



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE
DÜZEYLERİNE GÖRE İRDELENMESİ

ZEYNEP SENEM SÖYLEYİCİ

BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

TEMMUZ 2018



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNE GÖRE
İRDELENMESİ**

Zeynep Senem SÖYLEYİCİ

**DOKTORA TEZİ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2018

Zeynep Senem SÖYLEYİCİ tarafından hazırlanan "Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre irdelenmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Erdal ZORBA

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Gazi Üniversitesi

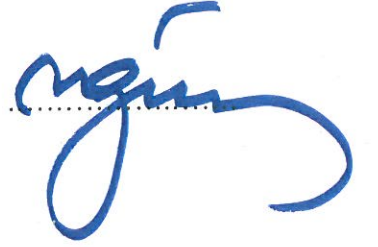
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Mehmet GÜNAY

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Gazi Üniversitesi

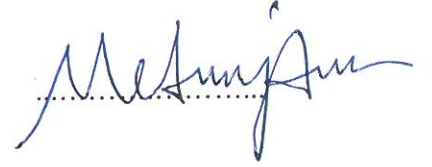
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Prof. Dr. Metin YAMAN

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Prof. Dr. Özcan SAYGIN

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Dr. Öğretim Üyesi Olcay SALİCİ

Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 04/07/2018

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Zeynep Senem SÖYLEYİCİ

04/07/2018

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNE GÖRE İRDELENMESİ

(Doktora Tezi)

Zeynep Senem SÖYLEYİCİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2018

ÖZET

Bu çalışmada; üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya Süleyman Demirel Üniversitesi beş farklı fakültede öğrenim gören toplam 545 öğrenci gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmada Walker ve ark.(1996) tarafından geliştirilen Bahar ve ark. (2008) tarafından yılında Türkçeye uyarlama çalışması yapılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” ve fiziksel aktivite düzeyleri belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA -International Physical Activity Questionnaire) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22 paket programında analiz edilmiştir. İkili karşılaştırmalar için; Mann-Whitney U testi, çoklu karşılaştırmalar için ise Kruskal Wallis testleri kullanılmış ve ortaya çıkan farkın nedenini anlamak için post-hoc testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman’s korelasyon testlerinden faydalanılmıştır. Yapılan analizler doğrultusunda; erkek öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı $129 \pm 21,32$ iken, kız öğrencilerin $125 \pm 18,7$ olduğu belirlenmiştir ve bunun anlamlı bir fark oluşturduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Katılımcıların toplam MET puanı arttıkça; fiziksel aktivite oranlarının anlamlı derecede arttığı bulunmuş olup, bunun yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarının, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarında yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık sahibi olmanın; öğrencilerin fiziksel aktiviteye katılmasına olumsuz etki ettiği ve bunun yanı sıra tırnak yemenin, yoga yapmanın, uyku sürelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Ayrıca; araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları arttıkça fiziksel aktiviteye daha fazla yöneldikleri, bisiklete binmenin sağlıklı yaşam biçimi için önem arz ettiği, günde içilen sigara miktarı azaldıkça kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarında anlamlı bir negatif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bilim Kodu : 1301

Anahtar Kelimeler : Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, üniversite öğrencisi

Sayfa Adedi : 115

Danışman : Prof. Dr. Erdal ZORBA

EXAMINING THE HEALTHY LIFE BEHAVIORS OF UNIVERSITY STUDENTS
ACCORDING TO PHYSICAL ACTIVITY LEVELS

(Ph. D. Thesis)

Zeynep Senem SÖYLEYİCİ

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

July 2018

ABSTRACT

In the present study, the purpose was to examine the healthy lifestyle behaviors of university students according to their physical activity levels. A total of 545 students who studied at 5 different faculties of Süleyman Demirel University participated voluntarily to the study. The “Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II”, which was developed by Walker et al. (1996) and which was adopted into Turkish by Bahar et al. (2008); and the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) were used to determine the physical activity levels of the participants. The data that were collected in the study were analyzed with the SPSS 22 Package Program. For paired comparisons, the Mann-Whitney U-test was used; and for multiple comparisons, the Kruskal Wallis test was used in the study. In order to determine the reason of the difference, the Post-Hoc Test was used; and to determine the relations among the variables, the Spearman’s Correlation Test was used. In line with the analyses, it was determined that the healthy lifestyle behavior total score of the male students was $129 \pm 21,32$; and that of the female students was $125 \pm 18,7$, which meant there was a significant difference ($p < 0.05$). It was also determined that as the MET score of the participants increased, so did the physical activity rates at a significant level. It was determined that the healthy lifestyle behavior total scores were high at stress management and spiritual development sub-dimensions. It was determined that having a chronic disease had a negative effect on the participation of the students to physical activity; and in addition, biting nails, doing yoga, and sleep durations did not have any significant effects on healthy lifestyle behaviors. Additionally, it was also determined that as the ages of the students who participated in the study increased, they were directed towards physical activity more; cycling was important for a healthy lifestyle; and as the cigarette smoked a day decreased, there appeared a negative and significant relation in the total scores of healthy lifestyle behaviors, interpersonal relations and health responsibility dimensions.

Science Code : 1301

Key Words : Healthy lifestyle behaviors, physical activity, university student

Page Number : 115

Advisor : Prof. Dr. Erdal ZORBA

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bana her desteği veren ve yol gösteren değerli danışman hocam Prof.Dr. Erdal ZORBA'ya, Prof. Dr. Özcan SAYGIN'a tüm çalışma evrelerinde emeği geçen, yardımlarını esirgemeyen ve her daim fikirlerini paylaşan Süleyman Demirel Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi'nden Dr. Öğr. Üyesi Olcay SALİCİ'ye, hayatımın her aşamasında yanımda olan kıymetli arkadaşım Sabahat ÇOKYAŞA'ya ve en önemlisi her zorluğu aşıp bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan annem Selma SÖYLEYİCİ ve babam Tarık SÖYLEYİCİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlıklı Kavramı	7
2.2. Sağlığın Korunması	8
2.2.1. Birincil koruma.....	8
2.2.2. İkincil koruma.....	9
2.2.3. Üçüncül koruma	9
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi	10
2.3.1. Sağlığı geliştirme modeli.....	11
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	12
2.4.1. Sağlık sorumluluğu.....	14
2.4.2. Fiziksel aktivite.....	15
2.4.3. Beslenme	16
2.4.4. Manevi gelişim	17
2.4.5. Kişilerarası ilişki.....	18
2.4.6. Stres yönetimi	19
2.5. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	20
2.6. Fiziksel Aktivite.....	21
2.7. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler.....	22

	Sayfa
2.8. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkisi	24
2.9. Fiziksel Aktivite Şiddetinin Ölçülmesi.....	25
2.10. Fiziksel Aktivitenin Frekansı.....	26
2.11. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi.....	27
2.12. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi.....	27
2.12.1. Kriter yöntemleri.....	29
2.12.2. Objektif yöntemler	30
2.12.3. Subjektif yöntemler.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Modeli.....	35
3.2. Evren ve Örneklem	35
3.3. Veri Toplama Araçları	35
3.3.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II.....	36
3.3.2. Uluslararası fiziksel aktivite anketi (UFAA).....	37
3.4. İstatistiksel Analiz.....	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ.....	85
KAYNAKLAR	89
EKLER.....	107
EK-1. Etik Kurul Raporu	108
EK-2. Anket	109
ÖZGEÇMİŞ	113

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Koruma düzeyleri.	9
Çizelge 2.2. Fiziksel aktivitenin sıklığı, süresi ve şiddeti ile ilgili görüşler	27
Çizelge 2.3. Fiziksel Aktivite ve Enerji Tüketimi Değerlendirme Yöntemleri	28
Çizelge 4.1. Araştırma grubunun cinsiyet, fakülte ve sınıf dağılımları	39
Çizelge 4.2. Araştırma grubunun fakültelere göre cinsiyet dağılımları	39
Çizelge 4.3. Araştırma grubunun gelir, konaklama ve ulaşım dağılımları	40
Çizelge 4.4. Araştırma grubunun beslenme tercihleri ve uyuma sürelerinin dağılımları	41
Çizelge 4.5. Araştırma grubunun psikolojik yardım, tırnak yeme alışkanlıkları, meditasyon ve yoga yapma dağılımları.	41
Çizelge 4.6. Araştırma grubunun kronik rahatsızlık dağılımları	42
Çizelge 4.7. Araştırma grubunun çalışma sektör dağılımları	42
Çizelge 4.8. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma dağılımları	43
Çizelge 4.9. Araştırma grubunun fakültelere göre alkol ve sigara içme dağılımları	44
Çizelge 4.10. Araştırma grubunun fakültelere göre adet sigara içme dağılımları	45
Çizelge 4.11. Araştırma grubunun lisanslı olarak spor yapma dağılımları.....	47
Çizelge 4.12. Araştırma grubunun cinsiyetlere göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	48
Çizelge 4.13. Araştırma grubunun çalışma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	48
Çizelge 4.14. Araştırma grubunun kronik hastalık durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	49
Çizelge 4.15. Araştırma grubunun spor yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	50
Çizelge 4.16. Araştırma grubunun lisanslı spor yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	50
Çizelge 4.17. Araştırma grubunun meditasyon yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	51

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.18. Araştırma grubunun yoga yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	52
Çizelge 4.19. Araştırma grubunun psikolojik destek alma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	52
Çizelge 4.20. Araştırma grubunun tırnak yeme alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	53
Çizelge 4.21. Araştırma grubunun sigara içme alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	54
Çizelge 4.22. Araştırma grubunun alkol kullanma alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	55
Çizelge 4.23. Araştırma grubunun beslenme tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	56
Çizelge 4.24. Araştırma grubunun fakülte dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	57
Çizelge 4.25. Araştırma grubunun sınıf dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	59
Çizelge 4.26. Araştırma grubunun aylık harcama dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	60
Çizelge 4.27. Araştırma grubunun kampüse ulaşım dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	61
Çizelge 4.28. Araştırma grubunun kampüs içi ulaşım dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	62
Çizelge 4.29. Araştırma grubunun konaklama dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	63
Çizelge 4.30. Araştırma grubunun psikolojik destek alma tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	64
Çizelge 4.31. Araştırma grubunun uyku süreleri dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	65
Çizelge 4.32. Araştırma grubunun MET sınıflarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	66
Çizelge 4.33. Araştırma grubunun BKİ sınıflarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi	67
Çizelge 4.34. Araştırma grubunun çeşitli değişkenlerinin toplam MET puanlarına göre SYBDÖ korelasyon analizi	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
AET	Aktif Enerji Tüketimi
BKI	Beden Kütle İndeksi
CHO	Karbonhidrat
EKG	Elektrokardiografi
MET	Metabolik Eşdeğer
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
UFAA	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

1. GİRİŞ

Sağlık; bireyin, toplumu oluşturan ailenin sağlığını koruyan, sürdüren, geliştiren, kişiyi merkeze alan sağlıklı bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış, bireyin iyilik halini koruyup, sürdürecekt ayrıca geliştirecek davranışlar kazanmasına, bedenine sahip çıkmasına ve sağlığına ilişkin doğru kararlar almayı sağlamaya temellendirildiği bilinmektedir [191, 192].

Sağlık davranışı kişinin sağlıklı olmak için uyguladığı faaliyeti ve kendini iyi hissettiği dönemde hasta olmanın önüne geçen davranışların tümüdür [42]. Sağlığı geliştirme davranışı ise; sahip olunan hastalığın ilerlemesinin önüne geçmek ve sağlığı geliştirmek için uygulanan hareketlerin tümünü içermektedir. Bu davranışlarduyuşsal ve bilişsel eylemleri, fiziksel aktivite, beslenme, düzenli yaşam tarzı, olumlu bir tutum sürdürme, sağlık sorumluluğu davranışları, kişilerarası destek alma ve arama gibi faaliyetleri kapsayabilir [199].

Sağlıklı olma hali, kişinin mutluluğunda öncelik taşıyan bir ögedir. Sağlık genel olarak kendiliğinden var olan bir durum olarak algılanmaktadır. Oysaki sağlıklı olmak için çaba göstermek gerekir [17]. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin %40-50'sinin sağlıksız hayat tarzından oluştuğunu bildirmektedir. Bu durum; sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini göstermektedir [190]. Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilen tüm faaliyetlerini kontrol altında tutması, günlük aktivitelerini belirlerken kendi sağlığına uygun davranışları belirleyerek düzenlemesi olarak ifadenmektedir [44]. Sağlıklı yaşam biçimi için; iyi beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite en önemli unsurlar içerisinde [42].

Yaşam boyu fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam biçiminin mühim bir kıstasıdır. Düzenli fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalıkları, obeziteyi önleyerek bazı sağlık sorunlarının meydana gelmesinin önüne geçmekte, bazı kanser türlerinin önlenmesi ve tedavisinde rol oynamakla birlikte bireyin hayata pozitif bakarak stresle baş çıkmasına yardımcı olur [194,195,196]. Fiziksel aktivitenin bu etkileri ışığında birçok gelişmiş ülkede fiziksel aktiviteye katılımı özendirmek, toplum sağlığının başlıca hedefleri arasında yer almıştır.

Hareketsiz yaşam biçimi ve sağlıksız yaşam hayat tarzının birçok hastalığı beraberinde getirdiği ve tedavi hizmetlerinin maliyetini arttığı bilinmektedir. Oysaki eğitim ile koruyucu

alışkanlık ve hizmetlerle bu sorunların birçoğu eksiltilebilir. Fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam biçiminin temel faktörü olduğu bilinmekte, fiziksel aktivite düzeyi yüksek bir toplumun sağlık harcamalarının ciddi boyutta azaldığı söylenebilir [119].

Hareketli bir yaşam biçimi insanoğlunun yaşamını uzatan önemli bir unsur olarak görülmüştür. Düzenli yapılan fiziksel aktivite erken ölümlerin önüne geçmekte, bireyin yaşam kalitesinin yüksek olarak devam ettirmesine destek olmakta [3] ve artan endorfinin pozitif duygu duruma öncülük ettiği söylenmektedir [197].

Üniversite yaşamı kişilerin hayatında birtakım farklılaşmanın olduğu bir süreçtir. En önemlisi üniversiteye yeni başlayan gençlerin birçoğu ilk defa ailelerinden uzaklaşarak bu sürece katılmaktadır. Bu süreçteki alışkanlıkların çoğu bireyin sonraki yaşamına da yön vermektedir [112]. Üniversite; mesleki eğitimle birlikte kişilik gelişiminde, kişisel yaşamda ayrıca sağlık davranışlarında da farklılaşmalara sebep olmaktadır. Bu farklılaşma özellikle sağlıklı tutum ve davranışlar yönünden önemlidir çünkü öğrencinin sağlıklı ilgili tutumları kişisel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir. Bir toplumun sağlık düzeyi, sağlıklı kişilerin fazlaca olmasıyla ölçülür [20, 193].

Türkiye’de nüfusun yaklaşık dörtte birini gençler meydana getirmektedir. Genç nüfusa bakıldığında, gelecek toplumunun sağlıklı bireylerden oluşması için bu yaş grubuna yönelik planlanacak uygulamalarda genel toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Gençler, sağlık davranışına yönelik sahip oldukları potansiyeli değerlendirme, sağlık davranışını denetleme, sağlıkları ile ilgili durumlara yönelik sorumluluk alma, kendi kendi başına karar verme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseme gücüne sahiptir [45,198]. Sahip oldukları bu güç sayesinde gençler, kendileri ile ilgili doğru kararlar alarak sağlığa zararlı tutumlar yerine, sağlığı güçlendirici seçimler yapabilir [198].

Buradan yola çıkarak bu çalışmada; üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Problem durumu

Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre farklılık olup olmadığı sorusuna cevap aranmıştır.

Alt problemler

1. Cinsiyet değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
2. Kronik hastalık değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
3. Çalışma durumu değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
4. Spor yapma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
5. Meditasyon ve yoga yapma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
6. Psikolojik destek alma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
7. Tırnak yeme değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
8. Sigara ve alkol içme değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
9. Beslenme tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
10. Fakülte ve sınıf değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
11. Aylık harcama değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
12. Ulaşım tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
13. Konaklama tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?

14. Uykü süreleri değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
15. BKI sınıfları değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
16. Yaş değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık var mıdır?

Araştırmanın amacı

Bu araştırmada; üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın önemi

Sağlıklı bir hayat sürdürebilmek, kişinin hayatındaki en önemli amaçları arasındadır. Yaşam boyunca insanların tercihlerine yön veren davranışlar, hem kişinin hem de toplumun aynasıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kişilerin psikolojik, fiziksel ve sosyal gelişimi destekleyici etkinliklerle sağlanmaktadır. Bireyin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol altında tutması ve bu konuda istek duyması gerekmektedir. Sağlığı geliştiren davranışların ilk basamakları arasında fiziksel aktivite gelmektedir. Hareketsiz hayatın ve sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının şişmanlıktan, kalp ve dolaşım sistemi, ruh sağlığı sorunlarına kadar birçok hastalığı beraberinde getirdiği söylenebilir. Üniversite öğrencileri genç nüfusun büyük bir kısmını meydana getirmektedir. Bu dönemdeki öğrenciler ebeveynlerinden ayrılarak yeni bir yaşama geçiş yaparak düşüncelerinde, sosyal ilişkilerinde ve bedenlerinde değişiklikler oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerinin büyük bir kısmı sağlığı geliştirme davranışlarını fazla önemsemedikleri, sigara içme, alkol ve madde kullanma, yetersiz fiziksel aktivite ve beslenme bozuklukları gibi davranışsal sağlık riskleri sergilediklerini bilinmektedir. Bu nedenle üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları incelenmesi, eksik yönleri desteklenmesi ve hareketli bir yaşama teşvik ederek fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak toplum sağlığı açısından önemlidir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma verileri, 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'nde öğrenim gören 235 erkek ve 310 kadın olmak üzere toplam 545 öğrenci katılımıyla sınırlandırılmıştır.

- Bu araştırma, ulaşılabilen kaynaklardan elde edilen bilgiler ile sınırlandırılmıştır.
- Araştırmada elde edilecek veriler kullanılan ölçek sorularıyla sınırlandırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Kavramı

Sağlık kavramındaki anlayış çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda bilimin günden güne ilerlemesiyle birlikte sürekli bir değişime uğramış son 40 yıldır sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olmuştur [9].

İnsanlığın başlamasından itibaren sağlık, en üst seviyede iyilik durumundan yaşamın sonlanmasına kadar süren farklı düzeyleri kapsayan bir durumdur [7]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı tanımlarken; sadece mikrop ve hastalıklardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan tam anlamıyla iyi olma hali ifadesini kullanır [1].

Sağlık; fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bir bütündür ve birçok faktörün etkisi altındadır [8]. Yaşadığımız çağda duygusal, ruhsal, entelektüel, toplumsal, mesleki ve fiziksel olarak sağlıklı olma hali olarak tanımlanabilir [1]. Hayatta biyolojik faktörler ve çevre ile birlikte, bireyin sağlık durumu önemli bir etmendir. Bir toplumun bireysel yaşamı, sosyo-ekonomik statüsü, çevre kalitesi, eğitimi, fiziksel aktiviteye katılımı o toplumun sağlık durumunun belirlenmesi için çok önemli faktörlerdir [14]. Bu kavram; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olmakla birlikte, sağlığı etkileyen en önemli faktör çevre koşulları ve genettir [10]. Canlılardaki yaşamsal özelliklerin tamamı; göz rengi, boy uzunluğu, ten rengi gibi kuşaktan kuşağa aktarılmasına kalıtım denir [11]. Başka bir tanıma göre; organizmaların farklı kuşaklarında meydana gelen, benzerlik ve farklılıkları inceleyen ve bunların anlamını inceleyen bilim dalına genetik denir [13]. Bireyin ailesinden geçen, doğuştan gelen özelliklerdir ve bundan dolayıdır ki kişi genetik faktörünü değiştiremez ancak uygun bir çevre ile genetiksel yeteneklerini değiştirebilir. Çevresel faktörlerden kastedilen; eğitim, fiziksel çevre, kültürel, barınma, giyim ve beslenme farklılıklarıdır. Bu faktörler, kişinin hayatını yön verir, bu özelliklerden birinin olmayışı kişinin dolayısıyla toplumun sağlık durumu üzerinde olumsuz etki oluşturur [12, 10].

Bireyin sağlıklı olma durumu; aktif bir yaşam sürmesi, her hastalığın alt yapısını oluşturan stresle başa çıkabilmesi, yeterli ve dengeli beslenebilmesi, kişiler ile pozitif ilişkiler kurabilmesi, ruhsal açıdan incelendiğinde hayatta bir yaşam amacının olmasıdır. Joyce Travelbee sağlığı objektif ve subjektif sağlık komponentleriyle tanımlamıştır [18, 19].

Objektif sağlık; laboratuvar testleri, tanı testleri, fizik muayene ve doktor mayenesi sonucunda yetersizlik, eksiklik ya da fazlalık, hastalık veya bir bozukluğun olmamasıdır.

Subjektif sağlık; kişinin sosyal, ruhsal ve fiziksel yönden kendisini nasıl hissettiğidir. Bu doğrultuda kişi hasta olmadığı halde hasta veya hasta olduğu halde sağlıklı hissine kapılabilir. Kişinin sağlıklı olması için; objektif açıdan sağlıklı olması ve sübjektif olarak kendini sağlıklı algılaması gerekir [19, 20, 21].

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlık evrensel bir terimdir ve her kişinin temel insanlık hakkıdır. Sağlığı koruma kişinin kendi sağlığını korumak için gerçekleştirdiği uygulamaları ve sağlık durumunu bozan davranış içerisinde girmeme ya da sakınmayı ifade etmektedir [19, 22].

Sağlığı koruma; bireylere istedikleri elde edilebilir maksimum sağlık düzeyine ulaşmaları için eşit fırsatlar sunar bu da halk sağlığı olanakları ve çevresel sağlığı koruma alanında programlar, yasalar, aktiviteler ve yasalar ile mümkündür. Modern halk sağlığı yaklaşımı:

- Radyasyona, çevresel zararlara ve kimyasallara karşı önlem alma ve koruma
- Enfeksiyon hastalıklarına karşı önleme ve kontrol etme üzerinde durulur.

Sağlığı koruyucu davranışlara; diş fırçalama, emniyet kemeri takma, alkol ve sigara kullanmama, banyo yapma, aşılama gibi örnekler verilebilir. Bu ve bunun gibi davranışlar hastalık riskinin oranı azaltılır. Sağlığı koruma ile güvensiz davranışlarda bulunma ve çevresel zararlarla karşılaşma oranını azaltmak amaçlanır [23, 24].

Sağlığın korunmasına yönelik önlemler; birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç aşamada incelenir.

2.2.1. Birincil koruma

Sağlığın geliştirilmesine ve koruyucu önlemleri kapsamaktadır. Sağlığı koruyucu, hastalıklar meydana gelmeden önce önleyici ve yaşam kalitesini yükselten hareketler ve uygulamalar bütünüdür [19]. Sağlıklı konut ve uygun çalışma alanları sağlanması, hijyen önlemlerinin alınması, stresle başa çıkma, dengeli ve yeterli beslenme, temiz su sağlanması,

sağlık eğitimi, kişisel hijyen önlemleri, kazalara karşı önlem alma, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo ekonmik koşulların düzeltilmesi gibi örnekler verilebilir [19, 21, 25].

2.2.2. İkincil koruma

Kişilerin, ailelerin ve toplumun en üst seviyede sağlık durumunun korunmasını sağlayarak, hastalıklar meydana gelmeden gelişmesinin önüne geçer ve presemptomatik evrede yapılan taramalarla veya hastalığın başlangıç evresinde yapılan koruma hizmetleridir. İkincil korumadaki amaç; erken teşhis ile tedavi etmek ve hastalığın kronikleşmesinin önüne geçmektir [12, 26]. Kan şekeri takip etmek, kendi kendine meme muayenesi, kemik mineral dansitesinin ölçümü ikincil koruma kapsamına girecek örnekleridir [27].

2.2.3. Üçüncül koruma

Kronik hastalığı olan bireylerin durumlarının kötüye gitmesinin önüne geçerek [23], hastalıkların tekrarından, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan korunmaya yönelik hizmetlerin tümüdür [28].

Hastalığın gelişmesinin önüne geçmek değil, hastalığın sonucunda kişide meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler oluşan sakatlığın, bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerini en az seviyede tutmaktır. Üçüncül koruma kişinin sosyal uyumunu sağlayacak önlemleri ve bedensel sakatlığın olumsuz etkilerini gidermeyi kapsamaktadır; bunlar medikal rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyondur [29].

Çizelge 2.1. Koruma düzeyleri [30].

Sağlık Durumu	Koruma Önlemleri	Hizmet Grupları	Uygulama Yeri
Sağlıklı Kişi	Birincil Koruma Sağlığı Geliştirme Bireysel çabalar, sağlık eğitimi, olumlu çevre, yeterli ve dengeli beslenme, kişisel hijyen, aile planlaması Özel Koruyucu Önlemler Biyolojik-kimyasal profilaksi Kazalardan, karsinojenlerden korunma, Sanitasyon Vektörlerin yok edilmesi Genetik denetleme Sosyo-ekonomik destek	Gebe Bebek Ergen Yaşlı Yoksul	Ev Okul Endüstri Sanayi
Hasta Yaralı	İkincil Koruma Hastalıkların gelişmesini sınırlamak, Erken sağaltım	Birey Aile Toplum	Hastane
Az Görülen Hastalık Yaralanma Kronik Hastalık	Üçüncül koruma Rehabilitasyon, Readaptasyon, Komplikasyonların önlenmesi, Uğraş terapisi, Ölümcül hastalıklarda destek ve bakım	Birey Aile Toplum	Toplum Okul

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığa yönelik herhangi bir yaşam durumu ve davranış için, eğitimi temel alan çeşitli organizasyonlarla beraber çevresel, politik ve ekonomik birçok faktörün birleşiminden oluşmakla beraber, bireyin sağlıkları üzerinde kontrollerini yükseltmeyi ayrıca sağlıklarını geliştirmeyi olanaklı kılan sürece sağlığı geliştirme denir [31]. Sağlığı geliştirme kavramı ilk kez 1974 yılında Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde tarafından gündeme gelmiştir [32].

Sağlığı geliştirme kavramı

- Kronik hastalıkların artması,
- Bireylerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma arzularının artması,
- Ekonomik, sosyal, kültürel, biyolojik ve çevresel faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebileceği gibi, olumsuz anlamda da zarar verebileceği,
- Bireylerin sağlık-hastalık ilişkisinde yaşam davranışlarının önemli bir paya sahip olduğu,
- Sağlık eğitimi ile ilgili geleneksel stratejilerin etkilerinin sınırlı olması
- Yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesine olan ilginin her geçen gün artması nedeniyle ortaya çıkmıştır [19, 22, 32].

Sağlığın geliştirilmesi bireylerin optimal sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam biçimlerini farklılaştırmalarına yardım eden bilim dalıdır. Optimal sağlık; duygusal, fiziksel, sosyal, entelektüel ve spiritüel açıdan tam iyilik halidir ve yaşam tarzı değişiklikleri, davranışların değiştirilmesi, farkındalığın sağlanması ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi faaliyetler aracılığıyla sağlanabilir. Burada en büyük ve kalıcı etkiyi sağlayan; sağlığı etkileyen çevrelerdir [33,34]. Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, öz bakım, madde kullanımı kontrolü, sosyal alanda; aileler, arkadaşlar, toplumlar, duygusal alanda; duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi, spiritüel alanda; umut, yardımseverlik ve sevgi kavramları yer alır [34, 38].

Sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir;

1. Sağlığı geliştirmede aracı olma,
2. Destekleyici çevre yaratılması,
3. Toplumun faaliyetlerinin güçlendirilmesi,
4. Kişisel becerilerin güçlendirilmesi,
5. Sağlık hizmetlerinin tekrardan düzenlenmesi [35].

Sağlığın geliştirilmesine yönelik, sosyal adalet ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçlarında sıkıntı yaşamamaları, politik, ekonomik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartıdır [36]. Herkes için sağlığı geliştirme çabalarının başarıya ulaşması için yapılacak en önemli uygulamanın toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması olduğu söylenmektedir [37].

2.3.1. Sağlığı geliştirme modeli

Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam şekline uyum ve devamı için, bilgi ve yetenek sağlayarak, bunları kişilere yönlendirme, sportif sağlıklı bir yaşam çevresi geliştirmeyi içerir [39]. 1982-1984 yılları arasında Pender tarafından düzenlenmiş olan model sağlıkla ilgili davranışları etkileyen unsurların temeli olarak ifade edilmektedir. Model bir kavram ya da düşüncenin kuramsal olarak açıklanmasını ve bu durumların uygulama yollarını içine alır [40].

Sağlığı geliştirme modelinin temel kavramları incelendiğinde model üç temel değişkenden oluşmaktadır;

- Bireysel özellikler ve deneyimler
- Davranış çıktısı
- Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri

Sağlığı geliştirme modeli 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından modeldeki değişkenler ve aralarındaki ilişkiler gözden geçirilerek üç madde daha eklenmiştir;

- Aktivite ile ilgili etkiler,
- Acil gereksinimler ve öncelikler,
- Davranışa karar verme [41].

