

**T.C**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK EĞİTİMİ BİLİM DALI**

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI**  
**YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE ÇEŞİTLİ**  
**DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**Volkan BOZLAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Cansel ARSLANOĞLU**

**OCAK-2016**

**KARS**

**T.C**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK EĞİTİMİ BİLİM DALI**

**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI**  
**YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE ÇEŞİTLİ**  
**DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**Volkan BOZLAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**


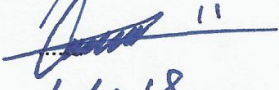

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Cansel ARSLANOĞLU**

**OCAK-2016**

**KARS**

T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sağlık Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Volkan BOZLAR'ın Yrd.Doç.Dr. Cansel ARSLANOĞLU'nun danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi" adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sınavı sonunda jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy. 6m.157..... ile kabul edilmiştir.

05.01/2016

	Adı ve Soyadı	imza
Başkan	: Doç. Dr. Engin GEZER	
Üye	: Yrd.Doç.Dr. Cansel ARSLANOĞLU	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Mehmet GÖKTEPE	

Bu tezin kabulü, Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun ....../..../200. gün ve ..../

..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.....

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu çalışma, Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim dalında yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Çalışmada, ülkemiz genelindeki Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO) öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ile Beden Kitle İndeksi (BKİ) çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir. Çalışmamızda, sporun bizzat içinde bulunan ve meslekleri gereği hayat boyu bulunacak olan beden eğitimi öğretmen adaylarının SYBD'nı ne denli uyguladıklarının tespit edilmesine çalışılmıştır. Araştırmamızın kapsamı, 14 farklı üniversite dahil edilmek suretiyle geniş tutulmaya çalışılmıştır.

Tez çalışmamda emeği geçen ve yoğun çalışmalarını arasında bana zaman ayırmak suretiyle bilgilerinden faydalandığım danışman hocam sayın Yrd.Doç.Dr. Cansel ARSLANOĞLU'na, süreç içerisinde yaptığı katkılarla deneyimlerinden istifade ettiğim sayın Yrd. Doç. Dr. Erkal ARSLANOĞLU'na, bu geniş çaplı çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarını benden esirgemeyen, araştırmamız kapsamındaki üniversitelerin emeği geçen tüm değerli hocalarına, tez sürecimde tecrübelerini benimle paylaşarak bana yol gösteren kıymetli ağabeyim Onur BOZLAR'a ve değerli arkadaşım Zümrüt ŞEN'e, her zaman samimi desteğini gördüğüm sayın Prof. Dr. Muzaffer ALKAN'a, tezimin tamamlanmasında desteklerini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Mehmet BOZOĞLU'na, yorucu ve zaman isteyen bu süreçteki anlayış, sabır ve desteklerinden dolayı sevgili eşim Işıl BOZLAR'a çok teşekkür ediyor, ilk öğretmenlerim babam Sabri BOZLAR ve merhum validem Birsen BOZLAR'ın manen pamuk ellerinden defaatle öpüyorum.

**Kars-2016**

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ .....	I
İÇİNDEKİLER .....	II
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	VI
KISALTMALAR DİZİNİ .....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	IX
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	X
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış .....	4
2.2. Sağlık Tanımları .....	4
2.3. Sağlığı Koruma ve Geliştirme .....	5
2.3.1. Sağlığı Koruma .....	5
2.3.2. Sağlığı Geliştirme .....	7
2.4. Dünyada Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Yapılmış Toplantılar .....	8
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları .....	10
2.5.1. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz .....	12
2.5.2. Beslenme .....	14
2.5.3. Kişiler Arası Destek .....	16
2.5.4. Sağlık Sorumluluğu .....	17
2.5.5. Kendini Gerçekleştirme .....	17
2.5.6. Stres Yönetimi .....	19
2.6. Vücut Kompozisyonu .....	20
2.6.1. Vücut Kompozisyonu Bileşenleri .....	21
2.6.2. Vücut Kompozisyonu Ölçüm Yöntemleri .....	22
2.6.2.1. Skinfold .....	23
2.6.2.2. Biyoelektirik İmpedans Analiz (BIA) Yöntemi .....	24

2.6.2.3.	Beden Kitle İndeksi .....	25
2.7.	Yaşam Evrelerinde Vücut Kompozisyonu Ve Fiziksel Aktivite .....	28
2.7.1.	Çocuklarda Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite .....	28
2.7.2.	Gençlerde Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite .....	29
2.7.3.	Yaşlılarda Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite .....	30
3.	MATERYAL VE METOT .....	32
3.1.	Araştırmanın Modeli .....	32
3.2.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	32
3.3.	Veri Toplama Araçları .....	33
3.3.1.	Kişisel Bilgi Formu .....	33
3.3.2.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği .....	33
3.4.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	34
3.5.	Verilerin Analizi .....	35
4.	BULGULAR .....	36
5.	TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER .....	56
5.1.	Tartışma .....	56
5.2.	Sonuç .....	67
5.3.	Öneriler .....	67
6.	KAYNAKÇA .....	
7.	EKLER .....	93
8.	ÖZGEÇMİŞ .....	106

## ÖZET

### **BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BKİ VE ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**BOZLAR, Volkan**

**Yüksek Lisans Tezi, İlköğretim Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Cansel ARSLANOĞLU**

**Ocak-2016**

Bu çalışmanın amacı, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO) öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları'nın (SYBD), öğrencilerin Beden Kitle İndeksleri (BKİ) ve çeşitli değişkenlerle ilişkisinin olup olmadığının incelenmesidir.

Birçok hastalığın temeli çocukluk ve gençlik dönemine dayanmakta, sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olmanın temelleri ise ancak, sağlıklı yaşama dair alışkanlıkların erken yaşlarda kazandırılmasıyla atılabilmektedir. Ayrıca, üniversite yıllarında kazanılabilecek olumsuz sağlık davranışların, üniversite öğrenimi sonrasında da devam ettirilmesinin kuvvetle muhtemel olduğu ifade edilmektedir. SYBD'ni uygulamadaki eksiklikleri tespit ettiğimiz bu çalışmanın, BESYO öğrencilerinin sağlıkla ilgili mevcut davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde rehber olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın örneklemini, Türkiye genelindeki 14 farklı üniversite bünyesinde öğrenim gören, 1695 BESYO öğrencisi oluşturmuştur. Öğrencilerin 1067'si erkek, 624'si kadındı. Veriler, isimsiz bir kişisel bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-I) ile toplandı. Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmış ve analizlerde %95 güven ile çalışıldı. SYBDÖ-I puanlarının, BKİ grubuna göre farklılık gösterme durumunun incelenmesi kruskal wallis h testi ile yapılırken, her bir BKİ grubu ile 6 alt ölçek arasındaki ilişkinin incelenmesi spearman korelasyon testi ile yapıldı. Çalışmamızda en yüksek puan ortalamasını Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinin ( $37,25 \pm 6,02$ ), en düşüğünü ise Egzersiz alt ölçeğinin ( $13,45 \pm 3,06$ ) aldığı tespit edilmiştir. BKİ'leri zayıf olan BESYO öğrencilerinin, Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır. Rekreasyon bölümü

öğrencilerinin, 6 alt ölçeğin 4'ünde, 4.sınıf öğrencilerinin ise 5'inde daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Aile gelir ve eğitim seviyesi yükseldikçe, SYBD'nın uygulanmasına ilişkin bilincinde arttığı gözlenmiştir.

BESYO öğrencileride dahil olmak üzere, SYBDÖ kullanılarak yapılmış araştırma sonuçları genel olarak egzersiz ve beslenme konusunda ciddi eksiklikler olduğu ve bu hususta çok boyutlu teşvik ve desteğe ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamız sonucunda, BKİ'leri zayıf olan öğrencilerin, kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde öne çıktıkları, Rekreasyon bölümünde öğrenim gören öğrencilerin, birçok alt ölçekte daha yüksek puanlar aldıkları ve Aile gelir ve eğitim seviyesinin yükselmesiyle SYBD'nın da yükseldiği tespit edilmiştir.

2016, 106 sayfa

**Anahtar kelimeler:** Beden Eğitimi, Spor, Sağlık, Vücut Kompozisyonu



## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS OF THE STUDENTS IN THE PHYSICAL EDUCATION AND SPORT COLLEGES IN TERMS OF BMI AND VARIOUS VARIABLES**

**BOZLAR, Volkan**

**Master Thesis, Department of Elementary Education**

**Supervisor: Assist.Prof.Dr. Cansel ARSLANOĞLU**

**January 2016**

The aim of this study is to determine the Healthy Lifestyle Behavior (HLB) levels of the students in Physical Education and Sport College (PESC), Turkey in terms of Body Mass Index of students (BMI) and other various variables.

The basis of many diseases is based on childhood and youth, so the foundation of having a healthy lifestyle, can be obtained through the introduction of healthy living habits at an early age. Furthermore, it is strongly expressed that it is probable the negative health behaviors that are gained in university, would continue in the post-university education. In this study we have identified the deficiencies of HLB practiced, and it is intended to be used as a guideline for improving existing health-related behavior and the development of PESC students.

The sample of the study, is composed of 1695 students studying in PESC, in 14 different universities across Turkey. It is made up of 1067 male and 624 female students. Data collected, is from both an anonymous personal information form and a Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS-I) survey. Data analysis was performed with SPSS 21.0 and analysis obtained is 95% reliant. Examining the difference in status between HLBS-I scores and BMI group were done according to the Kruskal-Wallis H test, while examining the relationship between each BMI group with 6 subscales was done with the Spearman Correlation test.

In this study, it was determined that the highest average score of the subscale is Self-Actualization ( $37.25 \pm 6.02$ ), while the lowest score of subscale was Exercise ( $13.45 \pm 3.06$ ). PESC students with low BMI's were found to have a higher score in the Self-Actualization subscale. It was found that Recreation Department students, scored

higher in 4 of the 6 subscales, whereas the 4th grade students scored higher in 5 of the 6 subscales. It has been observed that as the family income and education level increases, there is an increase in the awareness of the HLB applied.

The findings of the research conducted so far using HLBS, have revealed that there is a serious lack of exercise and nutrition, and the results for the PESC students observed in this regard were no different. In this regard it is observed that there is a need for a well-rounded encourage and support. Also as a result of this study, the students with low BMI's showed higher scores in the subscale of Self-Actualization, students majoring in Recreation department received higher scores on several subscales and as Family income and education levels increased , HLB also increased.

2016, 106 pages

**Keywords:** Physical Education, Sports, Health, Body Composition

## KISALTMALAR DİZİNİ

- BESYO : Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu  
BIA : Biyoelektirik İmpedans Analiz Yöntemi  
BKİ : Beden Kitle İndeksi  
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü  
SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları  
SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği  
VK : Vücut Kompozisyonu



## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 1. BESYO Öğrencilerinin BKİ'lerine Göre Yüzde Analizleri .....	52
Şekil 2. BESYO Öğrencilerinin Farklı Yaş Guruplarına Göre Yüzde Analizleri .....	54
Şekil 3. BESYO Öğrencilerinin Aile Gelir Düzeylerine Göre Yüzde Analizleri .....	63



## ÇİZELGELER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Çizelge 1. Araştırmaya Dahil Olan Üniversiteler	36
Çizelge 2. Sosyo-Demografik Bilgiler	37
Çizelge 3. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Üniversitelerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	39
Çizelge 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Boyutlarının Normallik Testi .....	40
Çizelge 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Boyutlarının Betimsel İstatistikleri.....	40
Çizelge 6. Beden kitle indeksleri farklı olan grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği boyutlarının puanları açısından karşılaştırılması	52
Çizelge 7. Yaş değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması .....	42
Çizelge 8. Cinsiyet değişkenine göre ölçek puanları açısından karşılaştırılması.....	44
Çizelge 9. Bölüm Değişkeni Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ..	45
Çizelge 10. Sınıf değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması .....	47
Çizelge 11. Kardeş sayısı değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	48
Çizelge 12. Lisanslı olarak spor yapan ile yapmayan grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılması.....	50
Çizelge 13. Anne Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	51
Çizelge 14. Babasının Eğitim Durumu Değişkeni Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
Çizelge 15. Ailesinin Gelir Seviyesi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması .....	53

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Önemi

Sağlık, hastalığın yada sakatlığın olmaması durumu değil; zihinsel, bedensel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik haline sahip olunması olarak tanımlanmaktadır ([www.who.int/about/en/](http://www.who.int/about/en/)). Sağlık, insanlığın varoluşundan beri üzerinde çokça durulan kavramlardan biri olagelmıştır. Sağlık, optimum seviyedeki iyilik durumuyla ölüm arasındaki farklı düzeyleri içine alan uzun bir süreç olarak ele alınabilir (Phalank, 1991).

Sağlığa ilişkin duyarlılığın artırılmasıyla, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini sağlamaları ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerini artırılabilmesi, hastalıkları tetikleyebilecek yaşam tarzlarını değiştirebilmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi kazanabilmeleriyle mümkün olabilmektedir. Kişilere sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırabilmek için, onların sağlık seviyesini optimum düzeye çıkartılmasının hedeflenmesi ile birlikte onlara bu konuda ihtiyaç duydukları bilgilerin hayatlarının erken döneminde kazandırılmasının ve bunun sürdürülmesinin önemi büyüktür (Çirhinlioğlu, 2001). Yetişkinlikte görülen sağlıksız alışkanlıkların, gençlik dönemindeki sağlıksız yaşam tarzıyla güçlü alakası olduğu belirtilmektedir (Krueger and Chang, 2008; Lowry et al, 2000). Oysa, toplumda rastlanan hastalıkların temelini çocukluk ve ergenlik dönemlerine dayanmakta olduğu gerçeği çoğu zaman göz ardı edilmektedir (Rodriguez et al, 2007).

Öğrencilerin üniversite eğitimi aldıkları yıllarında kendilerini yeni ve farklı bir çevrede bulmaları, kararlarını özgürce verebilmeleri nedeniyle sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek yaşam tarzları sürdürebilmekte ve bu yaşam tarzlarını üniversite sonrası hayatlarına taşıyabilmektedirler (Murathan vd, 2013).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'nın 2014 yılı raporuna göre; 7.1 milyarlık dünya nüfusunun 1.8 milyarı, 10-24 yaşları arasındaki gençlerden oluşmaktadır. Türkiye'nin ise, 76.6 milyonluk nüfusunun dörtte birini gençler oluşturmakta ve ülkemiz bu yönüyle Avrupa'nın en genç nüfuslu ülkesi kabul edilmektedir ([www.unfpa.org/swop](http://www.unfpa.org/swop)). Bugünün gençlerinin yarının yetişkinleri olacakları ve bu gençlerin her birinin ilerleyen yıllarda toplum içinde önemli rol ve

sorumluluklar taşıyacak olmaları göz önüne alınırsa; gençlerle ilgili yapılacak araştırmaların, bu araştırmaların ortaya koyacağı sorunlar ve bu sorunların çözümlenmesine yönelik stratejilerin gerekliliği ortadadır.

Dünyada özellikle son yıllarda yaşanan bilimsel ve teknolojik ilerlemelere bağlı olarak insanların yaşam tarzları hayattan beklentileri ve istekleri de değişmektedir. Tıp alanında yaşanan gelişmelerin sonucunda bazı hastalıkların tedavisi mümkün iken, tedavisi zor ve ya mümkün olmayan hastalıklarla (kanser, kalp-damar hastalıkları, obezite, depresyon vb.) karşılaşılmakta ve insanlar hayatlarını kaybetmektedirler (Öztek, 2001; Hayran ve Sur, 1997).

Yunanistan'daki üniversitelerde öğrenim gören öğrencilerin beslenme ve sağlık alışkanlıklarına dair yapılmış araştırmalarda [Mammas et al, 1995; Bertias et al, 2005]; öğrencilerin beslenmelerinde aşırı miktarda doymuş yağ, kolesterol ve sodyum tükettikleri, öğrenciler arasında sigara içenlerin yaygın olduğu ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, insan ölümlerinin ABD'de %50'sinin (Patrick and Bergner, 1990), DSÖ'ne (Dcikey and Janick, 2001) göre gelişmiş ülkelerde %70-80'inin ve az gelişmiş ülkelerde %40-50'sinin insanların yaşam biçimlerinin sebep olduğu hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Son yıllarda Çin'deki üniversite öğrencilerinin sayısında dramatik bir artış yaşanmaktadır. Şöyle ki; 2000 yılında yaklaşık 5.6 milyon olan üniversite öğrencisi sayısı, 2005 yılında 3 kat artarak 15.6 milyon'a çıkmış, bu sayının 2015 yılında ise, 33,5 milyona çıkacağı beklenmektedir ([https://internationaleducation.gov.au/News/newsarchive/2010/Documents/China\\_Education\\_Reform\\_pdf.pdf](https://internationaleducation.gov.au/News/newsarchive/2010/Documents/China_Education_Reform_pdf.pdf) ). Bununla birlikte, Çin'deki üniversite öğrencilerinin sigara, alkol, hareketsizlik, uykusuzluk ve kötü beslenme gibi sağlık açısından riskli alışkanlıklara sahip oldukları belirtilmektedir (Zhang et al, 2002; Wang et al, 2009).

Özkan ve Yılmaz'ın aktardığına göre, kaliteli bir yaşam sürmek için sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olmanın ne kadar önemli ve gerekli olduğu açıktır. Bu nedenle, topumu oluşturan bireylere hayatlarının erken dönemlerinde sağlıklı bir yaşam davranışı aşılanması ve benimsetilmesinin büyük önemi bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi, insanın sağlığı ile ilgili olan, sağlığına etki edebilecek herşeyin bilincinde olması ve günlük planlarını yaparken ve yaşamını düzenlerken, kendisine uygun olan hareket ve davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır (Özkan ve Yılmaz, 2008). Sağlıklı yaşam

biçimi davranışları ise sağlık potansiyelinin ve iyilik durumunun arttırılmasına yönelik yapılan bütün aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Koç vd, 2014).

Türkiye’de SYBD’nın tespitine yönelik araştırmalar incelendiğinde, az sayıdaki çalışmanın genellikle üniversite öğrencilerine (hemşirelik öğrencileri) veya toplumun değişik bazı kesimleri üzerinde gerçekleştirildiği ve bu çalışmaların genellikle lokal bir alanla sınırlı oldukları anlaşılmaktadır.

Birçok hastalık veya rahatsızlığın temelini yaşama dair alışkanlıkların kazanıldığı çocukluk ve gençlik dönemine dayandığı gerçeği ve bu konunun ne denli önem taşıdığı göz önüne alındığında, araştırma sonuçlarının BESYO öğrencilerinin bilinçlendirilmesi, sağlıkla alakalı mevcut davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine vesile olmasının yanı sıra, konu ile ilgili kurum ve kuruluşlara ışık tutabileceği, bununla birlikte Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarının programlarının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilecektir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmamızda BESYO öğrencilerinin hem SYBD’nın ne düzeyde olduğunun tespit edilmesi, hem de elde edilen bulguların öğrencilerin BKİ’leri ve çeşitli değişkenlerle ilişkisinin olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış

İnsanların yaşamında en çok üzerinde durulan konulardan birisi de sağlıktır. Sağlık, optimum seviyedeki bir esenlik hali ile hayatın son bulması arasındaki farklı düzeyleri içine alan bir süreç olarak değerlendirilebilir (Phalank, 1991).

Sağlık ve hastalık, insanların yaşamının ayrılmaz unsurlarıdır. Günlük yaşamın sürdürülebilmesi ve gereklerinin yerine getirilebilmesi için sağlıklı olmak gerekmektedir. Fiziksel kapasiteye ek olarak sosyal ve kişisel boyutları da içine alan sağlık kavramının, insanların en öncelikli sorumluluklarından olması gerektiği dile getirilmektedir (Kaplun, 1992; Kaplan et al, 1993). İnsanların sağlık problemlerine sahip olmalarında ülkenin gelişmişlik seviyesi ile birlikte toplumsal yapısının da aynı düzeyde etkisinin olduğu belirtilmektedir (Cirhinlioğlu, 2001).

Günümüzdeki sağlık anlayışı, bireyin merkeze alınmasıyla birlikte toplumun da sağlığının korunduğu ve geliştirildiği bir yaklaşımı temel almaktadır. Bu anlayışa göre; bireyin iyilik halini koruma, devam ettirme ve geliştirme davranışlarını kazanma, bedenine sahip çıkma ve sağlığıyla ilgili doğru kararlar alma konularına odaklanılmaktadır (Kong, 1995; Sisk, 2000).

### 2.2. Sağlık Tanımları

Sağlık, kuruluşlar ve literatür tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Şöyle ki; Türk Dil Kurumu ([http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55d1d9a3a42875.97954486](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55d1d9a3a42875.97954486)) sağlığı; “vücudun sıhhat, afiyet, esenlik içinde olması ve hasta olmaması durumu” olarak tanımlamıştır. Tıbbi sözlük ise “bireyin yaşadığı çevrede sahip olduğu potansiyeli fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi olarak iyi bir şekilde ortaya koyabildiği göreceli bir durum” olarak sağlığı tanımlamaktadır. DSÖ’nün tanımına ([www.who.int/about/en/](http://www.who.int/about/en/)) göre ise ”Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, bedensel ,zihinsel ve sosyal tam bir iyilik halidir.” Aynı kuruluşa göre sağlıklı olmak ise “nefes aldığının farkında olma, ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevreyi değiştirme veya çevreyle başa çıkabilme” olarak

tanımlanmaktadır (World Health Organization, 1986). Sağlıkla ilgili bir başka tanımlama ise “insanın bedensel ve ruhsal açıdan kendini iyi hissetmesi, , bedensel olarak herhangi bir kusurunun olmaması, arzu ettiği her şeyi yapmaya muktedir olması ve gündelik rutinlerini devam ettirebilmesi” şeklindedir (www.journals.istanbul.edu.tr/iupcd /article/viewFile/1023013589/1023012805).

René Dubois (www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0132.xml) sağlığı; ”Bireysel ve toplumsal varlığın devamı için gelecekteki ihtiyaçları karşılayacak donanıma ne kadar sahip olduğunu gösteren bir ölçü ifadesi” olarak tanımlamaktadır.

Bircher (2005) ise sağlığı ‘yaş, kültür ve kişisel sorumluluğun gereklerinin hayatın beklentileriyle uyumunun yakalandığı ve bunun, fiziksel ve zihinsel potansiyelle harmanlandığı dinamik bir iyilik hali’ olarak tanımlamaktadır.

Ilich (2011)’e göre sağlık; “bireylerin kendi iç halleriyle ve çevresel şartlarıyla savaşmalarının şiddetini ifade etmek için kullanılan sıradan bir sözcük” olarak belirtilmektedir. Olgun, bilgin ve düşünen insan (Homo Sapiens) için sağlıklı olmak ahlaki ve politik etkinlikleri nitelediğini, kısmen de olsa bir toplumun ker kesiminin özellikle de zayıf olanlar sağlığını; kendine güven, özerklik ve saygınlığı sağlayacak ortam ve koşulları yaratan eylemlerin varlığına bağlı olduğunu, çevrenin kendini yönetebilen sorumlu insanlar ortaya çıkartabilmesi durumunda o toplumda sağlık standartlarının en üst düzeyde olacağını belirtmektedir.

### **2.3. Sağlığı Koruma ve Geliştirme**

#### **2.3.1. Sağlığı Koruma**

Bozhüyük ve arkadaşlarının aktardığına göre, sağlığı koruma ve geliştirme denildiğinde genellikle insanların aklına ilk doktor ve hastaneler gelirken, daha sonraları ise insanların sağlıklarının kendi yaşam tarzlarına bağlı olduğu kavranmaya başlanmıştır (Bozhüyük, 2012).

Sağlık ve hastalık oluşumunda birçok faktörün etkisi bulunmaktadır. Sağlık; yanlış beslenme alışkanlıkları, yeterince egzersiz yapmama , farklı stres faktörleri,

kişisel özellikler, tutum ve davranışlardan etkilenmektedir (Ebersole and Hess, 1990; Lewis and Collier, 1987; Stanhope and Lancaster, 1992).

Sağlığı koruma, sağlığın nasıl korunup-sürdürüleceği hususunda gerekli bilgilerin öğrenilmesinden sonra, sağlığı bozacak tutum ve davranışlardan sakınma durumudur. Örneğin; alkol içmenin sağlık açısından zararı olduğunu bilen bir bireyin alkolü bırakmanın sağlığını iyileştireceği yönündeki tutumuna karşın, alkolü içmekten vazgeçememesi doğru bir davranış olmayacaktır (Savaş ve Gedik, 1993).

Sağlığı koruma davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıktan korunma ve yakalanmamak için gösterdiği gayretler, sağlığı koruma davranışları olarak ifade edilmektedir. Sağlıklı bir birey ve toplum için bu tür davranışların alışkanlık ve yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekir (Demir vd, 2015). Sağlığa zararlı bir davranış olan sigara içme alışkanlığı, % 40 oranla 15-19 yaşlarında başlamaktadır. Dünya ve Türkiye’de 15 yaşın üzerindeki nüfusun % 45’inin sigara bağımlısı olduğu belirtilmektedir (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000). Ergenlik çağındakiler de dikkate alındığında Türkiye’de 16,5 milyon kişinin düzenli olarak sigara içtiği tahmin edilmektedir (Hardrick and Lindsey, 1996). Bu sonuçlar, sigara içmenin dünya ve Türkiye’de önemli bir toplumsal sorun olduğunu göstermektedir.

