

Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Fiziksel Aktivite

Halide Kızıltaş • Doç. Dr. Hilal Kılınç Boz



Editör:
Doç. Dr. Akan Bayraktar

ÖZGÜR
YAYINLARI

Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Fiziksel Aktivite

Halide Kızıldaş

Doç. Dr. Hilal Kılınç Boz

Editör

Doç. Dr. Akan Bayrakdar



Published by

Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.

Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şhitkamil/Gaziantep

☎ +90.850 260 09 97

📞 +90.532 289 82 15

🌐 www.ozgurayinlari.com

✉ info@ozgurayinlari.com

Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Fiziksel Aktivite

Healthy Living Behaviors and Physical Activity in Women

Halide Kızıltaş • Doç. Dr. Hilal Kılınç Boz

Editör: Doç. Dr. Akan Bayrakdar

Language: Turkish

Publication Date: 2023

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

ISBN (PDF): 978-975-447-677-4

DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub181>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Kızıltaş, H., Kılınç Boz, H., Bayrakdar, A. (ed) (2023). *Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Fiziksel Aktivite*.

Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub181>. License: CC-BY-NC 4.0

The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozgurayinlari.com/>



Bu kitap; Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim dalından hazırlanmış olan, Eğitim Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanan ve Danışmanlığı Doç. Dr. Hilal Kılınç Boz tarafından yapılan “Van İlinde Yaşayan 25-30 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre İncelenmesi” isimli tezden türetilmiştir.

İçindekiler

1. Giriş	1
Problem Durumu	3
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Önemi	4
Araştırma Problemi	4
Alt problemler.	4
Sınırlılıklar	6
Tanımlar	6
2. Genel Bilgiler	9
Sağlık	9
Fiziksel Aktivite	16
Yaşam Kalitesi	26
Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	28
3. Yöntem	31
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
Veri Toplama Süreci	31
Veri Toplama Araçları	31
Verilerin Analizi	35
4. Bulgular ve Yorum	37
5. Sonuç, Tartışma ve Öneriler	65
Kronik Rahatsızlık Kriterlerine Göre Değerlendirme	65
İş Hayatı Kriterlerine Göre Değerlendirme	66
Spor Hayatı Kriterlerine Göre Değerlendirme	66

Ulaşım Kriterlerine Göre Değerlendirme	66
Lisanslı Spor Yapma Kriterlerine Göre Değerlendirme	67
Beslenme Tercihi Kriterlerine Göre Değerlendirme	67
Yaşadıkları Yer Kriterlerine Göre Değerlendirme	68
Uyku Süreleri Göre Değerlendirme	68
Beden Kitle İndeksi Kriterlerine Göre Değerlendirme	69
Yaş Aralığı Kriterlerine Göre Değerlendirme	69
Yoga ve Meditasyon Yapma Kriterlerine Göre Değerlendirme	70
Tırnak Yeme Kriterlerine Göre Değerlendirme	71
Psikolojik Destek Alma Kriterlerine Göre Değerlendirme	71
Aylık Gelir Düzeyi Kriterlerine Göre Değerlendirme	72
Alkol ve Sigara Kullanma Kriterlerine Göre Değerlendirme	73
Aktivite Sırasındaki Enerji Kullanma Değeri (MET) Kriterlerine Göre Değerlendirme	73
Sonuçlar	74
Diğer Araştırmacılar İçin Öneriler	76
Kaynaklar	79

BÖLÜM 1

Giriş

Sağlık; Kişinin yaşadığı çevreyi topluluğu ve bireyi çevreleyen sağlıklı kalmasını ön planda tutan yaklaşımı planlamaktadır. Bu düşünce kişinin iyilik durumunu ön planda tutmak ve devamını sağlamak ve aynı zamanda geliştirmek amacıyla vücuduna sahip çıkmak ve sağlıklı olmasına yönelik iyi kararlar almayı sağlamaya yönelik düşünüldüğü bilinmektedir (Lundy ve ark., 2001; Sisk ve ark; 2000).

Sağlıklı olmak; Bireyin mutluluğunda önceliklidir. Aslında sağlık kendiliğinden ortaya çıkan bir durummuş gibi algılanmaktadır, fakat sağlıklı bir birey olabilmek için çaba sarf etmek gerekir (Piyal ve ark., 2006).

Sağlıklı davranış; Bireyin sağlıklı olmak adına yaptığı faaliyetler ve iyi olduğu dönemlerde hasta olmamasını sağlamaya dayalı yaptığı davranışlara denir (On, 2016).

Sağlığın geliştirilmesi; kişilere fiziksel ve ruhsal sağlığını en üst düzeye taşımaları ve fiziksel sosyal çevrelerini geliştirmeleri açısından doğru karar vermelerine yardımcı olmak, bir bilinç oluşturma, davranış geliştirme ve alternatifler sunma sürecidir (Güngör ve ark., 2006). Sağlığı geliştirmede kişinin potansiyelini ve enerjisini aktif bir şekilde kullanmayı, dolu bir yaşam sürdürme üretken olabilme ve sağlık açısından yeteneklerini sonuna kadar kullanma yer almaktadır. Sağlıklı yaşam, sağlık davranışlarının sorumluluğunu almak dengeli beslenme yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara içmeme sağlık sorumluluğu, hijyen önlemleri kişiler arası iyi ilişkiler kurma ve stres durumunu kapsar (Tambağ ve ark., 2011; Tambağ ve ark., 2012). Sağlıklı bir hayat, bireyin sağlığını etkileyebilecek bütün faaliyetlerin kontrol altına alması, günü birlik aktivitelerini belirlediğinde kendi sağlığını

düşünerek hareket etmesi olarak ifade edilmektedir (Özkan ve ark., 2008). Sağlıklı bir hayat için; iyi bir beslenme düzeni ve düzenli bir fiziksel aktivite gibi önemli unsurları içermektedir (On, 2016).

Fiziksel Aktivite, fiziksel uygunluk insan sağlığı üzerinde oluşan pozitif etkileri dünyanın çeşitli yerlerinde uygulanan bu tarz araştırmalarla ortaya çıkmasına karşın, hareketsiz bir toplum için ise bir sağlık sorunu olarak kalmaya devam etmektedir. Günümüzde modern yaşam ve sosyo-kültürel değişiklikler fiziksel aktiviteye olan ihtiyacı azaltmakta ve buda hareketsiz bir yaşam tarzını ortaya çıkarmaktadır (ACSM, 2011). Hayat boyu fiziksel aktivite sağlıklı bir hayat için önemli bir kriter olmuştur. Yapılan dengeli bir fiziksel aktivite kalp hastalıklarını ve obezite gibi sağlık sorunlarını önlemekte, oluşabilecek olan kanser çeşitlerini önlemek ve tedavi etmekle beraber kişinin hayata bakış açısını değiştirmesine de yardım eder (Kilpeläinen ve ark., 2011; Denton, ve ark., 2013; Moore ve ark., 2010). Bu hareketsiz yaşamda kendisiyle beraber bir sürü hastalığa da davetiye çıkarmaktadır. Düzenli yapılacak bir fiziksel aktivitenin ise kronik hastalıkların önüne geçebileceği veya önleyebileceği anlaşılmış olmaktadır (ACSM, 2011).

Fiziksel Aktivitenin sağlık üzerinde bu denli etkili olması gelişmiş ülkelerde de ön plana çıkmasını sağlamış ve sağlığı koruma adına öncelikli bir hedef olmuştur. Hareketsiz ve sağlıksız bir hayat şeklinin çok fazla hastalık riskini de beraberinden getirdiğini ve tedavi etmenin de maliyetli olduğu bilinmektedir. Fakat eğitim ve düzenli bir fiziksel aktivite ile bu sorunlar ortadan kaldırılabılır. Sağlık için fiziksel aktivite önemli bir faktör olduğu bilinmekte ve fiziksel aktiviteyi bir yaşam biçimi haline getiren ülkelerde tedavi masraflarının da ciddi boyutta azaldığı söylenebilir (Asiabi ve ark., 2012).

İnsan oğlunun yaşam sürelerini uzatmada hareketli bir yaşamın gerekli olduğu görülmüştür. Erken ölümlerin meydana gelmesini engellemesi açısından fiziksel aktivite bireye iyi bir yaşam kalitesi sürmesine destek olmakta (Uçar, 2014). Mutlu ve pozitif bir duygu hissi verdiği de söylenmektedir (Daley ve ark., 2002).

Fiziksel Aktivitelerin yaygın bir hal alması ile ilgili yapılan etkinlikler bireylerin sadece sağlığını korumak adına olduğu düşünüldüğünde yanlış bir değerlendirme olduğu düşünülmektedir. Yapılan bu aktivitelerle beraber kişi kötü alışkanlıklarından kurtulması mental olarak kendini iyi hissetmesi, stresle başa çıkabilmesi ve benzer özellikler geliştirmesi sonucuna bakılınca aslında fiziksel aktivite soyut kavramları da beraberinde geliştirdiğini belirtmek gerekir (Yıldırım ve ark., 2017).

İnsanlığın ve toplumların yaşamlarında bu denli önemli bir yeri olan fiziksel aktivitenin genel ve geçici bir uygulama olarak bahsetmek yanlış olur. Bu konularda belirleyici noktalardan bir tanesi ise bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemidir. Çünkü birey çocukluk döneminde sahip olduğu kas kuvveti ile yetişkinlik döneminde sahip olduğu kas kuvveti bir değilken aynı birey çocukluk dönemindeki kas esnekliğine de sahip değildir. Bu durumda da fiziksel aktivitenin kişinin içinde bulunduğu gelişim dönemine göre de şekillendiği ve gerekli görüldüğü söylenebilir. Bu gerekliliğin beraberinde getirdiği bireyin gelişim dönemlerinde belirli bir çatı altında toplanması ve yapılan fiziksel aktivitelerin bu dönemleri göz önünde bulundurularak planladığı görülmüştür. Buna bağlı olarak yapılan fiziksel aktivitelerin dönemlere göre de farklı şekilde etki gösterdiğini söylemekte fayda vardır. Bireylerde meydana gelen kronik rahatsızlıkların oluşmasında çocukluk döneminden gelen fiziksel aktivite eksikliğinin olması, fiziksel aktivitenin dönemsel değil de genel anlamda hayatımızın bir parçası olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Fiziksel aktivitenin tüm bu yararlarına rağmen aktivite yapan bu bireyler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda bireylerin ilk başlarda sadece eğlence amaçlı yaptığı görülmüştür. Nitekim bu tür aktiviteleri erken yaşta yapanların temel sebeplerinden biri olabilir. Öte yanda çocukluk döneminde yapılan aktiviteler daha çok oyun niteliği taşımaktadır (Yıldırım ve ark., 2017).

Toplumun sağlığını koruma açısından bu denli önemli olan fiziksel aktivite konusunda hazırladığımız bu çalışmada Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Problem Durumu

Van İlinde Yaşayan 25-30 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre Etkisinin olup olmadığı sorusuna cevap aranmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Van İlinde Yaşayan 25-30 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre Etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında hedeflediğimiz sayı 1000-1500 iken Pandemi sürecinde maalesef yeteri sayıya ulaşamayıp 500 kadın ile araştırmamıza son vermiş bulunmaktayız.

Araştırmanın Önemi

Sağlıklı bir yaşam sürmek bireylerin yaşamındaki önemli hedeflerden biridir. Hayatlarını sürdürdükleri süre boyunca bireylerin tercihlerine yön veren davranışlar onların ve oluşturdukları topluluğun aynası olmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem psikolojik hem fizyolojik hem de sosyal gelişimlerini destekler nitelikte etkinlikler ile sağlanmaktadır. Kişilerin sağlıklarını geliştirme ve yükseltme yönünde davranışlar kazanması için kendilerini kontrol altında tutmaları ve bu hususta istekli olmaları gerekmektedir. Sağlığın gelişimi açısından gelen ilk basamak fiziksel aktivitedir. Sedanter bir yaşamın ve sağlıklı bir hayat biçimi davranışlarının aşırı kilolu olma, kardiovasküler sistemi, ruh hastalıkları sorunlarına kadar bir sürü rahatsızlığı beraberinde getirdiği söylenebilmektedir. Kadınlar nüfusun yarısını meydana getirdiği düşünülürse bu süreçte sağlıklı bir yaşam sürmeleri kendileriyle beraber idame ettirdikleri aile hayatlarını da sağlık, sosyal ve psikolojik yönden etkiledikleri, ve kendi yaşamlarında bir örnek oluşturdukları için kadınlarımızın sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bilgilendirilmesi eksik yönleri belirlenip geliştirilip desteklenmesi ve daha aktif bir yaşama teşvik edilip fiziksel aktivite düzeylerini yükseltmek toplum için büyük önem arz etmektedir.

Araştırma Problemi

Van ilinde yaşayan 25-30 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Fiziksel Aktivite Düzeylerine Göre etkisinin olup olmadığı sorusuna cevap aranmıştır.

Alt problemler.

- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kronik rahatsızlık kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iş hayatı kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Spor hayatı kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ulaşım kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının lisanslı spor yapma kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme tercihi kriterine göre farklılık var mıdır?

- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşadıkları yer kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uyku süreleri kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beden kitle indeksi kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş aralığı kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yoga ve meditasyon yapma kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tırnak yeme kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının psikolojik destek alma kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aylık gelir düzeyi kriterine göre farklılık var mıdır?
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alkol içme ve sigara kullanma kriterine göre farklılık var mıdır?

Sayıtlar

- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kronik rahatsızlık kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iş hayatı kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Spor hayatı kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ulaşım kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının lisanslı spor yapma değişkenine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yoga ve meditasyon yapma kriterine göre farklılık vardır.

- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tırnak yeme kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının psikolojik destek alma kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aylık gelir düzeyi kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alkol içme ve sigara kullanma kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme tercihi kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşadıkları yer kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uyku süreleri kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beden kitle indeksi kriterine göre farklılık vardır.
- Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş aralığı kriterine göre farklılık vardır.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın verileri 2020 yılında Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınlarından elde edilmek üzere 500 katılımcı ile sınırlandırılmıştır.

- Bu çalışmada ulaşılmak istenen kaynaklardan elde edilen bilgiler ile sınırlandırılmıştır
- Çalışmada elde edilecek verileri kullanılan ölçek sorularıyla sınırlandırılmıştır.

Tanımlar

Sağlık. Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiği gibi sadece hasta olmama durumu veya sakatlığın olmaması değil; bireyin fizyolojik psikolojik ve sosyal anlamda kendini iyi hissetmesi, iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Akça, 1998; Çakırcalı, 1998).

Kişinin yaşadığı çevreyi topluluğu ve bireyi çevreleyen sağlıklı kalmasını ön planda tutan yaklaşımı planlanmaktadır (Lundy ve ark., 2001). Sağlık, toplumun yaşayışından beri en üst seviyede olup yaşamın sonlanması

noktasına kadar geçen süre içinde farklı düzeylerde olma durumudur (Palank ve ark., 1991).

Sağlıklı yaşam biçimi. Kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranış ve planlamalarını sağlıklarını düzeltip iyi bir seviyeye getirmelerini sağlayacak olan uygulamaları yapmaları olarak ele alınmasıdır (Walker ve ark., 1987).

Walker ve ark 1987 sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kişilerin kendi sağlık durumlarını koruma ve yükseltme çalışmaları olarak tanımlar. Bu çalışmalar bireyin düzenli beslenme alışkanlığı, düzenli yaptığı fiziksel aktiviteyi sosyal ilişkileri, stres yapmamayı ve kişinin kendi sağlığını ön planda tutmasını içerir (Walker ve ark., 1996).

İyilik hali. iyilik hali kavramı her alanda (tıp ve psikoloji) sıkça kullanılmaya başlanılan bir terim haline gelmiştir (McMohan ve Fleury, 2012). McMohan ve Fleury 2012 tıp bilimlerinde uğraştıkları bir çalışmada "iyi olma durumu" kavramını ve durumunu değerlendirmeye başlamışlardır. Bu kişilere göre önceki zamanlarda iyilik hali kavramını değerlendirmek varken daha sonra bunu ötesinde neler olduğunu bulmaya çalışmışlardır (McMohan ve Fleury, 2012).

Fiziksel aktivite. Bireylerin günlük yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası olan Fiziksel Aktivite terimi literatürde birbirinden farklı tanımlarla ifade edilmektedir. Bu tanımlardan ilki; iskelet sisteminin desteğiyle ortaya çıkan ve vücudumuzda efor sarf etmemize sebep olan hareketlerin tümüdür (Caspersen ve ark., 2000). Fiziksel aktivite; gündelik hayatımız içerisinde normalin üzerinde efor harcamamızı gerektiren iskelet sistemindeki kasların kasılmasıyla ortaya çıkan, kalbin ve solunumun hızını yükselten ve farklı şiddet ve yoğunlukla neticelenen hareketler bütünüdür (Bulut, 2013; Ardıç, 2014).

Fiziksel aktivitenin sağlığa etkileri. Fiziksel aktivite ve sağlık üzerinde yapılan çalışmalar 1950'li yıllarda başlayıp ve günümüze kadar devam etmiştir. Dünya sağlık örgütü tarafında fiziksel aktivite ile ilgili yapılan araştırmalar giderek artıyor (Sıdika, Oğuz., ve ark., 2018). Günümüzde gelişen teknolojinin bireylere sağladığı imkanlar ve kolaylıklar hareket alanlarını kısmaktadır. Bireyler zamanlarının çoğunu oturmakla geçirip ya da fiziksel aktiviteyi önemsememektedirler (Jakicic ve ark., 2001; Bulut, S. 2013).

Yaşam kalitesinin tarihi. Yaşam kalitesine ilgi genel olarak 1970'lerde uluslararası kurumlar arasında başlamıştır. Düzenlenen bilimsel kongre ve sempozyumlarda psikolojik ağırlıklı çalışmaların hızla arttığı görülmektedir. (Kurt ve ark., 2008).

Tıp alanlarında 1970'lerde hemşirelik alanlarında ise 1980'lerde ilgi görmeye başlamıştır. Hemşirelik alanında yaşamın psikososyal, sosyokültürel ve biyolojik açıdan yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapıp bunu sağlamaya dayalı bakım çalışmaları yapılmaktadır (Kurt ve ark., 2008).

Genel Bilgiler

Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirdiği gibi sadece hasta olmanın veya sakatlığın olmaması değil; bireyin fiziksel ruhsal ve sosyal anlamda kendini iyi hissetmesi, iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Akça, 1998; Çakırcalı, 1998).

Kişinin yaşadığı çevreyi topluluğu ve bireyi çevreleyen sağlıklı kalmasını ön planda tutan yaklaşımı planlamaktadır (Lundy ve ark., 2001). Sağlık, toplumun yaşayışından beri en üst seviyede olup yaşamın sonlanması noktasına kadar geçen süre içinde farklı düzeylerde olma durumudur (Palank ve ark., 1991). Hayat boyunca çevresel ve biyolojik etmenler ışığı altında sağlıkta önemli bir etmen olmuştur. Kişinin yaşadığı çevre, statü, aldığı eğitim ve ekonomik durumu fiziksel aktiviteye katılımını ciddi derecede etkilemiştir (Macovei ve ark., 2014). Bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal çevre dışında, çevre ve genetik faktörlerde sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Uçar ve ark., 2008). Canlı olarak adlandırdığımız tüm varlıklarda fiziksel özellikler kuşaktan kuşağa aktarılır buna kalıtım denir (Naim Uzun ve ark., 2003). Kişinin ailesinde gelen bu genetiksel faktörler (boy uzunluğu, saç rengi, göz rengi vb.) değiştirilemez fakat geliştirilebilir özelliklerde vardır. İyi bir yaşam kalitesi. Eğitim statü. Ekonomik durumlar gibi çevreden gelen faktörlerle birey hayatına farklı bir açıdan yön verme şansına sahip olur. Bu fırsatların iyi değerlendirilmesi sonucunda da toplum sağlık açısından iyi bir yerlerde olur (Ağar, 2017; Uçar, 2008).

Günümüzde teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesiyle beraber toplumda kaliteli bir yaşam isteği oluşturmaya başlamıştır. Sağlık alanında da ortaya çıkan

yeni yöntemlerle çoğu hastalığın tedavisi bulunmasına karşın yeni hastalıklar ortaya çıkmaya devam etmiştir. Hatta artan ölümler bulaşıcı hastalık veya tedavisi olmayan hastalıklar değil de kalp- damar hastalıklarından çeşitlenen kanser türlerinden kişilerin beslenme ve yaşam biçimlerinden ortaya çıkan (alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı vb. bağımlılıklar düzensiz beslenmeye bağlı obezite gibi) hastalıklardan ve çevre sorunlarından oluşan nedenlerle ölümler artmaktadır (Öztek, 2001; Hayran ve ark., 1997).

Gençlerde ve yetişkinlerde ortaya çıkan ve hızla artan mortalite ve morbidite gibi sağlık sorunları kişilerin genelde gelişim çağında ve gençlik çağında ortaya çıkıp ileriki yaşlara taşınmasından kaynaklıdır ve önüne geçilebilir özelliktedir (Hayman ve ark., 2007).

Kişilerde sağlık; hareketli bir yaşam, düzenli beslenme, pozitif bir yaşam, sorunlarla baş edebilme, ruhsal ve sosyal açıdan iyi bir hayat sürme şeklidir. Joyce Travelbee sağlığı iki şekilde tanımlar (Nutbeam, 2000; Coşkun ve ark., 2015).

Objektif sağlık. Hastanede sağlık çalışanları ile yapılan test, muayene sonucunda herhangi bir sorunun olmayışı durumu veya bozukluğun olmayışıdır (Coşkun ve ark., 2015; Ayaz ve ark., 2005; Kefeli, 2010).