Model; kişilere olumlu sağlık davranışları kazandırılarak sağlıklı yaşam biçimini oluşturmaktır ki böylelikle sağlıklı aileler, sağlıklı toplum oluşturmaktır [42]. Sağlık hedeflenmekte ve ulaşılması gerekmektedir. Model kişilere sağlığı geliştirici tutumların nasıl kazandırılacağı konusunda yol gösterir. Kişinin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekli olduğu üzerinde duran model aynı anda toplumun geneli için planmıştır [43, 44].

Toplumların sağlık seviyesi, sağlıklı bireylerin çoğalmasıyla ölçülmektedir. Her bireyin temel haklarından olan sağlıklı olma hali, sağlığın korunması ve sürdürülmesi sağlığın geliştirilmesinin esasını teşkil etmektedir. Kişiler sağlıklı davranışlar geliştirmede sorumluluklarını bilmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşamlarına oturtmalıdırlar [45, 46, 47]. Sağlığı geliştirme, kişinin sağlık düzeylerini arttırabilme ve kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Fakat sağlığın korunması ve geliştirmesinden kişiye sadece sorumluluk yüklemenin yetersiz olduğu aşikardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireysel tercih olmanın ötesinde sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır [15, 16].

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bir hastalık sonrası yaşam biçimini değiştirmekten ziyade kişinin sağlığını sürdürmek ve hastalıklardan korunmak amacı ile uyguladığı davranışlara sağlıklı yaşam biçimi denir [48]. Tıp ve sağlık hizmetleri tarihi incelendiğinde, önce hasta bireyleri iyileştirmeyi hedefledikleri daha sonra bu hastalıklardan korunmak için çözüm yolları aradıkları tespit edilmiştir. Bireyleri hastalıklardan koruyan ve hayatları süresince sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Bu uygulamaların tümüne ‘Sağlıklı yaşam biçimi’ adı verilmektedir [52, 53].

Bilim ve teknolojinin hızlı ilerlemesiyle beraber insan yaşamı kolaylaşmıştır. Bu durumun getirilerinin olduğu kadar olumsuz etkileri de gözlenmektedir [49]. Bu ilerlemelerin bireyin yaşamını kolaylaştırmasının, üretkenliğinin olumlu yönde etkilemesine karşın yoğun iş temposu, sosyokültürel yapı, toplumsal bağlar ve maddi yetersizliklere ilişkin güçlüklerin stres seviyesini yükselttiği üzerinde durulmaktadır. Stres düzeyinin artması ise birçok hastalığa davet çıkartmaktadır. Günümüzde sağlıklı yaşama biçimi davranışları ile direkt ilişkili koroner kalp hastalıkları, obezite, hipertansiyon, diyabet ve kanser hastalıklarının yaşamın yitirilme nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir [49, 50].

Sağlıklı bir yaşam için; hayatı kontrol altında tutup, yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyumsuzlukları çözümleme yeteneğinin, etkin olarak iletişimde bulunma ve aktif müdahalede bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir [51].

Pender'e göre ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı, bireyin aldığı eğitim, sosyo-ekonomik durumu, spor yapma alışkanlığı, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, stres faktörleri ile baş etme becerileridir [44]. Dünya sağlık örgütüne göre, gelişmekte olan ülkelerin ölümlerinin %40-50'sinin, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak meydana gelen rahatsızlıklardır [54]. Bu rahatsızlıkların ortaya çıkmasında bireyin kendi sağlık algısı ve bunu davranışlarına yansıtmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, kişilerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve hayat tarzlarından kaynaklandığı belirtilmektedir [55]. Ölüm sebepleri incelendiğinde ilk sıralarda kronik hastalıklar yer alır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında ciddi bir ilişki olduğunu göstermektedir [56].

Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışı kazanılması gerekmektedir. Bu nedenle insanlar daha iyi sağlık düzeyine kavuşma çabasında olmalıdır [57]. Sağlık eğitimi açısından davranış önemli faktördür. Sağlığı davranışı olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki ana sütunda incelenmektedir [45]. Aşırı alkol tüketimi, fast food türü beslenme, sigara kullanımı, aşırı yağlı yemek tüketimi sağlığa zarar veren davranışlardır. Düzenli uyku, yeterli ve dengeli beslenme, spor yapmak, sağlık kontrollerinden geçmek, çevreyle olumlu iletişim kurmak sağlığı geliştiren davranışlara örnektir [58]. Dünya Sağlık Örgütü; güvenli olmayan cinsel ilişki, dengesiz beslenme, sigara kullanımı, alkollü içki, kirli hava ve kötü çevre koşulları, demir eksikliği, kapalı ortamda dumana maruz kalma, LDL seviyesinin fazla olması, hipertansiyon ve aşırı şişmanlık sağlığa en zararlı 10 etken olarak belirtmiştir [59].

Sağlık seviyesini en üst seviyeye çıkarmak için; sağlıkla ilgili beceri, bilgi, olumlu davranışları benimsemek gerekir. Bu durum sadece sağlıklı yaşamı benimseyince gerçekleşebilir [60].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir [61, 62, 63].

2.4.1. Sağlık sorumluluğu

Bireyin hayatı boyunca sağlıklı hayat sürmesi temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığına yönelik sağlığı koruma ve geliştirme davranışları gösterebilmesi olarak tanımlanır [64]. Sağlıklı yaşamın en önemli komponentlerinden biri olan sağlık sorumluluğu; kişinin vücudunu iyi bilerek sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için koruyucu, önleyici ve geliştirici davranışlar içinde olmasıdır [65, 66].

Yaşam biçiminin sağlık üzerine etkileri, eski Yunan ve Roma'da ortaya atılmış, bireylerin sağlıkları üzerinde sorumlu olması fikri Ortaçağ ve Rönesansı kapsayacak şekilde değişen derecelerde devam etmiştir [12, 67].

Sağlık sorumluluğu kavramı, kişinin sağlık bakımındaki davranışlarına dikkat etmekle beraber, sağlığına hangi seviyede katılım sağladığını tespit eder. Kişinin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığı üzerine etkilerini kavramasını sağlayarak, sağlığını olumsuz etkileyecek; sigara içmek, alkol tüketmek, riskli cinsel ilişki gibi davranışlardan uzak durmasını sağlar. Kişinin sağlığı üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceğine inandığı davranışları geliştirmesinde sorumluluk almasına katkı sağlamaktadır [68, 69]. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Bireyin kendini her türlü özellikleriyle iyi bir şekilde bilmesi ve özelliklerinin dışında oluşan herhangi bir anormallikte sağlık kuruluşuna başvurması,
- Sağlıkla ilgili konularda araştırma yaparak bu konuda kendini geliştirmesi,
- Sağlıkla ilgili konularda tartışmalara açık olması,
- Sağlıkla ilgili yapılan araştırmaları iyi bir şekilde takip edebilmesi,
- Kendini takip ederek, iyi olduğunu hissetmesi,
- Düzenli aralıklarla tahliller yaptırması kişinin sağlığına önem verdiğini gösterir [65].

Fişek'e göre bireyler kendi sağlıklarından sorumludur. Hastalıklardan korunmak için asıl yapılacak işlemin önlem olduğu, bu nedenle bireyler kendi sağlığının kıymetini bilerek bu doğrultuda hareket etmeli ve onu korumaya çalışmalıdır. Bireylerde bu bilinç olmazsa sağlık hizmetleri zayıflar. Örneğin; aşılamanın bilincinde olan insan, zamanı geldiğinde sağlık kuruluşlarına giderek bu hizmeti alır fakat kişilerde bu farkındalık olmaz ise; sağlık

kuruluşlarının aşılınmamış kişileri bularak evlerine gidip aşılması ciddi bir zamana mal olur bu da bağışıklama hizmetini aksatarak, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını güçleştirir [30, 70].

Sağlığı geliştirme yönünde sorumluluğu artırmak için, bireyler, toplum grupları, sağlık hizmet kurumları ve hükümetler arasında paylaşılmalıdır. Sağlığın izlenmesine katkı sağlayan bir sağlık hizmetine ulaşmak için birlikte çalışılmalıdır. Vatandaşlar kendi sağlıkları için görev ve sorumluluklarını paylaşmalıdır [53, 71].

2.4.2. Fiziksel aktivite

Bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamını devam ettirebilmesi için önemli parametrelerden biri fiziksel aktivitedir. Hareketsiz yaşamın birçok hastalığı beraberinde getirdiği bilinmektedir [72].

Fiziksel aktivite; bazal seviyenin üstünde enerji harcamasını yükselten, iskelet kaslarının kasılmasıyla meydana gelen vücut hareketleri olarak ifade edilir [73]. Farklı bir tanımla; günlük hayatta kas ve eklemleri kullanarak, enerji tüketimi ile gerçekleşen, soluk alıp verme hızını, kalp atım sayısını yükselten, değişik yoğunluklarla çalışıp sonucunda yorgunluk ortaya çıkan aktiviteler bütünüdür [74,75].

Sağlıklı yaşam tarzında hareketsizliğin artması ile birlikte kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, obezite, LDL seviyesinin artışı gibi kronik hastalıkların çoğalmasına neden olmuştur [76]. Fiziksel aktivite seviyesi az olan kimselerde ölüm oranının, haftanın en az 3 günü 30 dakika fiziksel aktivite yapanlara oranla %20-30 oranında daha fazla olduğu göstermektedir [77]. Yeterli düzeyde fiziksel aktivitenin yapılması durumunda kalın bağırsak, akciğer, meme, rahim ve prostat kanserleri olmak üzere yılda 165.000 ile 330.000 arasında kanser hastalıklarının önlenebileceğini belirtmektedir [12].

Fiziksel aktivitenin insan sağlığına etkileri incelendiğinde;

- Stresi azaltır,
- Osteoporozu geciktirir,
- Yaşam kalitesini artırır,
- Esnekliği, kas gücünü ve eklem hareketliliğini artırır,
- Kan şekerini düzenler,
- Kan basıncını dengeler,
- Yağ yüzdesi oranını azaltarak, kilo vermeyi hızlandırır,
- HDL ve LDL kolestrol düzeyini dengede tutar,
- Hayata daha mutlu bakmaya sebep olur [78, 79].

2.4.3. Beslenme

Yeterince ve dengeli beslenmenin sağlık için gerekliliğine dair söylemler Hipokrat dönemine dayanmaktadır. Son yüzyılın başına kadar besin yetersizliği sebebiyle sağlık problemleri yaşıyan bireyler günümüzde, yanlış, düzensiz ve fazla beslenmenin getirdiği sağlık problemleri ile karşı karşıyadır [83].

Yaşamın sürdürölmesi, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların tedavisi, yaşam kalitesini artırmak için, kişinin fizyolojik olarak büyüme ve gelişmesini sağlamak için besin öğelerinin dışardan alınarak bu ürünlerin vücutta kullanılmasına beslenme denir [80, 81].

Büyüme, yaşamı sürdürmek ve sağlığı korumak için bireyler sağlıklı beslenmek zorundadır. Beslenme; gıdalardan vücutun temel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Açlığı gidermek, yeterli ve dengeli beslenmek, yediklerimizden zevk duymak beslenmenin amaçları arasında yerini alır [22, 23, 82].

Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanmaktadır. Günlük tüketilen besinler 6 temel besin öğesinden oluşmaktadır;

1. Karbonhidratlar
2. Proteinler
3. Yağlar
4. Vitaminler

5. Mineraller
6. Su [30].

Organizma için gerekli enerji besinlerle karşılanmaktadır. Enerji ise cho, protein ve yağlardan karşılanır. Su yaşamın devam etmesi için temel besin ögesidir. Biyokimyasal olaylarda önemli göreve sahip olan; vitamin ve minerallerdir. Besinler mümkün oldukça katkı maddelerinden, toksinlerden, koruyuculardan ve kimyasallardan uzak olmalıdır [88].

Dengeli beslenme, vücudu bilerek, vücudun ihtiyaç duyduğu besin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli oranda ve düzenli aralıklarla besin alınması olarak açıklanabilir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, şişmanlık ya da zayıflık ile birlikte kronik hastalıkların meydana gelmesini ve bu hastalıklara bağlı olarak ölümleri artırmaktadır [84]. Bir toplumun beslenme durumu o toplumun en önemli sağlık göstergelerinden biridir ve uluslararası insan hakları verilerine göre bir hak olarak ifade edilmektedir [85].

Günümüzdeki teknolojik gelişmelerle birlikte kişiler daha az yorulmakta, besin değeri az ancak enerji değeri fazla olan besinleri tercih etmektedir. Bu besinler kronik hastalıkların ayrıca yaşam tarzına bağlı rahatsızlıkların oluşmasına sebep olmaktadır. Sağlıklı beslenme ile hayat döngüsü boyunca büyüme ve gelişmeyi destekleyecek şekilde ihtiyaç duyulan tüm besin öğeleri karşılanmalı, enerji harcamasıyla dengeli olacak seviyede enerji sağlanmalıdır. Yaşam döngüsünün değişik zamanlarında farklılık gösteren besin ögesi gereksinimleri kişilerin fiziksel sağlık ve bilişsel fonksiyonlarına katılmaktadır [86, 87].

2.4.4. Manevi gelişim

Manevi gelişim, bireyin bedenini ve ruhunu etkilerken aynı anda beden ve ruhtan etkilenen ‘birleştirici güç’ olarak ifade edilmektedir. Manevi gelişim kişinin kendisinin ve varoluşunun ötesinde bir kuvvettir. Hem fiziksel boyutu kapsarken bunun ötesinde kişisel farkındalıktır. İnsanın, hayatın amacını ve anlamını ulaştığı yer onun tinsel alanıdır [12, 89].

Bireyin yaşama amacını, kendini ne ölçüde tanıdığını ve memnun edebileceği manevi gelişimdir [90]. Bilim adamları manevi gelişim ile ilgili birçok tanım yaparken, Makhija; değer ve amaçlarla ilgili yoğun bir terim olarak ifade ederken, Oldnall; her kişinin içinde hissettiği ruh ve insanın yaşamına anlam katan ve hayatına etki eden inanç ve değerler düzeni yaratmasında kişilere yardım eden itici bir güç olarak tanımlamıştır [91, 92].

Sağlık ve hastalık durumlarında kişinin manevi alanı önemlidir. Vücudun bütünlüğü üzerinde fiziksel ya da psikososyal bir tehtit olduğunda insanı destekler ve rahatlatır. Sağlıkta manevi boyut; ölümü kabul etme, yaşamın anlamı ve üstün bir kuvvetle bireyin ilişkisini açıklamaktadır [93]. Manevi değer anksiyetenin azalmasını, kişinin pozitif yaşam tarzını destekleyerek kendisini üst seviyede ortaya koymasını, hayata umutlu, güçlü ve barış içinde bakmasını sağladığı için, hastalık ve sağlıkta olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmektedir. [42, 90, 94].

2.4.5. Kişilerarası ilişki

Sağlığın geliştirilmesinde kişilerarası ilişkinin ve desteğin etkinliği oldukça büyüktür. Kişilerarası ilişki bireyin; arkadaş ilişkilerini, aile ilişkilerini, toplum grupları ile olan ilişkisini içermektedir. Burada önemli olan doğru ve uygun iletişimin kurulmasıdır [96]. Bireyin temel gereksinimlerinden biri olan kişilerarası ilişkiler kurmak psikososyal ve fiziksel iyilik halini sürdürmesine yardımcı olur [97, 98].

Bireyin hayatı boyunca çevresi ve kendisiyle olan iletişimi kaçınılmazdır. Tüm ilişkiler, kişinin hayatında tecrübe ve geleceğe dönük alınması gereken önlemler açısından ıstık tutmaktadır [99]. Bireyin kişiler arası becerileri, arkadaşlık ve aile ilişkileri, akademik başarı, yaşam doyumunu ve kalitesini, benlik algısını, ruh sağlığını, öğrenme becerilerini, problem çözme yeteneğini, stresli yaşam olaylarının üstesinden gelme gibi pekçok davranışların üstesinden gelmektedir [100].

Bireyin hayatında yaşadığı bazı olumsuz durumlar vardır. Buna; ekonomik yetersizlik, sevdiklerini kaybetme hastalık gibi örnekleri verebiliriz. Bu tip durumlarda yaşam biçiminde değişiklikler meydana gelmekte, kişinin ailesi ve yakın çevresinden destek görerek var olan durumu daha kolay algılamasına ve problemin çözümünde başarılı olmalarına yardımcı ve katkı sağlayıcı gösterilmektedir. Kişilerarası desteği iyi olan insan problemleriyle daha kolay başa çıkarak yaşam kalitesini artırır [101, 102].

Kişiler arası ilişkinin gelişim aşamaları;

- *Kontak Kurma*; Karşıdaki birey ile bağlantı kurmaktır. Algısal ve etkileşimsel olmak üzere ikiye ayrılır.

- *Katılım*; Karşı taraf hakkında bilgi edinilmeye çalışılır. Öncelikli olarak karşı taraf test edilir akabinde kişi kendinden bahseder.
- *Yakınlık*; Bu aşamada karşı taraftaki kişi sevgiliniz, yakın arkadaşınız veya iş ortağınız olabilir.
- *Bozulma*; Kişiler arasındaki bağın zayıfladığı dönemdir. Güven kaybı bu aşamaya örnek verilebilir.
- *Onarma*; Kişiler arasındaki bağı onarmaya çalışıldığı evredir.
- *Çözülme*; Bağların koptuğu aşamadır. Bu ayrılık manasına gelir [12, 103].

2.4.6. Stres yönetimi

Stres hayatın bir gerçeğidir. Günlük yaşamımızda değişikliğe sebebiyet olan ufak bir mental, fiziksel ve sosyal faktörlerdeki değişiklikler stres sebebidir [104]. Stresin oluşmasında kişinin algısı ve deneyimleri etken olup bireyin stresi algılayışı ve stresle baş etme mekanizmaları koruyucu sağlık davranışı kazanmasında önemli yere sahiptir [106].

Stres; İngilizce bir sözcüktür ve latince kökenlidir. Farklı anlamları olmakla birlikte; zorlama, baskı ve gerilme manasını içerirken, diğer anlamı organizmanın dengesini bozacak etmenlerin tümüdür. Stres iyi veya kötü olabilir. Bireye ihtiyaç duyduğu uyanık olma halini verdiği durumlar iyi iken, uygun şekilde yönlendirilmediğinde hastalıklara sebep olduğu durumlarda ise kötüdür [110].

Stres; kişinin sosyal ve fiziksel çevredeki olumsuz şartlardan dolayı, bedensel ve psikolojik sınırlarının üzerinde harcadığı çaba olarak tanımlanmıştır [108]. Stres, iç ya da dış ortamdaki kaynaklanan, homeostazisi (iç dengenin dinamik tutulması) bozan veya bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği cevaptır. Stres; fizyolojik (travma, soğuk, sıcak gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) veya sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) sebeblere bağlı olarak meydana gelebilmektedir [105].

Stresin belirtileri; uykusuzluk, gerginlik, baş ağrısı, endişeli olma hali en fazla görülen belirtiler olarak sıralanabilir. Kısa süreli stres yaşamada bile kalp atım sayısı ve kan basıncı artar [107]. Stres vücudun genel işlevini bozarak, vücudun hastalıklarla savaşma gücünü etkiler ve hastalığın gelişmesine sebep olur. Stresle baş etmeye yönelik;

- Eğitim
- Gevşeme yöntemleri geliştirmek
- Sağlıklı yaşam tarzını benimsemek
- Stresle baş etme stratejileri geliştirmek
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir [96, 105].

2.5. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Üniversite yılları, ergenlikten sonra yetişkinliğin ilk dönemlerine geçiş zamanını temsil eder ve gençlik olarak adlandırılır. Bu zaman diliminde üniversite öğrencileri genellikle 18-25 yaş dilimi aralığındadır. Üniversite öğrencileri kendi kişiliklerini oluşturmaya çabalar, hem akademik hem de yeni çevreye, yeni insanlara uyum sağlamaya çalışırlar. Bununla birlikte, finansal konular, arkadaşlar ve ailelerle görüş farklılıkları, bu sırada öğrenciliğin hakkını vermeye çalışmak öğrencileri gelecekteki yasama hazırlandıkları sırasında çeşitli düzeyde stres altında tutmaktadır [109].

Üniversite hayatı kişinin yaşamında önemli değişikliklerin yaşandığı dönemdir. Bireyin hem gelişimi hem de mesleki eğitiminin sağlandığı zamandır. Bireyin kişiliğinde, sağlık davranışları geliştirmesinde, bireysel yaşamında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Oluşan değişiklikler toplumu etkiler çünkü toplumu oluşturan aile, aileyi oluşturan bireyin kendisidir. Sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri sağlıklı toplum için çok önemlidir. Toplumun sağlık seviyesi sağlıklı insan sayısı ile ortaya çıkar [23, 64].

Üniversite gençliği bir ülkenin sosyo kültürel özelliklerini gösteren unsurlar arasındadır. Bireyler ergenlik döneminde psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak birçok değişikliklere uğradığı dönemdir. Adölesan döneminde bir kısmını içerir. Üniversite yaşamına geçen kişi ilk olarak ailesinden ayrılmak üzere birçok psikolojik değişikliklere uğramaktadır. Aileden ayrılma da bireyin yaşam biçiminde değişiklikleri beraberinde getirir [111, 112].

Üniversite öğrencisi toplum sorunlarına duyarlı olarak, problemleri çözme yeteneğini geliştirerek, kendine güvenerek, demokratik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturur. Bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olduğu üniversite öğrencilerine sahip toplumun sağlık düzeyleri üst seviyededir. Beslenme vücudumuzun temel gereksini ve sağlıklı yaşam biçiminin bir parçasıdır. Bunun farkına varan, tutumunu sağlıklı beslenerek

devam ettiren üniversite öğrencisinin ileriki dönemlerde hastalanma riski azalır. Düzenli spor yapan bireylerin kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser, diebetus mellitus gibi hastalıklara yakalanma riski azalmaktadır. Hareketli yaşam bunun için oldukça önemlidir. Üniversite öğrencileri yaşamış oldukları değişimleri ve bu değişimlerin kişiye kattığı stresle baş etmeyi geliştirdikleri zaman sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlamaktadırlar [113].

2.6. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, iskelet kasları vasıtasıyla vücudun hareketi neticesinde oluşan enerji harcamasıdır. Her türlü fiziksel aktivite enerji harcamasını gerektirmektedir. Fiziksel aktivite, çalışmaların özelliklerine göre değişik şekillerde ortaya konabilir [1]. Farklı değişle; enerji harcamasını yükselten tüm faaliyetler fiziksel aktivite olarak bilinmektedir. Bu kavram; ne kadar geniş kas kütlesi yer alırsa, o kadar çok enerji harcamasını ifade eder. Genellikle toplam enerji harcaması üç komponentten meydana gelmektedir. Bunlar, istirahat metabolik hızı, besin alımıyla artan enerji harcaması, fiziksel aktivite veya kassal aktivite ile oluşan enerji harcamasıdır [2].

İskelet kaslarının kasılması neticesinde üretilen, bazal seviyenin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketler olarak tanımlanabilir. Fiziksel aktivite amaçlarına ve yoğunluğuna göre değişik biçimlerde sınıflandırılabilir.

Bir kişinin ya da bir grubun fiziksel aktivitesi ortaya konuluşlarına göre sınıflandırılabilir. Yaygın sınıflamalar: mesleki aktiviteler, ev işleri, serbest zaman aktiviteleri ve ulaşım olarak özetlenebilir. Serbest zaman aktivitesinde rekreasyonel aktiviteler (yürüyüş, bisiklet), yarışma sporları ve egzersiz antrenmanı olarak alt sınıflamalar yapılabilir [3]. Fiziksel aktivite gün boyunca ev işleri, bir ulaşım aracı olarak yürüyüş ve bisiklet sürmek, alıs-veris ve aktif hobiler gibi rutinaktivitelerle önemli vücut hareketlerinin hepsini içerir [4].

Fiziksel inaktivite genel bir sağlık problemi olarak düşünülmektedir. Buna bağlı olarak birçok rahatsızlığı beraberinde getirmektedir. Obezite, Tip II, hipertansiyon, kolon kanseri, koroner arter hastalığı, meme kanseri, osteoporoz ve depresyon gibi hastalıklar için önemli risk faktörüdür [5,6]. Fiziksel aktivitenin organizma üzerinde ciddi yararları vardır. Fiziksel aktivite; motorik özelliklerin, aerobik ve anaerobik kapasitenin gelişmesine, kırık riskinin

azalmasına, dolaşım ve solunum sistemi üzerine ve genel iyi olma halinin artmasına neden olur.

Fiziksel aktivite; süre, yoğunluk ve frekans boyutlarını içerir bu da aktivitenin tümünü meydana getirir. Mesleki aktiviteler, ev işleri, ulaşım ve serbest zaman aktiviteleri fiziksel aktivitenin çeşitlerinden bir kısmıdır [114, 115].

Teknolojinin hızla ilerlemesiyle beraber fiziksel aktivitelerde azalma meydana gelmiş, fiziksel aktivitenin yapılmaması ile birlikte bireylerin sağığında problemeler ortaya çıkmaya başlamıştır. Hareket azlığı ilr kalp damar sistminin sağığı açısından olumsuz bir faktör olmakla birlikte, mesleğin gerektirdiğı bedensel faaliyetlere yönelik aşırı iyimserlikten uzak durmak gerekir [45, 116].

Bireyin ya da grubun fiziksel aktivitesi genellikle aktivitenin gerçekleştiğı ortama göre sınıflandırılmaktadır. Yaygın kategoriler; ev, ev çevresi aktiviteleri, iş, kişi bakımı, boş zaman, ulaşım veya sporu içerir [117]. Serbest zaman aktivitesi, rekreasyonel aktiviteler, yarış sporları ve egzersiz eğitimi gibi alt gruplara ayrılır [118, 119].

2.7. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Fizikel aktivite belirleyicileri olarak; biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre önemli rol oynamaktadır. Bu belirleyiciler fiziksel aktiviteye katılımı kolaylaştırır. Fiziksel aktiviteyi engelleyici en önemli faktör; zaman eksikliği olduğu belirtilmiş olmakla birlikte psikolojik, davranışsal ve fizyolojik değişkenlerin fiziksel aktiviteye katılımı etkilediğı söylenebilir [120].

Vücut kompozisyonunun fiziksel aktivite alışkanlığının kuvvetli bir belirleyicisi olmamasına rağmen obez kişilerin genellikle inaktif oldukları belirtilmektedir [121, 122].

Sigara içenlerin içmeyenlere oranlara egzersiz programını bırakmaya daha yatkın oldukları belirlenmiştir [123]. Yüksek ekonomik gelire sahip olan kişilerin güvenilir ve çeşitli rekreasyonel alanlara ulaşabildikleri ve böylece kişinin aktif yaşama yönlendirilmesinde pozitif etki yarattığı belirtilmektedir [124].

Rekreasyonel alanlara ulaşımın kolay olmasının önemi ile birlikte eğitim, cinsiyet, yaş, maddi olanaklar, iklim, hava kirliliği, psikolojik ve biyolojik faktörlerinde fiziksel aktiviteyi etkilediği düşünülmektedir [120, 125, 126, 127].

Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörler;

- *Demografik ve biyolojik faktörler:* İş durumu, yaş, çocuğunun olması, cinsiyet, eğitim, genetik, kardiyovasküler risk, sosyoekonomik durum, obezite, yaralanma hikayesi, ırk, medeni durum.
- *Psikolojik, bilişsel ve emosyonel faktörler:* Egzersizin engelleri, egzersizden keyif alma, davranışlar, beklenen yararlar, sağlık ve egzersiz hakkında bilgi, egzersiz yapma niyeti, zamanın olmaması, ruhsal durum bozukluğu, kişilik değişiklikleri, inanç, zayıf vücut yapısı, stres, psikolojik sağlık, kendine güven, motivasyon [131].
- *Davranısal nitelikler ve beceriler:* Çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki aktivite durumu, beslenme profili, alkol, okul sporları, egzersiz programı, geçmiş egzersiz programı, değişimler, sigara tüketimi, oluşacak engellerle başa çıkma yetileri, sigara içme, A tipi kişilik paterni [125, 129].
- *Sosyal ve Kültürel Faktörler:* Aile ve arkadaş grupları, grup uyumu, sosyal sınıf, egzersiz modelleri fiziksel aktiviteye katılımı önemli faktörlerdir. İşverenlerce sağlanan sosyo-kültürel ortam, çalışanların fiziksel aktiviteye katılımı açısından belirleyicidir.
- *Fiziksel Çevre:* Hava koşulları, programların maliyeti, mevsim, yoğun trafik, ev ekipmanları (egzersiz bisikleti, egzersiz videosu), bisiklete binme, yürüme ve rekreasyonel alanların (basketbol veya golf sahası, cimmastik salonu, park) varlığı ve bu yerlere basitçe ulaşım sağlanması, suç işleme oranı ve güvenlik, fiziksel aktivitenin yapıldığı zeminin yüzeyi vb. gibi etkenler fiziksel aktiviteyi etkilemektedir [121, 122, 128]. Kent planlamaları veya fiziksel çevre, hareketli yaşam tarzının artması veya azalmasına neden olabilmektedir. Doğru yapılan bir şehir planlaması, gündelik yaşam, iş, alışveriş ve hobi gibi aktiviteleri etkilemekte, bireyleri bisiklet kullanma ve yürümeye teşvik etmektedir. Diğer ulaşım araçları yerine bisiklet kullanmaya teşvik eden bazı Avrupa ülkeleri bulunmaktadır [130].

