55
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Antrenörlerinin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Sigara Kullanıp Kullanmama Değişkenine göre t Testi Analizleri.....	57
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Antrenörlerinin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Aktif Antrenör ile Aktif Olmayan Antrenör Değişkenine göre t Testi Analizleri.....	57
Tablo 8. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	58
Tablo 9. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre t Testi Analizleri.....	59
Tablo 10. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının BESYO Mezunu Antrenör ile BESYO Mezunu Olmayan Antrenör Değişkenine Göre t Testi Analizleri.....	59
Tablo 11. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çalıştıkları Yıl Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 12. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Antrenör Belgeleri Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları..	61

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Antrenörlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aktif Antrenör ile Aktif Olmayan Antrenör Değişkenine göre t Testi Analizleri.....	62
Tablo 14. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çalıştıkları Lig Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	62
Tablo 15. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sigara Kullanıp Kullanmama Değişkenine göre t Testi Analizleri.....	63
Tablo 16. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bel-Kalça Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 17. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının BKİ Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	64
Tablo 18. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Kolesterol Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	65
Tablo 19. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının HDL Kolesterol Oranlarının t Testi Analizleri	66
Tablo 20. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının LDL Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	66
Tablo 21. Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Trigiriserid Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Bel çevresi Değerlerinin İncelenmesi	35
Şekil 2. Beden Kitle İndeksi Değerleri	37
Şekil 3. Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA) Ölçüm Cihazı	48

KISALTMALAR

BESYO	Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu
BÇ	Bel Çevresi
BİA	Bioelektrik İmpedans Analiz
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
HDL-K	Hdl-Kolesterol
KÇ	Kalça Çevresi
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL-K	Ldl- Kolesterol
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TG	Trigiriserid
T-K	Total Kolesterol
TVS	Toplam Vücut Suyu
VYA	Vücut Yağ Ağırlığı
VYO	Vücut Yağ Oranı
YKK	Yağsız Kas Kitlesi

1. ÖZET

Futbol Antrenörlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Fiziksel Uygunluk Düzeyleri İle Bazı Kan Değerlerinin Karşılaştırılması

Bu araştırmada; Futbol Antrenörlerinin sağlıklı yaşam davranışlarının ne düzeyde olduğunu belirleyerek, sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri ve fiziksel uygunluk değerleri ile bazı kan parametreleri arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Türkiye Futbol Antrenörleri Derneği Malatya Şubesine kayıtlı olan 65 gönüllü futbol antrenörü katılmıştır. Antrenörlerin bazı demografik bilgilerini belirlemeye yönelik olarak kişisel bilgi formu hazırlanmış ve antrenörlerin kişisel bilgileri bu forma kaydedilmiştir. Antrenörlerin fiziksel uygunluklarını belirlemeye yönelik boy, kilo, beden kitle endeksi, vücut yağ yüzdesi ölçümleri yapılmıştır. Ayrıca Kan Trigliserid düzeyleri, HDL, LDL Kolesterol seviyeleri gibi bazı kan değerleri analiz edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak hazırlanmış "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS istatistik paket programı kullanılmış olup anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır. İstatistikî yöntem olarak; frekans, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapmalarla beraber, bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi (One-Way Anova) kullanılmıştır.

Çalışma sonucunda Futbol Antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı $142,0\pm15,91$ olarak tespit edilmiştir. Antrenörlerin eğitim düzeyleri ile fiziksel uygunluk parametreleri açısından karşılaştırılmasında BKİ, Yağ yüzdesi, Bel çevresi ve Kalça çevresi değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt başlıklarından sağlık sorumluluğu bakımından antrenörlerin çalıştıkları yıl lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Antrenörlerin aktif spor yaşantılarından sonra fazla kilolu vücut tipi içinde yer aldıkları, sigara içen antrenörlerin kolesterol seviyelerinin yüksek olduğu ve yeterli düzeyde egzersiz yapmadıkları, dengeli ve düzenli beslenmedikleri yapılan istatistiki değerlendirmeler sonucunda tespit edilmiştir. Ayrıca eğitim düzeyinin çalışmamızda önemli sonuçlar verdiği egzersiz alışkanlığının, BKİ'nin, vücut yağının, bel ve kalça oranlarını kontrol altına almada önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Futbol, Antrenör, Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışı, Fiziksel Uygunluk, Kan Değerleri

2. ABSTRACT

Comparison of some blood parameters and the physical appropriateness levels and the healthy lifestyle behaviors of football trainers

In this research; it was aimed to exhibit the relationship between some blood parameters and the physical fitness values and the levels of healthy lifestyle behaviors by determining at which the levels of healthy lifestyle the Football Trainers are.

The football trainers registered at Malatya branch of Association of Turkish Football Trainers participated voluntarily. Personal information forms were prepared in order to determine some demographic information of the trainers and the personal information of the trainers was recorded to this form. In order to determine the physical fitness of the trainers, their height, weight, body-mass index and the percentage of body fat were measured. Also, their blood values such as blood triglyceride levels, HDL, LDL, cholesterol levels were analyzed. “Healthy life style behaviors scale” aiming to develop the health about healthy lifestyle was used in order to determine the healthy life behaviors.

SPSS statistical package program was used in the evaluation of research value and the level of meaningfulness was taken as $P < 0.05$. As a statistical method, Independent samples t test and One-Way Anova was used with frequency, percentage distributions, mean and standard deviation.

At the end of the study, total score of the healthy lifestyle behaviors of Football Trainers was ascertained as $142,0 \pm 15,91$. When comparing between the education levels of the trainers with their physical appropriateness parameters, meaningful differences were found statistically in the values of BMI, fat percentage, waist circumference and hip circumference ($p < 0.05$).

In terms of health responsibility which is one of the sub-titles of healthy lifestyle behaviors, the year when the trainers worked was statistically found meaningful on their behalf ($p < 0.05$).

After the active sport lives of the trainers, it was ascertained as a result of the statistical evaluations that the trainers did not eat healthily and regularly, exercise at adequate level and those who smoke had high cholesterol levels and took place in overweight body type. Also, it is ascertained that exercise habit which gave important results in our education level study was an important factor to keep BMI, body fat, waist and hip proportions under control.

Key words: Football, Trainer, Healthy lifestyle behavior, Physical fitness, Blood Values.

3.GİRİŞ

Günümüz sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, bireyi merkeze alan sağlıklı bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayışın, bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanma, bedenine sahip çıkma ve kendi sağlığına ilişkin doğru kararlar almayı sağlamaya temellendirildiği bilinmektedir (1,2).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede istendik davranışları kazanmalarını ve sürdürmelerini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi, yaşam tarzında olumlu değişikliklerin kazandırılması, bu gelişimi gerçekleştirmede de bireysel sorumluluk ve kendi bedenlerine sahip çıkma bilincinin yerleştirilmesi beklenmektedir. Toplumların sağlık düzeylerinin, gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edildiği savunulmaktadır (3).

Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Aile, her insanın yetiştiği ve bağlar kurduğu en temel toplumsal birim olarak kabul edilir. Aile yapıları çeşitlilik göstermekle birlikte, günümüzde en sık karşılaştığımız aile yapısı anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile modelidir. Böyle bir yapıda ailenin tüm bireylerinin ayrı rolleri ve sorumlulukları söz konusudur (4).

Yaşam biçimi, sonuçlarını düşünmeksizin yapılan rutin hareketlerdir. Bireylerin yaptığı pozitif veya negatif olabilen uygulama veya davranışlardır. Başka bir tanımlamaya göre ise, yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını

etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (5).

Fiziksel uygunluk; aşırı yorgunluk olmaksızın kişinin kendini fiziksel, fizyolojik ve psikolojik olarak iyi hissetmesi ile birlikte günlük aktiviteleri sağlıklı ve uyanık bir şekilde yapabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Yine fiziksel uygunluk, iyilik hali ve sağlıklı olmak için ana unsurdur (6).

Bütün spor branşlarında olduğu gibi futbolda da hedef zirveye ulaşmak ve bu başarıyı devam ettirmektir. Bu başarıyı elde eden takımlara baktığımızda bilimsel olarak hazırlanmış programlar ışığında yapılan çalışmalar göze çarpmaktadır (7).

Fizyolojik açıdan değerlendirilecek olursa futbol; aerobik ve anaerobik eforların ardı ardına kullanıldığı sürat, kuvvet, çeviklik, esneklik, kassal dayanıklılık ve koordinasyon gibi faktörlerin performansa beraberce etki ettiği yüksek derecede bir spor disiplindir. Başarı için böylesine çok yönlü performans verimliliğine dayalı bir oyun sporu olan futbolda teknik ve taktiğin yanı sıra antropometrik özellikler ve psikomotor özelliklerde oldukça fazla önem taşımaktadır (8).

Fiziksel uygunluk; kalp-solunum dayanıklılığı, kassal dayanıklılık, kassal kuvvet, kas gücü, sürat, esneklik, çeviklik, denge, reaksiyon zamanı ve beden kompozisyonu kavramlarının tümünü içermektedir. Bu nitelikler sportif performans ve sağlık bakımından farklı önemlere sahip olduklarından performansla ilişkili fiziksel uygunluk ve sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk olarak adlandırılmaktadır. Sağlıkla ilişkili uygunluk; kalp solunum uygunluğunu, kassal

kuvvet ve dayanıklılığını, beden kompozisyonunu ve esnekliğini içerir. Performansla ilişkili fiziksel uygunluk ise; sürat, çeviklik, koordinasyon ve patlayıcı kuvvet gibi özellikleri kapsamaktadır (9).

Fiziksel egzersizlerin insan sağlığı üzerinde çok yararlı etkilerinin olduğu bilinmektedir. Egzersiz hangi amaçla olursa olsun, gerek kısa süreli ve gerekse uzun süreli dayanıklılık çabalarında kanda akyuvarlarda hızlı bir artışa neden olur. Kısa süreli egzersizlerde daha çok artan lenfositlerdir. Fakat egzersiz uzadıkça daha ziyade nötrofiller artar, lenfositlerde artış en alt düzeydedir. Akyuvar sayısı normalde 1 mm. küp kanda 4000-8000 arasında iken 35,000" e kadar yükselir (10).

Antrenmanların kan yağlarına ve total kolesterol ve kolesterol türevlerine etkisi birçok araştırmalara konu olmaktadır. Hemen hemen bütün incelemelerde dozu yeterince şiddetli aerobik bir antrenman süresinden sonra kanda trigliseritlerin azaldığı, HDL-C (Kolesterolün yüksek dansiteli lipoprotein fraksiyonu) yükseldiği gözlenmiştir. HDL'nin damar çeperinden kolesterolü alıp karaciğere taşıyarak kolesterole karşı vücudu koruması nedeniyle HDL'ye iyi huylu, LDL'ye ise kötü huylu kolesterol adı da verilmektedir. Antrenmanların kan total kolesterolüne etkisi konusundaki araştırmalar ise birbirini tutmamaktadır. Bununla birlikte birçok araştırmada genellikle total kolesterolün antrenmanla düştüğü görülmektedir (11).

Araştırmada; Malatya ilinde bulunan futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam davranışlarının ne düzeyde olduğunu belirleyerek, sağlıklı yaşam davranış düzeyleri ve fiziksel uygunluk değerleri ile bazı kan parametreleri arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

3.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, yalnızca hastalığın var olmayışı olarak değil, bireysel sorumluluk ve yaşam kalitesini de kapsayıcı, geniş bir açıdan tanımlanmaktadır. Sağlık, korunma, öz bakım, optimal iyilik hali, sağlık davranışı gibi pek çok yeni kavrama odaklanmaktadır. Günlük yaşamın bir bölümü kapsamında kullanılan sağlık için evrensel bir tanım yapmanın oldukça güç olduğu belirtilmektedir. Fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da grubun, istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre koşulları ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyi sağlık kapsamında ele alınmaktadır. Bu nedenle, sağlığın yaşamın bir amacı olmasının yanı sıra günlük yaşamın da önemli bir ögesi olduğu bilinmektedir (12,13).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (14,15).

Sağlık kavramını tam olarak anlayabilmek için objektif ve subjektif olarak ikiye ayırmak gereklidir.

Subjektif olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir.

Objektif sağlık algılayışı ise; hekim muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye

sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir (16).

Son yıllarda “sağlığı geliştiren” faaliyetlere ilksin farklı açıklamalar ele alınmakta, negatif, nötral, pozitif sağlık kavramları gündeme getirilmektedir.

Negatif Sağlık: Tedavi, bakım ve rehabilitasyonu gerektiren bir sağlıkta yetersizlik durumu olarak tanımlanmaktadır.

Nötral Sağlık: Herhangi bir hastalık durumu olmaksızın dengeli bir sağlığı ifade etmektedir. Sağlığı geliştirebilmek için, önce negatif sağlık durumundan nötral sağlık durumuna ulaşılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Pozitif Sağlık: Sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin arttırılması ile ilişkilidir. Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade ettiği üzerinde durulmaktadır (17,18).

Newman ve Martha Rogers sağlığı yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamışlar. Gelişmenin, yaşam boyu sürdüğünü ifade ederek, sağlıkla ilgili 4 temel nokta üzerinde odaklanılmasını önermişlerdir. Bunlar;

- Sağlık, hasta olmama durumu olarak tanımlanamaz.
- Sağlık, bireyin kendi değerleri ile oluşur.
- Sağlık, bilinçli bir gelişmedir.
- Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye doğru gelişen

yaşam süreci şeklinde ele alınmaktadır (19).

3.2.Sağlık Davranışı

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır (20).

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık davranışı yalnızca doğrudan gözlenebilen açık davranışlar değil, dolaylı olarak ölçülebilen mental olayları ve duygu durumlarını da içermektedir. Koal ve Cobb sağlık davranışını, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade ederler. Gochman'a göre kişinin sağlık davranışının içine; inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi faktörler girmektedir (21).

3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bilim ve teknolojiadaki hızlı gelişmelerin ve kentleşmenin insan yaşamına olumlu yöndeki getirilerinin yanı sıra olumsuz yönde de getirileri olduğu gözlenmektedir. Bu gelişmelerin, bireylerin yaşamını kolaylaştırması, üretkenliğini ve performansını olumlu yönde etkilemesine karşın, toplumsal ilişkiler, sosyokültürel yapı, yoğun iş temposu ve maddi yetersizliklere ilişkin güçlüklerin, stres düzeyini yükselttiği üzerinde durulmaktadır. Geçmişte kitlesel ölümlere infeksiyon hastalıkları neden gösterilirken, günümüzde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile direkt ilişkili hipertansiyon, obezite, Tip-II diyabet, koroner kalp hastalıklarının, yaşamın yitirilme nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir (22).

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (23).

Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyuşmazlıkları çözümleme yeteneğinin, etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif müdahalede bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir (24).

Farrand ve Cox olumlu sağlık davranışlarının demografik unsurlardan, sağlık deneyimlerinden, aile yapısı ve büyüklüğünden etkilendiğini, birey profesyonel arasındaki ilişkinin ve etkin desteğinin de en az sağlık bilgisi ve beceri kapasitesi kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir (25).

DSÖ'nün belirttiğine göre, gelişmiş ölkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ölkelerde ölümlerin % 40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır. Örneğinin, koroner kalp hastalıkları tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Erişkinlerde ölümlerin yaklaşık % 50'sinden sorumludur. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıklarının önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir (26).

Son yıllarda kalp hastalıkları ve bunun sonucu gelişen ölümlerde, paraliziler, motorlu araç kazaları ve bebek ölümlerindeki azalmalarda sağlıklı

yasam biçimi ve buna ilişkin tutum ve davranışların etkisi büyüktür. Çünkü sağlıklı yasam biçimine ilişkin tutum ve davranışlar risk faktörlerini azaltmaktadır Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen ölümler çok fazla olmaktadır. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir. Sigara içimi ile ilgili davranış değişikliği ile Akciğer kanserinden ölme riski azalmaktadır. Diyet, kanser ölümlerinin % 35'inden sorumlu bir faktördür Her yıl yaklaşık 12 milyon insan cinsel yolla bulasan hastalıklara yakalanmakta ve bunların % 80'i ise 15 ile 29 yas arasındaki kişilerde görülmektedir (26).

California'da yapılan bir çalışmada uzun ve sağlıklı yasamak için;

1. Arada atıştırma olmaksızın günde üç öğün düzenli yemek tüketmek
2. Her gün kahvaltı yapmak
3. Haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz (uzun yürüyüşler, bisiklete binme yüzme, bahçe isleri vb.) yapmak,
4. Gece 7-8 saat uyku uyumak
5. Normal vücut ağırlığında olmak
6. Sigara kullanmamak
7. Alkol kullanmamak veya orta düzeyde kullanma önerilmiştir (27).

Hastalık, ölüm ve sakatlıkların azaltılması için birey ve toplumun sağlıklı yasam biçimi düzeylerinde artış olması gerekmektedir. Sağlıklı yasamda;

1. Kendini Gerçekleştirme
2. Sağlık Sorumluluğu
3. Egzersiz ve Fiziksel aktivite
4. Beslenme

5. Kişilerarası destek

6. Stres yönetimi

gibi 6 faktör oldukça önemli düzeyde bir etkiye sahiptir (28,29).

3.3.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kişi için yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Her insanın belirli bir gelişim döneminde, belirli bir kendini gerçekleştirme düzeyi vardır. Bireylere uygulanan eğitimin amacı, bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirmek ve en uygun düzeye çıkmasını sağlamaktır (30).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Kendini gerçekleştirmiş, diğer bir anlatımla psikolojik bakımdan sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul ederler ve kendilerinden şikayetçi olmazlar. Aynı zamanda kendileri ile doyum sağlarlar, eksiklik veya hatalarından dolayı rahatsız olmazlar (31).

Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (32).

Maslow'a göre, aşağıdaki niteliklere sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda olan sağlıklı kimselerdir;

- Gerçekçi olma
- Kendini, başkalarını ve doğayı kabul etme
- Problemlerin çözümüne dönük olma

- Otonomi sahibi olma
- İnsanlara karşı empati, sempati, acıma duygularını geliştirme
- Kişiler arası derin ilişkiler kurma
- Demokratik karakter yapısına sahip olma
- Amacı araçtan ayırma
- Filozofik gülmece duygusu geliştirme
- Yaratıcı olma
- Özel ve yalnız yaşamdan zevk alma
- Günlük yaşamında yenilikler bulabilme
- İçinden geldiği gibi davranma (33).

3.3.2. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi
- Sağlıkla ilgili konuları tartışması

- Sağlık ile ilgili yayınları takip etmesi
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi
- Sağlık ile ilgili değişiklikler

3.3.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir (38).

Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsaması; egzersizin ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır (38).

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu ve lipid yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (34).

Yüksek dansiteli lipoproteini (HDL) artırırken, bazı durumlarda toplam düşük dansiteli lipoproteini (LDL) düşürerek daha yüksek HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır, ayrıca yüksek plazma trigiliserid düzeyini de düşürmektedir (35).

Amerikan Kalp Vakfı, kalp hastalıklarının oluşmasında egzersiz yoksunluğunu risk faktörü olarak kabul etmektedir. Egzersiz yapılarak yeniden hareketliliğin sağlanması sonucu, insan için daha kaliteli bir yaşam söz konusu

olabilir. Bu egzersizin önemli bir işlevini “herkes için sağlık” sloganı ile ortaya çıkan ve kitlelerin sağlıklarını korumayı amaçlayan yönünü ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşam için egzersiz düşüncesi ile 1950’li yıllardan sonra önemli araştırmalar yapılmıştır. Araştırma bulguları temel fizyolojik işlevlerin egzersiz ile daha iyi gelişebildiğini, bunun sonucu olarak özellikle koroner kalp rahatsızlıkları basta olmak üzere pek çok rahatsızlığın azaltılmasında koruyucu etkisi olduğunu, rehabilitasyondaki önemini, kaygı, stres ve depresyonun azaltılmasındaki rolünü ortaya çıkarmıştır (36).

Obezitenin artısındaki önemli faktörlerinden birisi sedanter (hareketsiz) yaşam seklinin yaygınlaşmasıdır. Hareketlilik yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığını sürdürmesi için gereklidir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, herhangi bir sağlık problemi olmayan kişiler ile kalp hastalığı olan kişiler incelenmiştir. Araştırma sonucunda kalp hastası olan kişilerin % 11’inin, herhangi bir sağlık problemi olmayan kişilerin ise % 26’sının düzenli olarak egzersiz yaptıkları bulunmuştur. Fiziksel olarak aktif olan kişiler düzenli beslenmekte, sağlıklı olmakta ve diğer insanlardan daha uzun süre yaşamaktadırlar (37).

Fiziksel aktivite bazal seviyenin üstünde enerji harcamasını attıran ve iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşan vücut hareketleri olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, enerji harcamasını artıran tüm aktiviteler fiziksel aktivite olarak bilinir, bu kavram bir aktivite sırasında ne kadar geniş kas kütlesi aktif durumda ise o kadar çok enerji harcaması demektir (38).

