T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SON SINIF LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Duygu ORTANCA

EDİRNE-2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde ve tezimin hazırlanmasında değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, katkılarından ve yardımlarından dolayı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, anabilim dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan canım aileme ve sevgili eşim Arif Ortanca'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

SAĞLIK KAVRAMI 3

SAĞLIĞI KORUMAK 5

SAĞLIĞI GELİŞTİRMEK 6

SAĞLIK ALGISI 15

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI 16

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ÖNEMİ 25

GEREÇ VE YÖNTEM 28

BULGULAR 32

TARTIŞMA 81

SONUÇ VE ÖNERİLER 101

ÖZET 103

SUMMARY 105

KAYNAKLAR 107

EKLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

PDT: Planlanmış Davranış Teorisi

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

SİM: Sağlık İnanç Modeli

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TTM: Transteoretik Model

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

WONCA: World Organization of National Colleges and Academies (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde geçerliliği olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1947'de yapılan sağlık tanımında ise sağlık; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık anlayışı zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Sağlığı anlama; bireyin sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve yönettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Eğer birey sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çaba göstermeyecektir (1).

Sağlığı algılama biçimi, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarının değerlendirmelerine dayanmaktadır. Bireyin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlar.

Her toplumun ortak hedefi sağlıklı bir toplum yapısına ulaşmaktır. Sağlıklı bir topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. DSÖ'nün 2002 yılı raporuna göre dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık yarısından 20 risk etmeni sorumludur. Her yıl meydana gelen ölümlerin üçte birinin nedeni bu risk etmenlerinden 10'udur. DSÖ'nün belirttiğine göre, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'ini, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %40-50'sini oluşturmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi için bu risk etmenlerinin bilinmesi ve bireylerin çocukluktan itibaren bu risk etmenlerinden korunması sağlanmalıdır (2).

Gençlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluştuğu bir dönemdir. Bu dönem, gencin tüm yaşamını etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsamaktadır. Böylece genç içinde yaşadığı toplumu etkiler ve o toplumun sorunlarından etkilenir. Bu durum üniversite yıllarında daha da önem kazanmaktadır. Gençliğin yaşamında üniversite yaşamı önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Gençler bu dönemde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanabilirler ya da hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek sağlıksız yaşam biçimi davranışlarını benimseyebilirler.

Geleceğin toplumunu oluşturacak genç nüfusun yaşam biçimi hem kendilerini hem de ülkenin kaynaklarını etkilemektedir. Toplumların sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin oranı ile ölçülmektedir. Bu nedenle gençler sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini kazanmaları yönünde desteklenmelidir. Bireylerin zararına olabilecek olumsuz yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerinde risk faktörlerinin bilinmesi ve bunlara yönelik önlem alınması gerekmektedir (3).

Bu çalışmamızın amacı Trakya Üniversitesi fakültelerinde son sınıf lisans öğrencilerinin sağlığı algılama biçimleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin kendi sağlık algıları ve bunları etkileyen faktörler belirlenecektir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları araştırılacaktır. Gelecekteki meslek gruplarının sağlığı algılama biçimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olup olmayacakları şimdiden tahmin edilmeye çalışılacaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK KAVRAMI

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren günümüze kadar insanların mutlu ve başarılı bir yaşam sürmelerinde sağlığın önemi büyüktür. İnsanoğlunun varoluşundan bu yana en çok üzerinde durduğu konu sağlık olmuştur (4). Sağlık tanımlanması zor olan kavramlardan biridir. Genelde herkesin kendine göre belirlediği bir sağlık kavramı mevcuttur. Sağlığın en yaygın kullanılan tanımını DSÖ yapmıştır. DSÖ'ye göre sağlığın tanımı, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olma halidir (5).

Sağlıklı bir toplum yapısına sahip olmak toplumların ortak hedefidir. Sağlıklı bir toplum yapısına ulaşmak için gelecek kuşaklarında sağlıklı olması gerekir. Sağlık çeşitli faktörler tarafından etkilenmektedir. Sağlığı etkileyen faktörler sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel ve biyolojik olarak sınıflandırılabilir (6). Sağlık kavramı bireylere, toplumlara, içinde yaşanılan zamana ve coğrafi bölgeye bağlı olarak değişiklik gösterir.

Sağlık bireysel, toplumsal ve çevresel değişikliklerle algılanan bir durum olması nedeniyle biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bilimlerin kendine özgü bakış açılarıyla araştırılır.

Biyolojik açıdan sağlık, vücudun her hücresinin en uygun düzeyde görev yapması ve her hücrenin diğerleri ile mükemmel uyumu arasındaki işlev yeteneğidir.

Psikolojik açıdan sağlık kişinin beklenmedik bir olayla karşı karşıya kaldığında hisleri, olumlu ve olumsuz tutumları ve verdiği tepkilerle çevresine gösterdiği uyum yeteneğidir. Sağlığın zihinsel açıdan göstergesi; kişinin mutluluk, doyum, huzursuzluk durumu ve gerçekleri doğru algılama, çevre hakimiyeti, içten olma ve sorun çözümleme yetenekleri olarak sıralanabilir.

Sağlık durumu negatif, nötral ve pozitif sağlık olmak üzere 3 grupta da değerlendirilebilir;

1-Negatif sağlık: Tedavi ve rehabilitasyon yapılmasına gerek duyulduğu sağlık durumudur. Sigara içme, alkol ya da madde kullanımı, kötü beslenme, tedaviye uyum güçlüğü, sağlığa hemen ya da zamanla zarar verecek negatif sağlık davranışları arasındadır.

2-Nötral sağlık: Herhangi bir hastalık durumunun olmadığı, dengeli sağlık durumudur. Sağlığı geliştirebilmek için önce negatif sağlık durumundan, nötral sağlık durumuna geçilmesi gerekmektedir.

3-Pozitif sağlık: Sağlığın geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artırılması ile ilişkili sağlık durumudur. Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini arttıran, potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade etmektedir (7).

Sağlığı daha iyi tanımlayabilmek için Larson'un "The Measurement of Health. Concepts and Indicators" adlı kitabında da belirttiği başlıca beş model bulunmaktadır. Bunlar;

1. Tıbbi Model: Bu modelde sağlık; hastalıkların yokluğu şeklinde basitçe ifade edilmiştir. Daha çok sağlık profesyonellerinin bakış açılarına göre tanımlanan bir modeldir. İşlevsel yeterliliği, morbidite ve mortaliteyi kapsamakta ve morbidite ve mortalite istatistiklerinin geliştirilmesinde, sağlığın negatif yönden tanımlanmasında etkilidir. Tıbbi modeldeki başka bir önemli öge ise hastalıkların gruplandırılmasıdır. Tıbbi model hastaların son zamanlardaki işlevselliğini ve sakatlık gibi durumlarını da kapsamaktadır (8,9).

2. Holistik Model: Sağlık kavramını bir insanın bütünüyle sağlıklı olması şeklinde ifade etmektedir. Bireylerin ve toplumların psikolojik, zihinsel, duygusal, sosyal, ruhsal ve çevresel yönlerini kapsar (10). Sağlığın pozitif yönünü ve iyilik halini öne çıkarmaktadır (9). Bu model DSÖ'nün tanımına en yakın modeldir.

3. İyilik Modeli: Bu modelde sağlığın tanımına mutluluk ve yaşam kalitesi de eklenmiştir. İyilik modeline göre yüksek iyilik hali, kişilerin fonksiyonlarını yerine getirirken yüksek bir potansiyele sahip olmalarını ve beden, akıl ve ruh bütünleşmesi oluşacak şekilde hareket etmelerini içermektedir (8,9).

4. Çevre Modeli: Bu model 20. yüzyılın sonlarında, sistem teorisinin ürün ve sonuçlarından biri şeklinde ifade edilmektedir. Sistem teorisi, bireylerin davranışlarını geniş bir çevre içinde incelemektedir (8,9). Kişisel sağlık üzerine sosyoekonomik durum, eğitim ve mutifaktöryel çevresel etkileri değerlendirmektedir (10). Sosyoekonomik koşullar ve çevre şartlarındaki iyileşmelerin kişilerin sağlık durumları üzerindeki olumlu bir takım etkilerinin bulunması çevre modelinin önemini artıran faktörlerdendir.

5. Eklektik Model: İhtiyaca ve sorunun niteliğine göre birçok sağlık modelinden faydalanan teknikleri harmanlayarak çalışan bir yaklaşımdır. Bu model diğer modellerden daha geniş kapsamlı bir modeldir. Şu an bu modeli ifade etmek güç olsa da gelecekte genişleyen tanımlamalar sayesinde bu durum değiştirilebilir (8).

SAĞLIĞI KORUMAK

Sağlığın korunması bireyin sağlığını bozacak davranış ve tutumlardan uzaklaşması, sağlığını daha yüksek bir seviyeye ulaştıracak davranışları benimsemesi olarak ifade edilebilir (11). Sağlık davranışı bireylerin sağlıklı olmak ve hastalıklara yakalanmamak adına gösterdiği davranışlara denir. Sağlıklı bireyler ve toplum yapısına ulaşmak için bu davranışların alışkanlık ve yaşam tarzı haline getirilmesi gerekir (12).

Koruyucu sağlık hizmetleri birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsamaktadır (13). Hastanın sağlıklı olması için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte sunulur. İlk kez 1986'da önce zarar verme ilkesinin versiyonu olarak dördüncül korumadan söz edilmiştir. Yeni bir terim olan dördüncül koruma WONCA Aile Hekimliği sözlüğünde 2003 yılında yayınlanmıştır (14) . Sağlık alanındaki gelişmelerde ilerleme kaydedildikçe sağlığı korumanın önemine daha iyi varılmış, kapsamı genişletilmiş ve 1978 yılında primordiyal koruma tanımlanmıştır (15).

1-Primordiyal Koruma: Hastalığa yol açabilen davranışsal, toplumsal veya çevresel risk etmenlerinin ortaya çıkmasını önlemek amacıyla alınacak tedbirler bütünüdür. Risk faktörlerini ortadan kaldırmak veya minimalize etmekle hastalıklarla en etkin mücadeleyi başlatır. Primordiyal koruma henüz risk grubu olmayan sağlıklı kişilere yönelik bireysel ve toplumsal eğitim programlarıyla uygulanır (15).

2-Birincil Koruma: İnsanların dayanıklılığını arttırarak hasta olmalarını önlemeyi amaçlar (16). Yaşam tarzı önerileri, çevrenin güvenli hale getirilmesi, temiz su ve havanın sağlanması, immün sisteminin güçlendirilmesi ve bazı enfeksiyöz ajanlara karşı özgül bağışıklığın sağlanması birincil korumayı oluşturan önlemlerdendir (17). Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsamaktadır.

3-İkincil Koruma: Kalıcı hasarlar oluşmadan hastalıkları ve semptomları erken tespit ederek gerekli tedavinin düzenlenebilmesidir (16). Bireyin sağlığı henüz bozulmadan, asemptomatik evredeyken erken tanı ve tedavi imkanlarıyla hastalığın ilerlemeden önlenmesi ve tedavi edilmesi anlamına gelir (17). Periyodik muayene ve tarama testleri ikincil korumayı içeren sağlık hizmetleridir.

4-Üçüncül Koruma: Üçüncül koruma hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastanın fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini koruma, yaşam süresini uzatma amacıyla yapılan faaliyetlerdir. Mevcut tedaviler ve rehabilitasyon yoluyla sorun ya da hastalığın ileride ortaya çıkabilecek olası komplikasyonlarını azaltmayı hedefler (14). Ortaya çıkan komplikasyonları en aza indirgeyecek şekilde hastalığın yönetilmesini sağlar (16). Diyabetikli hastalarda kan şekerinin kontrol altında tutulması ve komplikasyonların önlenmesi üçüncül korumayı örnek verilebilecek sağlık hizmetidir.

5-Dördüncül Koruma: Sağlık sistemi içerisinde gereksiz tetkik ve aşırı müdahalelerin önlenmesine yönelik sağlık aktivitelerini kapsamaktadır (17). Dördüncül koruma bireylere sağlık karmaşası içinde rehberlik ederken, aile hekimliğinin yapıtaşlarından olan savunuculuk ilkesiyle de benzer yönü bulunmaktadır. Bu sayede kişilerin fazladan tarama testleri ve tedavilerden korunması hedeflenmektedir (18).

SAĞLIĞI GELİŞTİRMEK

İnsanların temel haklarından birisi sağlıklı olmaktır. Bireyin iyilik halinin artmasını sağlamak sağlığın geliştirilmesiyle mümkün olur. 21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri sağlığı geliştirme kavramı üzerinde vurgu yapmaktadır. Bu hakkın devam ettirilmesi, korunması ve geliştirilmesini esas alan günümüz sağlık politikaları, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve sağlığını geliştirecek davranışları kazanması üzerinde durmaktadır (19). Sağlık bakım maliyetleri ve yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemleri, sağlık hizmetlerinin bu konuları dikkate alarak düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlığı geliştirme; sağlığı yükseltmeyi hedefleyen bilgi, tutum ve davranışların kazanılmasıyla karakterize bir süreci kapsamaktadır (20). Sağlığı geliştirme konusunda ilerleme sağlayabilmek için sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi gereklidir. Bireyler ve toplum ne kadar çok güçlü olursa sağlığın geliştirilmesindeki başarı da o kadar fazla olur (21).

DSÖ sağlığın geliştirilmesini bireylerin kendi sağlıkları üzerinde otokontrol sahibi olmaları ve sağlıklarını geliştirecek davranışları kazanmaları şeklinde tanımlamıştır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline ulaşmak için çevreyle başa çıkarak ya da değişerek, kişilerin veya toplumun isteklerini saptayarak, ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri olarak da ifade edilmektedir. Bununla birlikte bireylerin sağlıklı olmaları için sadece tedaviye odaklanmaları yerine, sağlık sorunlarının temeline inerek nedenlerini ele alıp önleyerek bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri

kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi adına iyi bir sağlık yönetimi, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı şehirlerin önemine vurgu yapılmıştır (22).

Sağlığın geliştirilmesi yalnızca hastalığı önlemekle ilgili bir kavram değildir. Sağlığın geliştirilmesi bireylerin uzun vadede yüksek standartlı bir yaşam için gösterdikleri davranışları niteler. Sağlığın geliştirilmesi bireylerin enerjisini yükseltir ve aynı zamanda da şiddet ve intihar gibi sosyal problemlerin görülme oranını azaltır (23).

Alma Ata Bildirgesi

1978 yılında Kazakistan'ın Alma Ata şehrinde Temel Sağlık Hizmetlerinin uluslararası konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta yayınlanan bildirgede Temel Sağlık Hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. 1973 yılında DSÖ, ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliğine dikkat çekerek, iyileştirilmesi için kararlar almış ve "herkese sağlık" hedeflerini belirlemiştir. Bildirge'de 2000 yılı sağlık düzeyi, bir hedef olarak belirlenmiş ve bu hedefe ulaşmanın anahtarının da temel sağlık hizmeti olduğuna dikkat çekilmiştir. Tüm ülkeler, temel sağlık hizmetlerinin başlatılması ve yürütülmesi için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma planları yapmaya bu amaç doğrultusunda iç ve dış kaynaklardan faydalanmaya çağrılmışlardır. Bu bildirge yayınlandıktan sonra ülkelerin sağlık düzeylerinde önemli gelişmeler elde edilmiştir (24).

Ottawa Şartı

17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında Kanada'nın Ottawa şehrinde, Uluslar arası Sağlığı Geliştirme Konferansı düzenlenmiştir. 2000 yılı ve sonrasında "Herkes İçin Sağlık" sloganına ulaşma faaliyetlerinin şartları üzerinde durulmuştur. Bu konferans sonucunda yayınlanan Ottawa Şartı'nda sağlığı geliştirme faaliyetinin birinci amacı sağlığı destekleyerek politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa faydalı olmasını sağlamaktır. İkinci amacı ise sağlık koşullarındaki eşitsizlikleri gidermek ve tüm insanlara eşit olanaklar ve kaynaklar sağlayacak şekilde sağlık hizmetini sunmaktır. Ottawa Şartı'nda belirtilen bir diğer amaç sağlığın geliştirilebilmesi için sağlık sektörü ve sağlık sektörü dışındaki diğer sektörleri ortak bir payda da birleştirmektir (25) .

Sağlığın geliştirilmesi ve en ideal sağlık için yapılması gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışları için birçok model oluşturulmuştur.

Sağlık İnanç Modeli

Amerika'da halk sağlığı araştırmacıları 1950'li yıllarda sağlık eğitiminin etkinliğini arttırmak amacıyla psikososyal bir model geliştirmeyi planlamışlardır. Araştırmacılar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi demografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu; ancak sağlık hizmetlerinin sunumu ücretsiz olsa dahi, düşük sosyoekonomik durumu olan bireylerin sağlık hizmetini daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu bulgular, koruyucu sağlık davranışı sergilemenin başka faktörlerin de etkisi altında olduğunu ortaya çıkarmıştır (26). Bu durumun nedenini açıklamak amacıyla 1966'da Sağlık İnanç Modeli (SİM) ilk kez kullanılabilecek hale getirilmiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda bu model genişletilmiştir (27). SİM, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri ve semptom yönetimini anlayabilmek için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan modeldir (28).

SİM, sağlık davranışlarının bireylerin sahip olduğu inanç, değer yargıları ve tutumlardan etkileneceğini belirtmektedir. Sorun olarak görülen inanç ve tutumlar tespit edilirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedaviler o kişiye özgü olarak daha uygun bir şekilde belirlenebilecektir (7). Bireylerin sağlıkla ilgili gösterdikleri davranışlar; sağlıklarına verdiği değer, hastalık ve hastalığın sonuçlarına ilişkin inançlarından etkilenmektedir. Kişiler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik hassas düşünüyorlarsa, eyleme geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını ön görürler. Harekete geçilmezse, engel algısı oluşturan faktörlerin külfetinden (maliyet, zaman, vs) daha ağır sonuçlar meydana gelebileceğine inanmaktadırlar. Daha somut bir örnekle ifade etmek gerekirse, kanser olma hassasiyeti olan birisi, kanserin kötü etkileriyle karşı karşıya kalmaktansa, zamansızlık, parasızlık, doktora ve sağlık kuruluşuna ulaşamama gibi önünde bulunan engelleri aşarak sağlık taramalarını yaptırmayı tercih edecektir.

SİM, bireylerin koruyucu davranışlara nasıl motive olduğunu, erken tanı imkanı bulmaları ve hastalıklarını kontrol altına almak için nasıl harekete geçtiklerini anlayabilmek için birkaç yöntem kullanır. SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine ilişkin yapılan çalışmalarda; ciddiyet, yarar, duyarlılık, engel algısı ve eyleme geçiricilerin SİM'in bileşenleri olduğu tespit edilmiştir. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan eklenmiştir (29).

Modele ait olan bileşenlerin özellikleri aşağıda açıklanmıştır;

Hassasiyet / Duyarlılık algısı: Bireysel risk veya duyarlılık kişilerin sağlıkla ilgili davranış göstermesinde oldukça önem arz eder. Birey kendisini ne kadar risk altında hissederse risk oluşturacak davranışını aynı oranda azaltacaktır. Meme kanseri olduğunu daha önceden

öğrenmiş bir kadının kendisine önerilen zamanlarda rutin kontrol ve testlerini aksatmaması bu duruma örnek verilebilir.

Ciddiyet/önemseme algısı: Bir hastalığın sonuçlarına ilişkin bireyde oluşan ciddiyetin nasıl algılandığıdır. Kişiler hastalıklarıyla ilgili genel anlamda bilgi sahibiyse algısı da buna bağlı olarak etkilenecektir. Örneğin sağlıklı bir insan grip olduğu zaman, belki izin alarak birkaç gün dinlenerek hastalığını atlatacaktır. Ancak, bir astım hastası grip olduğu zaman hastaneye yatarak tedavi edilmesi gerekebilir. Bu iki durum arasındaki fark kişideki ciddiyet algısını oluşturmaktadır (29).

Yarar algısı: Tedbirli davranışlarda bulunarak yarar elde etme anlamına gelir. Bir davranışı değiştirmek için harekete geçme isteği gelir ve tedbirli davranışın hastalığı etkili bir şekilde engelleyeceğine dair inancı gerektirmektedir. Örneğin, sigara kullanmanın kansere sebep olduğuna dair düşüncesi olmayan kişilerin sigarayı bırakmaları çok beklenen bir durum değildir. Çünkü onların sigarayı bırakarak hastalığın önleneceğine dair inançları yoktur (30).

Engel algısı: Birey tarafından olumlu ya da olumsuz sağlık davranışını sergilemede ve sürdürmede öne sürülen sebeplerden oluşmaktadır (31).

Eyleme Geçiriciler: Bireylerin harekete geçirilmesini sağlayan iç ya da dış kaynaklı uyaranlardır (31). Kişinin inancı tek başına bir kişiyi eyleme geçirmek için tetikleyici olmaz. Harekete geçmek bir davranışta bulunmanın sonucunda beklenen yararlarla, davranışla bağlantılı olarak kişisel engelleri bilinçli bir şekilde tartmayı gerektirmektedir (30).

Öz etkililik: Öz etkililik, bireyin bir davranışı eyleme geçirebileceğine ve gerçekleştirdiğinde başarılı olabileceğine dair inancıdır. Bireyin davranışı gerçekleştirebileceğine ve olumlu sonuç alacağına dair inancı onu güçlü bir biçimde motive etmektedir (29).

Planlanmış Davranış Teorisi (PDT) / Mantıklı Eylem Teorisi

Sağlık davranış belirleyicilerini anlama ve tahmin etmeye yönelik psikososyal bir yaklaşım olan Planlanmış Davranış Teorisi (PDT), yaygın olarak kullanılan bir tahmin yöntemidir. 1991 yılında geliştirilen tutumların davranışları nasıl etkilediği ile ilgili sosyopsikolojik yaklaşımı olan bir modeldir. PDT, 1977 yılında geliştirilen Mantıksal Davranış Teorisi'nin genişletilmiş halidir. Algılanan davranış kontrolünün bu teoriye dahil edilmesiyle, PDT oluşturulmuştur (32).

Planlanmış Davranış Teorisi, bir kişinin herhangi bir şeyi yapma niyetinde olup olmadığını anlamak için aşağıda yazılan bilgilere ihtiyaç olduğunu öngörür:

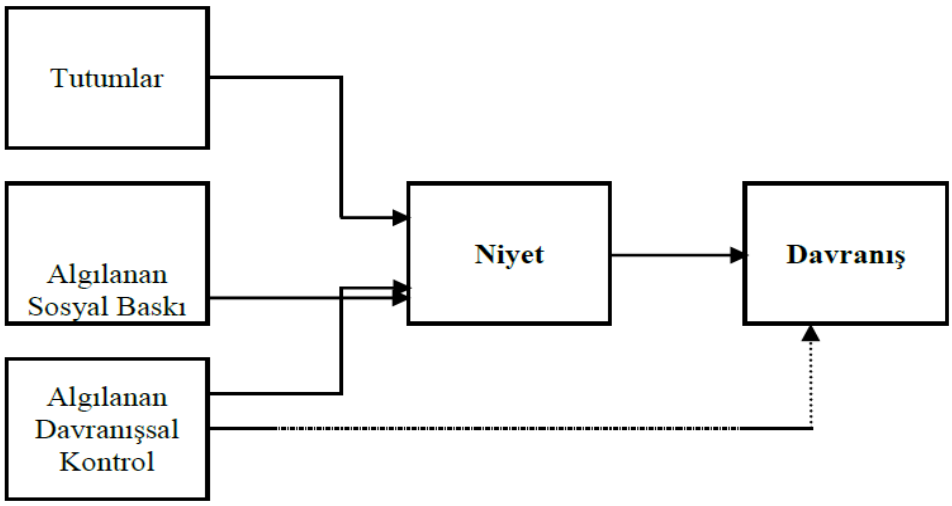
1.Bir kişinin, herhangi bir şeyi (örneğin; fiziksel egzersiz) yapmaya yönelik yaklaşımı nasıl? (“Tutum”)

2.Yapmak istediği şeyler için üzerinde ne kadar çevre baskısı var? (“Subjektif norm”)

3.Yapmayı istediği bu şeylerde (örneğin; fiziksel egzersiz yapmak) kendisini tam kontrol sahibi olduğunu düşünüyor mu? (“Algılanan davranış kontrolü”)

Bu üç belirleyici faktör (Tutum, subjektif norm, algılanan davranış kontrolü) üzerinde değişim yapmak, kişilerin harekete geçmek istedikleri konularda niyet etmelerini sağlar (30).

Planlanmış Davranış Teorisi; bireylerin bir davranışı gerçekleştirmelerinin ilk belirleyicisinin niyet olduğunu; kişilerin niyetlerinin algılanan sosyal baskı (sübjektif normlar), tutumlar ve algılanan davranışsal kontrol tarafından belirlendiğini açıklar (Şekil 1) (32).



Şekil 1. Planlanmış Davranış Teorisi Modeli (32)

Transteoretik Model

Transteoretik Model (TTM); 1982 yılında geliştirilmiştir. Sağlıksız davranışları bireylerde fark ettikleri anda sağlıklı davranış kazanana kadar geçirilen aşamalara odaklanan bütünleştirici ve biyopsikososyal bir modeldir (33). İlk olarak sigarayı bırakma programlarında bu model kullanılmıştır. Daha sonra fiziksel egzersiz yapma, güneşten korunma, diyetle alınan aşırı yağ miktarının azaltılması, ağırlık kontrolü, prezervatif kullanımı, mamografi taramasının desteklenmesi, ilaç kullanımının yaygınlaşması, stresle başa çıkma ve madde bağımlılığından kurtulma gibi geniş bir yelpazedeki problemli davranışın değiştirilmesinde başarıyla kullanılmaktadır (34).

