

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

**EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Müge Demet YILMAZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Asiye KARTAL

Denizli, 2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Müge Demet Yılmaz tarafından Doç. Dr. Asiye KARTAL yönetiminde hazırlanan “Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Asiye KARTAL

.....


Pamukkale Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Güldam KARADAĞ
Dokuz Eylül Üniversitesi

.....


Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi

.....


Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 08.01.2020 tarih ve 01-1 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Müge Demet YILMAZ

İmza:



ÖZET

EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Müge Demet YILMAZ

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Asiye KARTAL

Aralık 2019, Sayfa 65

Günümüzde kronik hastalıklar başta olmak üzere modern yaşamın getirdiği yaşam tarzından kaynaklanan hastalıkların artış gösterdiği bilinmektedir. Bu hastalıkların artmasındaki öncü sebeplerinden birisi olan fiziksel aktivite yetersizliği, toplumlar için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Fiziksel aktivitenin insan sağlığı için önemi bilinmesine karşın sağlık inançları nedeniyle egzersiz ve diğer fiziksel aktivitelere gereken önem verilmemektedir. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçim davranışlarının temel bileşenlerden biri olan egzersiz davranışlarının ve davranışları etkileyen inanç ve tutumların belirlenmesi son derece önemlidir. Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli temelli egzersiz davranışları ile ilgili inançları değerlendiren bir ölçek yoktur. Bu nedenle bu çalışmada Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin(ESİM) Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek ve Türk toplumuna kazandırmak amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Isparta’da yaşayan, Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 18 yaş ve üzeri 350 katılımcı oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak, Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Veriler Mart 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, katılımcılara ilişkin bilgiler sayı ve yüzde dağılımları ile incelenmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliği için, kapsam geçerliliği İndeksi incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirleyebilmek için “Doğrulayıcı faktör analizi” yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği; iç tutarlık madde analizi, cronbach alfa ve test tekrar test ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda, Ölçeğin KMO değeri 0.883, Bartlett’s testi 2406.89’dir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum iyiliği indekslerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının faktör yükleri 0.45 ve 0.91 arasından dağılım gösterdiği görülmektedir. Croncach alpha düzeylerinin 0.85 ile 0.93 arasında olduğu saptanmıştır. Test tekrar test sonuçlarına göre, korelasyon katsayıları 0.64 ile 0.97 arasındadır. Sonuç olarak, yapılan psikometrik ölçüm sonuçları doğrultusunda ESİM ölçeğinin Türkçe formunun egzersiz davranışlarını değerlendirmede kullanımı için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler:Egzersiz,Sağlık İnancı, Geçerlilik, Güvenilirlik

ABSTRACT**THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE EXERCISE HEALTH BELIEF MODEL IN
TURKISH**

Master Thesis, Public Health Nursing Department
Thesis Supervisor: Doç. Dr. Asiye KARTAL

December 2019, Page 65

Today, it is known that diseases caused by the lifestyle that modern life brings, especially chronic diseases are increasing. Inadequacy of physical activity, which is one of the leading causes of these diseases, poses an important threat to societies. Although the importance of physical activity for human health is known, due to health beliefs, exercise and other physical activities are not cared. Therefore, it is extremely important to determine exercise behaviors and beliefs and attitudes that affect behaviors, which are one of the basic components of life style behaviors in health promotion. There is no scale that evaluates beliefs about exercise behaviors based on Health Belief Model. Therefore, in this study, it is aimed to determine whether Exercise Health Belief Model Scale (EHBM) is a valid and reliable tool for Turkish society and gain it to Turkish society. The sample of the study consists of 350 participants aged 18 and over who are registered to the Family Health Center in Isparta. Descriptive Information Form and Exercise Health Belief Model Scale is used as data collection tools. Data are collected between March 2018-June 2018 using face to face interview technique. SPSS 24.0 program is used for data analysis. In the analysis of the data, the information about the participants is examined by number and percentage distributions. For the content validity of the scale, the content validity index is examined. In order to determine the construct validity of the scale, "Confirmatory factor analysis" was performed. Reliability of the scale; internal consistency item analysis, cronbach alpha and test retest. As a result of the analysis, the KMO value of the scale is 0.883 and Bartlett testis test is 2406.89. Consequence of confirmatory factor analysis, goodness of fit indices are found to be good. The factor loads of each substance are between 0.45 and 0.91. Croncach alpha levels are found to be between 0.85 and 0.93. According to test-retest results, correlation coefficients are between 0.64 and 0.97. As a conclusion, according to the psychometric measurement results, it is found that the Turkish version of the EHBM scale is valid and reliable for use in evaluating exercise behaviors.

Keywords: Exercise, Health Belief, Validity, Reliability

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başlangıç aşamasından tamamlanma aşamasına kadar geçen süreçte, engin bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, her türlü desteğini esirgemeyen, profesyonel danışmanlığı, hoşgörülü yaklaşımları ile her zaman bana rehberlik eden hocam, Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL'a,

Tez çalışmamda değerli görüşleri ve özellikle istatistiksel aşamadaki yardımlarıyla katkıda bulunan Sayın Doç.Dr. Özgür KOŞKAN'a ve eğitim hayatımdabana her zaman destek olan hemşirelik mesleğini sevdiren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN'e,

Bu süreçte bana destek olan ekip arkadaşlarım; Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi hemşirelerine,

Bu süreçte beni motive eden ve hayatımı kolaylaştırmak için bana her zaman yardım eden eşime ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu süreçte de beni asla yalnız bırakmayan ve yardımlarını esirgemeyen canım kuzenim Zeynep VAROL'a,

Hayatım boyunca her zaman arkamda olan, başarılarım ile gurur duyup mutlu olan, her zaman desteklerini kalbimde hissettiğim, maddi manevi katkılarını hayatım boyunca ödeyemeyeceğim canım aileme,

Tüm Kalbimle Teşekkür Ederim.

Son olarak tezimi; hayatım boyunca bana karakteri ve mesleki duruşu ile her zaman rol model olan, maddi ve manevi desteklerini doğduğum günden bu güne hiçbir koşulda ve zamanda esirgemeyen, eğitim hayatımın ve kariyerimin mimarı olan, hemşirelik mesleğini bana sevdiren ve layığı ile yapmayı öğreten ve idolüm olan halam Öğr. Gör.Halime YILMAZ'aithaf ederim ve sonsuz şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın amacı.....	5
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1. Egzersizin Tanımı ve Önemi.....	6
2.2. Egzersiz Türleri.....	8
2.3. Egzersiz ve Kuramsal Teoriler.....	10
2.4. Egzersiz ve Sağlık İlişkisi.....	11
2.4.1. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	16
2.4.2. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	18
2.4.3. Fiziksel Aktivite Geliştirmede Yapılmış Hemşirelik Girişimleri.....	24
2.4.4. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. Araştırmanın Amacı.....	28
3.2. Araştırmanın Türü.....	28
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.6. Veri Toplama Araçları.....	29
3.6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Form.....	29
3.6.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	30
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	30
3.8. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışma Aşamaları.....	31
3.8.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliliği Çalışmaları.....	31

3.8.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği	32
3.8.3. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışmaları	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.11. Süre ve Olanaklar.....	34
4.BULGULAR	36
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	36
4.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular	38
4.3. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Güvenilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular	43
4.4. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları.....	47
5.TARTIŞMA	51
5.1. Ölçeğin Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	51
5.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği.....	52
5.1.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği	53
5.2. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışmalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	55
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	57
KAYNAKLAR	59
ÖZGEÇMİŞ	66
EKLER	

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Transteorik Modele Göre Egzersiz Değişim Aşamaları	11
Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı.....	41

TABLOLAR DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 4.1	Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları	36
Tablo 4.2	Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları	37
Tablo 4.3	Ölçek Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları	38
Tablo 4.4	KMO ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları	39
Tablo 4.5	Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Sonuçları	39
Tablo 4.6	ESİM Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları....	42
Tablo 4.7	ESİM Ölçeği İç Tutarlılık Madde Toplam Kolerasyon Katsayıları	43
Tablo 4.8	ESİM Ölçeği Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenilirlik Analizi Sonuçları	44
Tablo 4.9	ESİM Ölçeği Madde Test-retest Sonuçları.....	44
Tablo 4.10	ESİM Ölçeği Alt Boyutları Test-retest Sonuçları	45
Tablo 4.11	ESİM Ölçeği Normallik Testi Sonuçları	46
Tablo 4.12	Spearman Kolerasyon Analizi Testi Sonuçları	46
Tablo 4.13	Katılımcıların Bazı Sosyo- demografik Özelliklerine Göre ESİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları	47
Tablo 4.14	Katılımcıların Egzersiz Yapma ve Kronik Hastalıklara Sahip Olma Özelliklerine Göre ESİM Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	49

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESİM	: Egzersiz Sağlık İnanç Modeli
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
KÜM	: Kuramlarüstü Model
M.Ö.	: Milattan Önce
PDT	: Planlanmış Davranış Teorisi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
TTC	: Tai Chi Chuan Egzersizleri
WHO	: World Health Organization
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü
SRMR	: Standardize Ortalama Hataların Kare Kökü
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İyiliği
NNFI	: Normsuz Uyum İndeksi

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılında yayınladığı raporda fiziksel aktivite ve sporun sağlıklı bir yaşam tarzının en önemli bileşenlerinden birisi olduğu belirtilmektedir. Çünkü deneyimler ve araştırmaların sunduğu bilimsel kanıtlar uygun fiziksel aktiviteler ve sporun düzenli bir şekilde uygulanması halinde (her yaş ve durumdaki bireye) fiziksel, sosyal ve zihinsel faydalar sağladığını ortaya koymaktadır. Bu alışkanlığın kazanılmış olması bir yandan bedensel sağlığı koruyup geliştirirken diğer yandan sağlıklı yaşam için önemli olan kilo, madde bağımlılığı, sosyal etkileşim, toplumsal uyum gibi birçok konuda yararlar sağlamaktadır. Diğer yandan DSÖ, fiziksel aktivite ve egzersizlerin hem hastalıkların önlenmesi hem genel halk sağlığının iyileştirilmesi için daha az maliyetli bir yöntem olduğuna vurgu yapmaktadır (WHO 2003).

DSÖ'nün güncellenmiş 2017 verilerine göre ise fiziksel hareketsizlik olarak da tanımlanan fiziksel aktivite yetersizliği, küresel ölüm nedenleri içerisinde dördüncü önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir. Bunun yanında fiziksel aktivite yetersizliği, birçok hastalığın önemli bir kısmının da ana nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Göğüs ve kolon kanserinin % 21-25'inin, şeker hastalığının % 27'sinin, iskemik kalp hastalığının % 30'unun ana nedeni fiziksel aktivite yetersizliğidir (WHO 2017).

Günlük yaşam rutinlerini aksatmadan sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önemli bir fiziksel aktivite olan egzersizler (Kafalı 2009), iskeleti saran kasların kasılması ve bazal seviyenin üzerinde enerji tüketimi gerektiren tüm beden hareketleri olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Düzenli yapılması halinde sağlıklı yaşamın en önemli uygulamalarından birisi olan egzersizler, ruhsal ve bedensel sağlığın korunmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Özellikle günümüz

çalışma koşullarının yarattığı etkilerin giderilmesi açısından egzersizin ayrı bir önemi vardır (Kafalı 2009).

Gerek çalışanlarda bazı kasların hareketsizliğinin etkilerinin ortadan kaldırılmasında gerekse çocukların gelişim çağında boylanma ve diğer fiziksel gelişimin düzgün ilerlemesi açısından hareket ve egzersizin ayrı bir önemi vardır. Bunun yanında uzun süre hareketsiz kalmanın yaratabileceği kilo problemi gibi sorunların giderilmesinde de egzersizin etkili bir çözüm olduğu kabul edilmektedir. İnsanların gittikçe hareketsizleştiği günümüzde insan metabolizmasını hızlandırması açısından egzersizler ayrı bir önem taşımaktadır (Ertüzün ve Karaküçük 2014).

Egzersiz, her yaştaki insanın sağlıklı bir şekilde yaşamasını sürdürmesi için gerekli olan sağlık programlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Yaşlıların yanında özellikle çocukların ve gençlerin sağlıklı gelişimi açısından önemi sıklıkla vurgulanan egzersizlerin fonksiyonel kasların yanında kemiklerini gelişimini hızlandırdığı, vücudun güç ve direncini artırdığı kabul edilmektedir (Nowosielski vd. 2016). Ayrıca anjiyogenez, nörogenez, aşırı kilo, obezite, diyabet gibi kronik sağlık sorunlarının azaltılmasında önemli bir rolünün olduğu da belirtilmektedir. Patolojik sağlık sorunlarının azaltılmasının yanında egzersizin psikolojik yapıyı güçlendirdiği, ruh sağlığının devamlılığını sağladığı da kabul edilmektedir (Archer 2014).

Sağlık, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi bir hal içinde olmalarını ifade etmektedir. Geçmişte fiziksel iyilik halini ifade etmek için kullanılan sağlık kavramı, günümüzde bireyin ruhsal ve maddi yönler de dahil diğer yönleriyle iyi olma halini ifade eden geniş kapsamlı bir kavramdır (Şimşekoğlu ve Mayda 2016). Gerek hastalık durumunda gerekse sağlıklı iken bireylerin sağlık durumlarını nasıl koruyacakları ve iyileştirecekleri konusunda yapılması gerekenler ortada olmasına karşın bazı yanlış bilgi ve inançlar bu konudaki davranışlara etki etmektedir. Bireylerin sağlıklı olma ve hastalık hali ile ilgili düşünce ve davranışlarını ifade eden sağlık inancı, sağlık için neler yapılması gerektiği hususundaki davranışlara yön vermesi bakımından önem taşımaktadır (Ünsal 2017).

İnsanların olumlu sağlık inançlarına sahip olması, sağlık konusundaki davranışlarını da etkilemekte ve onları sağlıklarını koruyucu önlemleri alma konusunda harekete geçirmektedir (Şimşekoğlu ve Mayda 2016). İnancın sürekli bir olgu olması (Peker ve Zengin 2019), sağlık konusunda oluşacak olumlu düşünce ve inançların

kalıcı bir şekilde yön vermesini sağlamaktadır (Ertüzün ve Karaküçük 2014). Bu nedenle sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik yapılması gerekenler konusundaki inançlar, bireylerin hem tedavi sürecinde yapılması gerekenler hem günlük yaşamda sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik tutum ve davranışlarını etkilemektedir.

Türkiye dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerin bireylerinin düşük bilgi düzeyi, yanlış tutum ve inançlar dolayısıyla sağlık taramalarını ihmal ettiği görülmektedir. Özellikle ağızdan ağıza edinilen yanlış bilgilerle gelişen tutum ve inançlar nedeniyle bireylerin modern tıp hizmetlerine yönelik olumsuz tutum ve davranış geliştirdikleri, bu inanç ve tutumlar doğrultusunda sağlıklarını riske atacak şekilde hareket ettikleri görülmektedir (Ünsal 2017).

Literatürde Sağlık İnanç Modeli (SİM) olarak adlandırılan açıklayıcı modelde bireylerin bu davranışları açıklanmaya çalışılmıştır. Hochbaum ve arkadaşları tarafından 1950 yılında geliştirilen model, insanların bir kısmının sağlıklarını koruma konusunda özen gösterirken bazı insanların ise sağlıklarını koruma konusundaki girişim ve taramalara neden katılmadıklarını açıklamaya çalışmaktadır. Bireylerin sağlıklı kalma konusundaki inanç, tutum ve davranışlarını modellemeye çalışan bu yaklaşıma göre bireylerin inanç ve davranışlarına “algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, sağlık motivasyonu ve algılanan engeller” olmak üzere beş faktör yönlendirmektedir (Champion ve Skinner 2008).

İlk olarak Hochbaum ve arkadaşlarının tüberküloz hastalarına yönelik taramalarda kullandığı SİM, bireylerin sağlıklarına yönelik inanç ve davranışlarını tespit ederek buna çözümler üretmeyi amaçlayan bir modeldir. Model, bireyin durumun ciddiyetini algılamasının sonuçlarına odaklanan bir modeldir. Başlangıçta tüberküloz taramaları için geliştirilen bu modelin zaman içerisinde özellikle yaşlı insanlarda daha yoğun olarak görülen kanser türleri ve diğer hastalıklarla ilgili olarak oldukça sık bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Modelin zaman içerisinde özellikle fiziksel hareket azlığından kaynaklanan sağlık problemlerinde başarılı sonuçlar verdiği de görülmektedir (Hochbaum 1958, Doymaz 2013, Gristwood 2011).

Değer ve beklenti üzerinden şekillenen bir model olarak SİM, bireylerin bilişsel değişkenlerine göre çıkarımlar yapmakta ve hastanın hastalıkların önlenmesi konusundaki inançlarını ortaya çıkarmaktadır. Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engellerin yanında bireyin öz yeterlilik algısı ve davranışlarla

ilgili ipuçları, SİM'in temel bileşenlerini oluşturmaktadır (Champion ve Skinner 2008, Gasalberti 2002, Pender 2006).

SİM, hastaların içinde buldukları duruma ilişkin algılarının ortaya konması ve yeniden düzenlenmesi esasına dayanan bir modeldir. Hastaların genellikle durumun ciddiyetinin farkında olmaması, duyarsızlığı, uygulanacak tedavinin faydasına inanmamaları gibi hususların kişinin yararına olacak şekilde ortaya konarak yeniden düzenlenmesi bu modelin temel hareket noktasıdır (Jeihoni vd. 2016). Öte yandan SİM, doğrudan potansiyel bir hastalık tehdidinde odaklanmadığı için bireyin yaşamı boyunca tüm hayatına uyarlanabilir bir esnekliğe sahiptir. Bu bakımdan bireylerin günlük yaşamlarında sağlıklarını geliştirebilmesi açısından geniş bir perspektif sunmaktadır (Bahar ve Açıl 2014).

Egzersiz inanışlarının fiziksel aktivite davranışlarına pozitif etkisinin olduğu görülmektedir. Türkiye'de bu konuda yapılmış bir araştırmaya göre klinik plates gibi egzersiz eğitimi sağlık inançlarını olumlu etkilerken bedensel yapıları da buna bağlı olarak iyi yönde gelişme göstermektedir. Bunun yanında fiziksel aktiviteye olan inançtaki artışa bağlı olarak bireylerin yorgunluk, depresyon gibi olumsuzluklara ilişkin bildirimleri azalırken benlik saygısı, olumlu beden imajı algısı gibi konulardaki inançlarının da pozitif yönde geliştiği görülmektedir. Bunun yanında aktif olarak egzersiz yapanların inanç düzeylerinin bu konularda sadece bilgi verilmiş kişilere göre daha yüksek düzeyde olduğu da görülmektedir (Doymaz 2013). Bütün bunlar da bireylerin egzersizle olan ilişkilerinin sağlık inançlarını olumlu yönde etkilediğini, yaşam kalitesi bileşenleri ile ilgili pozitif algılarının da güçlendiğini ortaya koymaktadır.