2.8. Fiziksel Aktivitenin Sağlık Üzerine Etkisi

Fiziksel aktivite; gençlerin ve çocukların sağlıklı büyümesi, kötü alışanlıklardan uzak durmalarında, sosyalleşmelerinde, yetişkinlerin kronik hastalıklara karşı korunma mekanizması oluşmasında, hasta olan yetişkinlerin tedavisinde ve bu tedavinin desteklenmesinde, yaşlıların hareketli bir yaşlılık dönemi sürdürmelerinde, genel olarak birey yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir faktördür [132, 133].

Fiziksel inaktivite; kardiyovasküler hastalıkları, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına, bazı kanser türleri; meme-kolon, hipertansiyon, tip 2 diyabet, psikolojik bozukluklara neden olduğu bilinmektedir [134, 135].

Düzenli yapılan fiziksel aktivite ile;

- Yaşam kalitesinde iyileşme,
- İnsülin duyarlılığı ve kan lipid profilinde iyileşme,
- Maksimal oksijen tüketiminde artış,
- Yağ ve cho metabolizmasında iyileşme,
- Kas kitlesinde artış,
- Kemik yoğunluğunda artış,
- Anksiyete ve depresyonda azalma,
- Vücut yağ yüzdesinde azalma,
- Submaksimal şiddette düşük kalp atımı ve kan basıncı,
- Bel ve sırt ağrılarında azalma oluşur [136].

Fiziksel aktivite kan dolaşımını iyileştirir, HDL seviyesini artırarak koroner hastalıklar riskini azaltır, kan basıncını düzenler, akciğer kapasitelerini ve kalp dayanıklılığını artırır, denge kurmayı kolaylaştırır, refleks ve reaksiyon süresini azaltır, kas gelişimi sağlar. Buna ek fiziksel aktivite; olarak birçok hastalık için tedavi niteliğindedir [137].

Yaşlılıkta bağımsız hareket edebilme becerisi ve dengeyi arttırarak düşme oranının azalması, yaşam süresinin arttırılması, enfeksiyonlara karşı vücudun direnç sağlaması, ani ölüm ve sakatlık oranının azalması, kemik erimesi rahatsızlığı olan osteoporozu azaltır [45, 138].

Fiziksel aktiviteden en fazla yararlananlar bunu günlük hayatlarının merkezi haline getirenlerdir. Mahalli ligdeki bir takımda mücadele eden, beden eğitimi dersine katılan, ailesiyle hareketli bir şekilde oynayan çocuklar egzersizin sağlıklı sonuçlarından yararlanacak ayrıca ileriki yaşamda koruyacağı alışkanlıklar kazanacaklardır [139]. Bireyler, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlığın korunması için fiziksel aktivite belirlerken mevcut tüm koşulları değerlendirmelidirler [69].

Fiziksel aktivite sadece bedensel sağlığa değil ruhsal ve sosyal sağlığa da birçok etkisi vardır:

- Bireyin kendini daha iyi hissetmesine,
- Hayata mutlu bakmasına,
- Stresle başa çıkabilmesine,
- Benlik saygısının artmasına,
- Yeni girdiği ortamda kendini daha rahat ifade edebilmesine,
- Öz güveninin artmasına,
- İletişim becerilerinin gelişmesine,
- Olumlu düşünemesine etkisi vardır [140, 141].

Fiziksel aktivitenin etkisinin çıkabilmesi; doğru yoğunluk seçimi, düzenli olarak yapılması, günlük süresine bağlıdır. Haftanın en az 3 günü 60 dakika yapılan fiziksel aktivite sağlık bakımından oldukça yararlıdır [142]. Fiziksel aktivitenin yaşlılık ve yetişkinlik döneminde olumlu sonuçlar verebilmesi için çocukluk ve gençlik döneminden itibaren fiziksel aktivite yapmak gerekmektedir. Toplum olarak sağlıklı ve aktif bir nesil yetiştirmek için çocukluk döneminden itibaren bireyleri spora yönlendirilmeli, yetişkinlerin bu konuda teşvik ederek örnek olması gerekmektedir [143].

2.9. Fiziksel Aktivite Şiddetinin Ölçülmesi

Fiziksel aktivitenin şiddeti, istirahat metabolizması veya vücut kütlesi ile ilgili olarak enerji harcanması ve yüksek performansla ilgili değer olarak tanımlanır [144]. Fiziksel aktivitenin ölçülmesi genellikle MET kavramı ile açıklanır. MET; metabolik eşdeğer demektir. MET istirahat metabolik hızının katlarıdır [145]. Fiziksel aktivitenin şiddeti ve tipine göre tüketilen enerji miktarı farklılık gösterdiğinden, sedanter insanlarda son yıllarda fiziksel aktivitenin tespitine yönelik ilginin arttığı söylenebilir [3, 146].

Sağlıklı bir yaşam sürmek için egzersizin doğru yoğunluk ve sürede yapılması önemlidir. Yetişkinlerde, vücuda etkisinin gözlenebilmesi için haftanın 5 günü orta yoğunlukta yapılan fiziksel aktivitenin kardiyovasküler hastalıkların riskini azaltmakla birlikte, tıp II diyabet riski üzerinde de etkisi vardır. Fast-food yoğunlukta beslenme tarzını benimsemiş toplumlarda kilo alımının önüne geçmek için fiziksel aktivite süresinin uzun tutulması önerilir [120, 125, 147].

Aerobik egzersiz için kalp hızı rezervinin yüzdesi, maksimum oksijen tüketiminin yüzdesi, ve oksijen taşıma rezervinin yüzdesiyle fiziksel aktivitenin yüzdesi belirlenir. Direnç egzersizleri ise, belirli bir kas grubu için tek seferlik tekrarlı maksimum kas kasılmasının yüzdesi olarak tanımlanmaktadır [148]. İstirahat metabolik hızlarının kartları metabolik eşdeğerdir (MET). Normal bir birey için özel bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesi olarak açıklanabilir.

1 MET istirahat oksijen tüketimine eşittir. Ortalama olarak dakikada 200-250 ml oksijen tüketildiğinden 2 MET'lik iş için dinleniğin 2 misli ya da 500 ml oksijen tüketimi gerekir. Vücut ağırlığının birim başına gerekli oksijen tüketimi olarak tanımlanır (ml/kg/dk) [149]. 1 MET= 3,5 mL/kg/dk'dır. Birçok standart metabolik harcama tablosu genç yetişkinler için veri sağlaryaşlı ve orta yaşlı bireylerde genellikle MET seviyeleri yapılan fiziksel aktiviteye göre daha yüksektir. Bu yüzden egzersiz programları planlanırken bu konuda dikkat edilmelidir [144,150]. 1 MET'lik iş için 200-250 ml/dk oksijen tüketilmektedir. 1 MET 1 kcal/dk veya 1 kcal/kg/saat'e çevrilebilir. Fiziksel aktivitenin şiddetinin belirlenmesinde 4 farklı sınırlama bulunmaktadır;

- Hafif < 3 MET
- Orta şiddetli 3-6 MET
- Şiddetli 6-8 MET
- Çok şiddetli > 8 MET [151].

2.10. Fiziksel Aktivitenin Frekansı

Fiziksel aktivitenin sayısını ifade eder ancak belirli bir zaman periyodu içerisinde olmalıdır. Fiziksel aktivitenin parçalar halinde mi yoksa tek seferde yapıldığı ile ilgilidir. Enerji harcaması yönünden benzerlik göstermektedir. Sıcaklık oranı değişken olan ülkelerde

aktivite ve katılımın frekansı yaz ve kış aylarında ciddi bir değişkenlik göstermektedir [73,144].

2.11. Fiziksel Aktivitenin Miktarı ve Süresi

Aktivitenin tek bir seansı, fiziksel aktivitenin süresini belirtir. Bireysel egzersiz seanslarının zaman dilimi frekans verileri ile birlikte gösterilip, oluşan toplam aktivitenin süresini belirtmede kullanılır. Ayrıca enerji harcaması kjoule veya MET ile gösterilmektedir.

Çizelge 2.2. Fiziksel aktivitenin sıklığı, süresi ve şiddeti ile ilgili görüşler [120]

Kuruluş	Öneriler
World Health Organization [157].	18-64 yaş arası yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik aktivite veya en az 75 dakika şiddetli aerobik egzersiz önerilmektedir. Aktivite süresi en az 10 dakika olmalı. Buna ilaveten haftada 300 dakika yapılan orta şiddetli veya 150 dakika şiddetli yapılan aerobik aktivitenin veya kombine egzersizlerin sağlık için birçok fayda sağladığı belirtilmektedir. Kas kuvveti için ise haftada 2-3 gün büyük kas gruplarını içeren egzersizler önerilmektedir.
World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research [156].	Günlük en az 30 dakika fiziksel aktivite (tempolu yürüyüş); 60 dakika orta şiddetli veya 30 dakika şiddetli egzersiz önerilir.
United States Centers for Disease Control and Prevention [155].	Yetişkin bireylerde haftada 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite; kas kuvveti için, haftada 2-3 gün büyük kas gruplarına yönelik olması; 75 dakika şiddetli aerobik egzersiz ve kas kuvveti için 2-3 set olması; kombine egzersizlerin ise, orta ve şiddetli aerobik nitelikte olması; kas kuvveti için ise 2-3 set olması önerilmektedir.
American College of Sports Medicine (ACSM&AHA,2011)&U.SDepartment of Health and Human Services [154].	Haftada 5 gün 30 dakika orta şiddette; haftada minimum 150 dk. orta şiddette; haftanın 5 günü minimum 30 dakika fiziksel aktivite önerilmektedir.
International Agency for Research on Cancer [153].	Sağlıklı bir vücut ağırlığı için 60 dakika orta şiddette egzersizin haftanın çoğu günü yapılması; Kanserden korunmak için ise haftada birkaç kez orta şiddette egzersiz önerilmektedir.
International Association for the Study of Obesity [152].	Obez bireylerde tekrar kilo alımını önlemek için 60-90 dk. günlük orta şiddette fiziksel aktivite veya daha kısa periyotlarla şiddetli aktivite önerilmektedir. Fazla kilo veya obeziteyi önlemek için günlük 45-60 dk. orta şiddette egzersiz; çocuklar için ise bu sürenin artırılması önerilmektedir.

2.12. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi

Fiziksel aktivite düzeyi; aktivitenin şiddeti, sıklığı ve süresine göre değişkenlik göstermektedir. Aktiviteye katılım sıklığı; birim ve haftalık aktiviteye katılımdır olmakla birlikte, yüklenme ve dinlenme arasındaki zamansal ilişkidir [148, 159]. Fiziksel aktivite yoğunluğu fiziksel aktiviteyi hafif, orta ve şiddetli olarak ayırmak için kullanılmaktadır. Her aktivite değişik yoğunlukta uygulanır. Fiziksel aktivitenin süresi ise; aktif olarak harcanan

zaman dilimidir. Fiziksel aktivite alışkanlıkları karmaşık bir davranış biçimidir. Farklı şekillerde bu davranış biçimi hakkında kestirim yapılmaya çalışılmaktadır [160].

Fiziksel aktivitenin bir ölçüsü olan günlük enerji tüketiminin değerlendirilmesi için kullanılan çeşitli ölçüm metodları geliştirilmiştir. Bu ölçüm metodları üç ana başlıkta toplanmıştır.

Kriter Yöntemleri

- Doğrudan (Davranışsal) gözlem
- Direkt kalorimetre
- İndirekt kalorimetre
- Çift katmanlı su yöntemi

Objektif Yöntemler

- Kalp hızı monitorizasyonu
- Pedometre
- Akselerometre

Subjektif Yöntemler

- Günlük
- Kayıt
- Geçmiş sorgulayan anketler
- Retrospektif geçmiş veriler
- Evrensel anketler [161].

Çizelge 2.3. Fiziksel Aktivite ve Enerji Tüketimi Değerlendirme Yöntemleri [158]

Doğrudan Ölçüm Yöntemleri	Dolaylı Ölçüm Yöntemleri
Gözlem	Endirekt Kalorimetre
Oda(Direkt) kalorimetresi	Beslenme Ölçümleri
Çift katmanlı su yöntemi	Fizyolojik Ölçümler
Pedometre	Fiziksel Aktivite Anketleri
Akselerometre	
Fiziksel Aktivite Kaydı veya Günlükler	

2.12.1. Kriter yöntemleri

Doğrudan (Davranışsal) gözlem: Doğrudan gözlemlerdir ve tecrübeli bir gözlemleyici tarafından motor aktivitelerinin direk davranışsal gözlemidir. En erken değerlendirilen yöntemlerden biridir. Bu yöntemle aktivitenin süresi, sıklığı ve şiddeti ve enerji tüketimini tespit etmek mümkündür. Geniş kitlelerde bu yöntem tercih edilmez. Sebebi; zaman alması, maliyetli olması ve yoğun iş gücü gerektirmesidir. Kesitsel karşılaştırmalarda ya da tekniklerin geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanışlı bir yöntemdir. Ayrıca çocuklarda en çok kullanılan yöntemdir [129,148] Genellikle çalışmaya katılanlar tarafından kolay kabul edilir [162].

Direkt Kalorimetre: Isı üretimi ya da ısı kaybının ölçülmesiyle değerlendirilen enerji harcamasıdır. Diğer yöntemlerle kıyaslandığında altın standarttır. Çok tercih edilmemesinin sebebi; büyük popülasyonlarda uygulanamaması, maliyetli ve zor bir yöntem olması ve pratik uygulamaya çok uygun olmamasıdır [163, 164].

İndirekt Kalorimetre: Isı üretiminin ölçümü ya da oksijen veya karbondioksit üretimi ölçülerek bulunan enerji harcamasıdır. Bu aletle uygulama sırasında oksijen tüketimi ölçülerek enerji tüketimi hesaplanabilmektedir. Bu yöntem yiyeceklerin termik etkisi, istirahat metabolik hız ve aktif enerji tüketimi (AET)'ni ölçmek için kullanılmaktadır [148].

Çift Katmanlı Su Yöntemi: Araştırmacılara enerji harcamasını değerlendirmede yol gösterir. Önemli bir fizyolojik ölçümdür. İki stabil izotop kullanılarak, idrarda birkaç hafta ya gün düzenli ölçülür [163, 165]. Bu yöntem kişilerin laboratuvar koşulları dışında, günlük hayatlarında ekipman kullanmaya ihtiyaç duymadan enerji tüketimini doğru ölçebilen tek yöntemdir. Diğer ölçüm yöntemlerinin geçerliliklerinin değerlendirilmesine göre bu ölçüm yöntemi altın standardı oluşturmaktadır [166]. Diyetteki yiyeceklerin karbondioksit üretimini ölçmek için kullanılan direkt bir yöntemdir. Çift katmanlı su yöntemi indirekt kalorimetrenin bir formudur [148]. Bu yöntemin birtakım dezavantajları vardır. Yapılan aktivitelerin tiplerini belirlemede yetersiz kalmaktadır, buna ek olarak az bir çabayla objektif veri sağlamasına rağmen maliyeti yüksektir. Ayrıca çift katmanlı su yöntemin, indirekt kalorimetre ile karşılaştırıldığında doğru sonuç verdiği tespit edilmiştir [129, 143].

2.12.2. Objektif yöntemler

Çeşitli makinalarla kalp hızını monitorize etmede kullanılmaktadır. Mekanik ya da elektronik ölçümler grubunu içermektedir. Fiziksel aktivitenin içeriği olan; şiddetini ve süresini yansıtan fizyolojik özelliklerin düzenli kaydını sağlar. Elektronik ya da mekanik cihazlar veya fizyolojik ölçümler süresince fiziksel aktivitenin doğrudan ölçümü, anketlerin en büyük alternatifidir. Bu tür yaklaşımlar zayıf hafıza sorununun önüne geçerek ancak maliyetinin yüksekliği sebebiyle kullanımları sınırlıdır. Test edilen bireylerin cihazları üstünde taşımak durumunda olması dezavantajıdır. Sonuç olarak, bu ölçümler son zamanlarda daha geniş araştırmalarda kullanılmaya başlansa bile az sayıda yapılır [167].

Kalp Hızı Monitorizasyonu: Kalp atım hızı yöntemi, fiziksel aktivite ile günlük harcanan enerjiyi (oksijen tüketimi gibi) tespit etmede kullanılmaktadır. Büyük kas gruplarında yapılan dinamik egzersiz esnasında enerji harcaması ve kalp hızı arasında güçlü bir ilişki olduğundan fiziksel aktivitenin bir tespiti olarak bu yöntem kullanılmaktadır. Testler kendi içinde ikiye ayrılır; laboratuvar ve saha ölçümleri. Kalp hızı saha ve laboratuvar çalışmalarında EKG (elektrokardiografi) ile kıyaslandığında geçerliliği tespit edilmiştir. Maliyeti düşük ve noninvazivdir. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte, kalp hızı kayıt bilgilerini günler veya haftalar boyunca depolayabilir [5]. Kalp hızı monitorizasyonunun en mühim olumsuz tarafı ise her birey için kalp hızı-enerji harcaması eğrisinin kalibre edilmesidir. Diğer bir durumu ise, istirahat ve düşük şiddetli fiziksel aktivitelerde kalp atım hızı ve enerji harcaması arasındaki ilişki değişkendir. Ek olarak monitörlerin, denek tarafından uzun dönem takılması gerekmektedir [164].

Fiziksel aktiviteyi ölçmek için hareket algılayıcıları hareketi algılayarak geliştirilmiştir. Salınımlar 3 şekilde ölçülebilir. Tek eksen (vertikal), iki eksen (vertikal ve medio-lateral) ya da üç eksen (vertikal, medio-lateral ve antero-posterior) ölçülebilir [129]. Farklı görüntüde bulunan hareket sensörleri temel olarak adımların sayısını belirleyen ucuz ve basit cihazlardan (pedometreler) günlük yaşamda fiziksel aktivite şiddetini ve miktarını tespit eden teknolojik olarak gelişmiş cihazlara (çok eksenli akselometreler) kadar değişebilmektedir [146].

Pedometre: Pedometreler ucuz ve kullanışlı cihazlar olup genellikle tercih edilen, bel bölgesine takılan bir cihazdır. Atılan adımları sayar. Sadece yürüyüş ve koşu aktivitelerini ölçebilmesi dezavantajlarıdır. [168]. Vücudun vertikal hareketlerini algılar. Adım sayısının

hesaplanması internal bir uyarıcı tarafından yapılır. Bu mekanizma, vertikal salınım belli bir eşik değeri geçtiği zaman “bir adım”ı kaydetmektedir [148]. Fiziksel aktiviteyi arttırmayı hedefleyen halk sağlığı kampanyalarında, kişinin önerilen adım sayısına ulaşip ulaşmadığını tespit etmek açısından pedometreler faydalı cihazlardır. Fiziksel aktiviteyi teşvik için “günde 10000 adım” atılmasının yararlı olduğu öne sürüldüğünden, genel popülasyonda yürümeyi teşvik etmek için pedometreler tavsiye edilmektedir [146, 155].

Pedometrenin geçerliliği ile ilgili birçok araştırma yapılmış, adımların tespiti için en geçerli, mesafeyi degerlendirmede biraz daha az geçerli olduğu ve kilokalorinin degerlendirilmesi için en az geçerli method olduğu tespit edilmiştir [169].

Pedometreler yalnızca koşma, yürüme esnasındaki vücudun vertikal salınımlarına duyarlıdır. Ağırlık kaldırma, bisiklet gibi üst extremité ile yapılan aktiviteleri yanlış kaydederler. Yürüme ve koşma fiziksel aktivite türlerinin büyük kısmını oluşturduğundan günlük hareketlerin net sonucunu belirlemek için önemlidir [164]. Laboratuar ve saha koşullarında kullanımı yaygındır [158]. Bu cihazların dezavantajları, çok yavaş yürüyüş esnasında eksik netice vermesidir. Bu sebeble yaşlı kişilerde daha duyarlı pedometrelerin tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir [170].

Akselerometre: Hareketlerin şiddetini ve miktar ve şiddetini tespit eden cihazlardır [171]. Pedometredeki sorunlar biraz daha çözülmüştür. Uzun süreli verileri hafızasında taşıyabilmektedir. Akselerometreler iki çeşittir; tek eksenli ve çok eksenli. Tek eksenli sensörler hareketleri yalnızca bir tek vücut düzleminde belirlemektedir. Örneğin, kürek ve bisiklet gibi statik gövde hareketi ile yapılan sporların sonuçları hatalı çıkabilmektedir. Çok eksenliler hareketi birden fazla hareket düzleminde belirlenebilmektedir. Akselerometrelerin avantajı tek eksenli cihazlara oranla daha ayrıntılı bilgi verebilmeleridir. Dezavantajlarına bakılacak olursa, pedometrelere oranla fiyatı fazla ve kullanımı için özel bir uzmanlık ve ek donanım gerektirmesidir. Bel, kalça veya ayak bileğine takılan hareket algılayıcıların sınırlılıkları, cihazı doğru tespit etmek, pil seviyesini kontrol etmek darbelere karşı korumak, ve bireyin ölçüme uyumunu sağlamaktır [146].

2.12.3. Subjektif yöntemler

Günlük, geçmiş sorgulayan anketler, retrospektif anketler, kayıt ve evrensel anketlerdir. Fiziksel aktivite şiddetini sınıflandırmada bireylere soru sorarak yapılan ölçümler olup

kolay, pratik, düşük maliyetli geçerli ve güvenilir yöntemlerdir. Bu nedenle epidemiyolojik çalışmalarda fazlaca kullanılmaktadır [172, 173]. Bireylerden elde edilen bilgiler, enerji harcamasını belirleyen kilokalori veya MET'dönüştürülmektedir.

Günlükler: Az bir zaman diliminde yapılan tüm fiziksel aktivitelerin ayrıntılı biçimde ortaya konmasını sağlamaktadır. Aktivite günlüğü relatif olarak kısa bir zaman dilimi için bilgi verir ayrıca kişinin uzun süreli fiziksel aktivite alışkanlığını tespit etmez. Günlükler 1-3 gün içerisinde yapılmaktadır. Denek tarafından kullanılması yorucu olduğundan bu dönemde FAS'larında değişimler olabileceği belirtilmiştir [146]. Eğer aktivite günlüğü metodu aktivite ve aktivite zamanının kaydı ile detaylı yapılırsa her aktivitenin enerji tüketimi değerleri kullanılarak toplam enerji tüketimi hakkında bilgi edinilebilir [120].

Kayıtlar: Daha çok özel aktivite tiplerinin yapılıp yapılmadığını göstermektedir. Aktivitenin başlaışı ve bitışı, günün sonunda veya katılımdan sonra kaydedilebilir. Kayıtlar, egzersiz eğitim programına katılım kaydı için faydalıdır. Fakat günlükler gibi, katılımcı için uygun olmayabilir ve kullanımları olguların davranışlarını etkileyebilir [174].

Hatırlatma Anketleri: Genel olarak kayıtlar ya da günlüklere oranla daha az sorumluluk gerektirir. Davranışı daha az etkiler. Buna rağmen, fiziksel aktiviteye son katılımın ayrıntılarını hatırlamada zorluk yaşarlar. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde hatırlatma anketleri genel olarak bir hafta ile ömür boyu arasında zaman aralığı kullanılmaktadır [167].

Retrospektif Geçmiş Veriler: Fiziksel aktivite hatırlama anketinin en genel kapsamlısıdır. Davranışı daha az etkiler. Genel olarak kayıtlara ya da günlüklere oranla daha az sorumluluk gerektirir. Buna rağmen, bazı olgular fiziksel aktiviteye son katılımın detaylarını hatırlamada zorluk yaşarlar. Fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde hatırlama anketleri genellikle bir hafta ile ömür boyu arasında zaman dilimi kullanılmaktadır. Bu yöntemin dezavantajları; sağlanan birçok veri olması nedeniyle katılımcının hafızasını zorlar. Anketin karmaşık olması ayrıca bir zorluk oluşturur [158].

Evrensel Anketler: Fiziksel aktivite seviyesini bir, dört maddelik soruyla ölçen kısa anketlerdir. Başka bir hatırlama anketi türü evrensel anketlerdir. Bu anketler ile kısıtlı bilgiye ulaşılabilmekte, sonuçları ile sadece basit fiziksel aktivite sınıflandırılması

yapılabilmektedir. Bu uygulamanın kolaylığı, şiddetli fiziksel aktiviteye katılımı göstermede en iyiyi yansıtmaya eğilimli olmasıdır

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde “araştırma modeli, araştırmaya katılan evren ve örneklemin seçimi, verilerin toplanması, veri toplama araçları ve toplanan verilerin analizinde yararlanılan istatistiksel yöntemler” yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre irdelenmesini amaçlayan bu araştırma, nicel modelde oluşturulmuş tarama modelinde betimsel bir araştırmadır. Tarama modeli “geçmişte veya mevcut bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi hedefleyen araştırma yaklaşımı” olarak ifade edilir. Tarama modelinde; araştırmaya konu olan olay, kişi veya nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bu sebeple, önce her iki durumun belli değişkenler açısından ayrıntılı betimlemeleri yapılmakta, sonrasındaysa ortak ölçütlere göre yapılan bu betimlemeler karşılaştırılmaktadır [175].

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Süleyman Demirel Üniversitesi 2017-2018 akademik yılı içinde öğrenim gören tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı’ndan elde edilen verilere göre 2017 – 2018 eğitim öğretim yılında kayıtlı bulunan öğrenci sayısı 82473’tür. Buna bağlı olarak evreni temsil etmek üzere yapılan güç analizi sonucunda %95 güven düzeyi ile %5 güven aralığında, ulaşılması gereken kişi sayısının 382 ve hata payının 1,82 olduğu hesaplanmıştır. Araştırmada kolayda örnekleme yoluyla Süleyman Demirel Üniversitesi’nde öğrenim gören 545 gönüllü öğrenciye ulaşılmıştır. Yaş ortalamaları $20,02 \pm 2,35$ olan öğrencilerin, %56,9’u (N:310) ($\bar{x}=19,43 \pm 1,8$) kadın, %43,1’i (N:235) ($\bar{x}=19,43 \pm 1,8$) erkektir. Araştırma grubuyla ilgili detaylı bilgi Çizelge 4.1’de sunulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak (detayları aşağıda başlıklarda sunulan); Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA- International Physical Activity Questionnaire) kısa formu ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II” kullanılmıştır.

Bunun yanı sıra araştırmacı tarafından demografik bilgi toplamak amacıyla ayrı bir form katılımcılara sunulmuştur.

Araştırma; etik kurul raporu alındıktan sonra (EK-1) öğrencilere ders saatleri başlamadan önce araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra sözlü onamları alınarak uygulanmıştır.

3.3.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II

Walker ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkiye’deki kullanımı için standardizasyon çalışmaları Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ 4’lü likert tipi (1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık, 4=düzenli) bir ölçektir. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmış toplamda 0,915 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı ile incelenmiş;

- Sağlık sorumluluğu boyutu güvenirlik katsayısı: 0,795,
- Fiziksel aktivite boyutu güvenirlik katsayısı: 0,827,
- Beslenme boyutu güvenirlik katsayısı: 0,701,
- Manevi gelişim boyutu güvenirlik katsayısı: 0,797,
- Kişilerarası ilişkiler boyutu güvenirlik katsayısı: 0,766,
- Stres yönetimi boyutu güvenirlik katsayısı: 0,704 olarak tespit edilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin güvenirliliğini artırmak için araştırmacı tarafından bir adet güvenlik sorusu konulmuştur (Bkz. Soru:27, EK-1).

Alt boyutlar; Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), Manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) maddeleri ile belirlenmektedir.

3.3.2. Uluslararası fiziksel aktivite anketi (UFAA)

Araştırma grubunun fiziksel aktivite düzeyleri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA -International Physical Activity Questionnaire) ile belirlendi [172]. Uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından yapılan bu anket için, Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürk tarafından üniversite öğrencilerine yapılmıştır [73, 177]. Anketin sekiz versiyonu olmakla birlikte; dört kısa ve dört uzun form olarak geliştirilmiştir. Bunlar telefonla sorgulama, görüşme ve kendi kendine uygulanabilir yöntemler olarak bilinmektedir. Ayrıca “son 7 gün” veya “herhangi bir haftada” biçimli soru tipleri de bulunmaktadır [73, 172, 177]. Bu çalışmada, anketin kendi kendine uygulanabilen ve fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesinde son yedi günü içeren kısa formu kullanılmıştır. Bu form yedi sorudan meydana gelmektedir. Oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Kısa formun toplam puanının hesaplanması, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt alınmaktadır. Fiziksel aktivite yapıldığı zamanda tüketilen oksijen miktarını ifade etmek için metabolik eşitlik anlamında olan “MET” (Metabolic Equivalent) terimi kullanılır [172, 178]. Dakika, gün ve MET değeri (egzersiz esnasındaki enerji sarf etme oranı/Metabolik Equivalent) çarpılarak “METdakika/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir [172, 178, 179].