Transteoretik Modeli diğer davranış değişikliği için kullanılan modellerden ayıran en önemli özelliği, davranış değişikliğinin bir süreç gerektirdiğini savunmasıdır. Belirli bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştiremediklerine bakarak bireyleri kategorize etmez, davranış değişikliği süreci zarfında geçirilen aşamalara göre sınıflandırma yapar (33).

Davranış değişimi TTM'de aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak ifade edilir. Bu model bireylerin kendi istekleriyle davranış değişikliği gerçekleştirmesine yardımcı olma ve değişim sürecini anlama üzerine odaklanır. Transteoretik Model sonuçların doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. İlerlemelerin kontrol edilmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir (34).

Sosyal Biliş Teorisi

Sağlık davranışının değerlendirilmesinde Sosyal Biliş Teorisi bireysel faktörlerin de ötesinde olarak çevresel ve sosyal etmenleri de dikkate almaktadır. Bilişsel süreçlerin çevresel ve sosyal etmenlerle etkileşimi sonucu davranış oluşmaktadır. Sosyal Biliş Teorisine göre insanlar, sadece tepkisel olarak yanıt veren organizmalar değildir. Bununla birlikte kendilerini, dahil oldukları gruplarını, bulundukları ortamı düzenleyebilen ve çevresinin özelliklerini yansıtan, kendi iç güçlerinden ve çevresel faktörlerden de etkilenen popülasyonu oluşturmaktadır. İnsanlar, dahil oldukları toplumsal sistemin hem üreticisi hem de ürünü konumunda oldukları için yaşadıkları sisteme uyum sağlamak amacıyla kendilerini değiştirir ve geliştirirler. Bireylerin davranışlarının değişmesi ve gelişmesi üzerinde çevresel faktörler ve bireyin yakın çevresi oldukça etkili olmaktadır (35).

Korunma Motivasyonu Teorisi

Bireylerde sağlığa tehdit eden bir unsura karşı korku oluşturmak amacıyla bireyi belirli bir davranışı sergilemeye yönelik güdüleyen bir teoridir. Sağlığı tehdit eden risk ve bu riskin sonuçları hakkında korku oluşturarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır. Televizyonlarda sıklıkla görmüş olduğumuz sigara içen ve içmeyen kişilerin akciğerlerinin görseli korku oluşturma çabasına örnek olarak gösterilebilir (35).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

1980 yılında geliştirilen model, 1987 ve 1996 yılında tekrar düzenlenmiştir. Bu model, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara rehber niteliğinde ve aynı zamanda sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı niteliğindedir (23). Modelin amacı; yaşam tarzına bağlı olarak

sağlığı geliştirme davranışlarının ögelerini açıklamak, bireyin tecrübelerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek unsurları değerlendirmek ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının belirlenmesinde sağlık çalışanlarına yardımcı olmaktır (36).

Bireyin kendi sağlığını geliştirmesi ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü sağlama gücünü elde etmesi sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmıştır (23). Bu model, sağlığı geliştirici unsurları ve öngörülen mekanizmalarıyla açıklamaktadır. Sağlığı geliştirici davranışların kazanılmasında ve devam ettirilmesinde sağlığın geliştirilmesi modelindeki bilişsel algılama faktörleri başlıca önemli ögelerdir (37). Tanımlanan modelde sağlıklı yaşam biçimi davranışları öz etkililik, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (38). Sağlığın geliştirilmesi teorisi, kişileri özgeçmişleriyle ve kendilerine yönelik sağlık algılarını anlamaya çalışarak bireyleri her yönüyle bir bütün olarak değerlendirir (23).

Sağlığı Geliştirme Modeli üç öğeden oluşmaktadır. Bunlar:

1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Bireysel özellikler; bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel özelliklerini kapsamaktadır. Deneyimler ise direkt ve indirekt etkiye sahip olarak davranışları belirleyen faktörlerdir. Geçmiş davranışlarda elde edilen başarı ve başarısızlık sonraki davranışı etkilemektedir (23).

2) Davranışa Özgü Kavramlar:

• Eylemin Algılanan Yararları: Birey bir sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini kavrar ise sağlık davranışını başlatmak ve sürdürmek için kolaylıkla karar verir. Eğer birey kilo vermeyi olumlu bir sağlık davranışı olarak düşünüyorsa, kilo kontrolüne yönelik öz yeterlilik algısı pozitif yönde etkilenecek ve bu davranışında başarılı olması sağlanacaktır (36).

• Eylemin Algılanan Engelleri: Bireyin yeni bir davranışı başlatmasında ve sürdürmesinde kendisinden kaynaklanan, psikolojik, sosyokültürel pek çok engel bulunabilir. Bir davranışa yönelik olumsuz duygular, davranışın geliştirilmesinde olumsuz yönde etkiye sahiptir. Bu olumsuzluklardan en çok karşılaşılanları; çabuk sıkılma, zaman ayıramama, bütçe yetersizliği, zor bir davranış olarak görülmesi, davranışın diğer bireyler tarafından uygulanmamasıdır (36).

• Algılanan Öz-Etkililik: Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmesinde veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözmesinde etkin olmasını sağlayan bir güçtür. Öz etkililik, bireyin belirli bir davranışı başarılı olarak yapmasına ilişkin kendi öz değerlendirmesi, inancı olarak ifade edilir. Kişide bir olay örgüsünün çözülebileceğine dair inanç varsa birey daha aktif ve daha etkili

davranır. Bu durum bireyin kendisine daha fazla güvendiğinin göstergesidir. Aynı zamanda algılanan öz-etkililik, bireyin olayları kontrol edebilme yeteneğini yansıtır. Öz etkililik seviyesinin düşük olması depresyon ve çaresizlik gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (39).

• Aktiviteye İlişkin Duygu Durumu: Daha önce yapılan benzer davranışta başarılı olmak ya da olmamak sonraki davranışı etkilemektedir. Davranışın başarılı bir şekilde yerine getirilmesinde direkt, öz etkililiği ise indirekt etkileyen, özgün bir davranış sonucu etkileri görülen, olumsuz ya da olumlu duygulardan oluşmaktadır. Davranışın bireyde uyandırdığı duygular, bireyin davranışının sürekliliğini etkilemektedir (36).

• Kişilerarası Etkiler: Bireyin çevresinde bulunan insanların davranışa yönelik düşünce, inanç ve tutumlarını içermektedir. Bireye, davranışından dolayı verilen destektir. Kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağı sosyal kurallar, sosyal destek ve model almadır (39).

• Durumsal Etkiler: Bireysel algılar ve ortamın şartları bir davranışın gerçekleştirilmesini kolaylaştırır ya da engel olur. Durumsal etkiler sağlık davranışını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Bireyin bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkiler. Kişinin ya da grubun tam bir iyilik haline ulaşabilmesi çevresiyle uyumlu yaşamasına, çevresini değiştirebilmesine, isteklerini belirleyebilmesine ve memnun olmasına bağlıdır (36,39,40).

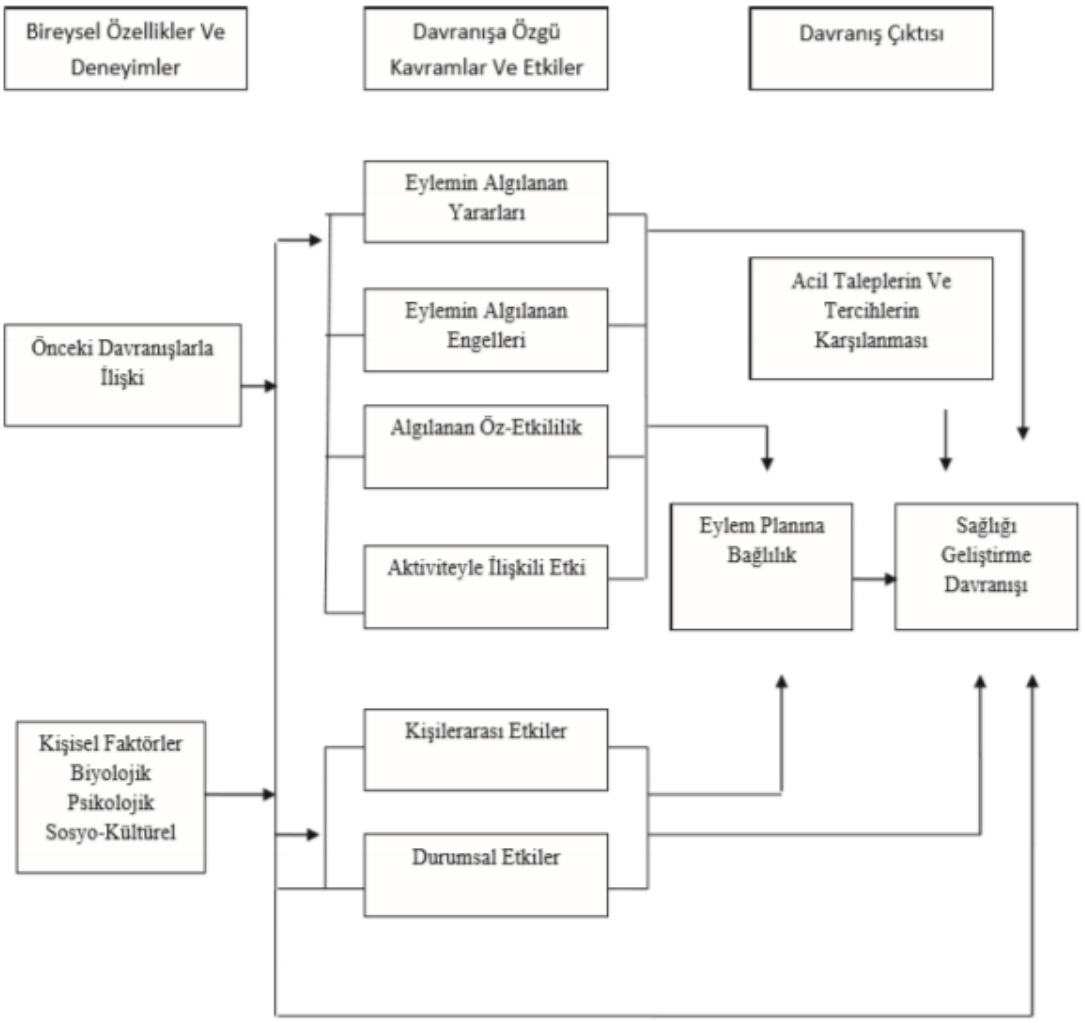
3) Davranış Çıktısı:

• Davranışa İlişkin Plan Yapma: Bu basamak bireyin hedeflenen sağlık davranışını sergilediği, harekete geçtiği bir basamaktır. Davranış üzerine plan yapma, tutumla ilgili bir olaydır. Önemli bir tercih nedeni ortaya çıkmadıkça bu yapılan plana bağlı kaldıkça, bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır (36).

• Acil, Birbiriyle Yarışan İstekler ve Tercihler: Çeşitli davranışlar içinde bireylerin kendi istekleri doğrultusunda tercihlerini kullanmasıdır. Planlanan davranış için bu alternatifler üzerinde düşünülerek "yarar ve engel" kavramları belirlenir. Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu anda hemen isteği karşılamaktır. Örneğin; kilo vermesi gereken bireyin acıktığı zamanlarda önceliğini oluşturan tokluk hissini sağlayabilmesi için o anda bulduğu her şeyi yemesi gibi. Kilo almamak için yemek miktarını azaltabilir fakat bu düşük kontrolü göstermektedir. Bununla birlikte bu birey yemek tercihlerini yaparken yağ oranı düşük, kalorisi düşük, lifli gıdalardan zengin, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana hakkını kullanırsa önceliklerini belirler ve sağlık davranışı üstünde yüksek kontrol sağlamış olur (36,39,40).

• Sağlığı Geliştirme Davranışı: Bireyin istenilen sağlık davranışını sergilemesi ve yaşam tarzı haline getirmesidir. İstenilen sağlık davranışının gösterilmesi ile sağlık daha çok geliştirilmiş ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanmış olur (39).

Sağlığı Geliştirme Modeli Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli (39)

SAĞLIK ALGISI

Bireyin kendi sağlığına yönelik kişisel düşünce, hisleri, önyargı ve beklentilerinin bileşkesi sağlık algısı olarak ifade edilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu düşüncelerinin olması iyi sağlık algısı; olumsuz düşüncelerinin olması ise kötü sağlık algısı olarak tanımlanır (41).

Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, sağlık sorumluluğunu ve sağlıklı olma davranışını etkileyebilmektedir. Bu bağlamda sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve devam ettirilmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişki içindedir (42). Kişinin sağlığının değerlendirilmesi olarak ifade edilen sağlık algısının ölçülmesi; sağlığın biyolojik boyutlarına yönelik değerlendirmeleri kapsadığı gibi algılanan iyi sağlık algısının, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğin ve ağrının değerlendirilmesini de kapsamaktadır (41).

Sağlık algısı değişken olup, zaman içinde bireyler arasında, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir (43). Sağlık algısı ve yönetimi, sağlık durumuna veya sağlıklı kalmak için yerine getirilen sağlık uygulamalarına bir bakış açısı geliştirir. Bireylerin kendi sağlık davranışlarını nasıl anladığının ve nasıl kontrol ettiğinin bilinmesi, bireylere yeni bir davranış kazandırmada oldukça önem arz eder. Sağlık problemi olduğunu algılayamıyorsa birey, sağlığını geliştirmek için gereken çabayı göstermeyecek, profesyonel sağlık çalışanlarının yardımını reddedecektir. Bu konuda yapılan birçok araştırmada, kötü sağlık algısı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düşük bulunmuştur ve bu nedenden dolayı sağlığı algılama şeklinin önemli olduğu ifade edilmektedir (1).

Sağlık algısı kişiden kişiye, toplumdan topluma, ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği gibi zaman içerisinde teknolojinin gelişmesi, psikolojik, sosyal ve kültürel yapıların etkisi, fiziksel çevrenin etkisiyle de değişmektedir. Öyle ki bireyin kırsal ya da kentsel hayat tarzını benimsemesi bile sağlık algısını etkileyebilmektedir (44).

Sağlık algısının sağlıklı beklenen yaşam süresiyle olan ilişkisi bireylerin günlük fiziksel aktivitesinden, işlevsel kısıtlıklarından, komorbid hastalıklarından, depresif duygu durumu gibi pek çok durumdan da etkilenmektedir (45).

Sağlık algısının değerlendirilmesinde objektif ve sübjektif bakış açısı kullanılabilecek uygun yöntemlerdir.

Subjektif olarak sağlık; kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan kendi sağlık durumunu nasıl algıladığıyla ilgili bir kavramdır. Buna göre birey kendini hasta olmadığı halde hasta, hasta olduğu halde sağlıklı olarak da algılayabilir (44).

Objektif olarak sağlık ise; Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan uygun fizik muayene ve tanı testlerine göre belirlenen veya şüphe edilen bir hastalığın veya herhangi bir patolojik durumun olmamasıdır. Bir bireye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (46).

Sağlık algısı, bireylerin sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı yaşam davranışlarına yer vermesine ve bu davranışların devamının sağlanmasında ve ayrıca sağlığın geliştirilmesi sürecinde direkt ilişkilidir.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Günümüzde sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecek ve geliştirecek davranışlar edinmesi ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması sağlık merkezli bakım yaklaşımının hedefidir (47,48).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), herhangi bir hastalığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu iyileştirmeyi hedefler. Günümüzde, birçok sağlık sorununun sağlıkla ilgili olumsuz tutum ve davranışlardan ve hareketsiz yaşamdan kaynaklandığı ifade edilmektedir (49). Toplumun büyük çoğunluğunun taranmasıyla yapılan araştırmalarda, hareketsiz bir yaşam biçimin insanlarda çeşitli kronik hastalıklara sebep olduğu bildirilmiştir (50,51).

Günümüzde bilim ve teknolojideki gelişmeler hayatımızda hızlı değişimleri ve ilerlemeleri getirmektedir. Bireylerde gelişen teknolojiyle beraber daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır.

Sağlıklı toplum yapısına sahip olmak her toplumun ortak bir amacıdır. Sağlıklı bir toplum yapısına ulaşmak için gelecek nesillerin sağlıklı olması gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimleri potansiyel olarak gözlemlenmeseler de sağlıklı bir yaşam sürmek amacıyla, stres faktörlerini azaltan ya da bireyin yapmaktan keyif aldığı davranışları hakkında bireyin bilgi ve tutumlarından etkilenen davranışlarını düzenleyen yönelimlerdir. Sağlıklı yaşam tarzı biçimleri, bireylerin kendi sağlık davranışlarıyla ilgili tercihlerinden ve bu tercihlerini çevreleyen sosyal, kültürel ve ekonomik güçlerden etkilenmektedir (52).

Fiziksel aktivite, diyet, sigara kullanımı ve stres gibi faktörlerinin günümüzde sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği bilinmektedir. Kanser, kalp hastalığı, tansiyon yüksekliği ve şeker hastalığı gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam tarzı

ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlık durumunun yaşam tarzı, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık yöntemi ile bağlantılı olduğunu göstermiştir (53).

Bireylerin sağlıklı olmaya yönelik duyarlılıklarının arttırılması ile birlikte kendi sağlıkları üzerinde daha kontrollü olmaları yaşam kalitelerini yükseltebilmekte, hastalıklara neden olabilecek olumsuz yaşam tarzlarını değiştirilebilmekte ve sonuç olarak bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılabilmektedir (54).

Sağlığı geliştirmenin bir komponenti olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları belirtilmiştir. Yaşam tarzı, sağlık davranışlarını gösteren bir kavram olduğundan dolayı, sağlık davranışları ile ilgili yapılan çalışmalar yaşam tarzı kavramı üzerinde durmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, beslenme, düzenli fiziksel aktivite, bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkileri ve stres yönetimini içermektedir (55).

Beslenme

Yaşamın en temel gereksinimi olan beslenme, anne karnındaki fetüsün sağlığından yaşlılık dönemindeki bireyin sağlığına kadar tüm yaş gruplarını etkileyen, önemli bir süreçtir. Beslenme, yalnızca fizyolojik gereksinimlerin değil, aynı zamanda bireylerin psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin de karşılanmasını sağlamaktadır.

Günümüzde üzerinde çok durulan en önemli konulardan biri beslenmedir. Beslenme; büyümede, gelişmede, hayatın devam ettirilmesinde ve sağlığın korunmasında yaşamın her anında sağlığın temelini oluşturmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel gelişim ve zihinsel gelişim üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (56).

İnsan vücudunun büyümesi, gelişmesi ve kendini yenilemesinde gereken enerjinin sağlanması için besinlerin her birinden yeterli ve dengeli miktarda alınması ve vücutta uygun bir şekilde kullanılması, yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlanabilir. Beslenme maddeleri vücudun ihtiyaç duyduğu düzeyde alınmaz ise vücutta gerekli enerji oluşturulamaz, vücuttaki dokular yenilenemez ve geliştirilemez bunun sonucunda yetersiz beslenme durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durumun tam tersi olarak birey, vücudu için gereken besin miktarından fazla tüketirse, vücudun gereksiniminden daha fazla besin ögelerini almış olur. Sonuçta gereken miktardan fazla alınan besinler insan vücudunda yağ şeklinde depo edildiğinden bireyin sağlığı açısından zararlıdır. Bu istenilmeyen durumun meydana gelmesi dengesiz beslenme olarak tanımlanmaktadır (57).

Hayatın tüm evrelerinde bedensel ve ruhsal açıdan sağlıklı olmak ve bunun devam ettirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme ile olur. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken evrelerinde kazanılır ve sosyokültürel yapıdan, ekonomik seviyeden, etkilenir. Beslenme süreci ne kadar doğru ve uygun olursa insan bedeninde o kadar çok olumlu etkileri olacaktır.

Bilimsel yayınlar bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana gelen erken ölümlerin önlenmesinde ve kontrol edilmesinde diyetin rolünün anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Diyet ve yaşam biçimindeki değişim sanayileşme, şehirleşme ve ekonomik gelişmelerle birlikte hız kazanmıştır. Son zamanlarda yaşam şartları iyileşirken gıda çeşitliliği ve bulunabilirliği arttı, hizmetlere daha rahat ulaşım imkanı sağlandı. Aynı zamanda uygunsuz diyetler, azalmış fiziksel aktivite, tütün kullanımının artması, diyet ile ilişkili kronik hastalıkları da beraberinde getirdi. Özellikle maddi imkanı kısıtlı olan insanlar arasında önemli kötü sonuçlara neden olmuştur. Diyet ve yaşam biçiminde bu değişimler nedeniyle kronik hastalıklar (obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme ve bazı kanser türleri) nedeniyle erken ölümler ve sakatlıklar önemli düzeyde artmıştır (58).

Sebze ve meyve tüketimi yeterli olduğu zaman kardiyovasküler hastalıklar, mide kanseri ve kolorektal kanser riskini azaltmaktadır. İnsanların çoğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından tavsiye edilen miktardan fazla tuz tüketmektedir; fazla miktarda tuz tüketimi, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların önemli risk faktörüdür. Fazla kilolu ya da obez olmak birçok hastalığın risk faktörüdür. Beden kitle indeksi (BKİ), kişinin beden ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine (BKİ=kg/m²) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendiren bir parametre olup vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. BKİ'ye göre yetişkin bireylerde zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması yapılabilmektedir (59).

Bu parametreye göre BKİ'nin;

<18,5 olması zayıf

18,5- 24,99 arasında olması normal

25,0- 29,99 arasında olması fazla kilolu

30,0- 34,99 arasında olması sınıf I obez

35,0- 39,99 arasında olması sınıf II obez

≥40,0 olması sınıf III morbid obez olarak değerlendirilmektedir (60).

Günümüzün en önemli beslenme sorunları arasında yer alan obezite gıdaların fazla ve dengesiz tüketimi sonucunda meydana gelen bir durumdur. Sanayi devriminin ve teknolojinin getirdiği yeni yaşam biçimiyle insanoğlu hareketsiz bir yaşam sürmeye başlamış, fazla ve

dengesiz beslenmeyle obezite giderek yaygınlaşmıştır. Obezitenin öncülük ettiği pek çok kronik hastalığın da temeli oluşturulmuştur (61).

Küresel Hastalık Yükü Obezite İşbirliği Grubu'nun 2015 yılı raporunda, dünyada obez nüfus 711,4 milyon (107,7 milyon çocuk ve 603,7 milyon yetişkin) saptanmıştır. Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji I (TURDEP-I) çalışmasında %22,3 (kadın %30, erkek %13) düzeylerinde obezite prevalansı saptanmıştır. Bu çalışmadan 12 yıl sonra yapılan TURDEP II çalışmasında ise obezite prevelansı %35,9 (kadın %44, erkek %27) bulunmuştur (62) .

Sağlıklı beslenmek için günde en az üç öğün besinlerden tüketilmesi ve öğünlerin atlanılmaması, kahvaltının düzenli bir şekilde yapılması, değişik tür gıdalardan gereksinim duyulan miktarda tüketilmesi, yiyeceklerin yavaş çiğnenmesi, günlük yağ tüketiminin azaltılması, sıvı yağların tercih edilmesi, günlük tuz ve şeker tüketiminin azaltılması, posalı besin maddelerinin tüketiminin arttırılması, günde en az 5 porsiyon sebze ya da meyve tüketilmesi ve bol su içilmesi tavsiye edilmektedir (63).

Fiziksel Aktivite

Sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürmenin şartı olan fiziksel aktivite "bireylerin farklı düzeyde enerji harcayarak kas ve iskelet sistemlerini harekete geçirmelerine yönelik yaptıkları aktiviteler" olarak adlandırılmaktadır (64).

Enerji harcanmasıyla sonuçlanan tüm beden hareketleri fiziksel etkinliktir. Günlük yaşamda kas ve eklemlerin kullanılması sonucu enerji harcanmasıyla gerçekleşen fiziksel hareket, kalp ve solunum hızını arttıran ve yorgunlukla sonuçlanan etkinlikler olarak ifade edilebilir (65).

Tüm vücudun hareket ettirilmesiyle gerçekleştirilen yürümek, yüzmek, koşmak gibi spor faaliyetlerinin yanı sıra ev işleri, alışveriş gibi günlük yapılan aktivitelerde fiziksel etkinlik olarak kabul edilmektedir. Fakat düzenli fiziksel aktivite için spor kıyafetlerin giyilmesi ve haftada en az 3 ile 5 gün en az 30 dakika egzersiz yapılması hedeflenmelidir. Hayatın her döneminde fiziksel aktivite yaşamın içinde olmalıdır. Çocukluk dönemi düzenli bir şekilde fiziksel etkinlik alışkanlığı kazanabilmek için en önemli dönemdir. Bundan dolayı ilkokul döneminden başlayarak çocuklara beden eğitiminin ve fiziksel aktivitenin önemini anlatılmalıdır (65).