Subjektif sağlık. Bireyin kendini hem mental açıdan hem sosyal açıdan hem de objektif sağlık açısından eksik görmemesi, subjektif açıdan da hastalık hissini olmayışı kendini dirençli hissetmesi gerekir (Coşkun ve ark., 2015; Ayaz ve ark., 2005; Kefeli, 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi. Kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranış ve planlamalarını sağlıklarını düzelterip iyi bir seviyeye getirmelerini sağlayacak olan uygulamaları yapmaları olarak ele alınmasıdır (Walker ve ark., 1987). Walker ve ark 1987 sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kişilerin kendi sağlık durumlarını koruma ve yükseltme çalışmaları olarak tanımlar. Bu çalışmalar bireyin düzenli beslenme alışkanlığı, düzenli yaptığı fiziksel aktiviteyi sosyal ilişkileri, stres yapmamayı ve kişinin kendi sağlığını ön planda tutmasını içerir (Walker ve ark., 1996).

Bilim ve sağlık hizmetleri araştırıldığında; hasta olan kişilerin iyileşmesini hedef aldıkları daha sonra ise bu iyi olma hallerini sürdürmelerini sağlamak ve farklı çözüm yolları üretmeye çalıştıkları tespit edilmiştir. Kişilerin hayat boyu hasta olmalarını engellemek ve sağlıklarını koruma adına çok fazla sistem geliştirilmiştir. Bunların tümüne “Sağlıklı Yaşam Biçimi “denmektedir (Lindsey ve ark., 1996).

Teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesi ile birlikte insanların yaşam şekli daha da kolaylaştı. Bu durum ne kadar olumlu olarak görünse de olumsuz tarafları da beraberinde getirmiş olduğu düşünülmekte (Kayapınar, 2012).

Bu gelişmeler kişilerin yaşamını kolaylaştırma üretebilme yeteneğini geliştirmesine ek, yoğun çalışma hayatı, iletişim eksikliği, sosyalleşme yetersizliği, çevresel bağların zayıflaması ve maddi yetersizlikler kişide stres ve kaygı düzeyini yükselttiği düşünülmektedir. Stres düzeyinin yükselmesi ise beraberinde bir sürü hastalığı tetiklemekte ve sağlıklı yaşam biçimini bir davranış haline getiremeyen insanlarda ise ortaya çıkan kalp hastalıkları yüksek tansiyon, fazla şişmanlık (obezite) şeker hastalığı, kanser hastalığı gibi hastalıklar ölüme yol açabiliyor (Kayapınar, 2012; Spradley ve ark., 2001).

Sağlıklı bir hayat geçirebilmek için yaşamımızı kontrol etmek, becerilerimizi geliştirip sürekli bir iletişim sağlayabilmek ve aktif bir şekilde hareket etmek gerekir (Spellbring ve ark., 1991). Sağlığımızı geliştirmek için bunu davranış haline getirmek gerekir. Bunun sağlanabilmesi içinde insanların sağlıklarını koruyabilme çabasında olmaları gerekir (Ak ve ark., 2006).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireylerin sağlıklarını koruyup kontrol etmeleri iyi bir sağlık potansiyeline sahip olması olarak adlandırılır. Bireyin bu hedeflere ulaşması için ise sigara, alkol madde bağımlılığı, beslenme durumu, yaptığı fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme, şiddet ve cinsel davranışlar, çevresel problemler iletişim sorunları stres ve sorunlardan uzak durulması gerektiği unutulmamalıdır (Çimen, 2003; Owens, 2006). Bireyin hedeflerine ulaşabilmesi için bu davranışları tutum haline dönüştürmesi gerekir. O zaman kişi sağlığını en üst seviyede tutup ve sağlığını korumuş olmaktadır (Zaybak ve ark., 2004).

Bu alanda yapılan çalışmalarda ise; erişkinlik döneminde ortaya çıkan çoğu hastalığın aslında zamanında önlem alınabilecek türden olduğunu görmekteyiz. Sık sık rastlanan ölümlere bakıldığında, kalp rahatsızlıkları, şeker hastalığı, solunum yolu hastalıkları ve kanser olduğu söylenebilir (Song ve ark., 2016) çalışmalarda; kötü beslenme alışkanlığı madde kullanımı, hareketsiz yaşam, kontrolsüz tansiyon ve fazla yağ oranı olduğu görülür (Mokdad ve ark., 2004; Farley ve ark., 2010).

Kanser hastalıklarının sadece %5-10'u genetik olup diğer kanser türlerinin çoğu çevresel koşullardan kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Yine araştırmalara göre kalp krizi, felç solunum yolu hastalıkları, şeker hastalığı ve kanser gibi yaşlılık dönemi hastalıklarının aslında genç yaşta sağlıklı bir yaşamla önüne geçilebilecek hastalıklar olduğu söylenmektedir (Anand ve ark., 2008).

Sağlıklı bir yaşam becerisi için önemli bir kavram olan iyilik hali modelleri bulunmaktadır (Amuna ve ark., 2008; Danaci ve ark., 2009).

İyilik hali. İyilik hali kavramı her alanda (tıp ve psikoloji) sıkça kullanılmaya başlanılan bir terim haline gelmiştir (McMohan ve ark., 2012). McMohan ve Fleury 2012 tıp bilimlerinde yaptıkları bir çalışmada iyi olma kavramını ve durumunu değerlendirmeye başlamışlardır. Bu kişilere göre önceki zamanlarda iyilik hali kavramını değerlendirmek varken daha sonra bunu ötesinde neler olduğunu bulmaya çalışmışlardır. Öyle ki bir müddet sonra iyilik hali kavramı sağlığı yükseltme stratejilerinde kullanılıp hatta sağlık alanında yapılan uygulamalarda yer edinmeye başlamıştır. Bununla birlikte bu kavram sağlık sektörü ve diğer endüstriyel sektörlerde kullanılmaya başlanmıştır (McMohan ve ark., 2012). Bu terim diğer bir dizi başka terimlerle kullanılmaya başlanmış çalışmalar mevcuttur.

Rachele ve ark., 2013 iyilik hali kavramını psikolojide iyi olma durumu ve sağlık, kaliteli bir hayat gibi kelimelerle örtüşse bile ayırt edilen bazı özellikleri olduğunu söylemektedirler. Bunlar genelde hem bütün hem de çok boyutlu olması, yaşam biçimi davranışlara odaklanıp kişinin eylemleri, süreçlerini ele almasıyla çevreyle ve karşılıklı ilişkilerine değinmiştir. İyilik hali kavramıyla ilgili tanımları incelemişleridir. Sonuç olarak ta iyilik hali kavramının kişi için bir seçim, geçirilen bir süreç ya da sağlıklı yaşam biçimi olarak değerlendirildiği görülmüştür (Miller ve Foster, 2010).

İyi olma durumu kavramının çok fazla açıklaması olsa da sürekli kullanılan tanımı Myers ve ark., 2000 tarafından yapılan tanımdır. Buna göre iyilik durumu en üst düzeyde sağlıklı olmaya yönelik olan davranışlardır. Sağlıklı olmaya yönelik davranışları, bireyin kişisel amaçlar ve daha kaliteli bir yaşam sürmesine yönelik hedefleri, bedenini ruhunu ve aklını bütünsel hareketi, sosyal, çevresel ve şahsi olarak bütün alanlarda etkin bir hayat sürdürmek yer alır. Bu kavramlar iyi olma hali sağlıklı yaşam biçimi olduğunu vurgular (Korkut, 2004; Duğan ve ark., 2006).

(Miller ve ark., 2010 ve Roscoe, 2009 tarafından özetlenen bilgilerde olduğu gibi iyilik hali kavramını tanımlamak için bir dizi model bulunmaktadır. Bu modellerde en çok üzerinde çalışılanı ise Myers ve ark (2000) tarafından çalışılan “İyilik Hali Teker Modeli”dir. Ülkemizde de bu model üzerinde yapılan çalışmalar ve yayınlar mevcuttur (Korkut, 2004; Duğan ve ark., 2006).

Bu model sonradan Myers ve ark., 2004 tarafından yapılan araştırmalarda içerik ve yapı olarak değişerek Bölünemez Ben: Kanıta Dayalı İyilik Hali Modeli adını almıştır. Model, diğer iyi olma hali modellerinde olduğu gibi bölünemez ben adını taşımasa da çok boyutlu bir yapı göstermektedir (Myers ve ark., 2004). Beş tane olan bu boyutları, temel (esas), başa çıkan yaratıcı, sosyal ve fiziksel ben olarak adlandırmışlardır (Renger ve ark., 2000).

Türkiye’de Korkut-Owen ve Owen (2012) ile beraber yapılan modellerin çoğunda vurgulanmak istenen ebatlara dayanarak ve yıldız metaforundan faydalanılarak 5 boyutlu İyilik Hali Yıldızı Modeli (İHYM) adında bir model geliştirilmiştir. Buradaki modeller sonradan yapılan bir araştırmada duygusal, hayati anlamlandırabilme ve amaca odaklanma, bilişsel, sosyal ve fiziksel boyut olarak adlandırılmaktadır (Korkut ve ark., 2012). Duygusal iyilik hali, kişilerin duygu durumunun farkına varması ve onları kontrol altında tutması, kendine, hayat durumlarına ve çatışmalara gerçekçi, pozitif ve geliştirme odaklı bakması gibi özellikler ele almaktadır. Hayati anlamlandırabilme ve hedefe odaklanma iyi halde yaşamının bir amacı ve anlamı olduğunu düşünüp araştırma, amacı ve hedefleri belirleme ve bu hedefler için çaba harcama gibi özellikler vardır. Fiziksel iyilik hali ise, genel anlamda bireyin sağlıklı ve dengeli beslenebilme alışkanlığının olması, hareketli bir yaşam sürebilme buna bağlı olarak fiziksel aktiviteye yönelik davranışlar sergileyebilme ilgili sağlıklı yaşam biçimine ilişkin öğeler ele almaktadır. Bu modeller bir danışanla çalışırken hangi yaşam alanlarına bakılması gerektiğini göstermeleri nedeniyle yol gösterici işlev görmektedirler. Psikolojik destek hizmetlerini yürütürken bu modelleri kullanmak psikolojik danışmanların ve ruhsal iyilik alanında çalışan diğer profesyonel danışmanların işlerine de yardımcı olmaktadır (Myers ve ark., 2000).

Sağlığın geliştirilmesi. Sağlığı geliştirme; bireylerin kendi sağlıklarını yönetebilme ve sağlıklarını iyi bir seviyeye yükseltme olarak tanımlanır. Bireylerin sağlıklıyı diyebilmeleri için sağlıklı yaşamı davranış haline getirmeleri gerekir. Bireyin sağlığı davranış haline getirmesinin içerisinde. Dengeli ve yeterli beslenme, düzenli bir fiziksel aktivite ve zararlı alışkanlıklardan uzak durmak yer alır (Bakanlığı S, 2011).

Sağlığı geliştirme davranışı bireyin bunu bir yaşam biçimi haline getirmesi ve sağlıklarıyla bir bütünü oluşturur (Lee ve ark., 2005). Sağlığın geliştirilmesi; kişinin iyilik halinin yükselmesini sağlar.

21. Yüzyılda Sağlık alanında hedefler koyup ve bu Hedefler de sağlığı geliştirme kavramını vurgulamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sadece hasta olmakla alakalı olmayıp bireyin uzun süre kaliteli bir yaşam sürmesini öngörmektedir. Sağlığın geliştirilmesi kişilerde uyum ve sağlıklı bir hayat geçirmesini, o bireylerin yüksek bir enerjiye sahip olmasını ve intihara eğilim oranını düşürür (Pender, 2006).

Sağlığın geliştirilmesi; bireyin sahip olduğu sağlık durumunu koruma, geliştirme ve kendi sağlığı üzerinde söz hakkı yetisini kazanmasını sağlar (Pender, 2006). Pender’e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları özerkliklik, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerin arasındaki ilişkiler

ve stresli olma durumudur (Pender, 2006). Pender'in sağlığın geliştirilmesi hipotezi, kişinin geçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunar. Sağlığı geliştirme kavramı ilk kez 1974 yılında Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde tarafından gündeme gelmiştir (Berçin, 2010).

Sağlığı geliştirme kavramı;

- Kronik hastalıklarda artış yaşanması
- Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol etme isteğinde artış yaşanması
- Sosyal-kültürel çevre şartları, ekonomik faktörler, sağlığı olumlu etkileyebileceği gibi olumsuz şekilde de etkileyebileceğini
- Kişilerin sağlığını koruyabilme ve hastalıklardan korunma ilişkisini bir yaşam davranışına dönüştürmesinde önemli bir pay olması
- Bireylerin yaşam sürelerinin uzun olması ve kaliteli bir yaşam sürme isteğine karşı ilginin artması ile bu kavram ortaya çıktı (Coşkun ve ark., 2015; Güler, 2012; Berçin, 2010).

Sağlığın geliştirilmesine yönelik hazırlanan birkaç uluslararası konferanslarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılanmasında sorun yaşamasını engellemek, ekonomide, politika ve toplumsal alanda destekleyici bir ortam oluşturabilmesi sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır (O'Donnell, (2009); Declaration, 1992).

Sağlıkta sorumluluk. Kişinin yaşamı boyunca sağlıklı bir yaşam sürdürmesi kişinin temel sorumluluğudur. Sağlıkta sorumluluk kişinin kendi sağlığını koruması ve geliştirmek adına gösterdiği davranışların tümüdür (İlhan N. ve ark., 2010). Sağlıkta sorumluluk fizyolojik, ruhsal ve sosyolojik olarak iyilik halinin devamının sağlanması için kişilerin üzerlerine düşen sorumlulukları yapmalarıdır (Bilinçsiz ve ark., 2001; Bahar ve ark., 2008). Diğer bir deyişle sağlığımızın devam etmesi için kişilerin düzenli egzersizi, zararlı alışkanlıklardan uzak durulması, düzenli sağlık kontrolleri, hekimin tavsiyelerini dinlemek ve kilo kontrolünü sağlamak bununla birlikte kişilerin kendilerini iyi hissedip sağlık harcamalarını da kısmış olmak temel sebeplerdendir (Steinbrook, 2006).

Sağlıkta sorumluluk ile sağlığı geliştirmenin arasında çok güçlü bir bağ vardır. Sağlığı geliştirmek isteyen birey aynı zamanda sorumluluk almanın da farkında olup buna göre davranışlarını şekillendirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ile Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023" hedefleri arasında bahsettikleri kişilerin

kendi bakımlarını geliştirilebilmesi için; kendi sağlıklarını koruyabilme ve geliştirebilme hususunda rol alması ve bu sorumluluğun gereklerini yerine getirebilmesi için kamu/toplum destek ve kontrol sistemlerine kolay bir şekilde ulaşabilecek bireylerden oluşan bir topluma ulaşılması planlanmıştır (Avcı ve ark., 2016).

Kişilerin sağlıkla ilgili davranışları birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar içsel ve dışsal faktörler olarak iki gruba alınır. Bireylerde sağlık sorumluluğuna değinildiğinde içsel faktör ön plana daha çok çıkmaktadır (Minikler ve ark., 1999).

Temelde iki tane sağlık sorumluluğu göze çarpmaktadır. Rol sorumluluğu: kişilerin verdiği kararlarda bağımsız davranmalarını dile getirirken, nedensellik sorumluluğunda ise kişilerin aldıkları kararlarının sonucunda seçimlerini belirlemelerini söylemektedir (Minikler ve ark., 1999).

Bu sorumluluk türleri birbirinden bağımsız olamazlar. Rol sorumluluğunda kişilerin aldıkları rolleri belirtirken nedensellikte ise kişilerin aldıkları roller çerçevesinde tercihlerini ve eylemler sonucunda sağlık durumlarını belirlemelerinde destek olurlar (Minikler ve ark., 1999).

Fişek'e göre bireyler kendi sağlıklarından sorumludur.

Kişilerin kendi sağlıklarını korumak adına aldıkları sorumluluklar;

- Kişinin kendi özelliklerini çok iyi keşfetmiş olması ve olası bir tuhaflıkta herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurması
- Sağlıkla alakalı konulara hâkim olması ve eksik olduğu konularda araştırmalar yaparak kendini geliştirmesi,
- Sağlıkla alakalı konularda tartışma ve gelişmeye açık olması,
- Sağlık alanında yapılan çalışma ve araştırmaları yakından takip etmesi,
- Kendinin farkında olması ve gerekli takipleri yaparak iyi olduğundan emin olması,
- Belirli aralıklarla gerekli kontrolleri yaptırması bireyin sağlığını düşündüğü anlamına gelmektedir (İlhan N ve ark., 2010).

Bireylerin hastalıklardan korunmak adına önem vermeleri gereken şeyin önlem olduğu bu doğrultuda bireylerinin kendi sağlıklarına gerektiği kadar önem vermeleri, çalışmalarını bu yönde yapmaları ve sağlığını korumaya özen göstermeleri gerektiğini unutmamalıdır (Ekiz, 2016; Kaya ve ark., 2017).

Sağlıkta sorumluluğu etkileyen faktörler: Kişilerin kendi sağlıklarıyla alakalı sağlığı geliştirme koruma ve önleme ile ilgili birçok faktör etkilidir. Bunlar (Bilinçsiz ve ark., 2001; Buyx ve ark., 2008).

Sosyo-demografik özellikler:

Yaş: Bireyler yaşları ilerledikçe kendi sağlıklarına karşı daha duyarlı davrandıkları tetkiklere ve muayeneye daha düzenli gittikleri ihmal etmedikleri belirlenmiştir (Bilinçsiz ve ark., 2001; Tokuç ve ark., 2007; Cihangiroğlu ve ark., 2011).

Cinsiyet: kadınlar erkeklere göre sağlık konusunda daha duyarlı davrandıkları ve sorumluluk aldıkları belirlenmiştir (Yalçinkaya ve ark., 2007; Avcı ve ark., 2016).

Eğitim Düzeyi: kişilerin eğitim düzeyleri yükseldikçe sağlıklarına karşı sorumluluklarının farkına varıp dikkat ettikleri belirlenmiştir (Bilinçsiz ve ark., 2001; Tokuç ve ark., 2007; Dennison ve ark., 2011).

Medeni Durum: Evli kişilere göre boşanmış olan kişilerin sorumluluk algıları daha yüksektir. Boşanan bireyler bir eşe sahip olmadıkları için sağlıklarına daha çok dikkat ettikleri belirlenmiştir (Bilinçsiz ve ark., 2001).

Sigara ve Alkol Kullanımı: Madde bağımlılığı (sigara ve alkol) olan bireylerin sağlık sorumlulukları daha düşüktür (Yalçinkaya ve ark., 2007).

Beslenme Alışkanlığı: Dengeli ve düzenli beslenen kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını alma algısı daha yüksektir (Arslan ve ark., 2007; Geçkil ve ark., 2006).

Kültür: Sağlığı geliştirme algısı da kişilerin beslenme alışkanlıkları gibi kendi kültürlerinin etkisindedir (Rose ve ark., 2015).

Gelir Düzeyi: Kişilerin gelir seviyeleri arttıkça sağlık sorumlulukları da artmaktadır. Buda yapılan sağlık harcamaları ile alakalıdır (Bilinçsiz ve ark., 2001).

Fiziksel Aktivite

Bireylerin günlük yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası olan Fiziksel Aktivite terimi literatürde birbirinden farklı tanımlarla ifade edilmektedir. Bu tanımlardan ilki; iskelet sisteminin desteğiyle ortaya çıkan ve vücudumuzda efor sarf etmemize sebep olan hareketlerin tümüdür (Caspersen ve ark., 2000).

Fiziksel Aktivite; gündelik hayatımız içerisinde normalin üzerinde efor harcamamızı gerektiren iskelet sistemindeki kasların kasılmasıyla ortaya

çıkan, kalbin ve solunumun hızını yükselten ve farklı şiddet ve yoğunlukla neticelenen hareketler bütünüdür (Bulut, 2013; Ardiç, 2014). Bireylerin sağlığı üzerinde pozitif etkisi olduğu bilinen ve düzenli yapılması halinde kalp damar hastalıkları ve kanser hastalıklarına yol açan sebeplerin gelişimini durdurduğu bilinmektedir (Haskell ve ark., 2007).

Yapılan tanımlarda günlük hayatımızda hemen hemen yaptığımız her hareketin fiziksel aktivite olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu durumda günlük hayatımızda yaptığımız hareketlerin; koşma yürüme bisiklet sürme, el kol bacak hareketlerinin hepsi fiziksel aktivite olarak değerlendirilmesi doğru olur (Bek, 2008).

Dengeli ve planlı yapılan fiziksel aktivitenin hastalıkların ortaya çıkmasını engellediği veya belirtilerini oldukça geciktirdiği öne sürülen yeni bir varsayım olmadığı gibi hala tartışılmaya devam edilmektedir. Hayatlarımızın modernleşmesiyle birlikte iki yenilik üzerine ilgiler artmıştır. Birincisi teknolojinin hızla gelişmesiyle ulaşım ve iş hayatındaki hareketsizliğin etkisiyle fiziksel aktiviteye duyulan ihtiyacın artması, ikincisi ise hastalık ve ölüm durumlarının bulaşıcı hastalığın enfeksiyonun veya farklı yozlaşmış hastalık grubunun neden olmasıdır (Montoye ve ark., 2000).

Hızla ilerleyen teknoloji bireyleri hareketsiz bir yaşama doğru sürüklemektedir (Gümüş ve ark., 2014). Birey hareketsiz bir yaşam sürmeye başladığında vücutta yağ artışı olup bununla birlikte kilo alma ve sonrasında obeziteye doğru yol almaktadır (Solmaz ve ark., 2016). Günümüzde artan teknolojik gelişmeler sonucunda hareketsizlik çocukları da büyük ölçüde etkilemektedir (Çelik ve ark., 2013).