Bireylerin sağlıkları için önemli olan tıbbi tedavilerin yanında diğer rehabilite edici ve yaşam kalitelerini arttıran egzersiz gibi etkinlikler konusundaki inançları, bu konudaki tutumlarını da etkilemektedir. Bu nedenle tedavi sürecindeki ve sağlığı korumada bireylerin egzersiz inançlarının ölçülerek tespit edilmesi gerekmektedir (Ertüzün ve Karaküçük 2014, Bulduk vd 2015, Sevinç 2016).

Hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü sağlığı koruma ve geliştirme oluşturmaktadır. Literatürde sağlığı geliştirme girişimlerinin öncüsünün hemşireler olduğu belirtilmektedir (Marcus-Varwijk vd 2019). Egzersiz gibi sağlığı geliştirme davranışlarının geliştirilebilmesi için hemşirelerin öncelikle buna yönelik yaşam biçim davranışlarını etkileyen inanç ve tutumların belirlenmesi gerekmektedir. Bilgimize göre,

Türkiye’de egzersiz davranışına yönelik inanç ve tutumları değerlendiren bir ölçek yoktur. Bu nedenle Sağlıkta İnanç Modeli çerçevesinde Meksika’da Villar vd (2017) tarafından geliştirilmiş olan Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla bu araştırma planlanmış ve uygulanmıştır.

1.1.Araştırmanın Hipotezleri

H1: ESİM Ölçeği Türk Toplumunu için geçerli bir ölçme aracıdır

H2: ESİM Ölçeği Türk Toplumunu için güvenilir bir ölçme aracıdır

1.2. Araştırmanın amacı

Bu araştırmada Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Egzersizin Tanımı ve Önemi

İnsan vücudunda iskeleti saran kasların kasılması ile oluşan ve bazal seviyenin üzerinde enerji tüketimi gerektiren, iskelet sistemi kullanılarak ve enerji tüketimi meydana getiren, dolaşım ve solunum hızını artıran ve çeşitli seviyelerde yorgunluğa neden olan tüm beden hareketleri fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Bu fiziksel aktivitenin düzenli olarak gerçekleştirilmesine ise egzersiz denilmektedir (Bek 2008).

Bu gün sağlıklı yaşam denilince ilk akla gelen uygulamalardan biri olan fiziksel aktivite, vücudun kaslar yardımıyla gerçekleştirdiği hareket sonucu oluşan enerji tüketimi olarak tanımlanmaktadır. Düzenli olarak yapıldığı takdirde sağlık için bir anahtar görevi görmektedir. Ancak makineleşmenin insan gücünün yerini alması, ulaşımın araçlarla sağlanması, bilgisayar başında geçen sürelerin artması gibi sebeplerden fiziksel aktivitede azalma olduğu ve insanların sedanter yaşam biçimini benimsedikleri görülmektedir. Düzenli egzersiz ya da fiziksel aktivitenin ruhsal ve bedensel anlamda insan sağlığının korunmasına olan etkisi bilinmekte ve kabul edilmektedir (Salmon vd 2007).

Egzersiz; düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin bir alt sınıfıdır (Damewood vd 2000). Önceden planlanmış, yapılandırılmış fiziksel uyumun bileşenlerini geliştirmeyi hedefleyen, sürekli olarak yapılan fiziksel hareketlerdir. Sağlığı geliştirmek için fiziksel hareketlerin düzenli olarak yapılması aynı zamanda da aşırı yoğunluktan kaçınılması önerilmektedir. Düzenli olarak yapılan, orta şiddetli fiziksel aktivite haftada minimum 5 gün ve günde en az 30 dakika tempolu yürüyüş veya eş değer bir fiziksel aktivite yapma öyküsü olarak tanımlanmaktadır (Marcus ve Lewis 2003).

İnsanların sağlıkları kadar fiziksel kapasitelerini de pozitif yönde etkileyen egzersiz, bireylerin bedensel sağlığını, ruhsal ve duygusal sağlık durumlarını da etkileyerek yaşam kalitesine destek sağlamaktadır. Araştırmalar, egzersizin hem

bireysel hem de toplumsal sağlığı olumlu anlamda yukarıya çektiğini göstermektedir. Yapılan egzersizin niteliği ve süresi faydası konusunda belirleyici olmaktadır (Gümüş ve Kitiş 2015).

Egzersiz, vücut mekanizmasının doğru ve gerektiği bir şekilde kullanılması açısından önem taşımaktadır. Beyin, sinir sistemi, kas sistemi ve diğer sistemlerin tamamı kullan ya da at yasına tabi olduğu için egzersiz yapmak, bu sistemlerin işlevsel bir şekilde kullanıma hazır tutulmasını sağlamada önemli bir rol üstlenmektedir. Öte yandan egzersiz yapmak, her yaştaki bireylerin sağlığının korunmasında farmakolojik ve invazif olmayan müdahale imkanları sunmaktadır (Archer 2014).

Egzersiz davranışı ile ilgili çalışmaların çoğunlukla egzersiz yapmaya devam eden kişileri ele aldığı görülmektedir. Düzensiz bir şekilde egzersiz yapan, zaman zaman yapan ya da yapmayan kişiler ya da tamamen bırakan kişilerle ilgili olarak çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Egzersiz davranışının doğru anlaşılması ve açıklanması açısından, egzersizi bırakan ya da ara ara yapan kişilerin davranışları ile bu davranışların altında yatan motivasyonve engellerin anlaşılması gerekmektedir. Birkaç araştırmada egzersize başlayan bireylerin %50'sinin, egzersizi daha sonra bıraktığı ve bunu alışkanlık haline getiremediği ifade edilmektedir (Buckworth vd 2009).

Fiziksel aktivite, tüm canlı varlıkların vazgeçilmez bir fonksiyonu olarak kabul edilmektedir. Egzersiz üzerine yapılan araştırmalar, egzersiz yapan bireylerde vücut yağ dengesinin ve karbonhidrat mekanizmasının pozitif yönde etkilendiğini, kilo kontrolünün sağlandığını ve total kolesterolün düştüğünü göstermektedir. Egzersiz türüne, uygulama süresine ve şiddetine göre vücut parametrelerinde farklılaşma yaratmaktadır. Bunun dışında bireylerin, yaşı, beslenme şekli, kondüsyon durumu ve çevresel koşullar da sonuçları etkilemektedir (Demiriz vd 2015).

Kronik hastalıklar için öncü risk faktörlerinin başında gelen sedanter yaşam dünyadaki mortalitelerinin yaklaşık %6'sını oluşturmakta ve insanların ölümüne sebep olan risk faktörleri arasında 4. sırada yerini almaktadır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014).

Sağlıklı bir yaşam ve hastalıklardan korunmak için yapılan egzersiz sırasında vücutta bulunan sıvının bir miktarı damarlardan dokulara geçerken, kanda bulunan eritrosit ve hemoglobin daha yoğun bir hal almakta ve kan akışının hızı artmaktadır

(İbiş vd 2010). İnsan bedeninde enerjinin tüketimi üç şekilde gerçekleşmektedir. Enerjinin %60-70'i, vücut istirahat halindeyken solunum, dolaşım ya da beden ısısının kontrolü için, %10-15'i, vücuda alınan gıdaların sindirimi ve boşaltımı için tüketilirken, %20-30'u gerçekleşen fiziksel aktiviteler için tüketilmektedir. Bu noktada fiziksel aktivite tanımına, planlı olarak yapılan egzersizler, ev işleri hatta boş zaman faaliyetleri de girmektedir (Vanhees 2005).

Herhangi bir fiziksel aktiviteyi düzenli olarak yapmak da egzersiz olarak değerlendirilmektedir. Vücuttaki enerji ve kilo dengesinin korunması için enerji tüketimi anlamına gelen fiziksel aktivitenin, bireylerin yaş gruplarına, cinsiyetlerine ve kondüsyon durumlarına göre düzenlenerek yapılması tavsiye edilmektedir. Egzersiz seçiminde şu noktalara özellikle dikkat etmek gerekmektedir (Montano 2008).

✓ Egzersiz Türü; Egzersize yeni başlayacak olan kişilerin yapacakları egzersiz seçilirken klinik durumları, adaptasyonları ve neye ilgi duyduklarının bilinmesi gerekmektedir.

✓ Egzersiz Yoğunluğu; Egzersizin yoğunluğundaki farklılıklar yarattığı sonuçlarda da farklılık yaratmaktadır. Dolayısıyla bireyin egzersize yönelik amacı doğrultusunda kendisinin de isteyeceği ve amaca yönelik egzersizin seçilmesi gerekmektedir.

✓ Egzersizin Süresi; Yine bireyin isteği ve amacı doğrultusunda en uygun olan egzersiz süresinin belirlenmesi, egzersizden beklenen faydaya uygun olan egzersizin seçilmesi gerekmektedir.

✓ Egzersizin Sıklığı; Egzersizin genel olarak haftada üç ya da beş gün yapılması önerilmektedir. Bireyin egzersiz amaçları arasında kilo vermek varsa, haftalık egzersizin üç günün üzerinde yapılması gerekmektedir.

2.2. Egzersiz Türleri

Egzersiz türleri içinde hemen hemen herkesin kolay olarak yapabileceği ve ulaşılabilir bir egzersiz türü olan yürüyüş, hareketli bir yaşam tarzı oluşturmak isteyen kişilerce tercih edilmektedir. Bireylerin duygu durumunda yarattığı pozitif etki nedeniyle uzmanlarca da tavsiye edilmektedir (Ersöz vd 2017). Egzersiz ya da fiziksel aktivite nedenine, yapılışına, etkisine süresine ya da sıklığına göre farklı türlere ve sınıflara ayrılmaktadır. Bu genel sınıflandırmalara ek olarak egzersiz olarak tanımlanabilecek

birçok faaliyet bulunmaktadır. Örneğin bahçe işleriyle uğraşmak, özellikle ileri yaşlarda bireylere hareket sağlayan bir egzersiz türü olarak kabul edilmektedir. Müzik eşliğinde dans etmek, koşmak, sıçramak, boyun hareketleri, kol veya bacak hareketleri hatta oyun oynamak da fiziksel aktivite olarak değerlendirilmekte ve yararlı görülmektedir (Lök ve Lök 2015).

Egzersiz, insan bedeninde yarattığı etkiye ve egzersiz sırasında tüketilen oksijenin miktarına göre üç gruba ayrılmaktadır.

✓ Aerobik Egzersizler; Bu egzersiz kategorisinde kasların ihtiyaç duyduğu oksijen miktarı daha fazla olduğundan, hem kalp hem de akciğer daha fazla çalışmak zorunda kalmaktadır. Yüzmek, yürümek, bisiklete binmek, koşmak ya da tenis oynamak gibi türleri bulunan aerobik egzersizlerde kalori yakımı fazla olmakta ve kardiyovasküler hastalıklara karşı vücut direnci artmaktadır(Wilmore 2003).

✓ Anaerobik Egzersizler; Ağırlık çalışmak gibi daha fazla güç kullanımı gerektiren bu egzersiz türünde, ihtiyaç duyulan enerji oksijenden ziyade kaslardan sağlanmaktadır. Aerobik egzersizlere oranla kalori yakımının daha düşük olduğu anaerobik egzersizlerde, kalori yakılmasına bağlı olarak kas dokusu yoğunlaşmaktadır (Vos 2005).

✓ Esneklik Egzersizleri; Germe egzersizleri de denen bu egzersiz türünde esneklik kazandırılması, kasların ve eklemlerin güçlendirilerek kapasitelerinin artırılması amaçlanmaktadır (O'Connor vd 2006).

Bir başka araştırmada egzersiz türleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Christmast 2000).Aerobik Egzersizler; Vücutta kardiyopulmener dayanıklılığa destek sağlayan aerobik egzersizler, kesintisiz olarak yapılabilen, kas gruplarının harekete geçirildiği en ideal egzersiz türlerini tanımlamaktadır. Jogging, koşu, yürüyüş, bisiklet, bahçe işleri ve yüzme bu gruba girmektedir. Egzersiz türleri sınıflandırılması üç grup altında toplanmıştır.

✓ Direnç Egzersizleri; Vücut dengesini ve dayanıklılığı artıran bu egzersizler, omuz, bel, bacak gibi geniş kas kümelerinin çalıştırılması ile yapılmaktadır. Direnç egzersizleri, ağırlık ya da aletler yardımıyla yapılmaktadır.

✓ Germe Egzersizleri; Diğerlerinden farklı olarak, fiziksel aktivitelerden önce ve sonra yapılan germe egzersizleri, esnekliği sağlayarak, olası yaralanmaların önüne geçmektedir.

✓ Isınma ve Soğuma Egzersizleri; Isınma egzersizleri oluşabilecek yaralanmaları engellerken, soğuma egzersizleri, egzersizden sonra meydana gelebilecek hipotansiyon veya başka olası komplikasyonların engellenmesini sağlamaktadır.

2.3. Egzersiz ve Kuramsal Teoriler

Kişilerin sağlık davranışlarını tahmin etmede ve açıklamada faydalanılan sosyopsikolojik bir model olan “planlanmış davranış teorisi” (PDT), bireylerin tutumlarının davranışlarına nasıl yön verdiği üzerinde odaklanmaktadır. Bir davranışa karşı niyetin, davranışın en belirleyici ölçümü olduğu düşünülmektedir. Planlanmış davranış teorisi bu bakış açısıyla diğer teorilerden ayrılmaktadır. 1991’de Ajzen tarafından geliştirilen teori, insanların herhangi bir davranışı gerçekleştirme niyetinde olup olmamalarının şu bilgiler ışığında anlaşılabilirliğini iddia etmektedir.

- ✓ Kişinin bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik (egzersiz gibi) tutumu.
- ✓ Kişinin gerçekleştireceği davranışa yönelik hissettiği çevre baskısı (subjektif norm) ne düzeyde.
- ✓ Gerçekleştireceği davranışla ilgili olarak kişi kendini ne kadar kontrol sahibi görüyor.

Yaşam kalitesindeki düşüşün, hastalıklar ve dünya genelindeki ölüm oranlarıyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. “Transteoretik Model”, bireylerin sağlık davranışlarında görülen değişikliklerin ortak ilkelere dayandığı varsayımıyla hareket etmektedir. İnsan davranışlarındaki değişim süreçlerini, değişimin negatif /pozitif yönleri, bireylerin karar dengesi ve öz yeterlilik algısı gibi faktörlerin arasındaki ilişkiyi anlamaya ve açıklık getirmeye çalışan model, sağlık davranışlarındaki değişiklikleri yaşanan bir olay olma durumundan ziyade süreç şeklinde ele almakta ve açıklamaktadır. Süreci kendi içinde evrelere ayırarak, sürecin davranış değişiklikleriyle olan ilişkisini anlama ve doğru müdahale yöntemini belirlemede önemli fayda sağlamaktadır (Hayden 2009). Transteoretik Model değişimin aşamalarını, değişimin her

periyoduna ait duygu düşünce ve tutumların birbirinden farklı durumlarını psikolojik alt yapılarıyla sınıflandırmaktadır (Adams ve White 2003).

EGZERSİZ EDEĞİŞİM AŞAMALARI
Düşünmeme; Kişinin şimdi ve gelecek altı ayda egzersiz yapmaya dair bir düşüncesinin olmadığı aşama.
Düşünme; Kişinin gelecek altı aylık zaman içerisinde egzersiz yapma düşüncesinin olduğu aşama.
Hazırlık; Kişinin gelecek bir ay içerisinde düzenli şekilde egzersiz yapma düşüncesinin olduğu aşama.
Hareket; Kişinin son altı aydan daha kısa bir zaman diliminden bu yana egzersiz yaptığı aşamadır.
Devam ettirme; Kişinin altı aylık bir süreden daha uzun zamandır egzersiz yaptığı aşama.

Şekil 1. Transteoretik Modele Göre Egzersiz Değişim Aşamaları(Adams ve White 2003).

2.4. Egzersiz ve Sağlık İlişkisi

Günümüz yaşam koşullarında insanlar eskiye oranla daha az hareket etmektedirler. Yemek, içmek gibi hareket etmek de insanların temel gereksinmelerinden biridir ve günümüzde bunun azalmasına bağlı olarak yeni sağlık sorunları ve hastalıklar gündeme gelmektedir. Hareket azlığından kaynaklı hastalıklar olarak bilinen bu hastalıklardaki artış, bireyleri önlem almaya ve fiziksel aktivitelere zaman ayırmaya yönlendirmektedir. Öncelikle gelişmiş ülkelerde başlayan hayat boyu spor düşüncesi, zaman içinde insanların fiziksel aktiviteye bakışını değiştirerek katılımını arttırmakta, insanlar bu anlayışla fitnes, plates, jogging gibi sporlara gönüllü olarak katılmaktadırlar (Ertüzün ve Karaküçük 2014).

Dünya genelinde fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı sağlık sorunlarının artması karşısında DSÖ, alarm düzeyinde bir problemin olduğunu belirtmektedir. Çünkü dünya genelinde yetişkin insanların % 60'tan fazlası fiziksel hareketsizliğe bağlı sağlık problemleri yaşamakta ve bu durum her geçen gün artmaktadır. İnsanın çocuklukta başlayan aşırı hareketliliği zaman içerisinde azalmakta ve ergenlik sonrası dönemde ise hareketsizlik sorunu ortaya çıkmakta, gerekli önlemler alınmadığı takdirde bu durum önemli sağlık sorunlarının da temelini oluşturmaktadır. Teknoloji odaklı günlük yaşam aktivitelerinin yaygınlaşması; özellikle televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen zamanın artış göstermesi yetişkinler kadar çocukların da risk altında olmasına yol açmaktadır (WHO 2003).

Fiziksel aktivitelerde bulunmak, birçok hastalıkta ölüm riskini azaltmakta, insanların yaşam kalitesinin yanında yaşam süresini de ortalama olarak 2 yıl uzatmaktadır. Düzenli bir şekilde fiziksel aktivite gerçekleştirmenin düzenli uyku ve uyumaya yardımcı olduğu, zindelik sağlarken kişinin özgüvenini arttırdığı, fiziksel görünümü iyileştirdiği görülmektedir. Bunun yanında bireylerin davranışlarını düzenleme ve günlük yaşam aktivitelerini düzenleme becerilerini de arttırmaktadır. Bunların yanında yaşlanmanın etkilerini azaltmada fiziksel aktivitenin önemi gittikçe artmaktadır. Ayrıca fiziksel aktivitelere katılmak gerginlik, endişe, depresyon gibi olumsuz duygu ve durumlarda azalmaya yol açarken iyilik duygusunu güçlendirdiği, sağlıklı yaşam tarzının kalıcı bir hal almasını sağladığı görülmektedir (Ohuruogu 2016).

Teknolojik gelişmeler bir yarıyla insanların hayatını kolaylaştırırken diğer yandan da hareketsiz bir yaşam tarzını beraberinde getirmektedir. Fiziksel hareketliliği olmayan bireyler, aktif yaşam tarzı süren bireylerle karşılaştırıldığında, kalp rahatsızlıkları, hipertansiyon, diyabet ya da kanser gibi birçok hastalık karşısında daha yüksek risk altında bulunmaktadır (Doymaz 2013). Sanayileşmenin getirdiği modern toplum yaşantısında, bireylerin fiziksel olarak hareketsiz bir yaşam tarzı sürmesi, pek çok sağlık probleminin zeminini oluşturmaktadır. Bu nedenle fiziksel hareketsizlik, sinsi bir şekilde hastalıklara davetiye çıkartmakta ve toplumun genel problemi olarak görülmektedir. Eskiye oranla günlük yaşamda fiziksel aktivitenin azalması, başta kalp damar problemleri olmak üzere, diyabet hastalığı, sindirim sistemi hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, kireçlenme ve duruş bozukluğu gibi birçok sağlık problemini beraberinde getirmektedir. Araştırmalar dünya genelinde yaşanan ölüm oranlarının

%27'sini fiziksel hareketsizliğe bağlı hastalıklardan oluştuğunu göstermektedir (WHO 2019, Gümüş ve Kitiş 2015).