Hareketsiz yaşam tarzı, insan sağlığı için büyük tehdit oluşturan ve teknolojinin gelişmesine bağlı olarak tüm insanların yaşamını etkileyen çağımızın en önemli

problemlerinden biridir. Teknolojideki gelişmeler ve yaşam koşullarının değişmesiyle birlikte bireyler hareketsiz yaşam biçimini benimsemişler ve bunun sonucunda sağlıksız toplum yapısının oluşmasına neden olmuşlardır. Bireylerin sahip oldukları bu olumsuz yaşam tarzını fiziksel aktivitelerle desteklemek bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktadır (66).

Teknolojideki gelişmeler her ne kadar hayatı kolaylaştırsa da uzun vadede hareketsiz bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Fiziksel hareketsizlik kronik hastalıkların risk faktörlerinden biridir. Dünya genelinde, ölüme yol açan risk faktörleri sıralamasında dördüncü sırada yer almaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığının %30'unun ana nedeninin fiziksel hareketsizlik olduğu düşünülmektedir. Obezitenin artmasına neden olan önemli faktör hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır. Fiziksel hareketsizlik ülkemizde, tüm nedenlere bağlı ölümlerin %15'inden sorumludur (67).

Tarihsel zaman içerisinde uzun bir dönem zorunlu fiziksel aktivitenin yer aldığı açlık ve tokluk döngüleriyle geçen bir hayat süren insanlar, endüstri devriminin getirdiği makinalaşmayla birlikte daha az hareketli bir yaşama sahip oldular. Bundan kısa bir zaman sonra teknolojik devrimle tanışmamız, günlük hayatımızın oldukça değişmesine neden oldu. Bilgisayar ve televizyon başında saatler geçiren, hemen her işini masa başında yapan, çevre koşulları ve yaşam tarzı ciddi düzeyde değişikliğe uğramış günümüz insanı, giderek hareketsiz bir yaşam sürmeye başladı (67).

DSÖ'nün raporlarına göre fiziksel hareketsizlik birçok ülkede hızlı bir şekilde yaygınlaşmaktadır. Kalp damar hastalıkları, obezite, kanser, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi birçok hastalığın artışına sebep olmaktadır. Fiziksel hareketsizlik, günümüz toplumunda birçok kronik hastalığın oluşumuna neden olan sessiz bir epidemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda hareketsizliğin, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, ağrı, depresyon, anksiyete gibi nedenlerle yapılan harcamaları artırdığı, işe gidilen gün sayısı ve iş performansında azalmaya neden olduğu da göz önünde bulundurulduğunda, dünya genelinde ciddi bir ekonomik yüke de neden olduğu görülmektedir. Hareketsiz yaşam tarzı ülkemizde de giderek yaygın hale gelmektedir. Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre ise kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'sinin yeterli fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir (67) .

Uzun zamandır fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkisine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Düzenli egzersizin fiziksel ve fonksiyonel kapasite üzerine olumlu etkisi

bulunmaktadır. Sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürülmesi, doğru ve düzenli egzersizin bir yaşam tarzı haline getirilmesiyle olur (68).

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini koruması için üzerine düşen görevi yerine getirmesidir. Bireylerin kendi sağlığını geliştirici ve koruyucu davranışlarını etkileyen etmenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanmak, beslenme alışkanlığı, kültür ve etnik kökendir (69). Sağlık sorumluluğu aynı zamanda bireyin kendi iyiliği için aktif olarak sorumluluğu olduğunu hissetmesidir. Kişilerin sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgi sahibi olması, gerekli olduğu zamanlarda profesyonel kişilerden yardım almasıdır (70).

Kişinin sağlığıyla ilgili alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Bedenini ve kendini tanıması, sağlıkla ilgili bir problem olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Belirli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, sağlık kontrollerinin sıklığına ve düzenli olmasına dikkat etmesi,
- Sağlık konularında kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili konularda tartışması,
- Sağlıkla ilgili yayınları düzenli takip etmesi,
- Sağlığını gözlemlemesi, iyi olduğunu anlaması,
- Sağlığıyla ilgili olağandışı değişiklikler olduğu zaman gereken önlemleri alması ile belirlenir (71).

Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında çok kuvvetli bir bağ vardır. Bireylerin kendi sağlığına yönelik sorumluluk alabilmesini sağlamak için bilgi ve sosyal desteğin sunulması önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü ile Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023 hedefinde bahsedilen öz bakımın geliştirilmesi için; bireylerin, kendi sağlığını koruma ve geliştirme konusunda sorumluluk sahibi olması ve sorumluluklarının gereklerini yerine getirebilmesi için kamuda destek ve kontrol sistemlerine kolayca ulaşabilen bireylerden oluşan bir topluma ulaşılması hedeflenmiştir (69).

Manevi Gelişim

Manevi gelişim iç kaynakların gelişimine odaklanır. Gelişme, kişinin yaşamdaki amaçları doğrultusunda çalışması ve iyilik durumuna yönelik gücünü en üst seviyeye çıkarmasıdır. İlişki kurma ve aşılma ile gelişme gerçekleşmektedir. İlişki kurma, bireyin evrenle ilişkide olması ve uyum içinde olduğunu hissetmesidir. Aşılma iç huzurun ortaya çıkarılmasını sağlar. Bireyin kim olduğu dışında ve yaptıkları dışında daha başka yeni deneyimler elde etmesini sağlar (72).

Psikologlara göre sağlıklı insan, kendi hisleri ve ihtiyaçları doğrultusunda hareket eden, kendinde fark ettiği özel yönleri ortaya çıkarmaya çalışan, bunu yaparken topluma aykırı düşmeyecek şekilde yapan kişidir. Kişilerin hayatta temel ihtiyaçlarının yanında sevilmek, beğenilmek, takdir edilmek, saygı görmek, bilgi edinmek gibi ihtiyaçları da vardır. Bunlar kişinin temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra gelişmesine katkıda bulunan ihtiyaçlardır (73).

Bireyin mutlu ve başarılı olmasının önünde engel teşkil eden, topluma yararlı olmasını kısıtlayan özellikleri; zayıf benliğe sahip olması, kendisine değer vermemesi, kendini sevilebilir görmemesi, kendi yeteneklerine ve karşısındakine güvenmemesi, kolay umutsuzluğa kapılması, sosyal ilişkilerde uyum sağlayamaması, çabuk etkilenmesi, başkalarına bağımlılık hissi, sık sık utanç ve suçluluk duygularına kapılması gibi kişilik özellikleridir. Kendini gerçekleştirme sürecindeki bireyler, kendileriyle ve dış dünyayla ilgili bilgiler edinme, kendilerinde ve çevrelerinde gözlemlediklerini daha iyi anlayabilme ihtiyacı hissederler (74).

Bazı çalışmalarda manevi gelişim ile bedensel ve ruhsal sağlık durumu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda kişilerin maneviyatının hastalıkların iyileşmesine olumlu katkı yaptığı ve sağlığı iyi anlamda etkilediği gösterilmiştir. Kişilerin bedensel açıdan iyi olması kadar manevi anlamda da kuvvetli olması sağlığın geliştirilmesine katkı sağlar (75).

Manevi gelişimin kişilerde sağlık üzerine olumlu etkisinin olduğu durumlar; bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamalarını sağlama, hastalıklarla mücadele etme becerisi kazanma, değişime uyum sağlama, hastaların yeniden sağlıklarına kavuşma gücünde ve umudunda artış hissetmeleri şeklinde sıralanabilir (75).

Kişilerarası İlişkiler

Günlük konuşma dilinde çoğunlukla ilişki, etkileşim ve iletişim kavramları birbirinin yerine geçecek biçimde kullanılmaktadır. İlişki kavramı daha genel bir ifade şekli olarak

iletişim ve etkileşim kavramlarını da kapsamaktadır. İletişim olmadan ne etkileşim ne de ilişki oluşur. Bu nedenle ilişkilerin en küçük birimi iletişimdir (76).

Kişilerarası ilişkiler, kişilerin karşılıklı olarak birbirlerinden etkilendikleri süreci kapsamaktadır. Kişilerin durum ve bireylere yönelik algıları, yorumları ve değerlendirmeleri ilişkilerin başlaması, gelişmesi ve devam etmesinde önemli bir rol oynar. Bireyin kişilere yükledikleri anlam ve önemli görülen kişilerin bireye sunduğu imkanlar çerçevesinde kişiler arası ilişkiler oluşmaktadır. Bu ilişkiler; bireyin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geri bildirimler sayesinde güçlü ve zayıf yönlerini anlamasını ve yaşamının zenginleşmesini sağlar. Fakat bireyin kişilerarası ilişkilerle fazla uğraşması, kendisine ayırdığı zamanın azalmasına, diğer sosyal ilişkilerinin azalmasına ve ilişkinin sonlanmasında kırgınlık, mutsuzluk gibi olumsuz hislerin yaşanmasına neden olabilmektedir (77).

Bireyin doğuştan var olan bir şekilde çevresine ilgisi vardır. Toplumsal ortam içinde çevreye olan ilgi ortaya çıkmaktadır. Küçük yaşlardan itibaren çevredeki insanlara gösterilen sevgi ve yakınlık ilerleyen yıllarda etkileşim, paylaşım ve yardım gibi tutumlarla daha anlamlı hale gelmektedir. Zaman geçtikçe sosyal alanlarda kendini daha fazla geliştiren bireyde kişiler arası ilişkileri geliştirme ve bu ilişkilerinde kabul görme isteği söz konusu olmaktadır. Yakın ilişkiler geliştirme ve bu ilişkilerde istenilen biri olma arzusu bireyin bütün hayatı boyunca gerçekleştirmek istediği en önemli durumlardan biridir. Kişilerarası ilişkilerinde başarılı olamayan kişiler problemlerle başa çıkmada yetersiz, kendilerine ve diğer insanlara daha az güvenen, yüksek derecede stres yaşayan bireylerdir. Etkili iletişim becerilerine sahip kişilerin sorunlarla daha etkin başa çıkabildikleri, daha özgüvenli, olaylar karşısında daha objektif davranabildikleri ve çözüm odaklı düşünen bireyler oldukları görülmektedir. Kişilerarası ilişkilerinde başarısız bireylerin ise sorunlarla başa çıkmada yetersiz oldukları, kendilerine ve diğer insanlara daha az güvendikleri, aşırı derecede kaygı yaşadıkları görülmektedir (78).

Stres Yönetimi

Latince "*estrictia*" dan stres kelimesi meydana gelmektedir. Objelere, kişilere ve ruhsal yapıya yönelik olarak 17. yüzyılda stres sözcüğü felaket, bela, musibet, dert, gibi anlamlarda kullanılırken; 18. ve 19. yüzyıllarda ise, güç, baskı gibi anlamlarda kullanılmıştır.

Stres, modern toplumun hastalığı olarak görülse de aslında günlük hayatın bir parçasıdır. Günümüzde insanların çoğu, farkında olmasa bile yoğun bir stres yükü taşımaktadır. Yaşamdaki iyi ya da kötü olan zihinsel değişiklikler, stresli durumlardır. Günlük rutindeki değişikliğe neden olan herhangi bir şey, stres verici olarak kabul edilmektedir. Vücut sağlığını

etkileyen değişiklikler de strese yol açar. Zihinsel değişiklikler de, somut değişiklikler kadar strese neden olmaktadır. Günlük yaşamda tanık olunan iddialar, yorumlar, anlaşmazlıklar ve çatışmalar da stres yaşanmasına yol açmaktadır (79).

Stresin farklı koşullarda, insanlar için çok farklı anlamları olmuştur. Stres, bedene yüklenilen herhangi bir talebe karşı vücudun tepkisi olarak tanımlanmıştır (80). Cüceloğlu (81) ise stresi, bireyin sosyal çevredeki uygun olmayan koşullardan dolayı, bedensel ve zihinsel sınırlarının ötesinde harcadığı gayret olarak ifade etmiştir (81).

Stres ile ilgili yapılan araştırmalarda stresin insan vücudundaki hücrelere zarar verdiği ve de erken yaşlanmaya neden olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bazı araştırmacılar stresi olumlu ve olumsuz stres olarak incelemişlerdir. İnsana faydalı olabilecek düzeydeki stresi "olumlu stres", insan organizmasını yıpratan stresi ise "olumsuz stres" olarak ifade etmişlerdir (82).

Dış çevre kaynaklı stres kaynakları da dünyada ve ülkemizde yaşanan sosyokültürel, teknolojik ve yaşam standartlarında meydana gelen değişimlerin birey üzerinde yarattığı baskı unsurlarıdır. Dünyada var olan her canlı gibi insan da doğar, büyür ve belli bir yaşam sürecini tamamlayarak ölür. Doğumundan ölümüne kadar çeşitli gereksinimlerinin farkında olan birey, zorluklarla başa çıkabilmek için yaşam mücadelesi vermektedir. Bireyin yaşam mücadelesinde karşılaştığı zorluklar, hayata daha sıkı tutunmasını sağlamak için hemen pes etmemesini ve onlarla mücadele etmesini gerektirmektedir. Her bireyin karşılaştığı stres kaynakları aile yaşamı, iş yaşamı ve sosyal yaşam ortamı birbirinden bağımsız ve farklıdır (82).

Stres kaynakları fiziksel, psikososyal ve psikolojik olarak üç grupta toplanabilir. Olumsuz çevre koşulları, kalabalık, gürültü, doğal afetler, travmalar ve hastalıklar gibi kişinin içinde ve dışında olan faktörler fiziksel stres uyaranlarıdır. Bireylerin bulunduğu sosyal çevre ve o çevrenin beklentileri, değer yargılarının kaybı, inançları, geçmiş yaşantıları ve sosyal hayatından kaynaklanan rollerle ilişkili yaşam amaçlarının olmaması gibi faktörler psiko-sosyal stres uyaranlarıdır. Bireyin algıladığı tehlike ile ilgili duygu, düşünce ve endişeleri, sahip olduğu kişilik yapısı, algısal özellikler, düşünce tarzları gibi daha öznel uyaranlar psikolojik stres uyaranlarıdır (83).

Stres altındaki kişiler baş ağrısı, çarpıntı, mide krampları, kolay sinirlenme ve öfkelenme, unutkanlık, karar verme yeteneğinde bozulma, olumsuzluklara odaklanma, uykusuzluk, uyku düzeninde bozulma, çok fazla içki ve sigara içme, madde bağımlılığına yönelme gibi belirtiler gösterebilirler (84).

Bireyin stresle başa çıkma biçimlerini tanımlayan farklı yaklaşımlar mevcuttur. Stresle başa çıkma yöntemleri, problem odaklı ve duygu odaklı olarak iki grup altında toplanmıştır. Tehdit edici olayı ortadan kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik yaklaşımlar problem odaklı başa çıkma yöntemidir. Duygu odaklı başa çıkma strese karşı olumsuz hisleri azaltmaya yönelik çabalardır. Duygu odaklı başa çıkma yöntemini kullanan bireyler stres faktörleri ile mücadele etmek yerine, bu faktörlerin etkisini azaltmak için durumun gerçekliğini inkar, sorundan uzaklaşma ve yaşadığı olumsuz hisleri sosyal çevresi ile paylaşma gibi faaliyetleri içerir (85).

Stresle etkili bir şekilde başa çıkmak için meditasyon, nefes egzersizleri ve hayal gücünü kullanma yöntemini içeren gevşeme teknikleri, düzenli spor, dengeli ve sağlıklı beslenme, problem çözme becerileri geliştirme, alternatif yeni düşünceler geliştirme, etkili iletişim kurabilme, davranışsal olarak kendini kontrol etme ve zamanı etkin bir biçimde kullanma gibi yöntem ve tekniklerden de faydalanılabilmektedir (86). Stres bireysel bir durum olduğundan dolayı, stresle başa çıkmada herkes için en iyi olan ortak bir çözüm yolu yoktur. Bu nedenle, birey kendi kişilik yapısına uygun olan stresle başa çıkma yöntemini bulup kendi stresini yönetmelidir (87).

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ÖNEMİ

Birey ve toplum açısından en dinamik dönem gençlik dönemidir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluşması süreci gençlik dönemidir. Bu süreç, genç bireyin tüm hayatına şekil verecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini içermektedir. Bu şekilde genç birey içinde bulunduğu toplumu etkiler ve aynı zamanda o toplumun problemlerinden etkilenir, toplumsal olaylara etkin olarak katılır. Bu durum üniversite yıllarına rastlayan dönemde daha da önem kazanmaktadır (1).

Akademik, idari ve insan ilişkilerinin yoğun olduğu üniversite hayatı karmaşık bir süreçtir. Bu alandaki öğretim elemanları, yöneticiler, idari personel ve öğrenciler gibi farklı görevleri olan bireyler etkileşim halinde bulunmaktadır. Öğrencilerin eğitimsel, toplumsal ve bireysel yaşamlarında üniversitede geçirilen zaman dilimi önemli değişimler oluşturan yıllardır.

Birçok alanda üniversite öğrencilerinin stres yaşadığı bilinmektedir. Ders seçimi, sınav endişesi, rekabet, öğretim üyeleri ve sınıf arkadaşlarıyla olan ilişkiler, derslerin zorluk derecesi, akademik işler ve kişisel ihtiyaçları karşılamada yaşanan zorluklar bu stres kaynaklarından bazılarıdır. Üniversite hayatı genel olarak kaygı ve stres üreten bir ortam özelliğini taşımaktadır.

Genel olarak üniversite öğrencisinin birey olarak sıkıntıları, kendini geliştirme problemi vardır. Çocukluktan erişkinliğe geçme döneminin sorunlarını yaşamaktadır. Bu sorunların üstesinden gelmek için öğrenciler, kişiliklerini bulma, toplum ve çocukluk döneminin değerlerinden ulusal ve evrensel değerlere ulaşma, onları benimseme, toplum değerlerine uyum sağlama ve sosyal olgunluğa ulaşma durumundadır (88).

Öğrencilerinin büyük bir çoğunluğu ailelerinden ayrı olarak başka bir şehirde öğrenimlerini sürdürmek zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla üniversite öğrencileri yeni bir ortamda tanımadıkları kişilerle ilişki kurma, barınma, beslenme, ekonomik zorlukların üstesinden gelme, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını karşılama, toplumsal baskılar ve gençliğin kendine özgü problemleri gibi sorunlarla uğraşmaktadır (88).

Gençlerin hayatında üniversite dönemi önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bir taraftan; aileden ilk ayrılış, yeni eğitim ortamı ve yeni hayata geçiş sürecinde uyum zorlukları olumsuz davranışlara neden olabilmektedir. Diğer taraftan, öğrencilerde mesleki eğitim dışında kişisel yaşamda ve sağlık davranışlarında da değişimlere sebep olmaktadır. Üniversite öğrencilerindeki bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar açısından önemlidir. Bu yıllarda gençler, sağlıklarını geliştiren davranışları benimseyebilir ya da hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan olumsuz davranışları kazanabilirler. Gençlerin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları bireysel olarak kendisine, genel olarak ailesine ve topluma tesir etmektedir (1).

Üniversite öğrencileri, biyopsikososyal gelişim süreçlerine göre genç erişkinlik döneminde bulunmaktadır. Ergenlik dönemi sonrası kimlik arayışının başladığı, bireysel ve toplumsal sorumluluğun geliştiği bir zaman dilimidir. Bu yıllarda sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz yapma, etkili iletişim ve stresle baş etme yöntemleri gibi geliştirilmesi gereken yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ileri yaştaki bireylere göre daha kolaydır. Bireylerin akademik başarısı, fizyolojik ve ruhsal sağlığı üzerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli etkisi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olan bireylerin kaygı ve depresyon gibi psikolojik sağlık problemlerinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklardan da korunmada önemli etkisi olduğu görülmektedir (89).

Üniversite öğrencilerinin yaşam tarzı ve sağlık algıları hem kendilerini hem de ülkenin kaynaklarını etkileyecektir. Toplumların sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin oranı ile ölçülür. Bu nedenle gençlerin sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini kazanmaları ya da hem kendilerinin hem de başkalarının zararına olabilecek olumsuz yaşam biçimi davranışlarını

benimsemelerinde risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli proje ve programların geliştirilmesi önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, 1 Ocak– 15 Mart 2020 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi'nde, Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Kırkpınar Spor Bilimleri Fakültesi, İlahiyat Fakültesinde öğrenim gören son sınıf lisans öğrencileri dahil edildi.

Etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı fakülte dekanlıklarından ayrı ayrı izin alındı. Katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmaya katılanların kimlik bilgileri alınmadı. Çalışmaya katılacak olan kişiler sözel olarak bilgilendirildi ve onayları alındı.

Edirne il merkezinde Trakya Üniversitesi fakültelerinde son sınıf lisans öğrencisi olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak çalışmaya dahil etme kriterleri olarak belirlendi.

Trakya Üniversitesi fakültelerinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında, lisans programlarında öğrenim gören toplam 8011 son sınıf öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına dayanarak, tarafımızca mevcut literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formunun doldurulması istendi. Rastgele örneklem ile seçilen 1250 son sınıf lisans öğrencisinden geri dönüş alındı.

Anket içerisinde, katılımcıların, sosyodemografik özelliklerine yönelik 26 soruya ek olarak katılımcıların sağlık algısını belirlemek için 15 sorudan oluşan Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II ankete dahil edildi.

Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve ark. (90) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir (90). Kadıoğlu ve ark. (91)tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında hemşirelik öğrencilerinde Cronbach Alpha katsayısı 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olup her iki grupta da güvenirlik derecesinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach Alpha değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişirken (Kontrol merkezi 0,76; Öz farkındalık 0,63; Kesinlik 0,71; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Öz farkındalık 0,53; Kesinlik 0,73; Sağlığın önemi 0,54) arasında değiştiği gözlemlenmiştir (91).

Ölçeğin 15 maddesi "Kontrol merkezi", "Öz farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın önemi" alt başlıklı dört alt faktörü bulunmaktadır. Ölçeğin cevaplama süresi 5-7 dakika olup cevaplayıcılar her bir maddeye "Çok katılıyorum (5)", "Katılıyorum (4)", "Kararsızım (3)", "Katılmıyorum (2)", "Hiç katılmıyorum (1)'' seçeneklerinden birini seçerek cevaplandırmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "çok katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "katılmıyorum= 2", "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir (91). Sağlık Algısı Ölçeği alt ölçek puanları ve soru sayısının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Algısı Ölçeği alt ölçek puanları ve soru sayıları

SAÖ Alt Ölçek Grupları	Soru Sayısı	Soru Numaraları	Puan Aralığı
Sağlığın Önemi	3	1, 9, 11	3-15
Kontrol Merkezi	5	2, 3, 4, 12, 13	5-25
Öz Farkındalık	3	5, 10, 14	3-15
Kesinlik	4	6, 7, 8, 15	4-20
Toplam	15	1-15	15-75

Sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığını ne kadar düşündüğü ile ilgili sorular vardır: 1., 9. ve 11. sorulardır.

Kontrol merkezi alt boyutu bireyin sağlığını kontrolü konusunda kendini merkezde görüp görmediğini, kişinin sağlığını şans, kader gibi dış faktörlere veya inançlara bağlayıp bağlamadığını ölçmeye yöneliktir: 2., 3., 4., 12. ve 13. soruları içerir ve olumsuz tutumu ifade eder, ters puanlanır.

Öz farkındalık alt boyutunda bireyin fiziksel egzersiz, doğru beslenme ile sağlıklı olmasının kendi elinde olup olmadığı konusunda sorulara yer verilmektedir: 5., 10. ve 14. sorulardır ve olumlu ifadelerdir.

Kesinlik alt boyutunda ise bireyin sağlıklı olmak için yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığı hakkında sorulara yer verilmektedir: 6., 7., 8. ve 15. sorulardır ve olumsuz ifadeler olduğu için ters puanlanır (91).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

1987 yılında Walker (92) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar düzenlenmiş ve SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden meydana gelmiştir. 1998'de Akça (93) tarafından ölçeğin 52 maddelik ikinci versiyonu kullanılarak Türkiye'de geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır.

SYBDÖ, dörtlü likert'e göre yapılmış olup yanıtlara "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin altı alt grubu vardır. Alt grupları; Manevi Gelişim, Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler ve Stres Yönetimidir. Sağlık Sorumluluğu 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51; Fiziksel Aktivite 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46; Beslenme 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50; Manevi Gelişim 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52; Kişilerarası İlişkiler 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49; Stres Yönetimi 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 numaralı sorulardan oluşmaktadır.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği, bireyin kendi iyilik hali için sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına dikkat etmesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli durumlarda profesyonel bir yardım almasıdır.

Fiziksel aktivite alt ölçeği, hafif, orta ve ağır egzersizlerin düzenli olarak uygulamasını kapsamaktadır. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yapılmalıdır.

Beslenme alt ölçeği, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Manevi gelişim alt ölçeği, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, bireyin gücünü iyilik durumuna yönelik en üst düzeye çıkarmasıdır. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını oluşturur. İlişki kurma, evrenle uyum içinde olduğunu hissetmedir.

Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği, başkaları ile olan ilişkileri kapsar. Nedensel gereklilikler dışında anlamlı ilişkiler kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmaktır.

Stres yönetimi alt ölçeği, gerilimi azaltmak ya da kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyerek harekete geçebilmesidir.

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008'de Bahar ve ark. (72) tarafından da yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel aktivite 0,79, beslenme 0,68, manevi gelişim 0,79, kişilerarası ilişkiler 0,80, stres yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır.

Walker (92) tarafından geliştirilen ve orijinal dili İngilizce olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II 'nin geçerlik ve güvenirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunduğu için Türk toplumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmede kullanılması uygun bulunmuştur (72) .