Çocuklar genel olarak yaratılış gereği çok hareketli olmaktadır fakat televizyon tablet bilgisayar oyunları onları hareketsiz bir yaşama doğru sürüklemektedir (Fitzgerald ve ark., 1997). Gündelik hayatımızı daha aktif hale getirmek sağlık için bir ilk basamaktır. Yaptığımız fiziksel aktivitenin yarar sağlamasını istiyorsak bunu düzenli olarak yapmak ve bunu bir yaşam tarzı olarak benimsemek gerekir.

Bir bireyin ve bir grubun fiziksel aktivitelerin sıralarsak, yaygın olan sıralama: mesleki, ev işi, boş zaman, ulaşım olarak sıralanabilir. Boş zaman aktivitelerinden yürüyüş ve bisiklet, müsabaka sporları ve egzersiz olarak sınıflandırmalarda yapılabilir (Saygın ve ark., 2011). Fiziksel aktivite olarak evde çalışmak bir yerden bir yere yürüme, alışveriş yapma, hobiler koşma, bisiklete binme, rutin olarak yapılan vücut hareketlerinin tümüdür (Fox ve ark., 2001). Fiziksel Aktivite; zamanı, yoğunluğu, ritim boyutlarını ele alır.

Fiziksel Aktivitenin vücut üzerinde oluşturduğu diğer değişikliklerinden biride kalp ritmi üzerindeki pozitif etkileridir. Aktivitelerle beraber kalbin pompaladığı kan miktarı da artmaktadır buda kalbin ritmini düzen oluşmasında katkıda bulunur. Bununla beraber kalbin sürekli olarak kan pompalaması kan akışına olan direnci düşürür ve böylece kandaki basınçta da düşme olur. Fiziksel aktivitenin düzenli olması kandaki kolesterol ve trigliserit düzeyini de düşüreceği için kalp rahatsızlıklarını da önler. Kalbin dışında aktivite sırasında soluk alıp verme ile akciğerlerimizin de hacminde artış olur (Bek, 2008).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivitelerin bağımlılıklar üzerinde de etkisi vardır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite katılan kişilerin bağımlılık yapan maddelerden uzak durdukları veya bırakma konusunda daha dirençli oldukları anlaşılmıştır. Fiziksel Aktivitenin bireylerin kandaki insülini düzene sokarak diyabet hastalığının üzerinde de etkisi olduğu anlaşılmıştır. Bunların yanı sıra fiziksel aktivitenin vücudumuza ve sağlığınıza;

- Kilo artışının önüne geçme
- Metabolizma hızının artışı
- Kadınlarda ortaya çıkan menapoz durumunu yavaşlatmak
- Beyine giden kan miktarının artırma
- Erken yaşta oluşan unutkanlığı ve alzheimer önleme
- Cinsel hayatın aktifliği (Bek, 2008).

gibi etkileri vardır. Bunu yanı sıra diğer hastalıklarında iyileşmesi üzerinde pozitif etkileri vardır (Bek, 2008).

Fiziksel aktivite ve ruh sağlığı. Fiziksel aktivitede bulunan egzersizin beden üzerinde olduğu kadar ruh sağlığının üzerinde etkileri olduğu düşünülmektedir. Kişinin yaptığı bu faaliyetler günlük yaşamı içinde olduğundan mutluluk hissini de oluşturur. Bununla beraber bireyde ortaya çıkan bedensel değişimler ruh sağlığı üzerinde etkisi vardır. Fiziksel aktivite sonucunda bireyin vücudunda ortaya çıkan olumlu değişiklikler o kişinin toplum içindeki statüsünü ve sosyal ilişkilerini kabul görmesini etkilediğinden bir güven artışı sağlayacağından kişideki mutluluk duygusu da artacaktır (Bek, 2008).

Fiziksel aktivite ve gelecek beklentileri. Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin önce sağlıklı bir yaşam sağlıklı bir yetişkinlik ve sağlıklı bir yaşlanma dönemi geçirmek anlamına gelmektedir. Bunlarla beraber düzenli yapılan fiziksel aktivite kalp damar hastalıklarını ve dolaşımdan kaynaklı

oluşan hastalıkları önlediğinden ani ölüm riskini de en aza indirir. Düzenli yapılan aktiviteler vücudun savunma sistemini de güçlendirdiği için hastalıklara yakalanma riski de azalmış olacak ayrıca ileri yaşlılık döneminde oluşan düşme risklerine karşı iskelet kas sisteminde oluşacak zayıflama ve kırıklıklarını da önlemiş olur. Bahsettiğimiz bu etkilerin oluşabilmesi için bireylerin yaptıkları fiziksel aktiviteyi düzenli yapması ve bir yaşam tarzı haline getirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda bireylerin yaşı yaptıkları etkinlikler, etkinliklerin süresi, sürekliliği, uygun etkinliklerin yapılması gibi hususlar bu etkileri görmemiz için gereken şartlardandır (Bek, 2008).

Fiziksel aktivite ve vücut kompozisyonu. Bireylerin fiziksel anlamda sağlıklı oluşları yönünde değerlendirilmesi önemli nedenlerden biri de vücut kompozisyonudur. Genel anlamda;

- Vücutta olan yağ miktarı
- Kemik yapısı ve kalitesi
- Kasın yoğunluğu ve kas membranlarının yapısı
- Vücutta bulunan diğer organik ürünler
- Hücre dışı sıvılar

gibi öğelerin orantıları yer alır (Zorba ve ark., 1995).

Fiziksel aktivitenin sağlığa etkileri. Fiziksel aktivite ve sağlık üzerinde yapılan çalışmalar 1950'li yıllarda başlayıp ve günümüze kadar devam etmiştir (Sıdika ve ark., 2018). Dünya sağlık örgütü tarafından fiziksel aktivite ile ilgili yapılan araştırmalar giderek artıyor (Sıdika, ark., 2018). Günümüzde gelişen teknolojinin bireylere sağladığı imkanlar ve kolaylıklar hareket alanlarını kısımtaktadır. Bireyler zamanlarının çoğunu oturmakla geçirip ya da fiziksel aktiviteyi önemsememektedirler. Bireyler günlük hayatlarında fiziksel aktivite imkanlarını artırarak daha aktif bir hayat sürdürebilirler aksi şekilde hareketsiz bir hayat toplumun ve kişilerin sağlık düzeyini etkiler. Gelişmiş ülkelerde erişkin nüfusunun çoğu yeterli miktarda fiziksel aktivitede bulunmadığından, fiziksel aktivite düzeyinin ülkelerinin gelişmişliği ile bağlı olmadığı gösterilmektedir (Jakicic ve ark., 2001; Bulut S, 2013).

Son zamanlarda insan sağlığı üzerinde risk oluşturan pek çok faktör bulunmaktadır (psikolojik, fiziksel, zihinsel, duygusal). İş yerlerinde sürekli yapılan işler, fazla yüklenme uzun süre hareketsiz yapılan işler vb. birçok faktör sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Aynı zamanda çalışma süreleri içerisinde oluşan stres bireylerin ilişkileri ve zaman yetersizliği de bireyi etkileyen psikolojik faktörlerdendir (Baltacı ve ark., 2008; Boyce ve ark., 2008).

Bu sebepten kişilerin günlük hayatlarında fiziksel aktiviteyi dahil etmeleri hayatlarını ve sağlıklarını pozitif yönden etkiler (Kallings, 2008).

Fiziksel aktivitenin aşırı şişmanlık ile mücadelede etkili olduğu (Donnelly ve ark., 2009), dengeli yapılan orta düzeydeki fiziksel aktivitenin diyabet hastalarına ve sağlıklı bireylerde yarar sağladığı (Can ve ark., 2013), düzenli olarak yapılan orta düzeydeki fiziksel aktivitenin immün sistem üzerine olumlu etkileri olduğu (Warburton ve ark., 2006), fiziksel aktiviteyi yapmayan bireylerin kanser hastalığına yakalanma olasılığının %9-%19 oranında arttırdığı belirtilmiştir (Friedenreich ve ark., 2010).

Düzenli yürüme, bisiklet sürme yapılan ev işleri hafif ve orta düzeydeki egzersizler kardiyovasküler hastalıkları riskini düşürdüğü ileri sürülmektedir (Onat ve ark., 2007).

Aynı zamanda düzenli yapılan fiziksel aktivitelerinde stres kaygı düzeyi ve depresyon anksiyete bozukluğu gibi rahatsızlıkları azalttığı da belirtilir (Ströhle, 2009).

Fiziksel aktivite programlarına katılan kronik psikiyatri hastalarının kendilerini ruhsal açıdan daha iyi hissettikleri, ilaç tedavilerine daha pozitif cevaplar verdikleri uyku düzenlerinin ve ilaç tedavilerine daha iyimser yaklaştıkları belirlenmiştir (Lök, 2016).

Fiziksel aktivite düzenli olarak yapıldığı zaman.

- Kaliteli yaşam şartlarında iyileşme
- Kan lipidlerinde ve insülin duyarlılığını iyileştirme
- Oksijen düzeyini maksimum düzeyde harcama
- Kasın hacminde artış
- Vücut yağ yüzdesinin düşmesi
- Kemik yoğunluğunun artması
- Sırt ağrılarında ve bel ağrılarında azalma olması
- Kalp atımında, kan basıncında submaksimal düzeyde düşüş olması
- Kişide depresyon ve anksiyete bozukluğunda azalma (Cornelissen ve ark., 2009).

Fiziksel aktivitenin etkisiyle akciğer kapasitelerinde artış, kalp dayanıklılığının artışı, Denge kurma, refleks ve reaksiyon sürelerinde azalma, kan dolaşımının düzene girmesi, HDL düzeyini yükselterek koroner kalp rahatsızlıklarında azalma meydana getirir. Aynı zamanda fiziksel aktivite

ile ortaya çıkan birçok hastalığı da engellemiş olur. Gündelik yaşamımızda fiziksel aktiviteden en çok yararlanan bireyler hayatlarının merkezine getirenlerdir (Efe, 2007).

Kişiler kaliteli bir hayat sürebilmeleri ve sağlıklarını koruyabilmeleri için fiziksel aktivitelerini belirlerken tüm imkanları göz önünde tutmaları gerekmektedir (Bek N, 2008).

Fiziksel aktivitenin sağlığın yanı sıra ruhsal ve bedensel birçok etkileri vardır:

- Kişilerin kendini iyi hissetmesi
- Hayata daha mutlu bireyler olarak bakması
- Meydana gelen stresle başa çıkabilme
- Benlik algısının artışı
- Kendini ifade edebilme becerisi, ortamlara uyum sağlama
- İletişim becerilerini geliştirebilme
- Daha pozitif düşünebilme
- Bireylerde özgüvenini artırma (Akova ve ark., 2018; Bakanlığı. S, 2014).

Fiziksel aktiviteye etki eden faktörler. Fiziksel aktivite; Kişiye özgü olan fiziksel aktivitenin hemen hemen kişilere ait her şeyden etkilendiği bilinmektedir. Bu durumda kişinin fiziksel, psikolojik, bedensel, davranış durumlarının, tiplerinin bütün veya tek olarak fiziksel aktivite üzerinde etkisi olduğu söylenmektedir. Bir örnek olarak fiziksel aktivitede aktif olan bireylerin alkol sigara ve benzeri maddelere bağımlılığı olanların bu aktivitelere daha az katılım sağladıkları söylenmektedir. Diğer yandan bireylerin aşırı kilo almaları bağımlılık yapan maddelerin kullanılması bedensel yetersizlikleri olan kişilerde de fiziksel aktiviteye katılımları daha az olduğu bilinmektedir (Trost ve ark., 2000).

Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörlere bakıldığında yapılan çalışmalarda belli başlıklar altında toplandığı görülmektedir (Nahas ve ark., 2003; Saelens ve ark., 2003).

Bireysel ve biyolojik faktörler: kişilerin bu kapsamda yaş, cinsiyet, bedensel uygunluk, kalıtsal rahatsızlıklar, medeni durumları ve meslekleri bu faktörlerde değerlendirilmektedir. Genel anlamda yapılan fiziksel aktivite türünü zamanını süresini vb. özellikler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Santos ve ark., 2004).

İçsel Faktörler: Bu faktörler genel olarak fiziksel aktiviteyi motive etme amaçlı yapılmaktadır. Fiziksel aktivitede içsel faktörler yapılan egzersizlerden zevk alma ve egzersiz yapmaya istekli olmak, kişilikle alakalı değişimler özgüven hissinin oluşumu psikolojik yetkinlik ve stres durumu gibi yapıları ele almaktadır (Santos ve ark., 2004).

Davranış özellikleri ve bireysel yeterlilikler: Bu faktörde şu an ki durumda ziyade bireylerin geçmişine yönelik yapılan fiziksel aktiviteleri içermektedir. Bu noktada oluşan hususlar bireylerin beslenme alışkanlıkları, beslenme tipleri, kullandıkları kişilerin önceden yaptıkları egzersiz yapıları kullandıkları maddeler (sigara ve alkol) ve kişilerin çıkan engelleri aşma olarak sıralanmaktadır (Santos ve ark., 2004).

Sosyal ve kültürel faktörler: bireylerin bu kapsamda daha çok içinde bulunduğu sosyal sınıf ve sosyal sınıfların iletişim seviyeleri bireyin ailesinden kaynaklı bakış açısı bireyin ailesinde ve sosyal çevresinden kaynaklı özentisi olarak ele alınmaktadır (Santos ve ark., 2004).

Çevresel faktörler: Kişinin gerçekleştirdiği fiziksel aktivite ait olduğu çevre şartlarının özellikleri dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu özellikler ilk başlarda fiziksel çevrenin sıcaklığı nem seviyesi ışıklandırma durumu ortamın ses seviyeleri genel estetiksel görünümü ve buna benzer yapılar oluşturmaktadır (Santos ve ark., 2004).

Fiziksel aktiviteden kaynaklı faktörler: Bu faktörde etkili olan durum fiziksel aktivite sırasında aktivitenin şiddeti ve aktivite sırasında harcanan enerjidir. Yapılan araştırmalarda ekonomik ve sosyal anlamda düşük olarak nitelendirilen ailelere mensup kişilerin gelişim olarak aynı dönemde oldukları bireylere göre daha düşük fiziksel aktiviteye sahip veya ikinci planda olduğu düşünülmektedir. Ebeveynlerin eğitim açısında daha iyi olduğu ailelerde yaşayan bireylerin hem fiziksel aktivite hem de boş zaman etkinliklerinde oldukça aktif oldukları sonucu bulunmuştur. Bu sonuçlar göz önüne alındığında bireylerin sosyal- kültürel durumlarının ve ailelerinin eğitim durumlarının fiziksel aktivite üzerinde oldukça etkili olduğunu söylemek doğru bir çıkarımdır (Santos ve ark., 2004).

Bu kişilerde fiziksel aktiviteye katılımında bir beklenti olması bu aktivitelere katılma ve devam ettirme üzerinde etkisi oldukça yüksektir. Bütün bunların yanı sıra aileler tarafından ergenlik ve gençlik döneminde ilgilerini çekmeyen fiziksel aktiviteye zorlanan bireylerin ileriki zamanlarında bu aktivitelerden uzak kalmalarına sebep olabileceği düşünülmektedir (Sallis ve ark., 1996). Fiziksel aktiviteyi etkileyen bir diğer faktörlerde psikolojik, biyolojik, fiziksel, demografik, kültürel, sosyal çevre, serbest zaman varlığı, sağlık durumu,

fiziksel aktivitenin özellikleri gibi birkaç faktörden etkilenmektedir (Cerin ve ark., 2008; Vanhees ve ark., 2005).

Fiziksel faktörler: şehir yerleşmeleri, park ve bahçeler yürüyüş alanlarına ulaşım sağlama, güvenlik, mesafeler ve hava şartları

Psikolojik duygusal ve zihinsel faktörler: Ruh sağlığı, motivasyon, haz duyma, gevşeme, stres atma, yapılan egzersiz ile ilgili bilgili ve istekli olma.

Biyolojik ve demografik faktörler: Cinsiyet, Yaş, Medeni durum, genetik faktör, kilo, boy, Meslek ve Ekonomi

Davranış ve beceriler: Küçük yaştan itibaren beslenme düzeyi, fiziksel aktivite, sigara tüketimi ve okul sporları

Kültürel ve sosyal etmenler: Alışkanlıklar, katılımcı sayıları ve bakış açıları (Boyce ve ark., 2008).

Günümüzde teknolojinin hızla gelişimi ile birçok iş olanağının hareketsiz ortam yaratması bireylerin oturarak geçirdikleri sürenin artmış olması fiziksel aktivite düzeyini düşürmektedir. Bireylerin bu düzeyde bir hayat tarzı benimsemeleri sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Boyce ve ark., 2008).

Fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. Fiziksel aktivite seviyesini belirlemeden fiziksel aktivitede etkili olan birleşenlerin göz önünde bulundurmak gerekir. Bunlar; fiziksel aktivitenin tipine, şiddetine, sıklığı ve süresine bağlıdır (Garon ve ark., 2006).

Fiziksel aktivitenin bireye has, severek yaptığı bir egzersiz tipini seçip, hayat tarzına ve amacına uygun şiddet, sıklık ve sürede yapmak istemesi istenilen sağlık yararları açısından önem taşımaktadır (Can ve ark., 2014).

Fiziksel aktivitenin tipi. Fiziksel aktiviteleri, oksijenli (dayanıklılık), kuvvetlendirme, esneklik ve denge aktiviteleri şeklinde sınıflama yapılabilir (Can ve ark., 2014).

Dayanıklılık (aerobik) egzersizleri: Yapılan fiziksel aktivitenin yorgunluk olmadan yapılmasını ifade etmektedir. Vücudumuzun oksijen tüketme kapasitesini yükseltmek büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik şeklinde çalışmasını sağlar. Örneğin; düzenli bir şekilde yürüyüş. Bisiklet kullanma, yüzme süresini artırma, tarla ve bahçe işlerinde çalışma, fazla yük olmayan aktiviteler yapmak (tenis vb.) (Can ve ark., 2014).

Kuvvet egzersizleri: Dışarıdan oluşan darbelere karşı koyabilme yeteneğidir. Bir cisme kuvvet uygulama, yerden kaldırma, itme, çekme, ağır bir nesneyi yerden kaldırma ve o cismi taşımak kuvvetli kaslar gerektirir.

Kuvveti artırma aktivitelerinden örnek gösterecek olursak; ağırlık kaldırma, merdiven kullanma, sırt çantası taşıma, kol kasını geliştirmek amacıyla sınav çekme, karın kaslarını güçlendirmek için mekik çekmek ve ağırlık antrenmanlarına yer vermek gibi aktiviteler yapılabilir (Can ve ark., 2014).

Esneklik egzersizleri: El-kol gövde ve bacakların fiziksel aktivite sırasında rahat hareket edebilme durumudur. Farklı egzersizlerle her eklem için esneklik egzersizleri yapılabilir. Farklı yapılan düzenli fiziksel aktiviteler esnekliği arttırabilir (Yoga, pilates ve Tai Chi) (Can ve ark., 2014).

Denge egzersizleri: vücudumuzun düşüş yaşamadan durabilmesi ve düzgün bir şekilde hareketleri sağlayabilme becerisidir. Parmak uçlarında yürüme ve tek ayakla durma kaygan yerlerde düşmeden hareket edebilmek için iyi bir dengeye sahip olmak gerekir. Kas kuvveti geliştiği sırada yapılan egzersizler dayanıklılığı ve denge durumunu da olumlu şekilde etkiler (Can ve ark., 2014).

Fiziksel aktivitenin şiddeti. Fiziksel aktivite şiddeti, Yapılacak olan aktivite için gösterilecek olan çabanın büyüklüğünü gösterir. Erişkinler için gün içinde orta şiddette ve yarım saatlik süreyle yapılacak olan fiziksel aktivitenin yeterli olduğunu söylemiştir (Simon, 2015). Fiziksel aktivitelerin hafif, orta ve yüksek olarak şiddetleri sınıflandırılmıştır (Demiral ve ark., 2006). Örnek olarak;

- Hafif şiddette fiziksel aktivite: hafif düzey olarak algılanan uyuma, Tv seyretme, hafif olan ev işleri, bireyin yaptığı kişisel bakım (Traş olmak duş almak) ya da düşük tempoda yürüyüş yapma (<3km/saat) masa başında yapılan işler (yazı yazmak vb.).
- Orta şiddette fiziksel aktivite: Tempolu yürüme (saatte yaklaşık 5 km), bahçede yapılan işler, Ev ortamındaki bazı işler, bisiklet sürme (saatte 16 km'den az), hafif ritimde halk oyunları.
- Yüksek şiddette fiziksel aktivite: tempolu koşma /joging (saatte 8 km), bisiklete binme (saatte 16 km'den fazla), yüzmek, oksijenli solunum yaptığımız egzersizler, yüksek tempoda yürüyüş (saatte 7 km hız ile) ağırlık taşıma, basketbol vb. sporları oynama (Bakanlığı, S., 2014).

Fiziksel aktivitenin yapılma aşamasında tükettiği oksijen miktarını belirtmek, MetabolicEquivalent (metabolik eşitlik/ MET) ile ifade edilmektedir. Bireyin yaptığı egzersiz esnasında metabolizmasının dinlenik haline nazaran kaç kat artış olduğunu gösterir. Dakika, gün ve MET değeri (aktivite sırasındaki enerji kullanma oranı/MetabolikEquivalent) çarpılarak "MET-dakika/hafta" olarak bir skor elde edilmektedir. Hafif şiddetli aktiviteler

<3 MET, orta şiddetli aktiviteler 3-6 MET, yüksek şiddetli aktiviteler >6 MET enerji kullanması gerektiren egzersizlerdir (Karaca, 2007).

Egzersiz şiddetinin ölçülebilmesi çoğunlukla metabolik eşdeğer (MET) kavramı ile açıklanmaktadır (Cengiz, 2007).