İnsan hareket etmeyi gerekli kılan bir biyolojik sistemle tasarlanmıştır. Dolayısıyla bu sistemin sağlığının korunması için dinamik bir yaşam şeklini benimsemek gerekmektedir. Fiziksel aktivite bireysel anlamda birçok hastalığın önlenmesi, bedensel kapasitenin artırılması gibi faydalarının yanı sıra, toplumsal anlamda da halk sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünde her geçen gün daha fazla önemsenmektedir. Sağlıklı yaşamak, yaşlanmak ve bu süreçteki risk faktörlerini düşürmek için fiziksel hareketliliğin yaşam biçimi haline getirilmesi gerekmektedir (Akan 2018).

Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili olarak kontrolü ellerinde tutmaları ve geliştirmeleri, sağlığı geliştirme davranışı olarak tanımlanmaktadır. Bu kontrolü başarıyla sağlayan insanlar ise sağlıklı sayılmaktadır. Aynı zamanda bir disiplin olan sağlığın geliştirilmesi, kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi, iyi beslenme ve stres yönetimi gibi unsurların yanında düzenli egzersiz ya da fiziksel aktivite uygulamaları ile mümkün olabilmektedir. İnsan hayatında bir alışkanlık olarak devamlılığı gereken fiziksel aktivite, sağlıklı olmanın ön koşulları arasında yer almaktadır (Kafalı 2009).

Egzersiz yapmanın sağlıklı yaşamın bir gereği olduğu artık bilinmektedir. En başta kardiyovasküler hastalıklardan korunma, ideal kilo, kas iskelet sistemi, karın yağlanmasının engellenmesi ve insüline bağlı problemlerden korunmada sıklıkla tavsiye edilmektedir. Her ne kadar yoğun egzersiz sırasında reaktif oksijen türevlerinde artış olduğu bilinse de bu artışın kalıcı olmadığı, egzersizden sonra düşerek normale döndüğü görülmektedir. Vücutta bulunan antioksidan sistemleri bu reaktif oksijen türevleri ile mücadele etmektedir. Egzersiz sırasında yaşanan stres artışının bu savunma sistemini harekete geçirdiği ve yıkılan kasların daha güçlü bir şekilde yeniden yapılandığı düşünülmektedir (Gürsoy 2008). Egzersiz yapılırken serbest radikal denilen reaktif oksijen oluşumu meydana gelmektedir. Bu oluşumla ortaya çıkan ürünler vücuttaki bazı yapılarda bozulmaya neden olmaktadır. Egzersiz sırasında oksijen tüketiminin fazlalaşması sonucu meydana gelen bu durum oksidatif hasar olarak tanımlanmaktadır. Ancak, artan bu serbest radikallere karşı biyolojik sistemin bir savunması olan antioksidanlar bu türden reaksiyonların önüne geçerek savunma yapmakta ve hasarı önlemektedirler (Özçelik ve Karataş 2008).

Dünyadaki hızlı değişim, endüstriyel gelişmeler ve buna bağlı olarak oluşan hareketsiz yaşam modelinde, genetik faktörler, sigara, sağlıksız beslenme kadar fiziksel aktivitenin son derece azalması da başta obezite olmak üzere pek çok sağlık sorununu gündeme getirmektedir. Hareketsiz yaşam tarzının neden olduğu obezite, başka hastalıkların da tetikleyicisi olarak görülmektedir (Kahraman vd 2015).

İçinde bulunduğumuz çağda makineleşme ve teknolojinin insan hayatına kazandırdığı daha fazla boş zamana karşın, hareketsiz bir yaşam tarzını benimsettiği görülmektedir. İnsan bedeninin fiziksel aktivitelere uygun doğasına rağmen, artık günlük yaşamda egzersiz yeterince yer almamaktadır. Bunun bir sonucu olarak insan bedeni fonksiyonel özelliklerini kaybetme ve hastalıklar daha kolay bir şekilde gelişmektedir. Hareketsiz yaşam tarzının sebep olduğu hastalıklardan korunmada düzenli egzersize ihtiyaç olduğu birçok araştırmada vurgulanmaktadır. Çünkü kalp ve damar hastalıkları, şeker, tansiyon, kanser gibi hastalıklardan korunmada, kilo kontrolünde ve obezitenin önlenmesinde düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin çok etkili olduğu bilinmektedir. Bu fiziksel faydaların yanında, fiziksel aktivite bireylerin ruh sağlığı üzerinde de son derece olumlu etki yaratmaktadır (Ersöz vd 2017).

Hareketsiz yaşam tarzı özellikle kardiyovasküler rahatsızlıklar yaşanmasında risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Hareketli ve aktif yaşam tarzını benimseyen bireylerde bu riskin azaldığı dikkat çekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar da fiziksel aktivitenin bireylerin kan basıncı ile olan ilişkisini ortaya koymaktadır (Keleş 2013).

Birçok araştırma, fiziksel aktivitenin bazı hastalıklar için koruyucu bazı hastalıklar için de tedavi edici etkisini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra bilinçli ve düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin, bireylerde esnekliği, dayanıklılığı, direnci artırırken, bireylerin sosyal yaşantılarında da öz güven duygusunu artırarak yaşam kalitesini olumlu yönde değiştirdiği yine araştırma sonuçlarında yer almaktadır (Can vd 2014). Phillips (1999)'in 60 kardiyak hastadan topladığı verilerle yaptığı araştırma, insanların sağlık problemlerinin ciddileşmesi durumunda egzersiz ve diğer fizik tedavi ajanlarına daha eğilimli bir hale geldiğine işaret eden bulgular ortaya koymaktadır. Buradan hareketle sağlıklı yaşamın temel aktivitelerinden birisi olan egzersiz gibi fiziksel aktivitelerin yararı ve gerekliliği konusunda bireylerin sağlıklı iken inançlarının güçlendirilmesinin gerektiğini söylemek mümkündür. Çünkü egzersiz, sağlık sorunlarının ciddileştiği

durumlardan ziyade genel sağlık iyiliğinin korunması ve geliştirilmesinde kalıcı yararları olan bir etkinliktir.

Yaşlanma ile birlikte bireylerin hem bilişsel hem de fiziksel durumlarında değişiklikler meydana gelmektedir. Fiziksel aktivitelerdeki azalmayla birlikte, beyin işlevlerinde de yavaşlama ve azalma görülmektedir. Bu sürece eşlik eden demansın, fiziksel aktivitenin bireylere sağladığı sosyalleşme ile yavaşlatılabileceği ve hareketli yaşam tarzının benimsenmesinin yaşlı bireylerde demans gelişimini önleyeceği düşünülmektedir. Bu dönemde düzenli olarak yapılan egzersizler, hem yaşlı bireylerin ajitasyonunu azaltmaya hem de uyku kalitesini artırmaya önemli derecede katkısı olmaktadır (Lk ve Lk 2015).

Dünyada ve Türkiye’de ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan kalp yetersizliği hastalığında görülen birçok semptomu ek olarak, bu hastalıkla mücadele eden bireylerin yaşam kalitelerinin de düştüğü bilinmektedir. Son yıllarda bu konuda yapılan birçok araştırmada, kalp yetmezliği olan hastaların tedaviye ek olarak fiziksel aktivitelerle de yaşam kalitelerinin yükseldiğinin altı çizilmektedir. Bu nedenle hastaların bu konuda bilinçlendirilmesi ve fiziksel aktivitenin tedavi sürecine etkisinin tam olarak tanımlanarak anlatılması gerekmektedir (Altıok 2016).

Egzersiz yapmanın kalp yetersizliği olan hastalarda yaşam kalitesi, hastaneye yatma sıklığı ve mortalite durumuna etkisinin incelendiği bir araştırmada, şu sonuçlara ulaşmaktadır. Üç ay boyunca yürüyüş, aerobik, kas ve direnç egzersizlerini düzenli ve sistemli bir şekilde yapan hastalarda, yaşam kaliteleri yükselmekte, hastaneye yatma sıklıklarının orta seviyede azalmakta, hastaların kardiyak performanslarında artış görülmekte, koordinasyonları artmakta ve hastaların kas gücü aynı şekilde artış göstermektedir (Altıok 2016).

Kişilerin sağlık durumunu mümkün olan en iyi konuma getirmek için yaşam şekillerinde değişiklik yapma süreci sağlığı geliştirme olarak tanımlanmaktadır. Bunun sağlanması için de kişilerin sağlıklarına olumlu katkı sağlayacak davranışları geliştirmeleri ve bu davranışları düzenli bir şekilde sürdürmeleri gerekmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitenin sağlıklı bir hayat için kaçınılmaz olduğu artık herkesçe kabul görmektedir. Fiziksel aktiviteyi bir yaşam şekli haline getirerek sürdürmek, hem sağlığın korunmasını sağlamakta hem de hastalık risklerini azaltmaktadır (Alkaya ve Okuyan 2017).

Sağlıklı bir yaşam bireylerin bir bütün olarak sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak iyi olma halini korumayla gerçekleşmektedir. Günümüzde fiziksel aktivitenin gerekliliği daha fazla ön plana çıkarken, sürdürülebilirliği bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bu noktada en önemli etkenin ise yarar ve engel algısında oluşan farklılığın olduğu düşünülmektedir. Engel algısının yüksek olduğu durumlarda bireylerin olumlu sağlık davranışlarında azalma görülürken, yarar algısının yüksek olduğu durumlarda ise artmaktadır. Fiziksel aktivite konusunda bir diğer önemli etken olan öz yeterlilik düzeyinin yüksek olması durumunda bireylerin, olumlu sağlık davranışlarını daha fazla sergiledikleri görülmektedir (Bakır ve Hisar 2016).

Hareketsiz yaşam şekli içinde bireylerin fiziksel aktiviteden giderek uzaklaşması ve kasların yeterince kullanılmaması sonucunda kas kaybı, kemik erimesi, kireçleme, daha kolay sakatlanma, kalp hastalıklarında risk artışı, sindirim, dolaşım ve boşaltım sistemlerinde bozulmalar, hipertansiyon, obezite, diyabet ve kişilerin beden imajlarında ciddi bozukluklar meydana gelmektedir. Bu fiziksel sorunlara ek olarak hareketsiz yaşam tarzı, kişilerin ruhsal sorunlarla karşılaşmalarının da sebepleri arasında gösterilmektedir (Şekerci 2018).

2.4.1. Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

İnsanın kas ve iskeleti ile istirahat düzeyinin üzerinde enerji harcayarak gerçekleştirdiği hareketler fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma uygun olarak aktif bir yaşam süren bireylerin mental sağlık, ruh ve beden sağlığı, öz saygı ve beden imajı durumlarının, hareketsiz bireylere göre daha olumlu olduğu, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Doymaz 2013).

Eski dönemlerde insanlar, günlük hayatın içinde doğal olarak fiziksel güce dayalı işleri daha yoğun olarak yapmaktadırlar. Günümüz yaşam şekilleri ise, teknolojik gelişmelerin sağladığı makineleşme ve daha fazla boş zaman nedeniyle eskiye oranla daha hareketsiz bir şekilde sürdürülmektedir. Sağlık bir bütün olarak ele alındığında, hem fiziksel, hem ruhsal hem de sosyal anlamda iyi olma halini ifade etmektedir. Günümüz insanının sağlık ve sağlığın korunması konularında bilincinin artması, sağlık olgusunu, çevreyi ve bireyi içine alan bir bütünlük içinde ele almayı gerektirmektedir (Peker ve Zengin 2019).

Bireylerin sağlıklı kalmak için yeterli fiziksel aktivite yapabilmeleri ve beslenmelerini düzenleyebilmeleri için bu konuda kendilerine inanmalarını gerektirmektedir. Bireylerin öz denetim kapasitesi diyet, egzersiz ve kilo kontrolü yapabilmelerinde ve bu kontrolü sürekli hale getirmelerinde önemli rol oynamaktadır. Öz yeterliliğe sahip bireylerin sağlıkla ilgili risk unsurlarını daha başarılı bir şekilde kontrol ettikleri düşünülmektedir (Sevinç 2016).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, fiziksel aktivite kavramı psikoloji ve buna bağlı kavramlarla birlikte ele alınmaktadır. İnsanların egzersiz yapmasına neden olan faktörler sıralanırken psikolojik faktörler ve sosyolojik faktörlerden bahsedilmektedir. Bu faktörlerin sağlık davranışlarına etkisinin anlaşılması ve bunlardan yararlanarak insanların daha aktif, daha hareketli bir hayat tarzını benimsemelerinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Hastalıkların önlenmesinde ve hayat kalitesinin iyileştirilmesinde son derece önemli görülen olumlu sağlık davranışları, olumlu psikolojik tutum ve algılamalarla yakından ilgili görülmektedir (Ersöz vd 2017).

Bilinçli ve düzenli olarak yapılan egzersiz, her yaş grubunda insanın sağlığı için faydalı görülmektedir. Özellikle ileri yaşlarda yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireylerin fiziksel olarak hareketli bir yaşam sürmesini sağlarken, hastalıklara yakalanma riskini de azaltmaktadır. Yaşa bağlı olarak kemiklerde görülen kaybının önlenmesi, kalp damar hastalıklarından korunma için düzenli olarak egzersiz yapılması tavsiye edilmektedir. Bunlara ilave olarak fiziksel aktivite, kan basıncı, kas iskelet sistemi, denge kabiliyeti, kilo kontrolü ve uyku düzeninin sağlanmasında son derece etkili görülmektedir (Soygüden ve Cerit 2015).

Sanayileşme ve kentleşmenin insan hayatını negatif olarak etkilediği günümüz yaşam tarzında, fiziksel aktivitelere zaman ayırmanın gerekliliği daha sık vurgulanmaktadır. Bir ok ciddi hastalık riskinin en aza indirilmesi için koruyucu sağlık davranışı olarak gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler, yaşam kalitesi ile birlikte bireylerin yaşam süresinin artırılması anlamında da önemli bulunmaktadır (Can vd 2014).

İnsan hayatında teknolojinin daha fazla yer almasına paralel olarak oluşan sedanter yaşam tarzında fiziksel aktivitenin azaldığı ve özellikle genç nüfusun zamanının büyük bölümünü televizyon ya da bilgisayar karşısında oturarak geçirdiği bilinmektedir. Diyabetten kansere, tansiyondan kalp hastalıklarına kadar birçok hastalığın, hareketsiz yaşam tarzının bir sonucu olarak daha fazla görüldüğü yapılan

araştırmalarda ortaya konulmaktadır. Vücuda alınan enerjiye karşılık tüketilen enerjinin azlığı, vücutta yağ kütlelerinin normalin üstüne çıkmasına yani obeziteye neden olmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzının bir sonucu olan obezite, bir taraftan hastalıklara davetiye çıkarırken, diğeri yandan da, bireylerin hareketlerinde kısıtlılığa yol açarak yaşam kalitelerini düşürmektedir. Obezitenin önlenmesinde diyet, yaşam tarzı değişikliği gibi önlemlere ek olarak egzersiz ya da fiziksel aktivite son derece önemli bir yet tutmaktadır (Özkan vd 2013).

Yapılan araştırmalar egzersiz yapmanın bireylerin vücut kompozisyonlarını olumlu yönde geliştirdiğini diyabetten koruduğunu, kas ve eklem ağrılarını tedavi ettiğini, depresyon seviyesini aşağı çektiğini, uzun yaşamı desteklediğini ve bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir. Özellikle ileri yaşlarda meydana gelen fonksiyonel gerilemelerin önlenmesi için, daha hareketli bir yaşam tarzı ve egzersizin gerekliliğine dikkat çekilmektedir (Cindaş 2008).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik egzersiz davranışı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur. Tip 2 diyabetli bireylerde bir yıllık bir kohort araştırmasında, haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite durumu ile fiziksel işlevsellik, genel sağlık, canlılık ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Haftalık orta şiddetli fiziksel aktivite yapan katılımcıların fiziksel işlevsellik durumlarının ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Thiel vd 2017). Lima ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, yaşam kalitesinin fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada, haftada bir/birden fazla sigara içmeyen ve alkol tüketmeyen ve düzenli olarak fiziksel aktiviteye katılan yaşlılarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Lima vd 2011). Post menopozal kadınlarda yapılan randomize kontrollü bir araştırmada ise, aktif yaşam tarzının benimsenmesi ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik egzersiz aktivite girişimi sonrası deney grubundaki bireylerde üç ay ve bir yıl sonraki izlemlerde fiziksel, mental sağlık ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puan ortalamasında anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir (Velez Toral vd 2017).

2.4.2. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Birçok farklı tanımı yapılan sağlık kavramı, bireylerin sadece fiziksel değil, ruhsal ve sosyal açıdan da iyi halde olmaları anlamına gelmektedir. Geçmiş yıllarda sadece

fiziksel olarak iyi olma halini ifade eden sağlık kavramına, 19. yy. dan itibaren ruh sağlığının da dahil olmaya başladığı görülmektedir. Tarihsel süreç içinde ilk olarak Hipokrat tarafından akıl-beden etkileşimi dile getirilmekte ve “etkileşim kuramı” sağlık kavramında kullanılmaya başlanmaktadır. İnsanların bilinçli olarak kontrol edebildikleri kararların bir sonucu olan yaşam biçimi, olumlu sağlık davranışlarının seçilmesiyle sağlıklı yaşam biçimi olarak şekillenmektedir. Bireylerin bu olumlu davranışları sergilemeleri ise bilinçli bir süreçte istek ve inançla mümkün hale gelmektedir (WHO 1984).

Kişilerin sağlıkla ilgili inançları ve davranışları, sağlıklarını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık inancı, bireylerin sağlıklı olma ya da hastalık hali ile ilgili düşünce ve davranışlarını ifade etmektedir. Kişilerin sağlık konusundaki inançlarının sonucunda sağlık davranışları şekillenmekte, dolayısıyla bu inancın negatif ya da pozitif yönde olması, sağlığı da bu doğrultuda etkilemektedir (Ünsal 2017).

İnanç, kişilerin kendi içlerindeki herhangi bir konuya dair tanımlamalardan kaynaklanan, sürekliliği olan duyguları ve kişisel ilkeleri ifade etmektedir. Davranış ise, bu inançların dışı vurumu anlamına gelmektedir (Peker ve Zengin 2019). İnsanların, sağlık ya da sağlıklı yaşam olgusuna bakışlarında da, bu konuya yönelik inançları etkili olmakta ve davranışlarına yön vermektedir. Araştırmalar kişilerin sağlığa ilişkin davranışlarını çeşitli modeller üzerinden açıklamaktadırlar. Bu modeller içinde en fazla öne çıkan “Sağlık İnanç Modeli”ni (SİM) bazı sosyal psikologlar 1950’li yıllarda, hastalıkların ortaya çıkmasından önce önlenmesi amacıyla geliştirmektedirler (Hochbaum 1958). SİM, bireylerin inançları ile tutumları arasındaki ilişkiden yola çıkarak, sağlığı korumaya yönelik davranışlar üzerinde motivasyon yaratılmasını öngörmektedir (Mikhail 1981).