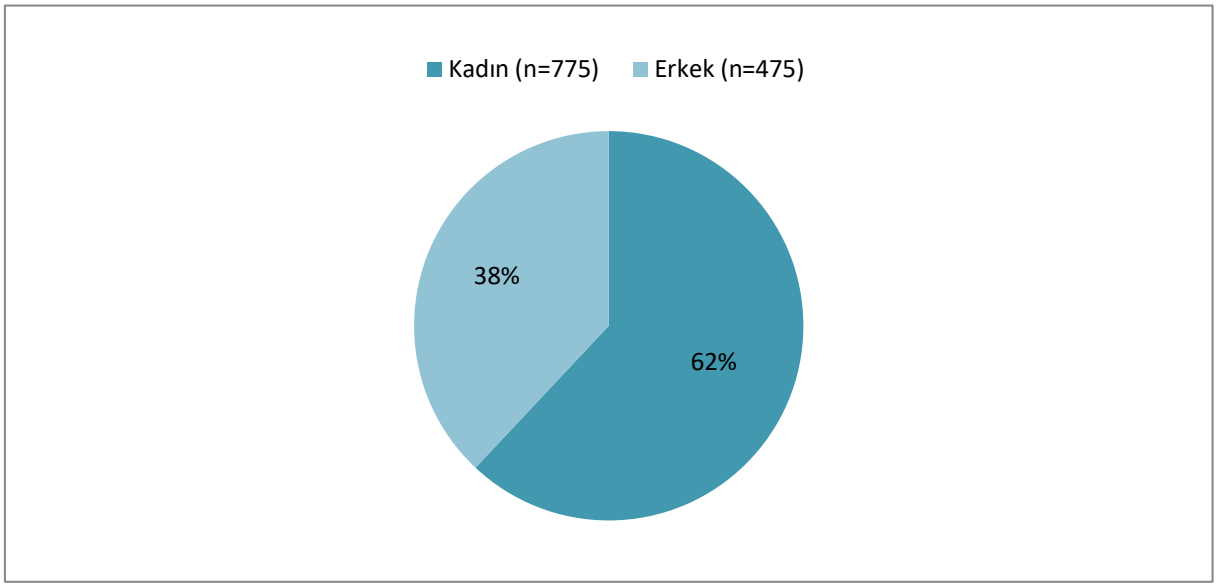
Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için SPSS 24.0 paket programı kullanıldı. Veriler normal dağılıma uymadığından nonparametrik testler kullanıldı. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve Sperman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi ($p \leq 0,05$ olduğunda anlamlı, $p > 0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi).

BULGULAR

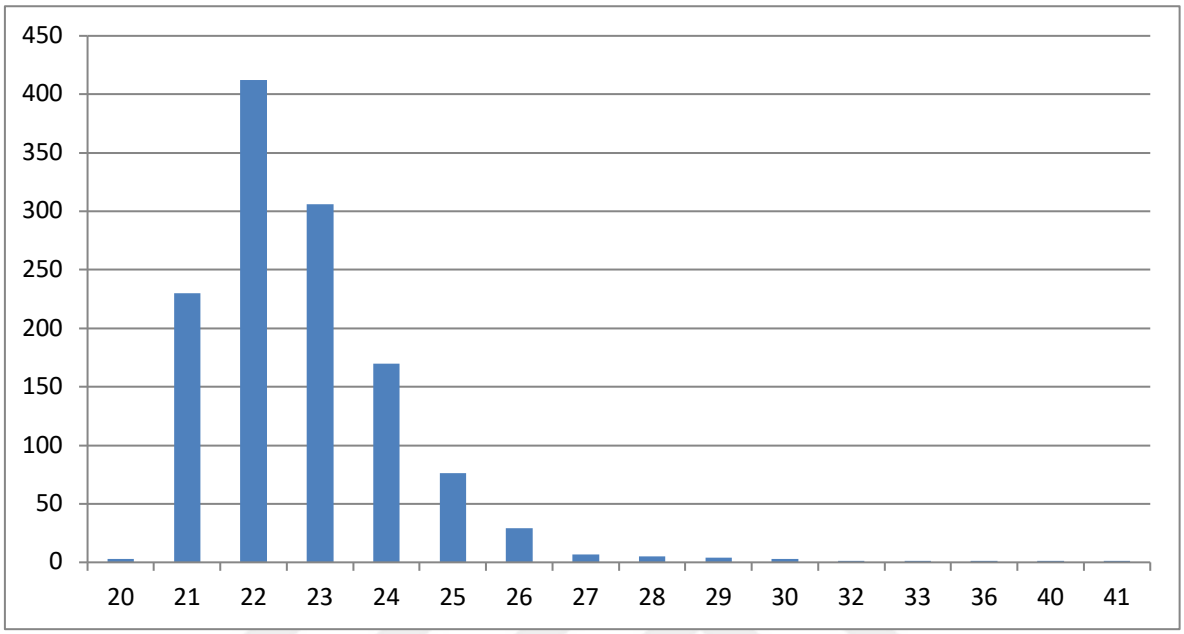
Çalışmamız 2019-2020 eğitim öğretim yılında Ocak 2020–Mart 2020 tarihleri arasında Edirne il merkezinde Trakya Üniversitesi fakültelerinde öğrenim gören son sınıf lisans öğrencilerine, tarafımızca hazırlanan anket formlarının dağıtılması ile yapıldı. 1250 katılımcı çalışmaya dahil edildi.

Çalışmamıza katılanların 775'i (%62) kadın, 475'i (%38) erkekti. Katılımcıların cinsiyet dağılımı Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

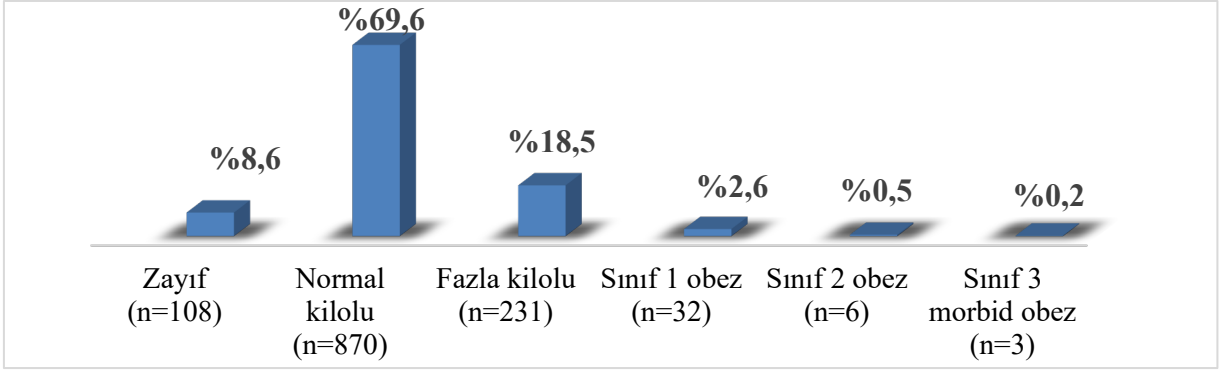
Katılımcıların yaş ortalaması 22,75 ± 1,676 yıl (minimum 20, maksimum 41) olarak bulundu. Katılımcıların yaş dağılımı Şekil 4'te verildi.



Şekil 4. Katılımcıların yaş dağılımı

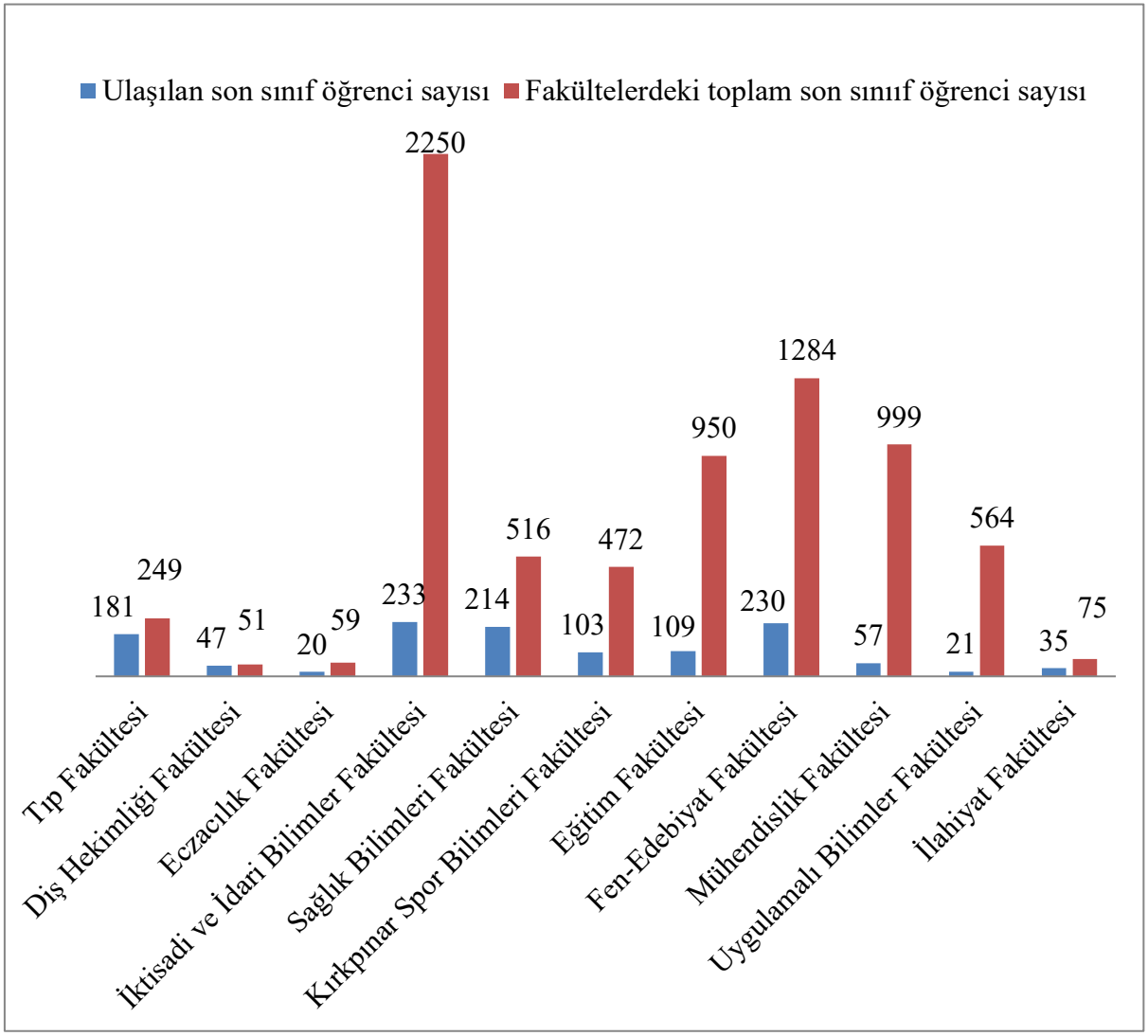
Katılımcıların medeni durumları sorgulandığında 1236'sı (%98,8) bekar, 12'si (%1) evli, 1'i (%0,1) dul, 1'i (%0,1) boşanmış olduğunu belirtti.

Katılımcıların BKİ durumları incelendiğinde 108 kişi (%8,6) zayıf, 870 kişi (%69,6) normal kilolu, 231 kişi (%18,5) fazla kilolu, 32 kişi (%2,6) sınıf 1 obez, 6 kişi (%0,5) sınıf 2 obez, 3 kişi (%0,2) sınıf 3 morbid obez olarak bulundu. Katılımcıların BKİ'ye göre dağılımları Şekil 5'te verilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların beden kitle indeksine göre dağılımları

Araştırmaya katılanların 181'i (%14,5) Tıp Fakültesi, 47'si (%3,8) Diş Hekimliği Fakültesi, 20'si (%1,6) Eczacılık Fakültesi, 233'ü (%18,6) İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 214'ü (%17,1) Sağlık Bilimleri Fakültesi, 103'ü (%8,2) Kırkpınar Spor Bilimleri Fakültesi, 109'u (%8,7) Eğitim Fakültesi, 230'u (%18,4) Fen-Edebiyat Fakültesi, 57'si (%4,6) Mühendislik Fakültesi, 21'i (%1,7) Uygulamalı Bilimler Fakültesi, 35'i (%2,8) İlahiyat Fakültesi öğrencisiydi. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakültelerin dağılımı Şekil 6'da gösterilmiştir. Fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin bölümlerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların öğrenim gördükleri fakültelerin dağılımı

Tablo 2. Öğrencilerin fakülteleri ve bölümleri

Fakülte	Bölüm	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Tıp Fakültesi	Tıp	181	%14,5
Diş Hekimliği Fakültesi	Diş Hekimliği	47	%3,8
Eczacılık Fakültesi	Eczacılık	20	%1,6
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	74	%5,9
	İşletme	54	%4,3
	Uluslararası İlişkiler	52	%4,1
	Maliye	53	%4,2
Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik	59	%4,7
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	75	%6
	Hemşirelik	80	%6,4
Kırkpınar Spor Bilimleri Fakültesi	Antrenörlük	60	%4,8
	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği	25	%2
	Spor Yöneticiliği	18	%1,4
Eğitim Fakültesi	Sınıf Öğretmenliği	42	%3,4
	Sosyal Bilgiler Öğretmenliği	35	%2,8
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	32	%2,6
Fen- Edebiyat Fakültesi	Matematik	14	%1,1
	Biyoloji	11	%0,9
	Türk Dili ve Edebiyatı	107	%8,6
	Mütercim Tercümanlık	28	%2,2
	Tarih	70	%5,6
Mühendislik Fakültesi	Gıda Mühendisliği	57	%4,6
Uygulamalı Bilimler Fakültesi	Turizm İşletmeciliği	21	%1,7
İlahiyat Fakültesi	İlahiyat	35	%2,8
TOPLAM		**1250**	**%100**

n: Kişi sayısı.

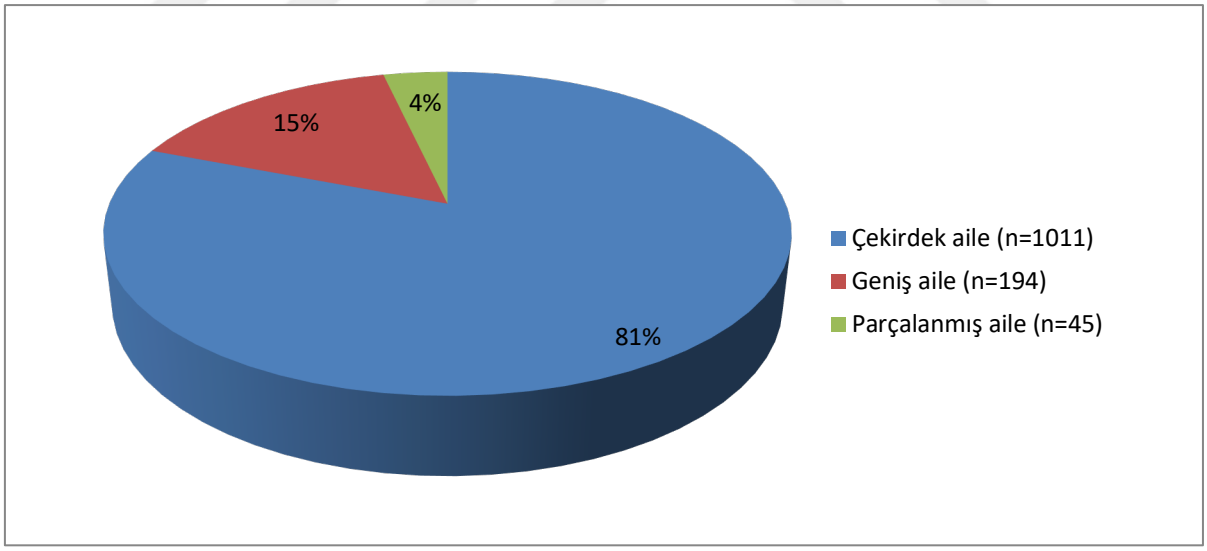
Katılımcılara fakülteye başladıklarından itibaren yıl kaybı olup olmadığı sorulduğunda 1094 kişi (%87,5) hayır, 156 kişi (%12,5) evet cevabını verdi. Yıl kaybı olan öğrencilerin ortalama yıl kaybı 1,31±0,66 (minimum: 0,5 yıl maksimum: 4 yıl) bulundu.

Eğitim gördüğünüz fakülteye kendi isteğinizle mi başladınız sorusuna çalışmaya katılanların 1140'ı (%91,2) evet, 110'u (%8,8) hayır yanıtını verdi.

''Sigara kullanıyor musunuz?'' sorusuna katılımcıların 751'i (%60,1) ''içmiyorum'', 85'i (%6,8) ''içiyordum, bıraktım'', 414'ü (%33,1) ''evet, içiyorum'' cevabını verdi. Katılımcıların sigara kullanımı paket yılı ortalamaları 3,34±3,06 (minimum: 0,05, maksimum: 30) olarak hesaplandı.

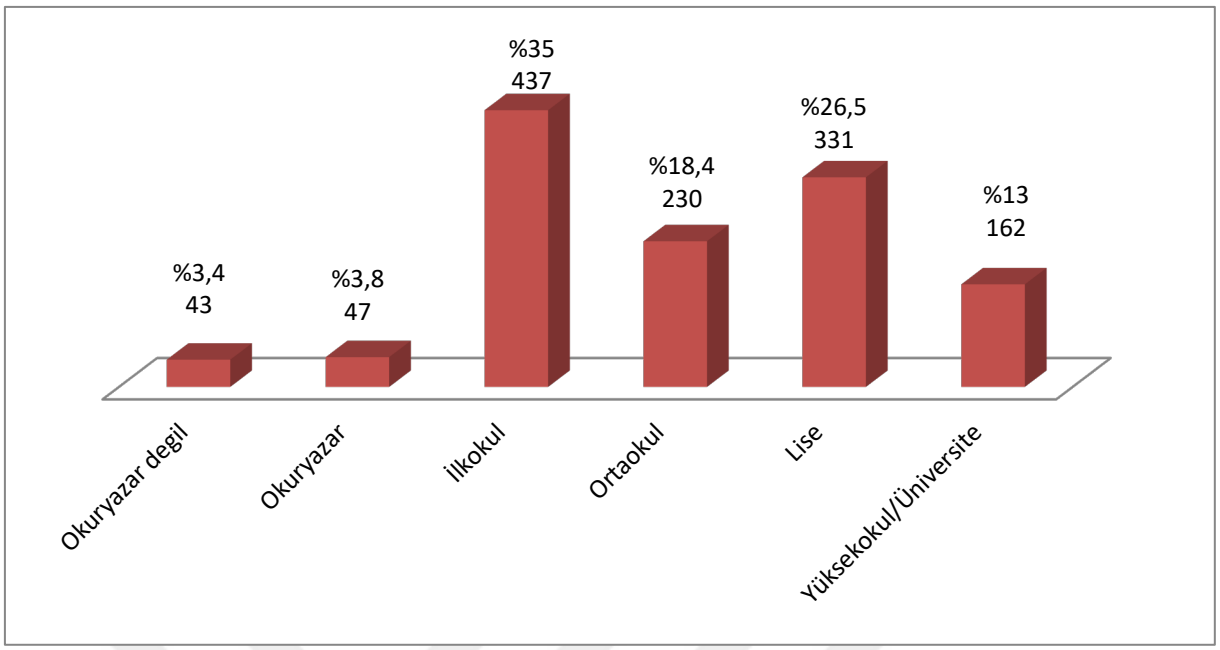
''Alkol kullanıyor musunuz?'' sorusuna katılımcıların 490'ı (%39,2) ''hiç tüketmem'', 285'i (%22,8) ''yılda 1-2 kez'', 329'u (%26,3) ''ayda 2-3 kez'', 81'i (%6,5) ''haftada 1 kez'', 51'i (%4,1) ''haftada 2-3 kez'', 14'ü (%1,1) ''her gün'' yanıtını verdi.

Aile tipinin sorulduğu soruya katılımcıların 1011'i (%81) çekirdek aile, 194'ü (%15) geniş aile, 45'i (%4) parçalanmış aile cevabını verdi. Katılımcıların aile tipinin dağılımı Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların aile tipinin dağılımı

Annelerinin eğitim durumu sorulan soruya katılımcıların 43'ü (%3,4) okuryazar değil, 47'si (%3,8) okuryazar, 437'si (%34,9) ilkokul, 230'u (%18,4) ortaokul, 331'i (%26,5) lise, 162'si (%13) yüksekokul/üniversite yanıtını vermiştir. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu Şekil 8'de gösterilmiştir.



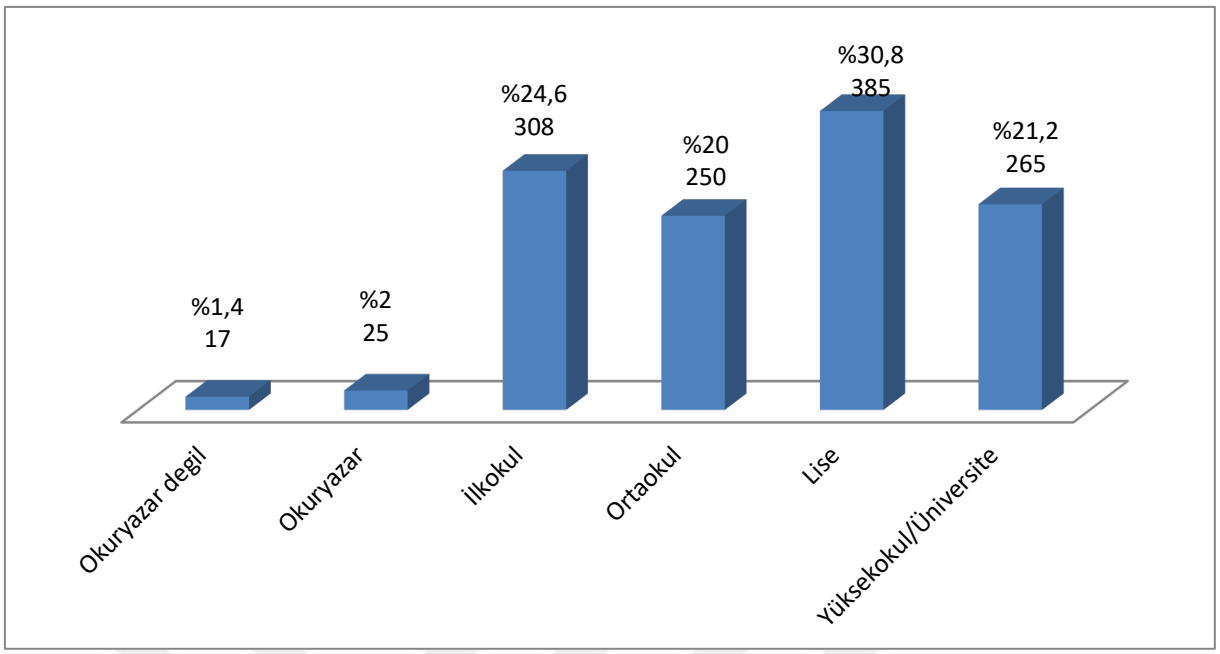
Şekil 8. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu

Annelerinin mesleğinin sorulduğu soruya katılımcıların 810'u (%64,8) ev hanımı, 90'ı (%7,2) memur, 148'si (%11,8) işçi, 77'si (%6,2) serbest meslek, 99'u (%7,9) emekli, 26'sı (%2,1) diğer cevabını vermiştir.

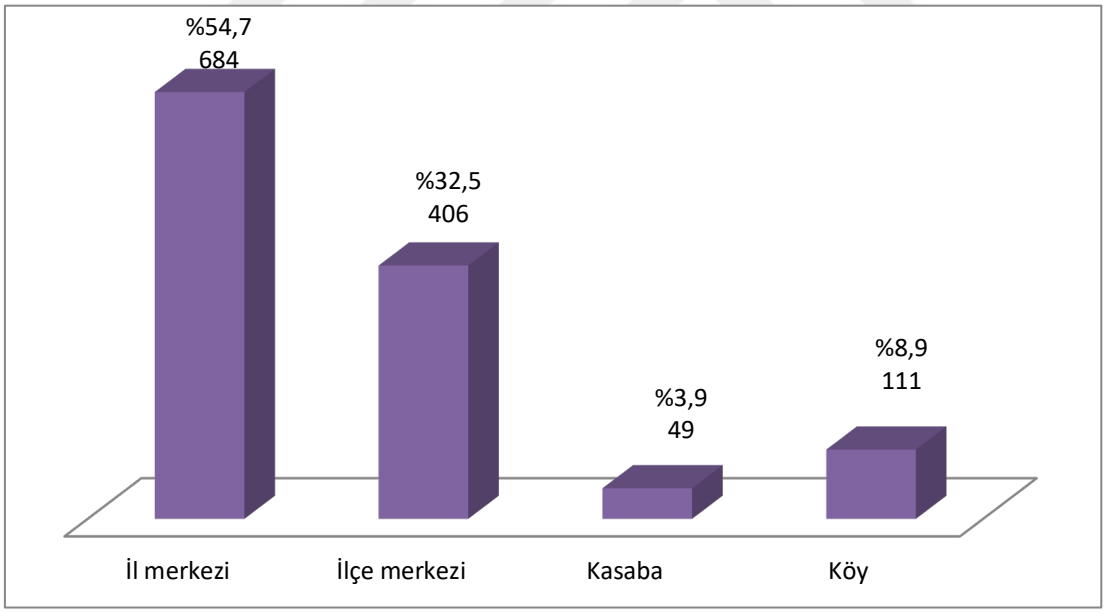
Babalarının eğitim durumu sorulan soruya katılımcıların 17'si (%1,4) okuryazar değil, 25'i (%2) okuryazar, 308'si (%24,6) ilkokul, 250'si (%20) ortaokul, 385'i (%30,8) lise, 265'si (%21,2) yüksekokul/üniversite yanıtını vermiştir. Katılımcıların babalarının eğitim durumu Şekil 9'da gösterilmiştir.