MET istirahat metabolik hızının katlarıdır. Ortalama bir kişi için spesifik bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesine eşittir. 1 MET istirahat oksijen tüketimine eşittir. 1 MET=3.5 mL/kg/dk'dır (Öztürk, 2005).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Envanterinin manüel puanlama sistemine göre fiziksel aktivite şiddeti için eğer elde edilen rakam haftada 600 MET-dk dan az ise düşük, 600-3000 aralığında ise orta, 3000'den fazla ise yüksek olarak değerlendirilir (IPAQ ,2005).

Fiziksel aktivitenin tipleri. Geniş bir yelpazede ele alınan fiziksel aktivite belirli sınıflara ayrılır. Bu gruplarda dikkat edilmesi gereken konu aktivitenin kişi- grup bu sınıflandırmada genel olarak dikkat edilen husus aktivitenin birey – grup gibi katılım sağlanan sayıları ve şekilleri ile yapılmasıdır. Bu şekilde fiziksel aktivite

- İş ortamlarında yapılan fiziksel aktiviteler
- Ev ortamlarında yapılan fiziksel aktiviteler
- Evin dışında gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler

Olarak gerçekleştirilme yerlerine göre gruplandırılmaktadır. Tüm bunlarla beraber;

- Öz bakıma dayalı aktiviteler
- Boş zaman aktiviteleri
- Sportif performansa dayalı aktiviteler
- Ulaşımaya yönelik yapılan aktiviteler

Olarak yapıma amacı bakımından ele alınmaktadır (Burton ve ark., 2000).

Yapılan gruplamada boş zaman aktivitelerinin iş ortamları dışında fiziksel aktiviteyi kapsayıcı şekilde ele alınıp ve kendi içerisinde üç gruba ayrıldığı görülmekte, bu açıdan boş zaman etkinliklerini;

- Sportif aktiviteler, oyun amaçlı yapılan ve beden gelişimi için yapılan fiziksel aktiviteler,

- Sağlık amaçlı ve ulaşım amaçlı yapılan yürüyüşler, bisiklet sürme merdiven kullanma şeklinde yapılan aktiviteler
- Günlük hayatta yapılan işler, genel olarak bahçe işleri vb. şekilde gruplandırılabilir (Howley, 2001).

Bu hususta araştırma yapan Tunay, 2008 fiziksel aktiviteleri üç gruba ayırmıştır. Bu grublama

- **Aerobik Fiziksel Aktiviteler:** Bol miktarda tüketilen oksijen ve oksijenin kullanımına dayalı kişide kalp ve akciğerlerin güçlenmesini sağlayan aktivite olarak nitelendirilmektedir
- **Kuvvet Artımı ve Ağırlık Fiziksel Aktiviteler:** Kas gruplarının yoğun şekilde kullanılıp ve güçlenmesini sağlayan aktivitelerdir. Bacak kol karın ve göğüs kaslarının daha fazla kullanılmasına dayanır. Ağırlık kaldırma ve ağırlığı hareket ettirme ağırlığı taşıma şeklinde gerçekleştirilen aktiviteler kas oranının artmasını sağlar.
- **Dengeye ve germeye dayanan Fiziksel Aktiviteler:** Daha az kalorinin yakıldığı ve daha az enerjinin gerektiği aktivite türüdür. Bu aktivite sonunda kasın boyu uzar ve bununla beraber gerimi, eğilimi de kullanılan eklemlerin hareketliliğini artırmaktadır (Tunay, 2008).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin tarihi. Yaşam kalitesine ilgi genel olarak 1970'lerde uluslararası kurumlar arasında başlamıştır. Düzenlenen bilimsel kongre ve sempozyumlarda psikolojik ağırlıklı çalışmaların hızla arttığı görülmektedir. Tıp alanlarında 1970'lerde hemşirelik alanlarında ise 1980'lerde ilgi görmeye başlamıştır. Hemşirelik alanında yaşamın psikososyal, sosyokültürel ve biyolojik açıdan yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapıp bunu sağlamaya dayalı bakım çalışmaları yapılmaktadır. Tıp alanında ise yapılan çalışmalarda ise bireyin yaşam kalitesini yükseltmeye dayalı değerlendirmeler üç amaca uygun yapılmaktadır. Bu amaçlar genel olarak; medikal kaynakların sınırlı olarak dağılımı, klinik olarak karar almanın basitleşmesi, hastaların bağımsız olarak karar almasının sağlanması yönünde yardım edilmesidir. Tedavi yöntemleri geliştikçe yaşam süresinde uzama olmuş ve kalitesi de değişmiştir (Kurt ve ark., 2008).

Yaşam Kalitesinin Tanımı: Sağlığa yönelik iyi olma durumunun değerlendirilmesi amacıyla yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesine yönelik birçok tanım yapılmıştır, fakat küresel anlamda kabul edilen bir tanımlaştır (Fırat, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanıma göre kişinin yaşamış olduğu çevre, kültür ve değerlerin sistemler içinde kendi yaşamlarını nasıl algılayabildiğidir. Kişinin amaçlar, standartları, beklentileri ve kaygıları ile ilgilidir. Başka bir ifade ile yaşam kalitesi, kişinin hayatını idame ettirdiği sosyokültürel çevresi ile kendi hayatını bireysel olarak nasıl algıladığını dile getirmektedir (Skevington ve ark., 2004). Yaşam kalitesine yönelik yapılan tanımlara bakıldığında genel anlamda dört başlıkta toparlanmıştır. Bunlar;

- Fiziksel olarak iyi olma hali
- Psikolojik olarak iyi olma hali
- Sosyal ve bireysel olarak iyi olma hali
- Ekonomik durum ve maddi olarak iyi olma hali (Eser, 2004).

Yaşam kalitesi kişinin hayatında duyduğu memnun olma hali ve mutluluk olarak ifade edileceği gibi bireylerin kendi yaşantıları, kültür ve değerleri içerisinde algılama biçimi olarak ta denilebilir (Levine ve ark., 1996).

Yaşam kalitesi; verilen değer, kişiden kişiye ve ihtiyaçlara göre değişiklik göstermektedir (Eser E., 2004).

Yaşam kalitesi sübjektif ve objektif olmak üzere iki bölümde oluşmaktadır. Objektif göstergeler fiziksel iyilik hali olarak değerlendirilmektedir. Bunlar fiziksel aktiviteleri gerçekleştirirken yaşanan zorluk, fonksiyonel olarak yetersiz olma, çalışabilme durumu, hastalık bulguları ve sağlık durumlarıyla alakalı konular içermektedir. Sübjektif göstergelere gelince ruhsal olarak iyi olma halini kapsamakta ve duygusal iyilik hali, yaşamın tadı ruhsal etkileri ile ilgili konulardan oluşur. Tanımların alt boyutlarında ise çevresel, ekonomik, sosyolojik ve psikolojik özelliklerden oluşmaktadır. Bu tanımlamalar dört başlık altında değerlendirilir (Levine ve ark., 1996).

İçsel Alan(Bireysel). Değer ve inançlar, sorunlarla baş edebilme, istekler, bireysel hususlar ve kişisel özellikler

Sosyal Alan(Bireysel). Aile yapısı, çalışma şartları, ekonomik durum, toplumsal imkanlar gibi sosyal özellikler

Doğa Çevre Alanı(Dışsal). Çevre düzeni, gürültülü ortamlar, hava, su kalitesi gibi çevre özellikleri

Toplumsal Çevre Alanı(Dışsal). Sosyo-kültürel ve dini kurumlar, eğitim ve sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım gibi toplumsal özelliklerdir. Kişilerin fizyolojik fonksiyonları, ruhsal açıdan durumları. Aile içi iletişim, sosyal ilişki ve inançların yaşam kalitesinin kapsamında değerlendirilir (Levine ve ark., 1996).

Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Bireylerin sosyalleşme, daha fazla insanla iletişim kurma ve gün içerisinde meydana gelen stresten kurtulmasında daha çok sosyal desteğe sahip olabilmesinde serbest zaman içerisinde meydana gelen fiziksel aktivitelere katılmanın payı olduğunca fazladır. Yaşam kalitesi algısı önemli yeri olan sağlık; Yaşam tarzımızla ve davranışlarımızla etkilediğimiz çevremizle çok sıkı bir ilişki halindedir. Bu amaçla zaman süreci içerisinde davranışlarımız ve yaşantımızda meydana gelen değişiklikler sağlık konusunda çok yeni boyutlarında oluşmasına neden olmuştur (Zorba, 2010). Fiziksel açıdan aktif bir yaşam sürmek ileriki yaşamda oluşabilecek kronik rahatsızlıkları engellemesinin yanı sıra yaşam standardını yükselttiği de bildirilmektedir (Shephard ve ark., 2003). Genç, orta yaşlı ve yaşlı kesimdeki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam standartlarının incelendiği çalışma sonuçları, fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça yaşam standardı da farklı boyutlarda düzeldiğini ortaya koymaktadır (Carr ve ark., 2001; Montoye ve ark., 1996).

Fiziksel kapasitenin azalmasında en önemli faktör modern insan yaşam şeklidir. Modern hayatla beraber yaşamımızda meydana gelen hareketsizliğe rağmen rahat yaşam tarzı, sadece günlük yaşantımızı idame etmek amacıyla sınırlı olarak yapılan aktiviteler fiziksel kapasitenin azalmasına neden olan en önemli ve etkili faktörlerdir. Her ne kadar fiziksel aktivitenin hayat süresini uzattığı konusunda delil olmasa da fiziksel aktivitenin yaşlılık döneminde vücutta meydana gelen bazı olumsuz değişikliklerin hızını azalttığı ve bir kısım rahatsızlıklardan korunmayı sağladığı ve yaşam standartlarını yükselttiği konusunda yeterli düzeyde bilimsel veri vardır (Gür ve ark., 1992).

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin sağlıklı ve kaliteli yaşam şekline olan katkılarını;

- Koroner kalp ve damar hastalıklarında korunma
- Hiper tansiyon ve kan kolestrol düzeyinde korunma
- Kalp ve akciğer kapasitesini geliştirme
- Kas kuvveti ve esnekliğini, eklem hareketliliğini geliştirme
- Kemik dokusunu güçlendirme
- Vücut ağırlığını düzenleme ve kontrol etme
- Kişinin kendine güvenini artırma
- Stresi azaltıp ve buna bağlı hastalıkları azaltma

- Yorgunluk ve ağrı şikayetlerini azaltma şeklinde özetlenebilir (Gür ve ark., 1992).

Sağlıklı bir hayatın en önemli etkenlerinden biri de fiziksel aktivitedir. Hızla gelişen teknolojinin getirdiği kolaylıklarla birlikte bireyler önekinde oranla daha fazla oturarak zaman geçirmeye başlamış ve hareketsiz bir hayat tazi yaşamayı benimseyip ve gelişmesini sağlamıştır (Tekkanat, 2008). Hareketsiz yaşamın uzun sürede vücutta yağ artışı da etkilediğinde bireylerde fazla kilolu veya obez olma ihtimalini de beraberinde getirdiği buna bağlı olarak ta meydana gelen şeker hastalığı, hiper tansiyon, yüksek kolesterol ve astım gibi rahatsızlıkları da beraberinde getirdiği bilinmektedir (Vaizoglu ve ark., 2004).

USDHH, 1996), Healthy people 210 programında erişkinler için fiziksel aktivite amaçlarını aşağıda belirtilmiştir:

- Serbest zamanlarda fiziksel aktivite yapmayan erişkinlerin %20 oranında azaltmak.
- Tercihlerine göre düzenli olarak her gün 30 dk orta şiddette fiziksel aktivite yapan erişkin sayısını artırmak
- Haftada 3 gün ve 20 dk yüksek şiddette fiziksel aktivite yapan kişilerin oranını artırmak

Fiziksel aktivitenin genel olarak sağlığa olumlu yönde etkileri bulunmaktadır. Her yaşta yapılan egzersizin bireylerin kas kuvvetini, eklemde oluşan hareketliliği, esnekliği, koordinasyonunu ve kilo kontrolünü sağlar (Daley, 2002).

Kişilerin kendilerini daha iyi hissetmelerini bireysel kontrollerini sağlayabilmelerini, sosyal ilişkilerini artırmalarını ve bunlarla beraber yaşam standartlarını ve yaşam sürelerini artırmalarını sağlar (Daley, 2002). Yapılan düzenli fiziksel aktivite ile kalp-damar hastalıklarını, iskelet-kas sistemini, metabolik faaliyetleri, hormon sistemini ve psikolojik olaylar üzerinde çok fazla olumlu etkileri vardır. Egzersizlerin düzenli yapılması şeker hastalığının oluşumunu önlemede etkisi olduğu gibi hipertansif kişilerde kan basıncını dengelemeye de katkısı bulunur. Ayrıca vücutta bulunan yağ oranını düşürür ve iş performansında da artış sağlar (Peterson, 2007).

Yöntem

Bu başlık altında; “Araştırmanın modeli, araştırmaya dahil edilen evren ve örneklem, verilerin toplanması, bu verileri toplamada kullanılan araçlar, toplanan verilerin analizi ve elde edilen analizler sonucunda yapılan istatistiksel yöntemler” bulunmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Van ilinde yaşayan 25-30 yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktiviteye göre incelenmesi amacıyla hazırlanmış olup Evrenini; Van’da yaşayan 25-30 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Örnekleme ise aynı ilde yaşayan 25-30 yaş arasında bulunan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 500 kadın yer almaktadır.

Veri Toplama Süreci

Anket uygulamasına geçilmeden önce katılımcılara yapılacak olan anketin içeriği, çalışma grubu, anket verilerinin kullanım alanı vb. özelliklerde bilgiler verilmiş olup katılımcıların gönüllülük esası göz önünde bulundurularak uygulamaya başlanmıştır. Covid-19 sürecinden kaynaklı problem yaşanmaması açısından anketler, Google doc. Formatında oluşturulup link üzerinden ulaştırılmıştır. Veri toplama sürecinde hedefimiz 1000 kadına ulaşmak iken Covid- 19 sürecinden kaynaklı olarak yeteri sayıda dönüt alamadığımızdan sayımızı 500 kadın ile sınırlandırdık.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgilere yer vermek adına sosyo-demografik anket, Sağlıklı Yaşam Biçimi davranış Ölçeği ve

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa form olmak üzere üç anket uygulanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği-II. 1996 yılında Walker ve arkadaşları ile birlikte geliştirdikleri kişilerin sağlıklı yaşam biçimi durumlarını belirtmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu ölçek Bahar ve ark., 2008) tarafından Türkiye’de kullanılması için standardizyon çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 olup yüksek bir güvenilirliğe sahiptir. Ölçekteki alt boyutların Cronbach alfa değeri ise 0,79-0,87 arasında değişebilmektedir.

- Sağlık sorumluluğu boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,795**
- Fiziksel aktivite boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,827**
- Beslenme boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,701**
- Manevi gelişim boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,797**
- Kişilerarası ilişkiler boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,704**
- Stres yönetimi boyutunda güvenilirlik katsayısı: **0,704** olarak tespit edilmiştir (Walker ve ark., 1996).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği II dörtlü likert tipi olarak; (1- Hiçbir zaman, 2-bazen, 3- sık sık, 4- Düzenli olarak) düzenlenmiş bir ölçektir. Bu ölçekte 52 madde bulunup ve altı alt ölçekten, 4’lü likert olarak puanlandırılmaktadır. Bu Alt ölçekler; manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçek genel olarak puanlandığında en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208’dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin güvenilirliğini yükseltmek amacıyla araştırmacı tarafından bir tane güvenlik sorusu eklenmiştir (soru: 27).

Alt boyutlar;

Sağlık sorumluluğu (3,9,15,51,27,33,39,45,51),

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 (Walker ve ark., 1996).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA). Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) Craig ve ark., 2003 tarafından 15-65 yaş aralığında bulunan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. IPAQ, uluslararası alanda gündelik olarak yapılan fiziksel aktiviteyi kişisel raporlara dayandırarak fiziksel aktivite düzeyi ile ilgili geçerli ve karşılaştırılabilir bilgiler elde edebilmek için geliştirilmiştir. IPAQ geliştirme çalışmaları 1998 yılında Cenevre’de başlamış olup bunu takiben 12 ülkeden fazla uygulanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları takip edilmiştir. Elde edilen sonuçlar bu ölçeğin insanlar arasında fiziksel aktiviteye katılma yaygınlığını göstermekte ve bu amaçla ölçeğin birçok farklı kültürlerde uygulanabileceğini düşündürmüştür (Tekkanat, 2008).

Öztürk, 2005 yılında Türkiye’ de üniversitelerde eğitim gören öğrenciler üzerinde ve Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu Tarafından 2007 yılında IPAQ anketinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Karaca ve Turnagöl, 2007). Anketin Dört kısa dört uzun olmak üzere sekiz versiyonu vardır. Bunlar telefon ile sorgulama, görüşme ve kendi kendine uygulanabilir yöntemler olarak bilinir. Ayrıca “son 7 gün” veya “herhangi bir haftada” biçiminde soru tipleri de bulunmaktadır (Bauman ve ark., 2006; Nosikov ve ark., 2003; Parmaksız, 2007).

Bu çalışmada anketin kendi kendine uygulanabilen ve fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesinde “son yedi günü” kapsayan kısa form uygulanmıştır. Bu formda toplam yedi soru bulunmaktadır. Oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitelerde harcadıkları zaman hakkında bilgi vermektedir. Formun toplam puanının hesaplanabilmesi yürüme, oturma, orta düzeyde şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre(dakikalar) ve frekans(günleri) toplamını ele almaktadır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesi her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dk yapılması ölçütü vardır. Fiziksel aktivite yapıldığı zamanda tüketilen oksijen miktarını ifade etmek için metabolik eşitlik anlamına gelen “MET” (metabolic Equivalent) terimi kullanılmaktadır (Craig ve ark., 2003; Özüdoğru, 2013).

Dakika, gün ve Met değerleri (egzersiz sırasında sarf ettiği enerji oranı/ Metabolik Equivalent) çarpımı “METdakika/hafta” olarak sonuç elde edilmektedir (Craig ve ark., 2003; Özüdoğru, 2013; Genç ve ark., 2011).

Kısa formda toplam skorun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre(dakika) ve frekans(gün) toplamlarını içermektedir. Aktivite için gereken enerji MET- dk olarak hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri belirlenmiştir. Bunlar;

- Yürüme=3.3 MET,
- Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite= 4.0 MET,
- Şiddetli Fiziksel Aktivite=8.0 MET,
- Oturma=1.5 MET bu değerler kullanılıp günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanmaktadır.

Örneğin 4 gün 20 dk yürüyen bir kişinin yürüme MET- dk/ hafta skoru: $3.3 \times 4 \times 20 = 264$ MET-dk/ hafta olarak hesaplanır.

- Yürüme MET-dk/hafta: $3.3 \times$ yürüme dakikası \times yürüme gün sayısı
- Orta şiddetli MET-dk/hafta: $4.0 \times$ orta şiddetli aktivite dakikası \times orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
- Şiddetli MET-dk/hafta: $8.0 \times$ şiddetli aktivite dakikası \times şiddetli yapılan gün sayısı

Toplam, MET-dk/hafta=(yürüme + orta şiddetli +Şiddetli + oturma) MET- dk/hafta

Bu skorlamanın yanında elde edilen sayısal verilere göre de sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre aktiviteler;

- 1- **İnaktif (Kategori 1):** en alt seviyedeki fiziksel aktivite seviyesidir. İkinci ve üçüncü kategorinin dışında kalan seviyedir.
- 2- **Minimal Aktif (Kategori 2):** aşağıda belirtilen kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir
 - a) 3 veya daha fazla gün ve en az 20 dk şiddetli aktivite yapmak.
 - b) 5 veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite ya da yürümenin günde en az 30 dk yapılması.
 - c) Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi (Savcı ve ark., 2006; Parmaksız, 2007).
- 3- **Çok Aktif (Kategori 3):** Bu ölçümde yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye denktir. Bu kategoride sağlıklı bireylere yarar sağlaması açısından istenen düzeydir.
 - a) Minimum 1500 MET-dk/haftayı kapsayan en az 3 gün şiddetli aktivite veya,
 - b) Minimum 3000 MET-dk/haftayı kapsayan 7 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli veya şiddetli kombinasyonu (Savcı ve ark., 2006; Parmaksız, 2007).

Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS 22 programı kullanılmıştır. SYBDÖ alt boyutları ve toplam puanının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında Independent T test ve One Way ANOVA analizi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının iki kategorili bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasında Independent T testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının üç veya daha fazla kategorili bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasında ise One Way ANOVA analizi sonucunda grupların arasında anlamlı farklılık olması durumunda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlenmesinde Post Hoc test olarak Turkey HSD testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Demografik soruların yüzdelerle dağılımlarının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4

Bulgular ve Yorum

Tablo 1 Araştırma Grubunun Yaş Dağılımları

Yaş	Frekans	%
25 yaş	141	28,2
26 yaş	78	15,6
27 yaş	61	12,2
28 yaş	62	12,4
29 yaş	56	11,2
30 yaş	102	20,4
Toplam	500	100,0

Tabloya göre araştırma grubundan 141 kişi (%28,2) 25 yaşında, 78 kişi (%15,6) 26 yaşında, 61 kişi (%12,2) 27 yaşında, 62 kişi (%12,4) 28 yaşında, 56 kişi (%11,2) 29 yaşında ve 102 kişi (%20,4) 30 yaşındadır.