İnsanların sağlığa yönelik davranışlarının açıklanmasına yönelik yaklaşımlar arasında son yıllarda “sağlık inanç modeli” (SİM) öne çıkmaktadır. Hastalıkların erken teşhis edilmesi ve önlenmesi için uygulanan tarama programlarına insanların yeterince katılım göstermemesinin nedenlerine açıklık getirmek üzere geliştirilen bu model, duyarlılık, önemseme, yarar ve engel, ciddiyet konularını temel alan bir yaklaşımdan oluşmaktadır (Rosenstock 1974). SİM modeline göre, bireylerin sağlık yönündeki davranışlarının faydalarını ya da engellerini doğru algılaması, bireyleri sağlığın korunmasında yönünde harekete geçirmektedir (Champion ve Skinner 2008).

Davranış bilimleri alanında yer alan kuramların sağlıkla ilgili problemlere yönelik olarak uygulandığı ilk model olan sağlık inanç modeli, değer-beklenti kavramlarını esas almaktadır. SİM modeli, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında etkili olan kişisel inançların davranışlar üzerindeki rolünü öne çıkarmaktadır. SİM modeli ayrıca, sağlık uzman ve görevlilerinin hasta davranışlarına dair ipuçları ve olumlu sağlık davranışlarının önündeki engeller hakkında bilgi sahibi olarak, hastalara daha fazla yardım etmelerine de imkan sağlamaktadır. Bu modelle ilgili olarak yapılan halk sağlığı uygulamalarına bakıldığında, mamografi uygulamaları, HIV/AIDS uygulamaları, kendi kendine meme muayenesi uygulamaları dikkat çekmektedir (Glanz vd 2002).

SİM, hastanın inançlarının sağlığı koruyucu şekilde yönlendirilmesini esas alan bir model olup bireylere durumun ciddiyetinin kavranması yönünde bir bilinçlenme sağlar. Çünkü insanlar yaşadıkları sağlık probleminin ciddiyetini kavramadıkları sürece gerekli olan müdahaleleri ihmal etme eğilimindedir. Bu nedenle SİM'de hastanın problemin ciddiyetini kavraması ve hastalığı ile ilgili olarak ciddiyet, duyarlılık, fayda, engeller, öz yeterlilik gibi konulardaki algılarının yeniden düzenlenmesini önem taşımaktadır. Bu nedenle SİM modeli bu değişkenler üzerinden biçimlenmektedir (Jeihoni vd 2016).

Bireylerin sağlıklı olma durumu bir taraftan genetik ya da bireysel etkenlere bağlı olmakla birlikte, bireylerin sağlığa yönelik bilgi durumu ve davranışlarından da etkilenmektedir. Sağlık inanç modeli (SİM), işte bu davranışların sebebine açıklık getiren bir modeli ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarını korumak ve daha iyi duruma getirmek için sergiledikleri davranışlar kadar, olası bir hastalık durumunda, iyileşmeye etki edecek olan motivasyon ya da engellerin neler olduğunu temel almaktadır. Bu modele göre, bireysel sağlık davranışlarının temelinde yine bireylerin inançları ve değerleri yatmaktadır. Bu bağlamda olumsuz inanç ya da değerlerin tespit edilerek değiştirilebileceği ve tedavi süreçlerinde olumlu motivasyonun sağlanabileceği düşünülmektedir (Gözüm ve Çapık 2014).

Sağlık İnanç Modeli, insanların sağlıkları ile ilgili olarak ortaya koydukları eylemleri motive eden unsurları, hastalık durumunda tedaviye karşı tutumlarını nelerin belirlediğini ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak bireylerin sorumluluk alma ya da almama tutumunun altında yatan nedenleri açıklamaya çalışmaktadır (Olgun ve Altun 2012).

Sağlığı korumaya yönelik davranışların açıklanmasını temel alan SİM modeli, hasta davranışlarının yanı sıra sağlık davranışlarının ortaya konmasında belirleyici olan faktörleri de açıklamaya çalışmaktadır (Kahraman vd 2015). Değer ve beklenti temelli bir model olan SİM modeli, bireylerde var olan bilişsel değişkenlere göre çıkarımlar yapmaktadır. Buna göre değer; olası hastalıkların önlenmesi, inanç ise; korumaya yönelik sağlık davranışlarının muhtemel hastalıkları önleyeceğine dair inancı ifade etmektedir. Sağlık inanç modelinin temelini oluşturan altı bileşen şu şekilde sıralanmaktadır; (Çenesiz ve Atak 2007, Gwistwood 2011).

- ✓ Algılanan Duyarlılık; Bireyin hastalığa ilişkin algısını ifade etmektedir.
- ✓ Algılanan Ciddiyet; Bireyin hastalığın olası kötü sonuçları hakkındaki değerlendirmesini ifade etmektedir.
- ✓ Algılanan Yarar; Bireyin koruyucu sağlık davranışında bulunarak hastalığa yakalanma riskinin azalacağına olan inancını ifade etmektedir.
- ✓ Algılanan Engeller; Koruyucu sağlık davranışının oluşmasının önündeki engelleri ifade etmektedir.
- ✓ Öz Yeterlilik; Bireylerin, koruyucu sağlık davranışlarını sergileme yönünde kendilerine olan inançlarını ve bu konudaki kararlılıklarını ifade etmektedir.
- ✓ Davranış İle İlgili İp Uçları; Koruyucu sağlık davranışlarına hazır olmada, bu davranışı tetikleyen unsurlar ipucu olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlıklarını korumaları ve olası hastalıkların önlenmesi için müdahale yollarını ele almaktadır. Bu modele göre bireylerin sağlığı koruyucu davranışlara yönelik olarak harekete geçmesini bireylerin algıladıkları duyarlılık, hastalığa yönelik algıladıkları ciddiyet, sağlık davranışına yönelik algıladıkları yarar ve algılanan engel belirlemektedir. Bu sayılan faktörler, hastalıkla ilgili olumlu ve olumsuz beklentileri etkilemektedir. Bireylerin olumlu sağlık davranışlarını engelleyen faktörler arasında ilk sırada bireylerin algıladıkları yarar ile algıladıkları engel arasındaki fark yer almaktadır. Bu noktada yarar, duyarlılık ve ciddiyet algısı engel algısını düşürecek boyuttaysa yüksekse sağlık davranışı gerçekleşmektedir. SİM modeline göre, davranışa etki eden unsurlar birbiriyle etkileşerek bireyin eylemine yön vermektedir (Champion 2008).

Sağlıklı yaşam davranışlarına dair oluşturulan modellerden biri olan SİM'e dair yapılan bazı araştırmalar, bu modelde davranışın belirleyicisinin hastalık korkusu ve hastalık tehdidi olduğunu iddia etmektedirler. Yine bu fikri destekleyen birçok araştırma, bu modelin temelinde hastalıktan kaçınma davranışı olduğunu ifade etmektedir. Pender'in öncüsü olduğu SİM ise, herhangi bir hastalık korkusundan veya tehdidinden bağımsız olarak, bireyin sağlık durumunu geliştirmesini ve bu bilince dayalı davranışlarını ifade etmektedir. Günümüz dünyasında, insanlar bu konuda daha bilinçli hareket ederek, sağlık durumlarını geliştirici programları kendileri talep etmektedirler (Bahar ve Açıl 2014).

Hastaların SİM doğrultusunda bilinçlenmesine yönelik etkinlikler, sağlıklarını korumak için gerekli olan uygulamalara verdikleri önemin artmasını sağlarken sağlıklarında da kalıcı bir şekilde iyileşme görülmektedir. İran'da kontrol ve deney grubu olarak ikiye ayrılan katılımcılarla yapılan bir araştırma bu konuda somut kanıtlar sunmaktadır. Araştırma bulgularına göre müdahale öncesi verilen eğitimlere bağlı olarak eğitim verilen katılımcıların fiziksel hareketlere ve egzersize olan bakışında değişiklikler olurken yapılan bu müdahalenin sağlık algılarını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Buna göre eğitim verilen katılımcıların algılanan duyarlılık, algılanan şiddet, algılanan fayda, algılanan engeller, algılanan öz yeterlilik, algılanan içsel ipuçları ile ilgili puanları pozitif yönde değişim göstermiştir. Ayrıca girişimden 6 ay sonra yapılan kontrollerde deney grubundaki iyileşmenin önemli ölçüde devam ettiği tespit edilmiştir (Jeihoni vd 2016).

SİM, hastanın farkındalığını artıran ve içinde bulunduğu sağlık durumunu daha doğru kavramasını sağlayan bir modeldir. Birçok farklı hastalık için modelin uygulanabildiği görülmektedir. Model çerçevesinde bilgilendirilen hastaların yaşadıkları sorunların ciddiyeti konusunda daha bilinçli hale geldikleri, tedaviler ve egzersiz konusunda daha tutarlı davrandıkları, tedaviye yönelik engellerin azaldığı görülmektedir. Bu yönde Mısır'da 60 kadın hasta üzerinde yapılan bir araştırmanın bulgularına göre hastalar SİM eğitimi sonrasında hastalıklarına daha duyarlı hale gelmiş, ciddiyetleri artmış, egzersizin yararları konusundaki düşünceleri olumlu yönde değişmiş, tedavileri için gerekli olan Kalsiyum takviyesi gibi uygulamalar konusunda daha düzenli davranmaya başlamıştır. Sonuç olarak SİM sayesinde hastaların bilgilerinin (müdahale öncesi 9.47 ± 3.14 ve müdahale sonrası 15.22 ± 2.56) ve

bilinçlerinin arttığı, algılarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişim gösterdiği saptanmıştır (Mansour vd 2017).

Egzersiz inanışlarının fiziksel aktivite davranışlarına etkisini inceleyen bir araştırmada, 20-45 yaş ortalamasında bulunan 66 sağlıklı kadın incelenmiştir. Araştırmada, egzersiz sonrasında kadınların egzersiz inanışlarının olumlu şekilde etkilendiği, klinik plates eğitimi alan kadınların egzersiz inanışları olumlu yönde etkilenirken aynı zamanda bedensel yapılarının iyi yönde gelişme gösterdiği görülmektedir. Araştırmada fiziksel aktivite hakkında sözel eğitim alan kadın grubunun, yorgunluk, depresyon gibi dezavantaj bildirimleri azalmakta, fiziksel aktivitenin faydalarına inanma, benlik saygısı ve olumlu beden imajı algı düzeyleri artmaktadır. Araştırmada ayrıca, aktif olarak plates yaptırılan kadın grubunun, sözel eğitim alan kadın grubuna göre daha fazla olumlu inanç düzeyinde olduğu sonucuna varılmıştır (Doymaz 2013).

Peker ve Zengin (2019), Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık inanç düzeylerini inceledikleri araştırmalarında, öğrencilerin sağlık inanç düzeyinin cinsiyete, yapılan sporun süresine ve haftalık ne kadar spor yapıldığına bağlı olarak değişmediğini ortaya koymaktadır. Diğer taraftan öğrencilerin refah seviyesi ve yaş faktörünün sağlık inanç düzeyine etki ettiği görülmektedir. 21 yaş üstü öğrencilerin psikolojik yarar alt boyutunda 21 yaş altı öğrencilere oranla daha fazla puan aldıklarını ifade etmişlerdir.

Gençlerin yoga egzersizine yönelik sağlık inanç algılarını tespit etmek üzere yapılan bir araştırmada 210 katılımcıdan veri toplanmış ve veriler nicel yöntemlerle analiz edilmiştir. Araştırmaya göre kadın ve erkeklerin yoga egzersizine ilişkin algıları birbirine yakın düzeydedir. Araştırmada katılımcıların puanları algılanan yarar, fiziksel boyut, hastalık önleme boyutu, sosyal boyut, olumsuz ön yargı boyutu, maliyet boyutu, zaman boyutu ve korku boyutunda ayrı ayrı karşılaştırılmış ve bütün alt boyutlarda birbirine yakın sonuçlar bulunmuştur. Araştırmaya göre üniversite çağındaki gençlere yönelik bu tür egzersiz programlarının önerilmesinde cinsiyet farkının dikkate alınmasına gerek yoktur (Kabiri vd 2018).

Obez bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkili olan faktörler ve televizyonda yayınlanan sağlık programlarının etkisinin incelendiği bir araştırmada, algılanan fayda düzeyinin anlamlı oranda yüksek olduğu görülmektedir. Obez bireylerin sağlık inancına

en düşük oranda etkinin ise algılanan engel boyutunda görüldüğü anlaşılmaktadır. Katılımcılar, televizyonda yayınlanan sağlık programlarının farkındalık oluşturma ve bilgilendirme konusunda kendilerine yararlı olduğunu düşünseler de elde edilen veriler bu programların bireylerin inanç düzeylerine etkisinin zayıf olduğunu göstermektedir. Araştırmada, demografik değişkenlerden medeni durum ve cinsiyetin obez bireylerin sağlık davranışında bir etkisinin olmadığı, ancak bunlar dışındaki tüm demografik faktörlerin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Kahraman vd 2015).

2.4.3. Fiziksel Aktivite Geliştirmede Yapılmış Hemşirelik Girişimleri

Kronik hastalıkların temel risk faktörleri arasında tütün ürünleri kullanımı, yanlış ve dengesiz beslenme, fiziksel hareketin yetersiz olması, alkol kullanımı gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışları yer almaktadır (Kempainen vd 2013, Booth vd 2012). Bu nedenle bireylere yönelik risk azaltma yaklaşımları sağlığı geliştirme davranışlarını geliştirmek olmalıdır. Sağlığı geliştirme disiplinler arası bir yaklaşım olsada sağlığı geliştirme uygulamalarında özellikle hemşirelerin temel rol ve sorumlulukları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hemşirelerin önemli uygulama alanını oluşturmaktadır.

Hemşirelik literatüründe 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren hemşirler, fiziksel aktiviteyi, sağlığı geliştirmede ve hastalıkları önlemede bir davranış olarak değerlendirmekte ve fiziksel aktivite önerilerini bildirmektedir (Barnett-Damevood ve Carlson-Catalano 2000). Uzun ve daha sağlıklı bir yaşam için fiziksel aktivite bir anahtar olarak değerlendirilmekte ve akademik disiplin olarak hemşireliğin fiziksel aktivitedeki konumu değerlendirildiğinde; topluma orta yoğunlukta fiziksel aktivite mesajını yayma, danışmanlık yapma ve fiziksel aktivite davranışı geliştirmede konumunun eşsiz olduğu kabul edilmektedir (Dearden ve Sheahan 2002).

İnönü üniversitesi idari kadrosunda çalışan 24 ü kontrol 24 ü deney grubunda yer alan 48 kadında yapılan çalışmada katılımcılara, Beck Depresyon Ölçeği egzersiz programının öncesi ve sonrasında uygulanmıştır. Aerobik egzersiz sonrası Beck Depresyon Ölçeği puanlarına göre, çalışma ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma grubuna uygulanan aerobik egzersizlerin depresyon puanlarının azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, daha iyi bir ruh sağlığına ulaşmada bireylerin aerobik egzersiz yapmaya özendirilmesi konusunda bir temel oluşturabilir (Aylaz vd 2011).

Yapılan bir diğere çalışmada ise (Alkaya ve Okuyan 2017) hemşirelik öğrencilerinin %76.3'ünün egzersiz yapma olanağının olduğu, %31.6'sının dzenli egzersiz yaptđđ, %78.'i egzersiz turu olarak yuruyuş yaptđđ saptanmış ve dzenli egzersiz yapmayanların uyku kalitelerinin daha duişuk dizeyde olduğu bulunmuştur.

Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Nörořiruji Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki yatağa bağımlı hastalardan sınırlamalara uygun alınan 25 Nörořiruji hastasında yapılan çalışmada hastalara ROM egzersizi yaptırılıp 5gün veri toplanmış hastalardan ROM egzersizleri yaptırmadan önce venöz kan alınmıştır. Daha sonra hastalara haftanın beş günü, günde iki defa ROM egzersizleri araştırmacı tarafından yaptırılmıştır. İkinci egzersizden sonra kan alma işlemi tekrarlanmıştır. Ayrıca her egzersizden önce ve sonra hastanın kan basıncı, nabız, solunum ve pulse oksimetre ile ölçülen oksijen satürasyon değerleri kaydedilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların her gün için egzersiz öncesi ve sonrası ortalamaları arasında nabız, oksijen satürasyonu, MCV ve Glikoz değerlerinde azalma gözlemlenirken, K ve Mg ortalamalarında artma olmuştur. Lenfosit, bazofil, monosit, MCV, MCH, MCHC, PDW, MPV yüzdeleri, glikoz, potasyum ve klor ortalamaları arasında da egzersiz öncesi ve sonrası çeşitli düzeylerde istatistiki olarak anlamlı farklar saptanmıştır (Kutlu vd 2011).

2.4.4. Fiziksel Aktiviteyi Geliştirmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kişilerin olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde ve sürdürmesinde önemli sorumlulukları bulunan sağlık çalışanları, hem mesleklerinin bir gereği hem de üstlendikleri rol model oluşturmanın gereği olarak hizmet verdikleri insanları etkileme gücünü ellerinde bulundurmaktadırlar. Dolayısıyla sağlık çalışanları yaşam şekilleriyle örnek oluşturumaktadırlar. Sağlığı koruma faaliyetlerinin uygulanmasında en önemli insan gücünü temsil eden hemşireler, doğru sağlık davranışları hakkında bireyleri bilinçlendirme ve kendi davranışları ile de model olma sorumluluğunu taşımaktadırlar (Cürcani vd 2010).

Sağlık genellikle korunması gereken bir durum olarak görölürken günümüzde sağlığın korunması kadar geliştirilmesinin de üzerinde durulmaktadır. Bu noktada başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının rolü ve önemi ortaya çıkmaktadır. Bu yöndeki çalışmalarda sağlığı koruma kadar bireyin iyilik halini artırmak odaklı bir anlayış olan sağlığı geliştirme kavramı üzerinde de durulmakta ve hemşirelerin bu konudaki öneminden bahsedilmektedir. Pender (1996, 2011)'in öncülük ettiği sağlığı

geliştirilmesi teorisi, bireyin özgeçmişini ve kendisini değerlendirerek bireyle ilgili bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Hastanın bu şekilde bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ise hemşirelerin bireylerin sağlık durumunu ve hemşirelik girişimlerini planlamasına imkan yaratmaktadır. Modele göre hem bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesine hem hemşirelerin bireylere sağlık danışmanlığı yapma sorumluluğuna vurgu yapılmaktadır (Bahar ve Açıl 2014).