Gençler ve erişkinlerde görülen mortalite ve morbidite oluşumuna katkı sağlayan en önemli sağlık riski davranışları genellikle gençlik yıllarında kazanılmakta, erişkin hayatına taşınmaktadır. Bu davranışlar, önlenbilir niteliktedirler. Bu nedenle, sağlıkla ilgili doğru davranışların ortaya konulması, genç insanların sağlığını etkileyecek davranışları ve yaşanan değişimlerin incelenmesi, bu davranışlarını etkileyen faktörlerin ortaya konulması ve gereken önlemlerin alınması önem arz etmektedir (Grunbaum et al, 2004; Steptoe et al, 2002).

Sağlıklı bir yaşam, erken yaşlarda sağlıklı yaşama ilişkin alışkanlıklara sahip olunup-olunmamasına bağlıdır. Hayatın erken dönemlerinde sahip olunan sağlığa ilişkin davranışlar, hayatın daha sonraki dönemlerindeki yaşam şeklini ve ona bağlı hastalık risklerini etkilemektedir. Gençlikte kazanılmış sağlıksız davranışları yetişkinlikte değiştirmek zor olduğu için, bu tür davranışların erken dönemlerde tespit edilerek doğru davranışlara dönüştürülmesi mümkün olursasağlanabilirse, yetişkinlikte oluşması muhtemel sağlık riskleri de önlenilecektir (Landsberg et al, 2010; Gall et al, 2009; Güler vd, 2008; Lowry et al, 2000)]. Bu yüzden, gençler arasında sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Şenel ve arkadaşlarının (Tot ve Yazıcı, 2004). Mersin’de yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinden şimdiye kadar en az bir kez alkol içenlerin oranı % 50,5, halen alkol içenlerin oranı ise % 43,9 olarak tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, madde kullanımı da, riskli sağlık davranışlarının oluşmasını tetikleyen önemli faktör olarak belirtilmektedir (Siyez ve Siyez, 2007). Bu yüzden, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmeleri, yaşam tarzlarını iyileştirmeleri, sağlıklarını korunmaları noktasındaki kendi görevlerini algılamaları ve nihayetinde riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önem arz etmektedir (Erdoğan vd. 1994). Sağlığın korunması, fiziksel, sosyal ve biyolojik çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir (Bozhüyük, 2010) [25].

### **2.3.2. Sağlığı Geliştirme**

Sağlığın geliştirilmesi; insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırabilme SYBD’ni benimseyerek, yaşam biçimlerinde olumlu yönde değişiklikler yapmaları gerekmektedir (Güler vd, 2008; Özkan ve Yılmaz, 2008). Sağlığı geliştirici davranışlarıyla ilgili araştırmalar, sağlığı geliştirmede bireye sorumluluk yüklemenin yetersiz bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Koçoğlu ve Akın (2009)’ın aktardığına göre, Whitehead ve Dahlgren (1997) geliştirdikleri sağlık modelinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireysel tercihlerin değil, sosyo-ekonomik çevrenin bir sonucu olduğunu belirtilmektedir.

Green ve Kreuter (1991), sağlığın geliştirilmesi için birey, grup ve toplumların davranışlarının çevresel, ekonomik ve örgütsel destekler ile birlikte verilecek sağlık eğitimleriyle sağlanabileceğini belirtmektedirler. Sağlığı geliştirmedeki amaç, doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Sağlığın geliştirilmesiyle bireylerin kişisel seçim ve sosyal sorumlulukları olumlu yönde iyileştirilerek kendi sağlıklarını geliştirmeleri sağlanabilecektir (Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, 2011).

Zamanla sağlık bakımı maliyetlerinin artması ve karşılaşılan sağlık problemlerinin yaşam biçimi ile bağlantılı olduğunun tespit edilmesiyle birlikte sağlığın

geliştirilmesi ve sağlık eğitimi konuları üzerinde daha fazla durulur hale gelinmiştir (Edelman and Mandle, 1986). Olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi ve sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede anahtar role sahiptirler (Semerci, 2007). Bu nun için bireylerin sigara ve alkol içme, beslenme, fiziksel aktivite, cinsel davranışlar, iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durmaları gerekli görülmektedir (Jackson and Saunders, 1993).

SYBD geliştirmenin ilk adımları aile ve toplumda atılır, eğitimle gelişir ve değişir (Alpar vd, 2003). Öğrencilere sağlanacak eğitimler yoluyla, kendilerinin ve çevresindekilerin sağlıklarının geliştirebilebilmesi mümkün görülmektedir (Tambağ ve Turan, 2012). Sağlığı geliştirme yoluyla hastalıkların azaltılması, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasına katkı sağlanır. Sağlığın geliştirilmesi süreci sonucunda, kısa vadede sağlığa ilişkin risklerin azaltılması, orta vadede ise olumlu sağlık davranışları ve yaşam biçimlerinin geliştirilmesi ile sağlıklı bir çevrenin oluşturulması gibi faydalar ortaya çıkabilecektir (Özvarış, 2011).

#### **2.4. Dünyada Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Yapılmış Toplantılar**

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla dünyanın farklı yerlerinde düzenlenen konferanslarda belirlenen hedefler ve alınması gereken önlemler aşağıda kısaca belirtilmiştir.

1978 yılında yayınlanan Alma Ata'da 1978'de yapılan toplantı sonucundaki bildirmede; temel sağlık hizmetleri ve önceliği vurgulanmış ve bu konuda devletin görevleri sıralanmıştır ([www.unicef.org/about/history/files/Alma\\_At\\_a\\_conference\\_1978\\_report.pdf](http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf)).

Lizbon'da 1981 yılında yayınlanan bildirmede ise hasta hakları genel olarak ele alınmış, hastanın hekimini özgürce seçme, hekimin tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesi, onurlu bir biçimde ölme, dini temsilci, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme gibi haklar ortaya konulmuştur (<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005e.pdf>).

Ottawa Şartı ile 1986 yılında sağlığı geliştirme konusunda sağlık sektörü ile diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiş, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika önlemleri ortaya konuşmuştur ([www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/)).

Adelaide 1988 yılında sağlıklı halk politikası stratejileri belirlenmiştir. Sundvall konferansında (1991); fiziksel, sosyal, ekonomik ve politik çevrenin sağlığa zarar vermektten ziyade sağlığı destekleyici hale getirilmesi gerektiğine vurgu yapılmış, sağlığı destekleyen çevreler oluşturma noktasında herkesin rolü olduğu kabul edilmiştir ([www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/)). Amsterdam Bildirgesi'nde (1994); hasta hakları, sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir. Kopenhag Bildirgesi'nde (1994); Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer almakla birlikte, bu hususta gerekli değişimlerin yapılması ve sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi üzerinde durulmuştur. Bali Bildirgesi'nde (1995); Amsterdam Bildirgesi'ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerinin manevi moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Ljubljana Bildirgesi (1996), Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasları üzerinde durmuştur. Cakarta Deklarasyonu'nda (1997), 21.yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve bu konudaki önceliklere yer verilmiştir. Meksika konferansında (2000); sağlığın teşvik edilip geliştirilmesinin, özellikle olumsuz koşullar içinde yaşayan insanlar için ne denli bir fark ortaya koyduğunu göstermek, sağlığın teşviğini ve geliştirilmesini; yerel, ulusal ve uluslararası kuruluşların programlarında öncelikli temel olarak konumlandırmak ve toplumun her seviyesiyle farklı sektörler arasındaki işbirliğini canlandırmak hedeflenmiştir ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1)). Dubrovnik Sözleşmesi'nde (2001) ise, sağlık alanındaki bazı hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur. Bangkok Şartında (2005); toplumları güçlendirecek, sağlığı ve sağlık hakkaniyetini iyileştirecek politika ve ortaklıkların küresel ve ulusal kalkınmanın merkezinde yer alması gerektiği onaylanmış; Ottawa Sözleşmesinde belirtilen sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili değer, ilke ve eylem stratejilerinin üye devletler tarafından

yerine getirilmesi ve geliştirilmesi gerektiği ortaya konulmuştur ([www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)). Nairobi Konferansında (2009); toplumun güçlendirilmesine, sağlık okur-yazarlığına ve sağlığı geliştirmeye, sağlığı geliştiren sağlık sistemlerine, sağlıkta hakkaniyet için harekete geçilmesinin gerekliliğine ve sağlığı geliştirme için kapasite oluşturma konularına vurgu yapılmıştır ([www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index4.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index4.html)). Helsinki’de 2013 yılında yapılan sekizinci ve en sonuncu konferans “Tüm Politikalarda Sağlık” ana temasıyla yapılmış, Ottawa Konferansı’ndan bu yana kazanımlar gözden geçirilmiş, Irk, dil, din, bölge, politik inanç, ekonomik ve sosyal durumuna bakılmaksızın sağlığın herkes için bir hak olduğu, hükümetlerin de bu hakları sağlamak üzere halklarına karşı sorumlu oldukları belirtilmiştir ([www.who.int/healthpromotion/conferences/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/)). Dokuzuncu Küresel Konferans’ın ise, 21-25 Kasım 2016 da Şangai’da yapılması planlanmaktadır.

## **2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Tarihte tıp ve sağlık hizmetlerinin gelişim sürecine bakıldığında, önce hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, hastalıklardan korunma yollarının ise daha sonra aranılmaya başlanıldığı karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu uğraşlar, insanı mümkün olduğunca sağlıklı yaşatma gayesi içindir. Bu sebeple, insanları hastalıklardan koruyacak ve hayatları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayacak pek çok yaklaşım geliştirilmiştir. Günümüzde bu yaklaşımların hepsi Sağlıklı Yaşam Biçimi (Healthy Life Style) olarak adlandırılmaktadır (Hardrick and Lindsey, 1996).

Özkan ve Yılmaz’ın aktardığına göre, sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlerken, kendi sağlık statüsüne uygun olan davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Özkan ve Yılmaz, 2008). Koç ve arkadaşlarının aktardığına göre, SYBD aynı zamanda; bireyin sağlığını geliştirmesi ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırmasıdır. Bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık potansiyelinin ve iyilik durumunun artmasına yönelik olarak yapılan bütün aktiviteleri kapsamaktadır (Koç vd, 2014).

SYBD, sadece herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığı önlemeyi değil, aynı zamanda kişinin genel sağlığını daha iyi bir seviyeye yükseltmeyi hedeflemektedir. Hareketsizlik ve sağlıkla ilgili alışkanlıklara sahip olunmaması, günümüzde yaşanan sağlık problemlerinin ana sebebi olmaktadır. Bir taraftan büyük halk kitleleri ile yürütülen araştırma sonuçlarında, hareketsiz bir yaşamın, insanlarda çeşitli kronik hastalıklara sebep olduğu bildirilmekteyken (Edelman and Mandle, 1986; Tambağ ve Turan, 2012; Pender, 1987; Redland and Stuifbergen, 1993; Costanzo et al, 2006) diğer taraftan, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık oluşumunu ve ölümleri azaltabilmekte olduğu ifade edilmektedir (Sanci et al, 2000; Wainwright et al, 2000).

Gelişmekte olan ülkelerde sık görülen bulaşıcı hastalıklara zamanla yaşam biçimine bağlı hastalıklar ve diğer sağlık sorunları eklenmiştir. Şöyle ki; gelişmekte olan ülkelerde kalp-damar hastalıkları ve kanserin için önemli risk faktörü olan sigara ve alkol kullanımı, gittikçe artmaktadır (Ulla and Pérez, 2009). Epidemiyolojik bir araştırmada (Hamburg, 1987), ölümcül hastalıkların yarısında sağlığa zararlı davranışların etkili olduğu saptanmıştır. Stanhope ve Lancaster (1992) ise, hastalıklar ve ölümlerin % 90'ının bireylerin yaşam tarzı, sosyal-ekonomik koşulları, genetik faktörler ve çevre gibi kontrol edilemeyen etkenlerden kaynaklandığını belirtmektedir.

Tütün, alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenme, önlenebilir hastalıkların büyük bir kısmına en fazla sebebiyet veren davranışlar arasında yer almaktadır. Sağlıksız yaşam tarzının, İngiltere'deki ölümlerin % 42'sinin nedeni olmakla birlikte, Ulusal Sağlık Sistemine (National Health System) yıllık en az 9.4 milyar pound'luk bir maliyeti olmaktadır (Bernstein et al, 2010).

Ayrıca, düşük fiziksel aktivite uzun vadede en yaygın risk faktörü olarak görülmekte; buna sebep olarakta, % 95 yetişkin nüfusun, tavsiye edilegelen, haftada 5 ya da daha fazla gün minimum 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmıyor olmaları gösterilmektedir (Troiano et al, 2008). Yapılan bir araştırma Amerika'daki ölümlerin % 50'sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını belirtmektedir (Patrick and Bergner, 1990).

Aksoy ve Uçar (2014), yaşam biçimine bağlı hastalıklar ve ölümlerin önlenmesi için, SYBD kazanılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir. Böylece kronik hastalıkların önlenmesi, kronik hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı



yaşlanmada mümkün olabilecektir. Bununla birlikte, kronik hastalıkların teşhis, tedavi ve maliyetleri önemli düzeyde azaltılabilecektir (Aksoy ve Uçar, 2014).

Son zamanlarda sağlık risklerini azaltan yaşam biçimi davranışları üzerinde durulmakta ve bunun için de bireylerin davranışlarının değiştirilmesi gerektirdiği vurgulanmaktadır (Güler vd, 2008). Bu kapsamda geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi ölçüğü; fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi unsurlarını kapsamaktadır (Maurer and Smith, 2000). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığının iyiliği için aktif olarak sorumluluk hissi duymasıdır. Fiziksel aktivite, her düzeydeki egzersizlerin düzenli yapılmasını ifade etmektedir. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyeceğin değerinin seçimini ifade etmektedir. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimine yoğunlaşır. kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkiler olup, iletişimin kullanılmasını gerektirmektedir. Stres yönetimi ise, gerilimi azaltma veya kontrol için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirlemesi ve harekete geçirmesidir (Walker et al, 1987; Walker and Polerecky, 1996).

### **2.5.1. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz**

Fizik aktivite ve egzersizin, tarihin farklı uygarlıklar ve toplumlarının yaşamında önemli bir yeri vardır. Egzersiz ve sağlık arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Çin'deki Tai Chi Chuan ve Hindistan'daki Yoga gibi öğretiler milattan öncesine dayanmaktadır. Tarihçiler, egzersiz ve sağlık ilişkisinin Herodikus, Hippocrates ve Galen dönemlerine kadar gittiğini belirtmektedirler (Özer, 2015).

İnsan bedeni, fiziksel egzersize çok uygun tasarlanmıştır. Son yıllardaki deneysel araştırmalar, hareketsizliğin hastalık ve erken ölümleri tetiklediği, iş kaybı, sağlık kaygıları ve yüksek maliyetler ortaya çıkartmaktadır. ABD'de insanların hareketsizliğinin kalp hastalık riski ve maliyeti sırasıyla % 18 ve 24 milyar dolar, kolon kanseri riski ve maliyetini % 22 ve 2 milyar dolar artırdığı belirtilmektedir. Buna karşın, aktif insanların sağlık maliyeti, hareketsiz insanlara göre % 30 düşük olduğu belirtilmektedir. İngiltere'de nüfusun %20'sinde görülen obezitenin maliyetinin 500 milyon dolar olduğu belirtilmektedir (Akyol vd, 2008). Dolayısıyla, her geçen gün insan sağlığında egzersizin rolü ile ilgili yayınlar artmakta ve bazı hastalıkların

önlenmesinde, kardiovasküler hastalık, osteoporozis, bazı kanser hastalıklarının ve mental bozuklukların tedavisinde ve hatta yaşlılığın geciktirilmesinde egzersizin oynadığı rol daha belirgin hale gelmektedir (Hammar and Östgren, 2013; Yalçınkaya vd, 2001).

Fiziksel hareketsizlik ABD’de yılda 334.144, dünyada ise 2 milyondan fazla ölüme sebep olmaktadır. ABD’ye 1986 yılında doğrudan maliyeti 77 milyar \$, dolaylı maliyeti ise 150 milyar \$ olan fiziksel hareketsizliğin, ölüm ve sağlık sorunlarına neden olan başlıca 10 küresel sebeplerinden biri olarak kabul edilmektedir. Epidemiyolojik veriler; fiziksel olarak hareketsiz olan bir insanda, tespiti yapılmış 25 kronik hastalıktan birinin görülme sıklığının arttığını ortaya koyuyor. Kronik hastalıklar, ölüm ve ekonomik maliyetler için medikal bir faktör olarak algılanırken; hastalık kontrol merkezleri fiziksel hareketsizliği, ölümün esas sebebi olarak görmektedirler (Tambağ ve Turan, 2012).

Dünyadaki nüfusun % 60’ı ve özellikle gelişmekte olan ülkelerin yetişkinleri yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadırlar. Çocukluk ve genç erişkinlik dönemi, kişilere fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırma ve bunu yaşam boyu sürdürme açısından en uygun dönem olarak görülmektedir. Genç yaştaki hareketsiz yaşam ve kötü beslenme alışkanlıkları, sonraki yaşlarda değiştirmek çok kolay değildir (Akyol vd, 2008).

Yetişkin insanlar için günde orta şiddette bir egzersiz için 30 dakikalık bir sürenin yeterli olacağı ifade edilmektedir. Buna karşın, gençlere daha sağlıklı kemik ve kasların oluşumu için daha uzun ve şiddetli egzersizler önerilmektedir. Çocukların okula yürümesi, parkta yürmesi, merdivenleri kullanması, toplu taşıma araçlarından bir kaç durak önce inip yürümesi egzersiz olarak değerlendirilmektedir (Akyol vd, 2008).

Fiziksel egzersizin hormonal metabolizmayı düzenleyerek, meme kanseri riskini azalttığı, iskelet-kas sistemi, sırt ağrıları, kemik erimesi, stres ve depresyon ve anksiyete bozukluklarını azaltmada etkisi bulunmaktadır. Fiziksel egzersizin sosyal ilişkileri artırarak şiddet eğilimini azaltmaktadır. Bununla birlikte kentlerde fiziksel aktivitelere yönelik yapılan çevresel değişiklikler, trafik yoğunluğu ve çevre kirliliğini azaltmaktadır (Akyol vd, 2008).

Tayland’da yapılan bir araştırmada fiziksel egzersizlerin depresyonu anlamlı bir düzeyde düşürdüğü saptanmıştır (Nabkasorn et al, 2006). Günümüzde gençlerin yaş dönemleriyle ilgili yaşadıkları stres ve depresyonlar, onları intihara

sürükleyebilmektedir. Her gün bir kulüpte spor yapan gençler, haftada 2–3 kez spor yapan ergenler ile haftada 1 kez spor yapan ya da hiç spor yapmayan ergenlerin intihar teşebbüslerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada (Ferron et al, 1999), intihar teşebbüsünün her gün veya haftada 2–3 kez spor yapanlarda, az spor yapan ya da hiç yapmayanlara göre daha nadir görüldüğü saptanmıştır. Düzenli fiziksel egzersizler; koroner kalp-damar hastalıkları, bazı kanserler, tip 2 diyabet, kolon kanseri, obezite, osteoporoz, depresyon ve stres gibi sağlık risklerini azaltabilmektedir (Speck, 2002). Başka bir araştırma; ergenlerin % 37-72'sinin haftada bir saatten az egzersiz yaptıkları veya hiç yapmadıklarını ortaya koymuştur (Satı vd, 2015). Günümüzde sağlıklı yaşlanmak ve sağlık risklerini azaltmanın temel yolları, dengeli beslenme ve yeterli fiziksel egzersizlerdir (Akyol, 2008).

Düzenli fiziksel egzersiz, çocuklar ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerine, karakterlerinin gelişimine, kötü alışkanlıklardan korunmalarına, sosyalleşmelerine, yetişkinlerin kronik hastalıklardan korunmasına veya tedavilerin desteklenmesine, yaşlıların ise aktif bir yaşlılık geçirmelerine önemli katkılar sağlayabilecektir (Tayar and Korkmaz, 2011; Bek, 2008). Buna karşın, gelişen teknolojiye bağlı olarak insanların yaşamlarının giderek hareketsizleştiği bilinen bir gerçektir (Bozkuş vd., 2013).

### **2.5.2. Beslenme**

Beslenme; vücut fonksiyonlarını yapabilmek, büyümek, yaşamı sağlıklı ve mutlu sürdürebilmek için alınan gıdalardan yararlanılması olayıdır (Kavas, 2003). Gıda, yenilip içilebilen ve fizyolojik etkisi bulunan besinleri içeren maddelerdir (Tayar ve Korkmaz, 2011). Besin ise, gıdalarda bulunan yapı taşları veya biyolojik katalizörleri ifade etmektedir (Sencer ve Orhan, 2005).

Besin öğeleri; makro ve mikro besin öğeleri şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Proteinler, yağlar, karbonhidratlar ve su, makro besin öğelerini, diyetle düşük miktarda bulunan vitaminler, mineraller ve iz elementler ise mikro besin öğelerini oluştururlar (Tayar ve Korkmaz, 2011).

Uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak belirtilen beslenme, ülkenin önemli refah göstergelerinden biridir (Soylu, 2006). Aksungur ve arkadaşlarının

(Aksungur vd, 2011) aktardığına göre, bireyler ve toplumların sağlıklı yaşaması, varlıklarını sürdürmeleri ve refahlarının artırılmasında yeterli ve dengeli beslenmeleri en temel koşullardan birisidir. Yeterli ve dengeli beslenemeyen bir toplumun sağlıklı olması, temel faaliyetleri yerine getirebilmesi, ekonomik ve sosyal refahını artması olası görülmemektedir (Özmen vd., 2007). Günlük gıda ihtiyacı; sağlık durumu, fiziki aktivite düzeyi, cinsiyet, kilo ve boya göre farklılıklar göstermektedir (Uğur ve Baysaling, 2000). Örneğin; sağlıklı olmak ve zinde kalmak için spor yapan bir kişiyle; profesyonel olarak, bir amaca yönelik spor yapan bir diğer kişinin gereksinim duyacakları beslenme şekli ve enerji ihtiyacı farklılık ihtiva edecektir. Bu dengenin iyi sağlanamaması durumunda istenen verim alınamayacağı gibi, hedeflenen başarıda tabiatıyla elde edilemeyebilecektir. Bu bakımdan, sporda beslenme ayrı bir bilim dalı olarak kabul edilmekte ve ona göre kuralları ve uygulamaları söz konusu olmaktadır (Uğur ve Baysaling, 2000).

Sporda başarının yakalanması, pek çok koşulun bir arada uygulanmasıyla mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda bir vücut geliştirme yarışmasına hazırlık beslenmesinde, açıklanan bilimsel beslenme tekniklerinin tam olarak uygulanmaması, söz konusu sporcunun arzu ettiği vücutsal sunumu net bir şekilde ortaya koyamamasına sebebiyet verecektir. Çünkü deri kalın görünecek, kasların ayrıntısı belli olmayacaktır (Uğur ve Baysaling, 2000).

Yetişkinlere göre büyüme çağındakilerin besin ve enerji ihtiyaçları daha yüksektir. Buna karşın, yaş ilerledikçe enerji ihtiyacı azalırken hücrelerdeki yıpranmayı en aza indirecek bazı besinlere olan ihtiyaç artmaktadır. Fiziksel olarak daha büyük ve güçlü olan erkeklerin enerji ihtiyacı kadınlara göre daha yüksektir (Baysal, 2003). Yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte, hastalıklar ağır seyretmekte ve öldürücü olmakta, kronik hastalıklar ise daha açık hale gelmektedir (Bozhüyük vd, 2012) Üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenmeleri, hem kendi sağlıkları hem de gelecek kuşaklar açısından önemlidir (Mergen vd, 2009).

Sağlıklı ve doğru beslenme için; dengeli beslenme, yeterli beslenme, çeşitli gıdaları tüketme ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınılması gerekli görülmektedir (Kavas, 2003).

Sağlıklı ve doğru beslenme için ihtiyaç duyulan besin grupları ise; et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar, süt ve süt ürünleri, tahıllar, meyve ve sebzeler, yağlar

ve şekerler olmak üzere 5 grup olarak ifade edilmektedirler (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t9.pdf>.)

### **2.5.3. Kişiler Arası Destek**

İnsan yaşamı bir nevi, kişiler arası ilişkilerin bir toplamıdır. İnsan doğumundan ölümüne, çevresiyle bir iletişim halindedir. Kişiler arası ilişkiler; insanın sosyal davranışını ele alan bilimler arasında özellikle, sosyal psikolojinin konusu içerisinde yer almaktadır. İnsanın doğumundan itibaren önce annesiyle, sonra babasıyla, daha sonra ailesiyle, arkadaşlarıyla, öğretmenleriyle, meslektaşlarıyla ve toplumdaki diğer insanlarla ilişkiler kurar. İçinde bulunduğumuz bilgi çağında; iletişim kurulan insanların sayısı, ilişkilerin niteliği, amacı, türü, süresi gibi değişkenlerin çeşitliliğiyle birlikte insan ilişkileri, interdisipliner ve farklı şekillerde araştırılması ve anlaşılması gerekli bir konu haline almıştır (Ekşi, 2015).

İlişki kavramı; “iki şey arasında karşılıklı ilgi, bağ, münasebet, temas, olaylar ve nesnelere arasında var olan karşılıklı bağlılık” olarak tanımlanmaktadır (Hovardaoğlu, 1995). İnsan davranışlarının genellikle kişiler arası, özelde ise ikili ilişkilerle şekillenmekte, değişmekte ve sürdürülmektedir. İnsanlar arası ilişkilerin, hayatta başarıya ulaşma, mutlu ve verimli olmada büyük etkisi bulunmaktadır (Bozhüyük vd, 2012).