Fiziksel aktivitenin biyolojik avantajları;

- Solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli ve verimli çalışır.
- Eklem, ten don, ligaman gibi hareket sistemi elemanları daha sağlam ve daha esnektir.
- İstirahat nabzı ve kan basıncı, kanda lipit, kolesterol ve LDL (Low Densty Lipoprotein) daha düşüktür. Buna bağlı olarak aterioskleroz gelişimi daha seyrek görülür.
- Otonom sinir sistemi regülasyonu daha iyidir.
- şışmanlık, d ztabanlık, pos tür bozuklukları ve kas atrofisi daha azdır (39).

Günümüzde sağlıklı olma çabası ve fiziksel uygunluğun sağlanması, bütün insanların genel amacı olmuştur. Bu amacın gerçekleştirilmesi ise yeterli ve dengeli beslenme ile birlikte düzenli egzersiz yapmaktan geçer. İyi bir postür ve vücut simetrisi için planlı ve düzenli bir egzersiz programı gerekmektedir. Bu program fiziksel uygunluğu geliştirmeye yönelik olmalıdır. Fiziksel uygunluğu gelişen bireyin esnekliği, kuvveti, kalp dolaşım sistemi, dayanıklılığı ve vücut kompozisyonu gelişmiş demektir (94).

3.3.4. Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerjiyi ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besleyici değerlerini yitirmeden, sağlık bozucu duruma getirmeden en ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır (40).

Sağlıklı olma ve sağlığı koruyabilmenin önemli öğelerinden birisi, yeterli ve dengeli beslenmedir. Beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan değiştirilebilir bir faktördür. Günümüzde beslenme sorunları arasında en fazla görülenler yetersiz ve aşırı beslenmedir. Özellikle aşırı beslenme ile buna bağlı gelişen obezite, günümüzün en önemli sağlık problemlerinden birisidir ve dünyada 1,1 milyar insan aşırı kilolu veya obezdir. Ülkemizde ise değişik araştırmalarda obezite yaygınlığı % 22 ile % 30 arasında bulunmuştur (41,42).

Yasamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır ve vücudu beslemenin ötesinde sosyo-kültürel yapıdan, ekonomik düzeyden, emosyonel durumdan etkilenir.

Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, seker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır. Yeme alışkanlıkları ve besin tercihlerindeki farklılıklara rağmen, bütün insanların sağlık için aynı temel besin maddelerine ihtiyaçları vardır (43,35).

Beslenme ile ilgili bilimsel çalışmalara göre temel besin maddeler;

- Kalori veren besin maddeleri
- Proteinler (et, süt, yumurta, balık, baklagiller vb.)
- Karbonhidratlar (tahıllar vb.)
- Yağlar (tereyağı, margarin vb.)

- Vitaminler (sebze ve meyveler)
- Mineraller (sodyum, potasyum, kalsiyum vb.) dır

Yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada kolesterol ve yağdan düşük besinleri kullanan popülasyonlarda, koroner kalp hastalıkları, artero skleroz ve trombüs veya emboli riski çok az sıklıkla görölmektedir. Özellikle doymamış yağ asitlerini içeren (oleik asit) bitkisel sıvı yağlar ve steroik asit dediğimiz ve tereyağında bulunan yağ asitleri LDL'nin (düşük yoğunlukta lipoprotein) kan kolesterol seviyesinin düşüşünde rol oynar (43,35).

Genç ve erişkin bireylerin, bazal metabolik kalori ihtiyacı 1200-1450 kaloridir. Kalori bakımından yetersizlik durumunda zayıflık, fazla alınması sonucu vücutta yağ oranının artması ile şişmanlık ortaya çıkar. Beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan, değiştirilebilir bir faktördür.

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle indeksi (B.K.İ.) çok kullanılan bir yöntemdir. 18.5 kg/m^2 'nin altında ise zayıf, $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise normal kilolu, $25\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise hafif şişman (fazla kilolu), $30\text{-}34.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise orta derecede şişman (I.Derece), $35\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$ arasında ise ağır derecede şişman (II.Derece), 40 kg/m^2 üzerinde ise çok ağır derecede şişman (III.Derece)'dır (4).

3.3.5.Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli bir olgudur.

Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır.

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin bas etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Bas edebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır (44).

Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler (44).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem problemin çözümüne hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin bas etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Bas edebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri ya da çocukluk dönemindeki yaşam deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler. Destek ve işbirliğinin gelişmesi için kişilerarası iletişimin sürekliliğinin olması gerekir (45).

3.3.6. Stres Yönetimi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından bir diğeri ise, stresle uygun bir şekilde baş edebilmektir. Birey yaşam boyu stres yaratan etken ve durumlarla karşı karşıyadır. Strese verilen tepkiler uzun zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bu hastalıklar baş ağrısı, yüksek

tansiyon, kalp rahatsızlıkları gibi bedensel hastalıklar olabileceği gibi psikolojik ve zihinsel hastalıklar da olabilir (46).

Stres bireyin amaçlarını gerçekleştirme girişimlerinde uyumsuzluk yada engellerle karşılaşmaları durumunda yaşadıkları bir olgudur (47).

Stres insanların bir tehdit ya da zorluk olarak algıladıkları durumlara karşı göstermiş oldukları içe dönük bir tepkidir. Yaşamın her aşamasında karşılaşılan stres, insanların bir tehdit ya da zorluk olarak algıladıkları durumlara karşı göstermiş oldukları içe dönük bir tepkidir. Dış çevreyle etkileşim sonucu bazen zaman baskısı, bazen beklenmedik bir tepki ya da olay sonucunda maruz kalınan bir durum olduğu gibi, kişinin iç dünyası ile ilgili etkenler sonucu da ortaya çıkabilir. Özellikle çağımızın hastalığı denen stresin sayısız nedeni bulunmaktadır ve bu stres etkenleri öfke, hayal kırıklığı, gerilim, şaşkınlık gibi tepkilerle kendini gösterir (48).

Kaçınılmaz bir şekilde insanların karşısına çıkan stres, geliştirilen başa çıkma teknikleriyle denetim altında bulundurulabilir ve yönetilebilir hale gelmiştir. Stresi tamamen ortadan kaldırmak çok zor olduğu gibi, makul bir orandaki stresin de insan yaşamının ayrı bir rengi ve tadı olduğu, motivasyon, dikkat ve duyarlılık gibi konulara katkı sağladığı ifade edilmektedir. Stres; insanların yaşantılarını oldukça yakından etkilemektedir. Strese karşı belirli bir oranda bilinç geliştirilmesi ve duyarlı olunması insanların çevrelerine daha iyi uyum sağlamalarına neden olacaktır. Stres oluşturan temel etkenlerin ne olduğunun bilinmesi, bunlara karşı alınacak önlemlerin de neler olabileceğine ışık tutacaktır (48).

Stres, hayatın vazgeçilmez bir parçası olup kişiye çevredeki uyaranlar karşısında daha iyi davranma fırsatı verir. Bu durumda birey, çevreden gelen etkilere tepki vermeye yetecek enerjiden yoksun demektir. Aşırı stres ölümcül olabilir. Bu durumda ise birey aşırı enerji sarf etmekte ve tükenmektedir. Çözüm, her bireyin kaldıracağı ölçüde stres ile doyumlu ve olumlu bir hayat sürdürebilmesidir (48). Stres türleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Pozitif Stres (Eustress): Bireye kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlardır. Bu tür stres, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığın artmasında önemli rol oynamaktadır.

2. Negatif Stres (Distress): Bireyin kaynaklarını ve baş etme yeteneklerini tüketen durumlardır. Kişinin kendine güvenini kaybetmesine neden olan, yetersizlik duygularına sevk eden, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratan strestir (49).

Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine etki eden bir faktör olup, stresle başa çıkma yolları veya güçlüğe karşı uyum sağlaması, stresörlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur. Uyum; bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir. Stresör, stres doğuran olay veya etmendir. Stresörler, içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stresörler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Örneğin; mükemmeliyetçilik, başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme içsel stresörlerdir. Dışsal stresörlerden başkaları tarafından sevilmemeye ve kabullenilmeme, başkalarının sorununu üstlenme, seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir ev örnek olarak verilebilir (49).

Yasam içinde stresin etkin bir biçimde yönetilmesi, öğrenilen bir davranıştır. Kişinin stresle baş edebilmesi veya strese karşı kişilerin tutum belirlemesindeki amaç, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir. Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır (50,44).

Bireyler stresle başa çıkma stratejilerini değişik şekillerde geliştirebilmektedir. Bunlar araştırmacılar tarafından problem çözmeye yönelik aktif ve duygusal odaklı başa çıkma olarak tanımlansa da, sosyal desteğe başvurma, kaçınma, kabul, bastırma, bilişsel yeniden yapılandırma, duygusal ifadelendirme gibi özel alt boyutlarda da ele alınabilmektedir (51).

Uyum süreci başa çıkma çabalarıyla duygusal ya da problem odaklı olarak geliştirilebilir. Bunların duygusal ya da problem odaklı olması yaşanan kaygıyı algılanan düzeye göre de değişebilir. Yüksek düzeydeki problemlilik uyum sürecini zorlaştırır. Örneğin depresyon gibi sosyal yaşam aktivitelerinde ve kişiler arası ilişkilerde olumsuz etkiler yapan bir fenomen, bu durumdaki bireylerin uyum çabalarını depresif moda göre zorlanarak ayarlanması sonucunu getirir. Bunun sonucunda da başa çıkma depresyona özgü bir formatta kurulur ve gelişir (51).

3.3.7. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlıklı yaşam davranışları; bireyin motivasyonu, fiziksel, psikolojik, kişisel ve davranışsal özellikleri ve değişimi fark etme düzeyinden etkilenmektedir (52).

İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme, düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir. Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden Sağlıklı Yaşam Biçimi (Healthy Life Style) adı verilmektedir (53,54).

3.3.7.1 Demografik Faktörler

Demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir. Yas, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkindir. Volden, Longemo ve arkadaşlarının (1990) Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alarak 478 yetiksin birey üzerinde yaptıkları çalışmada; yas ve medeni durum değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur.

3.3.7.2 Biyolojik Özellikler

Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (55).

3.3.7.3 Kişilerarası Etkileşim

Bu faktöre göre aile, arkadaş sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir. Hemşireler bireyleri sağlığını geliştirmek için cesaretlendirmede, destek sistemlerinin kullanılmasını sağlayabilir (56).

Esin'in çalışmasında aile içi ilişkilerini “çok iyi” olarak ifade edenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı, “iyi” olarak ifade edenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (57).

3.3.7.4 Durumsal Faktörler

Bu faktöre göre bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için, çevresi ile bas edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir. Kişinin sağlık davranışlarını inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri algıları ve diğer bilişsel faktörlerinden kişisel tutumları ve bunlara ek olarak, psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları etkilemektedir (24).

3.3.7.5 Davranışsal Faktörler

Bu faktöre göre bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir. Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir (58).

3.3.7.6. Değiştirilebilir Faktörler

3.3.7.6.1.Tuz Alımı Faktörü

Tuz tüketimi yüksek olan toplumlarda hipertansiyon sıklığının fazla olması, tuz kısıtlaması ile kan basıncı değerlerinde düşüş görölmesi ve tuzdan fakir diyetle beslenen ilkel toplumların diyetlerindeki tuz artırıldığında hipertansiyon sıklığının artması, hipertansiyon etiolojisinde tuz alımının önemini ortaya koymuştur. Çünkü aşırı sodyum alımı, sıvı hacmini ve damarsal reaktiviteyi etkileyerek hipertansiyonun oluşmasına neden olmaktadır. (59.60.61).

Obezite prevalansı düşük olan ancak sodyum alımı fazla olan toplumlarda bile hipertansiyon görölmektedir. Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı araştırma grubu (SALTürk) tarafından yönetilen çok merkezli bir çalışmada, hipertansiyona neden olabilecek yas, cinsiyet, BKİ, potasyum ve alkol alımı gibi durumlar düzenlendikten sonra hipertansiyon ve sodyum alımı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

3.3.7.6.2. Sigara ve Alkol

Sigara endotel hücre fonksiyonlarını bozarak, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol düzeylerini düşürerek kan basıncını akut olarak yükseltmektedir. İçilen her bir sigaranın kan basıncı üzerine akut etkisi 30 dakika ile bir saat arasında sürmektedir. Bu nedenle içilen sigaranın etkisini görebilmek için, sigara içiminden yarım saat sonra kan basıncı değerlerine bakılmalıdır. Ataman'ın (2007) çalışmasında, hipertansiyon hastalarının %71,6'sının sigara kullandığı saptanmıştır (62,63).

Alkolün ise hangi mekanizmalarla kan basıncı üzerine etki ettiği henüz netlik kazanmamıştır. Bununla birlikte alkolün sempatik sinir sistemini ve RAAS’ni aktive ederek, plazma kortizol düzeyini arttırarak kan basıncını arttırdığı düşünölmektedir. Kesitsel çalışmalar fazla alkol alanlarda yüksek kan basıncı ve artmış hipertansiyon prevalansı olduğunu göstermiştir. Günde alkol miktarı 28–55 g’ı geçenlerde hipertansiyon gelişme riski iki kat artmaktadır (59).

3.3.7.6.3. Çay ve Kahve Tüketimi

Kahve ve çayda doğal olarak kafein bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından kafeinin günlük tüketim düzeyinin 300 mg’ı asmaması önerilmektedir. Kafein, sempatik sinir sistemini aktive ederek sistolik ve diyastolik kan basıncında 5–15 mm Hg’lık bir artışa neden olmaktadır. Aynı zamanda fazla tüketilmesi diüretik etki yaparak vücut sıvı dengesinin bozulmasına, koordinasyonun dağılmasına, sinirlilik, uykusuzluk ve çarpıntıya neden olarak hipertansiyon gelişimini hızlandırmaktadır (64).

3.4. Fiziksel Uygunluk

Fiziksel yetenekler ileri yaşlarda sağlıklı ve iyi olmak için önemlidir. Fiziksel yetenekler yaşlanma sürecinden ve çeşitli hastalıklardan etkilenir. İlerlemiş yaşla birlikte, yetersizlik cinsiyet farklılığına bağılı olarak artar. Genel olarak 75 yaşın üstündeki bayanlar erkeklere oranla daha büyük yetersizliklere sahiptirler (65).

Fiziksel uygunluk (fitness) için yapılan tanımlamalardan en sık kullanılan ikisi şunlardır “Fiziksel uygunluk, günlük işleri dinç ve dikkatli, yorulmadan

yapabilme, boş vakit işlerine ve beklenmedik acil durumlara yeterli enerjiyi ayırabilme becerisidir” “Fiziksel uygunluk, ortadan zor düzeydeki fiziksel aktiviteleri yorgunluk olmadan yapabilme ve bu beceriyi yaşam boyu sürdürebilme kapasitesidir” (66,67).

İnsanın büyüme ve gelişme süreci, doğuştan kazanılan kalıtsal faktörler, sosyo-ekonomik yapı, fiziki yaşam koşulları, beslenme, yaşam tarzı ve psikolojik durum gibi pek çok değişkenden oluşan çevresel faktörlerin etkisi altındadır (68).

Çocukluk ve erişkinlik dönem çağı arasındaki biyolojik, fizyolojik ve kognitif gelişme dönemi olan adolesan dönemde fiziksel uygunluk düzeyinin belirlenmesi sağlıklı bireyler yetişmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Fiziksel uygunluk düzeyi genetik, büyüme, çevre ve fiziksel aktivite düzeyinden etkilenmektedir. Çocukluk ve adolesan dönemde, bireyler hızlı bir gelişme ve fiziksel yönden değişme göstermektedir. Bu değişim fiziksel aktivite düzeyini ve sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk parametreleri olan kuvvet, esneklik, vücut kompozisyonu ve aerobik dayanıklılığı da etkilemektedir (69).

Yapılan çalışmalar dünyada ve ülkemizde çocukların özellikle de şehirde yaşayanların giderek pasifleşmeye başladığını göstermektedir. Şehirleşmenin getirdiği endüstrileşme ve teknolojik gelişmeler fiziksel inaktiviteyi gittikçe artırmakta; gençlerin ve çocukların televizyon izleme, bilgisayar başında oturma, internet kefedeyi oyun oynama gibi sedanter aktivitelerde harcanan zamanın artmasına neden olmaktadır (70).

Dünya Sağlık Örgütüne (2003) göre fiziksel inaktivite dünya genelinde ortalama 1.9 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır. Fiziksel inaktivite meme kanseri, kolon kanseri, rektum kanseri ve diyabet hastalığının yaklaşık %10-

16'sına, iskemik kalp hastalıklarının ise yaklaşık %22'sine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün minimum fiziksel aktivite tavsiyesine uymayanlarda kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riski ise 1,5 kat artmaktadır (WHO, 2003; WHO, 2000). Bilimsel birçok çalışmada; çocuklarda ve adolesanlarda ki sedanter yaşam stiline fiziksel aktivitenin azalması ile birlikte fiziksel uygunluk düzeyinin de azalması sonucunda; fonksiyonel kapasiteyi azalttığı kronik hastalıkların morbitide ve mortalitesini artırdığını göstermektedir (71,72,73,74).

Yukarıda belirtilen olumsuzlukları engellemek ve gereken önlemleri almak önemlidir. Bu nedenle çocuklarda ve adolesanlarda fiziksel uygunluk ve fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi sağlık, beden eğitimi ve egzersiz için ön koşuldur (75).

Teknolojinin gelişmesi fiziksel olarak yaptığımız birçok günlük işimizi araç gereçlerle yapmaya yönlendirerek bizi hareketsiz bir yaşama itmiştir. Her ne kadar insan bedeni hareket etmek ve zorlu fiziksel aktivitelere katılabilecek biçimde düzenlenmiş olsa da egzersiz, ortalama bir yaşam biçiminin günlük uğraşları arasında değildir. Fiziksel uygunluk geliştikçe sağlıkla ilişkili riskler azalır ve yaşamdan beklentiler artar. Fiziksel uygunluk çalışmalarının yararları olduğu kadar zararları da vardır. Çok fazla egzersiz, kas ve iskelet yaralanmalarına, bağışıklık sistemini baskılamaya ve enfeksiyonlara karşı direnci azaltmaya, çok fazla ağırlık kaybı da hormonal problemlere ve mineral kaybına neden olmaktadır (58).

Geriatrik olgularda günlük fiziksel aktiviteleri gerçekleştirebilme yeteneği, yaşam kalitelerini arttırmada önemlidir. Ayrıca günlük fiziksel aktiviteleri yapabilmek, belirli bir fiziksel uygunluk düzeyi gerektirir (76).

Geriatrik olgularda fiziksel aktivite, fiziksel uygunluk düzeyini arttırırken, fiziksel yetersizliği de önlemektedir. Fiziksel uygunluğun gelişmesiyle hastalıkla birleştirilen risk faktörleri azalacak, sağlık düzeyi olumlu etkilenerek yaşam beklentisi artacaktır. Yaslanmayla birlikte birçok fonksiyonel yetersizliğin önlenmesi, azaltılması ve tedavisinde, düzenli egzersiz programına katılım etkilidir. Geriatrik olguların birçoğunda düşmeye karşı fiziksel aktivite düzeyinin arttırılması amaçlanır. Yaslanmayla birlikte gelişen kas zayıflığı, azalmış kas kitlesi, zayıf denge ve yürüme zorluğu nedeniyle, fiziksel uygunlukta da yetersizlikle karşılaşılır. Yapılan çalışmalarda yaşlılarda fiziksel uygunluğu geliştirmede, aerobik egzersiz, kuvvet ve esneklik programlarının diğer etkilerinin yanı sıra, önemli ölçüde kas koordinasyonunu ve dengeyi geliştirdiği de saptanmıştır (77).

Fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluğun doğru değerlendirmesi müdahale programlarının etkinliği ve sağlık teriminin sonuçları açısından temel oluşturur (78).

Geriatrik olgularda fiziksel uygunluğun değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde, yaşlılara özgü farklı yöntem ve programların arayışı günümüze kadar devam etmiş ve bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Gelecekte de bu konuyla ilgili araştırmaların gerçekteştirilmesine gereksinim vardır (77).

Fiziksel uygunluğun sağlıkla ve spor ile ilgili olmak üzere iki bileşeni vardır. Sağlıkla ilişkili bileşenleri:

Kardiyopulmoner uygunluk

- Beden kompozisyonu
- Fleksibilite

- Kassal kuvvet
- Kassal dayanıklılık (endurans)

Spor ile ilişkili bileşenleri:

- Denge
- Reaksiyon zamanı
- Koordinasyon
- Çeviklik
- Hız
- Güç

Fiziksel uygunluk değerlendirilirken bu komponentlerden amaca uygun olanlar seçilerek değerlendirme yapılır (66,67).

Sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk, günümüzdeki sedanter hayat tarzıyla ilişkisi bulunan hastalık durumları veya hastalıkların vaktinden evvel gelişmelerinden dolayı risk seviyelerini tanımlayan fiziksel ve fizyolojiksel durumlara işaret eder (78).

Sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk parametrelerinin iyi olması hastalıkların gelişmesi ve/veya fonksiyonel yetersizlik riskini azaltmaktadır (79).

Fiziksel uygunluk ve kronik hastalıkların görülme sıklığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar göstermiştir ki, tüm sebeplerle gerçekleşen ölümler, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, hemipleji, obezite, periferik vasküler hastalıklar, kolon kanseri, akciğer kanseri, prostat kanseri, göğüs kanseri, osteoporoz ve tip II diabetes mellitus ile fiziksel uygunluk seviyesi arasında ilişki

vardır. Fiziksel uygunluk seviyesinin düşük olması bu hastalıklara maruz kalma riskini arttırır (79,80).

Sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk parametreleri değerlendirmeden önce insan vücudunun fiziksel özelliklerini bir takım ölçme özellikleriyle değerlendirilen ve fiziksel yapı özelliklerini oluşturarak sınıflama yapan sistematik bir teknik olan antropometrik ölçümler yapılır. Antropometrik ölçümleri ile büyüme ve gelişme hakkında fikir elde edilebilir. Aynı ve farklı çevrede yaşayan farklı etnik gruplar arasında antropometrik ve vücut kompozisyonu açısından farklılıklar gözlenmektedir. Antropometrik ölçümler spora yeni başlayanlarda ve sağlık için egzersiz programı alanlarda bireyin vücudun fiziksel özellikleri hakkında bilgi almak için kullanılan iyi bir teknik olarak gösterilmektedir (76,81).

Yaşlı bireylerde; altta yatan zorlukların daha iyi tespit edilmesinde performans ölçümlerinin, teşhislere veya standart fiziksel değerlendirmelere göre daha iyi olduğu üzerinde toplanmaktadır (82).

Son yıllarda ihtiyaç duyulan fonksiyonel mobilite için fiziksel karakteristikleri değerlendirmek amacıyla sağlıkla ilişkili uygunluk testiyle karşılaştırıldığında Senior Fitness Testi (SFT), bir fonksiyonel uygunluk testidir. SFT yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için gerekli fiziksel kapasitelerini ölçen test parametrelerinden oluşan bir bataryasıdır. SFT; üst ve alt gövde kuvveti, aerobik endurans, üst ve alt gövde fleksibilitesi ve çeviklik/dinamik denge ölçümlerini içerir. Ayrıca SFT, 60 ila 94 yas aralığındaki bağımsız erkek ve bayan gruplar için beş yıllık percentile (frekans toplamalarının her yüzde birine tekabül eden x değeri) normlarını içermektedir (83).

Kardiyovasküler uygunluk ise fiziksel aktivite sırasında kişinin oksijen kullanma kapasitesi olarak tanımlanabilir (80).

Kardiyovasküler uygunluk geniş kas gruplarının dinamik, orta ve yüksek yoğunluktaki egzersizi uzun süre devam ettirebilmesi ile ilişkilidir. Kardiyovasküler uygunluk düzeyinin iyi olması respiratuvar, kardiyovasküler ve iskelet kas sisteminin fonksiyonel durumuna bağlıdır. Kardiyovasküler uygunluk sağlıklı olmanın bir göstergesidir (81,79).

3.4.1.Vücut kompozisyonu (Antropometri)

Fiziksel uygunluk parametrelerinden biri olan vücut kompozisyonunun belirlenmesi; klinik sağlık bakımından, egzersiz bilimlerinde ve kilo kontrolünde önemli bir faktördür. Vücut kompozisyonu beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite arasındaki dengeyi yansıtmaktadır. Yalnızca vücut kilosu yanıltıcı olabilir. Bu nedenle ölçümler kas ve yağ oranı arasındaki ilişkiyi doğru olarak söylemez (84).

Antropometri, beslenme durumunun değerlendirilmesi için iskelet ve somatik proteinin yanı sıra yağ kitlesinin de incelenmesini sağlayan vücut boyutlarının, bölgesel deri altı adipoz doku kalınlığının, kol veya bacaklardaki kesitsel kas alanının ölçülmesi olarak tanımlanabilir (85).

Vücut Kompozisyonu; yağlı ve yağsız vücut dokularından oluşmuş vücut ağırlığının göreceli oranları olarak da tanımlanabilir. Vücut kompozisyonu ölçümlerinde temel hareket noktası vücut yoğunluğunu bularak buradan vücut yağ yüzdesini tahmin etmek veya hesaplamaktır (86).

Araştırmalar; vücut yağ oranı ile kardiyovasküler risk faktörleri (Kan basıncı ve kan yağları) arasında yüksek bir ilişki göstermektedir (87).

Vücut yağının yüksek oranda olması kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, kanser, hiperlipidemi ve diğerk sağık problemlerinde yüksek risk faktörüdür ve mortalite oranını artırmaktadır. Çocukluk ve adolesan dönemdeki yüksek yağ oranının yetişkinlikte ortaya çıkan obezite ile ilişkili koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi ve tip 2 diyabet gibi hastalıkların gelecekte oluşmasında önemli hazırlayıcı etken olduğunu göstermektedir (87,88).

Antropometri yöntem ve ölçüm teknikleri bebeklikten ölüme kadar geçen zaman içerisinde insan vücudunda uygulanmakta ve yaşam boyu insan vücudundaki yüzlerce ölçüden yararlanarak birçok sonuç elde edilmekte ve yorumlanmaktadır. Antropometrik yöntem ve uygulanan teknikler yardımıyla bireylerin ve toplumların genel fiziksel özellikleri ortaya konulurken aynı zamanda gelecekte vücutta ortaya çıkabilecek sağık ve vücut fonksiyon bozuklukları hakkında da bazı tahminlerin yapılması mümkün olabilmektedir (89).

Vücut kompozisyonu değerkendirmeleri laboratuvar ve saha teknikleri yöntemleri ile yapılmaktadır. En sık kullanılan ölçüm yöntemleri Bel-kalça oranı ile beden kitle indeksidir.

3.4.2. Bel Çevresi

Obeziteyi tanımlamada kullanılan bir diğerk yöntem bel çevresi ölçümü'dür. Bel çevresini tespitin maksadı karna ait(iç organlara ait yağ)yağ miktarının bir ölçüsünü elde etmektir.

Bel çevresi karın bölgesinde biriken, visseral ve derialtı yağını, karın kaslarının tonusunu, en iyi şekilde yansıtır. Obez bir bireyin değerlendirmesinde vücuttaki toplam yağ miktarı önemli olmakla beraber, yağın nerede biriktiğini bilmek daha önemlidir. Karın çevresinde yağ birikimi (abdominal obezite), kalça ve vücudun diğer bölgelerinde yağ birikiminden daha fazla sağlık risklerine neden olur. Bel çevresi ile ilgili her iki cinse ait risk değerleri bulunmaktadır. Vücuttaki toplam yağ miktarı önemli olmakla beraber, yağın nerede biriktiğini bilmek daha önemlidir. Karın çevresinde yağ birikimi, kalça ve vücudun diğer bölgelerinde yağ birikiminden, daha sık görülmekte ve daha fazla sağlık risklerine neden olmaktadır

Karın çevresinde yağ birikimi, obezite, kardiovasküler hastalıklar için, sigaradan sonra ikinci. Sırada, önemli risk faktörünü oluşturur. Bu risk için basit fakat doğru bir yöntem bel çevresi ölçümüdür. Bununla birlikte, bel çevresi ile ilişkili hastalık riskinin, farklı toplumlarda değişkenlik gösterdiği unutulmamalıdır Bel çevresi erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üzerinde ise (şekil 1) obezite ve artmış obezite ye bağlı yüksek hastalık riskini gösterir (90,91).

Şekil 1: Bel çevresi Değerlerinin İncelenmesi (92).

	Normal Bel Çevresi (cm)	Artmış Risk Bel Çevresi (cm)	Yüksek Risk Bel Çevresi (cm)
Erkek	<94	94-101	>102
Kadın	<80	80-87	< 88

3.4.3. Bel-Kalça Oranı

Bel-kalça oranı, vücut yağ dağılımının önemli bir göstergesidir. Vücut yağ dağılımı obezite ile ilişkili sağlık riskinin önemli bir göstergesidir. Gövdede özellikle de abdominal (karın) bölgede yağ birikmesi fazla olanlar hipertansiyon,

tip II diyabet, hiperlipidemi, kalp atım hızı (KAH) açısından artmış risk altındadırlar.

Bel/kalça oranı şişmanlığa bağlı hastalıklarda risk tanımlamada önemli bir yöntemdir (11). Son yıllarda bel/kalça oranının (BKO), erkeklerde >1.0 ve kadınlarda >0.85 olması abdominal yağ birikiminin tanımlanması amacı ile kullanılmaktadır. Amerikan toplumu bel/kalça oranı norm değerleri tablosunda, 50-59 yaş arasındaki erkeklerde 0.90-0.96, kadınlarda 0.74-0.81; 60-69 yaş arasındaki erkeklerde 0.91-0.98, kadınlarda 0.76- 0.83, orta düzey değerler olarak bildirilmiştir (93).

3.4.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden kütle indeksi (BKİ, $\text{ağırlık/boy} \times \text{boy} = \text{kg/m}^2$) ağırlığın boya karşılaştırmalı olarak beden kompozisyonunun değerlendirilmesinde kullanılır (94).

BKİ, bireylerin kilogram birimiyle belirlenen vücut ağırlıklarının, metre cinsinden elde edilmiş boy uzunluklarının karesine bölünmesi ile belirlenir. BKİ, kg/m^2 ile ifade edilmektedir (Vücut Ağırlığı (kg) /Boy Uzunluğunun karesi (m^2)). Yağ yerine normalden fazla kas kütlesi olanlarda hata payı olsa da BKİ sınıflandırması (normalin altında: $<18.5 \text{ kg/m}^2$, normal: $18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$, normalin üzerinde $25\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$, obez: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) sıklıkla kullanılır.

Şekil 2: Beden Kitle İndeksi Değerleri (95).

18.5 kg / m ² 'nin altı	Zayıf
18.5-24.9 kg / m ² arası	Normal kilolu
25-29.9 kg / m ² arası	Fazla kilolu (Overweight)
30-34.9 kg / m ² arası	Obez-I (Hafif Şişman)
35-39.9 kg / m ² arası	Obez-II (Orta Düzeyde Şişman)
40 kg / m ² 'nin üzeri	Obez-III (Aşırı Düzeyde Şişman- Morbid obez)

3.4.5. Bazal Metabolizma Hızı –BMR

Bazal metabolik hız 12-18 saat süresince besin almamış, tam istirahat halinde ve ısısı değişken olmayan bir ortamda bulunan bireyin metabolik hızıdır. Bazal durumlarda meydana gelen enerjinin bir bölümü, tam istirahat halindeki vücudun gerekli fonksiyonlarında harcanır bir kısmı ısıya çevrilir.

Bazal metabolizma

$$BM (\text{erkek}) = 66.5 \times (13.75 \times A) + (5.03 \times B) - (6.75 \times Y)$$

$$BM (\text{kadın}) = 66.5 \times (9.56 \times A) + (1.85 \times B) - (9.68 \times Y)$$

A=Vücut ağırlığı (kg)

B=Boy uzunluğu (cm)

Y=Yaş (yıl)

Formülü ile hesaplanabilir.

Metabolik hız üzerine etkili olan faktörler cinsiyet, vücut yüzeyi alanı, besin alma durumu, yaş, vücut ve ortam ısısı, hormonal faktörler, egzersiz ve egzersizin şiddeti olarak görülmektedir (96).

3.4.6. Vücut Yağ Yüzdesi

Vücut ağırlığı alınan besinlerden sağlanan enerji ve harcanan enerji arasındaki dengeyle korunmaya çalışılır. Obeziteyi belirlemede vücut yağ yüzdesi (VYY)'nin kullanılması standart bir yöntemdir. Vücut yağ yüzdesi biyoelektriksel impedans ve infra-red'e yakın ışınların kullanılması ile tama yakın doğrulukta kolayca saptanabilir. Vücut yağ yüzdesinin erişkin sağlıklı kadınlarda % 12-24, erkeklerde % 12-18 değerlerde olması istenir. Yağ hücreleri enerji fazlasının depolandığı veya enerji açığının karşılandığı, hacimce sürekli değişiklik gösterebilen aktif hücrelerdir (97).

3.4.7. Vücut Yağ Ağırlığı

Vücut yağ oranının normal değeri erkekler için total vücut ağırlığının % 10–15, kadınlar için % 15-20'dir. Erkeklerde % 20'den yukarısı, kadınlarda % 30'dan yukarısı şişman olarak kabul edilir (97).

3.4.8. Yağsız Kas Kitlesi

Yağsız kas kitlesi; vücut su oranı, protein ve bazı iç organlarla (kalp, mide, bağırsak) birlikte oluşur (Bölgesel toplam kas oranı). Yağsız vücut kitlesinin büyük çoğunluğunu kaslar ve kemikler oluşturmaktadır. Genelde yağsız kas kitlesi, yağlı vücut kitlesinin 2-3 katı olmasına rağmen, yaşla birlikte yağsız kas kitlesindeki azalmalar yaşlılarda ki yağsız kas kitlesinin tahmininde hata yapılmasına neden olmaktadır. Sağlıklı erişkinlerde ortalama yağsız kas kitlesinin % 65–70 ini su oluşturur. Egzersiz ve spor ise yağsız kas kitlesini arttırırken yağ kitlesini azaltır. Kadınlarda yağsız kas kitlesi daha az, yağ kitlesi daha fazladır.

Yağsız kas kitlesinin % 10'undan fazlasının kaybedilmesi kaşeksi olarak tanımlanabilir. Kaşeksi tanımında kriter olarak yağsız kas kitlesini kullanmanın bazı sakıncaları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi yağ dokusunun ya da kaybının göz önüne alınmamasıdır (97).

3.4.9. Kassal uygunluk

Sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk komponentlerinden biridir. Kassal uygunluk terimi kas kuvveti ve kassal enduransı içerir (79).

Kassal uygunluk fiziksel fonksiyonun artmasında, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın artırılmasında, medikal komplikasyon gelişme riskinin azaltılmasında önemli rol oynar. Ayrıca aktivite sırasında kalp atım hızının daha düşük olmasını sağlar, koordinasyonu ve dengeyi artırır, overuse yaralanmalarını azaltır, eklem stabilitesini artırır ve kardiyovasküler hastalıklara yakalama riskini azaltır (98).

3.4.10. Kas kuvveti

Kas kuvveti spesifik kas veya kas gruplarının uygulayabildiği maksimal kuvvet olarak tanımlanır. Kuvvet hareketli veya hareketsiz objelere karşı uygulanan kas gücü olarak belirtilmektedir (79).

3.4.11. Kassal Dayanıklılık

Kassal endurans kasın belli benzer hareketleri veya kontraksiyonları tekrarlayabilme yeteneği veya belli süre içerisinde belli bir kontraksiyonu sürdürebilme yeteneği ile ilgilidir (81).

3.4.12. Esneklik

Esneklik kelimesi; açma, germe, bükme, uzaklaştırma ve yakınlaştırma gibi kavramların hepsini içermektedir. Esneklik, sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluğun ayrılmaz bir parçasıdır (99).

Esneklik eklem mobilitesi ve kas elastikiyeti ile belirlenen bükülebilme yeteneği veya eklem serisi ve akıcı bir şekilde normal eklem hareket sınırını tamamlayabilme yeteneğidir (100).

Esneklik spor performansında, yaralanmaların önlenmesinde ve rehabilitasyonda çok önemlidir. Spor türünün ihtiyaçlarına uygun optimal bir gelişimi sağlamasında, kuvvet ve hız gibi fiziksel faktörlerin ve tekniğin geliştirilmesinde etkili olmaktadır. Kemik, kas ligamentleri, tendonlar, eklem kapsülü, deri, vücut yağ oranı esnekliği kısıtlayan faktörlerdir. Esneklik, eklem yapısına, kas lifleri ve derinin gerilme yeteneğine, kasların ısınma derecesine, genel vücut ısısına, yorgunluğa, günün saatlerine, kişisel duygusal duruma ve dış ortamın ısısına bağlı olmakla birlikte aynı zamanda yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Kadınların eklem hareket genişliği erkeklerinden fazladır. Bunun da nedeni erkeklerin eklem hareketinde azalmaya neden olan geniş iskelet kaslarına sahip olmasıdır. Yetersiz kas kuvveti hareket genişliğini azaltır (81,101).

Esneklik üç farklı şekilde sınıflandırılır:

1. Aktif ve pasif esneklik: Kişinin kendi kas gücüyle hareketin uygulanmasına aktif, dışarıdan bir kuvvetle elde edilen hareketliliğe pasif esneklik denir.

2. Dinamik ve statik esneklik: Kas kullanımının daha yoğun olduğu, çalışma uygulanırken belirli bir ritim ve hızın bulunmasına dinamik, eklem açısının bir süre korunması ilkesine dayalı olanlara statik esneklik denir.

3. Genel ve özel esneklik: Bedendeki tüm eklemlerin hareket genişliğine genel, sportif branşa özgü kullanılan belirli eklem gruplarını içeren özel esneklik denir (102).

Değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler; sırt korumalı otur ve uzan, V-otur uzan, gonyometrik ölçüm, schober testi, gövde lateral fleksiyonudur. Hamstring ve alt sırt esnekliğini değerlendirmek için en sık kullanılan standart testlerden biri otur ve uzan testidir (103).

Kitlesel ölçümlerde, sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk testlerinde ve kaba bir esneklik göstergesi olarak en yaygın kullanılan esneklik testi otur-eriş testidir. Otur – eriş testi öncelikle diz arkası kırışlarını, ikinci olarak da alt sırt kalça ve baldır esnekliğini ölçer. Özel olarak biceps, femur, tendonlar, membranlar, erektör spina, gluteus maksimus, medius ve gastrokinemus kas ve ten donlarını ölçer.

Düzenli yapılan esnetme egzersizleri şu yararları sağlar.

- Kas gerilimini azaltır, vücudun rahat hissedilmesini sağlar.
- Daha rahat hareket etmemize izin vererek koordinasyonu sağlar.
- Hareket alanını genişletir.
- Kas sakatlıklarını önler.
- Kan dolaşımını hızlandırır.
- Vücudun zihinsel olarak gevşemesine yardım eder.
- Kendimizi iyi hissetmemizi sağlar (99).

3.5. Biyokimyasal Parametreler

3.5.1. Yağlar

Yağlar, karbonhidratlara göre ATP oluşumunda daha fazla etkin olurlar. İyi bir enerji kaynağıdır. Bir gram yağdan yaklaşık 9 kalori elde edilir. Özellikle yağda eriyen A,D,E,K vitaminlerinin vücutta emilimi ve taşınmasında önemlidirler. Yağlar, bazı hayati öneme sahip kalp, karaciğer gibi organlar için koruyucu bir tabaka oluşturur. Vücut ısısının korunmasında ve ayarlanmasında etkin olurlar (104).

Yağlar, vücutta trigliserid, kolesterol ve fosfolipitler şeklinde depo edilirler.

3.5.2. Trigliseridler (Triaçilgliseroller)

En yaygın kompleks lipitlerdir ve yağ asitlerinin depolanma şekli olarak görev alırlar. Trigliseridler (TG) (veya triaçilgliseroller) yağ dokusunda büyük lipit damlacıkları halinde depolanırlar, belirli lipoproteinlerle beraber taşınırlar. TG'ler adipositlerin içinde veya lipoprotein partikülü üzerinde hidrolize edildiğinde enerji kaynağı olarak kullanılmak üzere yağ asitleri açığa çıkar (105).

Besinlerle alınan lipitlerin çoğu trigliserid şeklindedir. Besinlerle alınan trigliseridler barsak epitel hücresinde bulunan endotelial lipoprotein lipaz enzimi (LPL) aracılığı ile parçalanarak emilir, lenfatik sistem aracılığı ile kan dolaşımına karışır. Açlık serum TG yüksekliği (>150 mg/dL) KKH için risk oluşturmaktadır (106).

Sağlıklı bireylerde kan trigliserid miktarı 40-160 mg/dL dir. Trigliseridler nötral ve nonpolar yağlardır. Elektrik yükleri olmadığı için elektroforezde tatbik

edildikleri yerde kalırlar. Üç yağ asidinin üç karbonlu bir alkol olan gliserol ile esterleşmesi sonucu oluşurlar. Bir kısmı diyetle alınırken bir kısmı karaciğerde sentezlenir. Metabolizma sırasında enerji kaynağı olarak kullanılırlar. Trigliceridler hidrofobik olduklarından hücre içinde yağ damlacıkları halinde bulunur ve yağ asitlerinin depo şekli genelde trigliserit şeklindedir. Trigliseritler indirgenmiş olduklarından metabolik enerjinin yoğun depolarıdır (107,108). Total lipit seviyelerindeki değişimler genellikle trigliserit seviyelerine yansdığından, lipit profilleri hakkında bilgi edinmek için trigliserit analizleri daha sağlıklı bilgi sağlar (109).