Tablo 2 Araştırma Grubunun Boy, Vücut Ağırlığı ve BKİ Dağılımları

Değişkenler	Yaş	N	Ortalama	Standart	t	P	Tukey
				Sapma			HSD
Vücut ağırlığı (kg)	25 yaş ^a	141	58,25	9,40	5,796*	0,000	a-f*
	26 yaş ^b	78	57,79	7,33			b-f*
	27 yaş ^c	61	59,39	8,25			c-f*
	28 yaş ^d	62	60,08	7,98			e-f*
	29 yaş ^e	56	59,19	7,31			
	30 yaş ^f	102	63,43	8,38			
Boy (cm)	25 yaş	141	1,65	,06	0,343	0,887	---
	26 yaş	78	1,64	,05			
	27 yaş	61	1,64	,05			
	28 yaş	62	1,65	,05			
	29 yaş	56	1,64	,05			
	30 yaş	102	1,64	,05			
BKİ (kg/cm ²)	25 yaş ^a	141	21,38	3,15	7,009*	0,000	a-f*
	26 yaş ^b	78	21,33	2,46			b-f*
	27 yaş ^c	61	21,95	3,09			c-f*
	28 yaş ^d	62	21,99	2,95			d-f*
	29 yaş ^e	56	21,91	2,42			e-f*
	30 yaş ^f	102	23,43	2,98			

* $p < 0,05$

Tabloda yaş değişkenine göre vücut ağırlığı ve BKİ değerlerinde $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Boy değişkeninde ise istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Vücut ağırlığı ve BKİ değerinde farklılığı çıkarın grubun 30 yaş grubu olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 3 Araştırma Grubunun Konaklama, Sigara ve Alkol kullanma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	f	%
Konaklama	Tek başıma evde	65	13,0
	Ailemle birlikte evde	353	70,6
	Yurtta veya Apartta	50	10,0
	Arkadaşlarıyla birlikte evde	13	2,6
	Diğer	19	3,8
	Toplam	500	100,0
Sigara	Evet	110	22,0
	Hayır	357	71,4
	Bırakmış	33	6,6
	Toplam	500	100,0
Alkol	Evet	59	11,8
	Hayır	431	86,2
	Bırakmış	10	2,0
	Toplam	500	100,0

Tabloda araştırma grubunun konaklama değişkenine göre; 65 kişi (%13) tek başına evde, 353 kişi (%70,6) ailemle birlikte evde, 50 kişi (%10) yurtta veya apartta, 13 kişi (%2,6) arkadaşlarıyla birlikte evde ve 19 kişi (%3,8) diğer şeklinde görüş bildirmiştir. Araştırma grubundan 110 kişi (%22) sigara kullandığını, 357 kişi (%71,4) sigara kullanmadığını ve 33 kişi (%6,6) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Araştırma grubundan 59 kişi (%11,8) alkol kullandığını, 431 kişi (%86,2) alkol kullanmadığını ve 10 kişi (%2) alkolü bıraktığını ifade etmiştir.

Tablo 4 Araştırma Grubunun Gelir ve Çalışma Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	f	%
Gelir Düzeyi	0-300 TL	98	19,6
	301-500 TL	49	9,8
	501-1000 TL	68	13,6
	1001 TL ve üzeri	285	57,0
	Toplam	500	100,0
Çalışma Durumu	Evet	281	56,2
	Hayır	219	43,8
	Toplam	500	100,0

Tabloda araştırma grubunun gelir düzeyi değişkenine göre; 98 kişi (%19,6) 0-300 TL gelir düzeyine, 49 kişi (%9,8) 301-500 TL gelir düzeyine, 68 kişi (%13,6) 501-1000 TL gelir düzeyine ve 285 kişi (%57) 1001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Araştırma grubundan 281 kişi (%56,2) bir işte çalıştığını ve 219 kişi (%43,8) bir işte çalışmadığını ifade etmiştir.

Tablo 5 Araştırma Grubunun Düzenli Spor, Lisanslı Spor, Ev-İş Ulaşım ve Şehir İçi Ulaşım Dağılımları

Değişkenler	Gruplar	f	%
Düzenli Spor Durumu	Evet	107	21,4
	Hayır	393	78,6
	Toplam	500	100,0
Lisanslı Spor Durumu	Evet	39	7,8
	Hayır	461	92,2
	Toplam	500	100,0
Ev-iş ulaşım	Otobüs	240	48,0
	Özel araç	122	24,4
	Bisiklet	5	1,0
	Yürüme	109	21,8
	Diğer	23	4,6
	Toplam	500	100,0
Şehir içi ulaşım	Otobüs	269	53,8
	Özel araç	130	26,0
	Bisiklet	17	3,4
	Yürüme	79	15,8
	Diğer	5	1,0
	Toplam	500	100,0

Araştırma grubundan 107 kişi (%21,4) düzenli spor yaptığını ve 393 kişi (%78,6) düzenli spor yapmadığını belirtmiştir. Araştırmamızda 39 kişinin (%7,8) lisansı olduğu ve 461 kişinin (%92,2) lisansı olmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda ev-iş ulaşımını 240 kişi (%48) otobüsle, 122 kişi (%24,4) özel araçla, 5 kişi (%1) bisikletle, 109 kişi (%21,8) yürüyerek ve 23 kişi (%4,6) diğer şekilde sağladığı belirlenmiştir. Araştırmamızda şehir içi ulaşımı 269 kişi (%53,8) otobüsle, 130 kişi (%26) özel araçla, 17 kişi (%3,4) bisikletle, 79 kişi (%15,8) yürüyerek ve 5 kişi (%1) diğer şekilde sağladığı belirlenmiştir.

Tablo 6 Araştırma Grubunun Beslenme Tarzı ve Uyku Süresi Dağılımları

Değişkenler	Gruplar	f	%
Beslenme Tarzı	Etçil	44	8,8
	Otçul	37	7,4
	Her ikisi	419	83,8
	Toplam	500	100,0
Uyku Süresi	4 saat altı	5	1,0
	4-6 saat arası	75	15,0
	6-8 saat arası	283	56,6
	8-10 saat arası	126	25,2
	10 saat ve üstü	11	2,2
	Toplam	500	100,0

Tabloda araştırma grubundan 44 kişi (%8,8) etçil beslendiğini, 37 kişi (%7,4) otçul beslendiğini ve 419 kişi (%83,8) her iki türden beslendiğini belirtmiştir. Uyku süresi değerlendirildiğinde 5 kişi (%1) 4 saat ve altında uyuduğunu, 75 kişi (%15) 4-6 saat uyuduğunu, 283 kişi (%56,6) 6-8 saat uyuduğunu, 126 kişi (%25,2) 8-10 saat uyuduğunu ve 11 kişi (%2,2) 10 saat ve üzeri uyuduğunu belirtmiştir.

Tablo 7 Araştırma Grubunun Profesyonel Destek Alma Durumu ve Destek Alınan Kişilerin Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	f	%
Profesyonel Destek	Evet	40	8,0
	Hayır	460	92,0
	Toplam	500	100,0
Destek Alınan Kişi	Hiç kimse	128	25,6
	Arkadaşımdan	136	27,2
	Ailemden	168	33,6
	Uzman kişiden	56	11,2
	Diğer	11	2,2
	Toplam	500	100,0

Tabloda araştırma grubundan 40 kişi (%8) profesyonel destek aldığını ve 460 kişi (%92) profesyonel destek almadığını belirtmiştir. Araştırma grubundan 128 kişi (%25,6) hiç kimseden destek almadığını, 136 kişi (%27,2) arkadaşından destek aldığını, 168 kişi (%33,6) ailesinden destek aldığını, 56 kişi (%11,2) uzman kişilerden destek aldığını ve 11 kişi (%2,2) diğer şekilde destek aldığını belirtmiştir.

Tablo 8 Araştırma Grubunun Tırnak Yeme Alışkanlığı, Yoga, Meditasyon ve Kronik Hastalık Durumu

Değişkenler	Gruplar	f	%
Tırnak Yeme Alışkanlığı	Evet	43	8,6
	Hayır	457	91,4
	Toplam	500	100,0
Yoga	Evet	79	15,8
	Hayır	421	84,2
	Toplam	500	100,0
Meditasyon	Evet	91	18,2
	Hayır	409	81,8
	Toplam	500	100,0
Kronik Hastalık Durumu	Evet	39	7,8
	Hayır	461	92,2
	Toplam	500	100,0

Araştırma grubundan 43 kişi (%8,6) tırnak yeme alışkanlığı olduğunu ve 457 kişi (%91,4) tırnak yeme alışkanlığı olmadığını belirtmiştir. Tabloda 79 kişi (%15,8) yoga yaptığını ve 421 kişi (%84,2) yoga yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden 91 kişi (%18,2) meditasyon yaptığını ve 409 kişi (%81,8) meditasyon yapmadığını belirtmiştir. Araştırma grubunun kronik hastalık durumu incelendiğinde 39 kişinin (%7,8) kronik hastalığı olduğu ve 461 kişinin (%92,2) kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir.

Tablo 9 Araştırma Grubunun Çalışma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Çalışma durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	T	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	281	19,67	4,17	2,32	0,020*
	Hayır	219	18,82	3,89		
Fiziksel aktivite	Evet	281	17,16	5,02	4,05	0,000*
	Hayır	219	15,46	4,13		
Beslenme	Evet	281	21,21	4,18	1,39	0,163
	Hayır	219	20,71	3,75		
Manevi gelişim	Evet	281	26,53	4,50	2,78	0,005*
	Hayır	219	25,42	4,26		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	281	25,12	4,00	2,70	0,007*
	Hayır	219	24,16	3,87		
Stres yönetimi	Evet	281	19,71	3,68	3,24	0,001*
	Hayır	219	18,64	3,66		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	281	129,43	20,23	3,67	0,000*
	Hayır	219	123,23	16,63		

**p<0,05*

Tabloda araştırma grubunun çalışma durumuna göre Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası iletişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında $p<0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Beslenme alt boyutunda ise istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırma grubundan çalışan bireylerin ortalama puanları daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 10 Araştırma Grubunun Kronik Hastalık Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Kronik Hastalık Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	39	19,48	4,58	0,292	0,770
	Hayır	461	19,28	4,03		
Fiziksel aktivite	Evet	39	16,46	5,29	0,054	0,957
	Hayır	461	16,41	4,68		
Beslenme	Evet	39	21,43	4,58	0,713	0,476
	Hayır	461	20,95	3,96		
Manevi gelişim	Evet	39	26,07	4,99	0,045	0,964
	Hayır	461	26,04	4,38		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	39	24,56	4,27	0,232	0,817
	Hayır	461	24,71	3,95		
Stres yönetimi	Evet	39	19,25	3,80	0,015	0,988
	Hayır	461	19,24	3,70		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	39	127,28	21,11	0,192	0,848
	Hayır	461	126,67	18,80		

**p<0,05*

Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 11 Araştırma Grubunun Spor Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Spor Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	107	21,11	4,60	5,320	0,000*
	Hayır	393	18,81	3,77		
Fiziksel aktivite	Evet	107	21,14	4,74	13,669	0,000*
	Hayır	393	15,13	3,81		
Beslenme	Evet	107	23,17	4,75	6,616	0,000*
	Hayır	393	20,40	3,56		
Manevi gelişim	Evet	107	27,81	4,51	4,750	0,000*
	Hayır	393	25,56	4,29		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	107	26,30	3,86	4,809	0,000*
	Hayır	393	24,26	3,89		
Stres yönetimi	Evet	107	21,60	3,82	7,862	0,000*
	Hayır	393	18,60	3,40		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	107	141,16	20,58	9,671	0,000*
	Hayır	393	122,78	16,47		

* $p < 0,05$

Tabloda araştırma grubunun spor yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Spor yapan bireylerin ortalama puanları daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 12 Araştırma Grubunun Lisanslı Spor Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Lisanslı Spor Yapma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	39	19,94	4,04	1,030	0,304
	Hayır	461	19,24	4,07		
Fiziksel aktivite	Evet	39	19,20	4,94	3,883	0,000*
	Hayır	461	16,18	4,63		
Beslenme	Evet	39	21,43	4,41	0,713	0,476
	Hayır	461	20,95	3,97		
Manevi gelişim	Evet	39	25,43	5,52	0,895	0,371
	Hayır	461	26,09	4,33		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	39	24,07	4,25	1,30	0,304
	Hayır	461	24,75	3,94		
Stres yönetimi	Evet	39	19,64	4,73	0,689	0,491
	Hayır	461	19,21	3,61		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	39	129,74	23,92	1,036	0,301
	Hayır	461	126,46	18,50		

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun lisanslı olarak spor yapma durumuna göre fiziksel aktivite alt boyutunda $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 13 Araştırma Grubunun Meditasyon Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Meditasyon Yapma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	91	20,35	3,76	2,731	0,007*
	Hayır	409	19,07	4,10		
Fiziksel aktivite	Evet	91	18,92	4,88	5,757	0,000*
	Hayır	409	15,86	4,51		
Beslenme	Evet	91	21,38	4,08	1,022	0,307
	Hayır	409	20,90	3,99		
Manevi gelişim	Evet	91	27,52	4,65	3,566	0,000*
	Hayır	409	25,71	4,31		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	91	25,34	3,94	1,688	0,092
	Hayır	409	24,56	3,96		
Stres yönetimi	Evet	91	20,54	4,02	3,749	0,000*
	Hayır	409	18,95	3,57		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	91	134,07	19,88	4,154	0,000*
	Hayır	409	125,08	18,39		

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun meditasyon yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ise anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Meditasyon yapan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 14 Araştırma Grubunun Yoga Yapma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Yoga Yapma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	79	20,35	3,60	2,511	0,012*
	Hayır	421	19,10	4,12		
Fiziksel aktivite	Evet	79	19,41	4,60	6,388	0,000*
	Hayır	421	15,85	4,53		
Beslenme	Evet	79	21,40	3,82	0,988	0,323
	Hayır	421	20,91	4,04		
Manevi gelişim	Evet	79	27,82	4,60	3,938	0,000*
	Hayır	421	25,71	4,32		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	79	25,75	3,91	2,583	0,010*
	Hayır	421	24,50	3,95		
Stres yönetimi	Evet	79	20,82	3,49	4,180	0,000*
	Hayır	421	18,95	3,67		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	79	135,58	18,11	4,614	0,000*
	Hayır	421	125,05	18,69		

**p<0,05*

Araştırma grubunun yoga yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Beslenme alt boyutunda ise anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Yoga yapanların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 15 Araştırma Grubunun Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Psikolojik Destek Alma Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	40	20,65	4,04	2,187	0,029*
	Hayır	460	19,18	4,05		
Fiziksel aktivite	Evet	40	17,30	5,76	1,225	0,221
	Hayır	460	16,34	4,62		
Beslenme	Evet	40	21,40	3,89	0,664	0,507
	Hayır	460	20,96	4,02		
Manevi gelişim	Evet	40	26,07	5,41	0,043	0,966
	Hayır	460	26,04	4,34		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	40	24,85	4,89	0,239	0,811
	Hayır	460	24,69	3,88		
Stres yönetimi	Evet	40	19,15	4,42	0,174	0,862
	Hayır	460	19,25	3,64		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	40	129,40	23,25	0,939	0,348
	Hayır	460	126,48	18,56		

* $p < 0,05$

Tabloda psikolojik deste alma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutunda $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 16 Araştırma Grubunun Tırnak Yeme Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Tırnak Yeme Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlık sorumluluğu	Evet	43	19,32	4,91	0,036	0,971
	Hayır	457	19,30	3,99		
Fiziksel aktivite	Evet	43	16,83	5,20	0,602	0,547
	Hayır	457	16,38	4,68		
Beslenme	Evet	43	20,97	3,82	0,033	0,974
	Hayır	457	20,99	4,02		
Manevi gelişim	Evet	43	25,00	4,84	1,621	0,106
	Hayır	457	26,14	4,38		
Kişilerarası ilişkiler	Evet	43	24,41	4,73	0,496	0,620
	Hayır	457	24,73	3,89		
Stres yönetimi	Evet	43	18,95	4,19	0,544	0,586
	Hayır	457	19,27	3,66		
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	43	125,51	23,03	0,437	0,662
	Hayır	457	126,83	18,57		

**p < 0,05*

Araştırma grubunun tırnak yeme alışkanlığına göre fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tırnak yemeyen bireylerin ortalama puanlarının ise daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 17 Araştırma Grubunun Sigara İçme Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Sigara Durumu	N	X	SS.	Minimu m	Maximu m	F	p	Tuke y HSD
Sağlık sorumluluğu	Evete	110	18,81	3,54	11	29	1,823	0,163	---
	Hayır	357	19,52	4,21	9	32			
	Bırakmış	33	18,57	3,97	13	32			
Fiziksel aktivite	Evete	110	15,95	4,49	8	32	1,326	0,266	---
	Hayır	357	16,63	4,68	8	32			
	Bırakmış	33	15,66	5,76	8	32			
Beslenme	Evete ^a	110	20,09	3,84	13	32	3,661	0,026*	a-b*
	Hayır ^b	357	21,26	4,07	12	34			
	Bırakmış ^c	33	21,09	3,45	15	32			
Manevi gelişim	Evete	110	25,74	4,62	14	36	1,317	0,269	---
	Hayır	357	26,22	4,37	15	36			
	Bırakmış	33	25,09	4,38	13	32			
Kişilerarası ilişkiler	Evete	110	24,32	4,08	16	34	2,316	0,100	---
	Hayır	357	24,92	3,90	15	35			
	Bırakmış	33	23,60	4,13	17	34			
Stres yönetimi	Evete	110	19,14	3,70	11	31	0,085	0,918	---
	Hayır	357	19,29	3,72	9	30			
	Bırakmış	33	19,12	3,65	14	30			
SYBDÖ Toplam Puanı	Evete	110	124,08	18,98	89	186	2,309	0,100	---
	Hayır	357	127,86	18,99	85	190			
	Bırakmış	33	123,15	17,98	95	192			

* $p < 0,05$

Tabloda sigara durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Beslenme alt boyutunda ise $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık sigara içen ve içmeyen gruptan kaynaklanmaktadır. Sigara kullanmayan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tabloda göze çarpmaktadır.

Tablo 18 Araştırma Grubunun Alkol Kullanma Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Alkol Durumu	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	Evet	59	19,47	3,59	13	32	0,112	0,894	---
	Hayır	431	19,27	4,11	9	32			
	Bırakmış	10	19,70	5,03	15	30			
Fiziksel aktivite	Evet ^a	59	18,15	5,02	10	32	5,160	0,006*	a-b*
	Hayır ^b	431	16,15	4,60	8	32			
	Bırakmış ^c	10	17,80	6,21	11	31			
Beslenme	Evet	59	20,84	3,81	13	32	0,194	0,823	---
	Hayır	431	21,00	4,01	12	34			
	Bırakmış	10	21,70	5,14	17	34			
Manevi gelişim	Evet	59	27,06	3,77	19	36	2,106	0,123	---
	Hayır	431	25,93	4,53	13	36			
	Bırakmış	10	24,80	2,25	20	28			
Kişilerarası ilişkiler	Evet	59	25,83	3,44	20	34	2,740	0,066	---
	Hayır	431	24,56	4,03	15	35			
	Bırakmış	10	24,20	3,25	17	28			
Stres yönetimi	Evet ^a	59	20,54	3,74	12	30	4,125	0,017*	a-b*
	Hayır ^b	431	19,07	3,69	9	31			
	Bırakmış ^c	10	19,10	2,60	15	23			
SYBDÖ Toplam Puanı	Evet	59	131,91	17,24	96	192	2,544	0,080	---
	Hayır	431	125,99	19,13	85	190			
	Bırakmış	10	127,30	18,75	102	161			

* $p < 0,05$

Tabloda Alkol durumuna göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık

bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar alkol kullanan ve kullanmayan gruplardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 19 Araştırma Grubunun Beslenme Tercihlerine Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Beslenme Tercihi	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	P
Sağlık sorumluluğu	Etçil	44	18,00	3,53	12	27	2,533	0,080
	Otçul	37	19,62	3,41	14	26		
	Her ikisi	419	19,41	4,16	9	32		
Fiziksel aktivite	Etçil	44	16,75	4,86	8	29	0,272	0,762
	Otçul	37	15,97	4,34	9	30		
	Her ikisi	419	16,42	4,75	8	32		
Beslenme	Etçil	44	19,90	3,32	14	28	2,345	0,097
	Otçul	37	20,43	2,87	13	26		
	Her ikisi	419	21,15	4,14	12	34		
Manevi gelişim	Etçil	44	25,34	5,18	13	35	1,165	0,313
	Otçul	37	25,37	4,25	15	33		
	Her ikisi	419	26,17	4,36	14	36		
Kişilerarası ilişkiler	Etçil	44	24,02	4,49	17	34	2,336	0,098
	Otçul	37	23,64	4,02	16	33		
	Her ikisi	419	24,87	3,89	15	35		
Stres yönetimi	Etçil	44	18,63	3,49	12	27	0,718	0,488
	Otçul	37	19,51	3,32	13	28		
	Her ikisi	419	19,28	3,76	9	31		
SYBDÖ Toplam Puanı	Etçil	44	122,65	17,45	92	162	1,471	0,231
	Otçul	37	124,56	16,43	100	165		
	Her ikisi	419	127,33	19,30	85	192		