Sağlığı geliştirme, birey kadar aileyi, çevreyi, toplumu ve toplumun tüm kesimlerinin sağlık konusunda geliştirilmesini ve iyi olma halinin artırılması amacıyla yapılan faaliyetleri kapsamaktadır. Bireylerin bu konuda doğru bilgilendirilmesi ve geliştirilmesi, sağlık alanında profesyonel olarak görev alan sağlık çalışanlarına ve hemşirelere düşmektedir. Hemşireler bu noktada hem mesleki sorumluluk hem de örnek teşkil etme bakımından son derece önemli bir yerde bulunmaktadırlar. Toplumsal sağlığın korunması ve sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşireler, ana insan gücünü oluşturmaktadır. Ve arzu edilen sağlıklı yaşam için hemşireler, bireylere kilo kontrolü, stresle mücadele, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında profesyonel yardımı sağlamaktadırlar (Özkan vd 2013).

Hemşirelerin mesleki uzmanlığının Türkiye'deki yasal çerçevesini ve güncel bir yaklaşım olan fiziksel aktivite danışmanlığının kapsamını teorik açıdan inceleyen Canlı ve Karataş (2018), hemşirelerin danışmanlık rolünün Türkiye açısından yeni bir konu olduğunu vurgularken bu konudaki yasal çerçevenin de henüz oluşmakta olduğunu dile getirmektedir. Öte yandan özellikle halk sağlığı açısından hemşirelerin fiziksel aktivite danışmanlığı ve girişimlerinin çeşitli toplum kesimlerinin sağlığını koruması açısından önemli bir konu olarak ifade edilmektedir. Çünkü hemşirelerin uzmanlığı doğrultusunda gerçekleştirilecek fiziksel aktivite ve egzersiz temelli girişimler toplumun tüm kesimlerinde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir.

Olgun ve Altun'un (2012), diyabet hastası 50 katılımcı ile yürüttükleri araştırmalarında, 25 kişilik deney grubuna SİM modeli doğrultusunda eğitim verilmektedir. Eğitim sonrası, deney grubunun sağlık inanç düzeylerinin pozitif yönde etkilendiği ve metabolik kontrol davranışlarının olumlu yönde artış gösterdiği sonucuna varılmaktadır. Araştırmada ayrıca, eğitim alan deney grubu ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmaya göre, yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, medeni durum gibi demografik değişkenler açısından herhangi bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin uzmanlığının bireylerin genel olarak sağlığa ve egzersize olan yaklaşımlarına etkisini teoriler üstü model çerçevesinde inceleyen Tümer ve Özsoy (2015), fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişimlerinin anlamlı düzeyde farklılığa yol açtığına yönelik bulgular elde etmiştir. Girişim grubu ve kontrol grubu oluşturularak yapılan araştırmaya göre girişim grubundaki katılımcıların zaman içerisinde fiziksel aktivite niyet puanları olumlu yönde ve anlamlı düzeyde değişim göstermiştir.

Barkhaina ve arkadaşlarının 2015'de Kurumsal bir hemşirelik bakım tesisinde yapılan çalışmada yetişkinler arasında ilerleyici direnç eğitiminin sakopeni üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, yaş ortalaması 85 olan Hemşirelik Bakım Tesisleri sakinleri, altı ay boyunca haftada iki kez direnç ve denge egzersiz programı kontrollü bir çalışmaya dahil edilen çalışmada 42 katılımcının %35.7'sinde başlangıçta kontrol grubundaki sarkopeni mevcuttu ve kontrol grubundaki girişim sonrası prevalansı arttı (%42.9-%52.4). Eğitimden sonra, egzersiz grubu kontrollere kıyasla kavrama gücünde anlamlı bir artış ve vücut kitle indeksinde grup içi azalma ve kavrama gücünde artış olduğu görülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği test etmek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Bu araştırma "Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği metodolojik nitelikte bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Isparta İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yürütülmüştür. Ispartada bulunan 59 Aile Sağlığı Merkezi, iyi (14 ASM) orta (30 ASM) ve düşük (15 ASM) sosyo-demografik özelliklere göre sıralanıp her bir bölgeden rastgele sayılar tablosundan birer Aile Sağlığı Merkezi seçilmiştir. Seçilen ASM lerden sırasıyla ilki Kurtuluş ASM de 4 aile hekimi görev almakta ve 13000 kayıtlı birey bulunmaktadır. Mehmet Tönge ASM de 4 aile hekimi görev almakta ve 3200 kayıtlı birey bulunmaktadır. Bağlar ASM de 6 aile hekimi görev almakta ve 15000 kayıtlı birey bulunmaktadır. Örneklemeye çıkan toplamda üç aile sağlığı merkezine kayıtlı 18 yaş ve üzeri yetişkin kadın ve erkeklerde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Isparta ilindeki ASM'lere kayıtlı 18 yaş ve üzeri yetişkin kadın ve erkekler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örnekleme çıkan toplamda üç aile sağlığı merkezine kayıtlı ve veri toplama sürecinde ASM' ye başvuran araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzerindeki 350 kadın ve erkek araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında örneklemin hesaplanmasında birey sayısının değişken sayısından daha büyük olması ve her değişken için en az 5-10 katı olması önerilmektedir (Grove vd 2013). Ölçeğin toplam madde sayısı 25 olduğu için 10 katı olarak belirlenmiş ve 350 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Her bir maddenin 10 katından daha fazla katılımcı ile çalışılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların sosyo- demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, egzersiz yapma durumu ve sıklığı, kronik hastalığa sahip olma durumu ve sağlık algısı) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı değişkeni; Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'dir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak, Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Form ve (EK1) ve Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır (EK2).

3.6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Form

Bu bölümde, bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, çalışma durumları, gelir durumları, egzersiz yapma durumları, egzersiz yapma sıklığı, herhangi bir kronik hastalık varlığı ve sağlık durumlarını algılama durumları gibi toplam 9 soru yer almaktadır.

3.6.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Meksika’da Esparzo- Del Villar ve ark. (2017) tarafından bireylerin egzersiz sağlık davranışlarını açıklamak üzere yeni geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek toplam 32 madde ile geliştirilmiş ancak analizler sonucunda toplam 7 maddenin faktör yükleri 0.40’ın altında olduğu için bu maddeler ölçekten çıkartılmıştır (4, 5, 6, 10, 18,19, 20. maddeler). Ölçek toplamda 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar” (14-19. maddeler), “egzersiz yapmanın hastalık riskini (tehditleri) azalttığı inançları” (7-13. maddeler) “egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları” (20-25 maddeler) “egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar” (4-6 maddeler) ve genel sağlık değerleri” (1-3 maddeler) olarak beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde likert tipi puanlama kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1 den 18. maddeye kadar olan maddeler 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “oldukça”, 4 “sık sık”, ve 5 “çok fazla” olarak derecelendirilirken, 19’dan 25’e kadar olan maddeler 1 “hiç düşünmüyorum”, 2 “hasta olabileceğime ihtimal vermiyorum”, 3 “olabilirim diye düşünüyorum”, 4 “büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum” ve 5 “kesinlikle olacağımı düşünüyorum” şeklinde derecelendirilmektedir. Çünkü bu maddeler örneğin, yüksek tansiyon hastası olacağını düşünüyor musun şeklinde kişilerin hasta olabileceklerini düşünüp düşünmediklerini sorgulamaktadır. Her bir alt boyutun iç tutarlılık cronbach alpha katsayısı 0.84, 0.67, 0.90, 0.85, ve 0.75’tir (Villar vd 2017). Ölçeğin değerlendirilmesinde puan artıka o alt boyuta ilişkin sağlık inancı artmaktadır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Öncelikle Ölçeğin Türkçe formunun pilot uygulaması için 40 yetişkinde veriler toplanmıştır. Pilot uygulama, maddelerin açıklığı, anlaşılabilirliği ve işlevliliğini test etmek amacıyla uygulanmış ve sonucunda soruların anlaşılabilir olduğu görülmüştür. Pilot uygulamadaki katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmanın verileri Mart 2018-Haziran 2018 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ilk olarak “Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkinForm”, ve “Egzersiz Sağlık İnanç

Modeli Ölçeği” uygulanarak çalışmanın verileri toplanmıştır. Tüm formların uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.8. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışma Aşamaları

3.8.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliliği Çalışmaları

İlk aşama olarak ölçeği geliştiren yazarlardan Oscar Armando Esparzo Del Villar'dan e posta ile ölçeğin kullanımı için izin alınmıştır. Öncelikle geçerlilik çalışmasına dil eş değerliliğin yapılması ile başlanmıştır. Anket ana dili Türkçe olan ve İngilizceyi ana dili düzeyinde bilen, birbirinden bağımsız iki çevirmen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Her iki çeviri birbiriyle karşılaştırılmıştır. Çeviriler değerlendirilip en uygun anlatım yapısı oluşturulmuş ve Türkçe çevirisi ortaya koyulmuştur. Daha sonra, Türkçe ve İngilizce dillerini ana dili düzeyinde bilen bir çevirmen tarafından değerlendirilip İngilizce'ye geri çevirilmesi yapılmıştır.

Kapsam geçerliliği için, geri çevirilen ölçeğin İngilizce orijinali ile karşılaştırılması yapıldıktan sonra üzerinde uzlaşılan çevirinin son hali ve özgün formu, on uzman öğretim üyesine gönderilerek kendilerinden çevirinin uygunluğu açısından değerlendirilmesine sunulmuştur. Araştırmada, kapsam geçerliliği için, her bir maddeyi, a) Uygun b) Uygun fakat gözden geçirilmeli c) Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli d) Madde uygun değil şeklinde dörtlü derecelendirme seçeneklerinden birini seçerek değerlendirilmesi istenmiştir. Uzman görüşlerinin değiştirilmesi Davis tekniğine göre değerlendirilmiştir. Davis tekniğinde en az 3 en fazla 20 uzman görüşü değerlendirmesi yeterli olacağı belirtilmiştir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) elde edilir. KGI indeksi 0,80'den büyük olan maddeler kapsam geçerliliği açısından yeterli kabul edilmiştir (Davis 1992). Son olarak uzman öğretim üyelerinin önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda ölçeğin son hali oluşturulmuştur.

3.8.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Ölçeğin faktör yapısını incelemek için, Doğrulayıcı Faktör Analizinden (DFA) yararlanılmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi, araştırmacı kuram doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi (yapıyı) test etmek istiyorsa kullanılan analiz türüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliği için, doğrulayıcı faktör analizinde yapılan “Uyum iyiliği istatistikleri”(Goodness of Fit Index) istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Bu araştırmada, Doğrulayıcı faktör analizinde, sınanan modelin yeterliliğinin belirlenmesi için Ki kare uyumu(Chi-Square Goodness), ki-karedeğeri/serbestlik derecesi, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index; GFI), Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (Comparative Fit Index; CFI) gibi uyum iyiliği istatistikleri incelenmiştir (Çokluk vd 2014).

Sınanan modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, bu değer; 2 ve 2'nin altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5 ve 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error of Approximation): RMSEA'nın 0.08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0.05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu göstermektedir. Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (CFI-Comperative Fit Index):0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. Uyum İyiliği İndeksi (GFI- Goodness Of Fit Index): 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Teo 2013).

3.8.3. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışmaları

Ölçeğin güvenilirlik analizi için; test tekrar test yöntemi, iç tutarlılık cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ve madde toplam puan güvenilirliği (madde toplam korelasyon katsayısı) incelenmiştir. Ölçeğin Test tekrar test çalışması için sınıf içi kolerasyon katsayıları elde edilmiştir. Sınıf içi kolerasyon katsayıları önem kontrolü F testiyle yapılarak istatistik olarak önemli olup olmadığı belirlenir. Bunun yanı sıra bir'e ne kadar yakınsa ölçülerdeki güvenilirliğin yüksek olduğu söylenir. Literatürde, test tekrar test güvenilirliği için elde edilen değer 0.75'den büyük olması önerilmektedir (Grove ve Cipher 2017).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 24 istatistiksel yazılım programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı özellikler sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliği için, uzman görüşlerinin uyumluluk düzeyi Kapsam Geçerliliği İndeksi hesaplanmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirleyebilmek için elde edilen veriler üzerinde “Doğrulayıcı faktör analizi” (DFA) yapılmıştır.

Test tekrar test güvenilirliğini belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Test tekrar test yöntemi ile ölçek bütünü ve alt boyutları için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ayrıca, Ölçeğin ve alt boyutların iç tutarlılık güvenilirliğini değerlendirmek için cronbach alfa katsayısı hesaplanmış madde toplam puan korelasyonları test edilmiştir.

Alt gruplara ait ortalamalar bulunduktan sonra yapılan Kolmogrov-Simirnov normallik testi sonucunda tüm alt boyut ortalamalarının dağılımının normal olmadığı bulunmuş ($p < 0.05$) bu yüzden parametrik testler yerine parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği arasındaki farklılıkların belirlenmesinde parametrik olmayan yöntemlerden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Yaş, gelir durumu gibi seviye sayısı ikiden fazla olan demografik soruların seviyeleri arasındaki farklılıkların belirlenmelerinde parametrik olmayan yöntemlerden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle Ölçeğin Türk diline uyarlanabilmesi için ölçeği geliştiren yazarlardan başlıca yazar olan Oscar Armando Esparza- Del Villar'dan elektronik posta ile izin alınmıştır. Araştırmaya başlayabilmek için Pamukkale Üniversitesi Girişim Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu 01.02.2018 Tarihli Etik Kurul İzni, yürütülebilmesi için ise Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılacak bireylerden sözel onam alınmıştır.

3.11. Süre ve Olanaklar

Çalışmanın konusunun belirlenmesi amacıyla 2017 yılında hazırlık çalışmalarına ve literatür incelemelerine başlanmıştır. Çalışmanın konusu 2017 yılı Aralık ayında belirlenmiştir. Çalışma, 2018 yılı Ocak ayında tez önerisi olarak tez komitesine sunulmuştur. Şubat 2018 de etik kurul onayı alınmıştır. Şubat 2018 de tez önerisi sunulmuştur. Mart 2018-Haziran 2018 tarihlerinde veriler toplanmıştır. Verilerin analizi ve çalışmanın yazımı Kasım 2019 tarihine kadar tamamlanmıştır.

Zamanlama Çizelgesi

Tez Konusunun Belirlenmesi	Kasım 2017 - Aralık 2017
Literatür Taranması	Aralık 2017 - Ocak 2018
Tez Önerisi Hazırlığı	Ocak 2018 - Şubat 2018
Kurum İzinleri ve Etik Kurul Onayı	Şubat 2018
Tez Önerisi Sunumu	Şubat 2018
Verilerin Toplanması	Mart2018-Haziran 2018
Verilerin İşlenmesi ve Analizi	Temmuz2018-Ocak 2019
Tez Yazımı	Şubat 2019-Kasım 2019
Tez Sunumu	Aralık 2019

4.BULGULAR

Bu bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve egzersiz davranışlarına ilişkin bulgular, Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik analizlerine ilişkin bulgular ve sosyo-demografik özellikleri ile Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği arasındaki anlamlı farklılığı gösteren bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımları

Değişkenler	N	%
Yaş		
18-29	198	56.6
30-39	104	29.7
40-49	33	9.5
50-59	11	3.1
60-69	4	1.1
Cinsiyet		
Kadın	187	53.4
Erkek	163	46.6
Medeni Durum		
Evli	148	42.3
Bekâr	197	56.3
Boşanmış	5	1.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	152	43.6
Çalışmıyor	197	56.4
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	106	30.3
Gelir gidere eşit	194	55.4
Gelir giderden fazla	50	14.3

Tablo4.1'de katılımcıların %56.6'sı 18-29 yaş grubunda ve %53.4'ü kadındır. Medeni duruma göre dağılım incelendiğinde; %42.3'ünü evli olanlar, %56.3'ünü

bekarolanlar %1.4'ünü de boşanmış olanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %43.6' herhangi bir işte çalışmakta ve % 55.4'ünün geliri giderine eşit olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2 Katılımcıların Egzersiz Yapma Durumları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

	N	%
Egzersiz yapma durumu		
Evet	241	68.9
Hayır	109	31.1
Egzersiz sıklığı		
Her gün	85	34.7
Haftada 1-2 kez	86	35.1
Düzensiz	74	30.2
Kronik hastalık varlığı		
Evet	34	9.70
Hayır	316	90.3
Algılanan Sağlık		
İyi	233	66.6
Orta	104	29.7
Kötü	13	3.70

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan bireylerin egzersiz yapma durumu incelendiğinde ise; %68.9'u egzersiz yaptığını, %31.1'i ise egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Egzersiz yapma sıklığına bakıldığında, %34.7'sini her gün düzenli olarak egzersiz yaptığını bildirirken %30.2'si egzersizi düzensiz olarak yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %9.70'ünün herhangi bir kronik hastalığı olduğu, %66.6'inin algılanan sağlığının iyi olduğu saptanmıştır. En yüksek yüzdeyi, sağlığını iyi algılayan 233 kişinin %66.6, en düşük yüzdeyi ise sağlığını kötü algılayan 13 kişinin %3.70 oranı ile oluşturduğu görülmüştür.

4.2. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Ölçek Kapsam Geçerliliği Analiz Sonuçları (Uzman Sayısı 10)

Ölçek	Uzman Görüşleri			
	Min	Max	Ort.	KGİ
Egzersiz Sağlık İnanç Modeli				
1.Sağlığınızla ne kadar ilgilisiniz?	4	4	4	1
2.Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?	4	4	4	1
3.Sağlığınıza ne kadar dikkat ediyorsunuz?	3	4	3.8	1
4. Kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?	3	4	3.7	1
5. Felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?	3	4	3.7	1
6. Kanser olmak ne kadar ciddi bir durumdur?	3	4	3.7	1
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyondan korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3	4	3.7	1
8. Egzersiz yapmanın diyabetten konmanıza [ya da diyabeti kontrol altına almanıza] ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3	4	3.7	1
9. Egzersiz yapmanın kalp krizlerinden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3	4	3.6	1
10. Egzersiz yapmanın felçten korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3	4	3.7	1
11. Egzersiz yapmanın kanserden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	3	4	3.7	1
12. Sizce egzersiz yapmak sizi kilo almaktan ne kadar korur?	2	4	3.5	0.9
13. Egzersiz yapmanın sağlığınızın daha iyi olmasında ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?	2	4	3.5	0.9
14. Gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?	2	4	3.7	0.9
15. Daha iyi bir sağlığa sahip olmak için egzersiz yapmanın bedelini [zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi] ödemeye değer mi?	2	4	3.4	0.9
16. Daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için egzersiz yaparak bedel [zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi] ödemeye değer mi?	2	4	3.8	0.9
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yaparak bedel [zamana ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?	2	4	3.3	0.9
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?	2	4	3.3	0.9
19. Egzersiz yapmanın zor olduğunu düşünsem de, gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yapmaya değer.	4	4	4	1
20. Yüksek tansiyon hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?	3	4	3.7	1
21. Diyabet(şeker hastası) olabileceğinizi düşünüyor musunuz?	3	4	3.6	1
22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?	4	4	4	1
23. Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?	4	4	4	1
24. Kanser olabileceğinizi düşünüyor musunuz?	4	4	4	1
25. Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?	3	4	3.9	1

Tablo 4.3'te uzman görüşlerinden değerlendirmeleri sonucunda her bir made için elde edilen Kapsam Geçerliliği İndeksleri görülmektedir. KGİ indeksi 0.80'den büyük olan maddeler kapsam geçerliliği açısından yeterli kabul edilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, maddelerin kapsam geçerliliği İndeksi 0.90 ile 1 arasında yer

almaktadır. Ölçeğin genel kapsam geçerliliği indeksi ise (KGİ)=0.972 bulunmuştur ve yeterlilik düzeyini sağlamıştır.