3.5.3. Total Kolesterol

Kolesterol (TK), yaşam için gerekli olan mum kıvamında yağimsı bir maddedir. Beyin, sinirler, kalp, bağırsaklar, kaslar, karaciğer basta olmak üzere tüm vücutta yaygın olarak bulunur. Vücut kolesterolü kullanarak hormon (kortizon, seks hormonu), D vitamini ve yağları sindiren safra asitlerini üretir. Bu işlemler için kanda çok az miktarda kolesterol bulunması yeterlidir. Eğer kanda fazla miktarda kolesterol varsa, bu kan damarlarında birikir ve kan damarlarının sertleşmesine, daralmasına (ateroskleroz) yol açar. Organizmada hem karaciğer, deri, adrenal, beyin ve barsaklarda üretimiyle hem de et, yumurta ve süt ürünleri gibi hayvansal gıdaların tüketimiyle oluşmaktadır. İnsan vücudu kolesterole ihtiyaç duyar ve aslında dışarıdan diyet ile alınan kolesterolün yaklaşık 4 katını endojen olarak üretir (105,110).

Kolesterol, insanlarda en çok bulunan 27 karbonlu steroldür. Steroid yapıda katı bir alkol olup, 17. karbon atomuna bağlı hidrokarbon yan zincirinden

dolayı, lipit özelliği gösterir. Kolesterol dışarıdan alınabildiği gibi, karaciğer, bağırsak, adrenal korteks ve üreme dokuları başta olmak üzere tüm dokular tarafından vücutta asetil-CoA'dan da sentezlenir. Kolesterol bütün hücre zarlarının bileşenidir, safra asitleri, D vitamini ve steroid hormonların sentezinde kullanılır. Kolesterolün enerji üretilmediğinden bir başka deyişle kolesterolün halka yapısı CO₂ ve H₂O metabolize edilemediğinden sentezi kolay yıkımı ise zordur (108.103.109).

Kolesterolün serbest formu bütün hücre membranlarının komponenti olduğu gibi, birçok dokuda da baslıca bulunan seklidir. Ancak adrenal korteks, plazma ve ateromatöz plaklarda kolesterolün baskın biçimi ester formudur. Kolesterol safraya ve dolayısıyla barsaga salgılanabilir ya da safra asidlerine çevrilebilir. Barsaga atılan kolesterolün yaklaşık % 50 si yeniden emilip dolaşıma geçer, geriye kalan % 50 si dışkıyla atılır (105).

3.5.4. HDL Kolesterol

HDL apolipoproteinlerin bir birikimi olarak işlevseldir. Başlıca görevi; çevresel dokulardan kolesterolü karaciğere taşımak ve diğer lipoprotein çeşitleriyle apolipoprotein alış verişi yoluyla onların işlevlerini yönlendirmektir (111,112). HDL Kolesterol düzeyini artıran faktörler; Östrojen, fizik egzersiz, zayıflama, alkol, fenitoin, familial hiperalfalipoproteinemi'dir. Azaltan faktörler ise; erkekte puberte, androgenler, hipertrigliseridemi, sigara, sedanter yaşam biçimi, ailesel HDL yetmezlik hastalığı görüntüsüdür (112). Sigara kullanımı HDL-K'ü düşürür, sigaranın bırakılmasıyla sigara içmeyenlerdeki seviyelere döner. Zayıflama ve diyetdeki doymamış yağ asitleri, uzun mesafe koşma ve uzun

sürekli aerobik, kolesterol düşürücü ilaçlardan özellikle fibratlar ve nikotinik asit, kadınlarda östrojen ve progesteron HDL-K'ü artırır (108).

3.5.5. LDL Kolesterol

LDL'nin görevi; karaciğerden kolesterolü periferik dokulara taşımak ve buralarda yeniden kolesterol sentezini düzenlemektir. Bu hücrelerde LDL'e özgün almaç vardır. LDL bunlara bağlanarak endositozla (receptor mediated endocytosis) hücre içine alınır ve lizozomlarda yıkılır. Bu almaçlardan yoksun kişilerin kanında yüksek kolesterol görülür (111).

LDL, boyut olarak öncülerine (VLDL ve IDL) nazaran daha küçüktür, fakat yoğunluğu artmış durumdadır. LDL, % 75 oranında lipit içerir. Kolesterol baskın olan lipit grubudur ve total kolesterolün yaklaşık % 50'sini oluşturur. Primer görevi kolesterolü karaciğerden periferik dokulara taşımaktır. Apoprotein (Apo) B100 LDL'deki tek apoproteindir (110)

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırma Grubu

Araştırmanın amacını gerçekleştirmek üzere Malatya ilinde futbol antrenörlüğü yapan yaş ortalaması 39.91 ± 8.54 , boy ortalaması 1.75 ± 5.46 , vücut ağırlıkları 80.17 ± 11.07 kg olan 65 gönüllü antrenörden oluşturuldu.

4.2. Araştırmanın Dizaynı

Bu çalışmanın etik kurallara uygun bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için İnönü üniversitesi tıp fakültesi insan etik kurulundan 04.10.2011 tarih ve 2011/146 sayılı kararı ile izin alındı (Ek-1). Araştırma verileri anket yöntemi, laboratuvar ölçüm testleri ve kan parametrelerine bakılarak elde edilmiştir. Tüm deneklere testlerin amacı ve metodu hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olarak katıldıklarını beyan etmişlerdir.

4.3. Veri Toplama Araç ve Teknikleri

4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını belirlemek için, 1987'de Walker, Sechrist ve Pender tarafından (113) geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanıldı (EK-2). Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 1997'de Esin tarafından yapılmış, toplam 52 maddeden oluşan ölçek, Türk toplumuna uyarlanarak 48 madde olarak uygulanmıştır. Ölçeğin bütün maddeleri olumludur ve 4 dereceli likert tipi hazırlanmıştır. Her bir madde için sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan verilmiştir. Ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 0.70–0.90 arasında değişmektedir.

En düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek, stres yönetimi olmak üzere 6 alt değerlendirme ölçeği vardır. Ölçekteki sorular, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak, sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (57).

Araştırma süresince tüm testler antrenörlere bireysel veya gruplar halinde İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Yüksekokulu Fizyoloji Laboratuvarında, kan değerlerinin analizi Malatya Beydağı Devlet Hastanesinde yapılmıştır.

4.3.2. Vücut Kompozisyonu Ölçümleri

Futbol antrenörlerinin fiziksel uygunluk yönünden değerlendirmelerde önemli öğelerden birisi olan vücut kompozisyon parametrelerine bakılmıştır. Bu çalışmada fiziksel uygunluğun diğer göstergeleri olan kuvvet, aerobik ve anaerobik güç, kas dayanıklılığı, sürat vb. özellikler değerlendirilmemiştir.

Antrenörlerin boy uzunluğu ölçümü esnasında ayakta dik pozisyonda, ayakları çıplak olarak düz zemin üzerindedir. Vücut ağırlığı iki ayak üzerine eşit olarak dağıtılmış durumda, topuklar birleşmiş, kollar omuzlardan yanlara serbest halde salınık olarak saç preslenmiş durumda, antrenör derin bir nefes aldıktan sonra boy uzunluk ölçümü yapıldı (97).

Antrenör, bel genişliği ayakta, ağırlık iki bacak üzerine eşit dağıtılmış pozisyonda, karın kasları rahat konumda, ölçüm kaburgaların en alt sınırı ile crstia iliaca arasındaki orta nokta tespit edilerek mezura ile ölçüm alındı (97).

Antrenör, kalça genişliği ayakta bacakları bitişik pozisyonda, kollar göğüste, ön taraftan mezura ile iki kenar pubis kemiklerinin birleştiği kısımdan pubis seviyesinde, kalça kaslarının maksimum çıkıntı seviyesinden ölçüm alındı.

Deneklerin vücut ağırlığı ve vücut yağ yüzdeleri, Biyoelektrik impedans analizi ölçümü “TANİTA - BC 418 MA (Tanita corporation, Tokyo-Japonya) cihazı ile yapılmıştır. TANİTA cihazı 8 elektrotlu olup, yüksek frekanslı sabit akım kaynağını kullanmaktadır (50kHz, 500A).



Şekil 3. Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA) Ölçüm Cihazı. (TANİTA BC 418)

Deneklerin ölçümleri sabah 8.30–12 arasında, akşam açlığını takiben sıvı ve gıda alımı olmadan, tuvalet ihtiyaçları karşılanmış olarak yapıldı. Deneklerin üzerindeki metal ve süs eşyaları çıkartıldı. Ölçülecek birey hafif elbiseli olarak,

çıplak ayakla analiz aracının alüminyum tabanlıklarına basarak dikey konumda durarak, el elektrotlarını kavraması istendi. Ölçümler her denek için yaklaşık 1-2 dakika kadar sürmüş olup, biyoelektrik impedans analiz cihazı ile saptanan değerler cihazdan çıktı olarak alınmıştır.

Biyoelektrik impedans analiz cihazından alınan çıktı üzerinde; vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, bazal metabolizma hızı, vücut yağ yüzdesi, vücut yağ kitlesi, yağsız vücut kitlesi ve toplam vücut suyu ölçüm değerleri yer almaktadır.

4.3.3. Kan Ölçümleri

Araştırmada antrenörlerin normal yaşam tarzlarına müdahale oluşturmadan; dışarıdan herhangi bir ilaç, yiyecek veya içecek vermeden; ya da ekstra bir diyet veya egzersiz programı uygulamadan antrenörlerden yalnızca bir kez kan örneği almak suretiyle çalışmaya katılmaları sağlanmış olup antrenörlere kan örnekleri alınincaya kadar, bir gece önceden asgari 12 ± 2 saat süreyle su hariç bir şey yiyip içmemeleri söylenildi. Ertesi sabah açlık kan örnekleri alındı. Düz tüplere alınan kan örnekleri bir saat bekletilip iyice pıhtılaşması sağlandıktan sonra $+4\text{ }^{\circ}\text{C}$ ta; 3000 g' de 10 dakika süreyle santrifuj edildi. Elde edilen serum örnekleri aliquatlarına ayrılarak analiz gününe kadar -20°C de muhafaza edildi.

Antrenörlerin rutin biyokimyasal parametreleri (trigliserid, total kolesterol, HDL-K, LDL-K,) Olympus AU640 oto analizöründe (Olympus Diagnostica GMBH, Hamburg, Germany) yine Olympus marka orijinal kitler kullanılarak analiz edildi.

4.4. İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bütün verilerin normallik analizi yapılmış ve sonuç olarak normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir. Demografik özelliklerin belirlenmesi için frekans (f) ve yüzde (%) oranları ile birlikte ortalama ve standart sapmalar betimsel istatistiki yöntemlerle belirlenmiştir. Antrenörlerin demografik özellikleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel uygunluk düzeyleri ve bazı kan değerlerinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi (One- Way Anova) kullanılmıştır. Farklılıkların tespiti Tukey HSD testi ile belirlenmiştir. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına bağlı kalınarak araştırma grubumuz olan futbol antrenörlerinin demografik özellikleri ile fiziksel uygunluk düzeyleri, bazı kan parametreleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine verdikleri cevaplara ilişkin mevcut durumları değerlendirilerek veriler tablolastırılmıştır.

Tablo 1. Antrenörlerin Kişisel –Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

Kişisel-mesleki özellikler	n	%
Yaş		
26–31 yaş	16	24,6
32–37 yaş	12	18,5
38–43 yaş	14	21,5
44–49 yaş	13	20,0
50 yaş ve üzeri	10	15,4
Medeni Durum		
Evli	51	78,5
Bekâr	14	21,5
Eğitim durumu		
Lise	35	53,8
Üniversite	30	46,3
Besyo mezunu		
Evet	23	35,4
Hayır	42	64,6
Sigara kullanımı		
Evet	14	21,5
Hayır	44	67,7
Bıraktım	7	10,8
Sigara kullanma süresi		
5 yıldan az	10	47,6
11-15 yıl	3	14,3
16-20 yıl	4	19,0
21 yıl ve üzeri	4	19,0
Antrenörlük derecesi		
C Amatör	33	50,8
UEFA B	26	40,0
UEFA A	6	9,2
Faal Durumu		
Evet	50	76,9
Hayır	15	23,1
Çalıştığı lig statüsü		
2.lig	9	14,1
Amatör	39	60,9
Altyapı	16	25,0
Toplam	65	100,0

Tablo 1’de araştırmaya katılan antrenörlerin yaş değişkeni dağılımına bakıldığında % 24,6’sı 26-31 yaş arasında, % 18,5’i 32-37 yaş arasında, % 21,5’i 38-43 yaş arasında, % 20,0’si 44-49 yaş arasında, % 15,4’ünde 50 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

Antrenörlerin medeni durum değişkeni dağılımına bakıldığında % 78,5’inin evli, %21,5’ininde bekâr olduğu görülmektedir

Antrenörlerin eğitim durumu değişkeni dağılımına bakıldığında % 53,8’i lise, % 46,3’ünde üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir

Antrenörlerin Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu mezuniyet değişkeni dağılımına bakıldığında %35,4’ünün BESYO mezunu olduğu, % 64,6’sınıda BESYO mezunu olmadıkları görülmektedir.

Antrenörlerin sigara kullanım değişkeni dağılımına bakıldığında % 21,5’inin sigara kullandığı, % 67,7’sinin sigara kullanmadığı, % 10,8’inin sigarayı bıraktığı görülmektedir.

Antrenörlerin sigara kullanma süresi değişkeni dağılımına bakıldığında % 47,6’sının 5 yıldan az, % 14,3’ünün 11-15 yıl arasında, % 19,0’ının 16-20 yıl arasında, % 19,0’ının ise 21 yıl ve üzeri sigara kullandığı görülmektedir.

Antrenörlerin antrenörlük derecesi değişkeni dağılımına bakıldığında % 50,8’inin C amatör belgesine, % 40,0’ının UEFA B belgesine, % 9,2’sinin de UEFA A belgesine sahip oldukları görülmektedir.

Antrenörlerin faal durumu değişkeni dağılımına bakıldığında % 76,9’unun faal olarak çalıştığı, % 23,1’inin de faal olarak çalışmadığı görülmektedir.

Antrenörlerin çalıştıkları lig statüsü değişkeni dağılımına bakıldığında antrenörlerin % 14,1'inin 2.lig de, % 60,9'unun amatör lig de, % 25,0'nın da altyapıda çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 2: Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Minimum ve Maksimum Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	N	Minimum	Maximum	Ort	Ss
Yaş	65	25	60	39,91	8,54
Boy	65	164	185	175,15	5,46
Kilo	65	56	109	80,17	11,07
Bki	65	20	36	26,28	3,85
Yağ Yüzdesi	65	0,90	41,8	15,82	8,22
Kolesterol	65	118	264	191,55	31,13
Trigliserid	65	45	419	163,86	82,40
Hdl	65	28	73	43,75	9,18
Ldl	65	60	187	113,92	26,19
Bel çevresi	65	63	112	88,62	11,03
Kalça çevresi	65	85	122	101,52	7,04
Belvekalça çevresi	65	0,71	1,05	0,87	0,06

Tablo 2'ye bakıldığında antrenörlerin yaş ortalama puanı $39,91 \pm 8,54$ (yıl) boy ortalama puanı $175,15 \pm 5,46$ (cm) vücut ağırlıkları ortalama puanı $80,17 \pm 11,07$ (kg) beden kitle indeksi ortalama puanı $26,28 \pm 3,85$ (cm/kg²) Yağ yüzdesi ortalama puanı $15,82 \pm 8,22$, kolesterol ortalama puanı $191,55 \pm 31,13$, trigliserid ortalama puanı $163,86 \pm 82,40$, hdl ortalama puanı $43,75 \pm 9,18$, ldl ortalama puanı $113,92 \pm 26,19$, bel çevresi ortalama puanı $88,62 \pm 11,03$, kalça çevresi ortalama puanı $101,52 \pm 7,04$, bel ve kalça çevresi ortalama puanı $0,87 \pm 0,06$ olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Minimum, Maximum Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Değişkenler	N	Minimum	Maximum	Ort	Ss
Beslenme	65	12	24	17,37	2,60
Kendini gerçekleştirme	65	22	49	41,45	4,72
Sağlık sorumluluğu	65	10	40	26,32	6,53
Egzersiz alışkanlığı	65	6	20	15,03	2,67
Kişiler arası destek	65	16	28	22,09	2,95
Stres yönetimi	65	12	28	19,95	3,61
SYBD Toplam Puan	65	104	183	142,0	15,91

Tablo 3'e bakıldığında antrenörlerin SYBD ortalamalarından beslenme $17,37 \pm 2,60$, kendini gerçekleştirme $41,45 \pm 4,72$, sağlık sorumluluğu $26,32 \pm 6,53$, egzersiz alışkanlığı $15,03 \pm 2,67$, kişiler arası destek $22,09 \pm 2,95$, stres yönetimi $19,95 \pm 3,61$, SYBD toplam puanlarının 142,0 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Eğitim Durumu Değişkenine Göre t Testi Analizleri

Eğitim Durumu	Lise N 35	Üniversite N 30	t	P
	ort $\pm$ Ss	ort $\pm$ Ss		
Bki	27,49 $\pm$ 4,14	24,87 $\pm$ 2,97	2,96	,004*
Yağ Yüzdesi	18,55 $\pm$ 9,22	12,64 $\pm$ 5,47	3,18	,002*
Kolesterol	195,89 $\pm$ 32,96	186,50 $\pm$ 28,55	1,23	,223
Trigliserid	177,37 $\pm$ 83,72	148,10 $\pm$ 79,30	1,45	,153
Hdl	44,14 $\pm$ 9,72	43,30 $\pm$ 8,64	,370	,713
Ldl	116,26 $\pm$ 27,03	111,20 $\pm$ 25,35	,777	,440
Bel çevresi	92,00 $\pm$ 12,02	84,67 $\pm$ 8,31	2,89	,005*
Kalça çevresi	103,83 $\pm$ 7,80	98,83 $\pm$ 4,89	3,13	,003*
Bel ve kalça çevresi	0,88 $\pm$ 0,07	0,85 $\pm$ 0,06	1,74	,087

P<0.05*

Tablo 4 incelendiğinde antrenörlerin fiziksel ve bazı kan parametrelerinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda BKİ bakımından lise mezunu ve üniversite

mezunu arasında üniversite mezunu olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yağ yüzdesi bakımından lise mezunu ve üniversite mezunu arasında üniversite mezunu olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bel çevresi bakımından lise mezunu ve üniversite mezunu arasında üniversite mezunu olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kalça çevresi bakımından lise mezunu ve üniversite mezunu arasında üniversite mezunu olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Antrenörlerin Kolesterol, Triglicerid, HDL, LDL, Bel ve Kalça çevresi parametrelerinin lise mezunu ve üniversite mezunu olup olmamaları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Antrenörlerin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin BESYO Mezunu Antrenör ile BESYO Mezunu Olmayan Antrenör Değişkenine Göre t Testi Analizleri

Değişkenler	Besyo mezun N 23	Besyo mezunu değil N 42	t	p
	ort±Ss	ort±Ss		
Bki	24,35±2,64	27,34±4,02	-3,59	0,001*
Yağ Yüzdesi	11,94±5,65	17,95±8,68	-3,37	0,001*
Kolesterol	184,43±26,70	195,45±32,95	-1,46	0,150
Triglicerid	131,00±61,98	181,86±87,18	-2,73	0,008*
Hdl	44,13±9,94	43,55±8,85	,235	0,816
Ldl	111,03±24,13	115,51±27,40	-,681	0,499
Bel çevresi	84,26±8,23	91,00±11,71	-2,70	0,009*
Kalça çevresi	99,22±5,38	102,79±7,56	-2,21	0,031*
Bel ve kalça çevresi	0,84±0,06	0,88±0,7	-2,14	0,037*

P<0.05*

Tablo 5 incelendiğinde antrenörlerin fiziksel ve bazı kan parametrelerinin BESYO mezunu antrenör ile BESYO mezunu olmayan antrenör değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda

BKİ bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yağ yüzdesi bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Trigliserid bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bel çevresi bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Kalça çevresi bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bel ve kalça çevresi bakımından BESYO mezunu olan antrenörler ile BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında BESYO mezunu olan antrenörler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) .

Antrenörlerin kolesterol, HDL, LDL, parametrelerinin besyo mezunu olup olmamaları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir.