Kişiler arası ilişkinin gelişimi, her ilişkide tüm evreler yaşanmasa da, 5 evre modeliyle açıklanmaktadır (Devito, 1991). Birinci Temas evresinde kişi, birkaç duyuşsal algı ile (görerek, işiterek ve koklayarak) kısa süre içinde ilişkinin devamı hakkında karar verir. İkinci Bağlanma evresinde kişiler, kendilerini karşı tarafa açar, yapılan aktivitelerle yakın arkadaşlıklar ya da romantik ilişkiler kurarlar ve ilişkiler derinleştirilir. Üçüncü Mahremiyet evresinde kişiler, en iyi arkadaş, sevgili, eş olabilir. Dördüncü Bozulma evresinden itibaren ilişkinin önemi ve birlikte geçirilen zaman azalmasıyla ilişki gerilemeye başlar. Bozulma evresinin ilerlemesiyle, en son ayrılma evresi başlar ve bu evrede bağlar kopar.

#### **2.5.4. Sağlık Sorumluluğu**

Kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olması konusu Eski Yunan, Roma, döneminde geçerli olmakla birlikte, Orta Çağ ve Rönesans boyunca da değişen boyutlarıyla devam etmiştir (Minkler, 1999).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde ([http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567c4be42cb237.93237541](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567c4be42cb237.93237541)) sorumluluk, “kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi” olarak tanımlanmaktadır. Herkes kendi sağlığından sorumlu olup, hastalıklardan korunmada kişilerin asıl kendileri için alacakları önlemler önemlidir. Kişiler sağlıklarının değerini bilmez ve onu korumaya çalışmaz ise sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz (Bozhüyük vd, 2012).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığını geliştirici tedbirleri alması ve bu yönde davranış değişiklikleri gösterebilmesidir. Sağlık sorumluluğu kavramı, bireyin sağlık bakım kalitesi üzerinde etkili ve sağlığına ne düzeyde dikkat ettiğini belirleme de rol sahibidir. Bireyin sağlığıyla ilgili alabileceği sorumluluklar; vücudu ve kendini tanıyarak değişiklik durumunda hekim veya sağlık kuruluşuna müracaat edilmesi, düzenli tıbbi tetkikler ve kontroller yaptırma, sağlık konularında kendini yenileme ve tartışmalara girme, yayınları takip etme şeklinde belirtilmektedir (Bottorff et al, 1996). Eğer bireyler kendi sağlıklarının sorumluluğunu almayı öğrenirlerse, yaşam biçimlerini değiştirerek günümüzde karşılaşılabilecekleri çoğu sağlık sorunlarını önleyebilecek veya giderebileceklerdir (Tanner, 1991; Dinger, 1999; Copel, 2000; Thompson and Chambers, 2000).

#### **2.5.5. Kendini Gerçekleştirme**

Bir kaynakta Maslow'un, uzun araştırma ve çalışmaları neticesinde; insan davranışları ve bunlara yön veren güdülerin oluşmasında en önemli etkenin, insanların ihtiyaç ve gereksinimleri olduğunu belirttiği yer almaktadır (Hicks, 1976). Bir başka kaynakta ise, insan davranışlarını inceleyen psikologların, bireyin davranışları üzerindeki en önemli etkenin “benlik kavramı” olduğunu; “kendini gerçekleştirme” güdüsünün de bu davranışları şekillendirdiğini ileri sürdükleri belirtilmektedir. Kendini

gerçekleştirme aynı zamanda, hem insan davranışlarına yön veren bir güdüyü, hem de ulaşılmaya çalışılan bir gelişim düzeyini ifade etmektedir (Pender et al, 1992).

Beşeri ihtiyaçlar önem derecelerine göre sıralanırlar (Hicks, 1976). Maslow güduları bir piramide benzetmiş ve beşeri ihtiyaçların, en güçlü olan ihtiyaçtan en zayıf olana doğru sıralandığını ileri sürmüştür. Buna göre, insanı güdüleyen en güçlü etkenin fizyolojik ihtiyaçlar olduğunu, kendini gerçekleştirme ihtiyacının ise daha sonra geldiğini ifade etmiştir (İnceoğlu, 1985).

Kişinin kendini gerçekleştirme güdüsünün oluşabilmesi için, fizyolojik, güvenlik, ait olma ve saygınlık sağlama konularındaki temel ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir (Özmutaf, 2005). Kişinin potansiyelini ortaya çıkartması ve kendini tatmin gibi ihtiyaçlarını içeren kendini gerçekleştirme öncesindeki ihtiyaçları; saygınlık sağlama (kendine güvenmek, kendine saygı duymak ve başkaları tarafından takdir edilmek vb), ait olma (sevmek, sevilme, başkaları tarafından kabul edilmek vb), güvenlik (fiziki tehlikelerden korunma, alışılmış olan durumu alışılmamışa tercih etme vb), fizyolojik (yeme, içme, barınma vb) şeklinde belirtilmektedir ((Hicks, 1976).

Cüceloğlu (1991) kitabında, bir kaza sonucunda ıssız bir adaya düşen ve kendini aç, susuz bulan ve de havanın soğuk olması münasebetiyle üşümekte olan bir kimsenin, doğal olarak eline kâğıt kalem alıp o adaya düşüşünün ilk günlerini romanlaştırmayı düşünmeyeceğini; büyük bir ihtimalle ilk derdinin yiyecek ve içecek bir şeyler ve de soğuktan korunabileceği bir sığınak bulmak olacağını söylemektedir. Dolayısıyla, insanın ancak bu ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra etrafa bakıp, başkalarının olup olmadığıyla ve onlarla ilişki kurmayla ilgilenmeyi hatıra getireceğini ifade etmektedir. Toplumun bir parçası olma ve toplumun seçkin bireylerinden biri olmayı amaçlama gibi gereksinimlerin de yine, ilişki kurulması sonrası oluşmasının kuvvetle muhtemel olabileceğini dile getirmektedir.

Kendini gerçekleştirmiş birey, güçlü ve zayıf yönlerinin farkındadır ve kendini tanıır. Planlı ve programlı bir şekilde, belli bir amaç doğrultusunda yaşar. Başarılı olduğunun bilincindedir. Kendini gerçekleştirme; kişinin kendini takdir etmesi, kendinden memnuniyet duyması ve kendisinin değerli olduğuna inanması ile kendini gösterir (Bottorff et al, 1996).

### 2.5.6. Stres Yönetimi

Fizikçi Robert Hook ilk kez 17. Yüzyılda stres sözcüğünü elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak için kullanmış, yüz yıl sonra da Thomas Young stresin maddenin kendi içinde olan bir güç ya da direnç olduğunu belirterek bunu formülle izah etmiştir (Roskies, 1994).

Balcıoğlu (2005)'ndan aktarıldığına göre stres, Latince kökenli ve İngiliz dilinde kullanılan bir terim olup, “zorlanma, gerilme ve baskı anlamı vardır. Bu kavram, 18. ve 19. yüzyıllarda objeler ve insanları betimlemek için güç, baskı ve zor anlamlarında kullanılmıştır. Stres en yalın tanımlamayla, insan vücudunda oluşan bir cevap olup, genelde ona sinirlilik, gerginlik, endişe, öfke veya altüst olma, yıkılmışlık anlamları yüklenmektedir (Tutar, 2011).

Balcıoğlu (2005)'dan aktarıldığına göre stres, ”organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tamamıdır” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi yönden ele alındığında stres, insanların iç ve dış dünyaları tehdit edildiğinde tehditlere karşı kafa tutmak zorunda kaldıklarında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve davranışsal reaksiyonlar olarak belirtilmektedir. İnsana ihtiyacı olan uyanıklık ve gücü verdiği durumlar stresin iyi olmasını, insan için zararlı ve hastalıklara sebep olan durumlar ise stresin kötü olmasını ifade etmektedir. Çoğunlukla halk arasında stres teriminin karşılığı kötü olarak bilinmektedir.

Daha genel olarak stres, insanın içinde bulunduğu ortam ve iş koşullarının onu etkilemesi sonucunda vücudunda özel biyo-kimyasal salgılar oluşarak, söz konusu koşullara uyum için düşünsel ve bedensel olarak harekete geçme durumu” olarak tanımlanmaktadır (Eren, 2012).

İçinde bulunulan yüzyıl, insanlara geçmişle kıyaslanamayacak ölçüde bir hareketlilik getirmiş, birbirleriyle yarış içinde olmalarına, yaşamlarında kendi yetenek ve sınırlarını zorlamalarına neden olmuştur. Bu da stresi herkesin günlük yaşamının ayrılmaz bir parçası haline getirmiştir (Ertekin, 1993).

Her bireyin stres etkenleri farklı olmakla birlikte, strese karşı verdiği cevaplar da farklıdır. Stresin kontrolü kişiye özgü ve kişinin içindedir. Stresle başa çıkmada; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime oluşturan olaylardan uzak kalma, sosyal



faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir (Tutar, 2011).

## 2.6. Vücut Kompozisyonu

Vücut kompozisyonu(VK) sözlükte; “bir bireyin vücudundaki yağsız vücut ağırlığının ve yağ yüzdesinin yağ, kas ve kemik oranı olarak ifade edilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (<http://dictionary.reference.com/browse/body+composition>).

Tüm sağlık hekimleri evrensel olarak, fazla vücut yağının ciddi bir sağlık riski oluşturduğu hususunda hemfikirdirler. Hipertansiyon, yüksek kan lipiti (yağ ve kolesterol), diyabet, kalp-damar hastalıkları, solunum fonksiyonu bozukluğu, safra kesesi hastalığı ve bazı eklem hastalıkları gibi sorunların hepsi obezite ile ilişkilidir. Ayrıca bazı araştırmalar, vücudun belirli bölgelerinde meydana gelen aşırı yağ birikimlerinin, önemli bir sağlık risk faktörü olabildiğini göstermektedir. Karın ve bel çevresindeki ekstra yağlanmanın, yüksek diyabet riski ve kalp hastalığı gibi rahatsızlıklarla ilişkili olması, bu duruma bir örnek teşkil etmektedir. Bel çevresinde çokça yağ birikmiş bireylerin, uyluk ve kalçalarda yağ biriktirme eğiliminde olanlara göre daha kötü durumda oldukları belirtilmektedir. Erkeklerin bel bölgesinden, kadınların ise kalça bölgesinden kilo almaya eğilimli oldukları bilinmektedir [100, 176].

Günümüzde insanlar, daha önce hiç olmadıkları kadar kaç kilo geldikleriyle alakadar olmakta ve egzersiz her derde deva olacaktır algısıyla spor salonlarına akın etmektedirler. 1989 yılına bile geri dönüp baktığımızda, Amerikalıların kilo vermek ve fazla yağlarından kurtulmak için toplamda 1500 adet kilo kontrol kliniğinde, 54 milyon diet kitabı, servis ve yardımcı ürün hizmetleri için, 30 milyar dolardan fazla para harcadıklarını görmekteyiz (McArdle et al, 1991). İnsanlardaki ‘zayıf olmalıyız çabası’ popüler bir yanlış algıya dayanmaktadır. Zayıf ve ince olmak, sağlık riskini azaltan bir durum değildir. Hatta zayıf kalmaya çalışmanın abartıldığı durumlarda, ciddi yeme bozuklukları oluşabilmektedir. Zayıflık sadece daha az kilolu olmaktır. Sağlıklı olma anlamına gelmemektedir ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

### 2.6.1. Vücut Kompozisyonu Bileşenleri

İnsan vücudu; su, protein, mineral ve yağdan oluşmaktadır. Yağlı ve yağsız vücut kütlesi olmak üzere iki kısımdan müteşekkildir. Yağlı kısım vücudun en değişken kısmıdır. Toplam vücut yağı, lazım ve gerekli olan yağlar ve depolanmış olan yağların toplamından meydana gelmektedir. Kemik iliği, kalp, akciğer, karaciğer, dalak, böbrek, bağırsak, kaslar ve merkezi sinir sistemi boyunca uzanan lipid bakımından zengin dokular içinde bulunan yağlar, zorunlu ve hayati yağlar olarak adlandırılırken, yağ dokularında birikmiş kısımlar ise depolanmış yağlar şeklinde isimlendirilirler. Gerekli ve zorunlu diye kabul edilen yağ, normal vücut fonksiyonlarının işleyişi için gereklidir ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)) fakat, bunun dışında vücutta fazladan bulundurulmuş yağ sağlık açısından sakıncalıdır (Courteix et al, 1999).

Kadınlar tabiatları gereği çocuk taşıma ve doğurma özelliğine sahip olduklarından, kadınlardaki bu temel yağ oranı erkeklere kıyasla daha fazladır. Depo yağlar, iç organların etrafında (iç yağ deposu ) ve doğrudan deri altında (derialtı yağ deposu ) yer almaktadır. Bu yağlar, bedensel koruma sağlarlar ve vücut ısısını korumak için bir yalıtkan görevi görürler. Bu deri altı yağ ve iç yağ arasındaki ilişki tüm bireyler için aynı olmayabileceği gibi, yaşam döngüsü boyunca değişkenlikte gösterebilir ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

Yağsız vücut kütlesi, protein, mineral ve vücut suyundan ibarettir. Kasların ana maddesini protein oluştururken, mineraller genellikle kemiklerde bulunmaktadır. İskelet kasları ise kalp, kan damarları ve sindirim sisteminin çalışması için gerekli gücü sağlarlar (Courteix et al, 1999). İnsan bedenindeki su ise, hem hücre içinde, hem de hücre dışında yer almaktadır. Sağlıklı yetişkinlerin vücut sıvısının % 55'i hücre içinde, geri kalanı ise hücre dışında bulunmaktadır. Çok az bir kısmını (% 2,5) ise, sindirim sistemi, beyin omurilik sıvısı ve göz sıvısı içermektedir (Özcan ve Dursun, 1995). Hücre içi sıvısı, hücre kitlesine bağlı bir durumdur. Hücre dışı sıvısı, hücreler arası taşıma ve dolgu işlevlerini yerine getirir. Hücre içi sıvısı ile hücre dışı sıvısı arasında yer alan yarı geçirgen hücre zarı sayesinde her iki konsantrasyon da dengelidir. Sağlıklı insanların vücutlarının içerdiği maddeler dengeli ve gerekli limit değerleri içindedir. Vücuttaki dengesiz içerikler ise, insanların sağlığı ve hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir (Courteix et al, 1999).

Zayıf vücut kitlesi; kas, kemik, iç organlar, ligament ve tendonların ağırlığını temsil etmektedir. Bu zayıf vücut kitlesi ile yağsız vücut kitlesi birbirinden farklıdır. Zayıf vücut kitlesine sahip olan kişiler, kemik ve iç organların iliğinde bulunan bu gerekli ve hayati yağ oranının küçük bir yüzdesine sahiptirler. İki kısımdan oluşan Vücut Kompozisyonu'nda, bahsi geçen temel ve hayati yağ kaynaklarının tahmin edilip toplam vücut ağırlığından çıkartılmasıyla yağsız vücut kitlesi elde edilir. VK'nun değerlendirilmesi için kullanılan, deri kıvrım ölçümleri (skinfold), biyoelektrik impedans analizi (BIA) ve hidrostatik (sualtı) tartım yöntemi gibi pratik metodlar, "zayıf ve yağsız kütle" olmak üzere, iki kısımdan oluşan bu VK modeline dayanmaktadır ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

#### İdeal Vücut Kompozisyon Oranları:

Bireyler arasında farklılıklar olsa da, erkek için genel VK oranları % 55-65 su, % 15-20 yağ, % 5.8- 6.0 mineral ve % 16- 18 proteindir. Kadınlar için genel vücut kompozisyonları ise % 45-60 su, % 20- 30 yağ, % 5.5- 6.0 mineral ve % 14-16 protein şeklindedir (Courteix et al, 1999).

### 2.6.2. Vücut Kompozisyonu Ölçüm Yöntemleri

VK ölçümlerinde, vücut kitle yoğunluğunu bulunur ve buradan da vücut yağ yüzdesi hesaplanır [177]. VK'nun belirlenmesi ve değerlendirilmesi için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlar, Hidrostatik (Su Altı) Tartım, Biyoelektrik İmpedans, X-ray absorpsiyometri (DEXA) , Deri Kıvrım Kalınlığı (Skinfold), Bilgisayarlı Tomografi (CT), Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI), Ultrasonografi (USG), İzotop Seyreltme(Hidrometre), Vücut Yoğunluğu ve Toplam Vücut Suyu tahminleri gibi yöntemlerdir (Dana et al, 2008; Courteix et al, 1999; [www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf](http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf)). Fakat Skinfold (deri kıvrım kalınlığı), Biyoelektirik İmpedans Analiz (BIA) ve BKİ formülü yaygın olarak kullanılan pratik yöntemlerdir.

### 2.6.2.1. Skinfold

VK'nu skinfold yöntemleriyle belirleme işlemi, toplam vücut yağının büyük bir kısmının doğrudan deri altında depolandığı gerçeğine dayanmaktadır ([www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf](http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf)). Derialtı yağ depolarında biriken yağın, toplam yağ miktarı ile olan ilişkisine dayanarak yapılır (Günay vd, 2013).

Bu yöntem; geleneksel olarak, bireylerin şişman olup olmadıklarının tespitinde ve bölgesel yağ oranlarının belirlenmesinde kullanılmıştır (Tanner and Whitehouse, 1975).

Basit deri kıvrımı ölçümleri(skinfold) ve su altı tekniği vasıtasıyla çok sayıda insanın vücut yağ yüzdesini tahmin edecek ve VK ölçecek denklemlerin geliştirilmesi mümkündür ([www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials /BC%20 Lab.pdf](http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf)).

Skinfold tekniğiyle bölgesel şişmanlık verileri elde edildiğinden, bu değerler en iyi ham veriler olarak değerlendirilmektedirler. Daha sonra ise bu veriler, standart sapma verilerine dönüştürülebilirler (Wells and Fewtrell, 2006).

Deri kıvrımı yönteminde, deri altındaki yağ ve iç bölgelerde bulunan yağ dağılımının tüm bireyler için benzer olduğu varsayılarak hareket edilir lakin bu varsayım tamamen desteklenmemektedir. İleride bu hususa ilişkin birkaç örnek verilecektir ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

Skinfold ölçüm noktaları genellikle; triceps, subscapular (kürek kemiği), abdominal (karın), iliac crest (kalça kemiği), uyluk, biceps, calf ve göğüs (Wang et al, 2000) olmakla birlikte, vücudun en az 3 bölgesinden değer alınmasıyla hesaplanmaktadır ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

Ölçüm ‘kaliper’ adı verilen kısaç tarzındaki bir alet ile yapılır. Toplam vücut yağı yüzdesi, bir skinfold kaliper ile, vücutta seçilen noktalardan deri kıvrımı alınmak suretiyle ölçülebilir. Başparmak ve işaret parmağı yardımıyla deri ve derialtı yağı tutulur. Kas dokusundan uzaklaşması suretiyle çekilir ve kaliper ile ölçülen değer kaydedilir. Kaliperde görülen değer milimetre cinsinden okunur (Günay vd, 2013; ISAK, 2001; Sung et al, 2001).

Her bölgeden en az iki ölçüm alınmalıdır. Bu işlem ardışık olarak değil, dönüşümlü olarak gerçekleştirilmelidir. Alınan iki ölçüm arasında 1 mm den fazla fark varsa ek ölçüm yapılmalıdır. Cildin kuru ve yağdan arınmış olması gerektiği gibi, ölçümler egzersizden hemen sonra da yapılmamalıdır ([www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html)).

### **2.6.2.2. Biyoelektirik İmpedans Analiz (BIA) Yöntemi**

Biyoelektirik İmpedans Analiz (BIA), VK'nu değerlendirmede kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntemde, yağsız vücut kütlesi ile yağ içeren kitlenin elektriksel geçirgenlik özelliklerinin farklı olmasından yararlanılmaktadır. (BIA) Yöntemi; vücut dokularının, tespit edilemeyen, güvenli, düşük seviyeli az miktardaki ağrısız ve zararsız bir elektrik akımına karşı direncinin ölçülmesidir. Testi uygulanması için kişi bir test masası üzerine veya yere yatar ve elektrotlar ellerine ve ayaklarına bağlanır. Farklı biyoelektirik impedans analizi araçları mevcuttur. Bazıları elden ele, bazıları elden ayağa ve bazıları da ayaktan ayağa elektriksel akım gönderilmesiyle ölçüm yapar. Akım vücuttan geçerken bir şey hissedilmez. Bu testin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır. İki elektrot arasında akan küçük bir alternatif akım, daha fazla elektrolit içeriği barındırmaları münasebetiyle suyun çok olduğu hidratlı yağsız vücut dokuları içinden (kan, idrar, kaslar gibi) ve hücre dışı sudan, diğer dokulara kıyasla (kemik, yağ, hava gibi) daha hızlı ve kolay geçer. Buradaki elektrik akımı akışına yönelik olan direnç vücuttaki su miktarı ile ilgili olduğu gibi, vücuttaki su miktarı da yağlı ve yağsız vücut kitle miktarı ile ilgilidir. Söz konusu impedans'ın ölçümü elektrik akımına gösterilen dirence göre belirlenir. Bu şekilde vücuttan geçen elektrik akımlarının hızı ve gücü ölçülür ve elde edilen bu sonuçlar; vücut yoğunluğuna, vücut ağırlığı ve boyu da eklenmek suretiyle, cinsiyet, yaş, bazen ırk, şişmanlık düzeyinin ve bazı çevre ölçümlerinin belirlenmesinde kullanılır. Doku yatağına elektrotlarladeğişik frekanslarda alternatif akımlar verilir ve akımın voltajındaki düşme "impedans" olarak belirlenir. Yüksek akımlar (50 kHz gibi) hücre membranlarını geçerek tüm vücut suyunun miktarını verirken, düşük akımlar (1 kHz gibi) hücre membranını geçemez ve sadece ekstraselüler sıvı miktarını verirler. Elde edilen impedans değerinin sabit denklemlerde yerine konmasıyla, vücut yağ yüzdesi, yağsız vücut kütlesi, vücut su

miktarı ve BKİ gibi vücut bileşenleri hesaplanmaktadır (Pekcan, 2008; [www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html](http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html); Courteix et al, 1999; [www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf](http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf)).

Testin uygulanışı ağrısız, hızlı ve kolay olduğundan, BİA yönteminin popülaritesi son birkaç yılda önemli ölçüde artmıştır (Heyward, 1991).

BİA metodu; ölçüm kolaylığı, taşınabilirliği, maliyetinin nispeten düşük olması ve güvenilirliği nedeniyle, vücut bileşenlerinin belirlenmesine yönelik uygulanan diğer kompleks yöntemlere tercih edilmektedir (Özçelik vd, 2002; Sung et al, 2001).

BİA; endokrinoloji, nefroloji, kardiyoloji gibi klinik bilimler başta olmak üzere, başka birçok klinik ve spor bilimlerinde vücut kompozisyon analizi için sıkça kullanılmakta olan önemli bir yöntemdir (Jebb and Elia, 1993; Salinari et al, 2003).

Ayrıca bu yöntem, kişilerin vücut yağ oranlarını, kadın ve erkek için ideal olan sağlık sınırlarına göre (% 18-30kadınlarda; % 10-25 erkek) değerlendirmede daha doğru bir yöntemdir (Norman, 1995).

Bu yönetime yönelik yapılan eleştirilere bakarsak, bir araştırma, en uygun koşullar altında bile olsa, BİA ölçümleriyle sualtı tartım sonuçlarının karşılaştırılmasının tartışmalı olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca BİA'nın, zayıf ve atletik kişilerde vücut yağ oranını olduğundan daha yüksek, obez kişilerde ise olduğundan daha alçak ölçme eğiliminde olduğu ifade edilmektedir ([www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf](http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf)).

Bunların yanı sıra diğer bir kaynak, bu yöntemin vücut kompozisyonlarını belirlerken vücut su miktarından kolaylıkla etkilenebildiğini dile getirmektedir. Bir başka kaynakta ise, obez ve aşırı kilolu hemodiyaliz hastalarında, BİA'nın hatalı sonuç verdiği gösterilmiştir (Guida et al, 2001).

### **2.6.2.3. Beden Kitle İndeksi**

Gelişen yöntemlere bağlı olarak, vücut kompozisyonları ile ilgili yapılan çalışmalarda önemli ölçüde artmıştır. Araştırmalar, insanların VK'nda yağ oranının gittikçe arttığını ve bununla, çeşitli sağlık problemlerini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymaktadır (Simmons et al, 1996; Tanaka et al, 1999).

Erken yaşlarda kiloların alınması, daha sonraki çağlarda obezite oranını ve risk faktörlerini artırmaktadır. Vücut kompozisyon analizleri, çocuk ve gençlerde obezite gelişiminin takibi ve tedavisinde önem arz etmektedir (Epstein et al, 2004).

Obezite (vücut yağ oranının aşırı oranlarda artması), başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyanın her yeri ve Türkiye’de de gittikçe artan önemli bir halk sağlığı problemidir. Bundan dolayı vücut kompozisyon bilgileri, insanların hayat standardı ve kalitesi açısından önemli bilgi sağlamaktadır (Kuczmarski et al, 1994; Wickelgren, 1998; Chan et al, 1994).