**p<0,05*

Araştırma grubunun beslenme tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğunda otçul, fiziksel aktivitede etçil, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetiminde her ikisi diyen grupların ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 20 Araştırma Grubunun Gelir Durumuna Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Gelir Durumu	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	0-300 TL ^a	98	18,44	3,61	11	28	3,490	0,016*	a-c*
	301-500 TL ^b	49	18,87	3,97	11	30			
	501-1000 TL ^c	68	20,44	4,78	10	32			
Fiziksel aktivite	1001 TL ve üzeri ^d	285	19,40	4,00	9	32	4,948	0,002*	a-c*
	0-300 TL ^a	98	15,09	3,70	8	24			
Beslenme	301-500 TL ^b	49	15,48	3,73	8	28	1,200	0,309	---
	501-1000 TL ^c	68	17,41	4,74	9	31			
	1001 TL ve üzeri ^d	285	16,80	5,07	8	32			
	0-300 TL	98	20,55	3,76	12	31			
Manevi gelişim	301-500 TL	49	20,61	3,71	13	30	5,299	0,001*	a-d*
	501-1000 TL	68	21,66	4,16	13	32			
	1001 TL ve üzeri	285	21,05	4,09	13	34			
Kişilerarası ilişkiler	0-300 TL ^a	98	24,86	3,88	13	35	3,129	0,025*	b-d*
	301-500 TL ^b	49	25,20	4,60	15	33			
	501-1000 TL ^c	68	25,61	4,21	14	35			
	1001 TL ve üzeri ^d	285	26,69	4,53	16	36			
Stres yönetimi	0-300 TL ^a	98	24,22	3,95	17	32	2,803	0,039*	a-d*
	301-500 TL ^b	49	23,63	3,62	17	30			
	501-1000 TL ^c	68	24,30	4,22	15	35			
SYBDÖ Toplam Puanı	1001 TL ve üzeri ^d	285	25,15	3,92	16	35	4,484	0,004*	a-d*
	0-300 TL ^a	98	18,30	3,41	11	28			
	301-500 TL ^b	49	19,16	3,36	9	26			
	501-1000 TL ^c	68	19,42	3,76	11	30			
Toplam Puanı	1001 TL ve üzeri ^d	285	19,54	3,81	10	31	4,484	0,004*	a-d*
	0-300 TL ^a	98	121,48	14,71	94	162			
	301-500 TL ^b	49	122,97	15,91	85	156			
Toplam Puanı	501-1000 TL ^c	68	128,86	19,94	86	190			
	1001 TL ve üzeri ^d	285	128,65	20,13	89	192			

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun gelir durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sağlık sorumluluğunda oluşan farklılıklar a-c* gruplarından, fiziksel aktivitede oluşan farklılıklar a-c* ve a-d* gruplarından, manevi gelişimden oluşan farklılıklar a-d* gruplarından, kişilerarası ilişkilerde oluşan farklılıklar b-d* gruplarından, stres yönetiminde oluşan farklılıklar a-d* gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar a-d* gruplarından kaynaklanmaktadır. Beslenme alt boyutunda ise istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 21 Araştırma Grubunun Ev-İş Ulaşım Dağılımlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Ev-İş Ulaşım	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	Otobüs	241	19,38	4,13	9	32	2,009	0,092	---
	Özel araç	122	19,92	4,47	10	32			
	Bisiklet	5	18,20	2,86	15	22			
	Yürüme	109	18,77	3,51	11	28			
	Diğer	23	17,86	3,36	13	24			
Fiziksel aktivite	Otobüs ^a	241	15,97	4,24	8	31	3,358	0,010*	a-b*
	Özel araç ^b	122	17,37	5,64	8	32			
	Bisiklet ^c	5	20,20	8,81	11	32			
	Yürüme ^d	109	16,52	4,31	8	32			
	Diğer ^e	23	14,78	3,99	9	23			
Beslenme	Otobüs	241	20,91	3,87	13	34	0,899	0,465	---
	Özel araç	122	21,50	4,42	12	33			
	Bisiklet	5	21,20	4,02	17	26			
	Yürüme	109	20,77	3,99	13	32			
	Diğer	23	20,08	3,01	15	27			
Manevi gelişim	Otobüs	241	25,67	4,57	13	36	1,320	0,261	---
	Özel araç	122	26,75	4,52	16	36			
	Bisiklet	5	27,40	6,87	19	34			
	Yürüme	109	26,00	4,00	17	36			
	Diğer	23	26,08	3,55	19	31			
Kişilerarası ilişkiler	Otobüs	241	24,21	3,78	16	35	2,046	0,087	---
	Özel araç	122	25,39	4,11	17	35			
	Bisiklet	5	25,40	4,92	20	33			
	Yürüme	109	24,89	4,10	15	34			
	Diğer	23	25,17	3,93	18	32			
Stres yönetimi	Otobüs ^a	241	19,02	3,85	9	31	2,438	0,046*	c-e*
	Özel araç ^b	122	19,77	3,51	13	30			
	Bisiklet ^c	5	22,80	5,63	16	29			
	Yürüme ^d	109	19,20	3,45	10	28			
	Diğer ^e	23	18,21	3,43	12	26			
SYBDÖ Toplam Puanı	Otobüs	241	125,19	18,41	85	190	2,374	0,051	---
	Özel araç	122	130,72	21,43	95	192			
	Bisiklet	5	135,20	28,90	105	166			
	Yürüme	109	126,18	16,89	89	186			
	Diğer	23	122,21	15,32	99	152			

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında ise $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivitede oluşan farklılıklar a-b* gruplarında ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar c-e* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 22 Araştırma Grubunun Şehir Ulaşım Dağılımlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Şehir içi Ulaşım	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey
									HSD
Sağlık sorumluluğu	Otobüs ^a	269	19,29	4,08	10	32	2,710	0,030*	b-d*
	Özel araç ^b	130	20,07	4,32	9	32			
	Bisiklet ^c	17	18,64	3,82	13	23			
	Yürüme ^d	79	18,29	3,45	12	28			
	Diğer ^e	5	17,80	3,70	13	23			
Fiziksel aktivite	Otobüs	269	16,03	4,14	8	31	1,383	0,239	---
	Özel araç	130	17,16	5,54	8	32			
	Bisiklet	17	16,52	5,56	10	32			
	Yürüme	79	16,58	4,99	8	31			
	Diğer	5	15,00	1,87	13	17			
Beslenme	Otobüs ^a	269	20,87	3,94	13	34	2,708	0,030*	b-d*
	Özel araç ^b	130	21,83	4,41	13	33			
	Bisiklet ^c	17	20,88	2,80	16	25			
	Yürüme ^d	79	20,02	3,58	12	31			
	Diğer ^e	5	21,40	2,70	18	25			
Manevi gelişim	Otobüs ^a	269	25,89	4,45	14	36	2,582	0,037*	b-c*
	Özel araç ^b	130	26,90	4,37	16	35			
	Bisiklet ^c	17	23,88	4,64	18	34			
	Yürüme ^d	79	25,56	4,24	13	36			
	Diğer ^e	5	26,40	4,15	20	31			
Kişilerarası ilişkiler	Otobüs ^a	269	24,38	3,83	16	35	4,821	0,001*	a-b*
	Özel araç ^b	130	25,74	4,31	16	35			
	Bisiklet ^c	17	22,41	2,85	19	29			
	Yürüme ^d	79	24,43	3,63	15	32			
	Diğer ^e	5	27,20	4,65	19	30			
Stres yönetimi	Otobüs	269	19,06	3,80	9	31	1,054	0,379	---
	Özel araç	130	19,63	3,76	10	30			
	Bisiklet	17	19,00	3,77	14	28			
	Yürüme	79	19,43	3,32	14	27			
	Diğer	5	17,00	2,23	14	20			
SYBDÖ Toplam Puanı	Otobüs ^a	269	125,55	18,10	85	190	2,915	0,021*	a-b*
	Özel araç ^b	130	131,36	21,51	89	192			
	Bisiklet ^c	17	121,35	17,18	102	164			
	Yürüme ^d	79	124,32	17,05	93	176			
	Diğer ^e	5	124,80	11,62	109	139			

* $p < 0,05$

Tabloda araştırma grubunun şehir içi ulaşım durumuna göre fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sağlık sorumluluğunda oluşan farklılıklar b-d* gruplarından, beslenmede oluşan farklılıklar b-d* gruplarından, manevi gelişimde oluşan farklılıklar b-c* gruplarından, kişiler arası ilişkilerde oluşan farklılıklar a-b* ve b-c* gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar a-b* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 23 Araştırma Grubunun Konaklama Dağılımlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Konaklama	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	Tek başıma evde	65	19,56	4,31	12	32	1,298	0,270	---
	Ailemle birlikte evde	353	19,44	4,10	9	32			
	Yurtta veya Apartta	50	18,48	3,68	12	30			
	Arkadaşlarımla birlikte evde	13	17,53	3,68	11	21			
	Diğer	19	19,21	3,53	14	26			
Fiziksel aktivite	Tek başıma evde ^a	65	18,29	5,45	8	32	3,058	0,017*	a-b*
	Ailemle birlikte evde ^b	353	16,15	4,61	8	32			
	Yurtta veya apart ta ^c	50	16,34	4,57	9	31			
	Arkadaşlarımla birlikte evde ^d	13	15,92	3,79	11	22			
	Diğer ^e	19	15,63	3,84	8	25			
Beslenme	Tek başıma evde	65	21,29	3,90	13	32	0,998	0,408	---
	Ailemle birlikte evde	353	21,09	4,07	12	34			
	Yurtta veya apart ta	50	20,46	3,88	13	32			
	Arkadaşlarımla birlikte evde	13	19,23	2,86	16	26			
	Diğer	19	20,84	4,11	14	31			
Manevi gelişim	Tek başıma evde	65	27,40	4,27	19	36	2,198	0,068	---
	Ailemle birlikte evde	353	25,76	4,49	13	36			

	Yurtta veya apartta	50	25,92	4,23	16	36		
	Arkadaşlarımla birlikte evde	13	27,38	5,00	21	36		
	Diğer	19	26,05	3,20	17	33		
Kişilerarası ilişkiler	Tek başıma evde ^a	65	25,96	3,93	16	34	2,477	0,043* a-b*
	Ailemle birlikte evde ^b	353	24,50	4,05	16	35		
	Yurtta veya apart ta ^c	50	24,06	3,24	15	33		
	Arkadaşlarımla birlikte evde ^d	13	25,61	4,05	18	32		
	Diğer ^e	19	25,21	3,55	19	33		
Stres yönetimi	Tek başıma evde ^a	65	20,84	3,50	14	30	4,025	0,003* a-b*
	Ailemle birlikte evde ^b	353	18,89	3,64	9	29		
	Yurtta veya apart ta ^c	50	19,36	3,45	15	31		
	Arkadaşlarımla birlikte evde ^d	13	19,61	4,19	14	26		
	Diğer ^e	19	19,73	4,73	10	28		
SYBDÖ Toplam Puanı	Tek başıma evde	65	133,36	20,11	96	192	2,378	0,051 ---
	Ailemle birlikte evde	353	125,84	19,00	85	186		
	Yurtta veya apartta	50	124,62	17,42	93	190		
	Arkadaşlarımla birlikte evde	13	125,30	16,17	100	153		
	Diğer	19	126,68	17,03	101	165		

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun konaklama durumlarına göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Fiziksel aktivite, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi alt boyutlarında ise konaklama durumuna göre $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivitede oluşan farklılık a-b* gruplarından, kişilerarası ilişkiler grubunda oluşan farklılıklar a-b* gruplarından ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar a-b* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 24 Araştırma Grubunun Psikolojik Destek Alma Tercihlerine Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Psikolojik Destek Durumu	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	Hiç kimse ^a	129	18,20	4,13	9	31	4,140	0,003*	a-c*
	Arkadaşımdan ^b	136	19,19	4,05	10	31			
	Ailemden ^c	168	20,04	3,90	11	32			
	Uzman kişiden ^d	56	19,67	4,02	12	32			
	Diğer ^c	11	20,36	4,03	15	30			
Fiziksel aktivite	Hiç kimse	129	16,11	4,67	8	32	1,169	0,323	---
	Arkadaşımdan	136	16,17	4,70	8	32			
	Ailemden	168	16,41	4,59	9	32			
	Uzman kişiden	56	17,42	5,41	10	32			
	Diğer	11	18,00	3,63	12	24			
Beslenme	Hiç kimse ^a	129	20,01	3,59	13	32	4,344	0,002*	a-c*
	Arkadaşımdan ^b	136	20,75	3,99	12	34			
	Ailemden ^c	168	21,88	4,28	13	34			
	Uzman kişiden ^d	56	21,26	3,62	15	33			
	Diğer ^c	11	20,54	4,03	13	26			
Manevi gelişim	Hiç kimse ^a	129	25,05	4,76	14	36	2,921	0,021*	a-d*
	Arkadaşımdan ^b	136	26,27	4,24	15	36			
	Ailemden ^c	168	26,18	4,15	13	36			
	Uzman kişiden ^d	56	27,00	4,46	17	35			
	Diğer ^c	11	27,90	4,98	21	36			
Kişilerarası ilişkiler	Hiç kimse ^a	129	23,22	3,61	15	34	7,382	0,000*	a-b*
	Arkadaşımdan ^b	136	25,19	3,91	16	34			
	Ailemden ^c	168	24,91	3,88	16	34			
	Uzman kişiden ^d	56	26,07	4,36	18	35			
	Diğer ^c	11	25,90	3,53	19	32			
Stres yönetimi	Hiç kimse ^a	129	18,41	3,96	9	30	2,869	0,023*	a-b*
	Arkadaşımdan ^b	136	19,68	3,68	11	31			
	Ailemden ^c	168	19,26	3,29	12	30			
	Uzman kişiden ^d	56	19,76	4,10	12	29			
	Diğer ^c	11	20,72	3,43	13	25			
SYBDÖ Toplam Puanı	Hiç kimse ^a	129	121,03	18,99	85	190	4,652	0,001*	a-c*
	Arkadaşımdan ^b	136	127,27	18,72	86	186			
	Ailemden ^c	168	128,70	18,28	92	192			
	Uzman kişiden ^d	56	131,21	19,86	101	182			
	Diğer ^c	11	133,45	14,49	110	154			

* $p < 0,05$

Araştırma grubunun psikolojik destek alma durumlarına göre fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında psikolojik alma tercihlerine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında oluşan farklılık a-c* gruplarından, manevi gelişimde oluşan farklılık a-d* gruplarından, kişilerarası ilişkiler a-b*, a-c* ve a-d* gruplarından, stres yönetiminde oluşan farklılıklar a-b* gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar a-c* ve a-d* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 25 Araştırma Grubunun Uyku Süreleri Dağılımlarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Uyku Süresi	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	4 saat altı	5	19,40	3,20	17	25	0,335	0,854	---
	4-6 saat arası	75	19,18	4,23	9	32			
	6-8 saat arası	283	19,32	3,98	10	32			
	8-10 saat arası	126	19,44	4,05	10	32			
	10 saat ve üstü	11	18,00	5,86	11	30			
Fiziksel aktivite	4 saat altı	5	14,60	3,20	10	18	1,116	0,348	---
	4-6 saat arası	75	16,28	5,02	8	32			
	6-8 saat arası	283	16,77	4,68	8	32			
	8-10 saat arası	126	15,84	4,70	8	31			
	10 saat ve üstü	11	15,81	4,19	10	22			
Beslenme	4 saat altı	5	20,00	3,31	17	25	1,281	0,276	---
	4-6 saat arası	75	20,60	4,10	13	32			
	6-8 saat arası	283	21,32	4,02	12	34			
	8-10 saat arası	126	20,63	3,83	13	32			
	10 saat ve üstü	11	19,72	4,85	13	31			
Manevi gelişim	4 saat altı ^a	5	23,00	6,16	17	32	2,670	0,032*	b-c*
	4-6 saat arası ^b	75	25,18	4,86	14	35			
	6-8 saat arası ^c	283	26,48	4,32	15	36			
	8-10 saat arası ^d	126	25,86	4,21	17	36			
	10 saat ve üstü ^e	11	24,00	4,58	13	31			
Kişilerarası ilişkiler	4 saat altı	5	23,20	3,96	20	30	1,178	0,320	---
	4-6 saat arası	75	24,28	4,61	16	34			
	6-8 saat arası	283	24,98	3,78	15	35			
	8-10 saat arası	126	24,51	3,99	16	35			
	10 saat ve üstü	11	23,27	3,40	17	31			
Stres yönetimi	4 saat altı ^a	5	17,00	3,39	14	22	3,002	0,018*	b-c*
	4-6 saat arası ^b	75	18,10	4,32	9	30			
	6-8 saat arası ^c	283	19,59	3,56	11	29			
	8-10 saat arası ^d	126	19,30	3,53	11	31			
	10 saat ve üstü ^e	11	18,54	3,38	14	25			
SYBDÖ Toplam Puanı	4 saat altı	5	117,20	21,34	101	152	1,962	0,099	---
	4-6 saat arası	75	123,64	21,27	85	192			
	6-8 saat arası	283	128,49	18,21	89	186			
	8-10 saat arası	126	125,60	18,82	86	190			
	10 saat ve üstü	11	119,36	19,29	101	168			

* $p < 0,05$

Tabloda uyku süresine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Manevi gelişim ve stres yönetiminde uyku süresine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutunda oluşan farklılık b-c* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 26 Araştırma Grubunun MET Sınıflarına Göre SYBDÖ Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	MET Sınıfları	N	X	SS.	Minimum	Maximum	F	p	Tukey HSD
Sağlık sorumluluğu	İnaktif ^b	146	18,18	3,65	9	32	8,004	0,000*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	19,75	4,21	10	32			a-c*
	Hepa Aktif ^c	115	19,78	4,03	12	32			
Fiziksel aktivite	İnaktif ^b	146	14,00	3,45	8	22	39,380	0,000*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	16,76	4,54	8	32			a-c*
	Hepa Aktif ^c	115	18,78	5,10	8	32			b-c*
Beslenme	İnaktif	146	20,34	3,35	13	31	2,726	0,066	---
	Minumum Aktif	239	21,23	4,03	13	34			
	Hepa Aktif	115	21,33	4,61	12	32			
Manevi gelişim	İnaktif ^b	146	24,77	4,40	14	36	9,215	0,000*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	26,41	4,18	15	36			a-c*
	Hepa Aktif ^c	115	26,88	4,65	13	36			
Kişilerarası ilişkiler	İnaktif ^b	146	23,99	3,91	15	35	3,393	0,034*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	25,04	3,82	16	35			
	Hepa Aktif ^c	115	24,91	4,25	17	34			
Stres yönetimi	İnaktif ^b	146	18,39	3,48	10	28	6,520	0,002*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	19,41	3,57	9	29			a-c*
	Hepa Aktif ^c	115	19,99	4,05	12	31			
SYBDÖ Toplam Puanı	İnaktif ^b	146	119,69	16,22	89	164	16,049	0,000*	a-b*
	Minumum Aktif ^b	239	128,62	18,35	85	186			a-c*
	Hepa Aktif ^c	115	131,68	21,04	91	192			

* $p < 0,05$

Tabloda Met durumuna göre beslenme alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında ise Met değerine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı

farklılıklar bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında oluşan farklılıklar a-b* ve a-c* gruplarından kaynaklanmaktadır. Fiziksel aktivite alt boyutunda oluşan farklılık a-b*, a-c* ve b-c* gruplarından, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda oluşan farklılıklar a-b* gruplarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 27 Araştırma Grubunun Çeşitli Değişkenlerinin Toplam MET Puanlarına Göre SYBDÖ Korelasyon Analizi

Değişkenler		Yaş	Kilo	Boy	BKİ	MET
Sağlık sorumluluğu	r	,100*	,058	,084	,007	,116**
	p	,025	,196	,059	,869	,009
Fiziksel aktivite	r	,101*	-,009	,097*	-,052	,368**
	p	,024	,842	,030	,245	,000
Beslenme	r	,109*	,074	,027	,060	,101*
	p	,015	,098	,554	,182	,023
Manevi gelişim	r	,090*	,027	-,071	,067	,124**
	p	,045	,547	,113	,132	,006
Kişilerarası ilişkiler	r	,095*	,023	-,053	,064	,031
	p	,033	,613	,241	,150	,490
Stres yönetimi	r	,050	-,015	,045	-,016	,149**
	p	,265	,741	,316	,718	,001
SYBDÖ Toplam Puanı	r	,120**	,034	,029	,027	,202**
	p	,007	,448	,516	,542	,000

Araştırma grubunun sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve SYBDÖ toplam puanı alt boyutuna bakıldığında yaş ve Met değerlerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite alt boyutunda yaş, boy ve Met değerlerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda yaş değişkeninde $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt boyutunda Met değerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

25 – 30 yaş Aralığındaki gönüllü 500 kadın üzerinde yapılan anketlerle ve anketlerden elde edilen verilerin analiziyle söz konusu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine göre etkisi incelendi. Araştırmada; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA - International Physical Activity Questionnaire) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II anketleri kullanıldı.

Veriler istatistiki açıdan SPSS 22 programında analiz edildi. Bu çalışma da güven düzeyi %95 olarak belirlendi. Bu durum analiz sonuçlarında bulunan “p” değerinin 0,05’ten küçük olup olmadığına bakılarak anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesi anlamına gelmektedir.

Bu çalışmada elde edilen veriler; kronik rahatsızlık, iş hayatı, spor hayatı, ulaşım, lisanslı spor yapma, beslenme tercihi, yaşadıkları yer, uyku süreleri, beden kitle indeksi, yaş aralığı, yoga ve meditasyon yapma, tırnak yeme, psikolojik destek alma, aylık gelir düzeyi ve alkol ve sigara kullanma kriterleri olmak üzere 15 farklı kritere göre analiz edildi. Sonuçlar da bu kriterlere göre ayrı ayrı analiz edilecektir. Ayrıca aktivite sırasındaki enerji kullanma değerine (MET) göre de sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları analiz edilecektir.

Kronik Rahatsızlık Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 39 kişi (%7,8) kronik hastalığı olduğunu ve 461 kişi ise (%92,2) kronik hastalığının olmadığını belirtmişlerdir. Araştırma grubunda kronik hastalık durumuna göre Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği toplam puanı ve alt sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme,

manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

221 gönüllü çalışan birey üzerinde yapılan araştırmada, çalışanların %11,3'ünün kronik hastalığının bulunduğunu belirtmişlerdir (Kolaç ve ark., 2018).

Batman ilinde 20 – 30 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada %92,9'unun tanısı konulmuş bir kronik hastalığı var iken geri kalan %7.1'lik kısmın tanısı konulmuş kronik hastalığı bulunmamaktadır (Demir, 2019).