Tablo 4.4. KMO ve Bartlett Küresellik Testi Sonuçları

KMO	0.883	
Bartlett Küresellik Testi	Ki kare	5858.727
	Df	300
	P	0.000

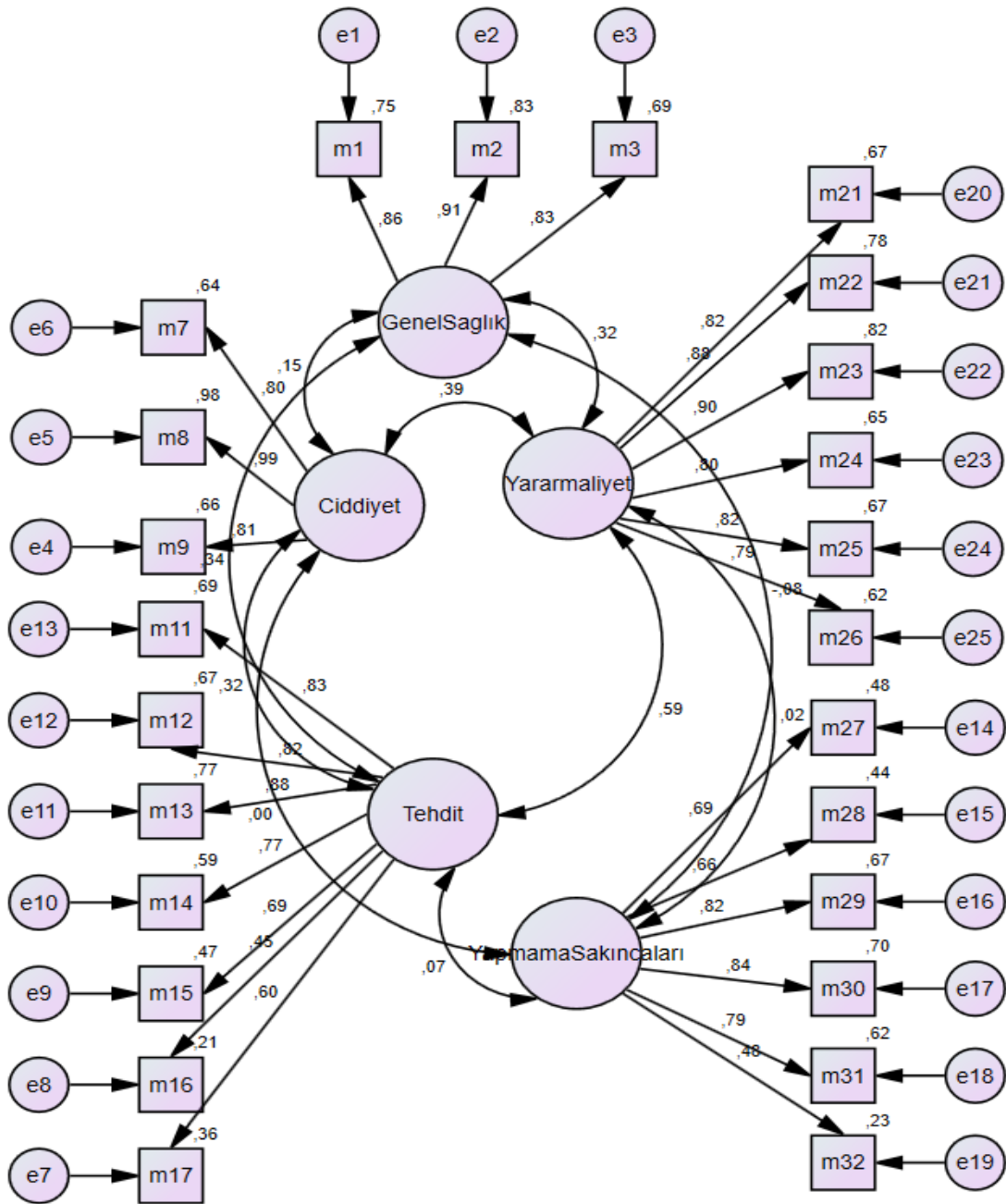
Tablo 4.4'te faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliği açısından Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett's testi sonuçlarına bakılmıştır. KMO değeri 1.00-0.90 arasında mükemmel, 0.89-0.80 arasında olduğunda çok iyi, 0.79-0.70 arasında iyi, 0.69-0.60 arasında orta, 0.59-0.50 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise örneklem büyüklüğünün kabul edilmediği bildirilmektedir. KMO= 0.883 bulunmuş ve çok iyi uyum gösterdiği saptanmıştır. Bartlett's testi sonucu $\chi^2= 5858.727$, $df= 300$, $p= 0.000$ anlamlılık düzeyinde bulunmuştur ve bu sonuca göre faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeks Sonuçları

Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Hesaplanan Uyum İndeksleri
$\chi^2/sd < 5$	2.532
GFI > 0.90	0.915
AGFI > 0.90	0.830
CFI > 0.90	0.929
TLI > 0.90	0.920
RMSEA < 0.08	0.060
RMR < 0.08	0.045

ESİM Ölçeği faktör yapısının uygunluğunu test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre, ölçeğin uyum iyiliği indeksleri Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Kurulan model sonucunda elde edilen ki-kare istatistiğinin serbestlik derecelerine oranı (χ^2/df) 3.128 ($\chi^2=185,302$ $df=38$)'dir. Ölçeğin ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer 3.128 olarak mükemmel uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Yaklaşık Hataların Ortalama

Karekoku (RMSEA) 0.06; Tucker-Lewis indeks (TLI) değeri 0.92 ve karşılaştirmalı uyum indeks (CFI) değeri ise 0.929 olarak elde edilmiştir. Bir modelin ozellikle karşılaştirmalı uyum indeks (CFI) ve Tucker- Lewis indeks (TLI) değerlerinin 0.90 veya uzerinde olması iyi uyum sağladığı anlamına gelmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda modelin iyi uyum sağladığı goruılmektedir.



Şekil 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı

Tablo 4.6. ESİM Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Regresyon Ağırlıkları

Maddeler	Alt boyutlar	Tahmin	Standart Sapma	t	p
Madde 1	Genel sağlık değerleri	1.000			
Madde 2	Genel sağlık değerleri	1.075	0.050	21.328	0.000
Madde 3	Genel sağlık değerleri	0.980	0.051	19.248	0.000
Madde 6	Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet)	1.000			
Madde 5	Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet)	1.392	0.065	21.331	0.000
Madde 4	Egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar (ciddiyet)	1.303	0.073	17.866	0.000
Madde 13	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.000			
Madde 12	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	0.857	0.112	7.671	0.000
Madde 11	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.588	0.152	10.427	0.000
Madde 10	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.610	0.143	11.242	0.000
Madde 9	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.590	0.130	12.209	0.000
Madde 8	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.615	0.139	11.647	0.000
Madde 7	Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları (tehdit)	1.610	0.137	11.787	0.000
Madde 20	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	1.000			
Madde 22	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	1.180	0.089	13.215	0.000
Madde 23	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	1.174	0.086	13.687	0.000
Madde 24	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	1.131	0.089	12.671	0.000
Madde 25	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	0.933	0.112	8.334	0.000
Madde 14	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	1.000			
Madde 15	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	1.022	0.049	20.676	0.000
Madde 16	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	1.105	0.053	20.953	0.000
Madde 17	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	1.093	0.062	17.578	0.000
Madde 18	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	1.057	0.059	17.958	0.000
Madde 19	Egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar (yarar maliyet)	0.975	0.057	17.044	0.000
Madde 21	Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar (yapmama sakıncaları)	1.058	0.092	11.518	0.000

Tablo 4.6'da belirtildiği gibi ölçeğin regresyon ağırlıkları incelendiğine tüm maddelerin alt boyutları üzerine etkisinin istatistik olarak önemli olduğu ve t değerlerinin 1.96'dan büyük olduğu görülmektedir.

4.3. Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Güvenilirlik Analizlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. ESİM Ölçeği İç Tutarlılık Madde Toplam Korelasyon Katsayılar

Maddeler	Mean	SD	MaddeToplam Korelasyon katsayısı	Madde Silindiğinde Alpha
Madde 1	3.23	0.98	0.80	0.86
Madde 2	3.37	1.00	0.83	0.83
Madde 3	3.21	0.99	0.78	0.88
Madde 4	4.73	0.66	0.75	0.88
Madde 5	4.80	0.57	0.88	0.76
Madde 6	4.83	0.50	0.75	0.87
Madde 7	4.05	1.83	0.33	0.85
Madde 8	3.93	0.99	0.68	0.74
Madde 9	4.12	0.90	0.75	0.73
Madde 10	3.84	1.05	0.68	0.74
Madde 11	3.55	1.16	0.61	0.75
Madde 12	4.15	0.94	0.40	0.79
Madde 13	4.30	0.84	0.54	0.77
Madde 14	4.13	0.93	0.56	0.80
Madde 15	4.23	0.88	0.56	0.80
Madde 16	4.20	0.93	0.59	0.80
Madde 17	4.05	1.03	0.54	0.81
Madde 18	4.09	0.98	0.57	0.80
Madde 19	4.18	0.94	0.54	0.81
Madde 20	2.59	0.90	0.44	0.81
Madde 21	2.65	1.00	0.43	0.81
Madde 22	2.71	0.98	0.40	0.82
Madde 23	2.44	0.88	0.42	0.81
Madde 24	2.67	0.90	0.41	0.82
Madde 25	3.07	1.22	0.34	0.83

Tablo 4.7'de ESİM Ölçeği iç tutarlılık madde toplam korelasyon katsayıları görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, sadece iki maddenin madde toplam korelasyon katsayısı 0.40'ın altında, altı maddenin madde toplam korelasyon katsayıları 40 ile 50 arasında, diğer tüm maddeler 0.50'nin üzerindedir. En düşük korelasyon katsayısını 0.33 ile 7. Madde gösterirken, en yüksek korelasyon katsayısını ise 0.88 ile 5. Madde göstermiştir.

Tablo 4.8. ESİM Ölçeği Alt Boyutları Cronbach Alpha Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçeğin Alt Boyutları	Madde Sayısı	Chronbach Alfa
Genel sağlık değerleri	3	0.902
Egzersiz Yapmanın Ciddiyeti Hakkındaki İnançlar	3	0.891
Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançları	7	0.880
Egzersiz Yararlarının Egzersizin Maliyetinin Önüne Geçtiğiyle Alakalı İnançlar	6	0.932
Egzersiz Yapmama Sakıncalarına İlişkin İnançlar	6	0.852

Tablo 4.8'da görüldüğü gibi alt boyutların cronbach alpha değerleri 0.85 ile 0.93 arasında dağılım göstermiştir. En düşük cronbach alpha değeri Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançların yüksek cronbach alpha değeri ise Egzersiz yararlarının egzersizin maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutlarına aittir.

Tablo 4.9. ESİM Ölçeği Madde Test- retest Sonuçları

Madde	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı	Madde	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı	Madde	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Madde 1	0.938	Madde 12	0.918	Madde 23	0.909
Madde 2	0.946	Madde 13	0.908	Madde 24	0.926
Madde 3	0.793	Madde 14	0.952	Madde 25	0.929
Madde 4	0.884	Madde 15	0.953		
Madde 5	0.949	Madde 16	0.966		
Madde 6	0.883	Madde 17	0.933		
Madde 7	0.878	Madde 18	0.825		
Madde 8	0.913	Madde 19	0.869		
Madde 9	0.836	Madde 20	0.867		
Madde10	0.649	Madde 21	0.924		
Madde11	0.930	Madde 22	0.924		

Tablo 4.9'da ölçeğin test-tekrar test çalışması için sınıf içi korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Ölçeğin madde korelasyon katsayısı değerlendirildiğinde, 0.64 ile 0.96 arasında olduğu belirlenmiştir. En düşük sınıf içi korelasyon katsayısı 10. Madde, en yüksek sınıf içi korelasyon katsayısına 16. Madde olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. ESİM Ölçeği Alt Boyutları Test-retest Sonuçları

Alt boyutlar	Test-retest sonuçları	p
Genel Sağlık Değerleri	0.932	0.000
Egzersiz Yapmanın Ciddiyeti Hakkındaki İnançlar	0.917	0.000
Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançları	0.880	0.000
Egzersiz Yararlarının Egzersizin Maliyetinin Önüne Geçtiğiyle Alakalı İnançlar	0.961	0.000
Egzersiz Yapmama Sakıncalarına İlişkin İnançlar	0.960	0.000

Tablo 4.10'da alt boyutların test tekrar-test sonuçlarının kolerasyon katsıları değerlendirildiğinde 0.880 ile 0.961 arasında olduğu belirlenmiştir. En düşük kolerasyon katsayısının 0.880 ile Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançları alt boyutuna, en yüksek kolerasyon katsayısına ise 0.961 ile Egzersiz Yararlarının Egzersizin Maliyetinin Önüne Geçtiğiyle Alakalı İnançlar alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. ESİM Ölçeği Normallik Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
	Değer	p	Değer	p
Genel Sağlık Değerleri	0.136	0.000	0.963	0.000
Egzersiz Yapmanın Ciddiyeti Hakkındaki İnançlar	0.462	0.000	0.465	0.000
Egzersiz Yapmanın Hastalık Riskini Azalttığı İnançları	0.101	0.000	0.948	0.000
Egzersiz Yararlarının Egzersizin Maliyetinin Önüne Geçtiğiyle Alakalı İnançlar	0.155	0.000	0.885	0.000
Egzersiz Yapmama Sakıncalarına İlişkin İnançlar	0.110	0.000	0.966	0.000

Tablo 4.11'de Kolmogrov Smirnov ve Shapiro Wilks testi sonuçlarına göre ölçek alt boyutları normal dağılıma uygunluk göstermemektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.12. Spearman Korelasyon Analizi Testi Sonuçları

		Genel sağlık	Ciddiyet	Tehdit	Yarar maliyet	Yapmama sakıncaları
Genel sağlık						
Ciddiyet	r	0.136*				
	p	0.011				
Tehdit	r	0.329**	0.274**			
	p	0.000	0.000			
Yarar maliyet	r	0.293**	0.333**	0.610**		
	p	0.000	0.000	0.000		
Yapmama sakıncaları	r	-0.077	0.029	0.106*	-0.004	
	p	0.153	0.589	0.048	0.939	

Tablo 4.12'de Yapılan analiz sonucunda, genel sağlık değerleri alt boyutu ile egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar, egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları ve egzersiz yararlarının egzersizin maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$). Tabloda görüldüğü gibi egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu dışında diğer tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4.4. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları

Tablo 4.13. Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre ESİM Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları

Değişkenler	Genel Sağlık	Ciddiyet	Tehdit	Yarar Maliyet	Yapmama Sakıncaları
	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS
Yaş Grupları					
18-29	10.07±2.53	14.44±1.49	27.95±5.26	24.93±4.58	15.98±4.00
30-39	9.62±2.83	14.17±1.90	27.75±5.32	24.62±5.29	15.88±4.70
40-49	8.67±3.17	14.45±1.25	27.45±5.58	24.82±6.44	17.18±4.82
50-59	9.82±2.75	14.45±1.04	28.55±5.15	26.73±3.17	18.82±6.79
60-69	12.75±2.63	14.50±1.00	29.00±4.55	26.25±3.50	14.25±4.99
Kruskall Wallis	10.794	0.968	0.418	1.788	2.602
p	0.029	0.915	0.981	0.775	0.626
Cinsiyet					
Kadın	9.70±2.65	14.32±1.63	28.07±5.26	25.10±4.79	15.98±4.21
Erkek	9.96±2.82	14.41±1.53	27.65±5.29	24.67±5.12	16.31±4.68
Mann Whitney U	-0.979	-0.479	-0.680	-0.693	-0.463
p	0.328	0.632	0.496	0.488	0.643
Medeni Durum					
Evlü	9.11±2.86	14.38±1.53	27.41±5.44	24.62±5.18	16.26±4.70
Bekar	10.34±2.50	14.35±1.65	28.07±5.11	25.01±4.78	15.93±4.10
Boşanmış	10.80±3.03	14.60±0.89	34.20±1.30	28.80±2.68	20.60±7.20
Kruskall Wallis	16.814	0.030	9.323	4.346	2.178
p	0.000*	0.985	0.009*	0.114	0.337
Çalışma durum					
Çalışıyor	9.41±3.02	14.20±1.81	27.57±5.49	24.84±5.40	16.38±4.84
Çalışmıyor	10.15±2.44	14.48±1.39	28.10±5.11	24.92±4.58	15.93±4.10
Mann Whitney U	-2.482	-1.321	-0.807	-0.409	-0.661
p	0.013*	0.187	0.420	0.682	0.509
Gelir düzey					
Gelir giderden az	9.42±2.52	14.40±1.54	27.66±5.55	24.98±5.04	16.56±4.54
Gelir gidere eşit	9.93±2.61	14.33±1.60	28.01±5.11	24.67±4.71	16.02±4.18
Gelir giderden fazla	10.26±3.46	14.42±1.64	27.84±5.39	25.60±5.61	15.70±5.12
Kruskall Wallis	4.824	0.411	0.175	3.042	1.794
p	0.090	0.814	0.916	0.219	0.408

p<0.05* p<0.01** p<0.001***

Tablo 4.13'de katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile ESİM Ölçeği puan ortalamaları arasındaki dağılım görülmektedir.

Katılımcıların yaş grupları ile genel sağlık değerleri alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu (p<0,05), diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık olmadığı

saptanmıştır. Genel sağlık değerleri alt boyutu için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; 60-69 yaş grubu genel sağlık değerleri alt boyutu düzeyi puan ortalaması 40-49 yaş grubundan anlamlı derecede daha yüksektir.

ESİM ölçeğinin cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, ESİM ölçeği puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile kadın ve erkeklerin ESİM ölçeği alt boyutları puan ortalamaları aynı düzeydedir.

ESİM ölçeğinin medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre; genel sağlık değerleri ve egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları alt boyutunaalt boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0,05$), diğer alt boyular medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalara göre; Genel sağlık değerleri alt boyutu için; bekar ve boşanmış olanların genel sağlık değerleri alt boyutu düzeyleri evlilerden anlamlı derecede daha yüksektir. Egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları alt boyutu için; bekar ve boşanmış olanların egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları alt boyutu düzeyi evlilerden anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların çalışma durumu ile ESİM ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında; genel sağlık değerleri alt boyutu çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0,05$), diğer alt boyutlar çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık gösteren genel sağlık değerleri alt boyutu için; çalışmayanların genel sağlık değerleri düzeyi çalışanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer alt boyutlar için çalışanlar ve çalışmayanların düzeyleri aynı seviyededir.