Vücut Kompozisyonu’nu değerlendirmede kullanılan yöntemlerden birisi de, BKİ formülüdür. BKİ formülü, 1830-1850 yılları arasında Adolphe Quetelet tarafından geliştirilmiş ve icad edilmiştir. Adolphe Quetelet bu dönemde indeksi(BKİ) ‘‘Toplumsal Fizik’’ diye adlandırmıştır (Eknoyan, 1997).

Gerçekleştirdiği bazı çalışmalar neticesinde, vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi formülünün iyi bir formül olduğuna (1832 yılında açıklanan Quetelet formülü) kanaat getirmiştir. 'Kilo yüksekliğin karesi kadar artar' temelli bu formül, 1972 yılında Ancel Keys (1904-2004) tarafından BKİ olarak adlandırılana kadar, Quetelet indeksi olarak bilindi (Eknoyan, 1997).

BKİ ölçüm yönteminde, kişinin boy ve kilosu kullanılır. Vücut ağırlığının, metre cinsinden boyun karesine oranı ile hesaplanır ve  $kg/m^2$  cinsinden ifade edilir. Kişiyi elde edilen değerlere göre zayıf, normal kilolu, fazla kilolu veya obez olarak kategorize etme çabasıdır da denilebilir. Ölçümde kullanılan sınır değerlerin nerede olması gerektiğiyle alakalı tartışmalar olsa da, DSÖ’ne göre; yetersiz beslenme, yeme bozukluğu veya başka sağlık sorunlarını gösterebilecek olan 18.5 altındaki kişiler zayıf, 18.5-24.99 aralığındakiler normal, 25-29.99 aralığındakiler kilolu, 30 ve üzeri olanlar ise obez olarak değerlendirmektedir. Örneğin: 180 cm boyunda ve 80 kg ağırlığındaki bir hastanın  $BKİ = 80/1.80 = 24,69$ ’dir ve BKİ 19–25 arasında olan kişiler normal kilolu kişiler olarak kabul edilirler ([www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/why-being-overweight-means-you-live-longer-the-way-scientists-twist-the-facts-10158229.html](http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/why-being-overweight-means-you-live-longer-the-way-scientists-twist-the-facts-10158229.html); [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html))

Vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesiyle hesaplanan BKİ verileri, genel olarak olunması gereken vücut ağırlığını gösteren bir gösterge olarak kullanılmasının

yanında, yaş ve cinsiyet faktörlerinin dahil edildiği hesaplamalarda SSS (standart sapma skoru) olarak da hesaplamalara dahil edilmektedir (Cole et al, 1995).

Vücut kitle indeksi ve vücut yağ oranı ölçümlerinden; obezite, kardiyojji, nefroloji gibi klinik bilimler ile birlikte spor ve halk sağlığıyla ilgili bilimlerde bireylerin sağlığı hakkında bilgi edinilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (Erselcan vd, 2000; Faisy et al, 2000). BKİ ayrıca yetişkinlerde, tip 2 diyabet gibi klinik sonuçların önceden tahmin edilmesinde araçken, bu öngörü değerinin çocuklarda ve ergenlerde daha düşük olduğu da bildirilen bir başka detay bilgidir (Cole et al, 2000).

Bir küresel beslenme durumu göstergesi olan BKİ, kilolu ve obez olan insanların kategorize edilmesinde (Cole et al, 2000) ve yeme bozukluklarının psikolojik kriterlerle ilişkilendirilmesinde kullanılmış (WHO: Geneva, 1992), fakat bunların Vücut Kompozisyonu'yla ilişkisi başlı başına bir tartışma konusu olmuştur (Wells and Fewtrell, 2006). Kişiler üzerinde obezite değerlendirmesi yapılırken, BKİ nin kullanılıyor olmasına yönelik bazı eleştiriler de vardır. Bunların birisi, BKİ nin bireyler için değil, toplu değerlendirmeler elde etmek için tasarlanmış bir formül olmasıdır. Diğer ise; vücut yağ yüzdesini belirlemede kullanılan yöntemlerin, obezite değerlendirmesinde BKİ den daha güvenilir göstergeler olmalarıdır. Çünkü çok kaslı, yağ oranı düşük bir kişi, BKİ formülü kullanıldığında obez olarak sınıflandırılabilirken; aynı kişi vücut yağ yüzdesi kullanıldığında normal ağırlığa sahip birisi olarak değerlendirilebilmektedir. Bunun sebebi, yağ kütesinin yoğunluğu, yağsız kütenin yoğunluğu 1,100g·ml<sup>-1</sup>'dir. Yani kas kütesi yağ kütesinden daha yoğundur. Bu yoğunluk farkı, kas kütesi fazla olan bireyin beden kitle indeksinin de fazla çıkmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla bu durum, kişinin şişmanlık ve obezlik durumunu saptamada doğru sonuçlar vermeyebilmektedir. Bu yüzden ölçüm , toplu değerlendirme yapmak için değilde, bireysel bazda yapılacaksa, bu noktada vücut yağ yüzdesini ölçülmeyi baz alan bir yöntemin kullanılması daha münasip olacaktır (Heyward, 1991; en.wikipedia.org/wiki/Body\_mass\_index; Guyton ve Hall, 2007).

Bir çok alanda kullanılması ve pratik bir yöntem olması gibi avantajlarının yanında, bazı dezavantajlı noktaları olsa da, bunların diğer yöntem ve metotlar içinde söz konusu olduğu unutulmamalıdır.

Bir çeşit şişmanlık göstergesi olan BKİ nin avantajlı yönü, dünya çapında kapsamlı referans verileri sunabilmesi, vücut şişmanlığıyla, hastalık ve ölüm düzeyleri



arasında ilişkiler kurmuş olmasıdır (WHO: Geneva, 1992). Ayrıca BKİ, gelecekteki muhtemel riskleri öngören ciddi bir formül ve toplu değerlendirmeler ve öngörüler için kullanılmaya çok uygun olan bir ölçüm aracıdır.

## **2.7. Yaşam Evrelerinde Vücut Kompozisyonu Ve Fiziksel Aktivite**

### **2.7.1. Çocuklarda Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite**

Bir sözlükte çocukluk; çocuk olunan zaman veya çocuk olma durumu veyahut gelişimin erken evreleri şeklinde tanımlandığı gibi, 13 yaşından önceki döneme karşılık gelen yıllar olarak da ifade edilmektedir ([www.yourdictionary.com/childhood](http://www.yourdictionary.com/childhood)).

UNICEF(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)'un tanımına göre ise çocukluk; çocuklar için oyunda ve okulda olup, ebeveynlerin geniş şefkat ve gözetimleri ve ailelerin destek, teşvikleri ve sevgileri ile güçlü ve kendilerine güvenerek büyüdükleri bir zaman aralığını ifade eder. Korkudan uzak yaşamaları gerektiği, şiddetten güven içinde oldukları ve sömürü ve istismardan korundukları değerli bir zaman dilimidir. Bunun gibi, doğum ve yetişkinlik arasında boşluğu ifadeden çok daha fazlasıdır ([www.unicef.org/sowc05/english/childhooddefined.html](http://www.unicef.org/sowc05/english/childhooddefined.html)).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014), 6-11 yaş grubu çocukların %58,4'ünün düzenli (günde en az 30 dk veya üzeri) egzersiz yapmadıkları ve günün ortalama 6 saatini hareketsiz geçirdiklerini ortaya koymaktadır .

Çocukların büyümesinin, genetik yapı, beslenme gibi dış etkenlerin yanında, fiziksel aktiviteye göre değiştiği belirtilmektedir. Sportif faaliyetlere katılmayan çocukların kas yapılarının az geliştiği, dengesiz beslenmeye bağlı olarak zayıf veya şişman bir yapıya sahip oldukları, algılama ve öğrenme yetilerinin zayıfladığı bildirilmektedir (Açıkada ve Ergen, 1990).

Fiziksel aktivite, hareketsiz yaşam ve obeziteye bağlı olarak, çocuklarda ve yetişkinlerde ortaya çıkan problemlerin önüne geçmede olmazsa olmazlardan birisidir. Egzersizin içinde olduğu bir yaşam, kişilerin zihinsel ve bedensel sağlık düzeylerini yükselttiği gibi, daha güçlü sosyal bağların kurulması ve düzenli bir toplumun oluşmasına katkı sağladığı bildirilmektedir (Evren, 2008).

Düzenli fiziksel egzersiz, çocuklar ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişmeleri, istenmeyen alışkanlıklardan korunmaları ve sosyalleşmelerinde önemli farklar yaratabilmektedir. Bununla birlikte, yetişkin dönemlerinde çeşitli kronik hastalıkların oluşumunun engellenmesine ve bu hastalıkların tedavisi ve yaşlılıkta ise aktif bir yaşlılık dönemi geçirilmesinde önemli katkıları olabilmektedir (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

### **2.7.2. Gençlerde Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite**

Birleşmiş Milletler gençliği; diğer üye devletlerin tanımlarını yargılamaksızın, 15 ile 25 yaşları arasındaki kişiler olarak ifade etmiştir ([www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf)).

Gençlik, çocuklukla yetişkinlik arasında, zihinsel ve fiziksel büyümenin ve olgunlaşmanın gerçekleştiği hayata hazırlanma dönemidir. DSÖ, 10–19 yaş grubunu adolesan, 15–24 yaş grubunu genç, 10–24 yaş grubunu ise gençlik olarak tanımlamıştır. (Evren, 2008; [www.euro.who.int/document/e81703.pdf](http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf) Promoting the health of young people in Custody Pg. 7.).

Diğer taraftan, gelişmiş toplumlardaki bazı gelişim psikologları, 18–25 yaşları arası olarak ele aldıkları gençlik yıllarını “gecikmiş ergenlik” diye isimlendirirken, bazıları da “genç yetişkinlik” olarak ifade etmektedirler (Kılıççı, 2006).

Genç yaşta hareketsiz bir yaşam geçirilince ve kötü beslenme alışkanlıkları kazanılınca bunların hayatın daha sonraki dönemlerinde değiştirilmesi çok zor olmaktadır. Dünya nüfusunun % 60'ının fiziksel aktiviteleri yeterince yapmadıkları, özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki yetişkinlerin yaşamlarının daha da hareketsiz olduğu bilinmektedir. Kişilere fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırma ve devam ettirme için en uygun dönem, çocukluk ve genç erişkinlik dönemidir (Abalı, 2006).

Fiziksel aktivitenin, insanların bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığına olumlu etkileri vardır. Kas gücünün korunması ve artırılması ile reflekslerin geliştirilmesinin kas ve iskelet sistemi üzerinde olumlu etkileri varken; kalp ritminin düzenlenmesi, akciğerlerin havalanması ve solunum kapasitesinin artması, metabolizmanın hızlanması ve buna bağlı olarak kilo alımının önlenmesinin vücut sistemleri üzerinde olumlu faydaları söz konusudur. Ayrıca ruhsal yönden, insanlar üzerinde depresyon riskini

azaltma, benlik saygısı ve özgüveni artırma ve sosyal ilişkileri geliştirme gibi tesirlerinin yanında, kişinin kendini iyi ve mutlu hissetmesini sağlama gibi pozitif katkıları bilinmektedir (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014).

### **2.7.3. Yaşlılarda Vücut Kompozisyonu ve Fiziksel Aktivite**

Farklı şekillerde tanımlanan yaşlılık, kişilerde değişimler ve kayıpların yaşandığı bir dönemdir. Mazzeo ve ark (1998)'na göre yaşlılık, bireyin genetiği ve yaşam şeklinin, kronik hastalıkların etkisinde kaldığı kompleks bir süreçtir. Norman (1995) normal yaşlanmayı; sakatlıklar veya hastalıklar sonucunda meydana gelen kayıplar hariç olmak üzere, vücudun çeşitli sistemleri ve işlevselliklerini yavaş yavaş yitirmesi olarak ifade etmektedir. Yaşlanma; kronolojik, sosyal, fizyolojik ve psikolojik yaşlanma olmak üzere alt gruplara ayrılarak tanımlanmaktadır.

Kronolojik yaşlanma, insanın doğumdan itibaren yıllara bağlı yaşlanmasıdır (Danışoğlu, 1988). Sosyal gerontologların sınıflandırmasına göre 65-74 arası genç-yaşlı, 75-84 yaş arası orta-yaşlı ve 85 yaş ve üstü ise yaşlı olarak tanımlanmaktadır (Quadagno, 1999). Aerobik kapasitenin düşmesi, hafıza kayıpları, vücut postürünün değişmesi, derinin elastikiyetini kaybetmesi, kırışıklıkların oluşması ve yaşla beraber yerine konulamayan hücre kayıpları gibi yapısal ve fonksiyonel değişimlerle, fizyolojik yaşlanma gerçekleşmektedir (Schneider and Brody, 1983). Psikolojik yaşlanma ise; kişilerin duyguları, algılamaları ve davranışlarında meydana gelen değişimleri ifade etmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Kardiyovasküler sistemde, yaşla beraber kalp kasının yapı ve görev bakımından zayıflaması ya da küçülmesi ve buna bağlı olarak da her bir kasılmayla pompalanan kan miktarının azalması gibi değişimler olur. Maksimum oksijen tüketimi ve kardiyovasküler fonksiyon indeksi 25 yaşından sonra her on yılda bir olmak üzere düşer. Yaşlanmayla birlikte, kalp atım hacmi ve sayısında düşüşler olur, kalp kapakları sertleşip kalınlaşır (Mazzeo et al, 1998; Norman, 1995). Elastik lifleri kaybolan kan damarlarının esneklikleri, azalır ve kan basıncı artar. Bu da, hipertansiyona neden olur. Hipertansiyon ise, % 70 oranında morbiditeye ve % 50 oranında da mortaliteye sebebiyet verir (Erbaş vd, 1999).

Solunum sisteminde; yaşlanmaya bağlı olarak akciğer dokuları elastikiyetini kaybeder ve solunum kaslarındaki kuvvetin azalmasıyla, oksijen taşınmasında vazifeli solunum fonksiyonlarında azalmalar olur.

Yaşlanmayla birlikte iskelet sistemindeki kemik kitlesinde azalmalar olur. Kadınlarda 30-35 yaşlarından sonra, erkeklerde ise 50-55 yaşlarından sonra %0.75 oranında kemik yoğunluğu kayıpları yaşanır. Eklemlerde elastikiyet kaybı, kıkırdaklarda bozulmalar oluşur. Yaşlılarda, kas gücündeki azalma ve reflekslerin yavaşlamasıyla, dururken ve yürürken denge sorunu yaşanır (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Yaşlandıkça, insanların kaslarının kütlesi ve kuvveti azalır. İnsanlarda kas kuvveti 30 yaşından sonra her on yılda bir % 10-15 azalır ve 50 yaşından sonra bu düşüşler daha da hızlanır (Quadagno, 1999).

Yaşlandıkça sinir sisteminde yaşanan nöron kayıpları (beyincik, % 25'lik bir hücre kaybına uğraması) nedeniyle hareketler yavaşlar. Bundan dolayı insanlar bazı günlük aktiviteleri yapmada zorlanırlar (Quadagno, 1999; Shephard, 2002).

Yaşlanmayla birlikte duysal fonksiyonlarda kayıplar yaşanır ve yüksek frekanslı sesleri işitmek onlar için güçleşir, tat ve koklama duysularındaki küçük kayıplar, iştahı ve beslenmeyi olumsuz etkiler (Norman, 1995).

Yaşlanmayla birlikte metabolik değişiklikler olarak kan glikozunun düzenlenmesinde insülinin etkinliği azalır ve bu da tip 2 diyabete neden olur. Fiziksel aktivitede azalma ve özellikle abdominal bölgede olmak üzere yağ dokusunda artışlar olur (Soyuer ve Soyuer, 2008).

Yaşlanmayla birlikte bağışıklık sistemi fonksiyonları baskılanır ve bu da, enfeksiyon riski ve morbidite ve mortalite oranını artırır. Düzenli fiziksel egzersiz, immün sistem fonksiyonlarındaki baskılanmayı azaltır (Shephard, 2002).

Yaşlı bireylerin sağlıklarının korunması ve kaliteli bir yaşama sahip olmaları için, fiziksel aktivite yapmaları önem arz etmektedir. Fiziksel aktivite aynı zamanda, yaşlıları birçok hastalıktan koruyan bir faktördür (Bonney, 2001). Yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalar, yaşlı bireylerin gençlere kıyasla daha az fiziksel aktiviteye katıldıklarını, lakin gelir ve eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılım oranlarının arttığını ortaya koymaktadır (Van Heuvelen et al, 1998; Shephard, 2002; Bonney, 2001).

### **3. MATERYAL VE METOT**

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizinde kullanılan yöntemler ortaya konulmuştur.

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Araştırmamız, tarama modeliyle yapılmış betimsel bir çalışmadır. Çalışmamızda, Türkiye genelinde bulunan 14 farklı devlet üniversitesi bünyesindeki BESYO öğrencilerinin, sağlıklı yaşam biçimine dair olan davranışlarının BKİ ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Türkiyedeki BESYO öğrencilerinin tamamı, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 14 farklı üniversiteden toplam 1870 BESYO öğrencisi ise araştırmanın örnekleme olmuştur.

Araştırmadan elde edilen veriler incelendiğinde, 1870 formdan 1695 tanesinin araştırma için uygun olduğuna kanaat getirilmiş ve analizde kullanılmak üzere derlenmiştir. Değerlendirmeye alınan anketlerin 1067'si erkek, 624'si bayan öğrenciler tarafından cevaplanmıştır. Bazı demografik özelliklerin karşılaştırılmasında ortaya çıkan küçük sayısal farklılıklar, ilgili verilerin boş bırakılmış olması sebebiyledir.

Bu araştırma, 14 üniversiteye bağlı BESYO'larda öğrenim gören lisans öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama araçları olarak anket yönteminden yararlanılmıştır ve ankette öğrencilere kişisel sosyo-demografik özelliklerine dair açık uçlu veya çoktan seçmeli 15 soru ve SYBD'na yönelik 4'lü likert ölçekli 48 soru sorulmuştur.

Araştırmaya; Türkiye'de bünyesinde Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi, Ordu Üniversitesi, Karabük Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Dumlupınar Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Marmara

Üniversitesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Kafkas Üniversitesi, Batman Üniversitesi ve, Adıyaman Üniversitesi dahil edilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, iki ayrı kişisel bilgi (anket) formu ile toplanmıştır. Birinci kişisel bilgi formunda öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile birlikte BKİ'ne yönelik bilgiler açık uçlu ve çoktan seçmeli 15 soru ile sorgulanmıştır (Ek-1). İkinci bilgi formunda ise 4'lü likert ölçeğine göre hazırlanmış 48 soru ile öğrencilerin SYBD'ları sorgulanmıştır (Ek-2).

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve BKİ'lerini tespit için kullanılacak kişisel bilgi formunda öğrencilere; yaş aralıkları, cinsiyetleri, öğrenim gördükleri bölümleri, sınıfları, nerede oturdukları, kaç kardeş oldukları, lisanslı olarak spor yapıp yapmadıkları, anne babalarının eğitim durumları ve ailelerinin gelir seviyeleri sorulmuştur. Ayrıca, BKİ 'lerinin hesaplanabilmesi için boy ve vücut ağırlığı bilgileri alınmıştır.

#### **3.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği**

Walker ve arkadaşları, Pender (Esin, 1999)'in 1987 yılında ortaya koyduğu Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için, SYBD ölçeğini geliştirilmişlerdir (Esin, 1999). Bu ölçek, sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak bireyin sağlığını geliştiren davranışları ölçülmektedir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Esin M.N tarafından kanıtlanan bu ölçekten (Esin, 1997), çok sayıda çalışmada yararlanılmıştır (Esin, 1999).

SYBD ölçeği Toplam olarak 48 maddeden oluşan ölçekte, 6 alt soru grubu bulunmaktadır. Bu alt soru grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi ile ilgilidir.

Her bir alt soru grubu tek başına bağımsız olarak da kullanılabilmekte olup, ölçeğin tümüne ait puan sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

Kendini gerçekleştirme alt grubu sorularıyla (3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler); bireyin yaşam amaçları, kendini geliştirme yeteneği, kendini tanıma ve memnun edebilme yeteneği belirlenir.

Sağlık sorumluluğu alt grubu sorularıyla (2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46. maddeler); bireyin kendi sağlığına yönelik sorumluluk düzeyi ve bunun katkısı ortaya konulur.

Egzersiz alt grubu sorularla (4, 13, 22, 30 ve 38. maddeler); bireyin egzersizleri ne düzeyde uyguladığı sorugulanır. Beslenme alt grubu sorularla (1, 5, 14, 19, 26 ve 35. maddeler); bireyin öğünleri seçme, düzenleme ve yiyecek seçimi konuları değerlendirilir. Kişilerarası destek grubu sorularla (10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47. maddeler); bireyin yakın çevresiyle iletişimi ve bunun sürekliliği belirlenir.

Stres yönetimi grubu sorularla (6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45. maddeler); bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyi ve stres kontrol mekanizmaları belirlenir.

SYBD ölçeğine ait 48 sorunun tamamı olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekte, ters madde bulunmamaktadır. SYBD ölçeğinde her bir maddeye ait ifade 4'lü likert tipli ölçeğe göre verilen "Hiçbir zaman=1 puan", "Bazen=2 puan", "Sık sık=3 puan" ve "Düzenli olarak=4 puan" seçeneklerinden öğrencinin en uygun gördüğü işaretlenerek verilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin öğrencilere uygulanması, 8-10 dakikalık bir zaman almaktadır.

### **3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Çalışma, Türkiye genelinde bulunmakta olan 14 farklı devlet üniversitesinde öğrenim görmekte olan BESYO öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Kişisel bilgi formu ve anketin büyük bir kısmı, araştırmaya katılan öğrencilere 2014-2015 bahar dönemi içerisinde uygulanmış, kalan kısmının uygulanması ise 2015-2016 güz döneminin ilk ayı içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Anketin kullanılmasıyla ilgili izin, anketin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Esin M.N'den (ek-3); anketin uygulanmasıyla alakalı olan izinde, gerek sözlü gerekse yazılı olmak üzere, bahsi geçen üniversitelerin yüksekokul

müdürlüklerinden alındıktan sonra (ek-4), anketlerin uygulanması aşamasına geçilmiştir. Kişisel bilgi formu ve söz konusu anketten oluşan form, Karadeniz teknik Üniversitesi BESYO öğrencilerine araştırmacı tarafından uygulanmış, diğer öğrencilereyse; çalışmanın yapıldığı diğer üniversitelerde görev yapan ve daha önce kendileriyle görüşülmüş bazı öğretim görevlilerine gönderilmek suretiyle uygulattırılmıştır. Anket ve kişisel bilgi formu örnekleme alınan tüm öğrencilere sınıf ortamında uygulanmıştır. Uygulama öncesinde araştırmacı ve sorumlu öğretim görevlileri tarafından öğrencilere gerekli açıklamalar yapılmış, soru formları dağıtılmış ve uygulandıktan sonra tekrar toplanmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Anketlerle derlenen veriler SPSS 21.0 paket programına girişleri yapılmış ve istatistik analizlerde %95 güven aralığı ile çalışılmıştır. Çalışma kapsamında kişisel bilgi formundan elde edilen verilere ilişkin frekans ve yüzde değerlerine ait kişisel bilgiler çizelgelerde verilirken, ölçekten elde edilen puanların ortalama ve standart sapma değerleri betimsel istatistik çizelgelerinde gösterilmiştir. Çalışmada, ölçekten elde edilen puanların analiz edilmesi işleminden önce normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi amacı ile normallik testi yapılmış ve analiz sonucunda puanların normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir. Bunun sonucunda analizlerde parametrik olmayan test tekniklerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

Bu kapsamda; BKİ, yaş, bölüm, sınıf, anne eğitimi, baba eğitimi ve ailenin aylık geliri değişkenlerine ait grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Cinsiyet ve öğrencilerin lisanslı sporcu olup-olmaması değişkenlerine ait grupların karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney testi kullanılmıştır. BKİ'nin hesaplanmasında, ağırlık (kg) /Boy uzunluğu (m) formülü kullanılmıştır. BKİ değerlerine göre 18,5 altında olanlar "Zayıf", 18,5 ila 24,99 arasında olanlar "Normal Kilolu", 25,00 ile 29,99 arasında olanlar "Kilolu", 30,0 ve üstünde olanlar ise "Obez" olarak gruplandırılmıştır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın alt problemlerini yanıtlamak amacıyla toplanan verilerin istatistiksel çözümlenmeleri yapılmış, elde edilen bulgular Çizelge haline getirilip sunulmuş ve bu bulgular ışığında yorumlar yapılmıştır.

**Çizelge 1. Araştırmaya Dahil Olan Üniversiteler**

Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	N	%
Ordu Üniversitesi	175	10,3
Kafkas Üniversitesi	183	10,8
Karabük Üniversitesi	80	4,7
Erciyes Üniversitesi	168	9,9
Adıyaman Üniversitesi	65	3,8
Yüzüncü Yıl Üniversitesi	120	7,1
Adnan Menderes Üniversitesi	189	11,2
Karadeniz Teknik Üniversitesi	136	8,0
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	67	4,0
Batman Üniversitesi	79	4,7
Adana Çukurova Üniversitesi	90	5,3
Gazi Üniversitesi	119	7,0
Marmara Üniversitesi	64	3,8
Dumlupınar Üniversitesi	160	9,4
<b>Toplam</b>	<b>1695</b>	<b>100</b>

Çalışmamıza dahil olan öğrencilerin ve üniversitelerin oranlarına baktığımızda, Aydın Adnan Menderes, Kafkas ve Ordu Üniversiteleri BESYO öğrencileri sırasıyla %10'un üzerinde katılım ile en fazla katkıyı sağlamışlardır. Marmara ve Adıyaman Üniversitesi BESYO öğrencileri ise %3,8 ile en düşük katılımın sağlandığı üniversiteler olarak göze çarpmaktadır.