İş Hayatı Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 281 kişi (%56,2) bir işte çalıştığını ve 219 kişi (%43,8) bir işte çalışmadığını ifade etmişlerdir. Araştırma grubunda çalışma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası iletişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Beslenme alt boyutunda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırma grubundan çalışan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Spor Hayatı Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 107 kişi (%21,4) düzenli spor yaptığını ve 393 kişi (%78,6) düzenli spor yapmadığını belirtmiştir. Araştırma grubunun spor yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Spor yapan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Üniversite öğrencileri üzerinde fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme durumlarının değerlendirilmesi için 526 erkek ve 474 kız öğrenci olmak üzere toplam 1000 kişi üzerinde yapılan çalışmada erkeklerin düzenli egzersiz yapma oranı %39.4 iken kızlarda bu oran göre %22.6 olarak belirlenmiştir. Düzenli olarak egzersiz yapan erkeklerin %70.5'i yürüyüş ve aerobik-stepi ve %20,3'ü ise yüzmeyi tercih ederken, düzenli olarak egzersiz yapan kadınların %64,5'i yürüyüş ve aerobik-stepi ve %21,5'i ise tenis ve dansı tercih etmektedirler (Vassish, 2012).

Ulaşım Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan ev-iş ulaşımını 240 kişi (%48) otobüsle, 122 kişi (%24,4) özel araçla, 5 kişi (%1) bisikletle, 109 kişi (%21,8) yürüyerek ve

23 kişi (%4,6) diğer şeklinde sağladığı belirlenmiştir. Araştırmamızda şehir içi ulaşımı 269 kişi (%53,8) otobüsle, 130 kişi (%26) özel araçla, 17 kişi (%3,4) bisikletle, 79 kişi (%15,8) yürüyerek ve 5 kişi (%1) diğer şeklinde sağladığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunun ev-iş ulaşımında sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında ise aynı güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivitede oluşan farklılıklar otobüs- özel araç gruplarında ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar bisiklet - diğer gruplarından dolayı oluşmaktadır.

Araştırma grubunun şehir içi ulaşım dağılımlarına göre fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel anlamlı farklılık ise bulunmaktadır. Sağlık sorumluluğunda oluşan farklılıklar özel araç-yürüme gruplarından, beslenmede oluşan farklılıklar özel araç-yürüme gruplarından, manevi gelişimde oluşan farklılıklar özel araç - bisiklet gruplarından, kişiler arası ilişkilerde oluşan farklılıklar otobüs - özel araç ve özel araç - bisiklet gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar otobüs-özel araç gruplarından kaynaklanmaktadır.

Lisanslı Spor Yapma Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 39 kişinin (%7,8) lisansının olduğu ve 461 kişinin (%92,2) lisansının olmadığı tespit edilmiştir. Araştırma grubunun lisanslı olarak spor yapma durumuna göre fiziksel aktivite alt boyutunda $p < 0,05$ seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar meydana gelmiştir. Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Beslenme Tercihine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 44 kişi (%8,8) etçil beslendiğini, 37 kişi (%7,4) otçul beslendiğini ve 419 kişi (%83,8) her iki türden beslendiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun beslenme tercihlerine göre SYBDÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sağlık sorumluluğunda otçul, fiziksel aktivitede etçil beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetiminde her ikisi diyen grupların ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Üniversite öğrencileri üzerinde fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme durumlarının değerlendirilmesi için 526 erkek ve 474 kız öğrenci olmak üzere toplam 1000 kişi üzerinde yapılan çalışmada erkeklerin erkeklerin %66.5'i kızların ise %64,8'i 3 ana öğün tüketirken 2 ana öğün tüketen oran erkeklerde %31.7 kızlarda ise %33.1'dir (Vassish, 2012).

Yaşadıkları Yer Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubunun konaklama değişkenine göre; 65 kişi (%13) tek başına evde, 353 kişi (%70,6) ailele birlikte evde, 50 kişi (%10) yurttan veya apartta, 13 kişi (%2,6) arkadaşlarıyla birlikte evde ve 19 kişi (%3,8) diğer şekilde görüş bildirmiştir.

Araştırma grubunun konaklama durumlarına göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi alt boyutlarında ise konaklama durumuna göre $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık belirlenmiştir. Fiziksel aktivitede oluşan farklılık tek başına evde – ailele birlikte evde gruplarından, kişilerarası ilişkiler grubunda oluşan farklılıklar tek başına evde – ailele birlikte evde gruplarından ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar tek başına evde – ailele birlikte evde gruplarından kaynaklanmaktadır.

Ankara'da yaşayan Hacettepe, Ankara, Gazi ve Orta Doğu Teknik üniversitelerinde okuyan 1000 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %28.2'si aileleriyle birlikte yaşarken geri kalan %71.8'i tek başına ev ve yurt ortamında yaşamaktadırlar (Vassish, 2012).

Uyku Süreleri Göre Değerlendirme

Araştırma grubunun uyku süreleri değerlendirildiğinde 5 kişi (%1) 4 saat ve altında uyuduğunu, 75 kişi (%15) 4-6 saat uyuduğunu, 283 kişi (%56,6) 6-8 saat uyuduğunu, 126 kişi (%25,2) 8-10 saat uyuduğunu ve 11 kişi (%2,2) 10 saat ve üzeri uyuduğunu belirtmiştir.

Uyku süresine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Manevi gelişim ve stres yönetiminde uyku süresine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutunda oluşan farklılık 4-6 saat arası ve 6-8 saat arası gruplarından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde yetişkin olan bireylerdeki uyku epidemiyolojisine göre, bireylerin %47,6'sı 7 saat ve daha az uyurken, erkeklerin %17'sinin kadınların

ise %26,3'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite düşüklüğü, depresyon, sosyoekonomik durum, gece nöbetli çalışmak, kronik hastalığın varlığı, ilerlemiş yaş ve stres uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (Demir, 2010; Patel ve Hu, 2008).

Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %54,2'sinin 7 saatten daha fazla uyuduğu, %45,8'inin ise 6-7 saat arasında uyku süresine sahip olduğu belirlenmiştir (Işık, 2016).

Kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada 6 saat ve daha az uyuyanlar ile 8 saat ve daha fazla uyuyanların BKİ'leri istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen daha yüksek değerlerde tespit edilmiş, öğrencilerin bel çevreleri ile uyku süreleri arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir (Türközü ve Aksoy, 2015).

Kırk yaş altındaki kadınlar üzerinde yapılan çalışmada, gece uyku süresi kısa olan ve uzun olanların obezite sıklıklarının daha fazla olduğu ve uyku süresi azaldıkça ağırlık ve bel çevresinin arttığı belirlenmiştir (Theorell-Haglow, 2014).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla 18-25 yaş arasındaki 207 öğrenci (101 kadın ve 106 erkek) üzerinde gerçekleştirilen çalışmada uyku sürelerinden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Aslan ve ark., 2007).

Beden Kitle İndeksi Kriterlerine Göre Değerlendirme

Yaş değişkenine göre vücut ağırlığı ve BKİ değerlerinde %95 güven düzeyi seviyesinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Boy değişkeninde ise istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Vücut ağırlığı ve BKİ değerinde farklılığı çıkaran grubun 30 yaş grubu olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma grubunda bireyler $BKİ < 25$ kg/m² ve $BKİ \geq 25$ kg/m² olarak ayrılan grupların fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada fiziksel olarak aktif olmayanların oranı BKİ 25 kg/m² ve üstü grubunda %23.5 iken BKİ 25 kg/m² altındakilerin oluşturduğu %26.1 olarak tespit olduğu yeterli fiziksel aktiviteye sahip olanların oranının ise BKİ 25 kg/m² altında olan bireylerde % 21.3, BKİ 25 kg/m² ve üstü olan bireylerde ise % 35.3 olduğu belirlenmiştir (Şanlı, 2008).

Yaş Aralığı Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 141 kişinin (%28,2) 25 yaşında, 78 kişinin (%15,6) 26 yaşında, 61 kişinin (%12,2) 27 yaşında, 62 kişinin (%12,4) 28 yaşında,

56 kişinin (%11,2) 29 yaşında ve 102 kişinin de (%20,4) 30 yaşında olduğu belirlenmiştir.

Batman ilinde 20 – 30 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini saptamak için yapılan çalışmada bireylerin %9,8'i 30 yaşında, %8,5'i 29 yaşında, %7,9'u 28 yaşında, %8'i 27 yaşında, %8,7'si 26 yaşında, %9,1'i 25 yaşında, %11'i 24 yaşında, %9,6'sı 23 yaşında, %5,6'sı 22 yaşında, %10'u 21 yaşında, %11,7'si 20 yaşında olduğu belirlenmiştir (Demir, 2019).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla 18-25 yaş arasındaki 207 öğrenci (101 kadın ve 106 erkek) üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kadınların hafif şiddetli egzersizlere katılımı fazlayken, erkeklerin yüksek şiddetli aktivitelere daha fazla katılım gösterdiği belirlenmiştir (Aslan ve ark., 2007)

16-19 yaş aralığındaki İsveçli öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada, düzenli olarak fiziksel aktiviteye katılım oranının öğrencilerin %26 olduğu ve katılımda ise yüksek şiddetli aktivitelere erkeklerin ve hafif şiddetli egzersizlerde de kızların daha fazla olduğu görülmüştür (Alricson, 2006).

Yoga ve Meditasyon Yapma Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 79 kişi (%15,8) yoga yaptığını ve 421 kişi (%84,2) yoga yapmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden 91 kişi (%18,2) meditasyon yaptığını ve 409 kişi (%81,8) meditasyon yapmadığını belirtmiştir.

Araştırma grubunun meditasyon yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında ise anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Meditasyon yapan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun yoga yapma durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Beslenme alt boyutunda ise anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Yoga yapanların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günümüzde farklı sağlık alanlarında vücut farkındalığıyla alakalı birçok çalışma yapılmaktadır. Vücut farkındalığını iyileştirmek amacıyla yoga, meditasyon, nefes terapisi gibi birçok yaklaşım vardır. Bu yaklaşımlar birerlerin sağlıklarına yarar sağlamaktadır. Bu çalışma sonucunda inaktif bireylerde

vücut farkındalığında artış yaşanırken, artarken lateral ve posteriorda postür bozukluklarında azalış ve postürlerde düzelme görülmüştür (Mehling ve ark., 2007; Mehling ve ark., 2011).

Yaş aralığı 20-57 olan 22 kadın ve 2 erkekten oluşan 24 kişi üzerinde 6 haftalık yoga'ya yeni başlayan bireyde oluşan fizyolojik ve psikolojik parametreler incelenmiş ve dinlenik kalp atımında, diastolik ve sistolik kan basıncında anlamlı bir fark olmazken bununla yanı sıra gövde esnekliklerinde anlamlı bir artış tespit edilmiştir. Psikolojik değişiklikler incelendiğinde ise depresyon, kaygı ve kendini kontrol etmeyi de geliştirdiği belirlenmiştir (Cuğ ve Koçak, 2007).

Tırnak Yeme Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 43 kişi (%8,6) tırnak yeme alışkanlığı olduğunu ve 457 kişi (%91,4) tırnak yeme alışkanlığı olmadığını belirtmiştir. Araştırma grubunun tırnak yeme alışkanlığına göre fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tırnak yemeyen bireylerin ortalama puanlarının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik Destek Alma Kriterlerine Göre Değerlendirme

Tabloda araştırma grubundan 40 kişi (%8) profesyonel destek aldığını ve 460 kişi (%92) profesyonel destek almadığını belirtmiştir. Araştırma grubundan 128 kişi (%25,6) hiç kimseden destek almadığını, 136 kişi (%27,2) arkadaşından destek aldığını, 168 kişi (%33,6) ailesinden destek aldığını, 56 kişi (%11,2) uzman kişilerden destek aldığını ve 11 kişi (%2,2) diğer şekilde destek aldığını belirtmiştir.

Psikolojik destek alma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutunda $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yoga yapan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tabloda görülmektedir.

Araştırma grubunun psikolojik destek alma tercihlerine göre fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında psikolojik destek alma tercihlerine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarında oluşan farklılık hiç kimse ve ailemden gruplarından, manevi gelişimde oluşan farklılık hiç kimse – uzman kişiden gruplarından, kişilerarası ilişkiler hiç kimse – arkadaşım, hiç kimse- ailemden ve hiç kimse uzman kişiden gruplarından, stres yönetiminde oluşan farklılıklar hiç kimse – arkadaşım gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar hiç kimse – ailemden ve hiç kimse uzman kişiden gruplarından kaynaklanmaktadır.

221 gönüllü çalışan birey üzerinde yapılan araştırmada, SYBDÖ toplam puan ortalaması 130.70 ± 21.98 olduğu, alt ölçeklerin puan ortalamaları incelendiğinde ise stres yönetimi 19.57 ± 4.18 , manevi gelişim 26.81 ± 4.57 , sağlık sorumluluğu 20.75 ± 4.88 , kişilerarası destek 25.76 ± 4.74 , beslenme 20.67 ± 4.21 , fiziksel aktivite 17.12 ± 5.49 olduğunu tespit etmişlerdir (Kolaç ve ark., 2018).

Aylık Gelir Düzeyi Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubunun gelir düzeyi değişkenine göre; 98 kişi (%19,6) 0-300 TL gelir düzeyine, 49 kişi (%9,8) 301-500 TL gelir düzeyine, 68 kişi (%13,6) 501-1000 TL gelir düzeyine ve 285 kişi (%57) 1001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Araştırma grubundan 281 kişi (%56,2) bir işte çalıştığını ve 219 kişi (%43,8) bir işte çalışmadığını ifade etmiştir.

Araştırma grubunun gelir durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sağlık sorumluluğunda oluşan farklılıklar 0-300 TL ve 501-1000 TL gruplarından, fiziksel aktivitede oluşan farklılıklar 0-300 TL ve 501-1000 TL ile 0-300 TL ve 1001 ve üzeri gruplarından, manevi gelişimden oluşan farklılıklar 0-300 TL ve 1001 ve üzeri gruplarından, kişilerarası ilişkilerde oluşan farklılıklar 301-500 TL ve 1001 ve üzeri gruplarından, stres yönetiminde oluşan farklılıklar 0-300 TL ve 1001 ve üzeri gruplarından ve SYBDÖ toplam puanında oluşan farklılıklar 0-300 TL ve 1001 ve üzeri gruplarından kaynaklanmaktadır. Beslenme alt boyutunda ise istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Batman ilinde 20 – 30 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaya katılanların %77,9'u orta, %6,5'i ise yüksek, %15,6'sı düşük gelir düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir (Demir, 2019).

Alkol ve Sigara Kullanma Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubundan 110 kişi (%22) sigara kullandığını, 357 kişi (%71,4) sigara kullanmadığını ve 33 kişi (%6,6) sigarayı bıraktığını ifade etmiştir. Araştırma grubundan 59 kişi (%11,8) alkol kullandığını, 431 kişi (%86,2) alkol kullanmadığını ve 10 kişi (%2) alkollü bıraktığını ifade etmiştir.

Sigara durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Beslenme alt boyutunda ise $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık sigara içen ve içmeyen gruptan kaynaklanmaktadır. Sigara kullanmayan bireylerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Alkol durumuna göre ise sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve stres yönetiminde oluşan farklılıklar alkol kullanan ve kullanmayan gruplardan kaynaklanmaktadır.

221 gönüllü çalışan birey üzerinde yapılan araştırmada, çalışanların %37,1'i alkol ve %42,5'i sigara kullandığını belirtmişlerdir (Kolaç ve ark., 2018). Batman ilinde 20 – 30 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise katılımcıların %32,6'sı sigara içtiğini beyan etmişlerdir (Demir, 2019).

Üniversite öğrencileri üzerinde fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme durumlarının değerlendirilmesi için 526 erkek ve 474 kız öğrenci olmak üzere toplam 1000 kişi üzerinde yapılan çalışmada erkeklerin %43,2'si hiç alkol kullanmazken, kızlarda bu oran göre %59 olarak belirlenmiştir. Aylık maksimum alkol tüketme sıklığı erkeklerde 2 iken kızlarda 1 kezdir (Vassish, 2012).

Aktivite Sırasındaki Enerji Kullanma Değeri (MET) Kriterlerine Göre Değerlendirme

Araştırma grubunun MET durumuna göre beslenme alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında ise Met değerine göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanlarında oluşan farklılıklar inaktif - minimumum aktif ve inaktif - hepa aktif gruplarından kaynaklanmaktadır.

Fiziksel aktivite alt boyutunda oluşan farklılık inaktif - minimum aktif, inaktif - hepa aktif ve minimum aktif - hepa aktif gruplarından, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda oluşan farklılıklar inaktif - minimum aktif gruplarından kaynaklanmaktadır.

Araştırma grubunun sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve SYBDÖ toplam puanı alt boyutuna bakıldığında yaş ve MET değerlerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite alt boyutunda yaş, boy ve Met değerlerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda yaş değişkeninde $p < 0,05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Stres yönetimi alt boyutunda MET değerinde $p < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Öztürk fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi için üniversite öğrencileri üzerindeki araştırmasında inaktif oranını %14,8, çok aktif oranını % 17,7 ve minimal aktif oranını ise % 67,5 olarak tespit etmiştir (Savcı ve ark., 2006). 20 yaş ve üzeri bireyler üzerinde Brezilya'da yapılan araştırmada ise %41,1'inin inaktif olduğu belirlenmiştir (Hallal ve ark., 2000)

Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeylerinde %25,2 inaktif, %48,9 düşük seviyede aktif ve % 25,9 oranında ise kişilerin aktif olduğunu belirlemiştir (Vural ve ark., 2010).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla 207 öğrenci (101 kadın ve 106 erkek) üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kadınların %28,71'inin sedanter yani düzensiz fiziksel aktiviteye sahip yada fiziksel aktivitesi hiç olmayan bireylerde oluştuğu, % 30,70'inin aktif ve % 40,59'unun da çok aktif grubu oluşturduğu, erkeklerin %16,98'inin sedanter, %21,70'inin aktif ve %61,32'sinin de çok aktif grubunda yer aldığı belirlenmiştir (Aslan ve ark., 2007).

Hastanede görevli sağlık personellerinin fiziksel aktivite düzeylerinin ölçülmesi amacıyla eğitim düzeyi ile fiziksel aktivite seviyesi arasında yapılan çalışmada anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Korkmaz ve Demirkan, 2017).

Sonuçlar

Yapılan araştırmalar ve anket çalışması neticesinde Van ilinde yaşayan 25-30 Yaş arası kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite düzeylerine olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

- Araştırma gruplarının kronik hastalık durumuna göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

- Araştırma gruplarının iş hayatı kriterine göre beslenme alt boyutunda istatistiki olarak bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının spor hayatı kriterine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.
- Araştırma gruplarının ulaşım kriterine göre; ev- iş ulaşımında fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiki olarak bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Şehir içi ulaşımında ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiki olarak bir farklılık bulunmazken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.
- Araştırma gruplarının lisanslı spor yapma kriterine göre; fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının beslenme kriterine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının yaşadıkları yer kriterine göre; fiziksel aktivite, kişilerarası iletişim ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının uyku sürelerine göre; manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının beden kitle indeksi kriterlerine göre; vücut ağırlığı değerlerinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmişken, boy değişkeninde istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının meditasyon yapma kriterlerine göre; beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında istatistiki olarak anlamlı bir

farklılık tespit edilmemişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.

- Araştırma gruplarının yoga yapma kriterlerine göre; alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.
- Araştırma gruplarının tırnak yeme kriterlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının psikolojik destek alma durumlarına göre; sağlık sorumluluğu alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Psikolojik destek alma tercihlerine göre ise fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmıştır.
- Araştırma gruplarının aylık gelir düzeyi kriterlerine göre SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa rastlanmıştır.
- Araştırma gruplarının sigara kullanma durumlarına göre; beslenme alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Alkol kullanma durumlarında ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.
- Araştırma gruplarının MET kriterlerine göre; beslenme alt boyutunda istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemişken, diğer alt boyutlarında ve SYBDÖ toplam puanında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Diğer Araştırmacılar İçin Öneriler

- Çalışmada yaş aralığı farklı seçilerek yapılacak çalışmanın sonuçları farklı olacaktır.
- Çalışma Van ilinde yapılmıştır. Başka bir bölgede yapılacak çalışmada toplumun sosyolojik özellikleri farklı olduğundan sonuçlar da farklı olabilecektir.

- Araştırmamızda 25-30 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde çalışma yapılmıştır. Bu sebeple farklı cinsiyet olan erkeklerde bu çalışmanın yapılmasının sonuçları farklı olacaktır. Erkekler üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktiviteye etkisi başka bir çalışmanın konusu olabilir
- Araştırmamız 500 kadın üzerinde yapılmıştır. Daha yüksek gruplara uygulanırsa farklı sonuçlar verebileceğinden, yeni araştırmalarda katılımcı sayısının artırılması hedeflenebilir.

Kaynaklar

- Ağar, M. (2017). *Psikolojik sermayenin iş tatminine etkisi: Gaziantep ilinde ikinci organize sanayisinde halı firmalarında çalışanlara uygulanan bir alan çalışması*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi: Yüksek lisans tezi.
- Ak, Ş., Çelen, Ü., Özen, Y., Tabak, R. S. & Piyal, B. (2006). Ankara merkez ilçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(2), 83-93.
- Akça, Ş. (1998). *Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi: Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi.
- Akova, İ. & Koçoğlu, G. (2018). 20 yaş üstü erişkinlerde uyku Süresi, kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ve bazı antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiler. *Abi Evran Tıp Dergisi*, 2(3), 67-73.
- Alricsson, M., Landstad, B. J., Romild, U. & Werner, S. (2006). Self-related health, physical activity and complaints in Swedish high school students. *The Scientific World Journal*, 6, 816-826.
- American College of Sports Medicine (ACSM) (2011). There commended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio-respiratory, musculoskeletal and neur motor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*: 1334- 1359.
- Amuna, P. ve Zotor F, B. (2008). Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development: The epidemiological and nutrition transition in developing countries: evolving trends and their impact in public health and human development. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 82-90.
- Anand, P., Kunnumakara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., ... & Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical research*, 25(9), 2097- 2116.