Yine katılımcıların gelir düzeyi ile ESİM ölçeğinin puan ortalamaları incelendiğinde; ESİM ölçeğinin gelir düzeyine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile farklı gelir düzeyine sahip kişilerin ESİM Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları aynı düzeydedir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Egzersiz Yapma ve Kronik Hastalıklara Sahip Olma Özelliklerine Göre ESİM Ölçeği Puan Ortalamaları Dağılımları

Değişkenler	Genel Sağlık	Ciddiyet	Tehdit	Yarar Maliyet	Yapmama Sakıncaları
	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS
Egzersiz yapma durumu					
Evet	10.04±2.76	14.32±1.70	28.09±5.24	25.33±4.87	15.60±4.13
Hayır	9.34±2.61	14.46±1.30	27.40±5.34	23.94±5.00	17.31±4.85
Mann Whitney U	-2.315	-0.161	-1.063	-2.688	-3.526
p	0.021*	0.872	0.288	0.007**	0.000**
Egzersiz sıklığı					
Her gün düzenli olarak	10.24±3.12	14.42±1.64	27.42±5.08	25.96±4.49	15.20±4.63
Haftada 1-2 kez	10.27±2.73	14.44±1.42	29.73±5.01	25.60±4.64	15.99±3.80
Düzensiz	9.65±2.41	14.09±1.99	26.95±5.22	24.22±5.37	15.65±3.85
Kruskall Wallis	3.277	2.123	14.449	4.561	2.530
p	0.194	0.346	0.001**	0.102	0.282
Kronik hastalık durumu					
Evet	9.06±2.98	14.06±1.91	27.39±6.01	24.06±6.16	19.00±5.33
Hayır	9.91±2.69	14.40±1.54	27.93±5.19	24.99±4.79	15.81±4.20
Mann Whitney U	-1.777	-0.666	-0.256	-0.402	-3.186
p	0.075	0.505	0.798	0.688	0.001**
Sağlık algısı					
Çok iyi	11.58±3.16	14.58±1.31	28.98±5.62	26.83±4.86	14.64±4.06
İyi	10.00±2.42	14.40±1.54	27.27±5.12	24.50±4.58	15.91±4.08
Orta	8.84±2.37	14.22±1.79	28.40±5.30	24.86±5.16	16.67±4.59
Kötü	8.08±3.38	14.08±1.44	27.54±5.11	22.85±6.66	21.00±5.64
Kruskall Wallis	41.787	4.655	7.509	14.307	17.553
p	0.000**	0.199	0.057	0.003**	0.001**

p<0.05* p<0.01** p<0.001***

Tablo 4.14'de katılımcıların egzersiz yapma durumu ile ESİM ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, egzersiz yapanların ölçeğin genel sağlık değerleri, egzersizin maliyet yararları ve egzersiz yapmamanın sakıncaları alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gösterirken (p<0.05) diğer alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur. Anlamlı farklılık gösteren genel sağlık değerleri, egzersiz yararlarının egzersizin maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar ve egzersiz yapmama sakıncaları alt boyutları için egzersiz yapanların ortalamaları egzersiz yapmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

ESİM ölçeğinin kronik hastalık olma durumuna göre puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar alt boyutu kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken (p<0,05), diğer alt boyutlar anlamlı farklılık göstermemektedir. Kronik hastalığı olanların egzersiz

yapmama sakıncalarına ilişkin inançlaralt boyutu düzeyi kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

ESİM ölçeğinin sağlık algısına göre puan ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre; genel sağlık değerleri, egzersiz yararlarının egzersizin maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı ve egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin alt boyutları sağlık algısına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Farklılık gösteren bu alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; Genel sağlık değerleri alt boyutu için sağlık algısı iyi ve çok iyi olanların ortalaması orta ve kötü olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Egzersiz yararlarının egzersizin maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı alt boyutu için; sağlık algısı çok iyi olanların puan ortalaması sağlık algısı kötü olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin alt boyutu için sağlık algısı kötü olanların puan ortalaması diğer grupların hepsinden anlamlı derecede daha yüksektir.

5.TARTIŞMA

Egzersiz yaparak, fazla kilo ve obezitenin neden olduğu hastalıklar engellenebilir, hastalıkların ilerlemesi yavaşlatılabilir, ya da bu hastalıklarla başa çıkılabilir. İyi sağlık alışkanlıkları ve davranışlarının benimsenmesi bireylerin sağlık sonuçlarına yarar sağlar. Literatürde, egzersiz yapmanın obeziteyi engellediği (Williams vd. 2015, Kelley vd 2015), kronik hastalık insidansını azalttığı, kan lipid düzeyini iyileştirdiği, kan basıncını azalttığı, glikoz intoleransını azalttığı, depresyon insidansını düşürdüğü, yaşam kalitesini iyileştirdiğine dair kanıtlar mevcuttur (Golinowska vd 2016, Booth vd 2012). Egzersiz davranışının sağlık üzerine olumlu etkileri bilinmesine rağmen, bu davranışı gerçekleştirme istendik düzeyde değildir. Ülkemizde gençlerde yapılan araştırmalar, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından özellikle fiziksel aktivite puanının düşük olduğunu göstermektedir (Yılmaz vd 2012). Sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik yapılması gerekenler konusundaki inanç ve tutumlar davranışların oluşumunda son derece önemlidir. Sağlık davranışları Sağlık İnanç Modeli ile açıklanabilir. Bu nedenle egzersiz davranışlarının geliştirilebilmesi için öncelikle mevcut olan davranışı etkileyen inançların bilinmesi önem taşımaktadır. Ancak bizim bilgimize göre Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli temelli egzersiz davranışlarına yönelik inançları ölçen spesifik bir ölçek yoktur. Bu nedenle bu çalışmada, ESİM Ölçeğinin Türk popülasyonu için geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde ESİM’e ait geçerlilik ve güvenilirlik bulguları literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Ölçeğın Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Ölçeğın geçerliliğini test etmek için, dil ve kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği test edilmiştir.

5.1.1. Dil ve Kapsam Geçerliliği

Dil geçerliliği sağlamak amacıyla gerçekleştirilen aşamalarda öncelikle alanında uzman kişilere ESİM'nin çeviri ve geri çevirileri yaptırılmıştır.

Kapsam geçerliliği ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını test etmek amacıyla yapılmıştır (Erdoğan vd 2014). Bu çalışmada Türkçe'ye çevrilen ESİM Ölçeğinin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için 8 halk sağlığı hemşiresi 1 doğum ve kadın hastalıkları hemşiresi ve 1 cerrahi hastalıkları hemşiresi olmak üzere alanında 10 uzman öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Araştırmada, kapsam geçerliliği için Davis tekniği kullanılmıştır. Davis tekniğine göre; uzmanların maddeleri değerlendirirken her bir maddeyi, 1) Uygun 2) Madde gözden geçirilmeli 3) Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli 4) Madde uygun değil şeklinde dördü derecelendirme seçeneklerinden birini seçerek değerlendirmesi istenmiştir (Davis 1992).

Uzmanların önerileri doğrultusunda bazı maddelerde düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Örneğin, ölçeğin 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 ve 25. Maddelerdeki “ne derece” ibaresinin “ne kadar” şeklinde değiştirilmesi önerilmiştir. Bu öneri doğrultusunda ne derecede ifadesi ne kadar olarak ölçekte düzeltilmiştir. Yine “Sağlığınıza dikkat etmenin ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz” cümlesi uzman önerileri doğrultusunda “Sizce sağlığınıza ne kadar dikkat ediyorsunuz” şeklinde değiştirilmesi, “Egzersiz kilo almamanıza ne derece yardımcı olacağına inanıyorsunuz” cümlesinin ise “Egzersiz kilo almamanıza ne kadar yardımcı olacağına inanıyorsunuz” şeklinde değiştirilmesi önerilmiştir. Öneriler doğrultusunda ölçeğin son hali oluşturulmuştur.

Uzmanlardan elde edilen veriler doğrultusunda, Kapsam Geçerliliği İndeksi incelenmiş ve yapılan analiz sonucunda, her bir madde için kapsam geçerliliği indeksleri (KGİ) 0.9 ile 1 arasında dağılım göstermiştir. Ölçeğin genel kapsam geçerliliği indeksi ise, 0.972'dir. KGİ indeksi 0,80'den büyük olan maddeler kapsam geçerliliği açısından yeterli kabul edilmektedir (Grove vd 2013). Çalışmamızın bulgusu değerlendirildiğinde, uzmanlar arasında görüş birliği olduğu ve ölçeğin kapsam

geçerliliği ölçütlerine uygun olduğu görülmektedir.

5.1.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi, hem ölçeğin bütünlüğünü test edip hem de ölçülecek konunun ilişkisiz değişkenlerden ayırt edilmesine yardımcı olur. Faktör yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

Örneklem büyüklüğünün uygunluğunu belirlemede KMO analizi ve Bartlett's testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre çalışmanın KMO değeri 0,883, Bartlett's testinin ise, 2406.89 ($p < 0.001$) olduğu ve bu değer orijinal ölçeğe göre biraz düşük olduğu (KMO= 0.92, Bartlett's testi için $p < 0.001$) (Villar vd 2017) belirlenmiştir. Ancak literatürde, KMO değeri 1.00-0.90 arasında mükemmel, 0.89-0.80 arasında olduğunda çok iyi, 0.79-0.70 arasında iyi, 0.69-0.60 arasında orta, 0.59-0.50 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise örneklem büyüklüğünün kabul edilmediği bildirilmektedir. Bu sonuca göre, çalışmamızın faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde olduğu görülmektedir (Field vd 2018). Ayrıca, literatürde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında örneklemin hesaplanmasında birey sayısının değişken sayısından daha büyük olması ve her değişken için en az 5-10 katı olması önerilmektedir (Grove vd 2013). Bu çalışmanın örneklemini 350 kişi oluşturmuş ve her bir maddenin 10 katından daha da fazla katılımcı ile çalışılmıştır.

Çalışmada ölçeğin orijinalinde belirlenen faktörleri doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) incelenmiştir (Esin 2014). DFA, ölçeğin 25 maddelik versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Faktör analizinde faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olması tavsiye edilir (Harrington 2009, Grove vd.2013). Analiz sonucunda "genel sağlık değerleri" alt boyutu faktör yüklerinin 0.83 ile 0.91 arasında olduğu, "egzersiz yapmanın ciddiyeti hakkındaki inançlar" alt boyutundaki maddelerin faktör yükleri 0.45 ile 0.80 arasında, "egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları" 0.45 ile 0.83 arasında, "egzersiz yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiği ile ilgili inançlar" alt boyutu, 0.48 ile 0.84 arasında, "egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançlar" alt boyutu 0.79 ile 0.90 arasında dağılım göstermiştir. Görüldüğü gibi ölçeğin her bir maddesinin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir. Sonuç olarak, Modelin DFA'da iyi bir uyum ve faktör yüküne sahip olduğu bulunmuştur (Şekil 2).

Çalışmada ayrıca DFA analizinde uyum iyiliği istatistikleri incelenmiştir (Esin 2014). Ölçeğin uyumluluk değerlerine bakıldığında ise ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer 2.532 olarak bulunmuştur. Ki kare değeri serbestlik derecesine bölünerek elde edilir ve 2'nin altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5 ve 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Esin 2014). Elde ettiğimiz sonuç modelin mükemmel düzeyde bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri RMSEA ve RMR değerlerinin 0.05'e eşit ya da küçük olması uyumun mükemmel olduğunu, 0.08'e eşit ya da küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu göstermektedir (Teo 2013). Yapılan DFA analizinde RMSEA değerinin 0.006 ve RMR değerinin 0.045 olması uyumun mükemmel olduğunu göstermektedir. Yine CFI, GFI, AGFI değerlerinin 0.95'e eşit ya da üstünde olması uyumun mükemmel olduğunu, 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun iyi olduğunu, 0.80'e eşit ya da üstünde olması uyumun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Brown 2015, Teo 2013, Çokluk vd 2014). Yapılan analiz sonucunda CFI, GFI ve AGFI değerleri 0.90'nın üstünde bulunmuştur. Bu bulgular ölçeğin uyum iyiliği indekslerinin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Literatüre göre CFA'da hata varyanslarının 0.90'dan düşük ve t değerinin 1.96'dan yüksek olması önerilmektedir (Seçer 2015). Şekil 2'deki standartlaştırılmış çözümler değeri ölçeğin hata varyanslarının yorumlanması için analiz edildiğinde, madde 5'in hata değeri 0.98 olduğu görülmüştür. Bu maddenin hata değeri yüksek olmasına rağmen, t değerinin 21.33 olduğu görülmekle birlikte bu değer istatistiksel olarak anlamlıdır. Bir maddenin ölçekten çıkarılması için öncelikle hata varyansı 0.90'dan büyük, aynı zamanda t değerinin 1.96'dan büyük olması gerekmektedir. Literatürde ikisinin birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (Seçer 2015). Bu nedenle bu maddenin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. Ölçeğin regresyon ağırlıkları incelendiğine tüm maddelerin alt boyutları üzerine etkisinin istatistik olarak önemli olduğu görülmektedir. Genel olarak tüm değerler ve model incelendiğinde hesaplanan uyum indeksleri ışığında modelin kabul edilebilir bir uyum sağladığı söylenebilir.

Araştırmanın istatistiksel analizleri sonucunda, Türkçeye uyarlanan Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, 25 maddeden ve 5 faktörden oluşmaktadır ve yüksek

düzeyde güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir. Türk formu 18 yaş ve üzeri tüm bireylerde uygulanabilir. Ölçeği kullanarak bireylerin egzersiz davranışlarına ilişkin sağlık inançları belirlenebilir.

5.2. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışmalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliği; iç tutarlık madde analizi, cronbach alfa ve test tekrar test ile değerlendirilmiştir. İç tutarlık madde analizinde madde toplam korelasyon katsayıları incelenmiştir. Analiz sonucunda, korelasyon katsayılarının 0.34 ile 0.88 arasında değişim gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde madde toplam korelasyon katsayısının bazı kaynaklar 0.30 ve üstü olması gerektiğini belirtirken (Streiner vd 2015), bazı kaynaklar 0.20 ve üzeri olması gerektiğini belirtmiştir (Everitt 2010, Tavsancil 2014). Bu çalışmada 0.30 sınır değer olarak alınmıştır. Korelasyon katsayısının 0.30'nin altına indiği durumlarda maddenin ölçekten çıkarılması önerilmektedir. Bu ölçekte korelasyon katsayısı 0.30'dan küçük bir madde olmadığı için atılan madde olmamıştır.

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmeye yönelik yapılan diğer bir analiz cronbach alfa katsayısıdır. Bu çalışmada cronbach alfa katsayıları incelendiğinde, 0.85 ile 0.93 arasında dağılım göstermiştir. Ölçeğin "egzersiz yararlarının, egzersiz maliyetinin önüne geçtiğiyle alakalı inançlar" alt boyutu için 0.93, "egzersiz yapmanın hastalık riskini azalttığı inançları" alt boyutu için 0.88, "egzersiz yapmama sakıncalarına ilişkin inançları" alt boyutu 0.85, egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar" 0.89 ve son olarak "genel sağlık değerleri" alt boyutu cronbach alpha değeri 0.90 bulunmuştur. Orjinal ölçeğin Cronbach alpha değerleri incelendiğinde, 0.67 ile 0.91 arasında dağılım göstermiştir (Villar vd 2017). Çalışmamızın cronbach alpha değerleri orjinal çalışmanın cronbach alpha değerleri ile karşılaştırıldığında, "egzersiz yapmanın yararlarının egzersiz maliyetinin önüne geçtiğine dair inançlar" alt boyutu orjinaline göre düşük iken, "egzersiz yapmamanın ciddiyeti hakkında inançlar" alt boyutu daha yüksek, diğer alt boyutların ise benzer olduğu belirlenmiştir. Literatür bilgileri cronbach alfa katsayısı 0.40'tan küçük ise ölçme aracının güvenilir olmadığını, 0.40 ile 0.59 arasında düşük güvenilirlikte olduğunu, 0.60-0.79 arasında oldukça güvenilir olduğunu ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Akgül 2005). Buliteratür bilgisi doğrultusunda çalışmamızın verileri cronbach alfa katsayılarının yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ayrıca ölçeğin değişmezliği test tekrar test ile değerlendirilmiştir. Test-tekrar test yöntemi, ölçeğin tutarlı sonuçlar vermesini ve zamanla değişmezliği ölçer. Test tekrar test yönteminde uygulanan ölçek gruba ilk kez aynı gruba ikinci kez uygulanır. Aralık yönteminde, anket aynı örneğe belirli bir aralıkta iki kez uygulanabilir. Bu doğrultuda, ölçeğin Alt boyutları test tekrar test ile değerlendirildiğinde korelasyon katsayılarının 0.88 ile 0.96 aralığında olduğu belirlenmiştir. Test tekrar test analizi için korelasyon katsayısının en az 0.70 olması ve tercih edilen değer 0.80'nin üzerinde olması önerilmektedir (Esin2014). Bu bilgi doğrultusunda araştırmamızın bulguları ölçeğin tutarlı ve değişmezliğinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Her bir madde için kapsam geçerliliği indeksleri (KGI) 0,9 ile 1 arasında dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Ölçeğin KMO değeri 0,883, Bartlett's testinin ise, 2406.89 ($p < 0.001$) olduğu bulunmuş ve bu sonuca göre faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum iyiliği indekslerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Güvenilirlik analizi sonucunda, cronbach alpha düzeylerinin 0.85 ile 0.93 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Test tekrar test sonuçları değerlendirildiğinde isekorelasyon katsayılarının 0.88 ile 0.96 aralığında olduğu belirlenmiştir.

Yapılan psikometrik ölçüm sonuçları doğrultusunda ESİM ölçeğinin Türkçe formunun egzersiz davranışlarını değerlendirmede kullanımı için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sağlığı geliştirme girişimlerinin öncüsü olan hemşireler bu ölçeği kullanarak egzersiz davranışlarına yönelik inanç ve tutumları kolayca değerlendirebilir. Ölçek yeni geliştirilen bir ölçek olduğundan henüz farklı ülkeler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır. Bu nedenle bulgularımızın ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca hastalıkların tedavisi ve tedavi süreçlerinin yönetilmesinin yanında toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rolleri olan hemşirelerin görüş ve

önerilerinin ESİM çerçevesinde tespit edilmesi de önemlidir. Çünkü bu husustaki tespitlerin hemşirelik girişimlerinin daha etkili bir şekilde planlanması için yol gösterici olması mümkündür. Ölçek egzersiz davranışlarının değiştirilmesine yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin etkisini ve bakım sonuçlarını değerlendirmede kolaylıkla kullanılabilir. Ölçeğin sağlığın geliştirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, sağlık eğitimi programlarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Gelecekte egzersiz davranışlarını ve davranışları etkileyen faktörleri açıklamak için yapılması planlanan araştırmalarda ölçeğin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adams J, White M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *Br J Sports Med*, 2003; 37: 106–114.
- Ajzen I. The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*. 1991; 50(2):179-211.
- Akan M. Adölesanlarda beslenme egzersiz davranışları ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Edirne, 2018.
- Akgöl A. Faktör Analizi. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. *Üçüncü Baskı*, Ankara: 2005. p. 440-455.
- Alkaya S, Okuyan C. Hemşirelik öğrencilerinin egzersiz davranışları ve uyku kaliteleri *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017; 10(4): s. 236-241.
- Alpar R. Spor, sağlık ve Eğitim bilimlerinden örneklerle Uygulamalı İstatistik ve geçerlik-güvenirlilik [Sport, health and applied statistics and validity-reliability with examples from educational sciences] (4th ed.), *Detay Yayıncılık*, Ankara, Turkey:, 2016.
- Altıok M. Kalp yetersizliğinin yönetimi ve egzersiz. sistematik bir inceleme, *Türkiye Klinikleri J İntern Med Nurs-Special Topics* 2016; 2(3): s. 37-45.
- Archer T. (2014). Health benefits of physical exercise for children and adolescents, *Journal Nov Physiotherapy*, 4(2), pp: 1-4.
- Aylaz R, Güllü E, Güneş G. Aerobik yürüme egzersizin depresif belirtilere etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2011; 4(4): 172-177
- Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2014; 7(1): 59-67.
- Bakır H, Hisar KM. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin egzersize ilişkin yarar ve engel algıları ve öz yeterlilik durumu, *Genel Tıp Dergisi*, 26(3), ss: 84-91.
- Barnett-Damewood M, Carlson-Catalano J. Physical activity deficit: a proposed nursing diagnosis. *Nurs Diagn*, 2000;11(1): 24-31.
- Bek N. "Fiziksel aktivite ve sağlığımız". *Fiziksel Aktivite Bilgi Serisi*, Ankara, 2008, s.7-22,
- Booth F, Roberts W. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology* 2012; 11(43): 12-11.
- Brown TA. Confirmatory Factor Analysis For Applied Research. *Guilford Press* New York, US, 2015, s. 53.