**Çizelge 2. Sosyo-Demografik Bilgiler**

		N	%
Yaş	16-17	7	0,4
	18-20	512	30,3
	21-22	651	38,5
	23-24	355	21,0
	25 ve üstü	167	9,9
BKİ	Zayıf	134	7,9
	Normal	1372	80,9
	Kilolu	176	10,4
	Obez	13	0,8
Cinsiyet	Kadın	624	36,9
	Erkek	1067	63,1
Bölüm	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	34,6
	Spor Yönetimi	596	35,2
	Antrenörlük Eğitimi	367	21,7
	Rekreasyon	144	8,5
Sınıf	1	578	34,2
	2	423	25,0
	3	392	23,2
	4	297	17,6
Nerede oturuyorsunuz?	İl Merkezi	1121	66,4
	İlçe Merkezi	462	27,4
	Kasaba	22	1,3
	Köy	84	5,0
Kaç kardeşsiniz?	0	52	3,1
	1	268	15,8
	2	448	26,4
	3	303	17,9
	4	189	11,2
	5 +	434	25,6
Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz?	Evet	834	49,2
	Hayır	860	50,8
Anne eğitim durumu	Okur Yazar Değil	336	19,8
	İlkokul	704	41,6
	Ortaokul	281	16,6
	Lise	300	17,7
	Üniversite ya da lisansüstü	72	4,3
Baba eğitim durumu	Okur Yazar Değil	92	5,4
	İlkokul	601	35,5
	Ortaokul	343	20,3
	Lise	450	26,6
	Üniversite	189	11,2
Lisans Üstü	16	0,9	
Ailenin aylık geliri (TL)	0-999	459	27,3
	1000-1999	638	38,0
	2000-2999	362	21,5
	3000-3999	123	7,3
	4000 ≥	98	5,8

Katılımcılardan 16-17 yaşında olanların oranı %,4; 18-20 yaşında olanların oranı %30,3; 21-22 yaşında olanların oranı %38,5; 23-24 yaşında olanların oranı %21,0; 25 yaş ve üstü olanların oranı %9,9'dur.

Katılımcılardan beden kitle indeksi zayıf olanların oranı %7,9; normal olanların oranı %80,9; kilolu olanların oranı %10,4; obez olanların oranı %,8'dir.Katılımcılardan cinsiyeti kadın olanların oranı %36,9; erkek olanların oranı %63,1'dir.

Katılımcılardan bölümü Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği olanların oranı %34,6; Spor Yönetimi olanların oranı %35,2; Antrenörlük Eğitimi olanların oranı %21,7; Rekreasyon olanların oranı %8,5'tir.

Katılımcılardan 1.sınıfta olanların oranı %34,2; 2.sınıfta olanların oranı %25,0; 3.sınıfta olanların oranı %23,2; 4.sınıfta olanların oranı %17,6'dır.

Katılımcılardan il merkezinde oturanların oranı %66,4; ilçe merkezinde oturanların oranı %27,4; kasabada oturanların oranı %1,3; köyde oturanların oranı %5,0'tir.

Katılımcılardan kardeşi olmayanların oranı %3,1; bir kardeşi olanların oranı %15,8; iki kardeşi olanların oranı %26,4; üç kardeşi olanların oranı %17,9; dört kardeşi olanların oranı %11,2, beş ve üstü kardeşi olanların oranı %25,6'dır.Katılımcılardan lisanslı olarak spor yapanların oranı %49,2; yapmayanların oranı %50,8'dir.

Katılımcılardan annesinin eğitim durumu okuryazar değil olanların oranı %19,8; ilkokul olanların oranı %41,6; ortaokul olanların oranı %16,6; lise olanların oranı %17,7; üniversite ya da lisansüstü olanların oranı %4,3'tür.

Katılımcılardan babasının eğitim durumu okuryazar değil olanların oranı %5,4; ilkokul olanların oranı %35,5; ortaokul olanların oranı %20,3; lise olanların oranı %26,6; üniversite olanların oranı %11,2; lisansüstü olanların oranı %,9'dur.

Katılımcılardan aile gelir seviyesi 0-999 TL arası olanların oranı %27,3; 1000-1999 TL arası olanların oranı %38,0; 2000-2999 TL arası olanların oranı %21,5; 3000-3999 TL arası olanların oranı %7,3; 4000 TL ve üstü olanların oranı %5,8'dir.

**Çizelge 3. Öğrencilerin Eğitim Gördüğü Üniversitelerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Kadın		Erkek	
	N	%	N	%
Ordu Üniversitesi	68	38,9%	107	61,1
Kafkas Üniversitesi	81	44,5%	101	55,5
Karabük Üniversitesi	32	40,0%	48	60,0
Erciyes Üniversitesi	74	44,0%	94	56,0
Adıyaman Üniversitesi	22	34,9%	41	65,1
Yüzüncü Yıl Üniversitesi	37	30,8%	83	69,2
Adnan Menderes Üniversitesi	66	35,1%	122	64,9
Karadeniz Teknik Üniversitesi	38	27,9%	98	72,1
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	21	31,3%	46	68,7
Batman Üniversitesi	30	38,0%	49	62,0
Adana Çukurova Üniversitesi	30	33,3%	60	66,7
Gazi Üniversitesi	60	50,4%	59	49,6
Marmara Üniversitesi	22	34,4%	42	65,6
Dumlupınar Üniversitesi	43	26,9%	117	73,1
<b>Toplam</b>	<b>624</b>		<b>1067</b>	

Cinsiyet değişkenine göre ankete katılan öğrencilere baktığımızda en fazla bayan öğrencinin sırasıyla Kafkas, Erciyes ve Ordu Üniversitesi BESYO'dan katkı sağladığını, en az katılımın ise bayanlarda Burdur, Adıyaman ve Marmara Üniversitelerinden olduğunu görmekteyiz.

Erkeklerde ise Adnan Menderes ve Dumlupınar Üniversiteleri en fazla katılımın olduğu üniversiteler, Adıyaman ve Marmara ise çalışmaya en az destek veren üniversiteler olarak göze çarpmaktadır.

**Çizelge 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Boyutlarının Normallik Testi**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Egzersiz	,087	1695	,000	,982	1695	,000
Beslenme	,067	1695	,000	,989	1695	,000
Sağlık Sorumluluğu	,046	1695	,000	,993	1695	,000
Kişilerarası Destek	,066	1695	,000	,960	1695	,000
Kendini Gerçekleştirme	,040	1695	,000	,994	1695	,000
Stres Yönetimi	,070	1695	,000	,966	1695	,000

Egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi puanı ortalaması ölçekleri için yapılan Shapiro-Wilk Testi ile verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle, gruplar arası karşılaştırmalarda nonparametrik test teknikleri kullanılmıştır.

**Çizelge 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Boyutları**

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss
Egzersiz	1695	5,00	33,00	13,45	3,06
Beslenme	1695	6,00	24,00	15,51	3,40
Sağlık Sorumluluğu	1695	10,00	38,00	23,57	5,56
Kişilerarası Destek	1695	8,00	54,00	20,25	3,82
Kendini Gerçekleştirme	1695	15,00	52,00	37,25	6,02
Stres Yönetimi	1695	8,00	56,00	18,70	3,67

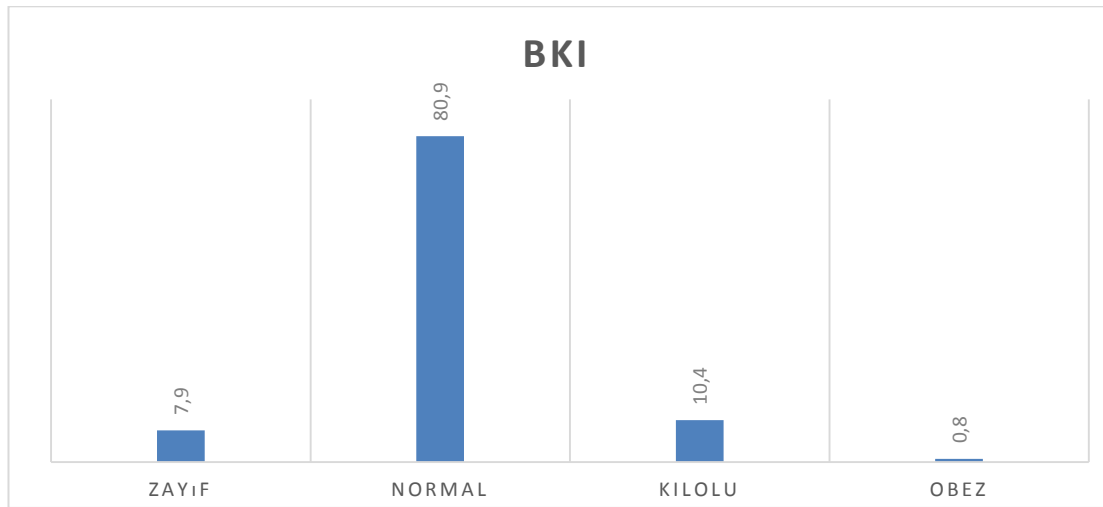
Ankete cevap veren katılımcıların egzersiz puanı ortalaması 13,45±3,06; beslenme puanı ortalaması 15,51±3,40; Sağlık Sorumluluğu puanı ortalaması 23,57±5,56; kişilerarası destek puanı ortalaması 20,25±3,82; kendini gerçekleştirme puanı ortalaması 37,25±6,02; stres yönetimi puanı ortalaması ise 18,70±3,67'dir.

**Çizelge 6. Beden kitle indeksleri farklı olan grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği boyutlarının puanları açısından karşılaştırılması**

BKİ		N	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	Zayıf	134	811,70	1,179	,758
	Normal	1372	848,37		
	Kilolu	176	870,08		
	Obez	13	884,31		
Beslenme	Zayıf	134	848,12	6,671	,083
	Normal	1372	836,77		
	Kilolu	176	937,33		
	Obez	13	822,77		
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	134	929,07	6,242	,100
	Normal	1372	836,42		
	Kilolu	176	863,86		
	Obez	13	1019,46		
Kişilerarası Destek	Zayıf	134	880,54	2,163	,539
	Normal	1372	839,59		
	Kilolu	176	887,00		
	Obez	13	872,58		
Kendini Gerçekleştirme	Zayıf	134	941,87	9,630	,022
	Normal	1372	831,10		
	Kilolu	176	911,35		
	Obez	13	806,81		
Stres Yönetimi	Zayıf	134	906,98	5,171	,160
	Normal	1372	835,25		
	Kilolu	176	894,15		
	Obez	13	960,81		

(BKİ: Beden Kitle İndeksi)

(p<0,05)



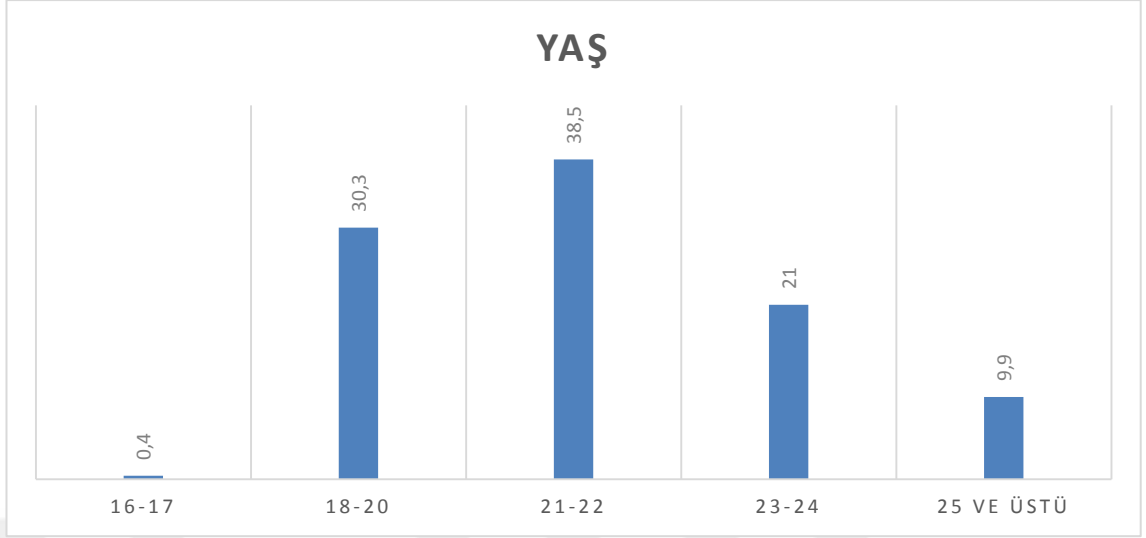
**Şekil 1: BESYO Öğrencilerinin BKİ'lerine Göre Yüzde Analizleri**

BKİ değişkeni açısından yapılan Kruskal Wallis testine göre; egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve kişilerarası destek boyutları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ farklı olan gruplar arasında kendini gerçekleştirme ölçeği açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Zayıf olanların sıra ortalaması puanı 941,87; normal olanların 831,10; kilolu olanların 911,35; obez olanların 806,81'dir. Buna göre; beden kitle indeksi zayıf olanların kendini gerçekleştirme puanı en yüksektir.

**Çizelge 7. Yaş değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması**

	Yaş	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	16-17	7	1196,86	10,121	,038
	18-20	512	881,82		
	21-22	651	812,04		
	23-24	355	839,97		
	25 $\geq$	167	871,73		
Beslenme	16-17	7	720,29	14,446	,006
	18-20	512	808,60		
	21-22	651	828,16		
	23-24	355	890,07		
	25 $\geq$	167	946,87		
Sağlık Sorumluluğu	16-17	7	751,71	12,862	,012
	18-20	512	795,57		
	21-22	651	842,77		
	23-24	355	897,09		
	25 $\geq$	167	913,63		
Kişilerarası Destek	16-17	7	862,93	7,400	,116
	18-20	512	847,70		
	21-22	651	819,08		
	23-24	355	854,16		
	25 $\geq$	167	932,72		
Kendini Gerçekleştirme	16-17	7	998,21	8,929	,063
	18-20	512	842,66		
	21-22	651	824,15		
	23-24	355	843,56		
	25 $\geq$	167	945,27		
Stres Yönetimi	16-17	7	724,93	9,350	,053
	18-20	512	823,11		
	21-22	651	825,75		
	23-24	355	882,81		
	25 $\geq$	167	927,04		

(p<0,05)



**Şekil 2: BESYO Öğrencilerinin Farklı Yaş Guruplarına Göre Yüzde Analizleri**

Farklı yaş gurupları için yapılan Kruskal Wallis testine göre; egzersiz ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Yaşları 16-17 olanların sıra ortalaması puanı 1196,86; 18-20 yaşında olanların 881,82; 21-22 yaşında olanların 812,04; 23-24 yaşında olanların 839,97; 25 yaş ve üstü olanların 871,73'tür. Buna göre 16-17 yaşında olanların egzersiz puan ortalaması en yüksektir.

Beslenme ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). 16-17 yaşında olanların sıra ortalaması puanı 720,29; 18-20 yaşında olanların 808,60; 21-22 yaşında olanların 828,16; 23-24 yaşında olanların 890,07; 25 yaş ve üstü olanların 946,87'dir. 25 yaş ve üstü olanların Beslenme puan ortalaması en yüksektir.

Sağlık Sorumluluğu ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). 16-17 yaşında olanların sıra ortalaması puanı 751,71; 18-20 yaşında olanların 795,57; 21-22 yaşında olanların 842,77; 23-24 yaşında olanların 897,09; 25 yaş ve üstü olanların 913,63'tür. 25 yaş ve üstü olanların Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması en yüksektir.

Yaş değişkeni açısından; kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı fark yoktur (p>0,05).



**Çizelge 8. Cinsiyet değişkenine göre ölçek puanları açısından karşılaştırılması**

Cinsiyet		n	Sıra	
			Ortalaması	U P
Egzersiz	kadın	624	779,34	291311,000 ,000
	erkek	1067	884,98	
Beslenme	kadın	624	806,93	308526,500 ,012
	erkek	1067	868,85	
Sağlık Sorumluluğu	kadın	624	859,71	324350,500 ,377
	erkek	1067	837,98	
Kişilerarası Destek	kadın	624	794,12	300528,500 ,001
	erkek	1067	876,34	
Kendini Gerçekleştirme	kadın	624	849,47	330738,500 ,823
	erkek	1067	843,97	
Stres Yönetimi	kadın	624	825,10	319860,000 ,177
	erkek	1067	858,22	

(p<0,05)

Cinsiyet değişkeni açısından Mann Whitney testine göre karşılaştırılması sonucunda; egzersiz ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerin puan ortalaması (884,98), kadınlardan (779,34) daha yüksektir.

Beslenme ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerin puan ortalaması 868,85 iken, Kadınların puanı 806,93'dür.

Kişilerarası Destek ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. (p<0,05). Erkeklerin puanı bu alt boyutta da kadınlardan daha yüksektir.

Cinsiyet değişkeni açısından kadın ile erkek grupları arasında; sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı fark yoktur (p>0,05).

**Çizelge 9. Bölüm Değişkeni Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

	Bölümünüz	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	837,31	4,729	,193
	Spor Yönetimi	596	826,32		
	Antrenörlük Eğitimi	367	893,93		
	Rekreasyon	144	846,49		
Beslenme	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	831,35	8,236	,041
	Spor Yönetimi	596	836,21		
	Antrenörlük Eğitimi	367	844,08		
	Rekreasyon	144	956,79		
Sağlık Sorumluluğu	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	880,81	8,990	,029
	Spor Yönetimi	596	815,74		
	Antrenörlük Eğitimi	367	817,09		
	Rekreasyon	144	909,40		
Kişilerarası Destek	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	824,92	9,717	,021
	Spor Yönetimi	596	848,51		
	Antrenörlük Eğitimi	367	831,95		
	Rekreasyon	144	962,92		
Kendini Gerçekleştirme	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	819,62	6,661	,084
	Spor Yönetimi	596	857,72		
	Antrenörlük Eğitimi	367	837,49		
	Rekreasyon	144	932,24		
Stres Yönetimi	Beden Eğitimi Spor Öğretmenliği	585	852,74	9,760	,021
	Spor Yönetimi	596	831,71		
	Antrenörlük Eğitimi	367	816,39		
	Rekreasyon	144	959,12		

(p&lt;0,05)

Bölüm değişkeni açısından yapılan Kruskal Wallis testine göre; bölüm değişkeni açısından; Egzersiz ve Kendini Gerçekleştirme alt boyutlarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Beslenme ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bölümü beden eğitimi spor öğretmenliği olanların sıra ortalaması puanı 831,35; spor yönetimi olanların 836,21; antrenörlük eğitimi olanların 844,08; rekreasyon olanların 956,79'dur. Rekreasyon bölümünde, öğrenim görenlerin beslenme ölçeği puanı en yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ölçeğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bölümü beden eğitimi spor öğretmenliği olanların sıra ortalaması puanı 880,81; spor yönetimi olanların 815,74; antrenörlük eğitimi olanların 817,09; rekreasyon olanların 909,40'tır. Rekreasyon bölümü öğrencilerinin Sağlık Sorumluluğu puanı en yüksektir.

Kişilerarası destek ölçeğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bölümü beden eğitimi spor öğretmenliği olanların sıra ortalaması puanı 824,92; spor yönetimi olanların 848,51; antrenörlük eğitimi olanların 831,95; rekreasyon olanların 962,92'dir. Bu değişkende de Rekreasyon bölümü öğrencilerinin Kişilerarası Destek puanı en yüksektir.

Stres yönetimi ölçeğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bölümü beden eğitimi spor öğretmenliği olanların sıra ortalaması puanı 852,74; spor yönetimi olanların 831,71; antrenörlük eğitimi olanların 816,39; rekreasyon olanların 959,12'dir. Buna göre bölümü rekreasyon olanların Stres Yönetimi ölçeği sıra ortalamaları puanı en yüksektir.

**Çizelge 10. Sınıf değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması**

Sınıfınız		N	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	1	578	835,72	3,179	,365
	2	423	868,95		
	3	392	817,42		
	4	297	868,18		
Beslenme	1	578	787,79	19,211	,000
	2	423	846,25		
	3	392	859,77		
	4	297	937,89		
Sağlık Sorumluluğu	1	578	766,03	23,918	,000
	2	423	876,08		
	3	392	885,73		
	4	297	903,49		
Kişilerarası Destek	1	578	803,94	10,136	,017
	2	423	862,19		
	3	392	839,30		
	4	297	910,80		
Kendini Gerçekleştirme	1	578	793,75	16,496	,001
	2	423	848,92		
	3	392	850,63		
	4	297	934,56		
Stres Yönetimi	1	578	760,38	29,542	,000
	2	423	865,09		
	3	392	889,92		
	4	297	924,63		

(p<0,05)

Sınıf değişkeni için yapılan Kruskal Wallis testine göre; sınıf değişkeni açısından Egzersiz ölçeği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Sınıf değişkeni açısından alt boyutlar incelendiğinde; beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt

boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tüm alt boyutlarda 4. sınıf öğrencilerinin ölçeğe puanları en yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır. 1. sınıflar ise egzersiz boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda en düşük ortalama puana sahip sınıf olarak görülmektedir.

**Çizelge 11. Kardeş sayısı değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması**

Kaç kardeşsiniz	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P	
Egzersiz	0	52	850,07	19,232	,002
	1	268	908,88		
	2	448	868,71		
	3	303	877,29		
	4	189	854,73		
	5 +	434	763,44		
Beslenme	0	52	880,21	24,566	,000
	1	268	894,38		
	2	448	884,68		
	3	303	898,34		
	4	189	808,59		
	5 +	434	757,70		
Sağlık Sorumluluğu	0	52	895,43	3,131	,680
	1	268	855,62		
	2	448	852,39		
	3	303	864,99		
	4	189	859,49		
	5 +	434	814,27		
Kişilerarası Destek	0	52	904,07	16,027	,007
	1	268	938,28		
	2	448	854,06		
	3	303	841,05		
	4	189	823,28		
	5 +	434	792,95		
Kendini Gerçekleştirme	0	52	1000,22	14,028	,015
	1	268	867,02		
	2	448	878,06		
	3	303	860,32		
	4	189	811,42		
	5 +	434	792,37		
Stres Yönetimi	0	52	981,92	22,317	,000
	1	268	920,01		
	2	448	864,92		
	3	303	867,95		
	4	189	767,00		
	5 +	434	789,42		

( $p<0,05$ )

Kardeş sayıları farklı olan gruplar için yapılan Kruskal Wallis testine göre; egzersiz ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kardeşi olmayanların sıra ortalaması puanı 850,07; bir kardeşi olanların 908,88; iki kardeşi olanların 868,71; üç kardeşi olanların 877,29; dört kardeşi olanların 854,73; beş ve üstü kardeşi olanların 763,44'tür. Bir kardeşi olanların Egzersiz puanı en yüksektir.

Beslenme ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kardeşi olmayanların sıra ortalaması puanı 880,21; bir kardeşi olanların 894,38; iki kardeşi olanların 884,68; üç kardeşi olanların 898,34; dört kardeşi olanların 808,59; beş ve üstü kardeşi olanların 757,70'tir. Üç kardeşi olanların Beslenme puanı en yüksektir.

Sağlık sorumluluğu ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Kişilerarası destek ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur( $p<0,05$ ). Kardeşi olmayanların sıra ortalaması puanı 904,07; bir kardeşi olanların 938,28; iki kardeşi olanların 854,06; üç kardeşi olanların 841,05; dört kardeşi olanların 823,28; beş ve üstü kardeşi olanların 792,95'tir. Buna göre bir kardeşi olanların kişilerarası destek puanı en yüksektir.

Kendini Gerçekleştirme ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kardeşi olmayanların sıra ortalaması puanı 1000,22; bir kardeşi olanların 867,02; iki kardeşi olanların 878,06; üç kardeşi olanların 860,32; dört kardeşi olanların 811,42; beş ve üstü kardeşi olanların 792,37'dir. Buna göre kardeşi olmayanların kendini gerçekleştirme puanı en yüksektir.

Stres yönetimi ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kardeşi olmayanların sıra ortalaması puanı 981,92; bir kardeşi olanların 920,01; iki kardeşi olanların 864,92; üç kardeşi olanların 867,95; dört kardeşi olanların 767,00; beş ve üstü kardeşi olanların 789,42'dir. Bu ölçekte de kardeşi olmayanların Stres Yönetimi puanı en yüksektir.

**Çizelge 12. Lisanslı olarak spor yapan ile yapmayan grupların ölçek puanları açısından karşılaştırılması**

Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz?		N	Sıra Ortalaması	U	P
Egzersiz	Evet	834	978,34	249500,00	,000
	Hayır	860	720,62		
Beslenme	Evet	834	894,11	319751,00	,000
	Hayır	860	802,30		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	834	894,36	319537,00	,000
	Hayır	860	802,05		
Kişilerarası Destek	Evet	834	870,90	339101,00	,052
	Hayır	860	824,80		
Kendini Gerçekleştirme	Evet	834	894,92	319074,00	,000
	Hayır	860	801,52		
Stres Yönetimi	Evet	834	881,06	330635,00	,005
	Hayır	860	814,96		

(p<0,05)

Lisanslı olarak spor yapan ile yapmayan gruplar için yapılan Mann Whitney testine göre; lisanslı olarak spor yapanla yapmayan gruplar arasında egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutları açısından anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Tüm alt boyutlarda lisanslı olarak spor yapanların diğer gruba göre puanları daha yüksektir.