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Antrenörlerinin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Sigara Kullanıp Kullanmama Değişkenine göre t Testi Analizleri

Değişkenler	Sigara kullanan N 14	Sigara kullanmayan N 42	t	P
	ort±Ss	ort±Ss		
Bki	25,60±3,66	26,39±4,06	-,682	,502
Yağ Yüzdesi	14,17±6,72	15,99±9,02	-,808	,425
Kolesterol	202,00±31,83	188,02±30,05	1,450	,162
Trigliserid	180,79±85,89	154,20±80,94	1,022	,318
Hdl	40,43±6,45	45,00±9,41	-2,047	0,49
Ldl	123,73±28,41	111,09±25,07	1,490	,152
Bel çevresi	88,86±13,28	88,07±10,76	,202	,842
Kalça çevresi	100,86±7,98	101,55±7,04	-,289	,776
Bel ve kalça çevresi	0,87±0,07	0,86±0,07	,575	,572

Tablo 6 incelendiğinde araştırmaya katılan antrenörlerinin fiziksel ve bazı kan parametrelerinin sigara kullanıp kullanmama değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7: Araştırmaya Katılan Antrenörlerinin Fiziksel ve Bazı Kan Parametrelerinin Aktif Antrenör ile Aktif Olmayan Antrenör Değişkenine göre t Testi Analizleri

Değişkenler	Aktif N 45	Aktif Değil N 20	t	P
	ort±Ss	ort±Ss		
Bki	26,09±3,79	26,71±4,05	-,583	,563
Yağ Yüzdesi	16,13±8,79	15,14±6,93	,486	,629
Kolesterol	193,87±30,64	186,35±32,38	,878	,386
Trigliserid	164,16±82,52	163,20±84,25	,042	,966
Hdl	44,8±9,28	41,40±8,73	1,42	,163
Ldl	115,35±25,90	110,72±27,22	,642	,525
Bel çevresi	89,02±12,08	87,70±8,39	,508	,613
Kalça çevresi	101,58±7,22	101,40±6,77	,096	,924
Bel ve kalça çevresi	0,87±0,07	0,86±0,05	,566	,574

Tablo 7 incelendiğinde araştırmaya katılan antrenörlerinin fiziksel ve bazı kan parametrelerinin aktif antrenör ile aktif olmayan antrenör değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaş Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

YAŞ	26-31 yaş arası N 16	32-37 yaş arası N 12	38-43 yaş arası N 14	44-49 yaş arası N 13	50 yaş ve üzeri N 10		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	P
Beslenme	17,50±2,61	16,92±2,07	17,07±1,94	16,46±2,73	19,30±3,23	2,045	,099
Kendini Gerçekleştirme	42,56±4,13	42,17±4,82	41,00±4,29	38,92±5,81	42,70±4,03	1,470	,223
Sağlık Sorumluluğu	27,13±5,81	23,92±7,60	26,71±5,37	25,00±6,66	29,10±7,49	1,071	,379
Egzersiz Alışkanlığı	16,13±3,34	14,92±2,43	14,71±1,20	14,00±2,86	15,20±2,94	1,223	,311
Kişisel Arası Destek	22,44±2,66	22,67±3,42	21,71±2,76	21,54±1,90	22,10±4,33	,326	,860
Stres Yönetimi	20,19±3,54	21,25±2,70	20,43±2,62	19,08±4,07	18,50±4,97	1,065	,382
SYBD Toplam Puan	145,94±17,25	141,83±15,57	141,64±10,07	135,00±13,00	146,90±22,60	1,118	,356

Tablo 8'e bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam davranışlarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p<0.05$).

Tablo 9: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre t Testi Analizleri

Eğitim Durumları	Lise N 35	Üniversite N 30		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	t	p
Beslenme	17,51±2,64	17,20±2,60	,483	,631
Kendini Gerçekleştirme	40,97±5,40	42,00±3,81	-,897	,373
Sağlık Sorumluluğu	26,42±6,40	26,20±6,79	,139	,890
Egzersiz Alışkanlığı	15,03±2,27	15,03±3,15	-,007	,995
Kişisel Arası Destek	21,80±3,13	22,43±2,73	-,870	,388
Stres Yönetimi	19,97±3,83	19,93±3,40	,042	,966
SYBD Toplam Puan	141,71±15,43	142,80±16,69	-,271	,788

Tablo 9'a bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t sonucunda antrenörlerin lise ve üniversite mezunu olmaları ya da olmamaları SYBD alt boyutlarının ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Eğitimi Mezunu Olup Olmadıklarının t Testi Analizleri

BESYO Mezunu Olup Olmadıkları	Besyo Mezun N 23	Besyo Mezunu Değil N 42		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	t	p
Beslenme	17,1±2,86	17,5±2,47	-,617	,541
Kendini Gerçekleştirme	41,9±3,63	41,2±5,25	,652	,517
Sağlık Sorumluluğu	26,0±6,61	26,5±6,56	-,292	,771
Egzersiz Alışkanlığı	15,13±3,24	14,98±2,37	,201	,842
Kişisel Arası Destek	22,7±2,96	21,8±2,93	1,131	,264
Stres Yönetimi	20,5±3,64	19,7±3,61	,862	,393
SYBD Toplam Puan	143,26±17,58	141,64±15,11	,372	,712

Tablo 10’a bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının BESYO mezunu olmaları ya da olmamaları değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t sonucunda antrenörlerin BESYO mezunu olmaları ya da olmamalarının SYBD alt boyutlarının ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çalıştıkları Yıl Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Antrenörlerin Çalıştıkları Süre	5 yıldan az N 30 (a)	6-10 yıl N 17 (b)	11 yıl ve üzeri N 18 (c)	Fark olan gruplar	
Sağlıklı yaşam B.Dav.	Ort Ss	Ort Ss	Ort Ss	F	P
Beslenme	16,87 ±2,42	17,47±2,06	18,11±3,23	1,318	,275
Kendini Gerçekleştirme	41,33 ± 5,57	41,29±4,42	41,77±3,52	,060	,942
Sağlık Sorumluluğu	24,13± 6,97	27,70±5,21	28,66±5,99	3,478	,037*
Egzersiz Alışkanlığı	15,67± 2,23	14,64±3,10	14,33±2,86	1,653	,200
Kişisel Arası Destek	22,47± 2,93	21,76±2,77	21,77±3,22	,440	,646
Stres Yönetimi	20,57±2,90	20,41±3,89	18,50±4,17	2,096	,132
SYBD Toplam Puan	141,03±15,26	143,29±15,62	143,17±17,94	,150	,861

$P<0,05^*$

Tablo 11’e bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam davranışlarının çalıştıkları yıl değişkeni ile karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre sağlıklı yaşam davranışlarından “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu hariç diğer boyutlarda ($p>0.05$) anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir.

Antrenörlerin sağlıklı yaşam davranışlarının görev süreleri ile karşılaştırılmasına ilişkin “sağlık sorumluluğu” alt boyutuna yönelik tek yönlü varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($F=3,478$; $P<0,05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan tukey testi

sonucunda, antrenörlük görev süresi 11 yıl ve üzeri olanların (X=28,66 puan), antrenörlük görev süresi 5 yıldan az olanlara göre (X=24,13) sağlık sorumluluğu konusunda daha hassas oldukları sonucunu ortaya koymaktadır.

Tablo 12: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Antrenör Belgeleri Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Antrenörlük Belgelerinin Karşılaştırılması	Amatör C Belgesi N 33	Uefa B Belgesi N 26	Uefa A Belgesi N 6		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	p
Beslenme	17,73±2,21	16,54±2,73	19,00±3,22	2,993	,057
Kendini Gerçekleştirme	42,24±4,16	40,77±5,33	40,00±4,86	1,018	,367
Sağlık Sorumluluğu	26,52±6,72	25,58±6,77	28,50±4,32	,510	,603
Egzersiz Alışkanlığı	15,40±2,11	14,50±3,33	15,33±2,50	,843	,435
Kişisel Arası Destek	22,27±2,76	22,19±2,80	20,67±4,55	,771	,467
Stres Yönetimi	20,21±3,49	19,54±3,90	20,33±3,39	,283	,755
SYBD Toplam Puan	144,36±14,84	139,12±17,14	143,83±16,67	,820	,445

Tablo 12'ye göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının antrenörlük belgelerinin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 13: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aktif Antrenör ile Aktif Olmayan Antrenör Değişkenine Göre t Testi Analizleri

Aktif Çalışıp Çalışmadıkları	Aktif N 45	Aktif Değil N 20		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	t	p
Beslenme	17,49±2,54	17,10±2,79	,533	,597
Kendini Gerçekleştirme	41,47±3,97	41,40±6,21	,044	,965
Sağlık Sorumluluğu	26,36±6,69	26,26±6,32	,061	,952
Egzersiz Alışkanlığı	15,38±2,54	14,26±2,90	1,502	,143
Kişisel Arası Destek	21,71±2,94	22,95±2,87	-1,593	,120
Stres Yönetimi	19,93±3,63	20,00±3,67	-,068	,946
SYBD Toplam Puan	142,33±15,70	141,95±16,77	,087	,931

Tablo 13’e bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aktif antrenör ile aktif olmayan antrenör değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t sonucunda antrenörlerin aktif olmaları ya da olmamaları SYBD alt boyutlarının ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Çalıştıkları Lig Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Çalışılan Lig	2.lig N 9	Amatör N 39	Altyapı N 16		
Sağlıklı yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	p
Beslenme	16,67±1,87	17,59±2,57	17,19±3,12	,491	,614
Kendini Gerçekleştirme	39,67±3,77	41,51±5,24	42,31±3,93	,894	,414
Sağlık Sorumluluğu	24,56±6,42	26,46±6,92	27,00±6,02	,410	,665
Egzersiz Alışkanlığı	13,89±1,17	15,41±2,60	14,56±3,31	1,462	,240
Kişisel Arası Destek	21,11±2,42	22,20±3,21	22,25±2,65	,533	,590
Stres Yönetimi	21,89±2,80	19,62±3,66	19,56±3,81	1,566	,217
SYBD Toplam Puan	137,78±10,38	142,79±16,05	142,88±18,81	,376	,688

Tablo 14'e göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çalıştıkları lig değişkenine göre karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 15: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sigara Kullanıp Kullanmama Değişkenine göre t Testi Analizleri

Sigara Kullanma Durumu	Sigara kullanan N 21	Sigara Kullanmayan N 44		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	t	p
Beslenme	17,71±2,35	17,20±2,72	,776	,442
Kendini Gerçekleştirme	42,14±4,27	41,11±4,94	,863	,393
Sağlık Sorumluluğu	26,76±6,01	26,11±6,82	,389	,699
Egzersiz Alışkanlığı	14,58±2,34	15,25±2,84	-1,020	,313
Kişisel Arası Destek	21,86±3,18	22,20±2,87	-,425	,674
Stres Yönetimi	18,95±3,69	20,43±3,51	-1,534	,133
SYBD Toplam Puan	142,00±14,15	142,32±16,84	-,080	,937

Tablo 15'e bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sigara kullanıp kullanmama değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t sonucunda antrenörlerin sigara kullanmaları ya da kullanmamalarının SYBD alt boyutlarının ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bel-Kalça Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bel-Kalça Oranı	0,85 ve altı Mükemmel N 26	0,85-0,90 Arası İyi N 22	0,90-0,95 Arası Vasat N 12	0,95 Üzeri Kötü N 5		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	P
Beslenme	17,23±3,18	17,50±1,99	17,67±2,50	16,80±2,49	,168	,917
Kendini Gerçekleştirme	41,62±5,34	40,86±4,96	41,33±3,50	43,40±3,05	,399	,755
Sağlık Sorumluluğu	26,15±7,86	25,77±6,07	27,42±3,96	27,00±7,31	,181	,909
Egzersiz Alışkanlığı	15,27±3,14	15,27±2,12	14,17±2,82	14,80±2,28	,542	,655
Kişisel Arası Destek	22,96±3,09	21,32±2,68	20,92±2,71	23,80±2,39	2,637	,058
Stres Yönetimi	20,73±3,86	19,64±3,17	18,67±4,03	20,40±2,88	,991	,403
SYBD Toplam Puan	143.96±19.15	140.36±14.88	140.17±11.52	146.20±12.55	,363	,780

Tablo 16'ya göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bel-kalça değişkeninin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 17: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının BKİ Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Beden Kitle İndeksi	18.4-24.9 Arası Normal Kilolu N 20	25-29.9 Arası Hafif Şişman N 33	30-34.9 Arası Orta Derece Şişman N 12		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	p
Beslenme	17,10±3,02	17,72±2,32	16,83±2,66	,667	,517
Kendini Gerçekleştirme	41,70±3,95	41,7±4,59	40,33±6,31	,401	,672
Sağlık Sorumluluğu	25,10±7,37	26,6±6,62	27,50±4,70	,576	,565
Egzersiz Alışkanlığı	14,65±3,27	15,67±2,20	13,92±2,57	2,241	,115
Kişisel Arası Destek	22,70±3,28	21,58±2,87	22,50±2,54	1,045	,358
Stres Yönetimi	19,80±4,11	20,12±3,24	19,75±4,00	,071	,932
SYBD Toplam Puan	141,05±20,23	143,42±13,84	140,83±14,15	,189	,828

Tablo 17'ye göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının BKİ değişkeninin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 18: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Kolesterol Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Kolesterol	200 ve Altı Normal N 42	201-239 Arası Sınırdaki Yüksek N 18	240 ve Üzeri Yüksek N 5		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	p
Beslenme	17,05±2,35	18,22±3,15	17,00±2,24	1,354	,266
Kendini Gerçekleştirme	41,79±4,02	40,83±6,56	40,80±2,39	,300	,742
Sağlık Sorumluluğu	25,81±7,06	27,44±5,78	26,60±4,50	,392	,677
Egzersiz Alışkanlığı	14,93±2,81	15,67±2,40	13,60±2,30	1,253	,293
Kişisel Arası Destek	21,90±2,43	23,11±3,72	20,00±3,08	2,529	,088
Stres Yönetimi	19,52±3,37	21,44±3,82	18,20±3,83	2,536	,087
SYBD Toplam Puan	141,00±15,16	147,00±18,49	136,20±9,55	1,209	,305

Tablo 18'e göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kolesterol değişkeninin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 19: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının HDL Kolesterol Oranlarının t Testi Analizleri

HDL Kolesterol	HDL 39 ve altı düşük N 23	HDL 40-60 arası normal N 42		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	ort±Ss	ort±Ss	t	p
Beslenme	17,09±2,19	17,52±2,81	-,693	,491
Kendini Gerçekleştirme	41,35±5,92	41,50±4,00	-,110	,913
Sağlık Sorumluluğu	27,61±5,57	25,62±6,96	1,258	,214
Egzersiz Alışkanlığı	15,26±2,43	14,90±2,84	,531	,597
Kişisel Arası Destek	22,39±2,71	21,93±3,10	,626	,534
Stres Yönetimi	20,61±2,92	19,60±3,93	1,180	,243
SYBD Toplam Puan	144,30±13,17	141,07±17,27	,845	,402

Tablo 19'a bakıldığında antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının HDL-K değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t sonucunda antrenörlerin HDL-Kolesterollerinin düşük ve normal olmaları SYBD alt boyutlarının ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının LDL Kolesterol Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

LDL	100 ve altı Optimum N 18	101-129 arası Optimuma yakın N 29	130-159 arası Sınırdaki yüksek N 14	160-189 arası Yüksek N 4		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	P
Beslenme	17,78±1,86	16,93±2,74	18,07±3,22	16,25±1,71	1,00	,395
Kendini Gerçekleştirme	41,89±4,13	41,90±3,75	39,79±7,28	42,00±1,41	,726	,540
Sağlık Sorumluluğu	27,11±7,52	26,14±6,74	25,50±5,53	27,00±4,90	,177	,912
Egzersiz Alışkanlığı	15,06±2,65	15,03±2,91	15,36±2,44	13,75±2,63	,361	,781
Kişisel Arası Destek	21,78±2,56	22,28±2,64	21,71±3,97	23,50±3,32	,473	,702
Stres Yönetimi	18,89±3,79	20,48±3,05	20,43±4,36	19,25±4,03	,854	,470
SYBD Toplam Puan	142,50±15,50	142,76±15,75	140,86±19,29	141,75±9,91	,046	,987

Tablo 20'ye göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının LDL kolesterol değişkeninin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 21: Antrenörlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Trigirisid Değişkenine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Tirigliserit	149 ve Altı Normal N 36	150-199 Arası Sınırdaki Yüksek N 9	200-499 Arası Yüksek N 20		
Sağlıklı Yaşam B.Dav.	ort±Ss	ort±Ss	ort±Ss	F	p
Beslenme	17,03±2,57	17,22±2,17	18,05±2,82	1,010	,370
Kendini Gerçekleştirme	41,39±3,48	40,00±8,72	42,20±4,38	,672	,514
Sağlık Sorumluluğu	25,44±6,91	27,56±5,03	27,35±6,45	,727	,487
Egzersiz Alışkanlığı	14,81±2,73	15,67±2,18	15,15±2,87	,391	,678
Kişisel Arası Destek	22,33±2,84	21,56±3,05	21,90±3,21	,305	,739
Stres Yönetimi	20,19±3,51	21,00±2,74	19,05±4,07	1,087	,344
SYBD Toplam Puan	141.19±15,72	143.00±16,03	143.70±16,88	,168	,846

Tablo 21'e göre antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Trigirisid değişkeninin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

6.TARTIŞMA

Futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ile bazı kan değerlerinin hangi ölçüde farklılık gösterdiklerini araştırmak amacı ile 65 antrenör değerlendirilmiştir. Buna göre;

Antrenörlerin fiziksel ve bazı kan parametreleri incelendiğinde antrenörlerin yaş ortalama puanı $39,91\pm8,54$ (yıl), boy ortalama puanı $175,15\pm5,46$ (cm), vücut ağırlıkları ortalama puanı $80,17\pm11,07$ (kg), beden kitle indeksi ortalama puanı $26,28\pm3,85$ (cm/kg²), yağ yüzdesi ortalama puanı $15,82\pm8,22$, kolesterol ortalama puanı $191,55\pm31,13$, trigliserid ortalama puanı $163,86\pm82,40$, hdl ortalama puanı $43,75\pm9,18$, ldl ortalama puanı $113,92\pm26,19$, bel çevresi ortalama puanı $88,62\pm11,03$, kalça çevresi ortalama puanı $101,52\pm7,04$, bel ve kalça çevresi ortalama puanı $0,87\pm0,06$ olarak bulunmuştur (Tablo 2). Onat ve ark'ları (2001) yetişkinlerin on yıllık takibinde 30-39 yaş ortalamasında olanların beden kitle indeksi ortalama puanını $26,20\pm3,70$, bel çevresi ortalama puanını $88,40\pm9,60$, bel ve kalça çevresi ortalama puanını $0,90\pm0,06$ olarak bulmuştur (114). Tekkeşin ve ark'(2011) erişkinlerin kolesterol ortalama puanını $203,00\pm41,00$, trigliserid ortalama puanı $155,00\pm12,50$, ldl ortalama puanı $128,00\pm36,10$, hdl ortalama puanını ise $46,00\pm10,00$ olarak bulmuştur (115).

Antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde kendini gerçekleştirme (41.45 ± 4.72) alanında en yüksek puanı aldıkları belirlenmiştir. Bunu sırasıyla sağlık sorumluluğunun (26.32 ± 6.53), kişiler arası desteğin (22.09 ± 2.95), stres yönetiminin (19.95 ± 3.61), beslenmenin (17.37 ± 2.60) ve

egzersiz alışkanlığının (15.03 ± 2.67) izlediği görülmektedir (Tablo 3). Kendini gerçekleştirme eğilimi yaşantıların benlikte sembolize edilmesi ile ortaya çıkmakta benlik ile organizmanın yaşantıları arasında tutarlılık varsa benliğin gelişmesi daha iyi düzeyde olmakta ve bireyin kendini gerçekleştirme süreci daha iyi şekillenmektedir ($16.116.117.118$). Kendini gerçekleştirme bireyin potansiyelini sonuna kadar kullanma isteği ile ifade edilir. Kendini gerçekleştiren birey kapasitesini tam olarak kullanan kişidir (16). Açıkgöz (1996) çalışmasında antrenörlerin bilinçli ve kişisel bütünlüğe sahip olduklarını bu bütünlüğü sağlayan kişi hayatta kendisi için neyin önemli olduğunu ifade etmiştir (30).

Tablo 3’de antrenörlerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması 41.45 ± 4.72 ’dir. Bu puan ortalaması Akça’nın (1998) ve Tokgöz’ün (2002) öğretim elemanları ile yaptığı çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur (119,120).

Topluma rol modeli olan bu meslek grubunun rolünü yerine getirebilmesi için kendini geliştirme çabasında olması kendini gerçekleştirme puanını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin toplam puan ortalaması $142,00 \pm 15.91$ olarak bulunmuştur. Bu ortalamaların Pasinlioğlu ve Gözüm’ün (1998) ($117,5 \pm 17,1$); Ege ve ark.’nın (2003) ($121,53 \pm 18.52$); Yalçinkaya ve ark.’nın (2007) ($121,85 \pm 18.05$) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmaların genel ölçek puan ortalamalarından yüksektir. Esin’in (1998) çalışan kadınlar üzerine yaptığı çalışmada, kadınların sağlık davranışları orta düzeyde ($120,8 \pm 2,4$) bulunurken, Güneş ve ark.’nın (2006) çalışmasında ebe-hemşirelerin $129,4 \pm 16,8$, öğretmenlerin ise $130,5 \pm 19,8$ puan aldığı bulunmuştur. Akça’nın (1998) ve Kaya ve ark.’nın (2008) çalışmasında da öğretim elemanları SYBD ölçeğinden sırasıyla $133,29 \pm 18,16$ ve $139,5 \pm 18,0$ puan almışlardır (121.122.123.124.125.119.126).