- Yürüme MET (dk) / hafta = 3,3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı
- Orta şiddetli MET (dk) / hafta = 4,0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı 22
- Şiddetli MET (dk) / hafta = 8,0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
- Toplam MET (dk) / hafta = (yürüme + orta şiddetli + şiddetli) MET (dk) / hafta Fiziksel aktivite düzeyleri;
- Fiziksel olarak aktif olmayan 3000 MET (dk) / hafta şeklinde sınıflandırıldı.

UFAA son kısmı olan oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivitenin puanlandırmanın herhangi bir parçasında yer almamakta ve kabul edilmiş bir eşik değeri bulunmamaktadır [73].

3.4. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 22 paket programında analiz edilmiştir. Analiz sonucunda öncelikle yüzde (%) ve frekans (f) değerleri hesaplanmıştır. Verilerin nasıl dağıldığına ilişkin yapılan normallik testinde Kolmogorov Smirnov testi ile Shapiro Wilk testlerinin sonuçlarının anlamlı çıktığı ve verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak bağımlı ve bağımsız değişken karşılaştırılmalarında ikili karşılaştırmalar için; Mann-Whitney U testi, çoklu karşılaştırmalar için ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır. Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre ortaya çıkan farkın nedenini anlamak için SPSS 22 paket programı içerisinde yer alan post-hoc testi kullanılmıştır. Buradan çıkan farkın nedeni, harflendirme yöntemiyle tablolarda sunulmuştur. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman's korelasyon testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre incelenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda aşağıdaki bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Araştırma grubunun cinsiyet, fakülte ve sınıf dağılımları

	Demografi	f	%
Cinsiyet	Kadın	310	56,88
	Erkek	235	43,12
Fakülte	Tıp Fakültesi	177	32,48
	Spor Bilimleri Fakültesi	121	22,2
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	108	19,82
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	91	16,7
	Diş Hekimliği Fakültesi	48	8,81
	Toplam	545	100
Sınıf	1. sınıf	325	59,63
	2. sınıf	68	12,48
	3. sınıf	72	13,21
	4. sınıf	51	9,36
	6. sınıf	29	5,32
	Toplam	545	100

Çizelgeye göre; araştırmaya %56,88 oranında kadın, %43,12 oranında ise erkek, %32,48'i tıp fakültesi, %22,2'si spor bilimleri fakültesi, %19,82'si İktisadi ve idari bilimler fakültesi, %16,7'si sağlık bilimleri fakültesi ve %8,81'i diş hekimliği fakültesi, sınıf dağılımları incelendiğinde %59,63'ü 1. Sınıf, %12,48'i 2.sınıf, %13,21'i 3.sınıf, %9,36'ı 4.sınıf ve %5,32'si 6. sınıf olduğu gözlemlenmektedir.

Çizelge 4.2. Araştırma grubunun fakültelere göre cinsiyet dağılımları

Fakülte	Cinsiyet	f	%
Spor Bilimleri Fakültesi	Kadın	30	24,79
	Erkek	91	75,21
	Toplam	121	100
Tıp Fakültesi	Kadın	114	64,41
	Erkek	63	35,59
	Toplam	177	100
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Kadın	64	59,26
	Erkek	44	40,74
	Toplam	108	100
Sağlık Bilimleri Fakültesi	Kadın	78	85,71
	Erkek	13	14,29
	Toplam	91	100
Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	24	50
	Erkek	24	50
	Toplam	48	100

Çizelgeye göre; çalışmaya katılan spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin %24,79'u kadın, %75,1'i erkek, tıp fakültesi öğrencilerinin %64,41'i kadın, %35,59'u erkek, iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencilerinin %59,26'sı kadın, %40,74'ü erkek, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin %85,71'i kadın, %14,29'u erkek, diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin %50'si kadın, %50'si erkektir.

Çizelge 4.3. Araştırma grubunun gelir, konaklama ve ulaşım dağılımları

Sorular	Cevaplar	f	%
Aylık harcama miktarınız nedir?	301-500 TL	209	38,35
	501-1.000 TL	174	31,93
	1001 ve üzeri TL	111	20,37
	0-300 TL	49	8,99
	Toplam	545	100
Kampüse ne ile ulaşım sağlıyorsunuz?	Otobüs	416	76,33
	Özel araç	59	10,83
	Yürüme	58	10,64
	Bisiklet	11	2,02
	Toplam	545	100
Kampüs içerisinde ne ile ulaşım sağlıyorsunuz?	Yürüme	439	80,55
	Otobüs	57	10,46
	Özel araç	38	6,97
	Bisiklet	11	2,02
	Toplam	545	100
Konakladığınız yer şekli nedir?	Yurtta veya Apartta	325	59,63
	Aile İle Evde	86	15,78
	Arkadaşlarıyla Evde	85	15,6
	Tek Başına Evde	48	8,81
	Toplam	545	100

Araştırmaya katılan grubun aylık harcama miktarı, konaklama ve ulaşım dağılımları Çizelge 4.3'de yer almaktadır. Aylık harcama miktarı incelendiğinde; %38,35'i 301-500 TL harcama miktarı ile en fazla oranda olduğu görülmekte, %31,93'ü 501-1000TL, %20,37'si 1001 ve üzeri TL, %8,99'u 0-300TL'dir. Öğrencilerin kampüse ulaşımı incelendiğinde; %76,33'ü otobüsle, %10,83'ü özel araçla, %10,83'ü özel araçla, %10,64'ü yürümeyle ve %2,02'si bisikletle olduğu tespit edilmiştir. Kampüs içerisindeki ulaşım en fazla %80,55 oranıyla yürümedir. Araştırma grubunun %59,63'ü yurtta veya apartta, %15,78'i evde, %15,6'sı arkadaşlarıyla evde ve %8,81'i tek başına evde kaldığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.4. Araştırma grubunun beslenme tercihleri ve uyuma sürelerinin dağılımları

Sorular	Cevaplar	f	%
Beslenme Tercihiniz nedir?	Herikiside	458	84,04
	Etçil	70	12,84
	Otçul	16	2,94
	Toplam	545	100
Günlük ortalama uyuma süreniz nedir?	6-8	321	58,9
	4-6	107	19,63
	8-10	91	16,7
	10 üzeri	18	3,3
	4 saat altı	8	1,47
	Toplam	545	100

Çizelge 4.4’de araştırma grubunun beslenme tercihleri ve uyuma sürelerinin dağılımları yer almaktadır. Beslenme tercihi incelendiğinde; %2,94’ü otçul, 12,84’ü etçil ve %84,04’ü her ikisini tercih ettikleri saptanmıştır. Katılımcıların günlük ortalama uyuma süreleri ise; 4 saat ve altı en düşük orana (%1,47), 6-8 saat uyuma ile en yüksek orana (%58,9) sahip olduğu bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Araştırma grubunun psikolojik yardım, tırnak yeme alışkanlıkları, meditasyon ve yoga yapma dağılımları.

Sorular	Cevaplar	f	%
Profesyonel olarak psikolojik destek aldınız mı?	Hayır	484	88,81
	Evet	60	11,01
	Toplam	545	100
Kendinizi kötü hissettiğinizde kimden yardım alırsınız?	Arkadaşımdan	193	35,41
	Ailemden	174	31,92
	Hiçkimse	165	30,28
	Uzman Kişiden	12	2,2
	Toplam	545	100
Tırnak yeme alışkanlığınız var mı?	Hayır	458	84,04
	Evet	86	15,78
	Toplam	545	100
Yoga yaptınız mı?	Hayır	507	93,03
	Evet	38	6,97
	Toplam	545	100
Mediatsyon yaptınız mı?	Hayır	476	87,34
	Evet	69	12,66
	Toplam	545	100

Çizelgeye göre; araştırma grubunun %88,81’i profesyonel olarak psikolojik destek almadığını, %11,01’i psikolojik olarak destek aldığını, kendini kötü hissettiğinde arkadaşından destek alanlar %35,41 ile en yüksek orana, uzman kişiden yardım alanlar ise %2,2 ile en düşük orana sahiptir.

Katılımcıların; %84,04'ü tırnak yediği, %15,78'i tırnak yemediğini, %93,03'ü yoga yapmadığı, %6,97'si yoga yaptığı, %87,34'ü meditasyon yapmadığı, %12,66'sı meditasyon yaptığı bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Araştırma grubunun kronik rahatsızlık dağılımları

Soru	Cevaplar	f	%
Kronik Bir Hastalığınız Var mı?	Hayır	505	92,66
	Astım	11	2,02
	Epilepsi	3	0,55
	Alerji	4	0,73
	Migren	3	0,55
	Tiroid	3	0,55
	Sinüzit	2	0,37
	Bronşit	2	0,37
	İnsülin Direnci	2	0,37
	Gör Reflü	2	0,37
	Gastrit	2	0,37
	Talesemi	1	0,18
	Bipolar Bozukluk	1	0,18
	Anksiyete	1	0,18
	Faranjit	1	0,18
	Taşikardi	1	0,18
	Hepatit B	1	0,18
	Toplam	545	100

Çizelge 4.6'da araştırma grubunun kronik hastalık dağılımlarına yer verilmektedir. Katılımcıların %92,66'sı kronik bir hastalığının olmadığı, %0,18'i ile en düşük orana sahip olunan hastalık türleri; talasemi, bipolar bozukluğu anksiyete, faranjit, taşikardi, hepatit B'dir.

Çizelge 4.7. Araştırma grubunun çalışma sektör dağılımları

Soru	Cevaplar	f	%
Bir işte çalışıyor musunuz?	Hayır	499	91,6
	Spor salonu	14	2,6
	Kamu	4	0,7
	Cafe	4	0,7
	Part time	13	2,4
	Profesyonel sporcu	2	0,4
	Vale	1	0,2
	İnşaat	4	0,7
	Tezgâhtar	1	0,2
	Sanayi	1	0,2
	Hemşire	1	0,2
	Tenisyen	1	0,2
	Toplam	545	100

Çizelge 4.7’i incelendiğinde; araştırma grubunun 499’u herhangi bir işte çalışmadığı, %2,6’sı spor salonunda, %0,7’si kamu, inşaat ve cafede, %2,4’ü part-time, %0,4’ü profesyonel sporcu, %0,2’si vale, tezgahtar, sanayi, hemşire ve teknisyen işlerinde çalıştıkları tespit edilmiştir.

Çizelge 4.8. Araştırma grubunun sigara ve alkol kullanma dağılımları

Sorular	Cevaplar	f	%
Sigara içiyor musunuz?	İçmiyorum	391	71,74
	İçiyorum	121	22,2
	Bıraktım	31	5,69
	Toplam	543	99,63
Alkol kullanıyor musunuz?	İçmiyorum	399	73,21
	İçiyorum	115	21,1
	Bıraktım	30	5,5
	Toplam	545	100
Günde Kaç Adet Sigara İçiyorsunuz?	Hiç İçmiyorum	421	77,25
	20 Adet	21	3,85
	10 Adet	20	3,67
	15 Adet	14	2,57
	2 Adet	10	1,83
	5 Adet	9	1,65
	12 Adet	8	1,47
	7 Adet	7	1,28
	4 Adet	6	1,1
	3 Adet	5	0,92
	6 Adet	5	0,92
	8 Adet	4	0,73
	25 Adet	3	0,55
	30 Adet	3	0,55
	18 Adet	2	0,37
	1 Adet	2	0,37
	9 Adet	1	0,18
	13 Adet	1	0,18
	16 Adet	1	0,18
	40 Adet	1	0,18
	50 Adet	1	0,18
Toplam		545	100

Çizelge 4.8 incelendiğinde; araştırma grubunun %71,74’ü sigara içmediği, %22,2’si içtiği ve %5,69’u sigarayı bıraktığı, sigara içenlerin % 3,85’i günde 20 adet, %3,67’si 10 adet, %2,57’si 15 adet, %1,83’ü 2 adet, %1,65’i 5 adet, %1,47’si 12 adet, %0,18’i 50 adet günlük sigara içtikleri, alkol içmeyenlerin oranı; %73,21 iken, içenlerin %21,1 ve alkolü bırakanların oranı %5,5 olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.9. Araştırma grubunun fakültelere göre alkol ve sigara içme dağılımları

Soru	Fakülte	Cevaplar	f	%
Sigara içiyor musunuz?	Spor Bilimleri Fakültesi	Hayır	68	56,2
		Evet	44	35,54
		Bıraktım	10	8,26
		Toplam	121	100
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Hayır	71	65,74
		Evet	33	30,56
		Bıraktım	3	2,78
		Toplam	107	99,07
	Dış Hekimliği Fakültesi	Hayır	35	72,92
		Evet	11	22,92
		Bıraktım	2	4,17
		Toplam	48	100
	Tıp Fakültesi	Hayır	141	79,66
		Evet	25	14,12
		Bıraktım	10	5,65
		Toplam	176	99,44
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hayır	76	83,52
		Evet	9	9,89
		Bıraktım	6	6,59
		Toplam	91	100
Alkol kullanıyor musunuz?	Spor Bilimleri Fakültesi	Hayır	76	62,81
		Evet	34	28,1
		Bıraktım	11	9,09
		Toplam	121	100
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Hayır	29	60,42
		Evet	13	27,08
		Bıraktım	6	12,5
		Toplam	48	100
	Dış Hekimliği Fakültesi	Hayır	83	76,85
		Evet	23	21,3
		Bıraktım	2	1,85
		Toplam	108	100
	Tıp Fakültesi	Hayır	131	74,01
		Evet	37	20,9
		Bıraktım	8	4,52
		Toplam	177	100
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hayır	80	87,91
		Evet	8	8,79
		Bıraktım	3	3,3
		Toplam	91	100

Çizelge 4.9’da araştırma grubunun fakültelere göre alkol ve sigara içme dağılımlarına yer verilmiştir. Spor Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %56,2’si sigara içmedikleri, %35,4 sigara içtiği, %8,6’sı sigarayı bıraktığı, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %65,74’ü sigara içmedikleri, %30,56’sı sigara içtiği, %2,78’i sigarayı bıraktığı, Dış Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin %72,92’si sigara içmedikleri, %22,92’si sigara içtiği, %4,17’si sigarayı bıraktığı, Tıp Fakültesi öğrencilerinin %79,66’sı sigara içmedikleri, %14,12’si sigara içtiği, %5,65’i sigarayı bıraktığı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %83,52’si sigara içmedikleri, %9,89’u sigara içtiği, %6,59’u sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

Fakülterele göre alkol kullanma dağılımında; Spor Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %62,1'i alkol içmedikleri, %28,1 alkol içtiği, %9,09'u alkolu bıraktığı, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %60,42'si alkol içmedikleri, %27,08'i alkol içtiği, %12,5'i alkolu bıraktığı, Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin %76,85'i alkol içmedikleri, %21,3'ü alkol içtiği, %1,85'i alkolu bıraktığı, Tıp Fakültesi öğrencilerinin %74,01 alkol içmedikleri, %20,9'u alkol içtiği, %4,52'si alkolu bıraktığı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %87,91'i alkol içmedikleri, %8,79'u alkol içtiği ve %3,3'ü alkolu bıraktığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.10. Araştırma grubunun fakülterele göre adet sigara içme dağılımları

Soru	Fakülte	Cevaplar	f	%
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	Spor Bilimleri Fakültesi	Sigara İçmeyen Öğrenci Sayısı	77	63,64
		20 Adet	9	7,44
		15 Adet	8	6,61
		10 Adet	7	5,79
		7 Adet	3	2,48
		5 Adet	3	2,48
		2 Adet	3	2,48
		12 Adet	2	1,65
		8 Adet	2	1,65
		40 Adet	1	0,83
		30 Adet	1	0,83
		25 Adet	1	0,83
		18 Adet	1	0,83
		13 Adet	1	0,83
		6 Adet	1	0,83
		4 Adet	1	0,83
		Toplam Sigara İçen Öğrenci Sayısı	44	36,36
		Genel Toplam	121	100
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Sigara İçmeyen Öğrenci Sayısı	74	68,52
		20 Adet	7	6,48
		10 Adet	7	6,48
		2 Adet	4	3,7
		7 Adet	3	2,78
		15 Adet	2	1,85
		5 Adet	2	1,85
		4 Adet	2	1,85
		3 Adet	2	1,85
		50 Adet	1	0,93
		12 Adet	1	0,93
		8 Adet	1	0,93
		6 Adet	1	0,93
		1 Adet	1	0,93
		Toplam Sigara İçen Öğrenci Sayısı	34	31,48
		Genel Toplam	107	100

Çizelge 4.10. (devam) Araştırma grubunun fakültelere göre adet sigara içme dağılımları

Soru	Fakülte	Cevaplar	f	%
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	Dış Hekimliği Fakültesi	Sigara İçmeyen Öğrenci Sayısı	37	77,08
		12 Adet	3	6,25
		15 Adet	3	6,25
		10 Adet	2	4,17
		3 Adet	1	2,08
		5 Adet	1	2,08
		6 Adet	1	2,08
		Toplam Sigara İçen Öğrenci Sayısı	11	22,92
		Genel Toplam	48	100
	Tıp Fakültesi	Sigara İçmeyen Öğrenci Sayısı	152	85,88
		20 Adet	3	1,69
		10 Adet	3	1,69
		5 Adet	3	1,69
		4 Adet	3	1,69
		30 Adet	2	1,13
		12 Adet	2	1,13
		6 Adet	2	1,13
		25 Adet	1	0,56
		18 Adet	1	0,56
		15 Adet	1	0,56
		9 Adet	1	0,56
		8 Adet	1	0,56
		3 Adet	1	0,56
		1 Adet	1	0,56
		Toplam Sigara İçen Öğrenci Sayısı	25	14,12
		Genel Toplam	176	100
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Sigara İçmeyen Öğrenci Sayısı	81	89,01
		2 Adet	3	3,3
		20 Adet	2	2,2
		25 Adet	1	1,1
		16 Adet	1	1,1
		10 Adet	1	1,1
		7 Adet	1	1,1
		3 Adet	1	1,1
		Toplam Sigara İçen Öğrenci Sayısı	10	10,99
		Genel Toplam	91	100

Çizelge 4.10.'da araştırma grubunun fakültelere göre adet sigara içme dağılımlarına yer verilmiştir. Spor Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin %77,08'i sigara içmediği, %36,36'sigara içtiği, %7,44'ü 20 adet, %6,61'i 15 adet, 5,79'u 10 adet, %2,48'i 7, 5 ve 2 adet, 1,65'i 12 ve 8 adet, %0,83'ü 40, 30, 25, 18, 13, 6 ve 4 adet içtiği bulunmuştur. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin %68,52'si sigara içmediği, %31,48'i sigara içtiği, %6,48'i 20 ve 10 adet, %3,7'si 2 adet, 2,78'i 7 adet, %1,85'i 15,5,4 ve 3 adet içtiği, %0,93'ü 50,12,8,6 ve 1 adet içtiği bulunmuştur. Dış hekimliği fakültesi sigara içen öğrenci dağılımı %77,08, içmeyen öğrenci oranı %22,92, 12 ve 15 adet sigara içinler %6,25 iken, günde 10 adet içenler %4,14, 3,5 ve 6 adet içenler 2,08 oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sigara içen tıp

fakültesi öğrencileri %14,12, içmeyen %85,88 iken, %1,69'u günde 20, 10,5 ve 4 adet, %1,13'ü 30,12 ve 6 adet, %0,56'sı 25,6,18, 15, 9, 8, 3, ve 1 adet içtiği, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin %89,01'i sigara içmediği, %10,99'u içtiği, %3,3'ü 2 adet, %2,2'si 20 adet, %1,1'i 25,16,10,7 ve 3 adet içtiği bulunmuştur.

Çizelge 4.11. Araştırma grubunun lisanslı olarak spor yapma dağılımları

Soru	Cevaplar	f	%
Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz? Yapıyorsanız hangi spor branşında lisansınız var?	Hayır Yapmıyorum	421	77,25
	Futbol	14	2,57
	Basketbol	13	2,39
	Taekwondo	12	2,20
	Voleybol	11	2,02
	Bisiklet	9	1,65
	Kayak	7	1,28
	Hentbol	7	1,28
	Boks	7	1,28
	Güreş	7	1,28
	Judo	6	1,1
	Atletizm	5	0,92
	Badminton	4	0,73
	Masa Tenisi	4	0,73
	Atıcılık	3	0,55
	Halter	3	0,55
	Yüzme	3	0,55
	Triatlon	2	0,37
	Karate	2	0,37
	Tenis	2	0,37
	Muaitai	1	0,18
	Satranç	1	0,18
	Aikido	1	0,18
	Toplam	545	100

Çizelge 4.11'de araştırma grubunun lisanslı spor yapma dağılımlarına yer verilmiştir. %77,25'i spor lisansının olmadığına, %2,57'si futbol lisansına, %2,39'u basketbol lisansına, %2,2'si taekwondo, %2,02'si voleybol,%1,65'i bisiklet, %1,28'i kayak, hentbol boks ve güreş, %1,1'i judo, %0,92'si atletizm, %0,73'ü badminton ve masa tenisi, %0,55'i atıcılık, halter ve yüzme, %0,37'si triatlon, karate, tenis ve%0,18'i muai tai lisansına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.12. Araştırma grubunun cinsiyetlere göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Cinsiyet	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Kadın	310	9	35	18,93	4,42	282,51	33166,5	-1,714	0,086
	Erkek	234	9	34	18,21	4,6	259,24			
Fiziksel aktivite	Kadın	310	8	31	16,4	4,65	227,98	22469	-7,555	0,000*
	Erkek	233	8	32	19,76	5,24	330,57			
Beslenme	Kadın	309	11	31	19,46	3,58	267,11	34641	-0,838	0,402
	Erkek	234	9	45	19,9	4,89	278,46			
Manevi gelişim	Kadın	310	12	36	26,09	4,48	256,27	31238,5	-2,778	0,005*
	Erkek	234	11	36	26,95	5,1	294			
Kişilerarası ilişkiler	Kadın	310	14	35	25,1	4,24	274,49	35343	-0,428	0,669
	Erkek	233	11	36	24,82	4,61	268,69			
Stres yönetimi	Kadın	310	12	31	19,4	3,56	265,18	34001,5	-1,255	0,212
	Erkek	234	8	31	19,75	3,79	282,19			
Toplam	Kadın	309	84	192	125,35	18,7	256,27	31293,5	-2,529	0,011*
	Erkek	232	73	192	129,37	21,32	290,61			

*p<0.05

Çizelge 4.12’de araştırma grubunun cinsiyetlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeğinin toplamının ve alt boyutlarının analizi verilmiştir. Yapılan mann whitney u testi sonuçlarına bakıldığı zaman; cinsiyetler arasında fiziksel aktivite ve manevi gelişim skorunda anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Cinsiyetler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanında da istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin SYBDÖ toplam puanı kadınlara oranla daha yüksektir.

Cinsiyetler arasında sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında fark anlamlı görülmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 4.13. Araştırma grubunun çalışma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Çalışma	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Hayır	499	9	35	18,6	4,51	271,25	10605	-,618	0,537
	Evet	45	10	3	18,96	4,56	286,33			
Fiziksel aktivite	Hayır	498	8	32	17,58	5,1	263,88	7159	-4,022	0,000*
	Evet	45	8	30	20,76	5,37	361,91			
Beslenme	Hayır	498	9	45	19,53	4,18	267,2	8815,5	-2,378	0,017*
	Evet	45	12	34	21,07	4,26	325,1			
Manevi gelişim	Hayır	499	11	36	26,30	4,72	267,26	8611,5	-2,596	0,009*
	Evet	45	18	36	28,24	5,05	330,63			
Kişilerarası ilişkiler	Hayır	498	11	36	24,85	4,35	267,30	886	-2,327	0,020*
	Evet	45	17	35	26,53	4,74	324			
Stres yönetimi	Hayır	499	12	31	19,52	3,61	270,4	10179,5	-1,042	0,297
	Evet	45	8	28	19,98	4,25	295,79			
Toplam	Hayır	496	73	192	126,31	19,87	264,99	8180,5	-2,968	0,003*
	Evet	45	94	180	135,53	19,09	337,21			

*p<0.05

Araştırma grubunun çalışma değişkenine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.13’de verilmiştir. Yapılan mann whitney u testi sonuçlarına göre; çalışan öğrencilerin çalışmıyanlara göre fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarına ve toplam SBYDÖ skoruna daha olumlu görüş belirttikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Öte yandan çalışma değişkenine göre sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.14. Araştırma grubunun kronik hastalık durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Kronik Hastalık	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	504	9	34	18,56	4,47	270,69	9167	-,957	0,339
	Evet	40	9	35	19,43	5,09	295,33			
Fiziksel Aktivite	Hayır	503	8	32	17,99	5,25	276,71	7691	-2,485	0,013*
	Evet	40	9	27	16,05	3,98	212,78			
Beslenme	Hayır	503	9	45	19,72	4,2	274,14	8981,5	-1,133	0,257
	Evet	40	10	30	18,78	4,09	245,04			
Manevi Gelişim	Hayır	504	11	36	26,6	4,72	276,15	8240,5	-1,927	0,054
	Evet	40	12	33	24,75	5,22	226,51			
Kisilerarasi İlişkiler	Hayır	503	11	36	25,06	4,41	274,61	8747	-1,378	0,168
	Evet	40	12	33	24,03	4,29	239,18			
Stres Yönetimi	Hayır	504	8	31	19,57	3,69	273,43	9612	-,491	0,623
	Evet	40	13	26	19,35	3,46	260,8			
Toplam	Hayır	501	73	192	127,45	20,12	273,66	8688	-1,400	0,161
	Evet	40	87	156	122,38	17,17	237,7			

* $p<0.05$

Üniversite öğrencilerinin SYBDÖ yönelik görüşlerinin kronik hastalık durumuna göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin mann whitney u testi verileri Çizelge 4.14’de verilmektedir. Kronik hastalığı olmayan öğrencilerin kronik hastalığı olan öğrencilere oranla SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktiviteye daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer taraftan kronik hastalık değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme alt boyutlarında ve toplam SYBDÖ skorunda istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.15. Araştırma grubunun spor yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Egzersiz Durumu	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	196	9	34	18,98	4,76	283,64	31920,5	-1,244	0,214
	Hayır	348	9	35	18,43	4,37	266,23			
Fiziksel aktivite	Evet	195	8	32	18,24	5,28	282,3	31921,5	-1,147	0,251
	Hayır	348	8	31	17,62	5,13	266,23			
Beslenme	Evet	196	12	45	20,06	4,27	284,31	31592,5	-1,379	0,168
	Hayır	347	9	34	19,43	4,15	265,04			
Manevi gelişim	Evet	196	11	36	26,97	4,9	288,57	30955	-1,793	0,073
	Hayır	348	12	36	26,18	4,69	263,45			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	196	12	35	25,55	4,19	292,75	29939,5	-2,322	0,020*
	Hayır	347	11	36	24,67	4,5	260,28			
Stres yönetimi	Evet	196	12	30	20,09	3,64	294,97	29699,5	-2,512	0,012*
	Hayır	348	8	31	19,25	3,65	259,84			
Toplam	Evet	195	73	192	129,88	20,61	292,96	29452	-2,454	0,014*
	Hayır	346	78	189	125,5	19,42	258,62			

*p<0.05

Üniversite öğrencilerinin SYBDÖ yönelik görüşlerinin spor yapma değişkenine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin mann whitney u testi verileri Çizelge 4.15’de verilmektedir. spor yapan öğrencilerin spor yapmayan öğrencilere oranla SYBDÖ toplam puanlarında ve alt boyutlarından kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Öte yandan spor yapma değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Çizelge 4.16. Araştırma grubunun lisanslı spor yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Lisanslı spor	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	Hayır	421	9	35	18,41	4,46	263,81	22233,5	-2,392	0,017*
	Evet	123	9	34	19,37	4,63	302,24			
Fiziksel aktivite	Hayır	420	8	31	16,77	4,83	239,94	12363,5	-8,816	0,000*
	Evet	123	10	32	21,51	4,7	381,48			
Beslenme	Hayır	420	9	45	19,17	3,96	254,63	18533	-4,783	0,000*
	Evet	123	12	34	21,32	4,58	331,33			
Manevi gelişim	Hayır	421	11	36	26,07	4,59	257,86	19729,5	-4,027	0,000*
	Evet	123	13	36	27,82	5,16	322,6			
Kişilerarası ilişkiler	Hayır	420	11	36	24,63	4,33	258,55	20182,5	-3,7	0,000*
	Evet	123	12	35	26,21	4,45	317,91			
Stres Yönetimi	Hayır	421	12	31	19,24	3,55	260,06	20655	-3,428	0,001*
	Evet	123	8	31	20,63	3,89	315,07			
Toplam	Hayır	418	73	192	124,2	18,84	248,66	16,368	-6,129	0,000*
	Evet	123	87	192	136,86	20,58	346,93			