Babalarının mesleğinin sorulduğu soruya katılımcıların 31'i (%2,5) çalışmıyor, 176'sı (%14,1) memur, 259'u (%20,7) işçi, 353'ü (%28,2) serbest meslek, 376'sı (%30,1) emekli, 55'i (%4,4) diğer cevabını vermiştir.

En uzun süre yaşadığınız yerin özelliği sorusuna katılımcıların 684'ü (%54,7) il merkezi, 406'sı (%32,5) ilçe merkezi, 49'u (%3,9) kasaba, 111'i (%8,9) köy yanıtını vermiştir. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliği Şekil 10'da gösterilmiştir. Katılımcılara sorulan ''Şu an nerede yaşıyorsunuz?'' sorusuna 256'sı (%20,5) kendi başıma evde,152'si (12,2) ailemle birlikte evde, 353'ü (%28,2) arkadaşlarımla birlikte evde, 343'ü (%27,4) devlet yurdunda, 135'i (%10,8) özel yurtta, 11'i (%0,9) diğer cevabını vermiştir.



Şekil 9. Katılımcıların babalarının eğitim durumu



Şekil 10. Katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin özelliği

Katılımcılara ailelerinin ortalama aylık gelirinin sorulduğu soruya 1162 kişi yanıt verdi. Ailelerinin ortalama aylık geliri 5180,58±3701,43 (min: 900 TL, max: 50000 TL) olarak hesaplanmıştır.

Katılımcılara sorulan geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz sorusuna 380 kişi (%30,4) burs, 416 kişi (%33,3) kredi, 709 kişi (%56,7) harçlık, 149 kişi (%11,9) gelir getirici bir işte çalışarak,

18 kişi (%1,4) diğer yanıtını vermiştir. Katılımcıların geçimini sağladığı yöntemler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların geçimini sağladığı yöntemler

	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Burs	380	%30,4
Kredi	416	%33,3
Harçlık	709	%56,7
Gelir getirici bir işte çalışarak	149	%11,9
Diğer	18	%1,4

Çoklu yanıtlı soru olduğundan toplamlar %100'ü geçmektedir.

''Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?'' sorusuna katılımcıların 121' i (%9,7) kötü, 865'i (%69,2) orta, 264'ü (%21,1) iyi yanıtını verdi.

Katılımcılara önemli bir sağlık sorunu olup olmadığı sorulduğunda 1197 kişi (%95,8) hayır, 53 kişi (%4,2) evet yanıtını vermiştir. Evet yanıtını verenlerin 10'u (%18,9) psikiyatrik hastalık, 9'u (%16,9) solunum yolu hastalığı, 6'sı (%11,3) kas iskelet sistemi hastalığı, 6'sı (%11,3) diyabetes mellitus, 5'i (%9,4) hipotiroidi, 5'i (%9,4) kalp hastalığı, 3'ü (%5,7) ürtiker, 2'si (%3,8) migren, 2'si (%3,8) epilepsi, 2'si (%3,8) ailesel akdeniz ateşi, 1'i (%1,9) hipertansiyon, 1'i (%1,9) immün yetmezlik ve 1'i (%1,9) psödotümör serebri gibi hastalıklara sahip olduğunu belirtmiştir. Önemli bir sağlık sorununa sahip olanların dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Önemli sağlık sorunlarına sahip olanların dağılımı

Önemli bir sağlık sorunu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik hastalıklar	10	%18,9
Solunum yolu hastalıkları	9	%16,9
Kas iskelet sistemi hastalıkları	6	%11,3
Diyabetes mellitus	6	%11,3
Hipotiroidi	5	%9,4
Koroner kalp hastalıkları	5	%9,4
Ürtiker	3	%5,7
Migren	2	%3,8
Epilepsi	2	%3,8
Ailesel Akdeniz ateşi	2	%3,8
Hipertansiyon	1	%1,9
İmmün yetmezlik	1	%1,9
Psödotümör serebri	1	%1,9
TOPLAM	**53**	**%100**

Katılımcılara sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmadığı sorulduğunda 1159' u (%92,7) hayır, 91'i (%7,3) evet yanıtını verdi. Evet yanıtını verenlerin 34'ü (%37,3) sinir sistemi ilaçları, 28'i (%30,8) solunum sistemi ilaçları, 17'si (%18,7) endokrin sistem ilaçları, 5'i (%5,5) sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları, 4'ü (%4,4) kalp damar sistemi ilaçları, 2'si(%2,2) kas iskelet sistemi ilaçları ve 1'i (%1,1) bağışıklık sistemi ilaçları kullandığını belirtti. Katılımcıların sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı

	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Sinir sistemi ilaçları	34	%37,3
Solunum sistemi ilaçları	28	%30,8
Endokrin sistemi ilaçları	17	%18,7
Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları	5	%5,5
Kalp damar sistemi ilaçları	4	%4,4
Kas iskelet sistemi ilaçları	2	%2,2
Bağışıklık sistemi ilaçları	1	%1,1
TOPLAM	**91**	**%100**

Hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıkları sorusuna katılımcıların 495'i (%39,6) ''hiç yaptırmadım'', 419'u (%33,5) ''son 6 ay içinde'', 126'sı (%10,1) ''6 ay-1yıl içinde'', 114'ü (%9,1) ''1-2 yıl içinde'', 51'i (%4,1) ''2-5 yıl içinde'' ve 45'i (%3,6) ''5 yıldan fazla zaman geçmiştir'' şeklinde cevap vermiştir.

Katılımcılara sağlıklı yaşamak için başvurdukları kaynaklar sorulduğunda 770 kişi (%61,6) internet, 355 kişi (%28,4) sosyal medya, 178 kişi (%14,2) televizyon, 345 kişi (%27,6) kitap, 130 kişi (%10,4) sağlık dergisi, 900 kişi (%72) doktorların önerileri, 464 kişi (%37,1) aile bireylerinin önerileri, 255 kişi (%20,4) arkadaş çevresinin önerileri ve 28 kişi (%2,2) diğer şeklinde yanıtlamıştır. Katılımcıların sağlıklı yaşamak için başvurdukları kaynaklar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların sağlıklı yaşamak için başvurdukları kaynaklar

	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
İnternet	770	%61,6
Sosyal medya	355	%28,4
Televizyon	178	%14,2
Kitap	345	%27,6
Sağlık dergisi	130	%10,4
Doktorların önerileri	900	%72
Aile bireylerinin önerileri	464	%37,1
Arkadaş çevresinin önerileri	255	%20,4
Diğer	28	%2,2

Çoklu yanıtlı soru olduğundan toplamlar %100'ü geçmektedir.

Genel olarak sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğu zaman katılımcıların 28'i (%2,2) kötü, 440'ı (%35,2) orta, 782'si (%62,6) iyi yanıtını verdi.

‘‘Hobileriniz var mı?’’ sorusuna katılımcıların 392’si (%31,4) hayır, 858’i (%68,6) evet cevabını vermiştir. Katılımcıların hobileri sorulduğunda 476’sı (%38,1) spor-fiziksel aktivite yapmak, 55’i (%4,4) müzik aleti çalmak, 184’ü (%14,7) müzik dinlemek, 44’ü (%3,5) dans etmek, 233’ü (%18,6) dizi-film izlemek, 191’i (%15,3) gezmek, 338’i (%27) kitap okumak, 69’u (%5,5) bilgisayar oyunları oynamak, 53’ü (%4,2) resim-boyama yapmak, 6’sı (%0,5) bulmaca çözmek, 18’i (%1,4) satranç oynamak, 30’u (%2,4) yazı-şiir yazmak, 28’i (%2,2) yemek yapmak şeklinde yanıtladı. Katılımcıların hobilerinin dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların hobilerinin dağılımı

	Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Spor-Fiziksel aktivite yapmak	476	%38,1
Müzik aleti çalmak	55	%4,4
Müzik dinlemek	184	%14,7
Dans etmek	44	%3,5
Dizi-Film izlemek	233	%18,6
Gezmek	191	%15,3
Kitap okumak	338	%27
Bilgisayar oyunları oynamak	69	%5,5
Resim-Boyama yapmak	53	%4,2
Bulmaca çözmek	6	%0,5
Satranç oynamak	18	%1,4
Yazı-şiir yazmak	30	%2,4
Yemek yapmak	28	%2,2

Çoklu yanıtlı soru olduğundan toplamlar %100’ü geçmektedir.

Sağlık Algısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sağlık Algısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

	Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
	n %	n %	n %	n %	n %
Sağlığımı çok düşünürüm.	272 %21,8	622 %49,7	211 %16,9	123 %9,8	22 %1,8
Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	112 %9	260 %20,8	282 %22,5	467 %37,4	129 %10,3
Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	89 %7,1	214 %17,1	222 %17,8	517 %41,4	208 %16,6
Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	253 %20,2	330 %26,4	252 %20,2	224 %17,9	191 %15,3
Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	431 %34,5	642 %51,3	116 %9,3	50 %4	11 %0,9
Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	66 %5,3	271 %21,7	359 %28,7	408 %32,6	146 %11,7
Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	246 %19,7	516 %41,3	208 %16,6	198 %15,8	82 %6,6
Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	129 %10,3	336 %26,9	299 %23,9	369 %29,5	117 %9,4
Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	208 %16,6	452 %36,2	338 %27	185 %14,8	67 %5,4

n: Kişi sayısı.

Tablo 8. (Devam). Sağlık Algısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Sorular	**Çok katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Hiç katılmıyorum**
	n **%**	**n** **%**	**n** **%**	**n** **%**	**n** **%**
Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	334 %26,7	624 %49,9	209 %16,7	71 %5,7	12 %1
Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	350 %28	500 %40	238 %19	136 %10,9	26 %2,1
Sağlıklı olmak şans işidir.	83 %6,6	211 %16,9	312 %25	430 %34,4	214 %17,1
Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.	37 %3	99 %7,9	169 %13,5	577 %46,2	368 %29,4
İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.	150 %12	414 %33,1	401 %32,1	209 %16,7	76 %6,1
Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	50 %4	217 %17,4	279 %22,3	468 %37,4	236 %18,9

n: Kişi sayısı.

Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden 51,4 ±7,15 (ortanca 51, minimum: 15, maximum :75), ‘‘sağlığın önemi’’ 15 puan üzerinden 11,05±2,39 (ortanca:11, minimum:3, maximum: 15), ‘‘kontrol merkezi’’ 25 puan üzerinden 16,73±4,2, (ortanca:17, minimum:5, maximum:25), ‘‘öz farkındalık’’ 15 puan üzerinden 11,38±2,02 (ortanca:12, minimum:3, maximum: 15), ‘‘kesinlik’’20 puan üzerinden 12,22±3,36 (ortanca:12, minimum: 4, maximum:20) olarak bulunmuştur.

Sağlık Algısı Ölçeği alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kontrol merkezi, en düşük puanın sağlığın önemi alt grubunda olduğu görülmüştür. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği ve alt ölçek puanlarının ortalaması Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği ve alt ölçek puanlarının ortalaması

SAÖ ve alt ölçekleri (n:1250)	**Ortalama±ss**	**Ortanca (min-max)**
SAÖ Toplam	51,4±7,15	51 (15-75)
Sağlığın Önemi	11,05±2,39	11 (3-15)
Kontrol Merkezi	16,73±4,2	17 (5-25)
Öz Farkındalık	11,38±2,02	12 (3-15)
Kesinlik	12,22±3,36	12 (4-20)

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği; **ss:** standart sapma.

Katılımcıların yaşı ile SAÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; öğrencilerin yaşı ile sağlığın önemi alt ölçek puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır (r=-0,069, p=0,014). Öğrencilerin yaşı ile kontrol merkezi alt ölçek puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (r=-0,058, p=0,04). Öğrencilerin yaşı ile SAÖ toplam puanı, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların yaşı ile SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların yaşı ile SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Öğrencilerin Yaşı	
	Sperman's rho*	**p değeri**
SAÖ-Toplam	0,022	0,441
Sağlığın Önemi	**-0,069**	**0,014**
Kontrol Merkezi	**0,058**	**0,040**
Öz Farkındalık	-0,030	0,295
Kesinlik	0,040	0,153

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında farklılık saptanmadı (p=0,091). Katılımcıların SAÖ'ye verdikleri cevaplara göre öz farkındalık (p<0,001), alt ölçeğinde erkek katılımcıların ortalama puanlarının kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların sağlığın önemi, kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında farklılık saptanmadı (p>0,05). Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Kadın (n:775, %62)	Erkek (n:475,%38)	İstatistiksel analiz
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**10,98±2,27**	**11,15±2,56**	p=0,109 Z*=-1,605
Kontrol Merkezi	**16,66±3,92**	**16,86±4,68**	p=0,203 Z*=-1,272
Öz Farkındalık	**11,19±1,93**	**11,69±2,13**	**p<0,001** **Z*=-4,060**
Kesinlik	**12,14±3,22**	**12,35±3,57**	p=0,366 Z*=-0,904
SAÖ-Toplam	**50,99±6,57**	**52,06±7,96**	p=0,091 Z*=-1,690

n: sayı, **ss:** standart sapma **SAÖ**: Sağlık Algısı Ölçeği
*Mann Whitney U Testi.

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile BKİ'ye göre ağırlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları ile fakülteleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0,087).

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile yıl kayıpları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlama durumları karşılaştırıldığında; SAÖ toplam, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlayan öğrencilerin SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin kesinlik alt ölçeği puan ortalamaları

ile eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleriyle başlama durumlarının karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Eğitim gördüğünüz fakülteye kendi isteğinizle mi başladınız?		İstatistiksel analiz
	Hayır (110, %8,8)	Evet (1140, %91,2)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**10,51±2,61**	**11,10±2,36**	**p=0,024 Z*=-2,259**
Kontrol Merkezi	**15,21±4,27**	**16,88±4,20**	**p<0,001 Z*=-4,308**
Öz Farkındalık	**10,93±2,29**	**11,42±1,99**	**p=0,012 Z*=-2,509**
Kesinlik	**11,80±3,09**	**12,26±3,38**	p=0,245 Z*=-1,163
SAÖ-Toplam	**48,48±8,53**	**51,68±6,94**	**p<0,001 Z*=-4,231**

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Mann Whitney U Testi.

Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,879). Katılımcıların SAÖ alt ölçeklerinden sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık puan ortalamaları ile sigara kullanma durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sigara kullanmayanların sağlığın önemi alt ölçek puan ortalaması kullananlara göre daha yüksek saptandı. Kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamasının sigarayı bırakanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Öz Farkındalık alt ölçek puan ortalamasının sigara kullananlarda kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sigara içme durumlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sigara içme durumlarının karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Sigara kullanma durumu			İstatistiksel analiz
	İçmiyorum (n:751)	İçiyordum, bıraktım (n:85)	Evet, içiyorum (n:414)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**11,31±2,26**	**11,16±2,56**	**10,55±2,49**	**Kruskal Wallis*=26,989 p<0,001**
Kontrol Merkezi	**16,49±4,00**	**17,20±4,47**	**17,08±4,54**	**Kruskal Wallis*=7,758 p=0,021**
Öz Farkındalık	**11,26±1,94**	**11,41±1,92**	**11,59±2,17**	**Kruskal Wallis*=8,669 p=0,013**
Kesinlik	**12,30±3,25**	**12,16±3,50**	**12,09±3,53**	Kruskal Wallis*=1,408 p=0,495
SAÖ-Toplam	**51,37±6,69**	**51,94±7,81**	**51,33±7,79**	Kruskal Wallis*=0,259 p=0,879

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile SAÖ ve SAÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında; Alkol kullanma durumu ile sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Her gün alkol kullanan öğrencilerin sağlığın önemi ve kontrol merkezi alt ölçek puanları daha düşük saptandı. Öz farkındalık alt ölçeği ise her gün alkol kullanan öğrencilerde daha yüksek saptandı. Alkol kullanma durumu ile SAÖ toplam ve kesinlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkınddalık alt ölçek puan ortalamaları ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması

Alkol kullanma durumu	SAÖ alt ölçek puan ortalamaları		
	Sağlığın Önemi	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss
Hiç tüketmem (n:490)	11,38±2,34	15,95±4,09	11,23±1,98
Yılda 1-2 kez (n:285)	10,95±2,25	17,00±4,09	11,48±1,98
Ayda 2-3 kez (n:329)	10,81±2,41	17,29±4,02	11,37±2,04
Haftada 1 kez (n:81)	10,50±2,45	18,14±4,45	11,67±1,98
Haftada 2-3 kez (n:51)	10,92±2,82	17,64±4,96	11,29±2,42
Her gün (n:14)	10,35±3,00	14,21±6,68	13,57±1,55
İstatistiksel analiz	Kruskal Wallis*=19,788 p=0,001	Kruskal Wallis*=32,526 p<0,001	Kruskal Wallis*=18,732 p=0,002

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SAÖ ve alt ölçekleri ile aile tipleri karşılaştırıldığında; sağlığın önemi alt ölçeği ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,044). Geniş ailede yaşayan öğrencilerin sağlığın önemi alt ölçek puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin SAÖ toplam, kontrol merkezi, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile aile tipinin karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile aile tiplerinin karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Katılımcıların aile tipi			İstatistiksel analiz
	Çekirdek Aile (n:1011, %81)	Geniş Aile (n:194, %15)	Parçalanmış Aile (n:45, %4)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**10,98±2,33**	**11,39±2,56**	**11,04±2,78**	**Kruskal Wallis*=6,251 p=0,044**
Kontrol Merkezi	16,76±4,17	16,60±4,42	16,77±4,80	Kruskal Wallis*=0,409 p=0,815
Öz Farkındalık	11,36±1,98	11,35±2,24	12,04±1,99	Kruskal Wallis*=4,779 p=0,092
Kesinlik	12,12±3,28	12,84±3,62	11,80±3,64	Kruskal Wallis*=5,370 p=0,068
SAÖ-Toplam	51,23±6,97	52,19±7,93	51,66±7,56	Kruskal Wallis*=1,772 p=0,412

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların anne eğitim düzeyi ile SAÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında kesinlik alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Kesinlik alt ölçeğinde en düşük ortalama puan annesi okuryazar olan ve olmayanlar iken en yüksek ortalama puan annesi üniversite/yüksekokul mezunu olanlarda saptanmıştır. Katılımcıların SAÖ toplam puanı, SAÖ alt ölçeklerinden sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyi ile Kesinlik alt ölçek puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyi ile Kesinlik alt ölçek puan ortalamasının karşılaştırılması

Anne Eğitim Düzeyi	Kesinlik alt ölçeği puan ortalaması			İstatistiksel analiz
	n	Ortalama	Ss	
Okuryazar değil	**43**	**11,39**	**3,14**	**KruskalWallis*=20,889 p=0,001**
Okuryazar	**47**	**10,97**	**3,76**	
İlkokul	**437**	**12,21**	**3,20**	
Ortaokul	**230**	**12,13**	**3,47**	
Lise	**331**	**12,22**	**3,47**	
Yüksekokul/Üniversite	**162**	**12,97**	**3,19**	

n: sayı, **ss:** standart sapma
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların babalarının eğitim düzeyi ile SAÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında sağlığın önemi alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,023). Babası okuryazar olmayanların sağlığın önemi alt ölçek puan ortalamasının diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SAÖ toplam, kontrol merkezi, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile babalarının eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların babalarının eğitim düzeyi ile sağlığın önemi alt ölçek puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların babalarının eğitim düzeyi ile sağlığın önemi alt ölçek puan ortalamasının karşılaştırılması

Baba Eğitim Düzeyi	Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortalaması			İstatistiksel analiz
	n	Ortalama	Ss	
Okuryazar değil	**17**	**9,70**	**3,05**	KruskalWallis*=4,370 p=0,023
Okuryazar	**25**	**11,96**	**2,63**	
İlkokul	**308**	**11,07**	**2,32**	
Ortaokul	**250**	**11,26**	**2,32**	
Lise	**385**	**11,04**	**2,50**	
Yüksekokul/Üniversite	**265**	**10,82**	**2,23**	

n: sayı, **ss:** standart sapma
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadıkları yerin özelliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SAÖ toplam ve sağlığın önemi ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sosyoekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Katılımcıların kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumlarının karşılaştırılması Tablo 18'de gösterilmiştir.

Katılımcıların SAÖ ve alt ölçekleri ile önemli bir sağlık sorununa sahip olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 18. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumlarının karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Sosyoekonomik durum			İstatistiksel analiz
	Kötü (n:121)	Orta (n:865)	İyi (n:264)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**10,44±2,84**	**11,08±2,34**	**11,21±2,28**	**Kruskal Wallis*=7,630 p=0,022**
Kontrol Merkezi	16,44±4,80	16,66±4,10	17,10±4,35	Kruskal Wallis*=3,133 p=0,209
Öz Farkındalık	11,47±2,32	11,40±1,97	11,29±2,05	Kruskal Wallis*=1,034 p=0,596
Kesinlik	**11,67±3,43**	**12,06±3,29**	**13,01±3,44**	**Kruskal Wallis*=18,495 p<0,001**
SAÖ-Toplam	**50,04±7,62**	**51,21±6,92**	**52,62±7,50**	**Kruskal Wallis*=13,811 p=0,001**

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SAÖ ve alt ölçekleri ile sürekli kullandıkları bir ilaç olması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamaları ile hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıkları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü hiç yaptırmayan öğrencilerin SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamaları daha düşük saptandı. Katılımcıların SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamaları ile hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıklarının karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamaları ile hastalık ve yaralanma hariç genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıklarının karşılaştırılması

Genel sağlık kontrolü	SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları		
	SAÖ toplam	Sağlığın Önemi	Kontrol Merkezi
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss
Hiç yaptırmadım (n:495)	50,20±7,16	10,63±2,57	16,37±4,32
Son 6 ay içinde (n:419)	51,85±7,07	11,36±2,18	16,74±4,20
6 ay-1 yıl (n:126)	52,47±7,27	11,42±2,12	16,97±4,28
1-2 yıl (n:114)	52,09±6,26	11,29±2,41	16,98±3,93
2-5 yıl (n:51)	53,76±7,11	10,94±2,08	18,09±3,59
5 yıldan fazla zaman geçmiştir (n: 45)	52,91±7,77	11,20±2,47	17,86±4,25
İstatistiksel analiz	Kruskal Wallis*=26,826 p<0,001	Kruskal Wallis*=23,521 p<0,001	Kruskal Wallis*=15,020 p=0,010

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile SAÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puanları ile sağlık durumlarının karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puanları ile sağlık durumlarının karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Sağlık durumu			İstatistiksel analiz
	Kötü (n:28)	Orta (n:440)	İyi (n:782)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	9,92±3,02	10,65±2,53	11,31±2,23	Kruskal Wallis*=20,392 p<0,001
Kontrol Merkezi	14,39±4,94	16,33±4,36	17,04±4,08	Kruskal Wallis*=14,664 p=0,001
Öz Farkındalık	10,85±2,54	11,16±1,96	11,52±2,03	Kruskal Wallis*=7,828 p=0,020
Kesinlik	10,00±3,38	11,50±3,14	12,71±3,37	Kruskal Wallis*=51,706 p<0,001
SAÖ-Toplam	45,17±8,73	49,66±6,98	52,59±6,87	Kruskal Wallis*=65,760 p<0,001

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SAÖ**: Sağlık Algısı Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmaması karşılaştırıldığında; SAÖ toplam, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Hobileri olan öğrencilerin SAÖ toplam, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Bununla birlikte; hobileri olan öğrencilerin kesinlik alt ölçek puan ortalamaları da yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmamasının karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmamasının karşılaştırılması

SAÖ ve alt ölçekleri	Hobileriniz var mı?		İstatistiksel analiz
	Hayır (n:392)	Evet (n:858)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Sağlığın Önemi	**10,68±2,41**	**11,21±2,35**	**p<0,001 Z*=-3,988**
Kontrol Merkezi	**16,23±4,28**	**16,96±4,19**	**p=0,005 Z*=-2,814**
Öz Farkındalık	**11,20±1,93**	**11,46±2,06**	**p=0,043 Z*=-2,024**
Kesinlik	12,05±3,23	12,30±3,41	p=0,294 Z*=-1,050
SAÖ-Toplam	**50,17±6,66**	**51,95±7,30**	**p<0,001 Z*=-4,012**

n: sayı, **ss:** standart sapma, SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği
*Mann Whitney U Testi.