Antrenörler en düşük puanı sırasıyla beslenme ve egzersiz alanında almışlardır. Tablo 3'e bakıldığında şaşırtıcı bir sonuç gibi gelse de sporculuk sürelerindeki doyumluluk antrenörlüğe başladıktan sonra hareketsizlik ve düzensiz beslenme sonucu kilo problemlerini ortaya çıkarmaktadır. Bununla beraber postür bozukluğu, obezite, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerden biri olmuştur.

Antrenörlerin eğitim durumlarının fiziksel ve kan parametreleri açısından karşılaştırıldığında BKİ oranı lise mezunlarında (27.49 ± 4.14) üniversite mezunlarında (24.87 ± 2.97),vücut yağ oranları lise mezunlarında (18.55 ± 9.22) üniversite mezunlarında (12.55 ± 9.22) bel çevresi oranları lise mezunlarında (92.00 ± 12.02) üniversite mezunlarında ise (84.67 ± 8.31) kalça çevresi lise mezunlarında (103.83 ± 7.80) üniversite mezunlarında ise (98.83 ± 4.89) çıkarak istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4). Yılmaz (2003) çalışmasında obezlerin % 60'ı lise ve üstü % 40 ilkokul ve düzeyinde eğitime sahip oldukları belirlenmiştir (127).

DiPietro (1995) obezitenin sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesi düşük popülasyonlarda daha fazla fiziksel aktivite seviyesinin de bu kesimlerde daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (128).

Çalışmamızda da eğitim seviyesi ile obezite arasında anlamlı ilişki belirlendiği ve fazla kilolu antrenörlerin eğitim seviyelerinin düşük olduğu belirlenmiş bu durum eğitimleri süresince sağlıkla ilgili dersler gören üniversite mezunu antrenörlerin doğru bilgi sahibi olmaları fiziksel olarak sağlık sorumluluğu taşıdıklarının bir göstergesidir. Lise mezunu antrenörlerin fazla

kilolu olması, yağ oranlarının yüksek olması bel ve kalça çevrelerindeki anlamlı farklılıklar obezite ve beraberinde gelen kalp damar hastalıkları riskini de arttırdığı düşünülmektedir.

Vücutta aşırı yağ birikimi obezite olarak tanımlanır. Vücuttaki yağı doğru olarak ölçmek oldukça zordur ve rutin kullanımda olan, kolay bir metot da yoktur

Fiziksel uygunluk parametrelerinden beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının, boyun karesine bölünmesi sonucu ortaya çıkar. Antrenörlerden BESYO mezunu olanların(24.35 ± 2.64) BESYO mezunu olmayanların (27.34 ± 4.02) beden kitle indeksleri (BKİ) arasında anlamlı bir fark bulunarak, BESYO mezunu olmayanların BKİ oranlarının risk sınırının üstünde olduğu ($p<0.05$) izlenmiştir (Tablo 5). Ceviz'in (2008) Kamuda çalışan erkek ve kadınların fiziksel uygunluk, beslenme ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesinin incelendiği bir araştırmada erkek öğretmenlerin (26.04 ± 3.40), memurların (26.02 ± 3.40), işçilerin (27.02 ± 3.60), yönetici (Müdür-Müdür Yrd.-Şef) (26.06 ± 2.90), Mühendis-Avukat-Hâkim (26.04 ± 3.20) BKİ oranlarının risk sınırının üstünde olduğu ($p<0.05$) izlenmiştir (97).

Son zamanlarda obeziteyi belirlemede ve sınıflandırmada en yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır. BKİ vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermediği gibi çocuklarda, hamilelerde ve sporcularda kullanılmaz ama bunların dışındakilerde en yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır.

Sağır ve arkadaşları (2005), beden kitle indeksi değişkenine ait ortalama değerini kadın bireylerde $28,36 \text{ kg/m}^2$, erkek bireylerde $26,49 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamışlardır (89).

Vacelik ve ark. (2006) erkek ğrencilerin BKİ ortalamasını $22,6\pm2,5$ kg/m², bayan öğrencilerin ise $20,7\pm2,3$ kg/m² olarak bulmuşlar ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir (129). Kaya ve Özçelik (2009) alışmada erkeklerin BKİ değerlerini $22,1\pm0,1$ kg/m² ve bayanların BKİ değerlerini $21,0\pm0,2$ kg/m² olarak bulmuşlar ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir (130). Sanlier ve Unusan (2007) yaptığı çalışmada, erkek üniversite ğrencilerinin BKİ ortalaması $22,6\pm2,6$ kg/m², bayanların ise $21,0\pm2,7$ kg/m² olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (131). Bu alışmalar araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir.

Bu sonuçlara bakıldığında, BESYO mezunu antrenörlerin BESYO mezunu olmayan antrenörlere ve yapılan örnek çalışmalara göre BKİ oranlarının risk sınırının altında olmasını düzenli ders, fiziksel aktivite ve spora katılım programlarının antrenörlerde kilo kontrolü sağlayabildiği ve yağsız vücut kitlesinde artışa neden olarak vücut kitle indeksinin azalmasına neden olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan antrenörlerin vücut yağ yüzdesi puanı BESYO mezunu olanların (11.94 ± 5.65) puan ortalamaları BESYO mezunu olmayanlara (17.95 ± 8.68) göre daha düşük çıkmıştır. Bu durum BESYO mezunu olanlarla BESYO mezunu olmayanların puanları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5). Erişkin erkeklerde vücuttaki yağ miktarı total vücut ağırlığının yüzde 25'ini kadınlarda yüzde 30'unu aşarsa şişmanlıktan söz edilebilir.

Vücut yağ yüzdesi ele alındığında BESYO mezunu antrenörlerle, BESYO mezunu olmayan antrenörler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır. Tablo 5'e bakıldığında antrenörler arasında bu kadar farkın çıkması BESYO mezunu olmayan antrenörlerin yeteri kadar sporun içinde olmadıklarının antrenmanlarda sporcularla yeterince faal olmadıklarının düşünüldüğünde vücutlarında biriken yağı yakamadıklarından vücut yağ oranları artmakta buna paralel olarak vücut yağ yüzdelerinde artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca BESYO mezunu antrenörlerin antrenman bilgisi, beslenme, fiziksel uygunluk vb. derslerden aldıkları bilgiler ışığında bu farkın oluşması neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan BESYO mezunu antrenörlerin bel çevresi değerlerinin 84.26 ± 8.23 cm (94 cm küçük) BESYO mezunu olmayan antrenörlerin ise bel çevresi değerlerinin 91.00 ± 11.71 cm (94 cm küçük) (Tablo 5). Onat ve ark'ının (2001) yetişkinlerimizin 10 yıllık takibinde obezite göstergeleri artışta beden kitle indeksi erkeklerde koroner olayların bağımsız öngördürücüsü adlı çalışmada yetişkin erkeklerin bel çevresi değerlerini 30-39 yaş 88.4 ± 9.6 ,40-49 yaş 92.8 ± 10.3 ,50-59 yaş 93.9 ± 10.3 ,60-69 yaş 93.2 ± 11.0 olarak bulmuştur (114).

Bel çevresi ölçümü, özellikle abdominal yağ birikimini saptamada son zamanlarda önemli bir belirleyici olduğu ortaya çıkmıştır. Vücut yağının üst vücut ve karın bölgesinde toplanması(santral obezite) sağlık açısından, özellikle insülin direnci gelişimi nedeniyle, daha riskli bir durum oluşturur.

Obezite için BKİ 30 kg/m^2 ve bel çevresi için erkeklerde 102, kadınlarda 88 cm sınır kabul edilmektedir. Son zamanlarda bu sınır değerler daha da aşağıya çekilmeye çalışılmaktadır. Örneğin Çin'de bel çevresi için sınır noktası erkeklerde

85, kadınlarda 80 cm kabul edilmekte ve daha yüksek değerler sağlık açısından önemli risk oluşturduğu vurgulanmaktadır.

Bu sonuçların normal olduğu şişmanlık sorunlarının olmadığı görölmektedir. Ancak ortaya çıkan istatistiksel fark BESYO mezunu antrenörlerin bel çevresi değerlerinin BESYO mezunu olmayan antrenörlere göre düşük çıkması obezite ve sağlık yönünden bir sıkıntı olmamasının bir göstergesidir. BESYO mezunu olmayan antrenörlerin risk seviyesine yakın olması antrenörlerin obezite, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklarla karşılaşacağının bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

BESYO muzunu olan antrenörlerle BESYO mezunu olmayan antrenörlerin kalça çevresi değerlerini karşılaştırdığımızda BESYO mezunu olmayan antrenörlerin kalça çevresi ($102.79. \pm 7.56$) puan ortalamaları BESYO mezunu olanlara (99.22 ± 5.38) göre daha yüksek çıkmıştır.. (Tablo 5). Karakaş ve ark'ının (2011) profesyonel ve amatör futbolcularda takım, mevki ve fiziksel yapı faktörlerinin vücut kompozisyonu üzerine etkileri adlı çalışmasında futbolcuların kalça çevresi değerleri ($90.90. \pm 2.82$) bulunmuştur (132). Kafkas ve ark'ının (2009) 12 haftalık düzenli aerobik ve direnç egzersizlerinin orta yaş erkek ve kadınların vücut kompozisyonları üzerine etkisi çalışmasında ise erkeklerin kalça çevresi değeri ($102,0\pm 8.3$) bulunmuştur (133). Yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmamızla paralellik göstermektedir. İstatistiksel olarak ortaya çıkan anlamlı fark ($p<0.05$) ise BESYO mezunu olmayan antrenörlerin yaş ve aşırı kiloya bağlı olarak vücut kompozisyonlarında değişme olduğu düşünölmektedir.

Araştırmaya katılan BESYO mezunu olmayan antrenörlerin bel-kalça oranının (0.88 ± 0.7) BESYO mezunu olan antrenörlerden (0.84 ± 0.06) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($P < 0.05$) (Tablo 5). Akman ve ark' (2004) genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri adlı çalışmasında bel kalça oranı ortalaması erkeklerde 0.91 ± 0.07 bulurken, Ceviz'in (2008) Kamuda çalışan erkek ve kadınların fiziksel uygunluk, beslenme ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesinin incelendiği bir araştırmada bel kalça oranları erkek öğretmenlerin (0.93 ± 0.07) memurların (0.91 ± 0.08) işçilerin (0.95 ± 0.07) Yönetici (Müdür-Müdür Yrd.-Şef) (0.95 ± 0.06) Mühendis-Avukat-Hakim (0.93 ± 0.07) bulunmuştur (134,97) Bu çalışmalara bakıldığında futbol antrenörlerinin bel kalça oranlarının normal ölçülerde olduğunu görebiliriz ancak BESYO mezunu olmayan antrenörlerin bel kalça değerlerinin BESYO mezunlarına göre yüksek çıkması (0.88 ± 0.7) risk seviyesinin erkeklerde 1 ve üzeri olmasından dolayı herhangi bir obezite ve sağlık probleminin olmamasının göstergesi olarak düşünülmektedir.

Obezitenin belirlenmesinde kullanılan bir diğer yöntem ise; bel/kalça oranıdır. Bu oranda pay da bulunan bel çevresi değeri başlıca visseral organlar ve karın yağ dokusunu yansıtmakta, payda da yer alan kalça çevresi ölçümü ise kas kitlesi ve iskelet dokusundan oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Bel Kalça Oranı (BKO) değeri erkeklerde 1 ve üzeri, kadınlarda 0.98 ve üzeri olanlar santral obez olarak kabul edilmektedir Kilo fazlalığının prevalansı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaş ile artmaktadır. Yaş ve BKİ arttıkça bel kalça oranı (BKO) da artar.

BKO ve BÇ'de artışı abdominal bölgede yağlanma olarak görülmeye başlar. Abdominal yağlanma oranı ne kadar fazlaysa vücut içi derin yağlanma da o derece fazladır. Gövdede özellikle de abdominal bölgede yağ birikmesi fazla olanlar hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi, KAH açısından artmış risk altındadırlar.

Besyo mezunu antrenörlerle BESYO mezunu olmayan antrenörlerin trigiriserid, total kolesterol, HDL-K, LDL-Kolesterol değerlerini incelediğimizde besyo mezunu olmayan antrenörlerin trigliserid değerleri (181.86 ± 87.18) BESYO mezunu olan antrenörlere göre (131.00 ± 61.68) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 5). Alan (2011) laboratuvar testleri klinik kılavuzunda trigiriserid durum aralığı < 200 istenen, 150-199 arası sınırda yüksek, 200-499 arası yüksek, > 500 çok yüksek, total kolesterol aralığı < 200 istenen 201-239 arası sınırda yüksek, > 240 yüksek, HDL-K aralığı < 39 düşük, 40-60 arası normal, 61-80 arası sınırda yüksek, > 81 yüksek, LDL-K aralığı < 100 optimum, 101-129 arası optimuma yakın, 130-159 arası sınırda yüksek, 160-189 yüksek, < 190 çok yüksek olarak belirtilmiştir (135).

BESYO mezunu antrenörlerin kolesterol değeri ($184,43 \pm 26.70$) HDL-K değeri (44.13 ± 9.94), LDL -K değeri ($111,03 \pm 24.13$) BESYO mezunu olmayan antrenörlerin kolesterol değeri ($195,45 \pm 32.95$) HDL-K değeri (43.55 ± 8.85), LDL -K değeri ($115,51 \pm 27.40$) çıkmıştır (Tablo 5). Karaca ve Ergüder (2004) kontrollü ve kontrolsüz tip 2 diyabet hastalarında LDL' nin oksidasyona direncinin araştırılmasında Trigliserid (mg/dl) $148,44 \pm 87.08$, Kolesterol (mg/dl) $192,94 \pm 36.39$ HDL (mg/dl) 40.75 ± 6.71 LDL (mg/dl) $122,3 \pm 31.56$ bulunmuştur (136). Onat A ve ark' (2004) Türk yetişkinlerde kenitsel bir

incelemede serum total fosfolipitlerin metabolik sendrom ve koroner risk ile ilişkileri çalışmasında Trigliserid (mg/dl) 168.2 ± 89.7 , Kolesterol (mg/dl) 191.4 ± 34.2 HDL (mg/dl) 39.5 ± 10.2 LDL (mg/dl) 118.7 ± 31.8 olarak bulunmuştur (137). BESYO mezunu olmayan antrenörlerin trigliserid oranının yüksek çıkması ($p < 0.05$) (Tablo 5) dengesiz beslenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Antrenörlerin sigara kullanıp kullanmayanlar arasındaki fiziksel ve kan değerlerinin ortalamalarına bakıldığında BKİ oranlarının sigara kullananlarda 25.60 ± 3.66 sigara kullanmayanlarda 26.39 ± 4.06 çıkmış ve fazla kilolu oldukları değerlendirilmiştir. Total kolesterol oranlarının sigara kullananlarda 202.00 ± 31.83 sınırdan yüksek olduğu sigara kullanmayanlarda ise 188.02 ± 30.05 istenen düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 6). Lusk ve ark'ları (1994) yaptığı çalışmada fiziksel aktivite yaş, eğitim seviyesi ve sigara kullanımı ile BKİ arasında anlamlı ilişkiyi araştırmışlardır. Bu ilişki fiziksel aktivite, eğitim seviyesi ile ters yaş ile doğru orantılıdır. ve sigara içenlerin içmeyenlere göre BKİ'si yüksek olarak bildirilmiştir (138). Bu durum sigaranın kolesterol oranını arttırdığı anlamı taşıdığı düşünülmektedir. Ayrıca sigara kullanan ve kullanmayan antrenörlerin Yağ Yüzdesi, Trigliserid, HDL-K, LDL-K, Bel ve Kalça çevrelerinde bir fark oluşmamıştır.

Antrenörlerin aktif olarak çalışıp çalışmadıklarının fiziksel ve kan değerleri ortalamalarına bakıldığında Bki, Yağ Yüzdesi, Kolesterol, Trigliserid, Hdl, Ldl, Bel çevresi Kalça çevresi, Bel ve kalça çevresi oranlarında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. (Tablo 7). Çalışmamızda aktif veya aktif olmayan antrenörlerde fark oluşmaması sağlıkla ilgili eğitim gören antrenörlerin kendilerini sürekli yenilemeye, geliştirmeye ve gerçekleştirmeye çalıştıklarının sağlığı

koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik olumlu sağlık davranışları kazanmalarında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Antrenörlerin yaş oranının sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı yaşları 26- 31 yaş arası olanlarda $145,94 \pm 17,25$, 32- 37 yaş arası olanlarda $141,83 \pm 15,57$, 38- 43 yaş arası olanlarda $141,64 \pm 10,07$, 44- 49 yaş arası olanlarda $135,00 \pm 13,00$, 50 yaş ve üzeri olanlarda $146,90 \pm 22,60$ olarak bulunmuştur (Tablo 8). Koçoğlu (2006) Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyo-ekonomik eşitsizlikler adlı çalışmasında SYBD ölçeği puan ortalamalarını 18- 29 yaş arası olanlarda 114.0 ± 20.9 , 30- 41 yaş arası olanlarda 116.8 ± 18.6 , 42- 53 yaş arası olanlarda 117.0 ± 17.8 , 54- 65 yaş arası olanlarda 119.4 ± 20.9 , olarak bulunmuştur (139). Küçükberber ve ark'ının (2011) kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi adlı çalışmasında SYBD ölçeği puan ortalamalarını 20- 48 yaş arası olanlarda 126.53 ± 18.23 , 49- 60 yaş arası olanlarda 130.82 ± 21.44 , 61- 80 yaş arası olanlarda 125.20 ± 20.75 olarak bulmuştur (140).

Sağlığı Geliştirme Modeline göre yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi artmaktadır (52).

Duffy ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında da yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamasının arttığı (141), Akça'nın (1998) çalışmasında ise yaşla birlikte öğretim elemanlarının sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur (119). Çalışmamızda da 50 yaş ve üzeri antrenörlerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve

beslenme alt ölçek puanları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının diğer yaşlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Eğitim düzeyi lise ve üniversite olan antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanının, üniversite mezunu olanların ($142,80 \pm 16.69$) puan ortalamaları lise mezunu olanlara ($141,71 \pm 15.43$) göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak lise ve üniversite mezunu olanlarla olmayanların SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9).

Sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinden biri de eğitimidir. Kişilerin sağlıkları hakkında bilinçli davranması eğitim düzeyi ile paralellik gösterir. Eğitim düzeyinin vücut ağırlığını kontrol altına almada önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler daha sağlıklı, daha mutlu ve kendilerini koruma konusunda daha fazla bilgi sahibi olabilmektedir. Bireylerin eğitilmiş olmaları, sağlıkları konusunda karar verme ve olumlu sağlık davranışlarına yönelmelerinde etkili bir faktördür. Buna paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı artmakta ve ileri yaşlardaki sosyal uyumunu etkilemektedir (142).

Eğitim düzeyi kişinin yaptığı işi kavrama oranını, kendisinin yaptığı işten beklentilerinin ne olacağını, ailesi, çevresi ve takımının neler beklediğinin farkına varma oranını etkiler (143). Eğitimin yükselmesiyle birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükselmesi eğitilmiş bireylerin sağlık risklerinin daha farkında olması, sağlığı koruyucu önlemleri bilmeleri ve sağlık sorunu yasadıkları zaman daha iyi bas edebilmeleri ile ilgili olabilir. Eğitim durumu yüksek olanların sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarını uygulama bakımından daha iyi durumda olmaları eğitim durumu yüksek olan grubun yaşam kalitesini artırmış olduğunu ayrıca Antrenörlerin eğitim seviyelerinin yüksek olması, sahip oldukları bilgilerden dolayı beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetiminin farkına varmalarına ve algılama düzeyinin benzer olacağı düşünüldüğünde bu farkın anlamsız çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

BESYO muzunu olan antrenörlerle BESYO mezunu olmayan antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanının BESYO mezunu olanların (143.26 ± 17.58) puan ortalamaları BESYO mezunu olmayanlara (141.64 ± 15.11) göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak BESYO mezunu olanlarla olmayanların SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 10).