*p<0.05

Üniversite öğrencilerinin SYBDÖ yönelik görüşlerinin lisanslı spor yapma değişkenine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin mann whitney u testi verileri Çizelge 4.16’da verilmektedir. Lisanslı spor yapan öğrencilerin lisanslı spor yapmayan öğrencilere oranla SYBDÖ toplam puanına ve tüm alt boyutlarına (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çizelge 4.17. Araştırma grubunun meditasyon yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Meditasyon durumu	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	69	10	32	20,35	4,24	342,17	11580	-3,951	0,000*
	Hayır	475	9	35	18,38	4,5	262,38			
Fiziksel aktivite	Evet	69	8	30	19,3	5,15	318,28	13160	-2,627	0,009*
	Hayır	474	8	32	17,63	5,17	265,26			
Beslenme boyutu	Evet	68	12	34	20,71	4,1	315,26	13208	-2,439	0,015*
	Hayır	475	9	45	19,5	4,2	265,81			
Manevi gelişim	Evet	69	16	36	27,57	4,91	309,92	13805,5	-2,121	0,034*
	Hayır	475	11	36	26,3	4,74	267,06			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	69	18	35	26,26	4,17	311,76	13609,5	-2,259	0,024*
	Hayır	474	11	36	24,8	4,41	266,21			
Stres yönetimi	Evet	69	12	30	20,3	3,92	308,43	13908,5	-2,04	0,041*
	Hayır	475	8	31	19,44	3,62	267,28			
Toplam	Evet	68	89	178	134,41	20,53	332,85	11876,5	-3,49	0,000*
	Hayır	473	73	192	126,02	19,66	262,11			

* $p<0.05$

Üniversite öğrencilerinin SYBDÖ yönelik görüşlerinin meditasyon yapma değişkenine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin mann whitney u testi verileri Çizelge 4.17’de verilmektedir. Meditasyon yapan öğrencilerin meditasyon yapmayan öğrencilere kıyasla SYBDÖ toplam puanına ve tüm alt boyutlarına (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çizelge 4.18. Araştırma grubunun yoga yapma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Yoga Durumu	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	38	11	32	19,71	4,48	307,7	8276,5	-1,435	0,151
	Hayır	506	9	35	18,55	4,51	269,86			
Fiziksel aktivite	Evet	38	9	30	18,84	4,7	308,01	8226,5	-1,47	0,142
	Hayır	505	8	32	17,77	5,22	269,29			
Beslenme boyutu	Evet	37	13	30	20,03	4,23	290,22	8687	-,734	0,463
	Hayır	506	9	45	19,63	4,2	270,67			
Manevi gelişim	Evet	38	14	36	26,84	5,62	285,93	9103,5	-,547	0,584
	Hayır	506	11	36	26,43	4,71	271,49			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	38	18	35	25,58	3,9	285,63	9077	-,557	0,578
	Hayır	505	11	36	24,94	4,44	270,97			
Stres yönetimi	Evet	38	12	30	20,05	4,27	293,16	8829	-,843	0,399
	Hayır	506	8	31	19,52	3,62	270,95			
Toplam	Evet	37	93	178	130,84	20,67	302,99	8140,5	-1,29	0,197
	Hayır	504	73	192	126,8	19,89	268,65			

Araştırma grubunun yoga yapma değişkenine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.18’de verilmiştir. Yapılan mann whitney u testi sonuçlarına göre; yoga yapan öğrencilerin yoga yapmayan öğrencilere oranla SYBDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.19. Araştırma grubunun psikolojik destek alma durumlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Psikolojik destek	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	60	10	32	19,17	4,69	291,43	13384	-,992	0,321
	Hayır	484	9	35	18,56	4,49	270,15			
Fiziksel aktivite	Evet	60	8	28	17,97	4,99	279,23	14056	-,379	0,704
	Hayır	483	8	32	17,83	5,22	271,1			
Beslenme	Evet	60	12	30	20,07	3,9	291,53	13318,5	-1,025	0,305
	Hayır	483	9	45	19,6	4,24	269,57			
Manevi gelişim	Evet	60	11	35	25,45	5,38	247,44	13016,5	-1,312	0,190
	Hayır	484	13	36	26,59	4,69	275,61			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	60	12	36	24,85	5,15	271,03	14432	-,051	0,960
	Hayır	483	11	35	25	4,31	272,12			
Stres yönetimi	Evet	60	12	29	19,25	4,04	268,37	14272	-,217	0,828
	Hayır	484	8	31	19,59	3,62	273,01			
Toplam	Evet	60	73	166	126,75	20,2	274,28	14233	-,173	0,863
	Hayır	481	78	192	127,12	19,94	270,59			

Araştırma grubunun psikolojik destek alma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.19’da verilmiştir. Yapılan mann whitney u testi sonuçlarına göre; profesyonel olarak psikolojik destek alan

öğrencilerin profesyonel olarak psikolojik destek almayan öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.20. Araştırma grubunun tırnak yeme alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Tırnak yeme	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	U	Z	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	86	10	30	18,08	4,59	252,87	18005,5	-1,266	0,206
	Hayır	458	9	35	18,73	4,5	276,19			
Fiziksel aktivite	Evet	85	8	31	17,82	5,68	268,71	19185,5	-,211	0,833
	Hayır	458	8	32	17,85	5,1	272,61			
Beslenme	Evet	86	11	32	19,02	4,4	247,06	17506,5	-1,611	0,107
	Hayır	457	9	45	19,77	4,16	276,69			
Manevi gelişim	Evet	86	11	36	25,42	5,39	244,42	17279	-1,810	0,070
	Hayır	458	12	36	26,66	4,63	277,77			
Kişile arası ilişkiler	Evet	86	11	35	24,79	4,80	271,45	19604	-,035	0,972
	Hayır	457	12	36	25,02	4,33	272,1			
Stres yönetimi	Evet	86	12	31	19,55	3,57	274,23	19545	-,112	0,911
	Hayır	458	8	30	19,55	3,69	272,17			
Toplam	Evet	85	73	189	124,61	20,97	254,33	17963	-1,071	0,284
	Hayır	456	84	192	127,54	19,74	274,11			

Araştırma grubunun tırnak yeme alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.20’de verilmiştir. Yapılan mann whitney u testi sonuçlarına göre; tırnak yiyen öğrencilerin tırnak yemeyen öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.21. Araştırma grubunun sigara içme alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Sigara içme	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	122	9	28	17,76	4,24	244,86	0,087
	Hayır	391	9	35	18,88	4,58	280,64	
	Bıraktım	31	11	27	18,81	4,38	278,66	
Fiziksel aktivite	Evet	121	8	30	19,04b	4,95	312,38	0,003*
	Hayır	391	8	32	17,42a	5,19	258,28	
	Bıraktım	31	8	29	18,35ab	5,47	287,45	
Beslenme	Evet	122	9	34	19,29	4,48	264,84	0,847
	Hayır	390	11	45	19,76	4,14	273,98	
	Bıraktım	31	13	29	19,81	3,8	275,19	
Manevi gelişim	Evet	122	13	36	26,57	5,41	280,03	0,834
	Hayır	391	11	36	26,43	4,56	270,36	
	Bıraktım	31	15	34	26,39	4,89	269,82	
Kisilerarası ilişkiler	Evet	121	14	36	25,44	4,72	286,45	0,462
	Hayır	391	11	35	24,83	4,28	266,86	
	Bıraktım	31	14	35	25,13	4,69	280,45	
Stres yönetimi	Evet	122	12	31	19,65	3,98	278,08	0,57
	Hayır	391	8	31	19,57	3,58	272,95	
	Bıraktım	31	13	28	18,94	3,49	244,87	
Toplam	Evet	120	87	170	127,63	20,44	278,66	0,827
	Hayır	390	73	192	126,88	19,69	268,61	
	Bıraktım	31	89	168	127,42	21,85	271,44	

*p<0.05

Üniversite öğrencilerinin SYBDÖ'ye yönelik görüşlerinin sigara içme değişkenine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına ilişkin kruskal wallis testi sonucundaki verileri Çizelge 4.21'de verilmektedir. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin fiziksel aktivite puanları ortalamalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre sigara içen ve içmeyen grupların arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla post-hoc analizi yapılmıştır. Farkın nedeni harflendirme yöntemiyle tabloda sunulmuştur ($b>ab>a$). Sigara içiyor musunuz? sorusuna 'evet' cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanları ($19,04\pm 4,95$), 'hayır' cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanlarından ($17,42\pm 5,19$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanma durumu değişkenine göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 4.22. Araştırma grubunun alkol kullanma alışkanlıklarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Alkol kullanma	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	Evet	115	9	34	17,93	4,5	247,64	0,053
	Hayır	399	9	35	18,72	4,49	276,09	
	Bıraktım	30	12	31	20,07	4,48	320,02	
Fiziksel aktivite	Evet	115	8	31	19,391b	5,44	317,7	0,000*
	Hayır	398	8	32	17,263a	5,01	254,97	
	Bıraktım	30	13	29	19,6b	4,95	322,8	
Beslenme	Evet	115	9	34	19,15	4,79	253,19	0,348
	Hayır	399	11	45	19,78	4,05	276,96	
	Bıraktım	29	14	29	19,9	3,47	278,31	
Manevi gelişim	Evet	115	13	36	26,35	5,46	274,3	0,904
	Hayır	399	11	36	26,47	4,59	271,13	
	Bıraktım	30	18	36	26,87	4,47	283,85	
Kişilerarası ilişkiler	Evet	114	14	35	25,02	4,77	272,45	0,999
	Hayır	399	11	36	24,96	4,32	271,85	
	Bıraktım	30	19	33	25,13	4,19	272,22	
Stres yönetimi	Evet	115	8	31	19,07	4,11	253,17	0,221
	Hayır	399	12	31	19,65	3,52	275,83	
	Bıraktım	30	12	27	20,13	3,61	302,25	
Toplam	Evet	114	84	189	126,81	22,31	269,48	0,476
	Hayır	398	73	192	126,84	19,27	268,93	
	Bıraktım	29	99	180	131,45	19,39	305,41	

*p<0.05

Araştırma grubunun alkol kullanma alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.22’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya dahil edilen öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyutunun alkol kullanma durumu değişkenine göre aralarında fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($b>a$); alkol içiyor musunuz? sorusuna ‘bıraktım’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanları ($19,6\pm 4,95$), ‘hayır’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanlarından ($17,26\pm 5,01$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin alkol kullanma durumu değişkenine göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 4.23. Araştırma grubunun beslenme tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Beslenme	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	Etçil	71	11	31	19,56	4,56	309,55	0,101
	Otçul	16	12	28	18,75	4,31	272,56	
	Herikiside	457	9	35	18,48	4,51	266,74	
Fiziksel aktivite	Etçil	71	8	32	18,61	5,83	286,85	0,592
	Otçul	16	10	27	18,19	4,28	291,31	
	Herikiside	456	8	31	17,71	5,11	269,01	
Beslenme	Etçil	71	11	34	20,44	4,69	294,6	0,424
	Otçul	16	14	24	19,44	2,92	272,47	
	Herikiside	456	9	45	19,54	4,15	268,46	
Manevi gelişim	Etçil	71	11	36	26,94	5,01	288,29	0,494
	Otçul	16	21	36	27,44	3,88	299,59	
	Herikiside	457	12	36	26,35	4,77	269,1	
Kişilerarası ilişkiler	Etçil	71	12	35	25,34	4,23	285,48	0,287
	Otçul	16	19	35	26,44	4,1	322,88	
	Herikiside	456	11	36	24,88	4,44	268,12	
Stres yönetimi	Etçil	71	12	31	20,06	3,61	290,56	0,576
	Otçul	16	13	31	19,81	4,26	274,66	
	Herikiside	457	8	30	19,47	3,66	269,62	
Toplam	Etçil	71	73	189	130,94	20,99	297,64	0,252
	Otçul	16	101	170	130,06	18,65	290,63	
	Herikiside	454	78	192	126,37	19,79	266,14	

Araştırma grubunun beslenme tercihlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.23’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya dahil edilen öğrencilerin beslenme tercihleri değişkenine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.24. Araştırma grubunun fakülte dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Fakülte	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	Spor Bil. Fak.	120	9	34	19,35	4,76	299,05	0,062
	Tıp Fak.	177	9	31	18,28	4,42	262,46	
	İİBF	108	9	32	17,86	4,77	242,94	
	Sağlık Bil. Fak.	91	12	35	19,04	4,15	286,83	
	Diş Hek. Fak.	48	12	30	19,02	4,06	282,48	
Fiziksel Aktivite	Spor Bil. Fak.	120	13	32	21,49c	4,49	382,58	0,000*
	Tıp Fak.	177	8	30	17,13b	5,01	250,11	
	İİBF	107	8	31	17,05b	4,95	250,40	
	Sağlık Bil. Fak.	91	8	29	15,32a	4,22	193,58	
	Diş Hek. Fak.	48	8	31	17,85b	5,15	273,11	
Beslenme	Spor Bil. Fak.	120	12	45	21,73b	5,02	340,54	0,000*
	Tıp Fak.	177	10	30	19,11a	3,64	254,64	
	İİBF	108	10	30	18,93a	3,82	248,15	
	Sağlık Bil. Fak.	91	9	27	18,76a	3,59	241,84	
	Diş Hek. Fak.	47	13	29	19,76a	4,22	275,59	
Manevi gelişim	Spor Bil. Fak.	120	11	36	27,8b	5,31	320,95	0,002*
	Tıp Fak.	177	13	36	26,14a	4,28	259,67	
	İİBF	108	13	36	26,03a	4,84	256,51	
	Sağlık Bil. Fak.	91	12	34	25,71a	4,52	244,75	
	Diş Hek. Fak.	48	14	36	26,68ab	4,97	287,27	
Kisilerarası ilişkiler	Spor Bil. Fak.	120	12	35	25,91	4,75	305,74	0,090
	Tıp Fak.	177	11	35	24,77	4,28	266,37	
	İİBF	108	18	36	24,99	4,64	263,32	
	Sağlık Bil. Fak.	91	14	35	24,68	4,03	263,90	
	Diş Hek. Fak.	47	15	32	24,02	3,83	242,67	
Stres yönetimi	Spor Bil. Fak.	120	8	31	20,46b	3,89	312,33	0,020*
	Tıp Fak.	177	12	30	19,37a	3,29	263,91	
	İİBF	108	12	31	19,48ab	3,91	266,28	
	Sağlık Bil. Fak.	91	12	29	18,86a	3,54	243,19	
	Diş Hek. Fak.	48	13	25	19,37ab	3,81	274,17	
Toplam	Spor Bil. Fak.	120	73	192	136,75b	21,83	344,60	0,000*
	Tıp Fak.	177	78	180	124,81a	17,61	256,15	
	İİBF	107	87	183	124,30a	20,5	247,11	
	Sağlık Bil. Fak.	91	91	165	122,40a	17,12	231,37	
	Diş Hek. Fak.	46	84	166	126,23a	19,85	270,13	

*p<0.05

Araştırma grubunun fakülte dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.24’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya dahil edilen öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyutunun fakülte değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($c>b>a$); spor bilimleri fakültesinin fiziksel aktivite puanı ($21,49\pm 4,49$), sağlık bilimleri fakültesinin fiziksel aktivite puanlarından ($15,32\pm 4,22$) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların beslenme alt boyutunun fakülte değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($b>a$); spor bilimleri fakültesinin beslenme puanı ($21,73\pm 5,02$), sağlık bilimleri fakültesinin beslenme puanlarından ($18,76\pm 3,59$) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların fakülte

değişkenine göre manevi gelişim alt boyutu puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre ($b>ab>a$) spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin manevi gelişim puanı diğer fakültelerden daha yüksektir. Araştırma grubunun fakülte değişkenine göre stres yönetimi alt boyutu puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre ($b>ab>a$) spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin stres yönetimi puanı diğer fakültelerden daha yüksektir. . Araştırma grubunun fakülte değişkenine göre SYBDÖ toplam puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre ($b>ab>a$) spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin SYBDÖ toplam puanı diğer fakültelerden daha yüksektir ($136,75\pm21,83$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin fakülte değişkenine göre sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.25. Araştırma grubunun sınıf dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Sınıf	n	Min	Max	$\bar{X}$	Ss±	Sıra Ortalaması	P
Sağlık sorumluluğu	1.sınıf	325	9	35	18,29	4,43	261,89	0,059
	2.sınıf	67	10	34	19,76	4,99	304,23	
	3.sınıf	72	9	30	19,26	4	296,16	
	4.sınıf	51	10	32	19,14	4,8	291,08	
	6.sınıf	29	10	28	17,34	4,47	226,69	
Fiziksel aktivite	1.sınıf	324	8	30	17,04a	4,8	248,51	0,000*
	2.sınıf	67	8	30	20,791c	5,47	354,51	
	3.sınıf	72	8	32	19,48bc	5,43	320,53	
	4.sınıf	51	8	31	18,03ab	5,08	282,86	
	6.sınıf	29	8	27	15,58a	4,87	204,26	
Beslenme	1.sınıf	325	9	30	19,07a	3,75	253	0,000*
	2.sınıf	67	13	45	21,59b	5,18	330,63	
	3.sınıf	71	12	34	21b	4,86	315,56	
	4.sınıf	51	12	29	19,78ab	3,53	281,65	
	6.sınıf	29	10	25	18,13a	3,73	225,86	
Manevi gelişim	1.sınıf	325	13	36	26,16a	4,46	259,87	0,019*
	2.sınıf	67	12	36	27,37ab	6,03	307,32	
	3.sınıf	72	14	36	27,25b	5,05	308,97	
	4.sınıf	51	11	36	26,84ab	4,48	280,81	
	6.sınıf	29	15	31	25,10a	4,34	228,41	
Kisilerarası ilişkiler	1.sınıf	325	11	36	24,95	4,28	269,36	0,235
	2.sınıf	67	12	35	25,58	5,08	293,43	
	3.sınıf	71	15	33	24,63	3,92	264,27	
	4.sınıf	51	12	35	25,78	4,99	298,11	
	6.sınıf	29	14	32	23,45	3,92	225,1	
Stres yönetimi	1.sınıf	325	12	31	19,35	3,37	262,85	0,153
	2.sınıf	67	8	31	20,15	4,57	295,69	
	3.sınıf	72	12	30	19,72	3,87	284,76	
	4.sınıf	51	12	30	20,31	3,89	305,19	
	6.sınıf	29	13	26	18,69	3,47	239,14	
Toplam	1.sınıf	324	78	180	124,84ab	18,02	254,33	0,000*
	2.sınıf	67	87	192	135,25c	25,7	321,95	
	3.sınıf	70	84	175	131,14c	20,25	309,66	
	4.sınıf	51	73	183	129,9bc	20,44	2953	
	6.sınıf	29	89	149	118,31a	16,16	203,52	

*p<0.05

Araştırma grubunun sınıf dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 25’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim alt boyutunun ve toplam puanın sınıf değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre 2. Sınıfların diğer sınıflara oranla ortalamaları daha yüksektir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıf değişkenine göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.26. Araştırma grubunun aylık harcama dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Gelir	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	0-300 TL	49	12	28	17,35	3,98	221,71	0,121
	301-500 TL	209	10	35	18,84	4,46	277,74	
	501-1000 TL	173	9	34	18,54	4,48	274,38	
	1001 ve üzeri TL	113	9	33	18,92	4,83	281,96	
Fiziksel aktivite	0-300 TL	49	8	22	15,408a	3,69	202,86	0,000*
	301-500 TL	209	8	31	16,861a	5,03	239,68	
	501-1000 TL	172	8	32	18,5b	5,11	292,74	
	1001 ve üzeri TL	113	8	30	19,716c	5,39	330,19	
Beslenme	0-300 TL	49	12	30	18,53	4,07	229,15	0,057
	301-500 TL	209	12	29	19,39	3,52	263,21	
	501-1000 TL	173	9	34	19,77	4,03	278,56	
	1001 ve üzeri TL	112	10	45	20,46	5,41	297,02	
Manevi gelişim	0-300 TL	49	11	34	24,571a	4,51	207,97	0,007*
	301-500 TL	209	12	36	26,334b	4,70	265,5	
	501-1000 TL	173	14	36	26,780b	4,61	284,96	
	1001 ve üzeri TL	113	13	36	27,035b	5,11	294,36	
Kişilerarası ilişkiler	0-300 TL	49	12	32	22,938a	4,22	202,72	0,013*
	301-500 TL	209	14	36	25,066b	4,43	274,69	
	501-1000 TL	173	12	35	25,196b	4,46	280,57	
	1001 ve üzeri TL	112	11	35	25,329b	4,16	284,05	
Stres yönetimi	0-300 TL	49	12	24	18,122a	3,30	215,91	0,040*
	301-500 TL	209	13	31	19,598b	3,70	268,91	
	501-1000 TL	173	12	31	19,763b	3,56	285,32	
	1001 ve üzeri TL	113	8	30	19,769b	3,82	284,05	
Toplam	0-300 TL	49	73	155	116,918a	18,06	196,2	0,001*
	301-500 TL	209	84	183	126,090b	19,32	261,57	
	501-1000 TL	172	87	189	128,668b	19,07	284,31	
	1001 ve üzeri TL	111	78	192	130,954b	21,77	301,16	

Araştırma grubunun aylık harcama dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 26'da verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutunun ve toplam puanın gelir değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre 1001TL ve üzeri aylık harcama yapanların ortalamaları daha yüksektir

Katılımcıların aylık harcama değişkenine göre sağlık sorumluluğu, ve beslenme alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.27. Araştırma grubunun kampüse ulaşım dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Kampüse ulaşım	N	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	P
Sağlık sorumluluğu	Otobüs	416	9	35	18,48	4,43	266,94	0,321
	Özel araç	59	9	31	18,98	5,11	283,08	
	Bisiklet	11	10	33	20,82	6,01	340,68	
	Yürüme	58	10	32	18,91	4,14	288,69	
Fiziksel aktivite	Otobüs	415	8	32	17,47a	4,96	261,27	0,000*
	Özel araç	59	8	30	18,89a	5,98	297,36	
	Bisiklet	11	15	30	24,090b	4,76	439,23	
	Yürüme	58	8	28	18,22a	5,21	291,23	
Beslenme	Otobüs	416	9	34	19,42	3,92	265,35	0,069
	Özel araç	58	11	45	20,84	6	297,11	
	Bisiklet	11	16	31	22,45	4,13	375,55	
	Yürüme	58	12	27	19,6	3,64	274,97	
Manevi gelişim	Otobüs	416	11	36	26,19a	4,74	262,75	0,003*
	Özel araç	59	16	36	27,22a	4,82	298,9	
	Bisiklet	11	17	36	30,63b	5,01	422,59	
	Yürüme	58	13	36	26,79a	4,62	287,1	
Kişilerarası ilişkiler	Otobüs	415	12	36	25,06	4,43	273,45	0,953
	Özel araç	59	15	35	24,90	4,26	273,08	
	Bisiklet	11	12	35	24,18	5,76	254,09	
	Yürüme	58	11	33	24,67	4,16	263,91	
Stres yönetimi	Otobüs	416	8	31	19,37	3,6	265,01	0,081
	Özel araç	59	12	31	20,34	4,07	303,91	
	Bisiklet	11	15	27	21,55	3,67	358,68	
	Yürüme	58	13	30	19,72	3,59	277,94	
Toplam	Otobüs	414	73	189	125,96a	19,36	262,72	0,025*
	Özel araç	58	90	192	131,03ab	23,58	291,35	
	Bisiklet	11	87	192	143,72b	26,58	392,32	
	Yürüme	58	78	163	127,93ab	17,15	286,71	

Araştırma grubunun kampüse ulaşım dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 27’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyutlarının ve toplam puanın kampüse ulaşım değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre bisiklet ulaşımını tercih edenlerin diğerlerine oranla ortalamaları daha yüksektir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kampüse ulaşım değişkenine göre sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı yoktur ($p>0.05$).

Çizelge 4.28. Araştırma grubunun kampüs içi ulaşım dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Kampüs içi ulaşım	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	P
Sağlık sorumluluğu	Otobüs	57	9	32	18,51	4,61	269,04	0,867
	Özel araç	38	9	31	18,89	5,48	276,22	
	Bisiklet	11	10	33	19,91	5,74	311,05	
	Yürüme	438	9	35	18,59	4,39	271,66	
Fiziksel aktivite	Otobüs	57	8	29	16,98a	4,99	251,81	0,002*
	Özel araç	38	9	30	19,74ab	6,17	319,08	
	Bisiklet	11	15	30	23,55b	5,09	422,82	
	Yürüme	437	8	32	17,65a	5,02	266,74	
Beslenme	Otobüs	57	10	30	19,77ab	4,24	279,68	0,032*
	Özel araç	37	13	45	21,38ab	6,44	306,95	
	Bisiklet	11	18	31	22,73a	3,85	387,18	
	Yürüme	438	9	34	19,42b	3,91	265,16	
Manevi gelişim	Otobüs	57	16	36	26,47	4,35	268,37	0,149
	Özel araç	38	17	36	26,79	4,84	285,54	
	Bisiklet	11	17	36	29,45	5,41	376,68	
	Yürüme	438	11	36	26,36	4,8	269,29	
Kişilerarası ilişkiler	Otobüs	57	17	34	24,46	3,96	250,33	0,606
	Özel araç	38	17	35	25,05	4,57	275,64	
	Bisiklet	11	12	35	23,91	6,11	237,82	
	Yürüme	437	11	36	25,08	4,41	275,37	
Stres yönetimi	Otobüs	57	12	30	19,42	3,85	272,60	0,243
	Özel araç	38	12	31	20,42	4,03	306,18	
	Bisiklet	11	15	27	21,18	3,76	339,82	
	Yürüme	438	8	31	19,45	3,6	267,87	
Toplam	Otobüs	57	87	178	125,61	19,81	263,27	0,133
	Özel araç	37	90	192	132,05	24,79	295,96	
	Bisiklet	11	87	192	140,73	27,26	368,55	
	Yürüme	436	73	189	126,5	19,19	267,43	

Araştırma grubunun kampüs içi ulaşım dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 28’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarının kampüs içi ulaşım değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığı tespit etmeye yönelik yapılan post-hoc testinin sonucuna göre bisiklet ulaşımını tercih edenlerin diğerlerine oranla ortalamaları daha yüksektir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kampüs içi ulaşım değişkenine göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.29. Araştırma grubunun konaklama dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Konaklama	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık Sorumluluğu	Tek Başıma Evde	48	10	32	19,33	4,34	301,3	0,372
	Aile İle Evde	86	9	35	18,76	4,83	274,63	
	Yurtta veya Apartta	326	9	33	18,64	4,43	273,07	
	Arkadaşlarımla Evde	84	9	34	18,05	4,60	251,65	
Fiziksel aktivite	Tek Başıma Evde	48	8	29	20,041b	5,61	335,84	0,000*
	Aile İle Evde	86	8	30	17,779a	5	269,79	
	Yurtta veya Apartta	325	8	32	17,181a	5,11	251,81	
	Arkadaşlarımla Evde	84	10	30	19,214b	4,91	315,91	
Beslenme	Tek Başıma Evde	48	11	29	19,96	4,41	282,76	0,777
	Aile İle Evde	85	10	32	19,92	4,09	280,81	
	Yurtta veya Apartta	326	10	45	19,5	4,09	266,3	
	Arkadaşlarımla Evde	84	9	34	19,8	4,65	279,05	
Manevi gelişim	Tek Başıma Evde	48	13	35	25,85	5,52	260,93	0,334
	Aile İle Evde	86	18	36	26,59	4,29	273,26	
	Yurtta veya Apartta	326	11	36	26,33	4,62	266,76	
	Arkadaşlarımla Evde	84	14	36	27,18	5,36	300,61	
Kişilerarası ilişkiler	Tek Başıma Evde	47	11	34	23,85	5,29	231,05	0,308
	Aile İle Evde	86	17	35	25,2	4,16	279,87	
	Yurtta veya Apartta	326	12	36	25,09	4,36	275,49	
	Arkadaşlarımla Evde	84	14	35	24,99	4,29	273,32	
Stres yönetimi	Tek Başıma Evde	48	13	28	19,1	3,77	256,38	0,750
	Aile İle Evde	86	12	31	19,52	3,46	271,46	
	Yurtta veya Apartta	326	12	31	19,58	3,63	271,5	
	Arkadaşlarımla Evde	84	8	30	19,75	4	286,64	
Toplam	Tek Başıma Evde	47	78	178	127,96	21,97	279,46	0,545
	Aile İle Evde	85	93	189	127,64	18,96	272,81	
	Yurtta veya Apartta	325	73	192	126,31	19,76	264,16	
	Arkadaşlarımla Evde	84	88	189	128,98	20,65	290,91	