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n %	n %	n %	n %
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	38 %3	461 %36,9	502 %40,2	249 %19,9
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	246 %19,7	615 %49,1	292 %23,4	97 %7,8
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	64 %5,1	493 %39,4	451 %36,1	242 %19,4
Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	370 %29,6	579 %46,3	194 %15,5	107 %8,6
Yeterince uyurum.	146 %11,7	499 %39,9	409 %32,7	196 %15,7
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	54 %4,3	494 %39,6	514 %41,1	188 %15
İnsanları başarıları için takdir ederim.	23 %1,8	183 %14,6	579 %46,4	465 %37,2
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	367 %29,4	572 %45,8	188 %15	123 %9,8
Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	459 %36,7	584 %46,7	147 %11,8	60 %4,8
Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	245 %19,6	525 %42	275 %22	205 %16,4

n: Kişi sayısı.

Tablo 22. (Devam). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n %	n %	n %	n %
Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	136 %10,9	538 %43	369 %29,5	207 %16,6
Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	71 %5,7	255 %20,4	465 %37,2	459 %36,7
İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	30 %2,4	305 %24,4	584 %46,7	331 %26,5
Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	484 %38,7	494 %39,5	171 %13,7	101 %8,1
Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	159 %12,7	516 %41,3	405 %32,4	170 %13,6
Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım. (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm.)	234 %18,7	513 %41	307 %24,6	196 %15,7
Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	198 %15,8	563 %45,1	366 %29,3	123 %9,8
Geleceğe umutla bakarım.	98 %7,8	401 %32,1	442 %35,4	309 %24,7
Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	21 %1,7	212 %17	575 %45,9	442 %35,4
Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	271 %21,7	669 %53,5	216 %17,3	94 %7,5

n: Kişi sayısı.

Tablo 22. (Devam). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n %	n %	n %	n %
Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	246 %19,7	613 %49	274 %21,9	117 %9,4
Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	294 %23,5	543 %43,4	266 %21,3	147 %11,8
Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	159 %12,7	487 %38,9	392 %31,4	212 %17
Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	81 %6,5	392 %31,4	509 %40,7	268 %21,4
Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	64 %5,1	342 %27,4	486 %38,9	358 %28,6
Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	299 %23,9	743 %59,5	169 %13,5	39 %3,1
Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	98 %7,8	553 %44,2	427 %34,2	172 %13,8
Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	492 %39,4	491 %39,3	153 %12,2	114 %9,1
Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	212 %17	587 %47	353 %28,2	98 %7,8
Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	68 %5,4	346 %27,7	532 %42,6	304 %24,3
Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	42 %3,4	253 %20,2	511 %40,9	444 %35,5

n: Kişi sayısı.

Tablo 22. (Devam) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n %	n %	n %	n %
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	159 %12,7	517 %41,4	361 %28,9	213 %17
Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	358 %28,6	561 %45	228 %18,2	103 %8,2
Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	154 %12,3	456 %36,5	383 %30,6	257 %20,6
İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	109 %8,7	463 %37	487 %39	191 %15,3
Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	195 %15,6	666 %53,3	290 %23,2	99 %7,9
Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	266 %21,3	509 %40,7	317 %25,4	158 %12,6
Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	224 %17,9	619 %49,6	278 %22,2	129 %10,3
Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	286 %22,9	590 %47,2	276 %22,1	98 %7,8
Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	365 %29,2	485 %38,8	302 %24,2	98 %7,8
Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	358 %28,6	520 %41,6	257 %20,6	115 %9,2
Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	30 %2,4	266 %21,3	584 %46,7	370 %29,6

n: Kişi sayısı.

Tablo 22. (Devam). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı

Sorular	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n %	n %	n %	n %
Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	153 %2,2	466 %37,4	458 %36,6	173 %13,8
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	246 %19,7	436 %34,9	318 %25,4	250 %20
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	571 %45,7	462 %37	158 %12,6	59 %4,7
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	410 %32,8	501 %40,1	234 %18,7	105 %8,4
Yorulmaktan kendimi korurum.	306 %24,5	563 %45	264 %21,1	117 %9,4
İlahi bir gücün varlığına inanırım.	141 %11,3	219 %17,5	263 %21	627 %50,2
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	38 %3	280 %22,4	540 %43,2	392 %31,4
Kahvaltı yaparım.	117 %9,4	360 %28,8	304 %24,3	469 %37,5
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	114 %9,1	425 %34	446 %35,7	265 %21,2
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	38 %3	245 %19,6	456 %36,5	511 %40,9

n: Kişi sayısı.

Katılımcıların SYBDÖ'ye verdiği cevaplara göre ortalama puan 128,95±20,54 (ortanca: 129, minimum: 57, maksimum: 208 puan) olarak saptanmıştır. Kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması 25,92±4,47 (ortanca: 26, minimum: 11, maximum: 36), beslenme alt ölçek puan ortalaması 20,33±4,34 (ortanca: 20, minimum:9, maximum:36), sağlık sorumluluğu'' alt ölçek puan ortalaması 20,4±4,94 (ortanca: 20, minimum:9, maximum. 36), fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 17,60±5,28 (ortanca: 18, minimum:8, maximum:32), manevi gelişim alt ölçek puan ortalaması 25,63±4,58 (ortanca:26, minimum:9, maximum:36), stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması 19,03±3,72 (ortanca:19, minimum:8, maximum:32) olarak bulunmuştur. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ortalaması Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarının ortalaması

SYBDÖ ve alt boyutları (n:1250)	**Ortalama±ss**	**Ortanca (min-max)**
SYBDÖ Toplam	128,95±20,54	129 (57-208)
Kişilerarası İlişkiler	25,92±4,47	26 (11-36)
Beslenme	20,33±4,34	20 (9-36)
Sağlık Sorumluluğu	20,4±4,94	20 (9-36)
Fiziksel Aktivite	17,60±5,28	18 (8-32)
Manevi Gelişim	25,63±4,58	26 (9-36)
Stres Yönetimi	19,03±3,72	19 (8-32)

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, **ss:** standart sapma.

Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Öğrencilerin Yaşı	
	Sperman's rho*	**p değeri**
SYBDÖ Toplam	-0,031	0,276
Kişilerarası İlişkiler	-0,015	0,602
Beslenme	-0,033	0,237
Sağlık Sorumluluğu	-0,040	0,156
Manevi Gelişim	0,022	0,428
Stres Yönetimi	-0,045	0,109
Fiziksel Aktivite	-0,030	0,292

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır (p>0,05) Katılımcıların SYBDÖ'ye verdikleri cevaplara göre fiziksel aktivite (p<0,001) ve manevi gelişim (p=0,042) alt ölçeğinde erkek katılımcıların ortalama puanlarının kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	Kadın (n:775, %62)	Erkek (n:475,%38)	İstatistiksel analiz
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Kişilerarası İlişkiler	**26,01±4,46**	**25,76±4,48**	p=0,355 Z*=-0,925
Beslenme	**20,24±3,98**	**20,47±4,87**	p=0,763 Z*=-0,302
Sağlık Sorumluluğu	**20,55±4,64**	**20,20±5,40**	**p**=0,142 Z*=-1,468
Fiziksel Aktivite	**16,58±4,74**	**19,27±5,67**	**p<0,001** **Z*=-8,198**
Stres Yönetimi	**18,90±3,56**	**19,24±3,95**	p=0,294 Z*=-1,050
Manevi Gelişim	**25,38±4,56**	**26,05±4,58**	**p=0,042** **Z*=-2,036**
SYBDÖ-Toplam	**127,69±19,17**	**131,01±22,48**	p=0,052 Z*=-1,946

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Mann Whitney U Testi.

Katılımcıların SYBDÖ ve alt ölçekleri ile BKİ'ye göre ağırlık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim gördükleri fakülteleri arasında anlamlı bir fark saptandı (p<0,001). Spor Bilimleri Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer fakültelere göre daha yüksek saptandı.

Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalaması ile fakültelerinin karşılaştırılması Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalaması ile fakültelerinin karşılaştırılması

	SYBDÖ Toplam Puan Ortalaması			
	n	**Ortalama**	**Ss**	
Tıp Fakültesi	181	122,24	17,25	KruskalWallis*=67,999 p<0,001
Diş Hekimliği Fakültesi	47	122,46	24,93	
Eczacılık Fakültesi	20	140,60	15,57	
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	233	128,76	19,77	
Sağlık Bilimleri Fakültesi	214	129,92	17,17	
Kırkpınar Spor Bilimleri Fakültesi	103	140,86	26,68	
Eğitim Fakültesi	109	124,16	18,57	
Fen – Edebiyat Fakültesi	230	128,86	20,00	
Mühendislik Fakültesi	57	134,77	21,78	
Uygulamalı Bilimler Fakültesi	21	122,95	21,56	
İlahiyat Fakültesi	35	135,51	21,23	

n: sayı, **ss:** standart sapma **SYBDÖ**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Öğrencilerin SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile yıl kayıpları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>9,05).

Katılımcıların SYBDÖ ve alt ölçekleri ile eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlamaları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları ile eğitim gördükleri

fakülteye kendi istekleri ile başlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fakülteye kendi istekleri doğrultusunda başlayan öğrencilerin SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması ile öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteye kendi istekleri ile başlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile fakülteye kendi istekleri ile başlamalarının karşılaştırılması Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile fakülteye kendi istekleri ile başlamalarının karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	**Eğitim gördüğünüz fakülteye kendi isteğinizle mi başladınız?**		**İstatistiksel analiz**
	Hayır (n:110)	**Evet (n:1140)**	
	Ortalama±ss	**Ortalama±ss**	
Kişilerarası İlişkiler	**24,40±4,64**	**26,06±4,43**	**p<0,001 Z*=-3,510**
Beslenme	**18,69±4,08**	**20,48±4,33**	**p<0,001 Z*=-3,538**
Sağlık Sorumluluğu	**18,81±5,39**	**20,57±4,87**	**p<0,001 Z*=-3,751**
Fiziksel Aktivite	16,70±4,52	17,69±5,34	p=0,095 Z*=-1,671
Stres Yönetimi	**17,92±3,50**	**19,13±3,72**	**p=0,002 Z*=-3,043**
Manevi Gelişim	**23,73±5,10**	**25,82±4,49**	**p<0,001 Z*=-3,863**
SYBDÖ-Toplam	**120,28±20,50**	**129,79±20,36**	**p<0,001 Z*=-4,206**

n: sayı, **ss:** standart sapma **SYBDÖ**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SYBDÖ alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ile sigara kullanma durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda kullananlara göre daha yüksek saptandı. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	**Sigara kullanma durumu**			**İstatistiksel analiz**
	İçmiyorum (n:751)	**İçiyordum, bıraktım (n:85)**	**Evet, içiyorum (n:414)**	
	Ortalama±ss	**Ortalama±ss**	**Ortalama±ss**	
Kişilerarası İlişkiler	25,86±4,50	25,52±3,64	26,09±4,57	Kruskal Wallis*=1,606 p=0,448
Beslenme	20,47±4,08	20,89±4,34	19,95±4,76	Kruskal Wallis*=4,903 p=0,086
Sağlık Sorumluluğu	**20,73±4,80**	**20,67±4,71**	**19,81±5,19**	**Kruskal Wallis*=12,385 p=0,002**
Fiziksel Aktivite	17,360±5,17	17,96±5,59	17,53±5,40	Kruskal Wallis*=0,364 p=0,834
Stres Yönetimi	**19,23±3,65**	**19,18±3,52**	**18,63±3,85**	**Kruskal Wallis*=8,147 p=0,017**
Manevi Gelişim	25,82±4,45	25,72±3,91	25,28±4,91	Kruskal Wallis*=4,635 p=0,099
SYBDÖ-Toplam	129,73±20,33	129,97±18,41	127,31±21,28	Kruskal Wallis*=4,629 p=0,099

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile SYBDÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; alkol kullanma durumu ile fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,005$). Her gün alkol kullanan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları daha yüksek saptandı. Manevi gelişim alt boyutu ise hiç tüketmem yanıtını veren öğrencilerde daha yüksek saptandı. Alkol kullanma durumu ile SYBDÖ toplam, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması

Alkol kullanma durumu	**SYBDÖ alt ölçek puan ortalamaları**	
	Fiziksel Aktivite	**Manevi Gelişim**
	Ortalama±ss	**Ortalama±ss**
Hiç tüketmem (n:490)	**17,35±4,97**	**26,18±4,61**
Yılda 1-2 kez (n:285)	**17,27±5,50**	**25,28±4,59**
Ayda 2-3 kez (n:329)	**17,96±5,25**	**25,17±4,36**
Haftada 1 kez (n:81)	**17,38±5,04**	**25,13±4,41**
Haftada 2-3 kez (n:51)	**18,94±6,23**	**26,03±5,07**
Her gün (n:14)	**21,07±7,43**	**26,14±5,97**
İstatistiksel analiz	**Kruskal Wallis*=11,293 p=0,046**	**Kruskal Wallis*=15,536 p=0,008**

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile aile tipi arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile baba eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yerin özelliği ile SYBDÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; En uzun süre yaşanılan yer ile SYBDÖ ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,005). İl merkezinde yaşayan öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptandı. Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği ise ilçe merkezinde yaşayan öğrencilerde daha yüksek saptandı. En uzun süre yaşanılan yerin özelliği ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması ile en uzun süre yaşadıkları yerin karşılaştırılması Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması ile en uzun süre yaşadıkları yerin karşılaştırılması

En uzun süre yaşanılan yerin özelliği	**SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları**	
	SYBDÖ	**Kişilerarası İlişkiler**
	Ortalama±ss	**Ortalama±ss**
İl Merkezi (n:684)	**129,77±21,27**	**25,99±4,45**
İlçe Merkezi (n:406)	**129,33±19,67**	**26,20±4,36**
Kasaba (n:49)	**123,18±18,21**	**24,53±4,73**
Köy (n:111)	**125,03±19,45**	**25,05±4,70**
İstatistiksel analiz	**Kruskal Wallis*=8,117 p=0,044**	**Kruskal Wallis*=9,756 p=0,021**

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sosyoekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Katılımcıların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumlarının karşılaştırılması Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumlarının karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	**Sosyoekonomik durum**			**İstatistiksel analiz**
	Kötü (n:121)	**Orta (n:865)**	**İyi (n:264)**	
	Ortalama±ss	**Ortalama±ss**	**Ortalama±ss**	
Kişilerarası İlişkiler	**25,00±4,96**	**25,85±4,39**	**26,54±4,42**	**Kruskal Wallis*=14,489 p=0,001**
Beslenme	**19,40±4,44**	**20,39±4,32**	**20,55±4,33**	**Kruskal Wallis*=7,287 p=0,026**
Sağlık Sorumluluğu	**19,36±5,46**	**20,39±4,83**	**21,00±4,99**	**Kruskal Wallis*=9,575 p=0,008**
Fiziksel Aktivite	17,20±5,41	17,53±5,18	18,03±5,52	Kruskal Wallis*=1,941 p=0,379
Stres Yönetimi	18,72±3,89	18,97±3,57	19,36±4,07	Kruskal Wallis*=3,516 p=0,172
Manevi Gelişim	**24,45±4,54**	**25,57±4,53**	**26,38±4,65**	**Kruskal Wallis*=17,007 p<0,001**
SYBDÖ-Toplam	**124,15±21,84**	**128,72±19,93**	**131,89±21,50**	**Kruskal Wallis*=13,304 p=0,001**

n: sayı, **ss:** standart sapma, SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Katılımcıların SYBDÖ ve alt ölçekleri ile önemli bir sağlık sorununa sahip olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Katılımcıların SYBDÖ ve alt ölçekleri ile sürekli kullandıkları bir ilaç olması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıkları arasında anlamlı bir fark saptandı (p<0,001). Hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü hiç yaptırmayan öğrencilerin SYBDÖ ortalama puanları daha düşük saptandı. Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalık ve yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıklarının karşılaştırılması Tablo 32'de gösterilmiştir.

Katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile SYBDÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,005). Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sağlık durumlarının karşılaştırılması Tablo 33'te gösterilmiştir.

Tablo 32. Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile genel sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdıklarının karşılaştırılması

Genel sağlık kontrolü	**SYBDÖ Toplam Puan Ortalaması**			
	n	**Ortalama**	**Ss**	
Hiç yaptırmadım	495	123,63	20,82	Kruskal Wallis*=64,943 p<0,001
Son 6 ay içinde	419	133,42	20,24	
6 ay-1 yıl	126	134,58	20,44	
1-2 yıl	114	130,73	16,52	
2-5 yıl	51	128,11	18,32	
5 yıldan fazla zaman geçmiştir	45	126,51	18,49	

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ**: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi.

Tablo 33. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalaması ile sağlık durumlarının karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	Sağlık durumu			İstatistiksel analiz
	Kötü (n:28)	Orta (n:440)	İyi (n:782)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Kişilerarası İlişkiler	23,28±5,43	25,16±4,22	26,44±4,48	Kruskal Wallis*=29,579 p<0,001
Beslenme	17,71±6,12	19,71±3,99	20,77±4,38	Kruskal Wallis*=23,365 p<0,001
Sağlık Sorumluluğu	18,00±5,77	20,10±4,72	20,68±5,00	Kruskal Wallis*=8,426 p=0,015
Fiziksel Aktivite	15,42±5,76	16,74±4,76	18,16±5,45	Kruskal Wallis*=23,795 p<0,001
Stres Yönetimi	17,78±4,49	18,35±3,42	19,45±3,78	Kruskal Wallis*=22,940 p<0,001
Manevi Gelişim	21,60±5,59	24,69±4,40	26,31±4,48	Kruskal Wallis*=45,021 p<0,001
SYBDÖ-Toplam	113,82±24,72	124,78±18,37	131,84±20,92	Kruskal Wallis*=41,045 p<0,001

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Kruskal Wallis H testi

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Hobileri olan öğrencilerin SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmamasının karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34. Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmama durumunun karşılaştırılması

SYBDÖ ve alt ölçekleri	Hobileriniz var mı?		İstatistiksel analiz
	Hayır (n:392)	Evet (n:858)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Kişilerarası İlişkiler	24,87±4,47	26,39±4,39	p<0,001 Z*=-5,651
Beslenme	19,83±4,14	20,55±4,41	p=0,003 Z*=-2,920
Sağlık Sorumluluğu	19,57±4,66	20,80±5,02	p<0,001 Z*=-4,163
Fiziksel Aktivite	15,93±4,80	18,37±5,31	p<0,001 Z*=-7,606
Stres Yönetimi	18,59±3,70	19,23±3,71	p=0,005 Z*=-2,821
Manevi Gelişim	24,38±5,10	26,21±4,38	p<0,001 Z*=-6,253
SYBDÖ-Toplam	123,19±19,75	131,58±20,37	p<0,001 Z*=-6,916

n: sayı, **ss:** standart sapma, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Mann Whitney U Testi.

Katılımcıların SAÖ toplam puanı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında aralarında pozitif korelasyon saptanmıştır (p<0,001). Katılımcıların SAÖ toplam puanı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 35'te gösterilmiştir.

Tablo 35. Katılımcıların SAÖ toplam puanı ile SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	SAÖ Toplam	
	Sperman's rho*	**p değeri**
SYBDÖ Toplam	0,330	<0,001
Kişilerarası İlişkiler	0,228	<0,001
Beslenme	0,257	<0,001
Sağlık Sorumluluğu	0,234	<0,001
Manevi Gelişim	0,262	<0,001
Stres Yönetimi	0,189	<0,001
Fiziksel Aktivite	0,256	<0,001

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

SAÖ alt ölçek puanları ile SYBDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında aralarında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Öğrencilerin SAÖ alt ölçek puanları arttıkça SYBDÖ toplam puanı artmaktadır. Katılımcıların SAÖ alt ölçek puanları ile SYBDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 36'da gösterilmiştir.

Sağlığın önemi alt ölçeği ile SYBDÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında aralarında pozitif korelasyon saptandı ($p<0,01$). Sağlığın önemi alt ölçek puanı arttıkça SYBDÖ alt ölçek puanları artma eğilimi göstermektedir. Katılımcıların SAÖ-sağlığın önemi ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 36. Katılımcıların SAÖ alt ölçek puanları ile SYBDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	SYBDÖ Toplam	
	Sperman's rho*	**p değeri**
Sağlığın Önemi	0,418	<0,001
Kontrol Merkezi	0,074	0,009
Öz Farkındalık	0,286	<0,001
Kesinlik	0,190	<0,001

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

Tablo 37. Katılımcıların sağlığın önemi alt ölçeği puanı ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Sağlığın Önemi	
	Sperman's rho*	**p değeri**
Kişilerarası İlişkiler	**0,258**	**<0,001**
Beslenme	**0,317**	**<0,001**
Sağlık Sorumluluğu	**0,416**	**<0,001**
Manevi Gelişim	**0,304**	**<0,001**
Stres Yönetimi	**0,319**	**<0,001**
Fiziksel Aktivite	**0,280**	**<0,001**

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği, **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

Katılımcıların kontrol merkezi ile kişilerarası ilişkiler (p=0,001) ve manevi gelişim (p=0,009) alt ölçekleri karşılaştırıldığında aralarında pozitif korelasyon saptandı. Kontrol merkezi alt ölçeği puanı arttıkça kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt ölçek puanları artma eğilimi göstermektedir. Katılımcıların kontrol merkezi ile SYBDÖ alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 38'de gösterilmiştir.

Tablo 38. Katılımcıların kontrol merkezi alt ölçek puanı ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol Merkezi	
	Sperman's rho*	**p değeri**
Kişilerarası İlişkiler	**0,092**	**0,001**
Beslenme	0,051	0,073
Sağlık Sorumluluğu	0,032	0,265
Manevi Gelişim	**0,074**	**0,009**
Stres Yönetimi	-0,003	0,909
Fiziksel Aktivite	0,039	0,164

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

Katılımcıların öz farkındalık alt ölçeği puanları ile SYBDÖ alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptandı (p<0,001). Öz farkındalık alt ölçek puanı arttıkça SYBDÖ alt ölçeklerinin puanı artma eğilimi göstermektedir. Katılımcıların öz farkındalık alt ölçeği ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 39. Katılımcıların öz farkındalık alt ölçeği puanları ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Öz Farkındalık	
	Sperman's rho*	**p değeri**
Kişilerarası İlişkiler	**0,224**	**<0,001**
Beslenme	**0,203**	**<0,001**
Sağlık Sorumluluğu	**0,209**	**<0,001**
Manevi Gelişim	**0,237**	**<0,001**
Stres Yönetimi	**0,174**	**<0,001**
Fiziksel Aktivite	**0,244**	**<0,001**

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

Katılımcıların kesinlik alt ölçeği puanı ile SYBDÖ alt ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptandı ($p<0,005$). Kesinlik alt ölçek puanı arttıkça SYBDÖ alt ölçek puanları artma eğilimi göstermektedir. Katılımcıların kesinlik puanı ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 40'ta gösterilmiştir.

Tablo 40. Katılımcıların kesinlik alt ölçeği puanı ile SYBDÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kesinlik	
	Sperman's rho*	**p değeri**
Kişilerarası İlişkiler	**0,093**	**0,001**
Beslenme	**0,180**	**<0,001**
Sağlık Sorumluluğu	**0,081**	**0,004**
Manevi Gelişim	**0,144**	**<0,001**
Stres Yönetimi	**0,119**	**<0,001**
Fiziksel Aktivite	**0,199**	**<0,001**

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği **SYBDÖ:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
*Sperman Korelasyon Katsayısı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda geleceğin toplumunu ve meslek gruplarını oluşturacak olan genç yetişkinlik çağındaki üniversite öğrencilerinin kendi sağlık algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Gelecekteki meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olup olmayacakları şimdiden tahmin edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar gerekli görülen müdahalelerin yapılabilmesi adına önem arz etmektedir.

Trakya Üniversitesi son sınıf lisans öğrencilerinin; sosyodemografik, sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili maddelere verdikleri yanıtlar değerlendirilerek; sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amaçlanmıştır. Elde edilen veriler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri, eksiklikleri ve özgün tarafları incelenip çözüm önerileri sunuldu. Çalışmamızın sonuçları sonraki çalışmalara yol göstermesi açısından da önemlidir.

Çalışmamıza 11 fakültede öğrenim gören 1250 son sınıf lisans öğrencisi dahil edildi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sadece son sınıf lisans öğrencilerinde sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer çalışmalar tek bir fakültede ya da bazı fakültelerde farkı ortaya koymak için seçili öğrenci gruplarında yapılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin SAÖ puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden 51,4±7,15 ile orta düzeyde bulunmuştur. Sakarya ili Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması 49,88±6,28 olarak bulunmuştur (94). Çaka ve ark.'nın (95) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada SAÖ toplam puanı ortalaması 49,6±6,2, Alkan ve ark.'nın (41) Hemşirelik bölümünde okuyan 269 öğrenci ile yaptıkları bir çalışmada SAÖ toplam puan ortalaması 42,34±6,33 ve Kolaç ve

ark.'nın (96) fabrika çalışanlarında yaptığı bir başka çalışmada SAÖ puan ortalaması 39,84±8,29 saptanmıştır. Özdelikara ve ark.'nın (97) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı başka bir çalışmada SAÖ toplam puan ortalaması 50,57±4,60 olarak saptanmıştır. Genel olarak yapılan çalışmalarda SAÖ toplam puan ortalaması bizim çalışmamızdan daha düşük saptanmıştır. 339 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada SAÖ toplam puan ortalaması 53.14±8.27 olarak bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır (98).