Buckworth J, Kirby TE et al. Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Ment Health Phys Act* 2009; 2(1):37-43.

Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık davranışı modelleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 5(1), ss: 28-34.

Can S, Arslan E, Ersöz G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014; 12(1); 1-10.

Canlı S, Karataş N. Yaşlılar için bir halk sağlığı hemşireliği yaklaşımı: "Fiziksel aktivite danışmanlığı" *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2018; 17(2); 36-45.

Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer B.K, Viswanath K.V. eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco, 2008; 46-65.

Christmas C, Anderson RA. Exercise and older patients: Guidelines for the clinician. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(3):318-324

Cindaş A. Yaşlılarda egzersiz uygulamasının genel ilkeleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2008; 4(2): 77-84.

Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlık yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5): 487-492.

Çenesiz E. Türkiye’de yapılmış sağlık inanç modeli ile ilgili çalışmaların değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk İ. In: Geçerlik ve güvenilirlik. Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 3. Baskı. *Pegem Akademi*; Ankara, 2014; 275-332.

Damewood MB, Caltano JC. Physical Activity Deficit: a proposed nursing diagnosis, *Nursings Diagnosis*, 2000; 11: 24-31.

Davis L. "Instrument review: Getting the most from a panel of experts". *Applied Nursing Research*, 1992; 5: 194-197.

Dearden JS, Sheahan SL. Counseling middle-aged women about physical activity using the stages of change. *J Am Acad Nurse Pract*, 2002; 14(11): 492-497.

Demiriz M, Erdemir İ, Kayhan RF. Farklı Dinlenme aralıklarında yapılan anaerolik interval antrenmanın aerobik kapasite, anaerobik eşik ve kan parametreleri üzerine etkileri *Uluslararası Spor, Egzersiz ve Antrenman Bilimi Dergisi*, 2015; 1(1): 1-8.

Doymaz F. Sağlıklı kadınlarda egzersiz inancının egzersiz davranış değişimleri üzerine etkilerinin incelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2013, s. 19.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Hemşirelikte araştırma süreç uygulama ve kritik, **Nobel Matbaacılık San Ltd Şti**, İstanbul, 2014, s. 224.

Ersöz G, Özmutlu İ, Arı Y, Aydın S, Kara E, Öztürk. Teori odaklı egzersiz danışmanlığı sonrası egzersiz davranışı ve bazı psikolojik faktörlerdeki değişimlerin incelenmesi, **NKUBAP.00.R12.AR.15.01 nolu proje**, 2017, s.30-32.

Ertüzün E, Karaküçük S. Sağlık inanç modeli perpektifinde sportif rekreasyon aktivitelerine bakış. **Gazi beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, 2014; 19(1-4): 1-9.

Esin NM. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. S Erdoğan, N Nahcivan ve NM. Esin (Ed.), Hemşirelikte araştırma süreç uygulama ve kritik, İstanbul: **Nobel Tıp Kitabevleri**,2014, s. 193-233.

Everitt BS, Skronal A. The Cambridge dictionary of statistics, (4th ed.), New York: **Cambridge University Press**, 2010, New York, s.94.

Field A. Discovering statistics using IBM SPSS Statistics, (5th ed.) **Sage Publication**, 2018, Canada, s. 73.

Gasalberti D. Early detection of breast cancer by selfexamination: The influence of perceived barriers and health conception. **Oncology Nursing Forum** 2002; 29 (9): 1341-1347.

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. **Jossey- Boss CO**: San Fransisco. 2002, s.105.

Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. Health promotion targeting older people. **BMC Health Services Research**, 2016; 12(91): 16-22.

Gözüm S, Çapık, C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 2014 7(3), ss: 230-237.

Gristwood J. Applying the health belief model to physical activity engagement among older adults, illuminate: a student journal in recreation. **Parks and Leisure Studies** 2011; 9(1): 59-71.

Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence, (7th ed.), St. Louis, Missouri: **Elsevier Saunders**, 2013, s. 72.

Gümüş Y, Kitiş Y. Egzersiz davranış değişimi ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliği, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 2015; 2(3): 1-19.

Gürsoy Ş. Düzenli spor yapan öğrenci gruplarında egzersizin total antioksidan kapasite ve serum lipid profili üzerine etkisi, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Malatya, 2008, s. 14.

Harrington D. Confirmatory factor analysis, New York; **Oxford University Press**, USA, 2009, pp: 21-35.

Hayden J. Motivation and behavior change. In: DeYoung S, (Eds). Teaching strategies for nurse educators. **Pearson Education**, New Jersey, 2009, s. 44- 53.

Hochbaum GM. Public participation in medical screening programs: a sociopsychological study. Washington, **Government Printing Office**, 1958, s. 96.

İbiş S, Hazar S, Gökdemir K. Aerobik ve anaerobik egzersizlerin hematolojik parametrelere akut etkisi. **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, 2010; 7(1): 70-82.

Jeihoni AK, Hidarnia A, Kashfi SM, Ghasemi A, Askar A. A health promotion program based on the health belief model regarding women's osteoporosis. **International Journal of Musculoskeletal Pain prevention**, 2016; 1(1): 7-16.

Kabiri R, Kamarumazan S, Zulnadi H. Perceived yoga exercise benefits and barriers of university students by gender: **Results of a survey research**, 2018; 4(2): 39-46.

Kafalı N. Transteoretik modele göre adölesanların egzersiz davranışları, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009, s. 29.

Kahraman G, Baş T, Akbolat M. Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2015; 6(2): 89-98.

Keleş SB. Hipertansif bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi. **Spor Hekimliği Dergisi**, 2013; 48: 119-130.

Kelley GA, Kelley KS. Evidential value that exercise improves BMI z-score in overweight and obese children and adolescents. **Biomed Res Int**. 2015. 2015; (15): 1-5).

Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. **Health Promotion International**, 2013; 28(2): 490-501.

Kutlu AK, Dıramalı A, Temiz C, Onur E, Miskioğlu M. Yatağa bağımlı hastalarda egzersizin kan değerleri ve yaşam bulguları üzerine etkisi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 2011;27 (1) : 25-36.

Lima MG, Barros MB,DA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MC. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. **Revista de Saude Publica**, 2011; 45(3): 485–493

Lök S, Lök N. Demansta fiziksel aktivite ve egzersiz. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 2015, 7(3): 289-294.

Mansour AES, El-Sayed HSM, İbrahim AW. Utilizing Health Belief Model to Enhance the Preventive Health Behavior about Osteoporosis among Young-Adult Females, **IOSR Journal of Nursing and Health**, 2017; 6(2): 11-20.

Marcus BH, Lewis BA. Physical activity and the stages of motivational readiness for change model. **President's Council on Physical Fitness and Sport Research Digest**,2003; 4: 1-8.

Marcus-Varwijk AE, Madjidian DS, Vet E, Mensen M, Visscher T, Ranchor A, Slaets J, Smith C. Experiences and views of older people on their participation in a nurse-led health promotion intervention. Community Health Consultation Offices for Seniors **PLOS ONE**, 2019; 11(3): 21-36.

Mikhail BI. The health belief model: a review and critical evaluation of the model, research, and practice. **Advances in Nursing Science**, 1981; 4(1): 65–81.

Montaño DE, Kasprzyk D. The theory of reasoned action, theory of planned behavior, and integrated behavioral model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanat K, editors. Health behavior and health education. San Francisco: **Jossey-Bass**, 2008, s. 67-92.

Nowosielski K, Hadzik A, Gorna J, Grabara M. Applying the health belief model in explaining the stages of exercise change in older adults, **Pol. J. Sport Tourism**, 2016; 23: 221-225.

O'Connor D, Crowe M, Spinks W. Effects of static stretching on leg power during cycling. **Turin**, 2006; 46(1): 52-56.

Ohuruogu B. The Contributions of physical activity and fitness to optimal health and wellness. **Journal of Education and Practice**, 2016; 7(20): 123-128).

Olgun N, Altun Z. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 2012; 19(2): 46-57.

Özçelik O, Karataş F. Şiddeti düzenli olarak artan işe karşı yapılan egzersizin obezlerde serum molandialdehid ve vitamin A,E,C düzeyleri üzerine olan etkisi, **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2008; 22(6): 337-341.

Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. **Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi**, 2013; 3(7): 48-63.

Peker AT, Zengin S. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin spor sağlık inanç düzeylerinin değerlendirilmesi. **Ekev Akademi Dergisi**, 2019;77: 45-56.

Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice (2nd Ed.). Norwalk, **Ct: Appleton & Lange**, 1987, s. 65.

Pender N, Murdaugh CL & Parsons M.A. Health promotion in nursing practice, Fifth Edition. **Pearson Education**, New Jersey, 2006; 3: 50-66

Phillips TA. Comparison of the health belief model and stages of change in exercise behavior construct in cardiac rehabilitation patients, Masters Theses. 1672, In The Graduate School, **Eastern Illinois University Charleston**. Illinois, USA,1999.

Rosenstock LM. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs** 1974; 2: 328-335.

Salmon J, Booth ML, Phongsavan P, Murphy N, Timperio A. Promoting physical activity participation among children and adolescents. **Epidemiologic Reviews**, 2007; 1:16.

Seçer İ. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri analizi, Ankara: **Anı Yayınları**, 2015. 2. Baskı s.129

Sevinç S. Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: pender'in sağlığı geliştirme modeli. **Journal of Cardiovascular Nursing** 2016; 7(14): 147-152.

Soygüden A, Cerit E. Yaşlılar İçin Egzersiz Uygulamalarının Önemi, **Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 2015; 8(1): 197-224.

Streiner D, Norman G, Cairney J. Health Measurement Scales, A practical guide to their development and use, (5th ed.), **Oxford**, UK, 2015, s. 81.

Şekerci Y. Egzersiz alışkanlığına ilişkin değişim aşamaları kavram analizi, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, 2018; 15(2): 117-122.

Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2016; 6(1): 19-29.

TC. Sağlık Bakanlığı. Türkiye fiziksel aktivite rehberi/çocuk ve ergenlerde fiziksel aktivite. **Sağlık Bakanlığı Yayınları**. Ankara, 2014.

Tavsancıl E. Measurement of attitudes and data analysis with SPSS, (5th ed.), **Nobel Akademy**, Ankara, 2014, s. 63.

Teo T. Handbook of Quantitative Methods for Educational Research. Sense Publishers, Rotterdam, **Psychometrics** Netherlands, 2013, s 51.

Thiel DM, Sayah FA, Valiance J, Johnson ST, Johnson JA. Physical activity and health related quality of life in adults with Type 2 Diabetes results from a prospective cohort study. **Journal of Physical Activity & Health**, 2017; 14(5): 368-374.)

Tümer A, Özsoy S. Fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişiminin etkisi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**,2015; 31(2): 26-39.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi/Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Türkiye. Tr/indeks.php?lang=tr (erişim: 15 Haziran 2014).

Ünsal A. .Hemşirliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik. **Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2017; 1(1): 11-28).

Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, Beunen G. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, 2005; 12: 102-114,

Velez Toral M, Godoy Izquierdo S, de Guevara NML, Galvan CDT, Ballesteros AS, Garcia JFG. Improvements in health related quality of life, cardio-metabolic health, and fitness in postmenopausal women after an exercise plus health promotion intervention: A randomized controlled trial. **Journal of Physical Activity Health**, 2017; 14(5): 336-343.

Villar O, Alvarado P, Vega M, Saucedo I, Pena G, Romero N, Alcaraz S. Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. **BMC Public Health**, 2017; 17: 229.

Vos N, Singh N, Ross D, Stavrinou T, et al . Optimal load for increasing muscle power during explosive resistance training in older adults. **The Journals of Gerontology**, 2005; 60(5): 638-647.

Williams DM, Dunsiger S, Miranda RJr, Gwaltney CJ, Emerson JA, Monti PM, Parisi AF. Recommending self-paced exercise among overweight and obese adults: a randomized pilot study. **Ann Behav Med**, 2015; 49 (2): 280-285.

Wilmore J, Knuttgen H. Aerobic Exercise and Endurance Improving Fitness for Health Benefits. **The Physician and Sportsmedicine**, 2003; 31(5): 45.

World Health Organization (WHO). Health and development through physical activity and sport, noncommunicable diseases and mental health noncommunicable. **Disease Prevention And Health**, 2003.

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. (Erişim: 30.5.2019).

World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. Geneva: **World Health Organization**; 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> Erişim tarihi: 11.6.2019

World Health Organization. **WHO definition of Health**, 1984. www.who.int/about/definition/en/print.html (Erişim:20.9.2019)

Yılmaz F, Yıldırım Sarı N. İB. International üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini etkileyen etmenler. **Refereed Academic Social Sciences Journal Spring**, 2012; 3(4): 146-173.

ÖZGEÇMİŞ

2015 yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Fakóltesinden mezun oldu. 2017 yılında Pmukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksekisansa baőladı. 2016 yılından itibaren Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi hemşiresi olarak çalışmaktadır.

EKLER

EK 1

Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Bilgi Form

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz?.....

1.Kadın 2. Erkek

3.Medeni Durumunuz?

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

4. Çalışma durumuz?

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

5. Gelir durumunuz nedir?

1. Gelir giderden az 2.Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

6. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

7. Egzersiz yapma sıklığınız?

1. Her gün düzenli olarak

2. Haftada 1-2 kez

3. Düzensiz

4. Diğer

8.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

9.Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1. Çok iyi 2. İyi 3.Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

EK 2 – EGZERSİZ SAĞLIK İNANÇ ÖRNEĞİ

Aşağıdaki soruları kendinize en uygun kutucuğa "X" koyarak yanıtlayınız.

	hiç	biraz	oldukça	sık sık	çok fazla
1.Sağlığınızla ne kadar ilgilisiniz?					
2.Sağlığınızı ne kadar düşünüyorsunuz?					
3.Sağlığınıza ne kadar dikkat ediyorsunuz?					
4. Kalp krizi geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
5. Felç geçirmek ne kadar ciddi bir durumdur?					
6. Kanser olmak ne kadar ciddi bir durumdur?					
7. Egzersiz yapmanın yüksek tansiyondan korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
8. Egzersiz yapmanın diyabetten korunmanıza [ya da diyabeti kontrol altına almanıza] ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
9. Egzersiz yapmanın kalp krizlerinden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
10. Egzersiz yapmanın felçten korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
11. Egzersiz yapmanın kanserden korunmanıza ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
12. Sizce egzersiz yapmak sizi kilo almaktan ne kadar korur?					
13. Egzersiz yapmanın sağlığınızın daha iyi olmasında ne kadar yardımcı olacağını düşünüyorsunuz?					
14. Gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
15. Daha iyi bir sağlığa sahip olmak için egzersiz yapmanın bedelini [zaman harcamak ve tembelliği bırakmak gibi] ödemeye değer mi?					
16. Daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmak için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
17. Daha uzun yaşamak için egzersiz yaparak bedel [zamana ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
18. Daha iyi görünmek için egzersiz yaparak bedel [zaman ayırmak ve tembelliğin üstesinden gelmek gibi] ödemeye değer mi?					
19. Egzersiz yapmanın zor olduğunu düşünsem de, gelecekte hastalıklardan korunmak için egzersiz yapmaya değer.					

	Hiç düşünmüyorum	Hasta olabileceime ihtimal vermiyorum	Olabilirim diye düşünüyorum	Büyük ihtimalle olacağımı düşünüyorum	Kesinlikle olacağımı düşünüyorum
20.Yüksek tansiyon hastası olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
21.Diyabet (şeker hastası) olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
22. Kalp krizi geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
23. Felç geçirebileceğinizi düşünüyor musunuz?					
24. Kanser olabileceğinizi düşünüyor musunuz?					
25. Kilo alabileceğinizi düşünüyor musunuz?					

EK 3 - PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/8330
Konu :Başvurumuz hk.

01/02/2018

Sayın Doç. Dr. Asiye KARTAL

İlgi :19.01.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Egzersiz Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği" konulu çalışmamız 30.01.2018 tarih ve 03 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK 4 – ISPARTA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 80565742-771
Konu : Müge Demet YILMAZ'ın Araştırma
İzin Talebi

DENİZLİ PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 09/03/2018 tarihli ve 38113317 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı dilekçeniz incelenmiş olup, araştırma talebiniz; hasta mahremiyetine dikkat edilerek, hastanın kimlik, iletişim ve kişisel bilgilerinin herhangi bir yerde yayınlanmaması, kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan ve yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacının dışında paylaşılması kaydı ile tarafımızca uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
İsmail AKMAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

İsparta İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik ve Bilgi İşleri Birimi

Bilgi için Nazlı YENER

Faksa No:

Ursan TIBBİ TEKNOLOJİ

e-Posta adresi: yener@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: nazli.yener@sağlık.gov.tr

Tel: 0 (246) 211 96 16

Doküman elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7c62214d-6f9f-4346-8a1e-08c3756ad817 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre görevli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5 – ÖLÇEĞİN KULLANIM İZİNİ

Gönderen: Oscar Armando Esparza Del Villar <oesparza@uacj.mx>
Gönderildi: 9 Kasım 2017 Perşembe 21:48
Kime: müge <m_demet_y@hotmail.com>
Konu: Re:

Hello,
Thank you for sending the email and for your interest in using the scale.
I authorize the use of the exercise health belief model scale to be used in your thesis.
I wish you the best.
Oscar A. Esparza

Obtener [Outlook para Android](#)

De: müge
Enviado: Jueves, 9 de noviembre 8:50 AM
Asunto:
Para: Oscar Armando Esparza Del Villar

Dear writer i read your work about exercise health belief model scale (totaly name is factor structure and internal reliabiy of an exercise health belief model scale in a Mexican pupulation) in literature wiht a big interest.If you give your permission i want to use exercise belief model scale in my thesis for Turkey(for validity and reliability).i am appreciate for that.Sincerely,