*p<0.05

Araştırma grubunun konakladıkları yer dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4.29’da verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya dahil edilen öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyutunun konaklama değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu (b>a); tek başına evde kalma fiziksel aktivite puanı diğer değişkenlerin fiziksel aktivite puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin konaklama değişkenine göre sağlık sorumluluğu stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.30. Araştırma grubunun psikolojik destek alma tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Psikolojik destek tercihi	N	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	P
Sağlık sorumluluğu	Hiç kimse	164	9	35	17,92a	4,4	247,06	0,012*
	Arkadaşımdan	194	9	29	18,35ab	4,29	266,62	
	Ailemden	174	9	33	19,44b	4,63	299,81	
	Uzman Kişiden	12	14	34	20,75b	5,96	319,17	
Fiziksel aktivite	Hiç kimse	164	8	29	18,1	5,47	280,53	0,866
	Arkadaşımdan	193	8	32	17,65	4,95	266,87	
	Ailemden	174	8	31	17,78	5,17	269,72	
	Uzman Kişiden	12	12	29	18,25	5,75	271	
Beslenme	Hiç kimse	164	9	34	19,41	4,5	267,65	0,053
	Arkadaşımdan	194	11	45	19,27	4,29	253,01	
	Ailemden	173	13	32	20,2	3,73	293,76	
	Uzman Kişiden	12	17	30	21,33	4,23	324,71	
Manevi gelişim	Hiç kimse	164	13	36	25,77	5,13	249,96	0,168
	Arkadaşımdan	194	14	36	26,83	4,61	284,56	
	Ailemden	174	11	36	26,75	4,48	280,85	
	Uzman Kişiden	12	12	34	25,92	6,05	264,5	
Kişilerarası ilişkiler	Hiç kimse	163	11	33	22,93a	4,26	201,79	0,000*
	Arkadaşımdan	194	16	35	26,28b	4,09	317,26	
	Ailemden	174	12	36	25,35b	4,2	284,29	
	Uzman Kişiden	12	19	35	26,33b	4,64	315,71	
Stres yönetimi	Hiç kimse	164	8	30	19,04	3,55	252,96	0,193
	Arkadaşımdan	194	12	31	19,6	3,82	272,99	
	Ailemden	174	12	31	19,93	3,51	288,55	
	Uzman Kişiden	12	13	30	20,42	4,52	298,79	
Toplam	Hiç kimse	163	78	170	123,1	20,12	244,12	0,058
	Arkadaşımdan	193	90	192	127,98	19,2	276,82	
	Ailemden	173	73	192	129,4	19,72	288,14	
	Uzman Kişiden	12	99	189	133	26,23	295,54	

*p<0.05

Katılımcıların psikolojik destek aldıkları kişilerin dağılımlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 30'da verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutunun psikolojik destek aldıkları kişi değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların sebebini belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($b>a$); uzman kişiden yardım alan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler puanı diğer değişkenlerin bu alt boyut puanlarından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin psikolojik destek aldıkları kişi değişkenine göre fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim, alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.31. Araştırma grubunun uyku süreleri dağılımlarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	Uyku süreleri	n	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık sorumluluğu	4 saat altı	8	9	21	17	3,82	227,63	0,701
	4-6	107	9	32	18,83	4,86	274,41	
	6-8	320	10	35	18,77	4,25	278,3	
	8-10	91	9	34	18,18	5,01	256,81	
	10 üzeri	18	9	27	17,94	4,76	257,33	
Fiziksel aktivite	4 saat altı	8	11	27	17,88	4,85	274,5	0,993
	4-6	107	8	31	17,99	5,81	275,52	
	6-8	319	8	32	17,82	5,04	270,46	
	8-10	91	8	30	17,86	5,2	275,53	
	10 üzeri	18	10	27	17,33	4,42	259,5	
Beslenme	4 saat altı	8	13	25	17,5	3,89	181,38	0,100
	4-6	107	11	34	19,32	4,34	255,26	
	6-8	319	9	45	19,98	4,02	285,51	
	8-10	91	10	31	19,21	4,62	252,03	
	10 üzeri	18	10	25	19,11	4,17	273,33	
Manevi Gelişim	4 saat altı	8	13	30	24	5,37	202,69	0,215
	4-6	107	14	36	25,76	5,05	250,39	
	6-8	320	11	36	26,85	4,45	282,64	
	8-10	91	13	36	26,03	5,25	263,96	
	10 üzeri	18	15	36	27	5,58	297,94	
Kişilerarası ilişkiler	4 saat altı	8	18	27	23,38	2,97	213,63	0,581
	4-6	107	14	35	24,67	4,58	260,89	
	6-8	319	12	36	25,24	4,1	279,77	
	8-10	91	11	35	24,62	4,73	261,68	
	10 üzeri	18	12	35	24,89	6,92	278,42	
Stres yönetimi	4 saat altı	8	13	22	16,88	3,48	163,38	0,060
	4-6	107	12	31	18,93	3,95	244,15	
	6-8	320	8	30	19,7	3,45	280,92	
	8-10	91	13	30	19,92	3,58	286,24	
	10 üzeri	18	12	31	20	5,4	270,33	
Toplam	4 saat altı	8	97	140	116,63	14,65	186,5	0,251
	4-6	107	84	189	125,5	22,13	256,17	
	6-8	317	73	192	128,28	18,06	281,69	
	8-10	91	78	192	125,81	22,67	258,43	
	10 üzeri	18	87	170	126,28	24,74	271,97	

Katılımcıların uyku süreleri değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 31’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin uyku süreleri dağılımına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.32. Araştırma grubunun MET sınıflarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	MET sınıfları	N	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	P
Sağlık sorumluluğu	İnaktif	125	9	33	17,896a	4,28	245,32	0,001*
	Minimal Aktif	152	9	35	18,138a	4,39	251,11	
	Çok Aktif	267	9	32	19,247b	4,62	297,4	
Fiziksel aktivite	İnaktif	125	8	30	14,97a	4,19	181,83	0,000*
	Minimal Aktif	152	8	29	15,6a	4,13	206,59	
	Çok Aktif	266	10	32	20,48b	4,83	351,75	
Beslenme	İnaktif	125	11	31	18,96a	3,73	247,36	0,000*
	Minimal Aktif	151	10	30	18,79a	3,65	240,19	
	Çok Aktif	267	9	45	20,47b	4,54	301,53	
Manevi gelişim	İnaktif	125	12	36	25,46a	4,43	236,73	0,000*
	Minimal Aktif	152	13	36	25,8a	4,32	249,05	
	Çok Aktif	267	11	36	27,31b	5,04	302,6	
Kişilerarası ilişkiler	İnaktif	125	14	35	24,78	4,23	265,1	0,398
	Minimal Aktif	152	11	35	24,62	4,35	261,55	
	Çok Aktif	266	12	36	25,29	4,51	281,21	
Stres yönetimi	İnaktif	125	12	30	18,87a	3,79	243,6	0,000*
	Minimal Aktif	152	8	30	18,86a	3,37	243,19	
	Çok Aktif	267	12	31	20,27b	3,65	302,72	
Toplam	İnaktif	125	88	192	120,93a	18,02	219,98	0,000*
	Minimal Aktif	151	78	189	121,7a	17,74	229,62	
	Çok Aktif	265	73	192	133,05b	20,31	318,64	

* p<0.05

Araştırma grubunun MET sınıfları değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 32’de verilmiştir. Yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında MET sınıfları değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların sebebini belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($b>a$); çok aktif olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında inaktif ve minimal aktif olanlara oranla puanları yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin MET sınıfları değişkenine kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$)

Çizelge 4.33. Araştırma grubunun BKI sınıflarına göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının analizi

Ölçek	BKI Sınıfları	N	Min	Max	X	Ss±	Sıra Ortalaması	p
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	57	9	35	19,33	4,47	292,31	0,377
	K.E. İnce	85	11	33	18,08	4,36	250,19	
	Normal	299	9	32	18,49	4,39	268,75	
	Hafif Şişman	88	9	34	19,2	4,93	288,9	
	İ. D. Şişman	12	11	28	18,33	5,5	242	
Fiziksel Aktivite	Zayıf	57	9	30	16,47a	4,56	227,12	0,001*
	K.E. İnce	85	8	30	16,16a	4,32	221,08	
	Normal	299	8	32	18,11b	5,07	281,19	
	Hafif Şişman	87	8	30	19,4b	6,16	309,05	
	İ. D. Şişman	12	10	27	18,17ab	5,2	280,75	
Beslenme	Zayıf	57	13	28	19,16	3,46	253,25	0,270
	K.E. İnce	85	9	31	19,29	4,02	259,64	
	Normal	298	11	34	19,57	3,92	268,1	
	Hafif Şişman	88	10	32	20,51	4,79	302,86	
	İ. D. Şişman	12	10	45	20,33	8,69	251,63	
Manevi gelişim	Zayıf	57	17	36	26,25	4,1	256,32	0,304
	K.E. İnce	85	12	36	25,94	4,28	249,15	
	Normal	299	11	36	26,42	4,84	272,17	
	Hafif Şişman	88	13	36	27,06	5,4	290,84	
	İ. D. Şişman	12	17	34	27,83	4,8	320,79	
Kişilerarası ilişkiler	Zayıf	57	15	34	24,75	3,94	262,37	0,630
	K.E. İnce	85	16	35	24,53	4,1	251,45	
	Normal	298	11	36	25,04	4,45	272,59	
	Hafif Şişman	88	14	35	25,39	4,67	287,81	
	İ. D. Şişman	12	18	35	25,08	5,66	265,25	
Stres yönetimi	Zayıf	57	14	28	19,32	3,19	258,29	0,294
	K.E. İnce	85	12	28	18,8	3,53	240,09	
	Normal	299	12	31	19,73	3,69	278,51	
	Hafif Şişman	88	8	31	19,81	4,03	282,29	
	İ. D. Şişman	12	15	27	19,83	3,3	280,42	
Toplam	Zayıf	57	100	180	125,28	16,73	251,61	0,263
	K.E. İnce	85	91	192	122,81	18,78	231,51	
	Normal	297	73	183	127,29	19,16	275,74	
	Hafif Şişman	87	87	189	131,36	23,71	296,39	
	İ. D. Şişman	12	90	192	129,58	27,15	274,21	

*p<0.05 K.E. İnce: Kabul Edilebilir İnce İ. D. Şişman:

Araştırma grubunun BKI sınıfları değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının analizi Çizelge 4. 33’de verilmiştir. Yapılan kruskal wallis testi sonuçlarına göre; katılımcıların fiziksel aktivite boyutunun BKI sınıfları değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların sebebini belirlemek amacıyla post-hoc analizi sonucu ($b>ab>a$); hafif şişman olan öğrencilerin fiziksel aktivite puanı diğer değişkenlerin bu alt boyut puanından yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ sınıfları değişkenine göre; sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.34. Araştırma grubunun çeşitli değişkenlerinin toplam MET puanlarına göre SYBDÖ korelasyon analizi

Parametreler		sınıf	yaş	boy	kilo	Adet sigara	Toplam MET Puanı
Toplam Met Puanı	n	545	545	545	545	124	545
	p	0,005*	0,000*	0,000*	0,000*	0,014*	1,000
	r	0,120	0,214	0,282	0,266	0,219	1,000
Sağlık sorumluluğu	n	544	544	544	544	123	544
	p	0,684	0,676	0,518	0,917	0,011*	0,097
	r	0,017	0,018	-0,028	-0,004	-0,227	0,071
Fiziksel aktivite	n	543	543	543	543	122	543
	p	0,419	0,007*	0,000*	0,000*	0,610	0,000*
	r	0,035	0,116	0,338	0,328	-0,047	0,399
Beslenme	n	543	543	543	543	123	543
	p	0,375	0,059	0,083	0,005*	0,254	0,000*
	r	0,038	0,081	0,074	0,121	-0,104	,199
Manevi gelişim	n	544	544	544	544	123	544
	p	0,821	0,598	0,066	0,019*	0,276	0,003*
	r	0,010	0,023	0,079	0,100	-0,099	0,128
Kişilerarası ilişkiler	n	543	543	543	543	122	543
	p	0,442	0,313	0,971	0,262	0,015*	0,322
	r	-0,033	-0,043	0,002	0,048	-0,220	0,043
Stres yönetimi	n	544	544	544	544	123	544
	p	0,644	0,379	0,630	0,151	0,056	0,021*
	r	0,020	0,038	0,021	0,062	-0,173	0,099
Toplam	n	541	541	541	541	121	541
	p	0,669	0,213	0,006*	0,000*	0,034*	0,000*
	r	0,018	0,054	0,119	0,155	-0,193	0,220

Araştırma grubunun toplam MET puanlarına bakıldığında sınıf, yaş, boy, kilo, günde içilen sigara değişkenlerinde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu ilişkinin pozitif yönde olduğu yani katılımcıların yaş, sınıf, boy, kilo ve günde içilen sigara miktarı arttıkça toplam MET puanları değeri arttığı tespit edilmiştir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu incelendiğinde; sadece günde içilen sigara adeti değeriyle anlamlı ilişki olduğu ve negatif yönde olduğu tespit edilmiştir. Günde içilen sigara miktarı azaldıkça katılımcıların SYBDÖ sağlık sorumluluğu boyutu puanları artmaktadır.

Fiziksel aktivite alt boyutu incelendiğinde; yaş, boy, kilo ve toplam MET puanı değişkenlerinde anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş, boy, kilo ve toplam MET puanı arttıkça SYBDÖ fiziksel aktivite boyutu puanları artmaktadır.

Araştırma grubunun beslenme alt boyutuna bakıldığında; kilo ve toplam MET puanı değişkenlerinde anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların kilo ve toplam MET puanı arttıkça SYBDÖ beslenme boyutu puanları artmaktadır.

Manevi gelişim alt boyutu incelendiğinde; kilo ve toplam MET puanı değişkenlerinde anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların kilo ve toplam MET puanı arttıkça SYBDÖ manevi gelişim boyutu puanları artmaktadır.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu incelendiğinde; sadece günde içilen sigara adeti değeriyle anlamlı ilişki olduğu ve negatif yönde olduğu tespit edilmiştir. Günde içilen sigara miktarı azaldıkça katılımcıların SYBDÖ Kişilerarası ilişkiler boyutu puanları artmaktadır.

Araştırma grubunun stres yönetimi alt boyutuna bakıldığında sadece toplam MET puanı değişkenlerinde anlamlı ilişki olduğu ve bu ilişkinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların toplam MET puanı arttıkça stres yönetimi boyutu puanları artmaktadır.

Araştırma grubunun SYBDÖ toplam puanı incelendiğinde; boy, kilo, adet sigara ve toplam MET puanı değişkenlerinde anlamlı ilişki olduğu ve boy, kilo, toplam MET puanı değişkeninde bu ilişkinin pozitif yönde, sigara adeti değeriyle negatif yönde olduğu tespit edilmiştir. Günde içilen sigara miktarı azaldıkça katılımcıların SYBDÖ toplam puanının arttığı ayrıca yaş, boy, kilo ve toplam MET puanı arttıkça SYBDÖ toplam puanı arttığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırma; üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre irdelenmesi amacıyla yapılmış ve yapılan analiz sonucunda ulaşılan sonuçlar literatür desteği ile bu bölümde yorumlanmıştır.

Araştırmada üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre farklılık olup olmadığı problem cümlesinden yola çıkılarak elde edilen mevcut veriler doğrultusunda değerlendirilme yapılmıştır.

Katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında MET sınıfları değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuşken ($p<0.05$), kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanında aktif kişilerin ortalamaları yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 32). Ayrıca toplam MET puanının arttıkça; fiziksel aktivite oranlarının arttığı, SYBDÖ toplam puanı, stres yönetimi ve manevi gelişimin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 4. 34). Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyi ile kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [213]. Benzer bir çalışma lise dönemindeki öğrencilere uygulanmış; MET puanı arttıkça SYBDÖ skoru arttığı tespit edilmiştir [21]. Egzersizin birey üzerinde psikolojik, sosyal ve fiziksel birçok faydaları bulunmaktadır. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da olumlu yönde gelişmesini sağladığını düşünebiliriz.

Araştırmanın birinci alt problemi cinsiyet değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arası farklılıkların belirlenmesi şeklindedir.

Araştırmaya 310 kadın, 235 olmak üzere toplam 545 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların elde edilen bulgular ışığında; araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetler arasında fiziksel aktivite, manevi gelişim, sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı kız öğrencilere kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyetler arasında beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarında fark yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4. 12). Benzer bir çalışma meslek yüksekokulu öğrencilerine yapılmış; erkeklerin fiziksel aktivite düzeyi kadınlara oranla yüksek, kız

öğrencilerin ise sağlık sorumluluğu alt boyutu erkeklere oranla yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları ile cinsiyet farklılıkları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır [23]. Tıp fakültesi öğrencilerine sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği uygulanması sonucunda cinsiyet; hiçbir alt boyutu ve toplam puanı anlamlı olarak etkilememektedir [112]. Ünalın ve arkadaşlarının çalışmasında, erkeklerin kızlardan anlamlı olarak daha fazla egzersiz yaptığı saptanmıştır [180]. Cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında fark olmadığı literatürde açıklanmıştır [181,182,190]. Bu sonuçlar doğrultusunda cinsiyetler arasında yaş grubu, çalışmanın yapıldığı bölge gibi farklılıklar sebebiyle sonuçlar çalışmadan çalışmaya farklılık gösteriyor olabilir.

Araştırmanın ikinci alt problemini kronik hastalık değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı oluşturmıştır.

Çalışmamızda kronik hastalık değişkenine göre fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayanların fiziksel aktivite puanı daha yüksektir. Diğer taraftan; sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme alt boyutlarında ve toplam SYBDÖ skorunda istatistiksel yönden anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4. 14). Benzer bir çalışmada kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi olmadığı [112], Tuğut'un çalışmasında kronik hastalığı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur [183]. Doktor tarafından tanı konan herhangi bir hastalığın var olup olmadığı ile öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [23]. Diğer bir çalışmada öğrencilerin kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$) [186]. Tokuç ve Berberoğlu'nun öğretmenler arasında yaptığı araştırmanın sonuçları da, kronik hastalığı olup olmama durumuna göre SYBDÖ ve sağlık sorumluluğu puanları arasında fark olmadığı şeklindedir [187]. Kronik hastalığı olan bireylerin mevcut hastalıkları ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasının sağlık sorumluluğu puanlarını yükselteceği beklenebilir. Kronik hastalık değişkeninin literatür ışığında farklı sonuçlar doğurduğunu söyleyebiliriz. Sağlığı koruma konusunun genellikle göz ardı edildiğini, fakat günlük hayatı etkileyebilecek seviyede bir sağlık sorunu yaşandığında sağlıklı olmanın öneminin fark edildiğini bilinmektedir. Kişi tarafından yaşamı sağlıklı bir şekilde devam ettirmenin gerekliliği hissedilmedikçe, sağlığı koruyan ve geliştiren

davranışların günlük hayatımıza yerleşmesi oldukça zordur. Bu konuda toplum olarak eğitilerek bilinçlendirilmeye ihtiyacımızın olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın üçüncü alt problemini çalışma durumu değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı oluşturmuştur.

Araştırma grubu çalışma durumuna göre incelendiğinde; çalışan öğrencilerin çalışmayanlara göre fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarına ve toplam SBYDÖ skoruna daha olumlu görüş belirttikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer taraftan çalışma değişkenine göre sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 13). Benzer bir çalışmada çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları çalışmayanlara oranla yüksek bulunmuştur [184]. Kasapoğlunun 2015 yılında yaptığı çalışma sonucunda; çalışan öğrencilerin beslenme puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur [23]. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyin çalışmasının; fiziksel aktiviteyi arttırdığı, kişilerarası ilişkinin pozitif yönde geliştiği ve bu bireylerin beslenmelerine daha özen göstrediklerini söyleyebiliriz.

Araştırmanın dördüncü alt problemini spor yapma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı oluşturmuştur.

Araştırmada spor yapan öğrencilerin spor yapmayan öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanına ve alt boyutlarından kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Diğer taraftan; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarında istatistiksel yönden fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4. 15). Başka bir çalışmada düzenli spor yapan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puanı yüksek bulunmuş, stres yönetimi alt boyutunda ciddi bir fark olduğu sonucuna varılmıştır [23]. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyi ile kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam

puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [44]. Düzenli egzersiz yapan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı, düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [56]. Hawk ve ark.(2002)'nin çalışmasında da düzenli spor yapanların SYBD ölçeği puanı daha yüksek bulunmuştur. [202]. Düzenli yapılan sporun sağlık üzerindeki olumlu etkisi kuşkusuz kaçınılmazdır. Spor yapanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi uygulayabildikleri söylenebilir.

Araştırmada lisanslı spor yapan öğrencilerin lisanslı spor yapmayan öğrencilere oranla SYBDÖ toplam puanına ve tüm alt boyutlarına (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 4. 16). Erarslan [2015] tarafından yapılan araştırma bulguları da sonuçlarımızı desteklemekte; lisanslı sporcuların stresle başa çıkma konusunda başarılı olarak kendilerine güvendikleri tespit edilmiştir [208]. Spora katılım veya sporun içinde olmak bireylerin depresif tutumlar sergileme düzeylerini en aza indirmektedir [207]. Spor lisansına sahip olmak insan hayatında hem psikolojik hem de fizyolojik yönden olumlu etkileri olduğu söylenebilir.

Araştırmanın beşinci alt problemini meditasyon ve yoga yapma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı oluşturmuştur.

Çalışmamızda meditasyon yapan öğrencilerin meditasyon yapmayan öğrencilere kıyasla SYBDÖ toplam puanına ve tüm alt boyutlarına (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) daha olumlu görüş belirttikleri ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Çizelge 4. 17). Benzer bir çalışmada meditasyon ve çeşitli dua uygulamalarının genel hayat memnuniyeti, varoluşsal iyilik ve mutluluk üzerine olumlu etkisi olduğunu ortaya koymaktadır[203]. 50 psikoloji öğrencileri üzerindeki araştırmada, manevi unsurların stresle mücadelede önemli bir kişisel kaynak olabileceği tespit edilmiştir [204]. Anwanyu'nun 1998'de yaptığı meditasyonun psikoterapi açısından yararlılıklarını araştırdığı çalışmasında, meditasyonun stresle ilişkili olan gerilim ve anksiyete durumları, yüksek tansiyon ve hipertansiyon, ağrı, ilaç kullanım zorunluluğu gibi çeşitli bedensel problemlerin tedavisinde açık bir şekilde etkili olduğunu tespit etti [205]. Elde edilen verilerden ve literatür

desteğinden yola çıkarak meditasyonun; bireyler üzerinde fiziksel, ruhsal sağlığında ve alışkanlıklarında önemli bir etkisinin olduğu, genel olarak ruh ve beden sağlığını olumlu etkilediği anlaşılmaktadır.

Yoga yapan öğrencilerin yoga yapmayan öğrencilere oranla SYBDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 18). Literatürde yoganın algılanan stresi azalttığı ve bu sebeble de stresle ilişkili komplikasyonlardan korunmada etkili olduğu; sağlığı yükselterek olumlu etkilediği tespit edilmiştir [206]. Bu sonucun çalışmamızla farklılık gösterdiğini söyleyebiliriz. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yoga değişkenine göre araştırılması ile ilgili çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.

Tırnak yeme değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı alt problemi aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmamızda tırnak yiyen öğrencilerin tırnak yemeyen öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 20). Tırnak yeme anksiyetenin bir göstergesi olabilir ve anksiyete azaltıcı bir işlev görebilir [226]. Tırnak yemenin özellikle basit formları herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığa eşlik etmeyebilir [227]. Winocur ve arkadaşları tırnak yeme alışkanlığı olan genç erişkin kızlarda çenedeki yorgunluk hissi arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır [229]. Tırnak yeme, enfeksiyonların yayılmasına, parano- şiyeye, diş eti hastalıklarına ve çene eklemi fonksiyon bozukluklarına yol açabilir [228]. Sıklıkla utanç verici ve sosyal yaşamda istenmeyen bir durumdur [230]. Tırnak yeme (onikofaji) fazlaca görülen ancak hakkında az inceleme yapılmış bir bozukluktur. Tırnak yeme genelde gizli tutulduğundan teşhis oranlarının beklenin altında olduğu düşünülmektedir.

Sigara ve alkol içme değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığının sorusu aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin fiziksel aktivite puanları ortalamalarının sigara kullanma durumu değişkenine göre sigara içen ve içmeyen grupların arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara içiyor musunuz? sorusuna ‘evet’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanları ($19,04\pm4,95$), ‘hayır’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanlarından ($17,42\pm5,19$) yüksek bulunmuştur. Bu farkın sebebini; Spor Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanma durumu değişkenine göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4. 21). Günde içilen sigara miktarı azaldıkça; insanlarla olan ilişkilerinin daha iyi durumda olduğu, sağlık sorumluluğu fazla ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4. 34). Literatürde üniversite öğrencilerine yaptıkları araştırmada öğrencilerin SYBDÖ ile sigara kullanımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [188]. Sigara içen hemşirelerin beslenme puan ortalaması düşük olduğu belirlenmiştir [44]. Hiç içmeyen veya içip bırakan öğrencilerin beslenme alt boyutu puanlarının halen sigara içen öğrencilerden yüksek olduğunu saptamışlardır [20]. Çalışmamızda olduğu gibi literatürde tersi sonuçlar olsa da genelde sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Kişilere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam davranışlarından biri sigaranın içilmemesi veya bırakılmasıdır.

Katılımcıların fiziksel aktivite boyutunun alkol kullanma durumu değişkenine göre aralarında fark bulunmuştur ($p<0.05$). Alkol içiyor musunuz? sorusuna ‘bıraktım’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanları ($19,6\pm4,95$), ‘hayır’ cevabı verenlerin fiziksel aktivite puanlarından ($17,26\pm5,01$) yüksek bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında ise anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin alkol kullanıp kullanmama durumlarının SYBDÖ puanını etkilemediği saptanmıştır [186]. Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumlarına göre SYBDÖ genel toplamı ile sağlık sorumluluğu puanlarının değişmediğini saptamışlardır [56]. Üniversite öğrencilerinin alkol kullanma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark yoktur [188]. Alkol kullanımının araştırılan faktörlerle ilişkisinde; alkolün dozu,

bağımlılık derecesi ve kullanımının bildirimi çekincelerinin varlığının etkileri de değerlendirilmelidir.

Beslenme tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı sorusu aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin beslenme alışkanlıkları değişkenine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 23). Hayvansal kaynaklı besinler gençlerin gelişimi için önemli olduğu gibi, yaşamın sonraki dönemlerinde de organizmanın düzgün çalışması için elzemdir. Ayrıca balık, zengin omega-3 yağ asiti içeriğine bağlı olarak bazı kronik hastalıklara karşı önemli bir koruyucu etkiye sahiptir. Bununla birlikte taze sebze ve meyveleri (günde en az 400 g) tüketilmelidir. Özellikle taze olan sebze ve meyveler demir, kalsiyum, magnezyum, potasyum, A, C vitaminleri, folik asit, B6 vitamini, diyet posası, elzem besin öğeleri ve besin ögesi olmayan bileşenlerden zengindir. Ayrıca sebze ve meyvelerin yağ ve enerji içerikleri azdır ve “düşük enerji yoğunluklu” besinlerdir. Bu nedenle günlük diyetle tüketimleri obezite ve obeziteyle ilişkili hastalık (kalp ve damar hastalıkları, bazı beyin hastalıkları, bazı kanser türleri, tip 2 diyabet vb.) riskini azaltmaktadır [219]. Çalışmamızda beslenme alışkanlıkları değişkeninde farklılık çıkmasa da beslenme tercihleri sağlık davranışını etkilemektedir. Yeterli ve dengeli beslenme kişinin enerjisini yükseltir. Bu nedenle gençlere yönelik sağlığı geliştirme programları hazırlanırken, öğrencilere beslenme konusunda eğitim programlarının oluşturularak, yemek konusunda fazlaca tercih edilen fast food’un zararları hakkında bilgi vermek son derece önemlidir.

Fakülte ve sınıf değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Katılımcıların fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutlarının ve SYBDÖ toplam skoru incelendiğinde fakülte değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuşken ($p<0.05$), sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4. 24). Benzer bir çalışmada hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin fen edebiyat ve işletme bölümündeki öğrencilere kıyasla beslenme boyutları yüksek çıkmıştır [64]. Zaybak ve

Fadıloğlu'nun çalışmasında (2004) sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamaları diğer fakültelere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı çalışmada sağlıkla ilgili bölümlerde okuyanların diğer alt grup puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte diğer bölümlerden yüksektir [113]. Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında (2004) sağlık programları ile sosyal programlarda okuyan öğrenciler arasında egzersiz, kendini gerçekleştirme, beslenme alt grupları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [180]. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda okuyan öğrenciler ile Meslek yüksekokulunda okuyan öğrenciler karşılaştırıldığında sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır [23]. Literatür kapsamında fakülte değişkenine göre farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Sağlıkla ilgili bölümde okuyan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutunun daha yüksek olması beklenen bir sonuç olmakla birlikte, istenen anlamlılık düzeyinde olmadığı görüldü. Bu nedenle toplum sağlığını koruma ve geliştirmede görev alacak meslek gruplarındaki bölümlerde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili derslere ve eğitimlere daha fazla önem verilmesi gerekir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim alt boyutunun ve toplam puanın sınıf değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın sebebi 2. Sınıfların diğer sınıflara oranla ortalamaları daha yüksektir.

Katılımcıların sınıf değişkenine göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4. 25). Benzer bir çalışmada 3. ve 4. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin 1. ve 2. sınıfta okuyanlara göre SYBD ölçeği ve sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir [186]. Karadeniz ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin sınıf farklarına göre SYBDÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sadece dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık sorumluluğu puanları yüksek olduğu saptanmıştır [188]. Sağlık sorumluluğu alt boyutu ortalamasının 1. ve 2. sınıflarda daha düşük, 3. ve 4. sınıflarda daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yine SYBDÖ puan ortalaması 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel bir fark olmasa da yüksek bulunmuştur [20]. Benzer bir çalışmada ölçeğin toplam puanı ve alt boyutlarında sınıf değişkenine göre farklılık görülmemiştir [200]. Diğer farklı araştırmalarda 2. Sınıf öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı diğer sınıflara oranla yüksek çıkmıştır [217,218]. Literatür ışığında sınıf değişkeninin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde farklı sonuçlar doğurduğunu söyleyebiliriz. İkinci sınıf öğrencilerinin

birinci sınıfın ardından, üniversite yaşamına uyumlarının artmasıyla birlikte, fazla gelecek kaygısı yaşamamaları nedeniyle sağlık davranışlarının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir. 1. Sınıfta öğrenim gören öğrencilerin SYBDÖ puanlarının düşük olmasını uyum süreci yaşadıkları ve kampüs için doğru bir oryantasyonla ölçek puanlarının artabileceği düşünülebilir.