Çalışmamızda sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması 11,05±2,39 olarak hesaplanmıştır. SAÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en düşük puanın sağlığın önemi alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2. sınıfta eğitim gören 56 öğrenci ile yapılan bir çalışmada sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması 10.73±1.95 olarak saptanmıştır (97). Kocaeli/Gebze ilinde özel bir kuruma bağlı iki farklı fabrikada çalışan 221 kişi ile yapılan bir çalışmada sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması 6,28±2,46 olarak saptanmıştır (96). Sağlık yüksekokulunun Hemşirelik bölümünde okuyan 269 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması 6,58±1,64 olarak saptanmıştır (41). Bizim çalışmamızda katılımcılarda sağlığın önemi alt ölçeği puanı düşük olsa da literatüre bakıldığında genel olarak sağlığın önemi alt ölçeğinin bizim sonuçlarımızdan daha düşük değerler aldığı görülmektedir. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Ağrı ili Eleşkirt ilçe merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören 339 öğrenci ile yapılan bir çalışmada sağlığın önemi alt ölçeği puan ortalaması 11,53±2,54 olarak bizim çalışmamızdan yüksek olarak saptanmıştır (98).

Kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 16,73±4,2 olarak hesaplanmıştır. SAÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kontrol merkezi alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Sağlık yüksekokulunun Hemşirelik bölümünde okuyan 269 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 16,14±3,45 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (41). Erciyes Üniversitesinde 1286 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 14,3±3,7 olarak çalışmamızdan daha düşük saptanmıştır (99). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2. sınıfta eğitim gören 56 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 17,37±2,87 olarak bizim çalışmamızdan yüksek olarak saptanmıştır (97). Ağrı ili Eleşkirt ilçe merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören 339 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 17,36±4,46 olarak bizim çalışmamızdan yüksek olarak saptanmıştır (98).

Öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması 11,38±2,02 olarak hesaplanmıştır. Sağlık yüksekokulunun Hemşirelik bölümünde okuyan 269 öğrenci ile yapılan çalışmada öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması 7,53±1,86 olarak saptanmıştır (41). Bir sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 400 hemşirelik öğrencisi ile yapılan çalışmada öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması 6,5±2,0 olarak saptanmıştır (100). 407 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması 11,23±2,47 olarak saptanmıştır (101). Erciyes Üniversitesinde 1286 öğrenci ile yapılan çalışmada öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması 6,08±1,9 olarak saptanmıştır (99). Literarüre bakıldığında öz farkındalık alt ölçeği puan ortalaması genel olarak bizim çalışmamızdan daha düşük değerlerde saptanmıştır.

Kesinlik alt ölçeği puan ortalaması 12,22±3,36 olarak hesaplanmıştır. Bir sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören 400 hemşirelik öğrencisi ile yapılan çalışmada kesinlik alt ölçeği puan ortalaması 11,8±3,2 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (100). 407 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada kesinlik alt ölçeği puan ortalaması 11,68±3,51 olarak çalışmamızdan düşük değerde saptanmıştır (101). Sağlık yüksekokulunun Hemşirelik bölümünde okuyan 269 öğrenci ile yapılan çalışmada kesinlik alt ölçeği puan ortalaması 12,07±3,13 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (41). Erciyes Üniversitesinde 1286 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt ölçeği puan ortalaması 12,7±3,0 olarak bizim çalışmamızdan daha yüksek saptanmıştır (99).

Katılımcıların yaşı ile SAÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; öğrencilerin yaşı ile sağlığın önemi alt ölçek puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Öğrencilerin yaşı ile kontrol merkezi alt ölçek puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Öğrencilerin yaşı ile SAÖ toplam puanı, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sağlığın önemi alt ölçeği bireyin sağlığına ne kadar önem verdiği ile ilgili bir durum olduğundan dolayı yaş arttıkça azalma göstermesi düşündürücüdür. Üniversite dönemi önemli değişimlerin yaşandığı yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluştuğu yıllardır ve yaş arttıkça bireyin kendisine ve çevresine olan sorumlulukları artar. Kontrol merkezi alt ölçeği kişinin sağlığının kontrolü konusunda dış faktörlerden ziyade kendini merkezde görmesi ile ilgili bir kavram olduğundan yaş arttıkça puanının artması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda öğrencilerin SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; sadece öz farkındalık alt ölçeği ile katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Erkek katılımcıların öz farkındalık alt ölçeği ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin SAÖ toplam ve alt ölçekleri olan

sağlığın önemi, kontrol merkezi ve kesinlik ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hemşirelik bölümünde ve mühendislik fakültesi elektrik-elektronik mühendisliği bölümünde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin cinsiyeti ile SAÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (46). %88,8'i kadın, %11,2'si erkek olan hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada cinsiyete göre SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (95).

Çalışmamızda katılımcıların SAÖ toplam puan ortalamaları ile fakülteleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Mühendislik Fakültesi Elektrik-Elektronik Mühendisliği bölümünde yapılan bir çalışmada öğrencilerin bulundukları fakülte ile SAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (46). Erciyes Üniversitesi Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin SAÖ toplam puan ortalamaları ile fakülteleri karşılaştırıldığında; SAÖ toplam puan ortalaması Tıp Fakültesinde daha düşük, Eğitim Fakültesinde daha yüksek olarak saptanmıştır (99).

Çalışmamızda katılımcıların SAÖ toplam ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Katılımcıların SAÖ alt ölçeklerinden sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık puan ortalamaları ile sigara kullanma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Sigara kullanmayanların sağlığın önemi alt ölçek puan ortalaması daha yüksek saptandı. Kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamasının sigarayı bırakanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Öz farkındalık alt ölçek puan ortalamasının sigara kullananlarda daha yüksek olduğu saptandı. Erciyes üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara kullanma durumu ile SAÖ toplam puan ortalaması arasında ilişki saptanmazken, bizim çalışmamıza benzer şekilde sağlığın önemi alt ölçek puan ortalaması sigara kullanmayan öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (99). Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortalamasının sigara kullanmayan bireylerde ve kontrol merkezi alt ölçek puan ortalamasının sigarayı bırakan bireylerde yüksek saptanması beklediğimiz bir durumdur. Ancak öz farkındalık alt ölçek puan ortalamasının sigara kullanan bireylerde yüksek saptanması düşündürücüdür.

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile SAÖ toplam ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; alkol kullanma durumu ile sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Alkol kullanma durumu ile SAÖ toplam ve kesinlik alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Her gün alkol kullanan öğrencilerin sağlığın önemi ve kontrol

merkezi alt ölçek puanları daha düşük, öz farkındalık alt ölçeği puanı ise daha yüksek saptandı. Öğrencilerin öz farkındalık alt ölçeği puanının her gün alkol kullanan öğrencilerde yüksek çıkması biraz düşündürücüdür. Ancak, alkol kullanımının araştırılan faktörlerle ilişkisi değerlendirilirken alınan alkol miktarı ve bağımlılık derecesi de dikkate alınmalıdır.

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadıkları yerin özelliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bulgularımızı destekler nitelikte Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada katılımcıların şimdiye kadar en uzun kaldıkları yer ile SAÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (99). Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin şimdiye kadar yaşadıkları yer ile SAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (94). Literatüre bakıldığında genel olarak SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile en uzun süre yaşadıkları yerin özelliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 400 hemşirelik öğrencisi ile yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının ailesi ile birlikte il merkezinde yaşadığı ve SAÖ toplam puanının ilçede yaşayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (100).

Katılımcıların SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sosyoekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin SAÖ toplam, sağlığın önemi ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Katılımcıların kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Sakarya ilinde Hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SAÖ toplam puan ortalaması ile sosyoekonomik durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (94).

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puanları ile önemli bir sağlık sorununa sahip olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin kronik hastalık durumları ile SAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (94). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada kronik bir hastalığı bulunmayanların SAÖ toplam puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (102).

Katılımcıların SAÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ile sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmaması durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Erciyes Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada düzenli ilaç kullanma durumunun SAÖ toplam puanı ile ilişkisi bulunmamıştır (99). Literatüre bakıldığında düzenli kullanılan bir ilaç ile SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırıldığı başka çalışmalara rastlanmamıştır.

Katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile SAÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Karadeniz Bölgesi'nde bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 400 öğrenci ile yapılan bir çalışmada sağlığını "çok kötü" olarak algılayan öğrencilerin SAÖ toplam puan ortalamalarının yüksek, "çok iyi" olarak ifade eden öğrencilerin ise SAÖ toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (100). Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kendi ifadelerine göre sağlık durumları ile SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendi ifadelerine göre sağlıklarını iyi olarak tanımlayan öğrencilerde SAÖ toplam puanları daha düşük bulunmuştur (99).

Katılımcıların SAÖ ve alt ölçekleri ile aile tipleri karşılaştırıldığında; sağlığın önemi alt ölçeği ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin sağlığın önemi alt ölçek puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin SAÖ toplam, kontrol merkezi, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İstanbul'da 442 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada katılımcıların SAÖ toplam, kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi alt ölçek puanları ile aile tipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır (103).

Katılımcıların anne eğitim düzeyi ile SAÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında kesinlik alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Kesinlik alt ölçeğinde en yüksek ortalama puan annesi üniversite/yüksekokul mezunu olanlarda saptanmıştır. Katılımcıların SAÖ toplam puanı, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi karşılaştırıldığında farklılık saptanmamıştır. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin anne eğitim düzeyi ile SAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (94). Erciyes üniversitesi öğrencilerinde

yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi ile SAÖ toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (99). Literatürde SAÖ toplam ve alt ölçek puanları ile anne eğitim düzeyinin karşılaştırıldığı çalışmalara çok fazla rastlanmamıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızda Kesinlik alt ölçek puanının annesi üniversite/yüksekokul mezunu olanlarda yüksek saptanması beklediğimiz bir durumdur.

Katılımcıların babalarının eğitim düzeyi ile SAÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında sağlığın önemi alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Babası okuryazar olmayanların sağlığın önemi alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SAÖ toplam, kontrol merkezi, öz farkındalık ve kesinlik alt ölçek puan ortalamaları ile babalarının eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin babalarının eğitim düzeyi ile SAÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (94). Erciyes üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada baba eğitim düzeyi ile SAÖ toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (99). Bizim çalışmamızda babası okuryazar olmayanlarda sağlığın önemi alt ölçek puan ortalamasının düşük saptanması beklediğimiz bir bulgudur. Babaların eğitim seviyesi yükseldikçe öğrencilerde SAÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının yüksek olması beklenmektedir.

Öğrencilerin SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile Beden Kitle İndeksi'ne göre ağırlık durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kahramanmaraş ili Elbistan ilçesinde öğrenim gören devlet lisesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada BKİ sınıflamasına bakıldığında, normal kilolu bireylerin SAÖ toplam puanlarının obez bireylere kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlığın önemi alt ölçek puanı da yine normal kilolu bireylerde obez bireylere göre daha yüksek çıkmıştır (104). İstanbul'da öğrenim gören lise 1, lise 2, lise 3 ve lise 4 öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kesinlik alt ölçek puanı hafif şişmanlarda normal kilolulara göre daha yüksek bulunmuş olup SAÖ toplam puanı ve diğer alt ölçek puanları ile BKİ değeri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (103). Erciyes üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; katılımcıların BKİ'ye göre ağırlık durumu ile SAÖ toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Fakat sağlığın önemi alt ölçeği puanı obezlerde yüksek, zayıflarda düşük olarak bulunmuş, diğer alt ölçekler ile BKİ'ye göre ağırlık durumu arasında ilişki saptanmamıştır (99). Literatüre bakıldığında SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile Beden Kitle İndeksi' ne göre ağırlık durumları karşılaştırıldığında bizim sonuçlarımızdan farklı sonuçlarla karşılaşılmıştır. Bu konu ile ilgili kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SAÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmaması karşılaştırıldığında; SAÖ toplam, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Hobileri olan öğrencilerin SAÖ toplam, sağlığın önemi, kontrol merkezi ve öz farkındalık alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Bununla birlikte; hobileri olan öğrencilerin Kesinlik alt ölçek puan ortalamaları da yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hobi edinmenin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. SAÖ puan ortalamasının yüksek saptanması hobisi olan kişilerde beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 208 puan üzerinden 128,95±20,54 ile orta düzeyde bulunmuştur. Malezya'da Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 128,3±20,3olarak bizim çalışmamıza benzer şekilde orta düzeyde saptanmıştır (105). Erciyes Üniversitesinde 1286 öğrenci ile yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 125,4±19,5 olarak çalışmamıza göre düşük saptanmıştır (99). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 121,92±1.10 olarak bizim çalışmamızda daha düşük bulunmuştur (106). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde ihtisas yapan 235 asistanla yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 116,31±17.80 olarak düşük saptanmıştır (107). Fırat Üniversitesinde 711 Tıp Fakültesi öğrencisinin katıldığı bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 124,79±17.94 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (108). Ülkemizde Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 127,9±18.20 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (109). İran'da 500 üniversite öğrencisinin katıldığı başka bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 135,3±15,2 olarak bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır (110). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 317 öğrenci ile yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 130,69±19.22 olarak bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (111).

Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 25,92±4,47 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda SYBDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 20,73±3,76 olarak saptanmıştır (112). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 23,6±3,4 olarak saptanmıştır (2). Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 1001

öğrenci ile yapılan çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 19,4±3,6 olarak bulunmuştur (1). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 19,33±3,25 olarak saptanmıştır (25). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 25,86±4,48 olarak saptanmıştır (113). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 21,04±3,27 olarak saptanmıştır (114). Literatüre bakıldığında genel olarak kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması bizim çalışmamızdan daha düşük olarak saptanmıştır.

Beslenme alt ölçeği puan ortalaması çalışmamızda 20,33±4,34 olarak hesaplanmıştır. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 14,33±3,08 olarak saptanmıştır (112). Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 1001 öğrenci ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 14,9±3,5 olarak saptanmıştır (1). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 14,94±3,36 olarak saptanmıştır (25). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencileri ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 19,11±3,56 olarak saptanmıştır (113). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 16,10±3,10 olarak saptanmıştır (114). Literatüre bakıldığında genel olarak beslenme alt ölçeği puan ortalaması bizim çalışmamızdan daha düşük olarak saptanmıştır. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 336 öğrenci ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 21,40±5,11 olarak bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır (4). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada beslenme alt ölçeği puan ortalaması 22,4±3,1 olarak çalışmamızdan yüksek değerde saptanmıştır (2).

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 20,4±4,94 olarak hesaplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 336 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 23,02±4,37 olarak saptanmıştır (4). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 22,74±5,58 olarak saptanmıştır (112). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada sağlık

sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 22,2±3,1 olarak saptanmıştır (2). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 21,12±5,07 olarak saptanmıştır (25). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması 23,49±5,18 olarak saptanmıştır (114). Literatüre bakıldığında sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması genel olarak bizim çalışmamızdan daha yüksek puan almıştır.

Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 17,60±5,28 olarak hesaplanmıştır. SYBDÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en düşük puanın fiziksel aktivite alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 336 öğrenci ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 16,86±4,88 olarak saptanmıştır (4). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 8,89±3,33 olarak saptanmıştır (112). Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 1001 öğrenci ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 9,5±3,5 olarak saptanmıştır (1). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 9,29±2,96 olarak saptanmıştır (25). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencileri ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 15,31±4,22 olarak saptanmıştır (113). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması 10,61±2,47 olarak saptanmıştır (114). Literatüre bakıldığında fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalaması genel olarak bizim çalışmamızdan daha düşük puan almıştır.

Manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 25,63±4,58 olarak hesaplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 336 öğrenci ile yapılan çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 27,90±4,29 olarak saptanmıştır (4). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 37,33±6,73 olarak saptanmıştır (112). Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 1001 öğrenci ile yapılan çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 35,6±6,4 olarak saptanmıştır (1). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 34,52±7,18 olarak saptanmıştır (25). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencileri ile yapılan

çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 27,01±4,66 olarak saptanmıştır (113). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan çalışmada manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 34,34±4,95 olarak saptanmıştır (114). Literatüre bakıldığında manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması genel olarak bizim çalışmamızdan daha yüksek puan almıştır.

Stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 19,03±3,72 olarak hesaplanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde 336 öğrenci ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 19,80±3,73 olarak bizim çalışmamızdan yüksek saptanmıştır (4). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde birinci sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 21,6±2,8 olarak yüksek saptanmıştır (2). Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği Bölümü öğrencileri ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 19,22±3,69 olarak çalışmamızdan yüksek olarak saptanmıştır (113). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 17,73±3,95 olarak bizim çalışmamızdan düşük saptanmıştır (112). Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören 1001 öğrenci ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 17,4±3,6 olarak düşük değerde saptanmıştır (1). Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görmekte olan birinci ve ikinci sınıftaki 270 öğrenci ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 17,25±3,19 olarak düşük saptanmıştır (25). İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 506 öğrenci ile yapılan çalışmada stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 18,53±3,24 olarak çalışmamızdan düşük saptanmıştır (114).

Katılımcıların yaşı ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Yaş ortalaması 20,62 olan Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak yaş ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (115). 18-30 yaş arasında olan 374 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada 24 yaş ve üzerinde olanların SYBDÖ toplam ve beslenme alt ölçek puanları diğer 24 yaşın altında bulunan öğrencilere göre daha yüksek saptanmıştır (116). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin yaş artışına paralel olarak sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır (112). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Van Meslek Yüksek Okulu' nda eğitim gören 470 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaş grupları ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları

karşılaştırıldığında; 26 yaş ve üzerinde olan öğrencilerin SYBDÖ toplam, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu ölçek puanları 25 yaş ve altında olan öğrencilerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (117). Yaş arttıkça kişilerin sağlık bilincinin oluşması ve sosyal gruplarla daha fazla etkileşim halinde olmaları sebebiyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmaları beklenmektedir.

Katılımcıların çalışmamızda SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların SYBDÖ'ye verdikleri cevaplara göre fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçeğinde erkek katılımcıların ortalama puanlarının kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meksika' da %21,2'si erkek %78,8'i kadın olan psikoloji bölümünde okuyan 307 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada; stres yönetimi ve bizim çalışmamıza benzer şekilde manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması erkek öğrencilerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (118). Erciyes Üniversitesinde %60,9'u kadın %39,1'i erkek 1286 öğrenci ile yapılan bir çalışmada, cinsiyet ile SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında farklılık saptanmazken, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (99). Kırıkkale Üniversitesinde %62,5'i kadın ve %37,5'i erkek olan toplam 746 öğrenci ile yapılan bir çalışmada cinsiyet ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken; manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları kadınlarda, fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (119). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinde %50,6'sı kadın ve %49,4'ü erkek olan 711 öğrenci ile yapılan çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; erkek öğrencilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt ölçeklerine bakıldığında erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, kadın öğrencilerin ise kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (108). Gazi Üniversitesinde %29'u erkek ve %71'i kadın olan 1260 üniversite öğrencisinin cinsiyeti ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamasının kadınlarda, fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasının ise erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (120). Çalışmamızda erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasının kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının nedenleri olarak; toplumumuzun gelenek ve kültür yapısına bağlı olarak genelde fiziksel aktivite erkeklere özgü bir durum olarak görülmekte ve erkekler spor yapmaları

konusunda daha fazla teşvik edilmektedir. Güçlü ve kuvvetli olmak gibi özellikler erkeksiliği çağrıştırdığı için kadınlar fiziksel aktivite yapmaları yönünde çok fazla teşvik edilmezler. Bu nedenle spor genelde erkek kimliği ile özdeşleşmiştir ve erkek işi olarak görülür. Türkiye'de kadınları egzersiz yapmaya motive edecek yeni yaklaşımlara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivitenin toplum geneline yayılarak herkes tarafından yapılabilir hale gelmesi için kadının egzersize olan ilgisini arttırmak ve spor yapması için çaba sarf edilmesi gerekmektedir.

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde %58,9'u kadın ve %41,1'i erkek olan 608 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile öğrencilerin cinsiyetleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (121). Hacettepe Üniversitesinde %35,84'i kadın ve %64,16'sı erkek olan 452 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin cinsiyetleri ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (122).

Çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim gördükleri fakülteleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Tıp Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması daha düşük, Spor Bilimleri Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptandı. Erciyes Üniversitesi Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile fakülteleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (99). Çalışmamızda Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin SYBDÖ toplam puan ortalamalarının düşük olmasının nedeni eğitim süreçleri esnasında alınan teorik bilgilerin pratiğe dönüştürülme sürecinde yaşanılan stres, mesleki beceri kazanmaları için klinik stajlara ek olarak yoğun nöbetlerinin olması sayılabilir. Sporun fiziksel, zihinsel ve ruhsal gelişime katkısından dolayı Spor Bilimleri Fakültesi son sınıf öğrencilerinin SYBDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olması beklenmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi ortalama puanları ile sigara kullanma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda daha yüksek saptandı. Katılımcıların SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamaları ile sigara içme durumları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan başka bir çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre SYBDÖ toplam ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (112). Ayaz ve ark.'nın (19) Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada da sigara içenlerin beslenme alt

ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (19). Afyon ve Denizli il merkezindeki üniversite ve devlet hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada sigara içmeyenler, kişilerarası ilişkiler alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerin puanlarından ve SYBDÖ toplam puanından sigara içenlere göre daha yüksek puan almıştır (123). 452 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada her gün sigara kullanan öğrencilerin SYBDÖ puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (122). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara kullanmayanların beslenme alt ölçek puan ortalaması sigara kullananlardan ve bırakanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara kullanmayanların stres yönetimi puan ortalaması, sigarayı bırakmış öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamasından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (124). Araştırmamızda ve yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi sigara kullanmak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Sigara kullanmak kendi sağlığına gereken özeni göstermemek ve bu konuda bireyin üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmemesidir. Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeyi hedefleyecek planlı bir eğitimle bu sorumluluk bilincinin kazandırılması gerekmektedir.

Katılımcıların alkol kullanma durumları ile SYBDÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; alkol kullanma durumu ile fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Her gün alkol kullanan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları daha yüksek saptandı. Manevi gelişim alt ölçeği ise hiç tüketmem yanıtını veren öğrencilerde daha yüksek saptandı. Alkol kullanma durumu ile SYBDÖ toplam, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin alkol kullanıp kullanmama durumlarının SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarını etkilemediği saptanmıştır (112). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin alkol alma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (124). Yalçınkaya ve ark.'nın (123) sağlık çalışanlarında yaptıkları bir çalışmada alkol kullanmayanların alkol kullananlara göre beslenme alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yerin özelliği ile SYBDÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında; en uzun süre yaşanılan yer ile SYBDÖ toplam ve Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. İl merkezinde yaşayan

öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması daha yüksek saptandı. Kişilerarası İlişkiler alt ölçeği ise ilçe merkezinde yaşayan öğrencilerde daha yüksek saptandı. En uzun süre yaşanılan yerin özelliği ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bilgin ve ark.'nın (125) 2060 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada yaşamları süresince en uzun süre ilde yaşamış öğrencilerin, ilçe ve köyde yaşayanlara göre sağlık davranışları daha iyi düzeyde bulunmuştur. Çelik ve ark.'nın (126) çalışmasında SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları ilde yaşayanlarda kasabada yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaşamın büyük bir kısmını büyük yerleşim yerlerinde geçirmek, eğitim, sağlık ve sportif faaliyetler açısından birçok olanağa daha kolay erişim imkanı sağladığından olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları karşılaştırıldığında; SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Sosyoekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerin SYBDÖ toplam, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Katılımcıların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ile sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ayaz ve ark.'nın (19) Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyi iyi olanların beslenme alt ölçek puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerde yapılan çalışmada sosyoekonomik düzeyini iyi olarak algılayanların SYBDÖ toplam puanı ile alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt ölçek puanlarının arttığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (108).

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile önemli bir sağlık sorununa sahip olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ puan ortalamalarının değişmediği saptanmıştır (112). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (124). Ege Üniversitesinde 2000-2001 yılında Tıp Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Bilgisayar

Mühendisliği ve Fen Fakültesi İstatistik Bölümünde öğrenim gören 388 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (127). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde eğitim alan 281 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kronik hastalığa sahip olma durumları ile SYBDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (4). Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 301 hemşire ile yapılan bir çalışmada kronik hastalık durumunun SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarını etkilemediği saptanmıştır (128). Literatüre bakıldığında genel olarak bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmaması durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sürekli ilaç kullanan öğrenciler ile kullanmayan öğrencilerin SYBDÖ toplam puan veya alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (124). Sürekli kullanılan bir ilaç olup olmamasının SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarına etkisi saptanmamış olup, bu konuyu aydınlatmak adına daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kendi sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (108). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri "iyi" yönünde arttıkça SYBDÖ toplamı ile alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (112). Ayaz ve ark.' nın çalışmasında, sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (19). Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sağlığını kendi ifadesine göre iyi olarak tanımlayan katılımcılarda SYBDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (99). Yüzüncü Yıl

Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Van Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim gören 470 öğrenci ile yapılan çalışmada sağlık durumlarını iyi olarak değerlendiren öğrencilerin SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (117). Sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirenlerde SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının yüksek saptanması beklediğimiz bir bulgudur.