Kişilerarası destek ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

**Çizelge 13. Anne eğitim durumu değişkeni açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması**

Anne eğitim durumu		N	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	Okur Yazar Değil	336	746,10	25,209	,000
	İlkokul	704	843,39		
	Ortaokul	281	929,65		
	Lise	300	892,26		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	842,04		
Beslenme	Okur Yazar Değil	336	735,35	30,412	,000
	İlkokul	704	839,49		
	Ortaokul	281	927,69		
	Lise	300	907,62		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	874,01		
Sağlık Sorumluluğu	Okur Yazar Değil	336	789,76	15,108	,004
	İlkokul	704	823,81		
	Ortaokul	281	912,35		
	Lise	300	902,23		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	855,61		
Kişilerarası Destek	Okur Yazar Değil	336	782,32	14,660	,005
	İlkokul	704	841,47		
	Ortaokul	281	871,93		
	Lise	300	921,76		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	794,08		
Kendini Gerçekleştirme	Okur Yazar Değil	336	756,13	20,374	,000
	İlkokul	704	843,75		
	Ortaokul	281	919,43		
	Lise	300	891,37		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	835,28		
Stres Yönetimi	Okur Yazar Değil	336	769,88	18,439	,001
	İlkokul	704	836,61		
	Ortaokul	281	875,58		
	Lise	300	930,05		
	Üniversite ya da lisansüstü	72	850,89		

(p<0,05)

Anne eğitim durumu değişkenine göre yapılan Kruskal Wallis testine göre; anne eğitim durumu değişkeni açısından SYBD Ölçeğinin tüm alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,05). Anne eğitim durumu ortaokul olanların egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt boyutlarında en yüksek



ölçek puanına sahip oldukları görülmektedir. Kişilerarası destek ve stres yönetimi alt boyutlarında ise anne eğitim durumu lise olanların en yüksek ölçek puanına sahip olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlarda anne eğitim durumu okur yazar olmayanların ise en düşük ölçek puanına sahip olduğunu görmekteyiz.

**Çizelge 14. Babasının Eğitim Durumu Değişkeni Açısından ölçek puanlarının karşılaştırılması**

Baba eğitim durumu	n	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P	
Egzersiziz	Okur Yazar Değil	92	666,74	29,445	,000
	İlkokul	601	807,57		
	Ortaokul	343	893,98		
	Lise	450	896,90		
	Üniversite	189	868,93		
	Lisans Üstü	16	589,44		
Beslenme	Okur Yazar Değil	92	561,38	40,164	,000
	İlkokul	601	836,03		
	Ortaokul	343	869,99		
	Lise	450	901,12		
	Üniversite	189	855,02		
	Lisans Üstü	16	685,88		
Sağlık Sorumluluğu	Okur Yazar Değil	92	651,30	33,261	,000
	İlkokul	601	798,61		
	Ortaokul	343	888,58		
	Lise	450	918,54		
	Üniversite	189	847,43		
	Lisans Üstü	16	775,50		
Kişilerarası Destek	Okur Yazar Değil	92	720,29	15,057	,010
	İlkokul	601	818,69		
	Ortaokul	343	854,78		
	Lise	450	901,22		
	Üniversite	189	836,13		
	Lisans Üstü	16	970,25		
Kendini Gerçekleştirme	Okur Yazar Değil	92	633,69	25,534	,000
	İlkokul	601	821,86		
	Ortaokul	343	861,89		
	Lise	450	892,70		
	Üniversite	189	892,64		
	Lisans Üstü	16	768,38		
Stres Yönetimi	Okur Yazar Değil	92	626,11	30,573	,000
	İlkokul	601	815,30		
	Ortaokul	343	877,15		
	Lise	450	910,11		
	Üniversite	189	845,61		
	Lisans Üstü	16	797,28		

(p<0,05)

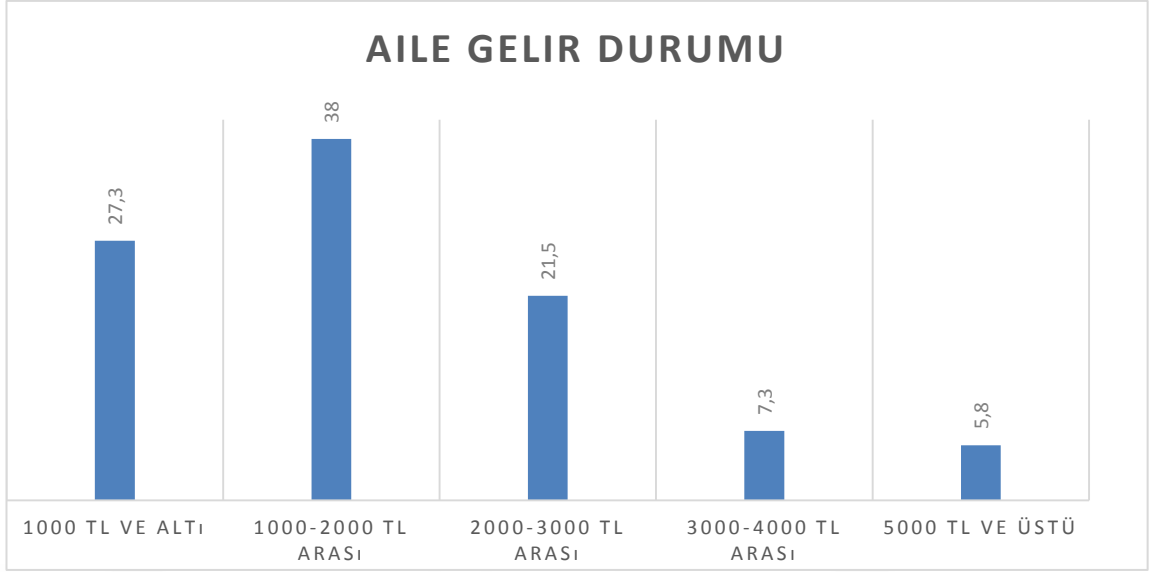
Baba eğitim durumu değişkeni için yapılan Kruskal Wallis testine göre; baba eğitim düzeyi değişkeni açısından tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur

( $p<0,05$ ). Baba eğitim durumu lise olanların, egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutlarında en yüksek puna sahip oldukları görülmektedir. Kişilerarası destek alt boyutunda ise baba eğitim düzeyi lisansüstü olanlar en yüksek puan ortalamasına sahiptir. Babası okuryazar olmayanların ise tüm alt boyutlarda en düşük puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

**Çizelge 15. Ailesinin Gelir Seviyesi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması**

	Ailenin aylık geliri (TL)	N	Sıra Ortalaması	$\chi^2$	P
Egzersiz	0-999	459	759,43	21,347	,000
	1000-1999	638	859,75		
	2000-2999	362	857,32		
	3000-3999	123	918,72		
	4000 $\geq$	98	934,56		
Beslenme	0-999	459	732,86	35,422	,000
	1000-1999	638	855,34		
	2000-2999	362	901,09		
	3000-3999	123	929,86		
	4000 $\geq$	98	912,08		
Sağlık Sorumluluğu	0-999	459	758,54	24,325	,000
	1000-1999	638	845,76		
	2000-2999	362	879,11		
	3000-3999	123	905,08		
	4000 $\geq$	98	966,42		
Kişilerarası Destek	0-999	459	770,67	18,243	,001
	1000-1999	638	860,23		
	2000-2999	362	840,70		
	3000-3999	123	944,83		
	4000 $\geq$	98	907,44		
Kendini Gerçekleştirme	0-999	459	738,28	43,166	,000
	1000-1999	638	846,71		
	2000-2999	362	866,93		
	3000-3999	123	984,08		
	4000 $\geq$	98	1000,98		
Stres Yönetimi	0-999	459	749,45	32,047	,000
	1000-1999	638	844,52		
	2000-2999	362	875,34		
	3000-3999	123	951,35		
	4000 $\geq$	98	972,95		

( $p<0,05$ )



**Şekil 3. BESYO öğrencilerinin aile gelir düzeylerine göre yüzde analizleri**

Ailesinin gelir seviyesi farklı olan gruplar için yapılan Kruskal Wallis testine göre; Egzersiz ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 759,43; 1000-1999 TL arası olanların 859,75; 2000-2999 TL arası olanların 857,32; 3000-3999 TL arası olanların 918,72; 4000 TL ve üstü olanların 934,56'dır. Buna göre ailesinin gelir seviyesi 4000 TL ve üstü olanların Egzersiz puan ortalaması en yüksektir.

Beslenme ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 732,86; 1000-1999 TL arası olanların 855,34; 2000-2999 TL arası olanların 901,09; 3000-3999 TL arası olanların 929,86; 4000 TL ve üstü olanların 912,86'dır. Buna göre ailesinin gelir seviyesi 3000-3999 TL arası olanların Beslenme puan ortalaması en yüksektir.

Sağlık Sorumluluğu ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 758,54; 1000-1999 TL arası olanların 845,76; 2000-2999 TL arası olanların 879,11; 3000-3999 TL arası olanların 905,08; 4000 TL ve üstü olanların 966,42'dir. Buna göre ailesinin gelir seviyesi 4000 TL ve üstü olanların Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması en yüksektir.

Kişilerarası Destek ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 770,67; 1000-1999 TL arası olanların 860,23; 2000-2999 TL arası olanların 840,70; 3000-3999 TL arası olanların 944,83; 4000 TL ve üstü olanların 907,44'tür. Buna göre ailesinin gelir

seviyesi 3000-3999 TL arası olanların Kişilerarası Destek ölçeği puan ortalaması en yüksektir.

Kendini gerçekleştirme ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 738,28; 1000-1999 TL arası olanların 846,71; 2000-2999 TL arası olanların 866,93; 3000-3999 TL arası olanların 984,08; 4000 TL ve üstü olanların 1000,98'dir. Buna göre ailesinin gelir seviyesi 4000 TL ve üstü olanların Kendini Gerçekleştirme ölçeği puan ortalaması en yüksektir.

Stres yönetimi ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 0-999 TL arası olanların sıra ortalaması puanı 749,45; 1000-1999 TL arası olanların 844,52; 2000-2999 TL arası olanların 875,34; 3000-3999 TL arası olanların 951,35; 4000 TL ve üstü olanların 972,95'tir. Buna göre ailesinin gelir seviyesi 4000 TL ve üstü olanların Stres Yönetimi ölçeği puan ortalaması en yüksektir.

## 5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Tartışma

Bu bölümde, ülkemiz genelindeki BESYO'larda öğrenim gören Öğrencilerle yürüttüğümüz çalışma neticesinde elde ettiğimiz bulguların, ilgili literatür bulgularıyla karşılaştırılması ve yorumlanması yer almaktadır.

SYBD Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları açısından:

Durum değerlendirildiğinde; öğrencilerin verdikleri yanıtlar içerisinde en yüksek puan ortalamasını, kendini gerçekleştirme ( $37,25\pm6,02$ ) alt ölçeğinin aldığı, daha sonra sırasıyla sağlık sorumluluğu ( $23,57\pm5,56$ ), kişilerarası destek ( $20,25\pm3,82$ ), stres yönetimi ( $18,70\pm3,67$ ), beslenme ( $15,51\pm3,40$ ) ve son olarak egzersiz ( $13,45\pm3,06$ ) puan ortalamasının takip ettiği görülmektedir (Çizelge 5).

Bozkuş T ve arkadaşlarının Bartın'da ve Sivrikaya A.H ve arkadaşlarının Erzurum'da BESYO öğrencileriyle gerçekleştirilen çalışmalarda dahil olmak üzere, başka birçok çalışma sonuçlarında da genellikle yine, ilk sırayı Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinin, son sırayı Egzersiz alt ölçeğinin aldığı görülmüştür (Bozhüyük, 2010; Bozkuş vd, 2013; Özkan ve Yılmaz, 2008; Sivrikaya vd, 2013; Karadamar vd, 2014; Ünalın vd, 2007; Can et al, 2008; Altun, 2008; Yıldırım, 2005; Sevindik, 2011; Al-Qahtani, 2015).

Malatya'daki bir araştırmada, Beden eğitimi öğretmenlerinin SYBDÖ puan ortalamaları, farklı ülke ve çevrelerde SYBD ölçeği kullanılarak yapılan benzer çalışmalara nispeten daha yüksek bulunmuştur (Kafkas vd, 2012). Yine de bu konudaki çalışmaların geneline bakıldığında en düşük puanların beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinde alınmış olması ve bizim çalışmamızda da bu durumun değişmemesi, BESYO öğrencilerinden beklediğimiz bir sonuç olmamıştır. Tıp fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirilmiş bir araştırmada da (Nacar vd, 2014), benzer bir paradoks tespit edildi. Birinci sınıf tıp öğrencilerinin sağlıklı yaşama dair fazla bilgiye sahip olmayacağına ihtimal verilirken, birçok alt ölçekte anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip oldular, çok yakında gerçek doktor olacak son sınıf öğrencileri ise daha düşük puanlar kaydettiler.

Meksikalı üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilmiş bir çalışmada ise sıralama, Kendini Gerçekleştirme, Kişiler Arası İlişki, Beslenme, Stres Yönetimi, Sağlık Sorumluluğu ve Fiziksel Aktivite şeklinde ortaya çıkmıştır (Díez and Fortis, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik öğrencileri ile yürütülmüş bir araştırmadaysa sıralama, Kişiler Arası İlişki, Kendini Gerçekleştirme, Beslenme, Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi Ve Sağlık Sorumluluğu şeklinde tezahür etmiştir (Stark et al, 2005).

Genellikle ilk sırayı Kendini gerçekleştirme alt ölçeğinin almasının temelinde, toplumsal ve kişisel inançların etkili olduğu; son sırayı egzersiz alt ölçeğinin almasındaysa, spor kültürünün yeterince yerleşmemesi, spor salonlarının getirdiği maliyet, toplumun genelinin içinde bulunduğu hayat şartları ve buna bağlı vakitsizlik, alternatif spor alanlarının hala istenilen düzeyde olmaması gibi sebeplerin etkisinin olduğu düşünülmektedir. Sıralamanın farklılık gösterdiği çalışma sonuçlarının ise, milletlerarası kültürel yapıdan kaynaklandığı ve toplumsal önceliklerin ve imkânların farklılığından ileri geldiği düşünülmektedir.

BKİ açısından:

Egzersiz, Beslenme, Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası Destek ve Stres Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, BKİ'leri zayıf olanların Kendini Gerçekleştirme ölçeği sıra ortalamaları puanı en yüksek olarak gözlenmiştir (Çizelge 6).

Bulgularımızla literatür sonuçları karşılaştırıldığında, zayıf ve normal olan BKİ guruplarının genellikle daha sağlıklı bir profil ortaya koydukları görülmüştür. Elde ettiğimiz sonuçlarla tam olarak aynı olmasa da, literatürde bulgularımıza yakın olan bazı çalışmalara rastlanmıştır. Bir çalışma, bulgularımızdaki gibi beş değilse de, üç alt ölçekte, BKİ gurupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığını ortaya koymaktadır (Yetkin ve Uzun, 2000). Bir başka çalışmada, BKİ'leri zayıf olan öğrencilerin daha yüksek SYBD puanlarına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Yetkin ve Uzun, 2000; Özbaşaran vd, 2004). Diğer bir çalışmada ise, BKİ'ne göre "zayıf" olan öğrencilerin "kişiler arası ilişkilerde" diğer öğrencilere göre daha duyarlı oldukları gözlemlenmiştir (Fırıncı, 2012). Bir başka araştırmada, BKİ'leri normal olan öğrencilerin, bulgularımızla benzer Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinin yanında, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde de anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür

(Bozhüyük, 2010). Bütün bunlara ilaveten, farklı BKİ gurupları ile SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın saptanmadığı çalışmalarda söz konusudur (Karakoç, 2006; Erci vd, 2000; Cheung et al, 2007; Taşçı vd, 2004; Berçin, 2010; Kaya vd, 2008; Kaya vd, 2009; Karadamar, 2010). Ayrıca, Amerikalı yetişkinlerle yürütölmüş bir çalışmada; stresli yaşam, iş ile ilgili değışiklikler ve aileden birinin yada bir arkadaşın ölümlü gibi hadiselerin özellikle kadınların BKİ'lerini artırdığı (Udo et al, 2014), bir başka çalışmada (Karagöl vd, 2014) ise, yüksek BKİ'nin depresyonu artırdığı tespit edilmiştir.

Tüm bu bilgilerden, olumlu sağık davranışlarına sahip olmada ideal ölçölere sahip olunmasının önemi açıkça anlaşılmaktadır. Daha kapsamlı ve katılımlı olduğunu düşündüğümüz çalışmamızda, altı alt ölçekten sadece Kendini Gerçekleştirme ölçeğinde istatistiksel anlamlı farklılığın olması ise, çalışmamızda dikkat çeken bir nokta olmuştur.

Farklı Yaş Gurupları açısından:

Kişilerarası Destek, Kendini Gerçekleştirme, Stres Yönetimi alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, 16-17 yaşında olan öğrencilerin Egzersiz ölçeği sıra ortalamaları puanı, 25 yaş ve üstü olanların ise, Beslenme ve Sağık Sorumluluğu alt ölçekleri sıra ortalama puanları en yüksek olarak gözlemlenmiştir (Çizelge 7).

Literatür taramaları genellikle bulgularımızla paralellik göstermiştir. Örneğin: bir araştırmada sağık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puanlarının daha ileri yaşlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş (Walker et al, 1988), farklı bölümlere mensup üniversite öğrencileriyle yapılan diğler bir çalışmada, yaşı daha fazla olan öğrencilerin genç olanlara kıyasla beslenme ve sağık sorumluluğu alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş (Yıldırım, 2005), Fırat Üniversitesinde sağık yüksekokulu öğrencileriyle yürütölen bir başka çalışmada bu farklılık, yaşı fazla olanların lehine sağık sorumluluğu ve kişilerarası destek puanlarında öne çıkmış (Cihangiroğlu, 2011), İstanbul'da hemşirelik yüksekokulunda yapılan bir araştırmadaysa, 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt ölçeği ortalama puanları, 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (Kocaakman vd, 2010). Bunların yanında, özellikle sağık sorumluluğunun, yaşa bağılı olarak arttığıının tespit edildiği bazı araştırmalarda söz

konusudur (Özcihangiroğlu, 2010; Ünalın vd, 2007; Karadeniz vd, 2008; Zaybak ve Fadıloğlu, 2004). Meksika'da yapılan bir araştırmada, 17-24 yaş grubu öğrencilerin bulgularımıza paralel fiziksel aktivite alt ölçeğinin yanı sıra, stres yönetimi ve kişiler arası destek alt ölçeklerinde de 25 yaş ve üzeri olan öğrencilerden daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları görölmüştür (Díez and Fortis, 2009). Amerika'da yapılan bir başka araştırmada, ileri yaştaki öğrencilerin, ölçek toplam puanında ve sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir (Stark et al, 2005). Diğer taraftan, Koçoğlu ve Akın (2009)'ın yaptıkları çalışmada ise bu artış, ilerleyen yaşla birlikte SYBDÖ'nden alınan toplam puan ortalamalarında görölmüştür. Özen ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada ise bu noktada anlamlı bir fark bulunmamıştır (Özen vd, 2013). Bulgularımızdan farklı olarak; SYBD ölçek toplamında ve tüm alt ölçeklerde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı, 22 + yaştaki tıp öğrencilerinin 21- yaştakilere kıyasla daha düşük puan aldığı ve iki çalışmada mevcuttur (Bozhüyük, 2010; Walker et al, 1988). Bunun sebebi, tıp derslerinin yoğunluğunun getirdiği stres olabilir.

Elde ettiğimiz sonuçlara baktığımızda; yaşça genç olan bireylerin fiziksel aktivite ve egzersize daha çok önem verdikleri, 25 yaş ve üzeri olan bireylerin ise; daha fazla sağlık sorumluluğu taşıdıkları ve beslenmelerine dikkat ettikleri ortaya çıkmaktadır. Benzerlik gösteren çalışmalarda ise, ilerleyen yaşla birlikte bulgularımıza benzer şekilde sağlık sorumluluğu bilincinin öne çıktığı, araştırma yapılan öлке, bölge ve çevrelere göre bazı farklılıkların değişkenlik gösterebildiği anlaşılmaktadır.

Cinsiyet değişkeni açısından:

Kadın ile erkek öğrenci grupları arasında sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, erkeklerin egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeği sıra ortalama puanları kadınlarınkinden daha yüksek olarak gözlemlenmiştir (izelge 8).

Elde edilen bu bulgular bazı araştırma sonuçlarıyla paralellikler göstermektedir. Adana'da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, erkeklerin beslenme ve egzersiz alt ölçek puanları kızlardan daha yüksek bulunmuştur (Karadamar vd, 2014). İstanbul'da hemşirelik yüksekokulu öğrencileriyle yürütölen bir çalışmada, erkekler egzersiz alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır (Kocaakman vd, 2010). Hong Kong ta ve Meksika'da üniversite öğrencileriyle, Amerika'da 11-15 yaş ergenlerle yapılan



çalışmalarda da, erkeklerin egzersize kızlardan daha fazla önem verdikleri görülmüştür (Díez and Fortis, 2009; Lee and Alice, 2005; Sanchez et al, 2007). Gaziantep'te, Üniversitede çalışan akademik personellerle yapılan çalışmada, erkek akademisyenlerin egzersiz alt ölçeği ortalama puanı kadın akademisyenlerden daha yüksek bulunmuştur (Tiryaki, 2013). Sivas'ta üniversite öğrencileriyle gerçekteştirilen bir çalışmada, erkek öğrencilerin egzersiz alt ölçeği puan ortalamalarının kız öğrencilerine göre yüksek olduğu saptanmıştır (Yıldırım, 2005). Adana'da yine üniversite öğrencileriyle yürütölen bir araştırmada, diğer bütün alt ölçeklerde kadınlar daha yüksek puanlar sergilese de, fiziksel aktivite alt ölçeğinde erkeklerin daha yüksek puan aldıkları ortaya konulmuştur (Bozhüyük, 2010).

Malatya'da 208 beden eğitimi öğretmeniyle gerçekteştirilen bir çalışmada, bulgularımızdan farklı olarak, beslenmede kadın öğretmenlerin erkek öğretmenlerden daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçeklerinde ise aralarında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı belirlenmiştir (Kafkas vd, 2012). Afrika kökenli Amerikalılar (Johnson, 2005) ve Uludađ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencileriyle (Özyazıcıoğlu vd, 2011) yapılan çalışmalarda da, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçek puanlarının kız öğrencilerde daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Uludađ Üniversitesi Eğitim Faköltesinde yapılan bir başka bir çalışmada, fiziksel aktivite ve kişilerarası destek alt ölçeklerinde kız öğrencilerin öne çıktıkları tespit edilmiştir (Larouche, 1998). Meksika, İsveç ve Almanya'daki üniversitelerde yapılan çalışmalar, bayanların beslenmelerine erkeklerden daha çok önem verdiklerini ortaya koymuştur (Díez and Fortis, 2009; Stock et al, 2001; Von Bothmer and Fridlund, 2005).

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada; kız öğrencilerin beslenme, kişilerarası destek, sağlık sorumluluğu alt ölçeklerinde ve toplam puan ortalamalarında önemli ölçüde erkeklerden daha iyi puanlara sahip oldukları saptanmıştır (Demir vd, 2015). Japonyadaki bir üniversitedeki ise, kız öğrenciler sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve beslenme alt ölçeklerinde erkeklerden daha iyi iken, erkeklerinde; egzersiz alt ölçeğinde kızlara kıyasla öne çıktıkları görülmüştür (Wei et al, 2012).

Bu bilgiler ışığında, erkeklerin çoğunlukla egzersize kadınlardan daha fazla zaman ayırdıkları yada ayırabildikleri, kadınlarınsa; beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeklerinde erkeklere kıyasla öne çıktıkları görölmektedir. Bu sonuçlar ise, erkeklerin

daha sık egzersiz yapıyor olmalarının getirdiği avantajlı durumdan dolayı beslenmeyi göz ardı ettiklerini, kadınlarinsa; daha az egzersize vakit ayırıyor olmaları münasebetiyle beslenmelerine daha fazla özen gösterdiklerini akıllara getirmektedir.

Bölüm değişkeni açısından:

Konu değerlendirildiğinde; Rekreasyon bölümü öğrencilerinin beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanları, diğer bölümlerde bulunan öğrencilere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (Çizelge 9).

Literatürde, farklı bölümlerin karşılaştırıldığı bazı çalışmalar mevcuttur. Örneğin: hemşirelik, tıp fakültesi, bilgisayar mühendisliği ve istatistik bölümü öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, bölümler arasında sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeği arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Tıp, diş hekimliği, hemşirelik ve ebelik öğrencileriyle yürütülen bir başka çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin fiziksel aktivite alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında diğer bölümlere göre puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Bozhüyük, 2010). Türkiye'nin farklı tıp fakültelerinde öğrenim gören, birinci ve son sınıf öğrencileriyle yapılan diğer bir çalışmada yine, birinci sınıf öğrencilerinin birçok alt ölçekte anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları, son sınıf öğrencilerinin ise daha düşük puanlara sahip oldukları görülmüştür (Nacar vd. 2014). Bir diğer çalışmada ise, fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin, sosyal bilimlerdeki öğrencilere göre; sağlık bilimlerindeki öğrencilerin ise, sosyal bilimler ve meslek yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilere göre sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yıldırım, 2005).