Aylık harcama değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı ile ilgili problem aşağıda tartışılmıştır.

Öğrencilerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutunun ve SYBDÖ toplam puanının aylık harcama değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). 1001TL ve üzeri aylık harcama yapanların ortalamaları daha yüksektir. Katılımcıların aylık harcama değişkenine göre sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$) (Çizelge 4. 26). Ekonomik durum değerlendirmesi yükseldikçe, hayattaki amaçlar için çalışma ve iyilik durumuna yönelik kişinin gücünü en üst seviyeye çıkarması manasına gelen manevi gelişim puanının yükseldiği görülmektedir [201]. Koçoğlu'nun (2006) Konya kent merkezinde yaptığı çalışmada, aylık gelirin artışına paralel olarak SYBDÖ ve alt grupları puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur [216]. Lupien (2013) kötü ekonomik koşulların, yüksek seviyede stres hormonlarına neden olduğunu aynı zamanda yaygın ruh sağlığı sorunu olan depresyon riskini artırdığını belirtmiştir [215]. Düşük sosyo ekonomik gelir düzeyinde olan bireylerin fiziksel olarak daha az aktif olduğunu [217] belirtmişlerdir. Elde edilen bulgular ışığında ve literatür desteği ile ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışını pozitif etkilediği; sosyal ortamlardan yararlanılarak stres seviyesinin azaldığı, toplumsal yaşama kaynaşarak kişilerarası ilişkilere olumlu yansıdığı, ekonomik ferahlıkla birlikte öğrencilerin fiziksel aktiviteye karşı daha fazla ilgi göstermelerine, manevi olarak rahatladıklarını ve aynı zamanda insanlarla olan ilişkilerinde önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

Ulaşım tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Kampüse ulaşım değişkenine göre fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyutlarının ve SYBDÖ toplam puanın grup ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir

($p < 0.05$). Bu farklılığın sebebi bisiklet ulaşımını tercih edenlerin diğerlerine oranla ortalamalarının yüksek olmasıdır. Diğer taraftan sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında ise fark yoktur ($p > 0.05$) (Çizelge 4. 27). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarının kampüs içi ulaşım değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Diğer taraftan sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$) (Çizelge 4,28). Benzer bir araştırmada en fazla ulaşım tercihi yürüyüş olduğu saptanmış ve SYBDÖ toplam puanı yüksek bulunmuştur [220, 221]; Yürüyüş tercih edilmesinin sebebi basit, ucuz ve ekonomik anlamda ulaşım harcamalarını azaltmak olduğu belirlenmiştir [221]. Yine üniversite öğrencilerine yapılan bir çalışmada ulaşım aracı olarak bisiklet tercihinin az olduğu, sebebi olarak da bisiklet yollarının az olması ile ilgisinin olduğu düşünülmektedir [222]. Birçok ülkede bireylerin arabalar haricinde seyahat tercihlerinde bisikleti de kullandıkları görülmüştür. Alışkanlıkların, bisiklet gibi motorsuz ulaşım araçlarını kullanma kararında önemli bir faktör olduğu tespit edilmiş [223] ve bu yüzden özellikle alışkanlıkların yetişme çağında bisiklet gibi alternatif ulaşım seçeneklerinin uzun vadeli kullanımında artışlara neden olabileceği düşünülmüştür [224]. Bisiklet kullanımının sağlıklı yaşam biçimini pozitif yönde etkilemektedir. Burada yerel yönetimlere iş düşmekte; toplum sağlığı için bisiklet yol yapımı arttırılarak ulaşım tercihinin bu yöne doğru çekilmesi hedeflenmektedir.

Psikolojik destek alma değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı alt problemi aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmada profesyonel olarak psikolojik destek alan öğrencilerin, profesyonel olarak psikolojik destek almayan öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi) istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 4. 19). Araştırmaya katılan öğrencilerin psikolojik destek aldıkları kişi değişkenine göre sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutunun ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Uzman kişiden psikolojik yardım alanların ortalamaları bu boyutlarda diğer değişkenlere göre yüksektir. Öte yandan fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$) (Çizelge 4. 30).

Obezite cerrahisi öncesi profesyonel olarak psikolojik destek alan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıkmıştır [184]. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin yaşadıkları sorunları belirleyen araştırmalarda, üniversite öğrencilerinin akademik sorunlar, uyum sorunları, karşı cinsle ilişki sorunları, iletişim sorunları, iş bulma ve gelecek kaygısı sorunları, ekonomik sorunlar, aile sorunları ve stres, kararsızlık, kaygı, depresyon gibi psikolojik sağlıkla ilgili sorunları yaşadıkları görülmektedir [209]. Literatür incelendiğinde, üniversite öğrencilerinin söz konusu sorunlarla mücadele etmek için yöneldikleri psikolojik yardım kaynaklarının farklılaştığı görülmektedir. Gençlerin profesyonel destek kaynaklarından yardım alma konusunda isteksiz oldukları; ama profesyonel yardım kaynakları konusunda bilgi edinmeleri, duygularını bir profesyonele anlatabilme konusunda yeterli hissetmeleri ve uzmana güvenmeleri durumunda profesyonel yardıma açık hale geldikleri bulunmuştur [210]. Stres ve başa çıkma konusunda yürütülen araştırmalar incelendiğinde ise gençlerin sıkıntı veren durumlarla mücadele ederken bir ruh sağlığı uzmanından psikolojik yardım almak yerine öncelikle profesyonel olmayan yardım kaynaklarına yöneldikleri açığa çıkmaktadır [211]. Sağlıklı nesillerin devamı açısından gençlere psikolojik yardım konusunda eğitim verilmeli ve bu konu hakkında onları açık hale getirilmelidir.

Araştırmada konaklama tercihi değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmamızda tek başına evde kalan katılımcıların fiziksel aktivite puanı diğer değişkenlerden yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca öğrencilerin konaklama değişkenine göre sağlık sorumluluğu stres yönetimi, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$) (Çizelge 4. 27). Şimşek ve arkadaşlarının [2012] yaptığı çalışmada ailesi ile kalan tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları, yurttan da evde yalnız kalan öğrencilerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada yurttan kalanların kendini gerçekleştirme, beslenme, SYBDÖ toplam puanlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır [180]. Üniversite yaşamı boyunca aileleriyle kalma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır [23]. Evde kalan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları pansiyon ve yurttan kalan öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur [113]. Literatür

incelendiğinde; konaklama değişkenine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklı sonuçları doğurduğu tespitine varılmıştır.

Uyku süreleri değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin uyku süreleri dağılımına göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim alt boyutlarında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4. 31). Literatürde, günde ortalama 8 saat ve üzerinde uyuyan öğrenciler günde 8 saatten daha az uyuyan öğrencilerden kendini gerçekleştirme alt boyutu anlamlı derecede yüksek çıkmıştır [200]. İnsan fiziksel, ruhsal, sosyal, entelektüel ve spiritüel gereksinimleri ile bir bütündür. Bireyin sağlıklı olabilmesi için bu gereksinimlerinin dengeli bir biçimde karşılanması gerekir. Karşılanması gereken temel insan gereksinimlerinden biri de “uyku”dur. Uyku, bireyi, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir [225]. Çalışmamızda uyku süresinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi görünmese de yeterli uyku, iyi dinlenmeyi ve kalan zamanın daha verimli kullanılmasını sağlar.

BKI sınıfları değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin fiziksel aktivite boyutunun BKİ sınıfları değişkenine göre grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuşken ($p<0.05$) sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$) (Çizelge 4. 33). Benzer bir çalışmada öğrencilerin BKİ’leri ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) [186]. Pasinlioğlu ve Gözümlü’nün [189] çalışmasında da sağlık çalışanlarının BKİ’leri ile beslenme ve egzersiz davranışları arasında ilişki saptanmamıştır. Üniversite öğrencilerine yapılan araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları ile beden kitle indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) [23]. Bu konuda Tortumoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu; yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan fiziksel aktivite puanları ile beden kitle indeksi arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur [214]. Beden kitle indeksi değişkeninin sağlıklı yaşam biçimi

davranışları üzerine farklı sonuçlar doğurduğunu ve bu sonucun yaş dağılımı, elit sporcu olma durumu gibi etmenlerden kaynakladığını söyleyebiliriz. Obeziteyi belirlemede ve sınıflandırmada yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır. BKİ vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermediği gibi çocuklarda, hamilelerde ve sporcularda kullanılması tavsiye edilmez ama bunların dışındakilerde yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır.

Yaş değişkenine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri arasında farklılık olup olmadığı aşağıda tartışılmıştır.

Öğrencilerin toplam MET puanı ve fiziksel aktivite alt boyutu ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça MET puanı ve fiziksel aktivite puan ortalaması artmıştır. Ünalın ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada da öğrencilerin yaşları fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş arttıkça fiziksel aktivite puan ortalaması da artmıştır [180]. Walker ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşlılarda toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi skorları gençlerden ve orta yaş erişkinlerden daha yüksek bulunmuştur [176]. Bu durum; yaşın ilerlemesi sonucunda kişinin sağlık bilinci artmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulaması gibi nedenlerle açıklanabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemleri bireyin sağlık konusunda bilgilenme ve bilinçlenme ihtiyacının arttırmasına neden olabilir.

6. SONUÇ

Erkeklerin fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı kadınlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışan üniversite öğrencilerinin; fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanı çalışmayan öğrencilere oranla daha yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalığa sahip olan öğrencilerin fiziksel aktivite boyutu kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre düşük çıkmıştır. Kronik hastalık, öğrencilerin fiziksel aktiviteye katılmasında negatif faktördür.

Egzersiz yapmanın kişilerarası ilişkilerde olumlu etkisi olduğu ve stres yönetiminde egzersiz yapmayanlara oranla daha başarılı oldukları tespit edilmiştir.

Spor lisansına sahip olmak sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorunu ve alt boyutlarını pozitif olarak etkilemektedir.

Meditasyon yapan öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutları meditasyon yapmayanlara oranla yüksek çıkmıştır.

Yoga yapan ve yapmayan öğrenciler karşılaştırıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında herhangi bir farklılık bulunmamıştır. Bu doğrultuda yoga yapmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Profesyonel olarak psikolojik destek alan öğrencilerin profesyonel olarak psikolojik destek almayan öğrencilere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında herhangi bir farklılık bulunamamıştır.

Tırnak yemenin negatif ya da pozitif bir etkisi olmadığı; tırnak yiyen ve yemeyen öğrenciler karşılaştırıldığında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt boyutlarında bir farklılık tespit edilememiştir.

Sigara içme oranı incelendiğinde en fazla Spor Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin içtiği, sigara içen öğrencilerin içmeyen ve sigarayı bırakanlara oranla fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Alkol içiyor musunuz? sorusuna ‘bıraktım’ cevabı veren üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite puanları alkol içmeyen ve içen öğrencilere kıyasla yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Beslenme tercihinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi olmadığı; etçil, otçul ya da her ikisini tüketen bireyler arasında herhangi bir farklılık oluşmadığı belirlenmiştir.

Spor Bilimleri Fakültesinde öğrenim görenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına pozitif etkisinin olduğu, diğer fakültelere (Sağlık Bilimleri, Diş, Tıp, İibf) kıyasla fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim, sağlıklı yaşam biçimi toplam puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

2. sınıf üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve SYBDÖ toplam puanları diğer sınıflardaki öğrencilere oranla yüksek olduğu saptanmıştır.

Aylık harcaması 1001 TL ve üzeri olan öğrencilerin fiziksel aktiviteye daha çok katıldıkları, kişilerarası ilişkileri iyi olduğu, stresle başa çıkarak yönetebildikleri, manevi gelişimlerinin ve sağlıklı yaşam biçimi toplam puanlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Kampüse ulaşım için bisikleti tercih eden öğrencilerin, fiziksel aktivite ve manevi gelişim boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi toplam skorlarını yürüme, özel araç ve otobüsü tercih edenlere oranla daha yüksek bulunmuş, kampüs içi ulaşım tercihleri incelendiğinde bisikleti tercih edenlerin fiziksel aktiviteyi ve beslenme puanları diğerlerine oranla yüksek olduğu saptanmıştır.

Tek başına evde kalan öğrencilerin fiziksel aktivite boyutu ailesiyle veya arkadaşlarıyla birlikte ya da yurttaki, apartta kalan öğrencilere göre yüksek çıkmıştır. Tek başına evde kalmak, öğrencilerin fiziksel aktiviteye katılmasında pozitif faktördür.

Beden Kitle İndeksi incelendiğinde; hafif şişman öğrencilerin fiziksel aktivite boyutunun yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Uzman kişiden psikolojik yardım alan öğrencilerin sağlık sorumluluğunun yüksek olduğu aynı zamanda insanlarla olan ilişkilerinin daha üst düzeyde olduğu görölmüştür.

Uyku süresinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorunu ve alt boyutlarına herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

MET sınıfları incelendiğinde; çok aktif dağılımına giren öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Çok aktif olmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif faktördür.

Üniversite öğrencilerinin yaşları arttıkça; fiziksel aktiviteye daha fazla yöneldikleri ve toplam MET puanları değerlerinin arttığı, sınıf düzeyleri arttıkça; MET puanları değerlerinin arttığı, boyları arttıkça; toplam MET puanları, fiziksel aktivite ve SYBDÖ toplam puanının arttığı, öğrencilerin kiloları arttıkça; manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme boyutları, SYBDÖ toplam skoru ve toplam MET puanının arttığı, günde içilen sigara miktarı arttıkça; toplam MET puanının arttığı, günde içilen sigara miktarı azaldıkça; insanlarla olan ilişkilerinin daha iyi durumda olduğu, sağlık sorumluluğu fazla ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının yüksek olduğu, öğrencilerin toplam MET puanının arttıkça; fiziksel aktivite oranlarının arttığı, SYBDÖ toplam puanı, stres yönetimi ve manevi gelişimin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üniversite öğrencilerine fiziksel aktiviteye teşvik edici yöntemler geliştirilmelidir.
- Öğrencilerin sağlıklarını iyileştirmek ve korumak için, sağlığı geliştirici eğitim programları düzenlenmelidir. Öğrencilerin sağlık konusunda yetersiz kaldıkları konular üzerinde durulmalı, verilecek eğitimlerin zamanı öğrencilere göre ayarlanmalıdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimi için öğrencilerin sorunları belirlenip disiplinler arası çalışmalar yapılmalıdır.
- Kampüs alanlarında yeni projeler yapılırken öğrencilerin görüşlerine de yer verilmeli, spor merkezleri öğrencilerin yaşam alanlarına uyarlanmalıdır.
- Öğrencilerin olumsuz sağlık davranışları konusundaki farkındalıkları ve bu konuda baş etme yöntemleri çok önemlidir. Özellikle sağlık ile ilgili alanlarda öğrenim gören

öğrencilerin kendileri için uyguladıkları baş etme yöntemlerini meslek hayatlarında, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için kullanabilirler.

- Üniversite öğrencilerinin rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının arttırılmasına yönelik adımlar atılmalıdır.
- Üniversite, yerel yönetim, valilik ve il sağlık müdürlüğünün ortak çalışmalarıyla Isparta ilindeki bisiklet yollarını arttırarak ulaşım tercihini bu yöne doğru çekilmesi bu araştırmadan çıkan sonuç önerisine hizmet eder durumda gözükmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zorba, E., Saygın, Ö. (2013). *Fiziksel Aktivite ve Fiziksel Uygunluk ve Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Fırat Matbaacılık.
2. Mcardle, W.D., Katch, F.I., Katch, V.L. (2001). *Exercise Physiology: Energy, Nutrition and Human Performance*, 5. baskı, Williams and Wilkins, Philadelphia.
3. Özer, K. (2010). *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
4. Fox K.R., Page A. (2001). *The Management Of Obesity And Related disorders*, EDT: Kopelman P.G., Martin Dunitz; 179-201.
5. Ainsworth, B., Bassett, D.R., Strath, S. J., Swartz, A.M., O'Brien, W.L., Thompson, R.W., Jones, D.A., Macera, C.A., Kimsey, C.D., Comparison of three methods for measuring the time spent in physical activity, *Medical Science. Sports Exercises.*, 32, 457-464, 2000.
6. Sarkin, J.A., Nichols, J.F., Sallis, J.F., Calfas, K.J. (2000). Self-report measures and scoring protocols affect prevalence estimates of meeting physical activity guidelines, *Medical Science. Sports Exercises* 32, 149-156.
7. Phalank C. (2000). Determinant of health promotive behavior; a preview of current research. *Nursing Clinic North America*. 26(4):815-832.
8. Kuşdemir, C. (2015). *Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
9. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. (2001). *A Framework for Health Promotion Evaluation*. . M. G. I. Rootman, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett ve diğerleri. (Ed.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (s. 7-40). Denmark: World Health Organization Regional Publications European Series, Yayın No: 92.
10. Baysal, A., Aksoy, M. (2008). *Diyet El Kitabı*. 5. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayıncılık. 7-9.
11. Sağlam, N. (2000). *Biyoloji Eğitiminde Moleküler Genetik*. Ankara, Bizim Büro Basımevi.
12. Açar, A. (2017). *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep
13. Uzun, N., Sağlam, N. (2003). Orta öğretim programında genetik koşulların değerlendirilmesi ve öğrencilerin genetiğe karşı ilgisinin saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 129-136.
14. Macovei, S. , Tufan, A., Vulpe, B.I. (2014) *Theorretical approaches to building a healthy lifestyle through the practice of physical activities*. Procedia – Social and Behavioral Sciences, Romania, 117, 86–91.

15. Fone, D. L., & Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*, 12, 332-334.
16. Kocaoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(4), 145-154.
17. Şimşek, A., (2006). *Onbirinci sınıf öğrencilerinin kişisel bakım ve sağlığını korumasına yönelik davranışlarının incelenmesi (Üç lise örneği Ankara)*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Yüksek Lisans Programı. Ankara.
18. Nutbeam, D., (2000). Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), s. 259-267.
19. Coşkun, S. (2015). *Adolesanların sağlığı davranışına web destekli eğitim ve danışmanlığın etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Ankara.
20. Ayaz, S. , Tezcan, S. , Akıncı F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2), 26- 34.
21. Kefeli, B., (2010). *Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
22. Güler, Ç., Akın, L. (2012). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara:II.Baskı, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, 486-470.
23. Kasapoğlu, E., (2015). *Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak.
24. Madi HH, Hussain SJ. (2015). Health protection and promotion. *Eastern Mediterranean Health Journal* 14(Special Issue):15-22.
25. Tekbaş, Ö.F. (2010) *Çevre Sağlığı*, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Basımevi, I. baskı. Ankara.
26. Fertman, C.I. ve Allensworth, D.D. (2012). *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe* (Çev. Ed: İçitman NM) Sağlık Bakanlığı. Ankara, 4-27.
27. Demir, S. (2016). *Gaziosmanpaşa Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin güvenliği konusundaki farkındalıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tokat.
28. Sanchez, A., Norman, G. J., Sallis, J. F., Calfas, K. J., Cella, J., Patrick, K., (2007). Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents, *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 124-130.

29. Erbaydar T. (2002). "Sağlık kim için?", *Toplum Hekim Dergisi*, 17(4), 304-307.
30. Ekiz, Ö. (2016). *Spor ve sağlık alanlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin algılanmış stres seviyeleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (Kahramanmaraş il örneği)*. Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Kahramanmaraş.
31. Özvarış, Ş.B. (2006). *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 1132-1136.
32. Berçin, T. (2010). *Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı, Ankara.
33. Yardım, N., Gögen, S. , Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlığın geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fak Dergisi*, 72(2), 29-35.
34. O'Donnell, MP. (2009). Definition of health promotion: embracing passion enhancing motivation, recognizing dynamic balance and creating opportunities. *Journal of Health Promotain*, 24.
35. Marriner, T., Raile, A. (2005). Nursing theorists and their work. 5th ed. Sakraida T.Nola J. Pender. *The Health Promotion Model*. St Louis: Mosby. 88-93
36. Bogota, D. (1998). *Health promotion and equity, health promotion: An Anthology*. Pan American Organization pp. 335.
37. Epp, J. (1997). *Achieving health for all: A framework for health promotion in health promotion: An Anthology*. Pan American Organization, Washington pp. 28.
38. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1).
39. Johnson R. L. (2005). Gender differences in healthpromoting lifestyles of african americans. *Public Health Nursing*, 22 (2):130-137.
40. Gürsel N. (2015). *Öğretim elemanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Manisa.
41. Ersin, F., Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri’nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (1), 28-38.
42. On, B. (2016). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Ankara.

43. Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. Appleton, NY: Century Crofts.
44. Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 90.
45. Murathan, F. (2013). *Üniversite öğrencilerinde obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Elazığ.
46. Komduur, R. H., Korthals, M., & Te Molder, H. (2008). The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *British Journal of Nutrition*, 101(3), 307-316.
47. Erdoğan, S. , Nahcivan, N, Esin, N., İbriki, S. (2004). Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*. 32(8), 28-36.
48. Ertop, NG., Yılmaz, A., Erdem, Y. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri, *Karadeniz Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*, 14 (2), 1-7.
49. Kayapınar, M. (2012). *Futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ve bazı kan değerlerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Elazığ.
50. Spradley, WB. (2001). Health Promotion And Wellness. *Community Health Nursing Concept And Practice*, Lippincott.
51. Spellbring, A. M. (1991). Nursing's role in health promotion. An overview. *The Nursing clinics of North America*, 26(4), 805-814.
52. Hardrick, G., Lindsey, E. (1996). Health promotion nursing practice the demise of nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 106-112.
53. Kırtepe, A., (2015). *Yerel yönetimlerde rekreatif etkinliklere düzenli olarak katılan ve katılmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması(Ankara Büyükşehir Belediyesi örneği)*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Ankara.
54. Kocaman, F. (2014). *Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.
55. Sirtori, A., Brunani, A., Villa, V., Berselli, ME., Croci, M., Leonardi, M., Raggi, A.(2012). Obesity is a marker of reduction in QoL and disability. *The Scientific World Journal*. 29(3), 217-225.
56. Yalçinkaya, M., Özer, FG., Karamanoğlu, AY. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6(6), 27-36.

57. Ak, Ş., Çelen, Ü., Özen, Y., Tabak, R. S. and Piyal, B. (2006). Ankara merkez ilçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(2), 8-84.
58. Molina, J., Castillo, I., Pablos, C., (2009). Determinants of leisure-time physical activity and future intention to practice in Spanish college students. *Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 128-137.
59. Sertbaş, G., Çuhadar, D., Demirli, F., (2010). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Kasım – Aralık, 42–48.
60. Vural, B. K. (2002). Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 39-43.
61. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssa, I. A., (2009). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
62. Al Ma'aitah, R., Haddad, L., Umlauf, MG. (2000). Health promotion behaviors of jordanian women. *Health Care for Women International*. 20(1), 533–546.
63. Sönmezer, H., Çetinkaya, F., Nacar, M. (2012). Healthy life-style promoting behaviour in turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 13(4), 1241-1245.
64. İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, LU. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 34-44.
65. Bottorff, L., Joy, L., Johnson, S. , Pamela, A., Ratner, S. , Leslie, A. (1996). The Effects Of Cognitive Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance. *Nursing Research*, 45(1):30-36.
66. Kılıç, L. (2017). *Beden eğitim öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bazı değişkenlere göre değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı. İstanbul.
67. Minkler, M. (2007). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-140.
68. Smaltzer, S. C., Bare, B.G. (1996). *Medical Surgical Nursing*. USA, Lipincott Company.
69. Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1. Basım*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730.
70. Fişek N. H. (N.D.). *Günümüzde halk sağlığı anlayışı*. Erişim: (<http://www.medinfor.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3020.doc>) Erişim tarihi: 17,02,2017.

71. Yıldırım, N. (2005). *Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
72. Bahtiyar, T. (2017). *Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
73. Öztürk, M. (2005). *Üniversitede eğitim- öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara.
74. Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2008). *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık.
75. Bulut, S. (2013). Sağlıkta Sosyal Belirleyici: Fiziksel Aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4): 205-214.
76. Speck, R.N. (2002). Exercise and Physical Activity. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 24-31.
77. Friedenreich, C.M., Neilson, H.K., Lynch, B.M. (2010). State Of The Epidemiological 33. Evidence On Physical Activity And Cancer Prevention. *European Journal Of Cancer*, 46(2), 593-604.
78. Ünal, M. (2013). *Sağlıklı Yaşam, Sağlığın Geliştirilmesi*. 1. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
79. Aktürk, Z. (2013). *Sağlıklı Yaşam Beden Eğitimi Danışmanlığı*. 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
80. Wing, RR. (2000). Changing diet and exercise behaviors in individuals at risk for weight gain, *Obesity Research*, 3(2), 277-282.
81. Carreno, J., Vyhmeister, G., Grau, L., Ivanovic, DA. (2006). Health promotion programme in adventist and non-adventist women based on Pender's model: a pilot study. *Public Health*. 120(7), 346-355.
82. Tayar, M., Korkmaz, H.N. (2007). *Beslenme Sağlıklı Yaşam*. 2. Baskı s,1-10, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
83. Kant, A. K. (2004). Dietary patterns and health outcomes. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(4), 615-635.
84. Zorba E. (2004). *Yaşam boyu spor*. İstanbul, Marmara Yayınları. 34-35.
85. Soylu, M. (2006). Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. *Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı*., 9-12 Kasım, Muğla.
86. Baysal, A. (2000). Sağlıklı beslenme, uzmanların önerisi ve tüketici algılaması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 27(2), 1-4.

87. Bidlack, W. R. (1996). Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper. *Journal of the American College of Nutrition*, 15(5), 422-433.
88. Black, J.M, Matossorin, J.E, (2007). *Medical Surgical Nursing*, 5th Edition WB Sounder Company Phidelphia, 161-175.
89. Chen, M. (2000). The Effectiveness Of Health Promotion Counseling To Family Caregivers. *Public Health Nursing*. 16(2):125-132.
90. Çetinkaya, B., Altundağ, S. ve Azak, A. (2007). Spirütüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
91. Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing. *Nursing Journal of India*, 93, 129-130.
92. Oldnall, A. (1996). A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144.
93. Kostak, MA. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(1), 105-115.
94. Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 41-52.
95. Bozhüyük, A., Özcan, S. , Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6 (1), 13-21.
96. Aksoy T. (2010). *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Ankara.
97. Cüceloğlu, D. (2004). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. 7. baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 75-87.
98. Kaya, A. (2013). *Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim*. Ankara, Tarcan Matbaacılık, 62-91.
99. Hovardaoğlu, S. (2000). Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi* 3(1), 7- 12.
100. Erzkan, A. (2013). The Effect of Communication Skills and Interpersonal Problem Solving Skills on Social Self-Efficacy. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(2), 731-745.
101. Özcan, A. (2006). *Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim*. Ankara, Sistem Ofset.
102. Hovardaoğlu, S. (1995). Kişiler Arası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi*, 3(1), 7-12.
103. Devito, J. (2000). *Human Communication The Basic Course*. 5.Baskı, New York: Harper Collins Publishers, 198-211.

104. Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Ankara, 21(1),91-109.
105. Özçelik, H. (2012). *Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Isparta.
106. Thoits PA. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health Social Behavior*, 51(3), 41-53.
107. Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
108. Muris, P., Schmidt, H., Lambrichs, R. and Meesters, C. (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 555-565.
109. Seaward, B.L. (2002). *Managing stress. Principles and strategies for health and wellbeing*. Sudbury Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
110. Balcıoğlu İ. (2005). Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. Sempozyum Dizisi No:47.
111. Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries. *Preventive Medicine* 35:97-104.
112. Şimşek, H., Öztoprak, D., Ekizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., Tekel, Ş. Çiftçi, Ş. (2012). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 26(3):151-157.
113. Zaybak, A., Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20:75-79.
114. Rennie, K.L., Wareham, N.J. (1998). The validation of physical activity instruments for measuring energy expenditure: problems and pitfalls. *Public Health Nutrition*, 1 (4), 265-271.
115. Karabıçak, G. (2014). *Ayaş ilçesindeki adölesanlarda fiziksel aktivite düzeyinin postür, ağrı ve anksiyete üzerine etkilerinin incelenmesi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Protez-Ortez- Biyomekanik Programı. Ankara.
116. Zorba, E., İkizler, H., Tekin, A, Miçoogullar, O. (2006). *Herkes İçin Spor*, İstanbul, Morpa Kültür Yayınları. 125.
117. Burton, N.W., Turrel, G., (2000). Occupation, hours worked, and leisure time physical acitivity, *Prevention Medicine*, 31(3), 673-681.