Antrenörlerin çalıştıkları yıla bakıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı 5 yıldan az çalışanlarda $141,03 \pm 15,26$ 5–10 yıl arası çalışanlarda $143,29 \pm 15,62$ 11–15 yıl arası çalışanlarda $143,17 \pm 17,94$, olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Antrenörlerin çalışma yılı ile sağlık sorumluluğu, alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sağlık sorumluluğu puan ortalaması, çalışma yılı 11-15 yıl arası olanların 5 yıldan az olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yine hizmet

yılı 11-15 yıl arası olanlarda 5-10 yıl arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Yalçinkaya Ark'ın (2007) Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi adlı çalışmasında SYBD Ölçeği Puan Ortalamalarını çalışma yılı 0-9 yıl arası olanlarda 121.12 ± 18.69 , 10-19 yıl arası olanlarda 121.36 ± 16.91 , 20 yıl ve üzeri olanlarda 127.96 ± 19.01 bulunmuştur (123).

Hizmet yılının artması ile antrenörlerin yaşları da artmaktadır. Yurt içinde Esin (1997) ve Akça'nın (1998), yurt dışında ise Duffy (1996), Bottorff ve arkadaşlarının (1996) yapmış olduğu çalışmalarda yaşın artmasıyla birlikte sağlığa ilişkin olumlu davranışlar kazanma anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($57.119.141.32$). Yaşın artmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının arttığı belirtildiğinden çalışmamızda da genç antrenörlerin yaşları dikkate alındığında beslenme ve sağlık sorumluluklarını yeterince yerine getiremedikleri bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Antrenörlerin sahip olduğu antrenörlük belgelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanları, amatör C belgesine sahip olanların $144,36 \pm 14,84$, UEFA B belgesine sahip olanların $139,12 \pm 17,14$, UEFA A $143,83 \pm 16,67$ olarak bulunmuştur (Tablo 12). Amatör C belgesine sahip antrenörlerin SYBD ölçeği puanının diğer antrenörlük belgelerine sahip olan antrenörlere göre yüksek çıkmasını hem antrenörlük mesleklerinde diğer antrenörlere göre çalışma sürelerinin az olması ve genç olmalarıyla ilişkilendirebiliriz. Ancak antrenörlük belgelerinin SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Akgül çalışmasında SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları 1-5 yıl arası çalışan sağlık personelinin 131.24 ± 20.75 , 6-10 yıl arası çalışan sağlık personelinin 124.61 ± 21.33 75, 11-15 yıl arası çalışan sağlık personelinin 127.87 ± 21.00 olarak bulunmuştur (144). 1-5 yıl arası çalışan sağlık personelinin puan ortalaması diğerlerine göre yüksek çıkması çalışmamızla ilişkilendirilebilir.

Antrenörlerin aktif olarak çalışıp çalışmadıklarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanları aktif olarak çalışanların (142.33 ± 15.70) puan ortalamaları aktif olarak çalışmayanlara (141.95 ± 16.77) göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak aktif olarak çalışan ve çalışmayanların SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 13). Ayrıca egzersiz alışkanlığı alt ölçeğini incelediğimizde aktif olarak çalışan antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi puanının (15.37 ± 2.54) aktif olarak çalışmayanlardan (14.25 ± 2.89) daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 13). İstatistiksel olarak bir fark olmasa da bu durum aktif antrenörlerin aktif olmayanlara göre antrenmanlarda çalıştıklarının göstergesi olarak yorumlanabilir.

Antrenörlerin çalıştıkları liglere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı lige göre 2.lig’de çalışan antrenörlerin $137,78 \pm 10,38$, Amatörde çalışan antrenörlerin $142,79 \pm 16,05$, altyapıda çalışan antrenörlerin $142,88 \pm 18,81$ olarak bulunmuştur. (Tablo 14). 2.lig’de çalışan antrenörlerin puan ortalamaları amatörde ve altyapıda çalışan antrenörlere göre düşük çıkması beklenen bir durum değildir. Ancak bu

grubun örneklemedeki sayısının azlığından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Sigara kullanan antrenörlerle sigara kullanmayan antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanının sigara kullanmayan antrenörlerin ($142,32 \pm 16.84$) sigara kullanan antrenörlere ($142,00 \pm 14.15$) göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı yüksek bulunmuştur. (Tablo 15). Ancak sigara kullanan ve kullanmayanların SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Güler ve ark.(2008), çalışmasında öğretim elamanlarının sigara kullananların ($123,19 \pm 15.88$) kullanmayanlardan ($132,05 \pm 18.78$) daha fazla puan aldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu saptamışlardır (145).

Günümüzün önemli bir sorunu olup, sağlığı ciddi boyutlarda etkileyen etmenlerden biri sigaradır. Sigara dünyada en yaygın önlenabilir ölüm nedeni olup her sekiz saniyede bir kişi sigaraya bağlı gelişen bir hastalıktan hayatını kaybetmektedir 1998 PÍAR araştırma raporunu göre ülkemizde erkeklerin % 62,8'i, kadınların % 24,3'ü, 45 yaş üzeri nüfusumuzun % 43,6'sı sigara kullanmaktadır (145).

Kötü sosyoekonomik koşullar, çalışma şartları ve ortamı, stres, depresyon gibi sosyal ve psikolojik etmenler çoğu zaman sigara içme nedeni olarak gösterilmektedir. Son yıllarda yapılan bazı araştırmalar sigaranın stresi azaltmadığını tam aksine artırdığını ortaya koymuştur (145).

Antrenörlerin bel-kalça oranlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçekleriyle karşılaştırıldığında beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanının bel-kalça oranı 0,85 ve altı (mükemmel) olanlarda 143.96 ± 19.15 , 0,85–0,90 arası (iyi) olanlarda 140.36 ± 14.88 , 0,90–0,95 arası (vasat) olanlarda 140.17 ± 11.52 , 0,95 üzeri (kötü) olanlarda 146.20 ± 12.55 olarak çıkmıştır ancak SYBD ölçeği puanlarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 16).

Antrenörlerin BKİ'lerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı 18.4–24.9 arası normal kilolu olanlarda $141,05 \pm 20,23$, 25–29.9 arası hafif şişman olanlarda $143,42 \pm 13,84$, 30–34.9 arası orta derece şişman olanlara $140,83 \pm 14,15$ olarak bulunmuştur (Tablo 17). Karadamar (2010) Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi adlı çalışmasında beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı 18.4–24.9 arası normal kilolu olanlarda 127 ± 19.4 , 25-29.9 arası hafif şişman olanlarda 124.3 ± 21.6 , 30-34.9 arası orta derece şişman olanlara 123.6 ± 19.1 olarak bulunmuş (146). Ceviz'in (2008) Kamuda çalışan erkek ve kadınların fiziksel uygunluk, beslenme ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesinde erkek kamu çalışanlarının beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı 18.4–24.9 arası normal kilolu olanlarda 119.8 ± 22.3 , 25–29.9 arası hafif şişman olanlarda $123.6 \pm$

21.6, 30-34.9 arası orta derece şişman olanlara 123.9 ± 23.3 olarak bulunmuştur (97).

Bu çalışmalarda elde edilen SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları çalışmamızda elde edilen ortalamalardan oldukça düşüktür. Buda bize futbol antrenörlerinin sağlık davranış düzeylerinin yüksek olduğunu yaşam kalitelerine, sağlığı geliştirici etkinliklere daha fazla önem gösterdiklerinin kanıtıdır diye düşündürmektedir.

Antrenörlerin Total Kolesterol'lerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı kolesterolü 200 ve altı (normal) olanlarda $141,00 \pm 15,16$, 201 ve 239 arası (sınırdan yüksek) olanlarda $147,00 \pm 18,49$, 240 ve üzeri (yüksek) olanlarda $136,20 \pm 9,55$ olarak bulunmuştur (Tablo 18). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da antrenörlerin aldığı toplam puanı kolesterol düzeyi normal olanlarda $141,00 \pm 15,16$ sınırdan yüksek olanlarda ise $147,00 \pm 18,49$ olarak çıkması sağlıklarına verdikleri önemi beslenmelerine özen gösterdiklerini, daha hareketli olduklarını ve sağlık sorumluluklarını yerine getirdiklerini göstermektedir. kolesterol düzeyi yüksek olanların sağlıklı yaşam biçimi puanı $136,20 \pm 9,55$ olarak bulunması kolesterol açısından değerlendirildiğinde vücutta yağ metabolizması bozukluğu ve beraberinde gelen karaciğer, böbrek ve şeker hastalıklarının oluşmasıdır. Antrenörlerin kolesterolünün yüksek çıkmasının nedeni dengesiz beslenme, egzersiz alışkanlıklarının olmaması ve sağlıkla ilgili sorumluluklarını yerine getirememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Antrenörlerin HDL Kolesterol'lerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı HDL-K (39 ve altı) düşük olanlarda $144,30 \pm 13,17$ (40-60 arası) normal olanlarda $141,07 \pm 17,27$ olarak bulunmuştur (Tablo 19). HDL-K düşüklüğünün yol açabileceği en önemli hastalık riski koroner kalp hastalığıdır. Bu durum Schaefer ve Vega (1994) düşük HDL-K düzeylerinin bağımsız KKH risk faktörü olduğu kesin olarak gösterilmiştir (147). Türk toplumunun %50-70'inin HDL-K düzeylerinin 40 mg/dl'nin altında olduğunu göz önünde bulundurması gerekirken mevcut kılavuz öneriler bu konuyu dikkate almamaktadırlar. HDL-K'deki benzersiz düşüklük LDL-K düzeylerinin düşük olmasına rağmen Türk hastaların olağandışı düzeylerde yüksek risk altında olmasına neden oluyor olabilir. Dolayısıyla Türk hastalarda risk değerlendirilmesinde kullanılacak en iyi parametre total kolesterol veya LDL-K değil total kolesterol/HDL-K oranıdır ve bu görüş Onat'ın bildirdiği sonuçlarla da uyumludur (148). Çalışmamıza bakıldığında antrenörlerin 23'ünün de yüksek HDL-K oranına sahip olduğunu görmekteyiz her ne kadarda SYBD toplam puanları HDL-K oranı normal antrenörlere göre anlamlı düzeyde olmasa bile yüksek çıkması sağlıklarına önem verdikleri düşünülmektedir. Ancak fazla kilo almanın, sigara kullanmanın, hareketsiz bir yaşamın HDL-K'ü düşürdüğü ve beraberinde gelen hastalıkları (KKH) tetiklediği kaçınılmaz bir gerçektir. Antrenörlerin sağlıklı bir yaşam için egzersiz yapmaları, sigarayı bırakmaları, düzenli ve dengeli beslenmeleri HDL-K yükselmesi açısından da önemli olduğunu düşünülmektedir.

Antrenörlerin LDL Kolesterol'lerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı LDL kolesterolü 100 ve altı (optimum) olanlarda $142,50 \pm 15,50$, 101 ve 129 arası (optimuma yakın) olanlarda $142,76 \pm 15,75$, 130 ve 159 arası (sınırdan yüksek) olanlarda $140,86 \pm 19,29$, 160 ve 189 arası (yüksek) olanlarda $141,75 \pm 9,91$ olarak bulunmuştur (Tablo 20). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da SYBD ölçeği puan ortalamalarını incelediğimizde LDL-K yüksek olan antrenörlerin egzersiz alışkanlığı alt boyutunda aldığı puan $13,75 \pm 2,63$ olarak bulunmuştur (Tablo 20). Bu sonuç kolesterolü yüksek olan antrenörlerin yeteri kadar fiziksel aktivite yapmadıklarının göstergesi olarak düşünülmektedir. Düzenli egzersiz HDL-kolesterolü (iyi kolesterol) yükseltir, LDL-kolesterolü (kötü kolesterol) düşürür. Antrenörler, düzenli egzersiz yapmayı alışkanlık haline getirmelidirler. LDL- K düzeyi yüksek olan antrenörlerin kolesterol değerlerini düşürmek için beslenme alışkanlıkları değiştirmeli, tuz kullanmamaları, sigara kullananların bırakması ve düzenli egzersiz yapmaları gerekmektedir.

Antrenörlerin Trigliserid oranının sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden; beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve stres yönetimi toplam puanı Trigliserid 149 ve altı (normal) olanlarda $141.19 \pm 15,72$, 150 ve 199 arası (sınırdan yüksek) olanlarda $143.00 \pm 16,03$, 200 ve 499 arası (yüksek) olanlarda $143.70 \pm 16,88$ olarak bulunmuştur (Tablo 21). Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da Trigliseridi yüksek olan antrenörlerin Trigliseridi normal olan antrenörlere göre

SYBD ölçeği puan ortalamalarını daha yüksek bulunmuştur. Trigiriserid oranının yüksek olmasının en büyük riski kalp krizidir. Normal trigiriserid seviyesi genellikle normal kolesterol seviyesine paralel gider. Trigiriserid oranı yüksek antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi ortalamalarının normal olanlardan yüksek çıkması sağlıklarına dikkatli ve özenli olduklarının dengeli ve düzenli beslendiklerinin fiziksel aktiviteyi düzenli yaptıklarının sonucu olduğu düşünölmektedir.

Sonuç olarak; Antrenörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bilinçli oldukları ancak bunları sosyal hayatlarında uygulayamadıkları aktif sporculuk dönemleri sona erdiğinde fiziksel aktivite alışkanlıklarının yetersiz, fiziksel uygunluğun önemli bir göstergesi olan vücut kompozisyon parametrelerinin sağlık risk sınırlarında, bilhassa obezitenin hızla artmakta olduğu kanısı oluşmuştur. Bunun yanında düzensiz beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşam tarzına bağlı olarak vücut kompozisyon değışimleri, şişmanlık problemleri gövdede özellikle de abdominal, bel ve kalça bölgelerinde yağ birikmesi fazla olan antrenörler hipertansiyon, tip II diyabet, hiperlipidemi, KAH açısından artmış risk altında oldukları söylenebilir. Beden eğitimi mezunu antrenörlerin almış oldukları eğitim açısından sağlıklarına daha duyarlı ve bilinçli oldukları düşünölmektedir.

Antrenörlerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri, aktif spor yaşantısından sonraki dönemde vücutlarındaki meydana gelen değışimleri gözlemlmeleri ve gereken tedbirleri önceden alabilmeleri sağlıkları açısından son derece önemlidir. Bu nedenle antrenörlerin fiziksel uygunluk düzeylerini korumalı, arttırmalı ve fiziksel fonksiyonelliklerini geliştirmek amacıyla sportif

aktivitelere katılmalarının önemli olduğu düşünölmektedir. Antrenörlerin kendilerini alanlarında daha fazla bilgi sahibi yapmak için bilgi ve teknoloji çağında, sürekli kendilerini yenilemeleri çeşitli kitaplar, seminerler ve elektronik kaynaklar vasıtasıyla sahip oldukları spor bilgilerini geliştirmeli, yenilikleri takip etmelerinin meslekleri açısından önemli olduğu ayrıca, diğör branş antrenörleriyle ilgili çalışmalar yapılması gerektiğı önerilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Lundy KS, Sharny J. Clients In Home Health. Hospice And Long-Term Care Settings Community Health Nursing Caring For The Public's Health, Jones And Barlett Publishers,Boston Toronto London Singapore,2001.
2. Sisk RJ. Caregiver Burden And Health Promotion.International Journal Of Nursing Studies,2000; 37:37-43.
3. Ayaz S,Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005;9(2):26-34.
4. Sönmezer H. Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yas Grubu Kadınların Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
5. Pender N. Ve Ark.Prediching Health Promoting Lifestyle The Werkplace. Nursing Research,1990; 39 (6): 320-332
6. U.S. Department Of Health And Human Services.USDHHS,1996.
7. Koç H, Gökdemir K, Kılınç F. Sezon Arasında Yapılan Antrenmanların Kütahya Spor Futbolcularının Bazı Fiziksel Ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. G.Ü.Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri I. Kongresi, Ankara.2000.
8. Akgün N . Egzersiz Fizyolojisi. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.1994: 67-69-81.
9. Saygın Ö, Polat Y, Karacabey K.Çocuklarda Hareket Eğitiminin Fiziksel Uygunluk Özelliklerine Etkisi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Elazığ.2005;19(3): 205
10. Pavlovic P.Improved Enduranced By Use Of Antioıdants, Department Of Physical Education And Exercise Physiology. California State University. Chico California,1999.
11. Akgün N. Egzersiz Fizyolojisi. Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir. 1993
12. Mollahaliloglu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan A, Ünüvar N, Aydın S. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık. Ankara,2007; 227-229.
13. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AS.Ankara,2004
14. Ocakçı A. Sağlığın Korunma Ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Http:// Server. Karaelmas. Edu.Tr/Saglik /Skg.Htm. 08.09.2011
15. Owens L. The Relationship Of Health Locus Of Control, Self Efficacy, Health Literacy And Health Pomoting Bahaviors İn Older Adults, Adissertation Presented Fort He Hoctor Of Philosophy Decree. The Univercity Of Memphis.2006.
16. Birol L.Sağlık ve Hastalık Kavramı Hemşirelik Süreci. 6. Basım, Etki Matbaacılık. İzmir,2004.
17. Ay F,Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Sarvan S. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık,2008.5-47.
18. Kaymaz A. Halk Sağlığı Ders Notları-1. Tayf Ofset, Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul,2001;111.

19. Sertçelik E.Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,1999.
20. Hans RGN. Health Promotion: A Concept Analysis. Journal Of Advanced Nursing,1995; 22: 1158-1165
21. Gochman DS .Health Behaviour Emerging Research Perspectives.Plenum Pres.NewYork,1988.
22. Spradley WB.Health Promotion And Wellness. Community Health Nursing Concept And Practice, Lippincott,2001.
23. Herkes İçin Sağlık Hedefleri. DSÖ Avrupa Bölgesi. Ankara,2000.
24. Spellbring M. Nursing's Role İn Health Promotion. Nursing Clinics Of, North America. 1991;26(4):805-814.
25. Farrand LL, Cox CL.Determinants Of Positive Health Behavior İn Middle Childhood. Nursing Research July/August 1993;42(4):208-213
26. Elizabeth K, Tanner W. Assesment Of A Health Promotive Lifestyle. Nursing Clinics Of North America.1991; 26(4): 805-814
27. Wingard DL, Berkman LF, Brand RJ.A Multivariate Analysis Of Health-Related Practicesa Nine-Year Mortality Follow-Up Of The Alameda County Study.Am J Epidemiol.1982;116(5):765-75.
28. Ahijevych K, Bernhard L. Health Promoting Behaviors Of African American Women. Nursing Research 1994;43(2) : 86-89.
29. Spradley BW.Nursing's Role in Health Promotion. Nursing Clinics of, North America. 1990;26(4).113
30. Açıkgöz KÜ. Maslow'un Gereksinim Kuramı Etkili Öğrenme Ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir. 1996: 193-201.
31. Erkan G. Ortopedik Özürlü Çocukların Kendini Kabul Düzeyi Üzerine Bir Araştırma. Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu Yayını. İstanbul,1990; 1-11
32. Bottorff JL. Johnson JL. Ratner PA. Hayduk LA. The Effects Of Cognitive - Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research, Jan/Febr 1996; 45(1):30-36
33. Kılıççı Y. Okulda Ruh Sağlığı. Anı Yayıncılık. Ankara 2000.
34. Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. 3. Baskı Onur Matbaacılık Ofset Ltd Şti. Ankara, 2002.
35. Gordon Larsen P, Boone Heinonen J, Sidney S, Sternfeld B, Jacobs DR Jr, Lewis CE. Active commuting and cardiovascular disease risk, the Cardia study.Arch Intern Med. 2009;169(13):1216-23.
36. Erkan N. Yasam Boyu Egzersiz. Bağırhan Yayınevi. Ankara,1998.
37. Wicklin B.Sports And Recreation For A Healthy Life. World Health Forum, 1992;12:2/3, 251-256.

38. Parmaksız H. Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
39. Kalyon TA. Spor hekimliği, Sporcu Sağlığı ve Spor Sakatlıkları. 3. Baskı. Ankara, 1995.
40. Yücecan S. Besin Tüketimindeki Değişimler ve Yeni Eğilimler. Türk Mutfak Kültürünü Araştırma ve Tanıtma Vakfı, 1999; 23: 235-244.
41. Arslan M. Bakal N. Çorakçı A. Görpe U. Korugan Ü. Orhan Y. Özbey N. Ulusal Obezite Rehberi, Ankara, 1999
42. Korugan Ü. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Prevelansı. III. Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı, Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2000.
43. Atilla S, Bosi TB. Toplum Beslenmesi. Bertan M, Güler Ç (çeviri). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi, 1997. 735-864.
44. Özcan A. Hemşire-Hasta İlişkisi Ve İletişim. 1. Baskı. Bassaray Yayınevi. İzmir, 1996.
45. Arkanoc S. Grup İlişkileri. 1. Baskı. İstanbul: Alfa Basın Yayın Dağıtım. 1993.
46. Kerr MJ. Sechrist R, Pender N, Walker SN.A. Spanish Language Version Of The Health- Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research 1990; 39(5): 268-273.
47. Balcı A. Öğretim Elemanının İş Stresi. Nobel Yayıncılık. Ankara, 2005.
48. Durna U. Üniversite Öğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Niğde Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi Cilt:1. Sayı:1. 2006
49. Batlas A, Batlas Z. Stres Ve Basa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi. İstanbul, 1996.
50. Chen MY. The Effectiveness Of Health Promotion Counseling To Family Caregivers Public Health Nurs 1999; 16: 125-32.
51. Karakoç A. Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
52. Smith CM. Maurer FA. (2000). Community Health Nursing Theory And Practice. 2ed, WB Saunders Company.
53. Bal H. Health Promotion A Concept Analysis. Journal Of Advanced Nursing. 1995; 22: 1158-1165.
54. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion. Mosby Company. Toronto, 2002 319-321.
55. Smith CM. Maurer FA. Community Health Nursing Theory And Practice. 2ed, WB Saunders Company, 2000.
56. Delaney FG. Nursing And Health Promotion : Conceptual Concerns. Journal Of Adv. Nursing 1994; 20: 828-835.
57. Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
58. Tabak RS. Sağlık Davranışı İle İlgili Modeller Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık. Ankara, 2000.
59. Arık N, Korkmaz M. Hipertansiyon. 2. Baskı, İstanbul: Format Matbaacılık Ltd. Şti. 1999.