Bizim bulgularımıza baktığımızda, dört alt ölçekte (Beslenme, Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası Destek ve Stres Yönetimi) rekreasyon bölümü öğrencilerinin sıra ortalama puanlarının, diğer bölümlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucumuz, bundan sonraki çalışmalara referans olması açısından önemlidir.

Sınıf değişkeni açısından:

Konu değerlendirildiğinde; 4. sınıf öğrencilerinin beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçeklerinin tümündeki sıra ortalama puanları, alt sınıflardaki öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Çizelge 10).

Bulgularımıza benzer şekilde İstanbul'da hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, dördüncü sınıf öğrencilerinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeği ortalama puanlarının, birinci sınıf öğrencilerine göre yüksek bulunmuştur (Kocaakman vd. 2010). Malatya'da çalışılmış bir doktora tezinde (Sevindik, 2011) sınıflar arttıkça SYBDÖ puanlarının arttığı, İstanbul'da bir vakıf üniversitesinde yapılan çalışmada (İlhan vd, 2010) ise, 4.sınıflar ağırlıklı olmak üzere üst sınıf öğrencilerinin, gerek SYBDÖ puan ortalamalarında, gerekse bazı alt ölçeklerde alt sınıflardan daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Ulaşılabilen kaynaklara bakıldığında, bu aradaki farkın üst sınıfların lehine olarak en fazla, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde ön plana çıktığı göze çarpmaktadır (Tokgöz, 2002; Can et al, 2008; Ayaz vd, 2005; Karadeniz vd. 2008; İlhan vd. 2010).

Bulgularımızdan farklı olarak ise; Cumhuriyet üniversitesinde, İzmirde ve Manisa da yapılmış araştırmalarda (Yıldırım, 2005; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Karadeniz vd 2008), sınıflara göre SYBD Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmemiştir. Bunlara ilaveten, 1.sınıfların ortalama puanlarının diğer sınıflardan daha yüksek tespit edildiği (Sivrikaya vd. 2013), 1.sınıfta puanlar yüksek olduğu fakat ilerleyen yıllarda düşüşün gözlemlendiği çalışmalarda söz konusudur (Özyazıcıoğlu vd, 2011). Ayrıca, 2. Sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde daha yüksek puana sahip olduğu bir çalışmaya da rastlanmıştır (Yılmaz vd, 2013).

Bu bilgiler ışığında bakıldığında, sağlık davranışları konusunda alt sınıfların daha düşük puanlar kaydettikleri araştırmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Her ne kadar araştırma yapılan çevrelere ve öğrenim görülen bölümlere göre bazı bulgularda farklılıkların ortaya çıkması normal olsa da, bu farkın en azından BESYO öğrencilerinde en asgari düzeyde olması gerektiği düşünülmektedir. Dolayısıyla bu farklılığın minimize edilmesinin ancak, SYBD bilincinin çok daha erken yaşlarda kazandırılmasıyla mümkün olabileceği görülmektedir.

Kardeş sayısı değişkeni açısından:

Konu değerlendirildiğinde; kardeş sayıları farklı gruplar arasında Sağlık Sorumluluğu alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta, ancak kardeşi olmayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanları en yüksekken, bir kardeşi olanların egzersiz ve

kişilerarası destek alt ölçekleri, üç kardeşi olan öğrencilerinse beslenme alt ölçeği sıra ortalaması puanı en yüksek olarak gözlemlenmiştir (Çizelge 11).

Bir araştırmada bulgularımızdan farklı olarak; kendini gerçekleştirme alt ölçeği ortalamasının üç ve üzeri sayıda kardeşi olanlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konulmuştur (Karadeniz vd, 2008). Başka bir araştırmadaysa bulgularımızla benzer şekilde, kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puanlarının ve egzersiz alt ölçeği puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (Karadamar vd, 2014). Diğer bir araştırma, kardeş sayısı azaldıkça SYBDÖ puanlarının arttığını ortaya koymuştur (Dil vd, 2015). Ulaştığımız iki çalışmada yine, çocuk sayısının artması ya da çok olmasıyla SYBDÖ puanlarının düştüğü saptanmıştır (Zincir vd, 2003; Özyazıcıoğlu vd, 2011). Bir başka araştırma (Koçoğlu ve Akın, 2009) ise, hanede yaşayan birey sayısının artmasının SYBD'nin uygulanma olasılığını azalttığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda kardeşi olmayanların Kendini Gerçekleştirme ve Stres Yönetimi alt ölçeklerinde en yüksek sıra ortalama puanlarını aldıkları tespit edilmiştir.

Dolayısıyla bizim çalışmamızda bir kardeşi olan öğrencilerin egzersiz alt ölçeğinde en yüksek, beş ve daha fazla kardeşi olanlarınsa en düşük sıra ortalama puanlarını almış olmalarıyla diğer araştırma bulguları birlikte değerlendirildiğinde, kardeş sayısının artmasının SYBD'nı olumsuz etkilediği görülmektedir.

Lisanslı olarak spor yapan ile yapmayan guruplar açısından:

Karşılaştırma yapıldığında, lisanslı olarak spor yapanların, yapmayanlara göre egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 12) .

Lefkoşe'de yapılan bir araştırmada (Kıdrışlıoğlu, 2011), bulgularımızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bir spor dalıyla uğraşan eğitim fakültesi öğrencilerinin iki alt ölçekte, hemşirelik öğrencilerinin ise dört alt ölçekte, bir spor dalıyla uğraşmayanlara kıyasla puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yine, bir çalışmada (Berçin, 2010), sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin katılmayanlara göre, bir diğerinde (Yalçinkaya vd, 2007) ise spor yapan gurubun yapmayanlara göre beslenme dışındaki tüm alt ölçeklerde ve SYBD toplam puan ortalamalarında daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, kişiler arası destek alt ölçeğinde en yüksek puanı, boş zamanlarını spor yaparak değerlendirenlerin aldıkları görülmüştür. Düzce'de 95 orta öğretim öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada

(Yıldırım ve Özcan, 2011), lisanslı spor yapanlarla yapmayanlar bir sosyal beceri ölçeğinin bazı alt boyutları açısından değerlendirilmiş, lisanslı spor yapanların lehine anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ispartada ortaokul öğrencileriyle yapılan bir araştırmada (Saygılı vd. 2015) ise, düzenli spor yapan öğrencilerin dışa dönüklük ve açıklıkla ilgili kişilik özelliklerinde düzenli spor yapmayan öğrencilere göre daha iyi olduklarını, bu öğrencilerin aynı zamanda akademik başarıda da öne çıktıklarını ortaya koymuştur.

Bu bilgiler ışığında, düzenli olarak spor yapanların ve lisanslı olarak spor yapanların, hemen hemen tüm SYBD alt ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldıkları ya da sağlıkla ilgili daha olumlu davranış ve alışkanlıklara sahip oldukları açıkça anlaşılmaktadır. Bu kişilerin ayrıca, bazı araştırma sonuçlarında (Yalçınkaya vd. 2007) beslenmelerine özen göstermedikleri de görülmektedir. Bunun sebebi, düzenli egzersiz yapan bu kişilerin sporun etkisiyle zinde kalmaları, dolayısıyla kendilerini beslenmelerine dikkat etmek zorunda hissetmiyor olmaları olabilir.

BESYO öğrencilerinde, sporu lisanslı olarak yapan ve yapmayan öğrenci grupları arasında Kişiler arası destek alt ölçeğinde bir farklılığın tespit edilememiş olmasının sebebi, çalışmayı gerçekleştirdiğimiz BESYO öğrencilerinin sporla alakadar bir kitle olmaları olabilir.

Anne eğitim düzeyi değişkeni açısından:

Öğrenci grupları değerlendirildiğinde, grupları arasında 6 alt ölçeğin tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre, anne eğitim düzeyi ortaokul olan öğrencilerin egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt ölçekleri sıra ortalama puanları en yüksekken, anne eğitim seviyesi lise olanların kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanları, en yüksek olarak gözlenmiştir (Çizelge 13).

Ulaşabildiğimiz araştırmaların üçünde, çalışmamızla paralel sonuçlar gözlenmiştir. Bu üç çalışmada, anne eğitim düzeyi düşük öğrencilerin, bazı alt ölçeklerin puan ortalamalarında, anne eğitim seviyesi daha üst düzeyde olan öğrencilere göre daha yüksek puanlar aldıkları (Berçin, 2010), ya da daha iyi bir görüntü sergiledikleri bulgulara rastlanmıştır (Bozhüyük, 2010). Ancak literatür sonuçları çoğunlukla bu bulgulardan farklı olarak, anne eğitim seviyesinin yüksek olmasının, öğrencilerin bazı sağlık davranışlarını da yükselttiğini (Díez and Fortis, 2009; Yıldırım, 2005; Fırıncı,

2012; Ayaz vd, 2005; Dil vd, 2015; İlhan vd, 2010) ve SYBD'ni artırdığını (Sevindik, 2011; Özbaşaran vd, 2004; Hacıhasanoğlu vd, 2011) ortaya koymaktadır.

Çalışmamızın belli bir bölge ya da çevrede değil, Türkiye'nin tüm bölgelerinde yapılmış olması ve katılımcılarının spor kültürünü benimsemiş BESYO öğrencilerinden oluşması, bulgular üzerindeki ebeveyn eğitim düzeyinin etkisini zayıflatmış ve genele göre farklı bir netice elde edilmesine sebep olmuş olabilir diye düşünülmektedir.

Baba eğitim düzeyi değişkeni açısından:

Durum değerlendirdiğinde ise; baba eğitim seviyesi farklı olan öğrenci gurupları arasında da, 6 alt ölçeğin tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre, babasının eğitim seviyesi lise olanların egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanları en yüksekken, baba eğitim düzeyi lisansüstü olan öğrencilerin kişilerarası destek alt ölçeği sıra ortalama puanları en yüksek olarak gözlenmiştir (Çizelge 14).

Yapılan literatür incelemeleri sonucunda, baba eğitim düzeyi lise olan öğrencilerin, bazı alt ölçeklerde elde ettikleri puanların, bulgularımızla paralellik gösterdiği çalışmalara rastlanılmıştır (Karadamar vd, 2014; Karadamar, 2010), Ayrıca, lise düzeyinin baba eğitim seviyesi olarak düşük olmadığı kabul edilirse; baba eğitim seviyesinin yüksek olmasının, öğrencilerin SYBD puan ortalamalarını artırdığı yorumunun yapılabileceği bazı çalışmalarda söz konusudur (Díez and Fortis, 2009; Sevindik, 2011; Nacar vd, 2014; Özbaşaran vd, 2004; Hacıhasanoğlu vd, 2011).

Bunların yanında çalışma sonucumuzdan farklı olarak, baba eğitim düzeyleri ortaokul ve altı olan öğrencilerin beslenme alt ölçeği puan ortalamasının yüksek bulunduğu bir çalışma gözlendiği gibi (Berçin, 2010), baba eğitim durumu ile SYBD ölçeği ve alt ölçekleri arasında bir ilişkinin olmadığı çalışmalarda söz konusudur (Yıldırım, 2005; Karadeniz vd, 2008).

Bu sonuçlar, baba eğitim seviyesinin yüksek olmasının öğrencilerin SYBD üzerinde olumlu yönde etkisinin olduğunu göstermektedir. Bulgularımızda dikkat çeken nokta, 6 alt ölçeğimizin 5'inde baba eğitim durumu lise, kişilerarası destek ölçeğinde ise baba eğitim düzeyi lisansüstü olan öğrencilerin en yüksek sıra ortalama puanına sahip olmasıdır.

Aile gelir seviyesi değişkeni açısından:

Konu değerlendirildiğinde; araştırmamızda ailesinin gelir seviyesi farklı olan öğrenci gurupları arasında, 6 alt ölçeğin tamamında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre, ailesinin gelir seviyesi 3000-3999 TL arası olanların BESYO öğrencilerinin, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeği sıra ortalama puanları en yüksekken, ailesinin gelir seviyesi 4000 TL ve üstü olanların egzersiz, sağlık sorumluluğu, kendini geręekleřtirme ve stres yönetimi alt ölçekleri sıra ortalama puanları en yüksek olarak saptanmıştır (Çizelge 15).

Aile gelir seviyesi 4000 TL ve üzeri olan öğrencilerin 6 alt ölçeğin 4'ünde en yüksek sıra ortalama puanlarını alması; diğer 2 alt ölçekte ise onları yine, bir sonraki en iyi aile gelir seviyesine sahip öğrencilerin takip etmesi, gelir seviyesi ile SYBD arasındaki ilişkiyi çok net bir şekilde ortaya koymaktadır.

Bulgularımızla benzer şekilde, aile gelir seviyesi yüksek olan öğrencilerin bazı alt ölçeklerde yüksek puanlar sergiledikleri birkaç araştırmaya ulaşılmıştır (Díez and Fortis, 2009; Fırınacı, 2012; Ayaz vd, 2005; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Ayrıca; ebeveyn gelir seviyesi arttıkça SYBDÖ ve alt ölçeği puanlarının yükseldiğini (Sevindik, 2011; Karadeniz vd, 2008; İlhan vd, 2010), gelir düzeyiyle SYBD'nın pozitif yönde etkileşim içinde olduğunu (Aksoy ve Uçar, 2014; Sevindik, 2011; İlhan vd, 2010; Wei et al, 2012), gelir seviyesi düştükçe sağlıklı yaşama dair davranış ve alışkanlıkların da düştüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Díez and Fortis, 2009; Fırınacı, 2012; Ayaz vd, 2005; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Bunlara ilaveten, oluşan bu genel bulgularımızdan farklı olarak, aile gelir düzeyi orta ve alt seviyede olan öğrencilerin bazı alt ölçeklerde daha iyi bir görünüm sergilemiş oldukları bir çalışmaya da rastlanmıştır (Fırınacı, 2012).

Bu bilgiler neticesinde, araştırma sonuçlarımızla literatür bulgularının oldukça uyumlu olduğu, yüksek gelir seviyesinin SYBD'na da olumlu yansıdığı açık bir şekilde görölmektedir.

## 5.2. Sonuç

BESYO öğrencilerinin SYBD'nin BKİ ve çeşitli değişkenler açısından incelendiği çalışmamızda, en yüksek puan ortalamasını Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinin (37,25±6,02), en düşüğünü ise Egzersiz alt ölçeğinin (13,45±3,06) aldığı tespit edilmiştir. BKİ'leri zayıf olan BESYO öğrencilerinin, Kendini Gerçekleştirme alt ölçeğinde daha yüksek puana sahip oldukları saptanmıştır. Rekreasyon bölümü öğrencilerinin, 6 alt ölçeğin 4'ünde, 4.sınıf öğrencilerinin ise 5'inde daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Aile gelir ve eğitim seviyelerinin yüksek olmasının, SYBD'ni uygulama noktasında olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

## 5.3. Öneriler

Sağlıkla alakalı derslerin sadece üniversitelerde değil, öğrencilerin seviyelerine göre ayarlanmak suretiyle tüm öğretim kademelerinde zorunlu ders olarak yer almasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Egzersiz ve beslenme puan ortalamalarının düşük olduğu gözlemlendiğinden, müfredata haftada 2-3 kez olmak üzere egzersiz dersi koymak faydalı olabilir.

Sağlık ve Gençlik Spor Bakanlıklarımız birlikte çalışarak halkı spora teşvik edecek yeni plan ve projeler üretilebilir.

Toplu spor faaliyetleri daha sık olarak programlanmalı, uygulanmalıdır. Ayrıca bunlara, yazılı ve görsel basında daha fazla yer verilmeli, doğru beslenme konusunda bilinçlendiren ve spora teşvik eden program ve yayınlar arttırılmalıdır.

Erkeklerin çoğunlukla egzersizde, kadınlarinsa beslenmede yüksek puanlar aldıklarını hatırlarsak; kadınlara egzersiz konusunda fırsat ve imkanlar yaratılması, erkeklerinse beslenme konusunda bilinçlenmelerine yönelik plan ve uygulama yapılması uygun olacaktır.

Son yıllarda sağlıksız bazı besin öğelerinin okul kantinlerinden kaldırılması gibi olumlu uygulamaları memnuniyetle izlemekteyiz. Başlamış bu olumlu uygulamalar, yiyecek üzerine besinlerin sağlıklılık düzeylerini vurgulayacak yeşil, mavi ve kırmızı gibi uyarıcı etiketlerin koyulmasıyla daha etkin hale getirilebilir. Ardındansa, yiyecek



tercihlerini yapan kişilerle mini anketler yapılarak, insanların her an bilinçlendirilmeleri sağlanabilir.

Belli aralıklarla doğru beslenme ve aktif spor yapmanın faydalarını anlatan seminerler düzenlenmelidir.

Nasıl kilo verileceğine dair programlar hazırlanması için harcanan çaba, herkese SYBD'ni nasıl benimsetebiliriz harcanabilir.

Rekreasyon bölümü öğrencilerinin SYBD'ni uygulama noktasında neden daha öne çıktıklarına yönelik araştırmalar yapılabilir.

Ailelerin gelir düzeyleri yükseldikçe, öğrencilerin SYBD'nda pozitif yönlü düzelme ve gelişme gözlemlendiğinden, bu konuda neler yapılabileceği çok yönlü olarak araştırılabilir.

## 6. KAYNAKLAR

Abalı, O., 2006, Ergenlik Dönemi ve Sorunları, 2.Baskı, Epsilon Yayıncılık, İstanbul.

Açıkada, C., Ergen, E., 1990, Spor ve Bilim, Büro-Tek Ofset Matbaası, Ankara.

Aksoy, T. ve Uçar, H., 2014, Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1, s02, s53-s67.

Aksungur, A. vd. 2011, Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 10, s01, s01-s12.

Akyol A., Bilgiç P., Ersoy, G., 2008, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Klasmat Matbaacılık, ISBN : 978-975-590-245-6, Ankara.

Akyol A., Bilgiç P., Ersoy, G., 2008, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, Klasmat Matbaacılık, ISBN : 978-975-590-245-6, Ankara.

Alpar, Ş. E. vd. 2003, Hemşirelik Yüksekokulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 2.Uluslararası - 9.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s70, İstanbul.

Al-Qahtani, M.F., 2015, Health-Promoting Lifestyle Behaviors among Nurses in Private Hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia, Journal of the Egyptian Public Health Association, 90, s01, s29-s34.

Altun, İ., 2008, Effect of A Health Promotion Course on Health Promoting Behaviours of University Students, Eastern Mediterranean Health Journal, 14, s04, s880-s887.

Ayaz, S. vd, 2005, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 9, s02, s26-s34.

Balcıoğlu, İ. 2005, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri, Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Yayınları, İstanbul.

Baysal, A. 2003, Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi Özel Eki, 25, s04, s66-s72.

Bek, N., 2008, Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız, Klasmat Matbaacılık, ISBN: 978-975-590-246, Ankara.

Berçin, T., 2010, Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bernstein, H., Cosford, P., Williams, A., 2010, Enabling Effective Delivery of Health and Wellbeing: an Independent Report, Department of Health, London.

Bertsias, G. et al, 2005, Fruit and Vegetables Consumption in Relation to Health and Diet of Medical Students in Crete, Greece, International Journal for Vitamin and Nutrition Research, 75, s02, s107–s117.

Bircher, J., 2005, Towards a Dynamic Definition of Health and Disease, Medicine Health Care Philosophy, 8, s335-s341.

Bonnefoy, M., 2001, Physical Activity and Aging, Rev Mal Respir., 18, s02, s41-s42.

Bottorff, J. L. et al, 1996, The Effects of Cognitive-Persceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance Nursing Research, 45, s01, s30-s36.

Bozhüyük, A. vd, 2012, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, Turkish Journal of Family Medicine and Primary, 6, s01, s13-s21.

Bozhüyük, A. 2010, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

Bozkuş, T. vd., 2013, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda Öğrenim Gören Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi ve İlişkilendirilmesi, International Journal of Science Culture and Sport, 1, s03, s49-s65.

Can, G. et al, 2008, Comparison of The Health- Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in İstanbul, Turkey, Nursing & Health Sciences, 10, s04, s273-s280.

Chan, J. M. et al, 1994, Obesity, Fat Distribution, and Weight Gain as Risk Factors for Clinical Diabetes in Man, Diabetes Care, 17, s09, s961-s969.

Cheung, P.C.H. et al, 2007, A Study on Body Weight Perception and Weight Control Behaviors Among Adolescents in Hong Kong Hong Kong Medicine Journal, 13, s01, s16-s21.

Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S.E., 2011, Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Fırat Tıp Dergisi, 16, s02, s78-s83.

Cirhinlioğlu, Z., 2001, Sağlık Sosyolojisi, Nobel Kitabevi, Ankara.

Cole, T. J. et al, 1995, Body Mass Index Reference Curves for The UK, 1990, Archives Disease in Childhood, 73, s01, s25-s29.

Cole, T. J. et al, 2000, Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey, British Medical Journal, 320, s1240-s1243.

Copel, L. C., 2000, Health education and promotion. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical -Surgical Nursing, Editor: Suzanne C. Smeltzer and Brenda G. Bare. 9th edition, Lippincott Williams & Wilkins Co. 40-50, Philadelphia.

Costanzo, C. et al, 2006, Physical Activity Counselling for Older Women West Journal Nursing Res., 28, s07, s786-s801.

Courteix, D. et al, 1999, Bone Mineral Acquisition and Somatic Development in Highly Trained Girl Gymnasts, Acta Paediatrica, 88, s08, s803-s808.

Cüceloğlu, D., 1991, İnsan ve Davranışı, 2. Baskı Remzi Kitabevi, İstanbul.

Dana, L. et al, 2008, Body Composition Methods: Comparisons and Interpretation, The Journal of Diabetes Science and Technology, 2, s06, s1139-1146.

Danişoğlu, E., 1988, Sosyal yapı- III Nüfus grupları A. Yaşlı Nüfus, Sosyal Planlama Başkanlığı, s4-s6.

Demir, Z. vd., 2015, Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 5, s14, s96-s109.

Devito, J. A. 1991, Human Communication: The Basic Course, 5. Baskı, Harper Collins Publishers, New York.

Dickey, R.A. and Janick, J.J., 2001, Lifestyle Modifications in The prevention and Treatment of Hypertension, Endocrine Practice, 7, s05, s392-s399.

Dil, S. vd, 2015, Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16, s01, s51-s59.

Dinger, M. K., 1999, Physical Activity and Dietary İntake among College Students, American Journal of Health Studies, 15, s03, s139-s148.

Ebersole, P., Hess, P., 1990, Toward Healthy Aging, Human Needs and Nursing Response, ISBN-13: 978-0323073165, Third ed., The C.V. Mosby Company.

Edelman, C., Mandle, C.L., 1986, Health Promotion Throughout the Lifespan, The C.V.Mosby Company, St Luis, Toronto, Princeton.

Eknoyan, G., 2008, Adolphe Quetelet (1796–1874) - The Average Man and İndices of Obesity, Nephrology Dialysis Transplantation, 23, s01, s47–s5.

Ekşi, F., 2015, Kişilerarası ilişkiler: Psikolojik Danışmanlık ve Halkla İlişkiler Öğrencilerinin Karşılaştırılması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 11, s02, s79-s94.

Epstein, L.H. et al, 2004, The Effect of Reinforcement or Stimulus Control to Reduce Sedentary Behavior in The Treatment of Pediatric Obesity, Health Psychol, 23, s04, s371-s380.

Erbaşı, S. vd. 1999, Yaşlılık ve Hipertansiyon, Türk Geriatri Dergisi, 2, s02, s67-s70.

Erci, B. vd, 2000, Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile gebe ve lohusa izlemlerinde verilen bakım hizmetleri arasındaki ilişki, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, s01, s16-s22.

Erdoğan, S. vd., 1994, Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik Hemşirelik Bülteni, 3, s08, s28-s36.

Eren, E., 2012, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi 13.Baskı, Beta Yayınevi, İstanbul.

Erselcan, T. vd. 2000, Comparison of Body Composition Analysis Methods in Clinical Routine, *Annals of Nutrition & Metabolism*, 44, s05-06, s243-s248.

Ertekin, Y., 1993, Stres ve Yönetim Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No:253, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.

Esin, M. N., 1999, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni*, 12, s45, s87-s95.

Esin, N., 1997, Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Evren, H., 2008, Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Faisy, C. et al, 2000, Bioelectrical Impedance Analysis in Estimating Nutritional Status and Outcome of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Acute Respiratory Failure, *Intensive Care Medicine*, 26, s05, s518-s525.

Ferron, C. et al, 1999, Sport Activity in Adolescence: Associations with Health Perceptions and Experimental Behaviours, *Health Education Research*, 14, s02, s225-s233.

Fırıncı, T., 2012, Ergenlik Çağındaki Gençlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Araştırması, *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*, s1-s14.

Gall, S. L. et al, 2009, Healthy Lifestyles and Cardiovascular Risk Profiles in Young Australian Adults: the Childhood Determinants of Adulthealthstudy, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16, s06, s684-s689.

Green, L., Kreuter, M., 1991, *Health Promotion and Planning: an Educational and Environmental Approach* Mountain View, Mayfield, CA.

Grunbaum, J. A. et al, 2004, Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 2003. MMWR: Surveillance Summaries, 53, s02, s1-s96.