118. Howley, E. T. (2001). Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33(6), S364-S369.
119. Asiabi, S. R. (2012). *Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde fiziksel aktivite alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının akademik başarı ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Ankara.
120. Can, S. , (2013). *Masa başı çalışan kadınlarda fiziksel aktivite düzeyi ölçüm yöntemlerinin karşılaştırılması ve fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Ankara.
121. Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A.E., Sallos, J.F., Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34(12):1996-2001.
122. Kirtland, K. A., Porter, D. E., Addy, C. L., Neet, M. J., Williams, J. E., Sharpe, P. A., & Ainsworth, B. E. (2003). Environmental measures of physical activity supports: perception versus reality. *American journal of preventive medicine*, 24(4), 323-331.
123. Pennathur, A., Magham, R., Contreras, L. R., & Dowling, W. (2003). Daily living activities in older adults: Part I—a review of physical activity and dietary intake assessment methods. *International journal of industrial ergonomics*, 32(6), 389-404.
124. Cerin, E., & Leslie, E. (2008). How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social science & medicine*, 66(12), 2596-2609.
125. Branca, F., Nikogosian, H., Lobstein, T. (2007). The Challenge of Obesity in the Who European Region and the Strategies for Response. *Who Europe*. Denmark.
126. Guthold, R., Ono, T., Strong, K. L., Chatterji, S., & Morabia, A. (2008). Worldwide variability in physical inactivity: a 51-country survey. *American journal of preventive medicine*, 34(6), 486-494.
127. Karaca, A. (2008). Yetişkin bireylerde orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivitenin cinsiyete göre incelenmesi. *Hacettepe Journal of Sports Sciences*. 19(1):54-62.
128. Nahas, M.V., Goldfine, B., Collins, M.A. (2003). Determinants of physical activity in adolescents and young adults: the basis for high school and college physical education to promote active lifestyles. *Physical Educator*. 60(1):42-56.
129. Vanhees, L., Lefevre, J., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T., Beunen, G. (2005). How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 12:102-114.
130. Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American journal of preventive medicine*, 22(3), 188-199.

131. Saelens, B. E., Sallis, J. F., Black, J. B., & Chen, D. (2003). Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *American journal of public health*, 93(9), 1552-1558.
132. Ayhan, F. (2014). *Çocukluk ve ergenlik dönemindeki fiziksel aktivite deneyimleri ile yetişkinlikteki fiziksel aktivite düzeyleri ve beden kompozisyonlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Muğla.
133. Baltacı, G. ve Düzgün, İ. (2008). *Adolesan ve Egzersiz, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara Klasmat Matbaacılık*.
134. Hallal, P.C., Bauman, A.E., Heath, G.W., Kohl, H.W., Lee, M., Pratt, M. (2012). Physical activity: more of the same is not enough. *The Lancet Physical Activity*. 380, 190-191.
135. Das, P., Horton, R. (2012). Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet Physical Activity*. 380,189-190.
136. Acsm., H. (2004). Exercise and Hypertension. *Medicine & Science Sports Exercise*, 36(3): 533-552.
137. Gümüş, H. (2009). *Yetiştirme yurtlarında kalan adolesanların beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının sağlık ve vücut kompozisyonları ile ilişkisinin saptanması*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Ankara.
138. Altay, M. (2007). *Çocukluk ve ergenlikteki fiziksel aktivite deneyimleri ile yetişkinlikteki fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Ankara.
139. Kalish, S. (1998). *Çocuğunuz İçin Spor Ve Fitness*. İstanbul, Beyaz Yayınları, s. 214-215.
140. Akova, İ. (2016). *20 yaş üstü erişkinlerde uyku süresi, kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve bazı antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiler*. Uzmanlık Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilimdalı. Sivas.
141. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940.
142. Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hercberg S., Guillemin, F., Briancon, S. (2005). Leisure time physical activity and health related quality of life. *Preventive Medicine* 41, 562– 569.
143. Yıldırım, M. (2015). *Üniversite öğrencilerinin spora dayalı fiziksel aktivitelere katılımları ve yaşam kalitelerinin akademik başarı ve sosyalleşmesi üzerine etkisi*. Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Eskişehir.

144. Shephard, R.J. (2003). Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires, *British Journal of Sports Medicine*, 37, 197-206.
145. Cengiz, C. (2007). *Physical Activity and Exercise Stages Of Change Levels Of Middle East Technical University Students*. Uzmanlık Tezi. Middle East Technical University, Department Of Physical Education And Sports, Uzmanlık Tezi, Ankara.
146. Pítta, F., Troosters, T., Probst, V. S., Spruit, M. A., Decramer, M., & Gosselink, R. (2006). KOAH'ta anketler ve hareket sensörleri ile günlük yaşamdaki fiziksel aktiviteyi belirleme. *The European Respiratory Journal*, 27, 1040-1055.
147. Jakıcıc, J.M, Davis, K.K, Garcia, D.O, Verba. (2010). Objective monitoring of physical activity in overweight and obese populations. *Physical Therapy Reviews*. 15(3):163-169.
148. Welk, G.J., Corbin, C.B., Dale, D. (2000). Measurement Issues in the Assessment of Physical Activity in Children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. June; 71(2), 59- 73.
149. Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., & Jacobs, D. R. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9; SUPP/1), S498-S504.
150. Montoye, H.J. (2000). Introduction: evaluation of some measurements of physical activity and energy expenditure, *Medicine & science in sports and exercise* 32, 439-441.
151. Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., ... & Kriska, A. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*, 273(5), 402-407.
152. Saris, W. H. M., Blair, S. N., Van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., Di Pietro, L., & Tremblay, A. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity reviews*, 4(2), 101-114.
153. International Agency For Research On Cancer (IARC), WHO. (2002). Handbook of cancer prevention. Weight control and physical activity. *International Agency for Research on Cancer*. Vol: 6. Lyons, France.
154. Acsm. (2010). Exercise and type 2 diabetes. *Medicine&Science In Sports&Exercise*. 2282-2303.
155. Chan, C.B., Ryan, D.A., Tudor-Locke, C. (2004). Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedantary workers. *Prevention Medicine*, 39(6):1215-1222.
156. Rivera, J.A. (2009). *National Health Institute Mexico World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention cancer: a Global Perspective; Physical Activity Goals and Recommendations*. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Erişim:[http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/speaker_slides/us/16_Rivera_Physical_Activity.pdf] Erişim Tarihi: 10,04,2017.
157. World Health Organization (2010). *Global Recommendations On Physical Activity ForHealth*.Erişim:http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf]. Erişim Tarihi:05,04,2017
 158. Lamonte, M.J., Ainsworth, B.E. (2001). Qantifying Energy Expenditure and Physical Activity in The Context of Dose Response. *Medicine& Science and Sports Exercise*. 33, 370-378.
 159. Sevim, Y. (2002). Antrenman Bilgisi. 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım. 145-146.
 160. Gavarry, O., Bernard, T., Giacomoni, M., Seymat, M., Euzet, J. P., & Falgairette, G. (1997). Continuous heart rate monitoring over 1 week in teenagers aged 11–16 years. *European journal of applied physiology and occupational physiology*, 77(1-2), 125-132.
 161. Kelly, L.E. (2000). Patterns of Physical Activity in 9-10 Year Old American Children as Measured By Heart Rate Monitoring. *Pediatric Exercise Science*. February, 12(1), 101- 110.
 162. Podl, T. R., Goodwin, M. A., Kikano, G. E., & Stange, K. C. (1999). Direct observation of exercise counseling in community family practice. *American journal of preventive medicine*, 17(3), 207-210.
 163. Conway, J. M., Seale, J. L., Jacobs, D. R., Irwin, M. L., & Ainsworth, B. E. (2002). Comparison of energy expenditure estimates from doubly labeled water, a physical activity questionnaire, and physical activity records. *The American journal of clinical nutrition*, 75(3), 519-525.
 164. Tremblay, M. S., Shephard, R. J., Mckenzie, T. L., & Gledhill, N. (2001). Physical activity assessment options within the context of the Canadian Physical Activity, Fitness, and Lifestyle Appraisal. *Canadian journal of applied physiology*, 26(4), 388-407.
 165. Bonnefoy, M., Normand, S., Pachiaudi, C., Lacour, J. R., Laville, M., & Kostka, T. (2001). Simultaneous validation of ten physical activity questionnaires in older men: a doubly labeled water study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(1), 28-35.
 166. Laporte, R.E., Montoye, H.J., Caspersen, C.J. (2000). Assessment of physical activity on epidemiologic problems and prospect. *Public Health Reports*. 100, 131-147.
 167. U.S. Department of Health and Human Services. (1998). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*, Atlanta.
 168. Yüksel, F. (2017). *Sağlıklı olgularda gövde kas enduransı, solunum fonksiyonları, solunum kas kuvveti ve fiziksel aktivite düzeyi ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Ankara.

169. Crouter, S. E., Schneider, P. L., Karabulut, M., & Bassett, D. R. (2003). Validity of 10 electronic pedometers for measuring steps, distance, and energy cost. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(8), 1455-1460.
170. Melanson, E.L., Knoll, J.R., Bell, M.L., W.T., Donahoo, Hill, J.O., Nysse, L.J., Lanningham-Foster, L., Peters, J.C., Levine, J.A. (2004). Commercially available pedometers: considerations for accurate step counting. *Preventive Medicine*. 39:361–368.
171. Steele, B. G., Belza, B., Cain, K., Warm, C., Coppersmith, J., & Howard, J. (2003). Bodies in motion: monitoring daily activity and exercise with motion sensors in people with chronic pulmonary disease. *Journal of rehabilitation research and development*, 40(5; SUPP/2), 45-58.
172. Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F., Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine And Science in Sport And Exercise*. 35(8):1381-1395.
173. Karaca, A., Turnagöl, H.H. (2007). Çalışan bireylerde üç farklı fiziksel aktivite anketinin güvenilirliği ve geçerliliği., *Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi*. 18(2):68-84.
174. Dubbert, P.M., Weg, M.W.V., Kirchner, K.A., Shaw, B. (2004). Evaluation of the 7-day physical activity recall in urban and rural men, *Medicine and science in sports and exercise*, 36, 1646-1654.
175. Karasar, N. (2008). *Bilimsel Araştırma yöntemi*. (Onsekizinci Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 77.
176. Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 120-26.
177. Karaca, A., Turnagöl, H. (2007). Çalışan Bireylerde Üç Farklı Fiziksel Aktivite Anketinin Güvenirliği Ve Geçerliliği. *Spor Bilimleri Dergisi*, 18(2); 68–84.
178. Özüdoğru, E. (2013). *Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretimi Programı. Burdur.
179. Genç A. (2011). Kadın Ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 3(12); 145– 150.
180. Ünal, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 14:101-109.
181. Peltzer K. (2002). Health-promoting and personality among black south african students. *Social Behavior and Personality*. 30 (4):417-422.

182. Nacar, M., Baykan, Z., Çetinkaya, F., Arslantas, D., Özer, A., Coşkun, O., Bati, H., Karaoğlu, N., Elmalı, F., Yılmaz, G. (2014). Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*. 15(20): 8969-8974.
183. Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 11:17-26.
184. Ateş, D. (2015). *Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul.
185. Wing, R. R. (1995). Changing diet and exercise behaviors in individuals at risk for weight gain. *Obesity*, 3(S2).
186. Cihangiroğlu, Z., Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*; 16(2): 78-83.
187. Tokuç, B., Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 6: 421-426.
188. Karadeniz, G., Uçum, EY., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* ; 7: 497-502.
189. Pasinlioğlu, T., Gözümlü, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2: 60-68.
190. Çelik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Yümer, A. S., Öztürk, Z., & Demır, E. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(3).
191. Lundy, KS. , Sharny, J. (2001). *Clients In Home Health. Hospice And Long-Term Care Settings Community Health Nursing Caring For The Public's Health*, Jones And Barlett Publishers, Boston Toronto London Singapore.
192. Sisk, RJ. (2000). Caregiver Burden And Health Promotion. *International Journal Of Nursing Studies*; 37:37-43.
193. Batı, H., Tezer, E., Duman, E., Önen, E., Yılmaz, C., Fadiloğlu, Ç. (2003). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı değerlendirmesi. 8. *Halk Sağlığı Günleri (Kongre Kitabı)*, Sivas 23-25 Haziran, 227.
194. Kilpelainen, T.O., Qi, L., Brage, S. , Sharp, S. J., Sonestedt, E., Demerath, E. ve diğerleri. (2011). Physical activity attenuates the influence of FTO variants on obesity risk: a meta-analysis of 218,166 adults and 19,268 children. *Public Library of Science Medicine*, 8 (11) 455-463.

195. Denton, S. J., Trenell, M.I., Plotz, T., Savory, L.A., Bailey, D.P., Kerr, C.J. (2013). cardiorespiratory fitness is associated with hard and light intensity physical activity but not time spent sedentary in 10-14 year old schoolchildren: the HAPPY study. *Public Library of Science Medicine One*, 8 (4), 121-133.
196. Moore, S. C., Gierach, G.L., Schatzkin, A., Matthews, C.E. (2010). Physical activity, sedentary behaviours, and the prevention of endometrial cancer. *British Journal of Cancer*, 103 (7), 933-938.
197. Daley, A.J. (2002). Exercise Therapy and Mental Health In Clinical Populations: Is Exercise Therapy A Worthwhile Intervention?, *Advances In Psychiatric Treatment*, 8: 262-270.
198. Tabak, R.S. (2000). *Sağlık Eğitimi*. Ankara: Somgur Yayıncılık.
199. Ferguson, K.J. (1998). *Health Behaviour. Wallace, R.B. Public Health and Preventive Medicine*. 14. Edition, Stamford: Appleton and Lange, 811-816.
200. Tuygar, Ş., Arslan, M. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 59-66.
201. Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O. (2013). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1):1-6.
202. Hawks, R.S. , Madanat, H.N., Merrill, R.M, Goudy, M.B, Miyagwa, T.A (2002). Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students. *The Journal of Health Education*; 5: 84-92.
203. Collinns, F. C. (2003). *The Use of Prayer and the Self-Reported Anxiety and Depression of Retired Adults*. Walden University, 50-53.
204. Cooper, A. (2003). An Investigation of the Relationships Among Spirituality, Prayer and Meditation, And Aspects of Stress and Coping. *Wright Institute Graduate School of Psychology*, 21.
205. Kuiper, J.T. (2004). *The Experience of Practicing Centering Prayer: A Heuristic Inquiry*, Cincinnati Üniversitesi Doktora Tezi.
206. Alkan, E., Özçoban F. (2017). Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 64-71.
207. Dishman, R., Hales, D., Pfeiffer, K., Gwen, R., Dianne S. , Marsha, R. (2006). Physical Self-Concept And Self-Esteem Mediate Cross-Sectional Relations Of Physical Activity And Sport Participation With Depression Symptoms Among Adolescent Girls. *Health Psychology*, Vol,25, No:3, (396-407).
208. Eraslan, M. (2015). Spor Bölümlerinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Kişilik Özelliklerinin Ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 7(12): 65-82.

209. Topkaya, N., Meydan, B. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Problem Yaşadıkları Alanlar, Yardım Kaynakları ve Psikolojik Yardım Alma Niyetler. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1): 25-37.
210. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi J. (2005). Young people's help seeking for mental health problems. *Australian Journal for Advancement of Mental Health*. 7(1): 66-79.
211. Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39.
212. Vuural, B. (2000). Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 39-43.
213. Özkan, A., Bozkuş, T., Kul, M., Türkmen, M., Öz, Ü., Cengiz, C. [2013]. Halk oyuncularının fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)*. 1(3):24-28.
214. Tortumoğlu, G., Hacıhasanoğlu, R., Yılmaz, S. , Yazıcı, M. (2005). Yaşlılara verilen planlı egzersiz eğitiminin beden kitle indeksi (BKİ), arteriyel kan basıncı (AKB) ve egzersiz davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1):1-9.
215. Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Francois, N., Sindi, S. , Wan, N., Findlay, H., Durand, N., Cooper, L., Schramek, T., Andrews, J., Corbo, V., Dedovic, K., Lai. B. and Plusquellec, P. (2013). The DeStress for success program: effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. *Neuroscience*, 249, 74-87.
216. Koçoğlu, D. (2006). *Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
217. İlhan, N., Bahadırılı, S. , Toptaner, E. (2014). Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri ve Eğitim dergisi*. 4(4):207-215.
218. Tambağ H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 47-58.
219. Ersoy, G., Bilgiç, P., Akyol, A. (2008). *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Klasmat Matbaacılık. Ankara.
220. Karaca, A. (2008). Yetişkin bireylerde orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivitenin cinsiyete göre belirlenmesi. *Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi*, 19 (1), 54-62.

221. Anjos, L.A., Wahrlich, V., Bossan, FM., Salies, MN., Silva, PB. (2008). Energy expenditure of walking at different intensities in Brazilian college women. *Clinical Nutrition*, 27, 121–125.
222. Erdoğan, M., Açıkalın, S. (2015). Türkiye’de üniversite öğrencilerinin seyahat türü tercihlerinin incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 14(3); 101-105.
223. Heinen, E., Van, Wee, B., Maat, K. (2010). Commuting by Bicycle: An Overview of the Literature. *Transport Reviews*, 30, 59-96.
224. Delmelle, E., Cahill, M. (2012). Exploring Spatio-temporal Commuting Patterns in a University Environment. *Transport Policy*, 21:1–9.
225. Aysan, E., Karaköse, S. , Zaybak, A., İslamoğlu, E. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Deuhyo Edition*,7(3), 193-198.
226. Wells, J. H., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). Severe morbid onychophagia: the classification as self-mutilation and a proposed model of maintenance. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 32(4), 534-545.
227. Ghanizadeh, A., & Mosallaei, S. (2009). Psychiatric disorders and behavioral problems in children and adolescents with Tourette syndrome. *Brain and Development*, 31(1), 15-19.
228. Atsü, S. (2012). Tırnak yeme alışkanlığının temporomandibular rahatsızlıklar üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;14(1), 6-9.
229. Winocur, E., Gavish, A., Finkelshtein, T., Halachmi, M., Gazit, E.(2001). Oral habits among adolescent girls and their association with symptoms of temporomandibular disorders. *Journal of Oral Rehabilitation* 28: 624–29.
230. Pacan, P., Grzesiak, M., Reich, A., Szepietowski, JC. (2009). Onychophagia as a spectrum of obsessive-compulsive disorder. *Acta Dermatology Venereol* 89(3):2 78-80.
231. Zorba, E. (2012). *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Gazi Kitabevi.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Raporu

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler
Etik Kurulu Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.10.2017	48	1

1- Üniversitemiz Spor Bilimleri Fakültesinde Okutman olarak görev yapan, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı doktora öğrencisi Okt.Zeynep Senem SÖYLEYİCİ tarafından yürütülen “Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre İrdelenmesi” konulu doktora tez çalışması hk.

Üniversitemiz Spor Bilimleri Fakültesinde Okutman olarak görev yapan, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı doktora öğrencisi Okt.Zeynep Senem SÖYLEYİCİ tarafından yürütülen “Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre İrdelenmesi” konulu doktora tez çalışmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

Mevcutun oybirliği ile karar verildi.


Prof.Dr.Murat Ali DULUPÇU
Başkan

(GÖREVLİ)
Prof.Dr.Faruk TURHAN
Üye


Prof.Dr.Murat OKCU
Üye

(GÖREVLİ)
Prof.Dr.Haluk SONGUR
Üye

(GÖREVLİ)
Prof.Dr. Talat SAKALLI
Üye


Prof.Dr.Rifat OKUDAN
Üye


Prof.Dr.Yüksel METİN
Üye


Prof.Dr.Nasuh GÜNAY
Üye


Prof.Dr.Bilge HÜRMÜZLÜ KORTHOLT
Üye


27.10.2017
Zühal BARDAK
Raporcu

EK-2. Anket

Değerli Öğrenci

Bu çalışma üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre irdelenmesi amacıyla yapılmıştır. Elde edilen veriler Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Doktora programı tezim için kullanılacaktır. Toplanacak olan veriler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacak ve başka amaçla paylaşılmayacaktır. Katılımcıların bilgileri gizli tutulacaktır.

Katılımlarınız için çok teşekkür ederim.

Öğr.Gör.Z. Senem SÖYLEYİCİ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Spor Bilimleri Fakültesi

1. Fakülteniz:.....

2. Sınıfınız:.....

3. Yaşınız:.....

4. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

5. Boyunuz:.....

6.Kilonuz:.....

7. Konakladığınız yer şekli nedir?

() Tek başıma evde () Ailemle birlikte evde () Yurtta veya Apartta
() Arkadaşlarımla birlikte evde () Diğer

8. Hangi şehrin kültürünü alarak yetiştiniz:.....

9.Sigara İçiyor musunuz? ()Evet () Hayır (Hiç kullanmamış) () Bırakmış

10. Sigara içiyor iseniz günde kaç adet içiyorsunuz ?.....adet/gün

11. Alkol kullanıyor musunuz? ()Evet () Hayır (Hiç kullanmamış) () Bırakmış

12. Aylık geliriniz? ()0 – 300 TL ()301 – 500 TL ()501 – 1000 TL ()1001 TL ve üzeri

13. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz? () Hayır ()Evet ise haftada.....saat

14. Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz? () Hayır ()Evet isebranşı

15. Okul kampüsüne ne ile ulaşım sağlıyorsunuz: ()Otobüs ()Özel araç ()Bisiklet () Yürüme ()diğer.....

16. Kampüs içerisinde ne ile ulaşım sağlıyorsunuz: ()Otobüs ()Özel araç ()Bisiklet () Yürüme ()diğer.....

17. Bir işte çalışıyor musunuz ()Hayır ()Evetişinde çalışıyorum

18.Beslenme tercihiniz aşağıdakilerden hangisidir? ()Etçil () Otçul ()Herikiside

19. Günlük ortalama uyuma süreniz nedir? () 4 saat altı () 4-6 () 6-8 () 8-10 () 10 saat ve üzeri

20. Profesyonel olarak psikolojik destek aldınız mı? ()Evet () Hayır

21. Kendinizi kötü hissettiğinizde kimden yardım alırsınız?

() Hiç kimse () Arkadaşımdan ()Ailemden ()Uzman kişiden ()Diğer.....

22. Tırnak yeme alışkanlığınız var mı? ()Evet () Hayır

23. Yoga yaptınız mı? ()Evet () Hayır

24. Meditasyon yaptınız mı? ()Evet () Hayır

25. Kronik bir rahatsızlığınız var mı? () Hayır () Evet.....rahatsızlığı

EK-2. (devam) Anket

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir. Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.)

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda **en az 10 dakika** süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

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

Haftada ___gün

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

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

Günde ___saat

Günde ___dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

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

Haftada ___gün

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

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

Günde ___saat

Günde ___dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

Haftada ___gün

☐ Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

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

Günde ___saat

Günde ___dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

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

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

Günde ___saat

Günde ___dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim.

EK-2. (devam) Anket

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (X) işareti ile belirtiniz.				
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2.	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5.	Yeterince uyurum				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8.	Şekeri ve tathıy kısıtlarım				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklet binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27.	Bu soru, ölçeğin güvenilirliği için tasarlanmıştır. Lütfen bu soruyu “Bazen” olarak işaretleyiniz.	GÜVENLİK SORUSU			

EK-2. (devam) Anket

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (X) işareti ile belirtiniz.	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
28.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
29.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
30.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
31.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
32.	Sevdiğim kişiler ile kucaklaşırım				
33.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
34.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
35.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
36.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
37.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
38.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
39.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
40.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
41.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
42.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
43.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
44.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
45.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
46.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
47.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
48.	Yorulmaktan kendimi korurum				
49.	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
50.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
51.	Kahvaltı yaparım				
52.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
53.	Yeni deneyimlere ve duyumlara açığım				

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : SÖYLEYİCİ, Zeynep Senem
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi, yeri : 1987, Isparta
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 05413210732
 e-mail : zeynepsoyleyici@sdu.edu.tr



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet yılı
Doktora	Gazi Üniversitesi	Devam Ediyor.
Yüksek Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2012
Lisans	Muğla Üniversitesi	2008

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2012-Devam ediyor	Süleyman Demirel Üniversitesi	Öğretim Görevlisi

Yayınlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. Soyleyici, S., Zorba E. (2017). Examining The Healthy Lifestyle Behaviors Of University Students, *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 3(7), 65-77.
2. Soyleyici, S., Kılınç, F. (2017). Tenis Teknik Öğretiminde Yoğun Kuvvet Ve Teknik Antrenmanların Biyomotorik Ve Teknik Gelisimlerine Etkisi, *Journal of Strategic Research in Social Science* 3(2), 197-214.
3. Akın, S., Kılınç, F., Soyleyici, S., Göçmen, N. (2017). Investigation of the effects of badminton exercises on attention development in autistic children, *European Journal of Physical Education and Sport Science*, 3(12), 106-118.

4. Koç B., Kılınç F., Söyleyici S. (2012). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Bireylerde Basketbol Antrenmanlarının Teknik ve Kuvvet Üzerine Etkilerinin Araştırılması, SSTB Dergisi, Sayı: 3.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler

1. Söyleyici, S., Kılınç, F. (2017). Tenis Teknik Öğretiminde Yoğun Kuvvet Ve Teknik Antrenmanların Biyomotorik Ve Teknik Gelisimlerine Etkisi, 6th International Conference of Strategic Research in Social Science and Education (ICoSReSSE), PRAG.
2. Öz E. H., Söyleyici S., Salici O., Kılınç F. (2016). Lise Çağındaki Güreşçilerin Kısa Süreli Ani Kilo Kayıpları Sonucunda Motorik Özelliklerinde Meydana Gelen Değişikliklerin İncelenmesi", 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep, 2016
3. Badak M. S., Söyleyici, S., Salici O., Kılınç F. (2016). Sedanter Kadınlarda 8 Haftalık Pilates Egzersizlerinin Derialtı Yağı, Çevre ve Kuvvet Ölçümleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
4. Vural A., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). Atıcılık Havalı Tabanca Branşı Sporcularına Uygulanan Ağırlık Antrenmanlarının İsabet Oranları Üzerine Etkisinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
5. Bakırcıoğlu B., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). Süper Amatör Ligi Futbolcularına Uygulanan Kanat Varyasyonu Antrenmanlarının Hareketli Topa Yapılan Orta İsabet Oranına Etkisinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
6. Uıldız, O., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). 14-17 Yaş Grubu Badminton Sporcularına Uygulanan Yoğun Teknik Antrenman Programının Bazı Biyomotorik ve Antropometrik Özellikleri Üzerine Etkisinin Araştırılması, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
7. Taştan, S., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). Süleyman Demirel Üniversitesi Erkek Amerikan Futbol Takımının 8 Haftalık Yoğun Kuvvet Antrenmanları Sonucunda Antropometrik ve Biyomotorik Özelliklerinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
8. Şencan, M., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Temel Badminton Antrenmanlarının Reaksiyon Zamanları Üzerine Etkisinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
9. Yıldız, A., Söyleyici, S., Salici, O., Kılınç, F. (2016). Kayak Alp Disiplini Sporcularının Bazı Biyomotorik ve Antropometrik Özelliklerinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.

10. Çınlar, A. Söyleyici, S., Salici, O., Kılınç, F.(2016). Elit Haltercilerin 8 Haftalık Kuvvette Devamlılık Antrenmanlarının Performanslarına Etkisi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
11. Bıçaklı, M., Söyleyici, S., Salici, O., Kılınç, F.(2016). 10-13 Yaş Arasındaki Erkek Hentbolcularda Hücum ve Savunma Oynayan Sporcuların Fiziksel ve Biyomotorik Özelliklerinin Karşılaştırılması, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
12. Çetintürk, M., Söyleyici, S., Salici, O., Kılınç, F.(2016). Elit Haltercilerin Sıkletlerine Bağlı Antropometrik İndekslerinin ve Kuvvet Özelliklerinin Karşılaştırılması, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
13. Ergül, E., Salici O., Söyleyici S., Kılınç F. (2016). Lise Düzeyindeki Erkek Hentbolculara Uygulanan Kuvvet ve Teknik Antrenmanlarının Antropometrik ve Motorik Özellikleri Üzerine Etkisi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
14. Oğur, İ., Söyleyici, S., Salici, O., Kılınç, F.(2016). Otistik Çocuklara Uygulanan Temel Egzersizlerin Motorik Özellikleri Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, 3. Uluslararası Spor Bilimleri Turizm Ve Rekreasyon Öğrenci Kongresi, Gaziantep.
15. Çalap O., Akın, S., Kılınç, F., Söyleyici, S. (2017). 14-17 Yaşındaki Elit Judocuların Bir Gündeki Maçlar arasındaki Kavrama Kuvveti ve Nabız Düzeylerinin Karşılaştırılması, World Congress of Sport Sciences Researches, Manisa / 458-459
16. Akın, S., Söyleyici, S., Kılınç, F., Göçmen, N. (2017). Otistik Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Dikkat Düzeyleri Üzerine Badminton Egzersizlerinin Etkisi, Dünya Spor Bilimleri Araştırmaları Kongresi, Manisa / 579-580
17. Şahinler, Y., Akın, S., Söyleyici, S., Kılınç, F., Göçmen, N. (2017). 12-14 Yaş Tenisçilerde Teknik Antrenman Programlarının Bazı Biyomotorik Ve Teknik Gelişimleri Üzerine Etkilerinin Araştırılması, "Dünya Spor Bilimleri Araştırmaları Kongresi, Manisa / 821



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