60. Joseph L, Izzo Jr MD, Henry R, Black MD. *Primer Hipertansiyon. Kazancı G* (Çeviren).3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri,2004.
61. Oparil S, Zaman MA, Calhoun DA. Pathogenesis Of hypertension. *Ann Intern Med*,2003;139:761-776.
62. Ataman A. Erzurum İli İspir İlçesindeki Hipertansiyon Hastalarının Heslenme Alışkanlıkları Yemel Alınarak Yaşam Tarzı Baktörlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi,Erzurum:Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
63. Basar I. Hipertansiyon, Sigara Alışkanlığı, Obezite Ve Bozulmuş Açlık Sekerinin Kalp-Damar Hastalığını Çıkarmadaki Etkileri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2008; 64: 15–24.
64. Battegay J.E, Lıp G, Bakris L.G. Uygulamada Klinik Hipertansiyon. Kozan Ö (Çeviren). İstanbul: Global Yayın Ajansı,2009
65. Andersen- Ranberg K, Christensen K, Jeune B, Skytthe A, Vasegaard L, Vaupel JW. Declining Physical Abilities With Age.A Cross-Sectional Study Of Older Twins And Centenarians İn Denmark. *Age And Ageing*,1999;28:373-377.
66. Dwyer GB, Davis SE. ACSM's Health Related Physical Fitness Assessment Manuel. USA: Lippincott Williams & Wilkins,2005. 2-4.
67. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD.Health Benefits Of Physical Activity.The Evidence,2006;174(6):801-9.
68. Muratlı S. Çocuk Ve Spor, 1. Baskı Kültür Matbaası. Ankara,1997
69. Pangrazi RP, Corbin CB. (2002) Factors That Influence Physical Fitness İn Children And Adolescents, Health Benefits Of Physical Activity And Fitness İn Children. Fitnessgram Reference Guide Cooper Institute. Dallas TX,2002.
70. Özdirenc M, Özcan A, Akın F, Gelecek N. Physical Fitness İn Rural Children Compared With Urban Children İn Turkey. *Pediatrics International*,2005; 26-31.
71. Goran I M, Ball GDC, Cruz L M. Obesity And Risk Of Type 2 Diabetes And Cardiovascular Disease İn Children And Adolescents. *The Journal Af Clin Endocrinol Metab*. 2003;88: 1417-1427.
72. Schlicker Sa, Borra St, Reagan c. The Weight And Fitness Status Of United States Children, *Nutr. Rev*. 1994;52:11-17.
73. Who, Health And Development Through Physical Activity And Sport. WHO Tech Rep Ser Who.Geneva,2003.
74. Maline R. Physical Activity and Training Effects On Stature and Adolescent. *Growth Sport, Medicine And Science in Sports And Exercise* 1993;26,(6), 758-765.
75. Lee Sm,Wechler H.The Role Of Schools in Preventing Chillhood Obesity.President's Council On Physical Fitness And Sports,Research Digest,2006.
76. Van Heuvelen MJG, Kempen GIJM, Ormel J, Rispens P. Physical Fitness Related To Age And Physical Activity İn Older Persons. *Med Sci Sports Exerc*,1998;30(3):434-441.

77. Gültekin Z. Yaşlılarda Fiziksel Uygunluk. I. Ulusal Geriatrik Fizyoterapi Kongresi. İzmir, 2005.
78. Tinetti ME. Preventing Falls In Elderly Persons. N Engl J Med, 2003;348:42-49
79. American Collage Of Sports Medicine. Physical Fitness Testing And Interpretation. 6. Edition, Lippincott Williams And Wilkins, Indianapolis, 2000.
80. Marrow JR, Jackson AW, Disch JG, Mood D.P. Measurement and Evaluation Human Performance. 2. Edition, Human Kinetics, Illinois 2000.
81. Ergun N, Baltacı G. Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon.
82. Hornbrook MC, Stevens VJ, Wingfield DJ. Seniors Program for Injury Control and Education. J Am Geriatr Soc, 1993;41:309-314.
83. Rikli RE, Jones CJ. Senior Fitness Test Manual. Human Kinetics. U.S.A, 2001.
84. Salmi JA, SALMI AJ. Body Composition Assement With Segmental Multifrequency Bioimpedance Method. Journal Of Sports Science And Medicine 2003;3: 1-29.
85. Yamaner F. Galatasaray Profesyonel Futbol Takımının Fizyolojik Özelliklerinin Analizi ve Yabancı Ülke Futbolcularıyla Mukayesesi. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1990.
86. Heyward V H. Assessing Body Composition, Advanced Fitness Assessment And Exercise Prescription. Human Kinetics, 1998;102-105.
87. Lohman Tg. Body Composition Assessment Health Benefits Of Physical Activity And Fitness In Children. *Fitnessgram Reference Guide*, The Cooper Institute, Dallas TX, 2002.
88. Welk GJ. Blair S N. Health Benefits Of Physical Activity And Fitness In Children. The Cooper Institute *Fitnessgram Reference Guide*. Dallas TX, 2002.
89. Sağır M, Akın G, Güleç E, Bektaş Y, Gültekin T, Koca B. Boyun, Üstkol Ve Baldır Çevresi İle Beden Kitle İndeksi Değerlerinde Yaşa Bağlı Değişimler. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi. İzmir, 2005.
90. Pehlivan A. Sporda Beslenme. Morpa Kültür Yayınları. İstanbul, 2005.
91. Thomas DF, Paul MU, Walton TR. Core Concepts And Labs In Physical Fitness And Wellness. Mc Graw-Hill Company, U.S.A, 2002.
92. [Http://www.Datateknikmed.Com/Page8.Php](http://www.Datateknikmed.Com/Page8.Php) 05.04.2012
93. Heyward VH. Stolarczyk LM. Applied Body Composition Assessment. IL Human Kinetics. Champaign, 1996; 79-85.
94. Chen HT, Lin CH, Yu LH. Normative Physical Fitness Scores For Communitydwelling Older Adults. J Nurs Res Mar 2009; 17(1):30-41.
95. Eck LH, Hackeit C, Kieskes LM. Impact Of Diabetic Status Dietary İntake, Physical Activity, And Smoking Status On Body Mass Index In Nhanes 1113. Am J Clin Nutr 1992;56:329-33
96. Günay M, Tamer K, Cicioğlu İ. Spor Fizyolojisi Ve Performans Ölçümü. Baran Ofset. Ankara 2006.

97. Ceviz D. Kamuda Çalışan Erkek Ve Kadınların Fiziksel Uygunluk, Beslenme Ve Spor Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
98. Fox, Bowers, Foss. Beden Eğitimi Ve Sporun Fizyolojik Temelleri. Cerit M (Çeviren). Ankara: Bağırhan Yayınevi, 1999.
99. Zorba E. Fiziksel Uygunluk. 2. Baskı Gazi Kitabevi. Ankara, 2001.
100. Heyward, V. H. Advanced Fitness Assessment And Exercise Prescription (4th edit), Human Kinetics. Usa, 2002; 369.
101. Zorba E. Herkes İçin Spor Ve Fiziksel Uygunluk. Ankara 1999.
102. Karacabey K. Antropometrik Ölçümler Ve Somatotip. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (2000).
103. Nieman DC. The Exercise Test As A Component Of The Total Fitness Evaluation. Primary Care, 2001; 28(1): 119-135.
104. Sevim Y. Antrenman Bilgisi. Geliştirilmiş Baskı. Ankara, 1997.
105. Mahley RW. Aterogenezin Hücresel Ve Moleküler Biyolojisi. Gökdemir O, Paloglu Ke (Çeviren). İstanbul. Merck, Sharp And Dohme Yayınları, 1993.
106. Thompson GR. Hiperlipidemi El Kitabı. Tamugur E (Çeviren). İstanbul: Merck, Sharp And Dohme, Uycan Yayınları AS, 1991.
107. Adam B, Arıçoğlu Y. Klinik Biyokimya Analiz Metotları. 1. Baskı Atlas Kitapçılık. Ankara, 2002.
108. Adam B, Yiğitoğlu R, Göker Z. Biyokimya & Klinik Biyokimya UTSSeri. 2. Baskı, Atlas Kitapçılık. Ankara, 1990.
109. Mehmetoğlu İ. Klinik Biyokimya Laboratuvarı El Kitabı. Baskı: 3, Yelken Basım Dağıtım. Konya, 2004.
110. Murray Rk, Mayes Pa, Granner Dk, Rodwell Vw. Harper'ın Biyokimyası. Mentis G, Ersöz B (Çeviren). İstanbul: Barış Kitabevi, 1993.
111. Keha E, Küfrevioğlu ÖĞ. Biyokimya, 2. Baskı, Aktif Yayınevi. Erzurum, 2000.
112. Konukoğlu D. "Tus" a Hazırlık Biyokimya, Alemdar Ofset. İstanbul, 2000.
113. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nurs Res, 1987; 36: 76-81.
114. Onat A ve Ark. Yetişkinlerimizin 10 Yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta Beden Kitle İndeksi Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması. İstanbul, 2001; 29: 431.
115. Tekkeşin N, Kılınç C, Ökmen A. Türk Erişkinlerde Framingham Risk Faktörlerinin Araştırılması. Klinik Ve Deneysel Araştırmalar Dergisi, 2011; 2 (1):
116. Hosking P. Utilizing Rogers Theory Of Self Concept In Mental Health Nursing, Journal Of Advanced Nursing, 1993; 1: 18.
117. Ülgen G. Benlik Kavramı. Eğitim Psikolojisi, Bilim Yayınları, 2. Baskı. Ankara, 1995.

118. Velioğlu P. Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar. Alas Ofset. İstanbul,1999.
119. Akça F.A. Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998
120. Tokgöz E. Kadın Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2002.
121. Pasinlioğlu T, Gözümlü S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi.
122. Ege E Ve Ark. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz-Etkililik Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi. Toplum Ve Sosyal Hizmet, 2003;4(2): 83-92.
123. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni. Ankara,2007; 6(6): 409-420.
124. Esin N. Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Adana, 1998;52-55.
125. Güneş Z ve Ark. (2006). Ebe, Hemşire ve Bayan Öğretmenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi.I. Ulusal Sağlığı Geliştirme Ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, Muğla, s:190.
126. Kaya F ve Ark. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2008; 7(1):59-64.
127. Yılmaz M. Beslenme Eğitiminin Obez Hastalarda Ağırlık Kaybı Üzerine Etkisi. Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism.2003;1238-1245
128. DiPietro L.Physical Activity.Body Weight,And Adiposity An Epidemiologic Perspective.Exerc Sport Sci Rev.1995;23:275-303
129. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A. Atatürk Üniversitesi Öğrencilerinde Beden Ağırlığı Durumu Ve İlişkili Bazı Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin.2006;72-82.
130. Kaya H,Özçelik O.Tıp Öğrencilerinde Bir Yılda Vücut Kompozisyonlarında Meydana Gelen Değişimlerin Belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2005; 10 (4):164-168
131. Sanlier N, Unusan N. Dietary Habits And Body Composition Of Turkish University Students.Pakistan Journal Of Nutrition,2007; 6(4):332-338.
132. Karakaş S Ve Ark. Profesyonel Ve Amatör Futbolcularda Takım, Mevki Ve Fiziksel Yapı Faktörlerinin Vücut Kompozisyonu Üzerine Etkileri ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.2011;12(1): 65
133. Kafkas M,E,Açak M,Karademir T.12 Haftalık Düzenli Aerobik Ve Direnç Egzersizlerinin Orta Yaş Erkek Ve Kadınların Vücut Kompozisyonları Üzerine Etkisi Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi. Cilt: 3,Sayı: 3, 2009;180

134. Akman M, Budak Ş, Kendir M. Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı Ve İlişkili Sağlık Problemleri. Marmara Medical Journal 2004;17(3):116
135. Alan H.B.WV, TIE T2 Laboratuar Testleri Klinik Kılavuzu. Emerk K(çeviren). 4. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2011: 684.564.1074.244
136. Karaca L, Ergüder İ. Kontrollü Ve Kontrolsüz Tip 2 Diyabet Hastalarında LDL nin Oksidasyona Direncinin Araştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Biyokimya Anabilim Dalı. Ankara, 2004.
137. Onat A Ve Ark. Türk Yetişkinlerde Kenitsel Bir İncelemede Serum Total Fosfolipitlerin Metabolik Sendrom Ve Koroner Risk ile İlişkileri. Türk Kardiyol Dern Arş. İstanbul, 2004; 32: 171
138. Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood JR. Test Of The Health Promotion Model As A causal Model Of Workers' use Of Hearing Protection. Nurs Res. 1994;43:151-7.
139. Koçoğlu D. Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
140. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi Anadolu Kardiyol Derg, 2011;619-26
141. Duffy M, Rossow R, Hernandez M. Correlates Of Health Promotion Activities In Employed Mexican American Women. Nursing Research 1996; 45(1): 18-24
142. Özönder MC. (1994). Sağlıklı Yaşlanmanın Sosyal Yönü. Sağlıklı Yaşlanma. GATA Hemşirelik Yüksekokulu Yayını. Ankara, 1994;39-44.
143. Öktem Ç. (2011). Türkiye’de Okçuluk Sporunun Risk Yönetimi Açısından İncelenmesi. Akdeniz Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Spor Yöneticiliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
144. Akgül N. Sivas İl Merkez Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Toplum Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı, 2008.
145. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Dergisi, 2008;12(3) 19-23
146. Karadamar M. Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010
147. Schaefer EJ, Lamon-Fava S, Ordovas JM. Factors Associated With Low And Elevated Plasma High Density Lipoprotein Cholesterol And Apolipoprotein A-I levels In The Framingham Offspring Study. J Lipid Res 1994; 35: 871-882

148. Onat A. Risk Factors And Cardiovascular Disease In Turkey. *Atherosclerosis* 2001;156:110

8.EKLER

EK 1. Etik Kurul Raporu

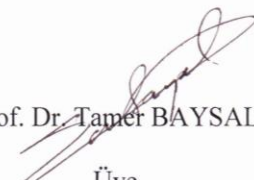
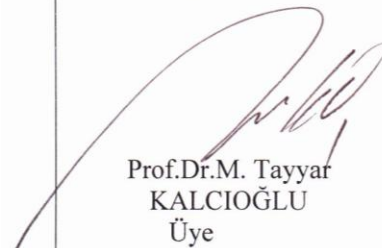
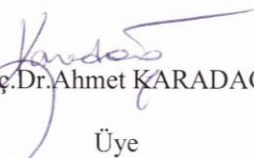
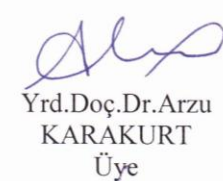
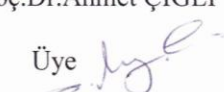
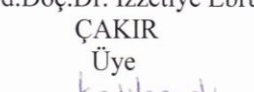
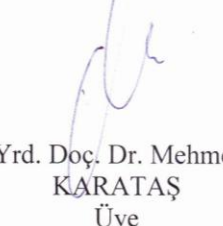
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNSAN ETİK KURUL KARARI



Toplantı Tarihi : 04/10/2011
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2011/146
Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı : Yrd.Doç. Dr. Ercan GÜR

“Malatya ilinde futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ile bazı kan değerlerinin karşılaştırılması ” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr. Metin GENÇ Başkan	 Prof. Dr. Tamer BAYSAL Üye	 Doç. Dr. Hakan PARLAKPINAR Başkan Yardımcısı
 Prof. Dr. M. Tayyar KALCIOĞLU Üye	 Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ Üye	 Yrd. Doç. Dr. Arzu KARAKURT Üye
 Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÇIĞLI Üye	 Yrd. Doç. Dr. İzzetiye Ebru ÇAKIR Üye Katılmadı	 Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ Üye

EK 2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Değerli Antrenörler;

Bu çalışmanın amacı antrenör görüşleri doğrultusunda sağlıklı yaşam davranışlarının tespit edilmesine yöneliktir. Araştırma ölçeği iki bölümden oluşmaktadır. Araştırma ölçeğinin birinci bölümünde kişisel bilgiler, ikinci bölümünde antrenörlerin sağlıklı yaşam davranışlarını, ölçmeye yönelik maddeler bulunmaktadır. Bu çalışmaya vereceğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlı kullanılacak olup, hiçbir şekilde isim, kulüp vs. belirtilerek açıklama yapılmayacaktır. Lütfen mevcut olan durumu uygun boşluğa bir “X” işareti koyarak belirtiniz. Çalışmaya vereceğiniz katkılardan ve samimi cevaplardan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

BÖLÜM 1: KİŞİSEL BİLGİLER

Yaşınız: **25 ve Altı** () **26–31** () **32–37** () **38–43** () **44–49** () **50 ve Üzeri** ()

Medeni Durumunuz: **Evli** () **Bekâr** ()

Eğitim Durumunuz: **Lise** () **Üniversite** ()

Beden Eğitimi Spor Bölümü mezunu musunuz: **Evet** () **Hayır** ()

Sigara kullanıyor musunuz: **Evet** () **Hayır** () **Kullanıyordum ama bıraktım** ()

Antrenörlük dereceniz: **C Amatör** () **Uefa B** () **Uefa A** ()

Aktif olarak antrenörlük yapıyor musunuz: **Evet** () **Hayır** ()

Geçen sezon takım çalıştırdınız mı: **Evet** () **Hayır** ()

Antrenörlük yaptığınız lig statüsü: **2.lig** () **3.lig** () **Amatör** () **Alt Yapı** ()

Kaç yıldır antrenörlük yapıyorsunuz: **5 yıldan az** () **5–10 yıl** () **11–15** () **16–20** () **21 ve Üzeri** ()

Halen çalıştığınız takımda kaç yıldır antrenörlük yapıyorsunuz: **1 yıldan az** () **1–5 yıl** () **6–10 yıl** () **10 yıl ve üzeri** ()

BÖLÜM 2:

GÖRÜŞLER;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.	1	2	3	4
2. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	1	2	3	4
3. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	1	2	3	4
4. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	1	2	3	4
5. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	1	2	3	4
6. Her gün dört besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	1	2	3	4
7. Kendimi beğenirim.	1	2	3	4
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.	1	2	3	4
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	1	2	3	4
10. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	1	2	3	4
11. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	1	2	3	4
12. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.	1	2	3	4
13. Geleceğe ümitle bakarım	1	2	3	4
14. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	1	2	3	4
15. Kendi başarılarımla övünürüm.	1	2	3	4
16. Her günü ilginç, mücadeleye değer bulurum.	1	2	3	4
17. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.	1	2	3	4
18. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.	1	2	3	4
19. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
20. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	1	2	3	4
21. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	1	2	3	4
22. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	1	2	3	4
23. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	1	2	3	4
24. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	1	2	3	4
25. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	1	2	3	4

GÖRÜŞLER;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
26. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılım	1	2	3	4
27. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	1	2	3	4
28. Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	1	2	3	4
29. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılım.	1	2	3	4
30. Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.	1	2	3	4
31. Haftada en az üç kez 20 dk. Yoğun egzersiz yaparım.	1	2	3	4
32. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılım.	1	2	3	4
33. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	1	2	3	4
34. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	1	2	3	4
35. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	1	2	3	4
36. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.	1	2	3	4
37. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan veya bana dokunmalarından hoşlanırım.	1	2	3	4
38. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.	1	2	3	4
39. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	1	2	3	4
40. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	1	2	3	4
41. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	1	2	3	4
42. Her gün rahatlamak için kendime zaman ayırırım.	1	2	3	4
43. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	1	2	3	4
44. Her gün rahatlamak ve gevşemek için kendime 15–20 dk zaman ayırırım.	1	2	3	4
45. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim.	1	2	3	4
46. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.	1	2	3	4
47. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.	1	2	3	4
48. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Malatya’da doğdu. İlk, orta ve lise tahsilini Malatya ’da tamamladı. 1998–2002 yılları arasında İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor

Öğretmenliği bölümünde lisans tahsilini tamamladı, aynı yıl İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği bölümünde Okutman olarak göreve başladı. 2010–2011 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başladı. Evli. Bir çocuk babasıdır.