Guida, B. et al, 2001, Abnormalities of Bioimpedance Measures in Overweight and Obese Hemodialyzed Patients, International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders, 25, s02, s265-s272.

Guyton, A. C., Hall, J. E., 2007, Tıbbi Fizyoloji, (Çeviri: Çavuşoğlu, H., Çağlayan Y.B.) ISBN: 9789754205589, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi.

Güler, G. vd, 2008, Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları C.Ü. Hemşirelik Dergisi, 12, s03, s18-s23.

Günay, M., Tamer, K., Cicioğlu, İ., 2013, Spor Fizyolojisi ve Performans Ölçümü 3. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.

Hacıhasanoğlu, R. vd, 2011, Healthy Lifestyle Behaviour in University Students and Influential Factors in Eastern Turkey, International Journal of Nursing Practice, 17,s01, s43-s5.

Hamburg, D. A. 1987, Habits for health, World Health Forum, 8, s9-s12 December.

Hammar, M. and Östgren, C.J., 2013, Healthy Aging and Age-Adjusted Nutrition and Physical Fitness Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 27, s05, s741-s752.

Hardrick, G. and Lindsey, E., 1996, Health Promotion Nursing Practice: The Demise of Nursing Process, Journal of Adv. Nursing, 23, s106-s112.

Hayran, O., Sur, H., 1997, Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayıncılık, İstanbul.



Heyward, V. H., 1991, Advanced Fitness Assessment and Exercise Prescription 2nd Ed., Champaign, Human Kinetics Books.

Hicks, H.G., 1976, Örgütlerin Yönetimi: Sistemler ve Beşeri Kaynaklar Açısından (Cilt I-II) ( Çev: Tekok, O. vd.), Turhan Kitapevi, Ankara.

Hovardaoğlu, S., 1995, Kişilerarası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları, Kriz Dergisi, 3, s01-02, s7-s12.

[http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://dictionary.reference.com/browse/body+composition> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005e.pdf> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t9.pdf> (Erişim tarihi: Kasım 2015).

[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55d1d9a3a42875.97954486](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55d1d9a3a42875.97954486) (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

[http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567c4be42cb237.93237541](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567c4be42cb237.93237541) (Erişim tarihi: Aralık 2015).

<http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf> Promoting the health of young people in Custody Pg. 7. (Erişim tarihi: Aralık 2015).

<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/why-being-over-weight-means-you-live-longer-the-way-scientists-twist-the-facts-10158229.html> (Erişim tarihi: Nisan 2015).

<http://www.journals.istanbul.edu.tr/iupcd/article/viewFile/1023013589/1023012805>  
(Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0132.xml> (Erişim tarihi: Kasım 2015).

<http://www.uml.edu/campusrecreation/staff/EP%20II%20Materials/BC%20Lab.pdf>  
(Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf> (Erişim tarihi: Aralık 2015).

<http://www.unfpa.org/swop> (Erişim tarihi: Kasım 2015).

[http://www.unicef.org/about/history/files/Alma\\_At\\_a\\_conference\\_1978\\_report.pdf](http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf) (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.unicef.org/sowc05/english/childhooddefined.html> (Erişim tarihi: Aralık 2015).

<http://www.unm.edu/~lkravitz/Article%20folder/underbodycomp.html> (Erişim tarihi: Kasım 2015).

<http://www.who.int/about/en/> (Erişim tarihi: Temmuz 2015).

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/) (Erişim tarihi: Mayıs 2015).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index4.html> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1) (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/> (Erişim tarihi: Ağustos 2015).

[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp) Ottawa,WHO/HPR/HEP/95.1 (Erişim tarihi: Mayıs 2015).

[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_ch4.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf) (Erişim tarihi: Temmuz 2015).

<http://www.yourdictionary.com/childhood> (Erişim tarihi: Aralık 2015).

[https://en.wikipedia.org/wiki/Body\\_mass\\_index](https://en.wikipedia.org/wiki/Body_mass_index) (Erişim tarihi: Mayıs 2015).

[https://internationaleducation.gov.au/News/newsarchive/2010/Documents/China\\_Education\\_Reform\\_pdf.pdf](https://internationaleducation.gov.au/News/newsarchive/2010/Documents/China_Education_Reform_pdf.pdf) (Erişim tarihi: Mayıs 2015).

Illich, I., 2011, Sağlığın Gaspı, (Çeviri: Sertabiboğlu, S.), 2.Baskı, Ayrıntı Yayınları, ISBN: 978-975-539-065-9, İstanbul.

International Society for the Advancement of Kinanthropometry, 2001, International Standards for Anthropometric Assessment, North West University Potchefstroom, South Africa: ISAK.

İlhan, N. vd, 2010, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3, s03, s34-s44.

İnceoğlu, M., 1985, Gdleme Yöntemleri, A.. Siyasal Bilgiler Fakltesi ve Basın Yayın Yüksekokulu Basımevi, Ankara.

Jackson, D.B., Saunders, R.B., 1993, Child Health Nursing: a Comprehensive Approach to the Care of Children and Their Families, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

Jebb, S.A. and Elia, M., 1993, Techniques for The Measurement of Body Composition: A Practical Guide, International Journal Obesity Related Metabolic Disorders, 17, s11, s611-s621.

Johnson, R. L., 2005, Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans, Public Health Nursing, 22, s02, s130-s137.

Kafkas, M. E. vd, 2012, Beden Eğitimi ğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi, Dumlupınar Üniversitesi Soysyal Bilimler Dergisi, 2, s32, s47-s55.

Kaplan, R.M., Sallis J.F., Patterson, T.L., 1993, Health and Human Behavior, McGraw-Hill Book Co., ISBN-13: 978-0070335660, Singapore.

Kaplun, A., 1992, Health Promotion and Chronic Illness Discovering a New Quality Of Health, No. 44, WHO Regional Publications, European Series.

Karadamar, M. vd, 2014, Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17,s03, s131-s139.

Karadamar, M., 2010, Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karadeniz, G. vd, 2008, niversite ğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7, s06, s497-s502.

Karagöl, A. vd, 2014, Beden Kitle İndeksinin Depresyon ve Aleksitimi İle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15, s03, s207-s213.

Karakoç, A. 2006, Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kavas, A., 2003, Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme, Literatür Yayıncılık, ISBN: 9750402189, İstanbul.

Kaya, F. vd, 2008, Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7, s01, s59-s64.

Kaya, M. vd, 2009, Ankara'da Bir Sağlık Ocağına ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi, Toplum Hekimliği Bülteni, 28, s01, s8-s13.

Kıdrışlıoğlu, Ö., 2011, Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kılıççı, Y., 2006, Okulda Ruh Sağlığı 5.Baskı, ISBN: 9756956372, Anı Yayıncılık, Ankara.

Kocaakman, M. vd, 2010, İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17, s02, s19-s24.

Koçoğlu, D. ve Akın, B., 2009, Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2, s04, s145-s154.

Kong, R., 1995, Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses, *Public Health Nursing*, 12, s05, s312–s318.

Krueger, P.M. and Chang, V.W., 2008, Being Poor and Coping with Stress: Health Behaviors and the Risk of Death, *American Journal of Public Health*, 98, s05, s889–s896.

Kuczmarski, R.J. et al, 1994, Increasing Prevalence of Overweight among US Adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991, *The Journal of the American Medical Association*, 272, s03, s205-s211.

Landsberg, B. et al, 2010, Clustering of Lifestyle Factors and Association with Overweight in Adolescents of the Kiel Obesity Prevention Study *Public Health Nutrition*, 13, s10, s1708–s1715.

Larouche, R., 1998, Determinants of College Students' Health-Promoting Lifestyles, *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 2, s01, s35-s44.

Lee, R.L.T. and Alice J.T.L., 2005, Health- Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong, *Public Health Nursing*, 22, s03, s209-s220.

Lewis S. M., Collier I.C., 1987, *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems* Sec. ed. Mc Graw-Hill Book Company, USA.

Lowry, R. et al, 2000, Physical Activity, Food Choice and Weight Management Goals and Practices Among U.S. College Students *American Journal of Preventive Medicine*, 18, s01, s18–s27.

Mammas, I. et al, 2003, Cigarette Smoking, Alcohol Consumption, and Serum Lipid Profile among Medical Students In Greece, *The European Journal of Public Health*, 13, s03, s278-s282.

Maurer, F. and Smith, C., 2000, Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company, s404-s424.

Mazzeo, R. S. et al, 1998, ACSM Position Stand on Exercise and Physical Activity Older Adults, Med. Sci. Sports Exerc., 30, s992-s1008.

McArdle, W. D., Katch, F. I., Katch, V. L., 1991, Exercise Physiology: Energy, Nutrition, and Human Performance (3rd ed.), Lea & Febiger, Philadelphia.

Mergen, H. vd. 2009, Is Medical Check-up Useful for Physician among New University Students during Enrolling Time to University? a Survey of 640 New University Students, European Journal of General Medicine, 6, s02, s69-s73.

Minkler, M., 1999, Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End, Health Education and Behavior, 26, s01, s121-s141.

Murathan, T. vd. 2013, Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 7, s02, s100-s107.

Nabkasorn, C. et al, 2006, Effects of Physical Exercise on Depression, Neuroendocrine Stress Hormones and Physiological Fitness in Adolescent Females with Depressive Symptoms, European Journal of Public Health, 16, s02, s179-s184.

Nacar, M. vd, 2014, Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15, s20, s8969-s8974.

Narter, M., 2004, Sağlık ve Hastalığın Sosyal Temsiller, İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları, 24, s01, s57-s73.

Norman, K.A.V., 1995, Exercise Programming for Older Adults. Champaign, Human Kinetics, 24, s1-s21.

Özbaşaran, F. vd, 2004, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7, s03, s43-s55.

Özcan, G., Dursun, Z., 1995, Aerobik Step-Streching 1.Seminer Notları Gençlik Spor Genel Müdürlüğü, Ankara.

Özcihangiroğlu, Z., 2010, Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özçelik, O. vd., 2002, Adolesanların Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi ve Biyoelektrik İmpedans Analizinin Karşılaştırılması, Fırat Tıp Dergisi, 7, s04, s865-s870.

Özen, B. vd, 2013, Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Meme Sağlığı Dergisi, 9, s04, s200-s204.

Özer K. 2015, Fiziksel Uygunluk 5.Baskı ,Nobel Akademi Yayıncılık, ISBN: 978-605-133-451-6, Ankara.

Özkan, S. ve Yılmaz, E, 2008, Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, s07, s90-s104.

Özmen, D. vd., 2007, Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, s02, s98-s105.



Özmutaf, N.M., 2005, Su Ürünleri Sektöründe Yer Alan İşletmelerde, Çalışanların Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri: Çok Değişkenli İstatistiksel Bir Yaklaşım, Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi, 22, s3-4, s413-s418.

Öztek, Z., 2001, Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, 7, s39, s204-s205.

Özvarış, Ş. B., 2011, Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ISBN: 978-975-491-322-4, Ankara.

Özyazıcıoğlu, N. vd, 2011, Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8, s02, s277-s332.

Patrick, D.L. and Bergner, M., 1990, Measurement of Health Status in the 1990's Annual Review of Public Health, 11, sMay, s165-s183.

Pekcan, G., 2008, Beslenme Durumunun Saptanması, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Beslenme Bilgi Serisi, 1.Baskı Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Pender, N.J. et al, 1992, Health Promotion and Disease Pervention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education, Nursing Outlook, 40, s03, s106-s112.

Pender, N.J., 1987, Health Promotion in Nursing Practice (Second ed.), Norwalk CT, California.

Phalank, C., 1991, Determinant of Health Promotive Behavior; a Preview of Current Research, Nursing Clinic North America, 26, s04, s815-s832.

Quadagno, J.S., 1999, Aging and the Life Course: An Introduction to Social Gerontology, McGraw-Hill College, Boston.

Redland, A.R. and Stuijbergen, A.K., 1993, Strategies For Maintenance of Health-Promoting Behaviours The Nursing Clinics of North America, 28, s02, s427-s442.

Roskies, E. 1994, Stresle Başa Çıkmada Kendimizle Olumlu Diyalog, (Çeviri N. H. Şahin), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, 2011, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik: Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, 2014, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi Çocuk ve Ergenlerde Fiziksel Aktivite, Kuban Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara.

Salinari, S. et al, 2003, Bioimpedance Analysis: A Useful Technique for Assessing Appendicular Lean Soft Tissue Mass and Distribution, Journal of Applied Physiology, 94, s04, s1552-s1556.

Sanchez, A. et al, 2007, Patterns and Correlates of Physical Activity and Nutrition Behaviors in Adolescents, American Journal of Preventive Medicine, 32, s02, s124-s130.

Sanci, L.A. et al, 2000, Evaluation of The Effectiveness of an Educational Intervention for General Practitioners in Adolescent Health Care: Randomized Controlled Trial, British Medical Journal, 320, s224-s230.

Satı, D. vd., 2015, Çankırı İlinde Ergenlerin Benlik Saygısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Riskli Sağlık Davranışları ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16, s01, s51-s59.

Savaş, B.S. ve Gedik, F.G., 1993, Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Saygılı, G. vd, 2015, Düzenli Olarak Spor Yapan ve Yapmayan Öğrencilerin Kişilik Özellikleri İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, 23, s01, s161-s170.

Schneider, E.L. and Brody J.A., 1983, Aging, Natural Death and The Compression of Morbidity: Another view New England Journal of Medicine, 309, s14, s854-s856.

Semerci, B., 2007, Ergen Ruh Sağlığı Aileler ve Ergenler İçin, Alfa Yayınları, 2. Baskı, İstanbul.

Sencer, E., 2005, Orhan Y. Beslenme, Medikal Yayıncılık, ISBN: 9756395362, İstanbul.

Sevindik, F., 2011, Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Problemler İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Shephard, R. J., 2002, Gender, physical activity and aging, CRC Press, New York.

Simmons, G. et al, 1996, The Increasing Prevalence of Obesity in New Zealand: Is it Related to Recent Trends in Smoking and Physical Activity?, The New Zealand Medical Journal, 109, s1018, s90-s92.

Sisk, R. J., 2000, Caregiver Burden and Health Promotion, International Journal of Nursing Studies, 37, s01, s37-s43 (2000).

Sivrikaya, A. H. vd. 2013, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğretmenlik Bölümü Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, s03, s133-s138.

Siyez, E. ve Siyez, D. M., 2007, Ergenlerin Cinsel Yaşam Deneyimlerinin Bazı Psikososyal Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi, Turkish Journal Urology, 33, s01, s56-s63.

Soylu, M., 2006, Sağlıklı Beslenme-Sağlıklı Süt, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı, 37-38, Marmaris-Muğla.

Soyuer, F. ve Soyuer, A., 2008, Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15, s03, s219-s224.

Speck, B.J., 2002, From Exercise to Physical Activity, Holistic Nursing Practice: 17, s01, s24-s31.

Stanhope M., Lancaster, J., 1992, Community Health Nursing, Process and Practice for Promoting Health Third ed., Mosby-year Book Co., St.Louis. Medicine, 35, s97-s104.

Stark, M. A. et al, 2005, Caring for Self While Learning to Care for Others: A Challenge for Nursing Students, The Journal of Nursing Education, 44, s06, s266-s270.

Stephoe, A. et al, 2002, Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes Toward Health in European University Students From 13 Countries 1990-2000 Preventive.

Stock, C. et al, 2001, Gender-Specific Health Behaviors of German University Students Predict The İnterest in Campus Health Promotion, Health Promotion International, 16, s02, s145-s154.

Sung, R.Y.T. et al, 2001, Measurement of Body Fat Using Leg to Leg Bioimpedance, Archives of Disease in Childhood, 85, s03, s263-s267.

Tambağ, H. ve Turan, Z. 2012, Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14, s01, s46-s55.

Tanaka, S.H. et al, 1999, Change of Body Composition Over an Eight Year Period among Japanese University Students, The Journal of Nutrition, Health & Aging, 3, s03, s165-s168.

Tanner, E. K. 1991, Assessment of Health Promotive Lifestyle, Nursing Clinics of North America, 26, s04, s845-s853.

Tanner, J. M. and Whitehouse, R. H., 1975, Revised Standards for Triceps and Subscapular Skinfolde in British Children, Archives of Disease in Childhood, 50, s02, s142-s145.

Taşçı, E. vd, 2004, Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20, s01, s1-s10.

Tayar, M., Korkmaz, N.H., 2011, Beslenme Sağlıklı Yaşam, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, ISBN : 9786053950257, Ankara.

Tezcan, S. ve Yardım N., 2003, Türkiye'de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu, Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 51, s04, s390-s397.

Thompson, S.N. and Chambers Jr., 2000, J.W. African Self-Consciousness and Health-Promoting Behaviors among African American College Students, Journal of Black Psychology, 26, s03, s330-s345.

Tiryaki, K., 2013, Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tokgöz, E., 2002, Kadın öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tot, Ş. ve Yazıcı, A., 2004, Revalance of Smoking, Drinking and Illicit Drug use among Adolescents in Mersin, Turkey Comparison of Secondary School, High School and University Students, Yeni Symposium, 42, s02, s77-s81.

Troiano, R.P. et al, 2008, Physical Activity in the United States Measured by Accelerometer, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40, s01, s181-s188.

Tutar, H., 2011, *Kriz ve Stres Yönetimi*, Seçkin Yayıncılık, ISBN: 9789753477437, Ankara.

Udo, T. et al, 2014, Gender Differences in The Impact of Stressful Life Events on Changes in Body Mass Index, *Preventive Medicine*, 69, s49-s53.

Uğur, E., Baysaling, Ö., 2000, *Herkes İçin Spor / Vücut Geliştirme, Fitness ve Formda Kalma*, İlpress basım ve yayın, ISBN: 9758500000, İstanbul.

Ulla Díez, S.M. and Pérez Fortis, 2009, A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students, *Health Promotion International Oxford Journal*, 25, s01, s85-s93.

Ünalın, D. vd, 2007, Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 14, s02, s101-s109.

Van Heuvelen, M. J. et al, 1998, Physical Fitness Related to Age and Physical Activity in Older Persons, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, s03, s434-s44.

Vicente-Rodriguez, G. et al, 2007, Healthy Lifestyl by Nutrition in Adolesce. a New EU Funded Project Therapie, 62, s03, s259-s270.

Von Bothmer, M. I. K. and Fridlund, B., 2005, Gender Differences in Health Habits and in Motivation for A Healthy Lifestyle among Swedish University Students, *Nursing & Health Sciences*, 7, s02, s107-s118.

Wainwright, P. et al, 2000, Health Promotion and the Role of the School Nurse: a Systematic Review, *Journal of Advanced Nursing*, 32, s05, s1083-s1091.

Walker, S. N. et al, 1987, The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics, *Nursing Research*, 36, s02, s76-s80.

Walker, S.N. et al, 1988, Health Promoting Life Styles of Older Adults: Comparisons with Young and Middle–Aged Adults, Correlates and Patterns, *Advances in Nursing Science*, 11, s01, s76-s90.

Walker, S.N. and Hill- Polerecky, D.M., 1996, Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center.

Wang, D. et al, 2009, Healthpromoting Lifestyles of University Students in Mainland China, *BMC Public Health*, 9, s379.

Wang, J. et al, 2000, Anthropometry in Body Composition: An Overview *Annals of the New York Academy of Sciences*, 904, sMay, s317-s326.

Wei, C. N. et al, 2012, Assessment of Health-Promoting Lifestyle Profile in Japanese University Students, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 17, s03, s222-s227.

Wells, J.C.K. and Fewtrell, M.S., 2006, Measuring Body Composition, *Archives of Disease in Childhood*, 91, s07, s612-s617.

Wickelgren, I., 1998, Obesity: How Big a Problem?, *Science Magazine*, 280, s5368, s1364-s1367.

Wilmore, J. H. et al, 1986, Body composition: A round table, *The Physician and Sportsmedicine*, 14, s03, s144-s162.

World Health Organization ICD-10, 1992, Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO: Geneva.

World Health Organization(WHO) Health Promotion: A Discussion Document on The Concept and Principles Public Health Rev., 14, s245-s254, (1986).

World Health Organization, 1995, Physical status: The Use of And Interpretation of Anthropometry, Report of a WHO Expert Committee, Geneva.

Yalçinkaya, M. vd, 2007, Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, s06, s409-s420.

Yalçinkaya, M. vd., 2001, Beden Eğitimi Öğretmen Adaylarının Sağlığa Verdikleri Önem ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 17,s1-3, s55-s65.

Yetkin, A. ve Uzun Ö., 2000, Eğitimi Sağlıkla İlgili Olan ve Olmayan Yüksekokul Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, s02, s1-s10.

Yıldırım, N., 2005, Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yıldırım, S. ve Özcan, G., 2011, Lisanslı Olarak Takım Spor ve Bireysel Spor Yapan İle Spor Yapmayan Ortaöğretim Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, s23, s111-s135.

Yılmazel, G. vd, 2013, Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 12, s03, s261-s270.

Yorgancıoğlu, A. ve Esen, A., 2000, Sigara Bağımlılığı ve Hekimler, Toraks Dergisi, 1, s01, s90-s95 (2000).



Z. Koç, Z. vd. 2014, Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Journal Breast Health, 10, s166-s173.

Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç., 2004, Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20, s01, s71-s95.

Zhang, H. L. et al, 2002, Descriptive Study on The Health-Harmed Behaviors of The College Students, Lang Fang Shi Fan Xue Yuan Xue Bao, 18, s92-s94.

Zincir, H. vd, 2003, Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 14, s01, s77-s84.

## 7. EKLER

### Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

#### SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı (X) koyarak işaretleyiniz.

Volkan BOZLAR  
Kafkas Üniversitesi  
Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi

#### Kişisel Bilgi Formu

- 1) Yaşınız : 16-17 18-20 21-22 23-24 25 <
- 2) Boyunuz : .....
- 3) Kilonuz : .....
- 4) Cinsiyetiniz : Kadın Erkek
- 5) Bölümünüz : Beden Eğt. Sp. Öğrt. Spor Yön. Antrenörlük Eğt.  
Rekreasyon
- 6) Sınıfınız : 1 2 3 4
- 7) Nerede Oturuyorsunuz ?  
İl Merkezi İlçe Merkezi Kasaba Köy
- 8) Kaç Kardeşiniz? (siz hariç) :  
0 1 2 3 4 5+
- 9) Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz?  
Evet Hayır
- 10) Anne eğitim durumu  
Okur yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite   
Lisans üstü

**11) Baba eğitim durumu**

Okur yazar değil  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite

Lisans Üstü

**12) Aile gelir seviyesi?**

0-999 TL  1000-1999 TL arası  2000-2999 TL arası  3000-3999 TL  
 4000TL>

**Ek 2: Anket ölçeği**

<b>SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ</b>	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim				
2.Sağlığımla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3.Kendimi beğenirim.				
4.Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5.Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7.Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8.Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11.Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13.Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				

17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka doktorun görüşünü alırım.				
21.Geleceğe ümitle bakarım.				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23.Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25.insanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26.Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27.Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk.zaman ayırırım.				
28.Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29.Kendi başarılarımla övünürüm.				
30.Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31.Yakın arkadaşım ile birlikte zaman geçiririm.				
32.Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34.Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35.Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin)içeren öğünler planlarım.				
36.Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38.Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				

39.Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40.Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41.Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42.Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43.Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

### Ek 3: Anket Ölçeği İzin Belgesi

03.12.2015

Sayın Volkan Bozlar,

Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yaptığım “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ni çalışmanızda kullanacağınız için teşekkür ederim. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kaynak gösterirken lütfen aşağıdaki gibi gösteriniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

**Esin, M.N.** (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni*, (12):45: 87-96

Prof.Dr.M.Nihal ESİN

İstanbul Üniversitesi

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



**Ek-4: İzin Dilekçe Örneği**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**  
**BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Kafkas Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. “Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi” konulu tez çalışmamda yüksekokulunuz bünyesinde mevcut öğrenciler üzerinde uygulamayı planladığım anket çalışması için gerekli izin verilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

06.05.2015

Adres : Uzun sokak Eba çarşısı no:7 kat:2

Volkan BOZLAR

Trabzon

Telefon : 530 4639091

## 8.ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı: Volkan BOZLAR**

**Doğum Yeri: Trabzon**

**Doğum Tarihi: 09.08.1978**

**Medenî Hali: Evli**

**Yabancı Dili: 58.75**



### EĞİTİM BİLGİLERİ:

Düzy	Okul/Üniversite	Dönem
Lise	Trabzon Fatih Lisesi	1992-1995
Lisans	Marmara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	1996-2000
Yüksek	Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü	2013-2015
Lisans	İlköğretim Anabilim Dalı Sağlık Eğitimi Programı	

### İŞ DENEYİMİ:

Kuruluş/Yer	Görevi	Tarih
Acıbadem Doğuş Koleji	Yüzme Antrenörü	1996-2000
Star Sport Center	Fitness Antrenörü	1998-1999
Akilyona Sport Center	Fitness Antrenörü	1999-2000
Beşiktaş Kabataş lisesi	Öğretmenlik Stajı	1999-2000
İstanbul Hillside (Alkent 2000)	Yüzme Antrenörü	2000-2002
Avustralya (Sydney/Melbourne)	İngilizce Kurs	2007-2009

### SERTİFİKALAR

- 1. Kademe Yüzme Antrenör Belgesi
- Masör&Masöz Sertifikası
- Etkili İnsan Yönetimi Katılım Belgesi



## **YAYINLARI**

Yayımlanacak olan, T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Sağlık Eğitimi programında yapılmış, “Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezi

**e-mail:** volkanbozlar@hotmail.com