- Ardıç, F. (2014). Egzersizin sağlık yararları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60, 9-14.
- Arslan, C. ve Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-220.
- Asiabi, S. A. (2012). *Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinde fiziksel aktivite alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının akademik başarı ile ilişkisi*. Ankara üniversitesi: Yüksek lisans tezi.
- Aslan, U. B., Livanelioğlu, A. & Aslan, Ş. (2007). Fiziksel aktivite düzeyinin üniversite öğrencilerinde iki farklı yöntemle değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 18(1), 11-19.
- Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3).
- Ayaz, S. Tezcan ve S. Akıncı, F. (2005). Health development attitudes of nursing college students. *Periodical of the Nursing College, Cumhuriyet University*, 9(2), 26-34.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Bakanlığı, S. (2014). Türkiye fiziksel aktivite rehberi. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara*.
- Bakanlığı, S., Müdürlüğü, T. S. H. G., Teşviki, S. & Başkanlığı, G. D. (2011). Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. *Ankara, Deniz Matbaacılık*.
- Balady, G. J. (2000). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Baltacı, G. ve Düzgün, İ. (2008). Adolesan ve egzersiz. *Klasmat Matbaacılık ve Yayınevi, Ankara*.
- Bauman, A., Phongsavan, P., Schoeppe, S., & Owen, N. (2006). Physical activity measurement-a primer for health promotion. *Promotion & education*, 13(2), 92-103.
- Bek, N. (2008). Fiziksel aktivite ve sağlığımız. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730. 1. Basım. Şubat. Ankara.
- Berçin, T. (2010). *Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yayımlanmamış yüksek lisans tezi
- Bilinçsiz, G. Z. (2001). *Reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki*. Atatürk Üniversitesi: Yüksek lisans tezi

- Boyce, R. W., Boone, E. L., Cioci, B. W. & Lee, A. H. (2008). Physical activity, weight gain and occupational health among call centre employees. *Occupational Medicine*, 58(4), 238-244
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji*, 70(4).
- Burton, N. W. & Turrell, G. (2000). Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Preventive medicine*, 31(6), 673-681.
- Buyx, A. M. (2008). Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should. *Journal of medical ethics*, 34(12), 871-874.
- Can, S., Arslan, E. & Ersöz, G. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 1-10.
- Can, S.ve Ersöz, G. (2013). Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde egzersizin yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri*,5(1). p29-38
- Carr, H. (2001). Physical activity and health: The benefits of physical activity on minimising risk of disease and reducing disease morbidity and mortality. *Wellington: Hillary Commission*.
- Caspersen, C. J., Pereira, M. A., & Curran, K. M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 1601-1609.
- Cengiz, C. (2007). *Physical activity and exercise stages of change levels of Middle East Technical University students* :Master's thesis.
- Cerin, E. & Leslie, E. (2008). How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social science & medicine*, 66(12), 2596-2609.
- 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.
- Cornelissen, V. A., Arnout, J., Holvoet, P. & Fagard, R. H. (2009). Influence of exercise at lower and higher intensity on blood pressure and cardiovascular risk factors at older age. *Journal of hypertension*, 27(4), 753-762.
- Coşkun, S., Güvenç, G. ve Bebiş, H. (2015). Adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarına web destekli eğitim ve danışmanlığın etkisinin incelenmesi. In 18. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. Eylül 2015
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & science in sports & exercise*, 35(8), 1381-1395.

- Cuğ, M. & Kocak, S. (6). 6 Haftalık jivamukti yoga programının yogaya yeni başlayanların seçilen fizyolojik parametreler üzerine etkisi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 25-32.
- Çakırcalı, E. (1998). *Hemşirelikte temel ilke ve uygulamalar*. İzmir Ege Üniversitesi Basımevi.
- Çelik, A. ve Şahin, M. (2013). Spor ve çocuk gelişimi. *International Journal of Social Science*, 6(1), 467-478.
- Çimen, S. (2003). *15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeğinin geliştirilmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi.
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention?. *Advances in psychiatric treatment*, 8(4), 262-270.
- Daley, A. J. (2002). School based physical activity in the United Kingdom: Can it create physically active adults?. *Quest*, 54(1), 21-33.
- Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehm, J., Murray, C. J., & Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*, 6(4), e1000058.
- Declaration, B. (1992). Health promotion and equity, health promotion: An Anthology. *Pan American Organization*, 335.
- Demir, A. U. (2010). *Türkiye'de erişkin toplumda uyku epidemiyolojisi araştırması ilk sonuçları*. Türk Uyku Tıbbi Derneği Yayını.
- Demir, K. (2019). *20-30 Yaş aralığındaki erkek ve kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi*. Van Yüzüncü yıl üniversitesi. Eğitim bilimleri Enstitüsü: Yayımlanmış yüksek lisans tezi.
- Demiral, Y., Akvardar, Y., Ergör, A. & Ergör, G. (2006). Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 157-164.
- Dennison, C. R., McEntee, M. L., Samuel, L., Johnson, B. J., Rotman, S., Kieley, & Russell, S. D. (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self-care confidence in hospitalized patients. *The Journal of cardiovascular nursing*, 26(5), 359.
- Denton, S. J., Trenell, M. I., Plötz, 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. *PLoS One*, 8(4), e61073.
- Donnelly, J. E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manore, M. M., Rankin, J. W. & Smith, K. (2009). American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and science in sports and exercise*, 41(2), 459-471.

- Duğan, T. & Yildirim, İ. (2006). "Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin" Arka- daşlık" ve" Sevgi" Boyutlarının &x130; enmesi. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, (24). Jul2006, Issue 24, p77-86. 10p
- Dunton, G. F., Berrigan, D., Ballard-Barbash, R., Graubard, B., & Atienza, A. A. (2009). Joint associations of physical activity and sedentary behaviors with body mass index: results from a time use survey of US adults. *International journal of obesity*, 33(12), 1427-1436.
- Efe, M. (2007). *14-16 yaş grubu bireylerde spor çalışmalarının sosyal yetkinlik beklentisi ve atılabilirlik üzerine etkisi*. Uludağ Üniversitesi: Doktora tezi
- Ekiz, Ö. (2016). *Spor ve sağlık alanlarında öğrenim gören üniversite Öğrencilerinin algılanmış stres seviyeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Kahramanmaraş İli Örneği). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.
- Ertop, N. G., Yılmaz, A. & Erdem, Y. (2012). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. *Kırkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 1-7.
- Eser, E. (2004). Yaşam kalitesinin sınıflandırılması ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü. *I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı*, 4-6.
- Farley, T. A., Dalal, M. A., Mostashari, F. & Frieden, T. R. (2010). Deaths preventable in the US by improvements in use of clinical preventive services. *American journal of preventive medicine*, 38(6), 600-609.
- Fırat, N. (2019). *Bariatrik cerrahinin kuadriseps (Q) açısı, yürüyüşün zaman- mesafe karakteristikleri, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi üzerine etkileri*. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek lisans tezi.
- Fitzgerald, S. J., Kriska, A. M., Pereira, M. A. & De Courten, M. P. (1997). Associations among physical activity, television watching, and obesity in adult Pima Indians. *Medicine and science in sports and exercise*, 29(7), 910-915.
- Fox, K. R. & Page, A. (2001). The Management of obesity and related disorders. *EDT: Kopelman PG, Martin Dunitz*, 179-201.
- Friedenreich, C. M., Neilson, H. K. & Lynch, B. M. (2010). State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *European journal of cancer*, 46(14), 2593-2604.
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., ... & Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(7), 1334.

- Garon, D., Richard, E., Sage, L., Bouchart, V., Pottier, D. & Lebailly, P. (2006). Mycoflora and multimycotoxin detection in corn silage: experimental study. *Journal of agricultural and food chemistry*, 54(9), 3479-3484.
- Geçkil, E. & Yıldız, S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 19-28.
- Genç A., Şener, Ü., Karabacak, H. & Üçok K. (2011). Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 145-150.
- Güler, Ç. (2012). *Halk sağlığı temel bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- Gümüş, H., Özcan, Işık. Karakullukçu, Ö. & Yıldırım, İ. (2014). Ortaöğretim Kurumlarında Serbest Zaman Fiziksel Aktivite Kısıtlayıcıları. *International Journal of Sport Culture and Science*, 2(Special Issue 1), 814-825.
- Güngör, İ. & Hotun, Ş. N. (2006). Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. *Hemşirelik Forumu Mayıs-Haziran- Temmuz-Ağustos*, 13.
- Gür, H. & Küçükoglu, S. (1992). *Yaşlılık ve fiziksel aktivite*. Zonguldak Roche Yayınları.
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Wells, J. C. K. & Lima, R. C. (2003). Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(11), 1894-1900.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., ... & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9), 1081.
- Hayman, L. L., Meininger, J. C., Daniels, S. R., McCrindle, B. W., Helden, L., Ross, J., ... & Williams, C. L. (2007). Primary prevention of cardiovascular disease in nursing practice: focus on children and youth: a scientific statement from the American Heart Association Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 116(3), 344-357.
- Hayran, O. & Sur, H. (1997). *Sağlık ve hastalık kavramları*. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Ankara Yüce Yayın, ss, 1-32.
- Howley, E. T. (2001). Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), S364-9.
- IPAQ Research Committee. (2005). *Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms*. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>. 2008.

- Işık, Ü. (2016). *40-65 yaş arasındaki bireylerin fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Gedik Üniversitesi: Yüksek lisans tezi.
- İlhan, N., Batmaz, M. & Akhan, L. U. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (3), 34-44.
- Jakicic, J. M., Clark, K., Coleman, E., Donnelly, J. E., Foreyt, J., Melanson, E., ... & Volpe, S. L. (2001). Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Kallings, L. O. (2008). The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS. *Journal of internal medicine*, 263(3), 218-243.
- Karaca, A. & Turnagöl, H. H. (2007). Çalışan bireylerde üç farklı fiziksel aktivite anketinin güvenilirliği ve geçerliği. *Spor Bilimleri Dergisi*, 18(2), 68-84.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar-ilkeler-teknikler*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kaya, H. G. (2017). *Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarının beslenme konusunda tutum ve davranışlarının saptanması*. Tokat Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek lisans tezi.
- Kayapınar, M. (2012). *Futbol antrenörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel uygunluk düzeyleri ile bazı kan değerlerinin karşılaştırılması*. Fırat Üniversitesi: Yüksek lisans tezi.
- Kefeli, B. (2010). *Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Doktora tezi.
- Kilpeläinen, T. O., Qi, L., Brage, S., Sharp, S. J., Sonestedt, E., Demerath, E., ... & Loos, R. J. (2011). Physical activity attenuates the influence of FTO variants on obesity risk: a meta-analysis of 218,166 adults and 19,268 children. *PLoS medicine*, 8(11), e1001116.
- Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E. & Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 267-74.
- Korkmaz, N. ve Demirkan, N. (2017). Hastanede çalışan sağlık personellerinin fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. *Sport Sciences*, 12(4), 52-62.
- Korkut, F. (2004). Çalışma yaşamında iyilik hali modelinin kullanılması. *Kişisel Gelişimde Çağdaş Yönelimler Sempozyumu*. (sf. 301-310). Ankara: KK Eğitim ve Doktrin Komutanlığı.
- Korkut-Owen, F. & Owen, D. W. (2012). İyilik hali yıldızı modeli, uygulaması ve değerlendirilmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi* Cilt:3, Sayı:9 ss: (24-33)

- Kurt, A. S. & Çetinkaya, Ş. (2008). Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat sağlık hizmetleri dergisi*, 3(8), 35-56.
- Lee, R. L. & Loke, A. J. Y. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public health nursing*, 22(3), 209-220.
- Levine, R. J. (1996). Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers*, 51, 489-495.
- Lindsey, E. & Hartrick, G. (1996). Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process?. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 106-112.
- Lök, N., Başoğul, C. & Öncel, S. (2016). Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 155- 161.
- Lundy, K. S. & 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.
- Macovei, S., Tufan, A. A. & Vulpe, B. I. (2014). Theoretical approaches to building a healthy lifestyle through the practice of physical activities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 117, 86-91.
- McMahon, S. & Fleury, J. (2012, January). Wellness in older adults: A concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 47, No. 1, pp. 39-51). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., ... & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, 6(1), 1-12.
- Miller, G. & Foster, L. T. (2010). *Critical synthesis of wellness literature*.
https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/2894/Critical_Synthesis%20of%20Wellness%20Update.pdf?sequence=5. 18.01.2021
- Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-141.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F. & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*, 291(10), 1238-1245.
- Montoye, H. J. (1996). Measuring physical activity and energy expenditure. *Human Kinetics*, 3-118.
- Montoye, H. J. (2000). Introduction: evaluation of some measurements of physical activity and energy expenditure. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9 Suppl), S439-41.

- 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.
- Myers, J. E. & Sweeney, T. J. (2004). The indivisible self: An evidence-based model of wellness. *Journal of Individual Psychology*, 60, 234-244.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J. & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 251-266.
- Nahas, Z., Kozel, F. A., Li, X., Anderson, B. & George, M. S. (2003). Left prefrontal transcranial magnetic stimulation (TMS) treatment of depression in bipolar affective disorder: a pilot study of acute safety and efficacy. *Bipolar disorders*, 5(1), 40-47.
- Naim, Uzun. & Sağlam, N. (2003). Ortaöğretim biyoloji programında genetik konularının değerlendirilmesi ve öğrencilerin genetiğe karşı ilgisinin saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24. 129-136
- Nosikov, A. & Gudex, C. (Eds.). (2003). *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (Vol. 57). England: IOS Press.
- 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), 259-267.
- O'Donnell, MP. (2009). Definition of health promotion: embracing passion enhancing motivation, recognizing dynamic balance and creating opportunities. *Journal of Health Promotion*, 24.1
- On, B. (2016). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığını geliştirmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. Hacettepe Üniversitesi: Yüksek lisans tezi.
- Onat, A., Hergenç, G., Küçükdurmaz, Z., Bulur, S., Kaya, Z. & Can, G. (2007). Fizik aktivitenin Türk yetişkinlerini metabolik bozukluklardan koruduğuna ilişkin ileriye dönük kanıt. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 35(8), 467-474.
- Owen, F. K. & Çelik, N. D. (2018). Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 440-453.
- Owens, L. (2006). *The relationship of health locus of control, self-efficacy, health literacy, and health promoting behaviors in older adults*. The University of Memphis: Master thesis.
- Özkan, S. & Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.
- Öztek, Z. (2001). Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7(39), 204-205.

- Öztürk, M. (2005). *Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi:Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Özüdoğru, E. (2013). *Üniversite personelinin fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi: Doktora tezi.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- Parmaksız, H. (2007). *Yetişkin obezlerde fiziksel aktivite seviyesinin belirlenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi: Yüksek lisans tezi
- Patel, S. R. & Hu, F. B. (2008). Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity*, 16(3), 643-653.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice. Buna bak
- Peterson, J. A. (2007). Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(7), 349- 357.
- Rachele, J. N., Washington, T. L., Cockshaw, W. D. & Brymer, E. (2013). Towards an operational understanding of wellness. *Journal of Spirituality, Leadership and Management*, 7(1), 3-12.
- Renger, R. F., Midyett, S. J., Soto Mas, F. G., Erin, T. D., McDermott, H. M., Papenfuss, R. L., ... & Hewitt, M. J. (2000). Optimal Living Profile: An inventory to assess health and wellness. *American journal of health behavior*, 24(6), 403-412.
- Roscoe, L. J. (2009). Wellness: A review of theory and measurement for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 87(2), 216-226.
- Rose, V. K. & Harris, M. F. (2015). Experiences of self-management support from GPs among Australian ethnically diverse diabetes patients: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 20(1), 114-120.
- Saelens, B. E., Sallis, J. F. & Frank, L. D. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of behavioral medicine*, 25(2), 80-91.
- Sallis, J. F., Zakarian, J. M., Hovell, M. F. & Hofstetter, C. R. (1996). Ethnic, socioeconomic, and sex differences in physical activity among adolescents. *Journal of clinical epidemiology*, 49(2), 125-134.
- Santos, M. P., Esculcas, C. & Mota, J. (2004). The relationship between socioeconomic status and adolescents' organized and nonorganized physical activities. *Pediatric Exercise Science*, 16(3), 210-218.

- Savcı, F. D. S., Öztürk, U. F. M. & Arıkan, F. D. H. (2006). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arfl*, 34(3), 166-172.
- Saygın, E., Karacabey, K. & Saygın, Ö. (2011). Çocuklarda fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk unsurlarının araştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 921-35.
- Shephard, R. J. (2003). Limits to the measurement of habitual physical activity by questionnaires. *British journal of sports medicine*, 37(3), 197-206.
- Sıdka, Oğuz., Çamcı, G. & Yılmaz, R. K. (2018). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma durumu ve fiziksel aktivitenin kalp sağlığına etkisini bilme durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 54-61.
- Simon, H. B. (2015). Exercise and health: dose and response, considering both ends of the curve. *The American journal of medicine*, 128(11), 1171-1177.
- Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of nursing studies*, 37(1), 37-43.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Solmaz, D. Y. & Aydın, G. (2016). Spor bilimleri fakültesinde eğitim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 3(1), 34-46.
- Song, M. & Giovannucci, E. (2016). Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the United States. *JAMA oncology*, 2(9), 1154-1161.
- Spellbring, A. M. (1991). Nursing's role in health promotion. An overview. *The Nursing clinics of North America*, 26(4), 805-814.
- Spradley, W. B. (2001). Health promotion and wellness. *Community Health Nursing Concept and Practice*, Lippincott.
- Steinbrook, R. (2006). Health care reform in massachusetts—a work in progress. *New England Journal of Medicine*, 354(20), 2095-2098.
- Ströhle, A., Stoy, M., Wrase, J., Schwarzer, S., Schlagenhauf, F., Huss, M., ... & Heinz, A. (2008). Reward anticipation and outcomes in adult males with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroimage*, 39(3), 966-972.
- Şanlı, E. & Güzel, N. A. (2009). Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi-yaş, cinsiyet ve beden kitle indeksi ilişkisi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 14(3), 23-32.

- Şimşek, A. Ç. (2006). *Onbirinci sınıf öğrencilerinin kişisel bakım ve sağlığın korunmasına yönelik davranışlarının incelenmesi*. Ankara Üniversitesi: Tezsis yüksek lisans dönem projesi
- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 47-58.
- Tambağ, H. & Turan, Z. (2012). Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına halk sağlığı hemşireliği dersinin etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(1), 46-55.
- Tekkanat, Ç. (2008). *Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri*. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek lisans tezi.
- Theorell-Haglöw, J., Berglund, L., Berne, C. & Lindberg, E. (2014). Both habitual short sleepers and long sleepers are at greater risk of obesity: a population-based 10-year follow-up in women. *Sleep medicine*, 15(10), 1204-1211.
- Tokuç, B. & Berberoğlu, U. (2007). Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 421-426.
- Toplu, E. (2019). *Fitness merkezlerine gelen erkek yetişkinlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek lisans tezi.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Freedson, P. S., Sallis, J. F. & Taylor, W. C. (2000). Using objective physical activity measures with youth: how many days of monitoring are needed?. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(2), 426.
- Tunay, V. B. & Tedavi, F. (2008). *Yetişkinlerde fiziksel aktivite*. Sağlık Bakanlığı Yayını, 16s., Ankara.
- Türközü, D. & Aksoydan, E. (2015). Uyku süresi ve kalitesinin beslenme ve vücut bileşimine etkisi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 24(1), 10-17.
- Uçar, A. & Hasipek, S. (2008). Ankara Üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma durumunun beslenme alışkanlıkları ve bazı hematolojik parametreler üzerine etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 36(1-2), 31-46.
- Uçar, M. (2014). *Konya ili yetiştirme yurtlarında barınan 14-18 yaş grubu kız ve erkek öğrencilerin fiziksel aktivite ve uygunluk düzeylerinin değerlendirilmesi*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: doktora tezi.
- US Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/execsumm>) 2020.

- Vaizoglu, S. A., Akça, O., Akdağ, A., Akpınar, A., Omar, A. H., Coşkun, D. & Güler, Ç. (2004). Genç erişkinlerde fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi. *Türk Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 63-71.
- Vanhees, L., Lefevre, J., Philippaerts, R., Martens, M., Huygens, W., Troosters, T. & Beunen, G. (2005). How to assess physical activity? How to assess physical fitness?. *European Journal of Preventive Cardiology*, 12(2), 102- 114.
- Vassigh, G. (2012). *Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme indekslerinin değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi: Yüksek lisans tezi
- Vural, Ö., Eler, S. & Güzel, N. A. (2010). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(2), 69-75.
- 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.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R. & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 36(2), 76-81
- Warburton, D. E., Nicol, C. W. & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*, 174(6), 801-809.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Health promotion*, 1, iii-v.
- Yalçinkaya, M., Özer, F. G. & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- Yıldırım, M. & Bayrak, C. (2017). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitelere katılım düzeylerinin demografik özelliklerine göre belirlenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 5, Sayı: 54, Ekim 2017, s. 310-330
- Zaybak, A. & Fadiloglu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20(1), 77-95.
- Zorba, E. (2010). Yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite. *10. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi*, Kongre Kitapçığı, 82-85.
- Zorba, E., & Ziyagil, M. A. (1995). *Vücut kompozisyonu ve ölçüm metotları*. Trabzon Ereğli Ofset, 252-82.

Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Fiziksel Aktivite

Halide Kızıldaş • Doç. Dr. Hilal Kılınç Boz

Editör: Doç. Dr. Akan Bayrakdar

 ÖZGÜR
YAYINLARI

ISBN 978-975-447-677-4

9 789754 476774