Katılımcıların SYBDÖ ve alt ölçek toplam puan ortalamaları ile aile tipi arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada aile tipine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; parçalanmış ailede yaşayan öğrencilerin SYBDÖ puanlarının daha düşük olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (108). İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık ve Haliç yerleşkelerinde öğrenim gören toplam 370 öğrenci ile yapılan bir çalışmada aile tipine göre SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (129). Literatüre bakıldığında bulgularımızı destekler nitelikte genel olarak SYBDÖ ve alt ölçek toplam puan ortalamaları ile aile tipi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile anne eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin anne eğitim durumu ile SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (124). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür (2). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Van Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim gören 470 öğrenci ile yapılan çalışmada anne eğitim düzeyleri ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (117). Bingöl Devlet Hastanesi'nde yaz stajı yapan 112 öğrenci ile yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür (130). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınan ortalama puanın arttığı ve manevi gelişim alt ölçeğinden alınan ortalama puanın azaldığı saptanmıştır (108). Erciyes üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (99). Manisa, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Memurluğu bölümünde eğitim görmekte olan öğrencilerde yapılan çalışmada annesi lise ve üstü mezun olanların SYBDÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (106). Meksika'da yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ toplam, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (118). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği incelendiğinde, annenin eğitimi yükseköğretim düzeyinde olan öğrencilerin puanlarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (131). SYBDÖ puanlarının anne eğitim düzeyine göre kıyaslandığında yüksek çıkması beklediğimiz bir durumdur. Literatürde SYBDÖ puanları ile anne eğitim düzeyi karşılaştırıldığında farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmüştür.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile baba eğitim düzeyi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin baba eğitim durumuna göre SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (124). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (2). Bingöl Devlet Hastanesi'nde yaz stajı yapan 112 öğrenci ile yapılan bir çalışmada baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (130). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (131). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Van Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim gören 470 öğrenci ile yapılan çalışmada baba eğitim düzeyleri ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (117). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada babası üniversite mezunu olanların SYBDÖ toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (108). Erciyes üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada babası üniversite mezunu olan öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (99). Manisa, Celal

Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Memurluğu Bölümünde eğitim görmekte olan öğrencilerde yapılan çalışmada babası lise ve üstü mezun olanların SYBDÖ toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (106). Baba eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerde SYBDÖ puanlarının artması beklenmektedir. Ancak literatüre baktığımızda bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda genel olarak baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ puanları arasında farklı sonuçların olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile Beden Kitle İndeksine göre ağırlık durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 688 öğrencide yapılan bir çalışmada BKİ ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır (112). Erciyes Üniversitesi'nde Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde lisans programlarında öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin BKİ durumları ile SYBDÖ toplam ölçek puanı karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Şişman olanlarda sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçeği düşük bulunurken, zayıf olanlarda fiziksel aktivite alt ölçeği anlamlı olarak düşük bulunmuştur (99). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları ile BKİ'ye göre ağırlık durumları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite alt ölçeği puanı ile BKİ'ye göre ağırlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fazla kilolu olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçeği puanları diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır (108). Manisa, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Memurluğu bölümünde eğitim görmekte olan öğrencilerde yapılan çalışmada BKİ normal olanların SYBDÖ toplam ölçek puanları yüksek saptanmıştır (106). Literatüre bakıldığında SYBDÖ puanlarına göre BKİ'ye göre ağırlık durumu karşılaştırıldığında genel olarak bizim sonuçlarımıza benzer şekilde ilişki saptanmamış olsa da farklı sonuçlarla da karşılaşılmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile hobilerinin olup olmama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Hobileri olan öğrencilerin SYBDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek saptandı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada herhangi bir hobisi olduğunu ifade eden öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (108). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksekokulunda okuyan 460 öğrenci ile yapılan bir çalışmada

herhangi bir hobisinin olduğunu ifade eden öğrencilerin SYBDÖ toplam, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının herhangi bir hobisi olmadığını ifade eden öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (132). Bireylerin farklı yeteneklerini keşfetmelerini sağlayan hobiler kişilerin bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyilik potansiyelini arttırarak olumlu yönde sağlık davranışları geliştirmelerine katkıda bulunmaktadır.

Çalışmamızda SAÖ toplam puanı ile SYBDÖ toplam puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Analiz sonucunda kontrol merkezi alt ölçeği puanı ile beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite SYBDÖ alt ölçeği puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Kontrol merkezi alt ölçeği puanı ile kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim SYBDÖ alt ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Bu durum kontrol merkezi alt ölçeğinin SYBD'yi kısmen de olsa geliştirdiği ve desteklediği yönünde düşünmemizi sağlamaktadır. Geriye kalan alt ölçek puanları arasında ve alt ölçek puanlarıyla toplam ölçek puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak hayatın birçok alanında kişisel düşüncelerin, hislerin, önyargıların ve beklentilerin bileşkesi olan sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bir kavram olduğu her zaman akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızı planlarken Trakya Üniversitesinin tüm fakültelerindeki son sınıf lisans öğrencilerine ulaşılması hedeflenmiştir. Covid-19 pandemisi nedeniyle Devlet Konservatuvarı, Güzel Sanatlar Fakültesi ve Mimarlık Fakültesinde öğrenim gören öğrencilere ulaşılamamıştır. Pandemi nedeniyle Trakya Üniversitesinin tüm fakültelerinde araştırmamızın yapılamaması ve bazı fakültelerde daha az sayıda öğrenciye ulaşılması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Bununla birlikte ülkemizde yapılan başka hiçbir çalışmada sadece son sınıf lisans öğrencilerinde sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Pandemi döneminde olmamıza rağmen yüksek sayıda öğrenciye (1250 kişi) ulaşılması çalışmamızın güçlü yönlerindendir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza Edirne il merkezinde Trakya Üniversitesi fakültelerinde öğrenim gören son sınıf lisans öğrencileri dahil edildi. Araştırmamızın sonuçları ve öneriler şu şekilde özetlenebilir:

1. Katılımcıların sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu yüzden bireylerin sağlık algısını geliştirici yaklaşımlarla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttırılması hedeflenmelidir. Geleceğin meslek gruplarını oluşturan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilinçlendirilmesi ve bu amaca yönelik uygun müdahalelerin planlanması gerektiği düşünülmektedir.

2. Katılımcıların SAÖ toplam puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (51,4 ±7,15). SAÖ alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kontrol merkezi (16,73±4,2) ve en düşük puanın sağlığın önemi (11,05±2,39) alt ölçeğinde olduğu saptanmıştır. Üniversite yıllarının başlarından itibaren öğrencilere sağlıklarına gereken önemi vermeleri ve sağlıklarını geliştiren davranışları benimsemeleri için etkin bir danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi ve bunun mezuniyete kadar devam ettirilmesi gerekmektedir. Seminer ve konferanslar düzenleyerek öğrencilerin sağlık algısını geliştirici yaklaşımlarla hem kendilerinin hem de başkalarının sağlığına zarar verecek olumsuz davranışlardan kaçınmaları sağlanmalıdır.

3. Katılımcıların SYBDÖ toplam puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (128,95±20,54). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler (25,92±4,47) ve en düşük puanın fiziksel aktivite (17,60±5,28) alt ölçeğinde olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların fiziksel aktivite alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının erkek öğrencilere kıyasla daha düşük olduğu

saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde sosyal destek programlarıyla fiziksel aktivite ve spor yapma bilincinin oluşturulması ve üniversite kampüsünde spor alanlarının arttırılması gerekmektedir. Doğa yürüyüşleri ve spor müsabakaları gibi sportif faaliyetler düzenlenerek öğrencilerin katılımları sağlanmalıdır. Kadın öğrencilerin fiziksel aktiviteye ve spor yapmaya zaman ayırmaları için ayrıca teşvik edilmeleri gerekmektedir.

4. Çalışmamızda Tıp Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması en düşük, Spor Bilimleri Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması en yüksek saptandı. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına yönelik olarak etkin bir danışmanlık hizmeti ve eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir.

5. Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları; öğrencilerin cinsiyetine, anne-baba eğitim düzeyine, BKİ'ye göre ağırlık durumuna, sigara ve alkol kullanma durumuna, önemli bir sağlık sorununa sahip olup olmamalarına, sürekli kullandıkları bir ilaç olup olmamasına ve aile tipine göre değişmemektedir.

6. Çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puanları sigara kullananlarda kullanmayanlara göre daha düşük saptandı. Sigaranın sağlığa zararları ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu konuda öğrencilere örnek teşkil edebilecek öğretim elemanlarının desteğinin sağlanması gerekmektedir.

7. Çalışmamızda hobisi olan öğrencilerin SAÖ puanları ve SYBDÖ puanları daha yüksek saptandı. Üniversite ortamının çevresel ve sosyal anlamda olanaklarının öğrencilerin farklı yeteneklerini keşfetmelerini sağlayarak çeşitli hobi edinmelerine imkan sağlayabilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları yönünde desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık algısını destekleyici ve geliştirici yaklaşımlar, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yer vermesine ve bu davranışların devam ettirilmesine katkı sağlayabileceğinden dolayı sağlığın korunması ve geliştirilmesi adına önemlidir.

ÖZET

Çalışmamızda Edirne il merkezinde Trakya Üniversitesi'nde öğrenim gören son sınıf lisans öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi, üniversite öğrencilerinin kendi sağlık algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıklarının araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın evrenini 2019-2020 eğitim öğretim yılında Edirne il merkezinde Trakya Üniversitesi fakültelerinde öğrenim gören son sınıf lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplandı. Rastgele örneklem yöntemiyle gönüllü 1250 katılımcı çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm öğrencilere çalışma hakkında bilgi verildi ve sözel onamları alındı. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili 26 soru, 15 Sağlık Algısı Ölçeği sorusu ve 52 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorusu olmak üzere toplam 93 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların 775'i (%62) kadın 475'i (%38) erkekti. Katılımcıların Sağlık Algısı Ölçeği puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden 51,4 ±7,15 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Sağlık Algısı Ölçeği alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kontrol merkezi, en düşük puanın sağlığın önemi alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine verdikleri cevaplara göre ortalama puan 128,95±20,54 olarak orta düzeyde saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler, en düşük puanın fiziksel aktivite alt ölçeğinde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda Tıp Fakültesinde eğitim gören öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması en düşük, Spor Bilimleri Fakültesinde eğitim gören

öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması en yüksek saptandı.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu yüzden bireylerin sağlık algısını geliştirici yaklaşımlarla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi hedeflenmelidir. Geleceğin meslek gruplarını oluşturan üniversite öğrencilerinin Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilinçlendirilmesi ve bu amaca yönelik uygun müdahalelerin planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: sağlık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, lisans öğrencileri

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF TRAKYA UNIVERSITY LAST GRADE STUDENTS

SUMMARY

The aim of this study was to examine the relationship between health perception and healthy lifestyle behaviors of senior undergraduate students of Trakya University in Edirne, and to investigate whether university students have sufficient knowledge on their own health perceptions and healthy lifestyle behaviors.

The population of our study consists of senior undergraduate students studying at Trakya University faculties in the city center of Edirne in the 2019-2020 academic year. Data were collected through a questionnaire prepared by researcher. Using the random sampling method, 1250 volunteer participants were included in the study. All students participating in the study were informed and their verbal consents were obtained. The questionnaire consists of a total of 93 questions, including 26 questions about the sociodemographic characteristics of the participants, 15 questions on the Perception of Health Scale and 52 questions on the Healthy Lifestyle Behaviors Scale.

Of the participants, 775 (%62) were female and 475 (%38) male. The total health perception score average of the participants was 51,4±7,15 out of 75 points at a moderate level. When the means of the health perception subscales were examined, the highest score was in the control center and the lowest score was in the importance of health subscale.

The average Health Lifestyle Behaviors Scale score was found to be 128,95±20,54 at a medium level. When the means of Health Lifestyle Behaviors Scale subscales were examined, it was seen that the highest score was in interpersonal relations and the lowest score was in the physical activity subscale.

The average Health Lifestyle Behaviors Scale score was the lowest among the students of the Faculty of Medicine and the highest among the students of the Faculty of Sports Sciences.

As a result of our study, there was a positive relationship between the health perception of the participants and their healthy lifestyle behaviors. Therefore, it should be aimed to develop healthy lifestyle behaviors with approaches that improve individuals' perception of health. As the profession groups of the future, university student should be made aware of healthy lifestyle behaviors, and appropriate interventions should be planned for this purpose.

Keywords: perception of health, healthy lifestyle behaviors, undergraduate students

KAYNAKLAR

1. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2008;11(3):17–26.

2. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö ve ark. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Derg 2012;26(3):151–7.

3. Sumen A, Oncel S. Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: A systematic review. Eur J Ther 2017;23(2):74–82.

4. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg 2015;1(2):53–67.

5. Frequently asked questions [Internet]. [cited 2020 May 12]. Available from: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions

6. Birol L. Hemşirelik süreci. 3. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti; 1997.

7. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basım ve Yayıncılık; 2010. p. 38.

8. Larson JS. The measurement of health: Concepts and Indicators. Greenwood Publishing Group;1991:1–7.

9. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. Hacetteğe Sağlık İdaresi Derg 1999;4(1):51–62.

10. Edlin G, Golanty E, Brown KM. Essentials for health and wellness. In Jones & Bartlett

Learning; 2000:4–7.

11. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing - Revised Reprint: Population Centered Health Care in the Community. 9th ed. United State of America: In Elsevier Health Sciences; 2013:260–7.

12. Demir Z, Haşil Korkmaz N, Sevil Ü. Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Uluslararası Hakemli Akad Spor Sağlık ve Tıp Bilim Derg 2015;14(5):96–109.

13. The European Definition Of General Practice / Family Medıcine.Wonca Europe. 2011. https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine

14. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Derg 2017;21(2):74–81.

15. Bae J-M. Implementation of quaternary prevention in the Korean healthcare system: Lessons from the 2015 middle east respiratory syndrome coronavirus outbreak in the republic of Korea. J Prev Med Public Heal. 2015;48(6):271–3.

16. Freeman R.Thomas. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi (Çeviri: DA Güldal). Günvar T, Başak O (Editörler). McWhinney'in Aile Hekimliği. 4. Baskı. Çukurova/Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s. 273.

17. Uzuner A. Kalp yetersizliği: Birincil ve ikincil korunmada birinci basamak hekiminin önemi. Klin Gelişim. 2011;24:76–9.

18. Carlos JS, Metsemakers JF. Wonca: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians. Eur J Gen Pract. 2011;17(3):193–4.

19. Ayaz S, Tezcan S, Akinci F. Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Derg 2005;9(2):26-34

20. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nurs Outlook. 1992;40(3):106–12

21. Aksungur A, Göktaş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksekokulu Dergisi 2011;10(1):1-12

22. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi nedir? [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-health-promotion

23. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektron Derg 2014;7(1):59–67.

24. Madenoğlu Kıvanç M. Universal declarations of health and health reforms in Turkey. Sağlık ve hemşirelik yönetimi Derg 2016;2(3):162–6.

25. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2012;14(2):1–7.

26. Conner M, Norman P. Predicting Health Behaviour. Second edi. New York: Open University Press McGraw-Hill Education; 2005.

27. Ogden J. Health Psychology: a text book. third. Open University Press; 2004.

28. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology. London: SAGE Publications.; 2012.

29. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(3):230–7.

30. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg 2015;5(1):28–34.

31. Tuncay SY, Demirhan İ, Şahin S, Kaplan S. Sağlık inanç modeli örneği: Tütün bağımlısı gebe. Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg 2019;2(1):38–46.

32. Küçük E. Planlanmış davranış teorisi çerçevesinde mali müşavir (SMMM) olma niyetinin altında yatan faktörlerin analizi. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Derg 2012;7(14):145–62.

33. Ünver Z. Sağlık davranışlarının değiştirilmesinde transteoretik model kullanimi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Derg 2019;2:218–28.

34. Özdemir H, Taşcı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg 2012;1(2013):41–7.

35. Koçak A, Bulduklu Y. Sağlık iletişimi: Yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları. Selçuk İletişim 2010;6(3):5–17.

36. Başgöl Ş. Pelvik taban disfonksiyonunu önleme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg

2015;3(1):57.

37. Sevinç S. Life style modification in individulas with myocardial infarction: Pender's health promotion model. J Cardiovasc Nurs 2016;7(14):147–52.

38. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3 rd. Connecticut: Appleton & Lange Stanford;1996.

39. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektron Derg 2012;5(1):28–38.

40. Tokat Aluş M. Başarılı emzirme için kuram ve modeline dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derg 2008;10(3):51–8.

41. Ağaçdiken Alkan S, Özdelikara A, Mumcu Boğa N. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. 2017;6(2):11–21.

42. Velderman MK, Crone MR, Wiefferink CH, Reijneveld SA. Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. Eur J Public Health 2010;20(3):332–8.

43. Tuncel N, Şanlı T, Perk M. Halk sağlığı hemşireliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları Etem A.Ş. Web-Ofset; 1992.

44. Lee J-A, Park J, Kim M. Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. Int J Environ Res Public Health 2015;12(11):14329–41.

45. Kanagae M, Abe Y, Honda S, Takamura N, Kusano Y, Takemoto T, et al. Determinants of self-rated health among community-dwelling women aged 40 years and over in Japan. Tohoku J Exp Med 2006;210(1):11–9.

46. Elçin E, Khorshtd L. İki farklı bölüm öğrencilerinin sağlık algılarının karşılaştırılmas. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg 2016;32(2):1–10.

47. Kang R. Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. Public Health Nurs 1995;12(5):312–8.

48. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. Int J Nurs Stud 2000;37(1):37–43.

49. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Derg

2007;21(5):211–20.

50. Costanzo C, Walker SN, Yates BC, McCabe B, Berg K. Physical activity counseling for older women. West J Nurs Res 2006;28(7):786–801.

51. Lees SJ, Booth FW. Physical inactivity is a disease. World Rev Nutr Diet 2005;95:73–9.

52. Saint Onge JM, Krueger PM. Health lifestyle behaviors among U.S. adults. SSM - Popul Heal 2017;3:89–98.

53. Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. Mayo Found Med Educ Res 2013;88(12):1446–61.

54. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilim Derg 2011;8(2):278–332.

55. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7.Edition. 2014;6–17.

56. Vançelik S, Gürsel Önal S, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6(4):242–8.

57. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. Ankara: Sağlık Bakanlığı -Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2002. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/toplumun-beslenmede.pdf

58. Who. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases world. World Health Organization. 2004; https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/

59. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2013-2017). 3. Baskı. Ankara;2013.

60. Global Database on Body Mass Index - World Health Organization [Internet]. [cited 2020 Jun 11]. Available from: http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm

61. The Global Nutrition Report, From promise to impact ending malnutrition by 2030. International Food Policy Research Institute. A Peer-Revıewed Publıcatıon; 2016:8–13

62. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. 6. Baskı. Ankara; 2018.

63. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik. Ankara; 2015:15–35.

64. Karaca A. Yaşlılıkta fiziksel aktivite. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlık Kongresi Özet Kitabı Ankara; 2009. p. 44.

65. Korkusuz F. Fiziksel Aktivite ve Kemik Sağlığı. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlık Kongresi s.39, Ankara, 2009

66. Tavazar H, Erkaya E, Yavaş Ö, Tez Ö, Zerengök D, Güzel P, ve ark. Lise eğitimi alan genç erişkinlerin fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki farklılıklarının incelenmesi (Manisa ili örneği). Int J Sci Cult Sport 2014;2(5):496.

67. Türkiye fiziksel aktivite rehberi 2014. 2. Basım. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014.

68. Ateş B, Saygın Ö, Zorba E. Ev hanımlarının fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilim Derg 2009;6(2):358–67.

69. Avci Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Prev Med Bull 2016;15(3):259.

70. Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Derg 2017;14(1):38–44.

71. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996;45(1):30–6.

72. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Öölçeği II'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Cumhur Üni Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2008;12(1).

73. Maslow AH. Toward a psychology of being. Second. New York : D. Van Nostrand Company; 1968.

74. Sungur P, Yüksek S. Beden eğitimi ve spor öğretmenlik bölümü son sınıf öğrencilerinin benlik tasarımı ve kendini gerçekleştirme düzeylerinin incelenmesi. Beden Eğitimi ve Spor Bilim Derg 2009;3(3):190–5.

75. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish J Fam Med Prim Care 2012;6(1):13–21.

76. Kaya A, editor. Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim. Ankara: Ankara:Pegem Akademi

Yayıncılık; 2017.

77. Aydın A. Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. J Psychiatr Nurs 2016;7(1):45–9.

78. Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin kişiler arası ilişki tarzları ve mizah tarzları. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Derg 2009;(26):56–66.

79. Güçlü N. Stres yönetimi. GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Derg 2001;1:91–109.

80. Fink G. Stress: Concepts, Definition and history. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier; 2017.

81. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. İstanbul: Remzi Kitap Evi; 1994.

82. Gümüştekin GE, Gültekin F. Stres kaynaklarının kariyer yönetimine etkileri. Dumlupınar Üniversitesi Sos Bilim Derg 2015;23:147-158.

83. Aşçı Ö, Hazar G, Kılıç E, Korkmaz A. Üniversite öğrencilerinde stres nedenlerinin ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi. Uşak Üniversitesi Sos Bilim Derg 2015 29;8(4):213–32.

84. Deniz EM, Yılmaz E. Üniversite öğrencilerinin duygusal zeka ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg 2005;3(25):17–26.

85. Türküm AS. Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal 2002;2(18):25-34

86. Aydın B, İmamoğlu S. Stresle başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik grup çalışması. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilim Derg 2001;14(14):41–52.

87. Doğan B, Eser M. Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri: Nazilli MYO örneği. Electron J Vocat Coll Aralık UMYOS Özel Sayı 2013;3(4):29–39.

88. Şahin İ, Fırat NŞ, Zoraloğlu YR, Açıkgöz K. Üniversite öğrencilerinin sorunları. e-Journal New World Sci Acad Educ Sci 2009;4(4):1436–49.

89. Köseoğlu Örnek Ö, Kürklü A. Üniversite Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klin Hemşirelik Bilim Derg 2017;9(3):207–17.

90. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers C V., Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. J Community

Psychol. 2007;35(5):557–61.

91. Kadıoğlu H, Yıldız A. Validity and reliability of turkish version of perception of health scale. Turkiye Klin J Med Sci 2012;32(1):47–53.

92. Walker SN, Sechrist K, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36(2):76–80.

93. Akça ŞA. Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi (tez). İzmir;Ege Üniversitesi izmir;1998.

94. Doğu Ö, Atasoy I. Hemşirelik lisans öğrencilerinde sağlık algısına cinsiyet ve diğer faktörlerin etkisi. Turkiye Klin J Nurs Sci 2017;9(2):107–13.

95. Çaka Yalınızoğlu S, Topal S, Karakaya Suzan Ö, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. J Hum Rhythm 2017;3(4):198–203.

96. Kolaç N, Sezer Balcı A, Nevin Şişman F, Eylem Ataçer B, Dinçer S. Health perception and healthy lifestyle behaviors in factory workers. Bakirkoy Tip Derg / Med J Bakirkoy 2018;14(3):267–74.

97. Özdelikara A, Ağaçdiken Alkan S, Mumcu N. Determination of health perception, health anxiety and effecting factors among nursing students. Bakirkoy Tip Derg / Med J Bakirkoy 2018;14(3)275–82.

98. Kılıç B. Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısı Ve Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki (tez). Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

99. Oral B. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

100. Çilingir D, Aydın A. Hemşirelik Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Algısı. Florence Nightingale Hemşirelik Derg 2017;25(3):167–76.

101. Karabayır N. Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Sağlık Davranışlarına Etkisi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.

102. Karakoyunlu Şen S. Sağlık Algısı İle Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki (tez) . İzmir: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.

103. Gültekin B. Adölesanlarda Sağlık Algısının Besin Etiketi Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

104. Boyraz NS. Lise Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı İle Olumsuz Beden Konuşmaları Ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Ve Etkileyen Faktörler (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2020.

105. Bhuıyan M, Sheng JW, Ghazali FH, Mughasbi F, Arnous MK, Maziz MN, et al. Health-Promoting Lifestyle Habits among Preclinical Medical Students. Pakistan J Med Heal Sci. 2017;11(2):490–5.

106. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg 2004;7(3):43–55.

107. Türkol E. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Ruhsal Sağlık Durumu (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

108. Gömleksiz M. Tıp Fakültesi Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

109. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: A multicentre study from Turkey. Asian Pacific J Cancer Prev 2014;15(20):8969–74.

110. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sighaldeh S. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. Int J Prev Med 2016;7(1):65.

111. Özveren H, Doğan Yılmaz E. Investigation of the healthy life style behaviours and the exercise behaviours of the nursing students. J Hum Sci 2018;15(3):1505.

112. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Derg 2011;16(2):78–83.

113. Akgün Kostak M, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Prev Med Bull 2014;14(3):189–96.

114. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. SDÜ Tıp Fak Derg 2010;17(2):19–24.

115. Bozdağ G. Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki (tez). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi: Sosyal Bilimler

Enstitüsü; 2016.

116. Bakırezen MM. Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tip 2 Diyabet Riskinin Belirlenmesi (tez). Gazimağusa: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

117. Sert A. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ve Van Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (tez). Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

118. Ulla Diez SM, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promot Int 2010;25(1):85–93.

119. Tatar M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi Ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (tez). Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi; 2020.

120. Yoldaş G. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

121. Öz Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

122. Arıkan A. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.

123. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bülteni 2007;6(6):409–20.

124. Güleç O. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Ve Son Sınıf Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.

125. Çıtak Bilgin N, Ak B, Cerit B, Ertem M, Çıtak Tunç G. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Sağlık Akad Kastamonu 2019;4(3):188–210.

126. Oyur Çelik G, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yümer A, Öztürk Z, ve ark. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig 2009;3(3):164–9.

127. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu

davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemsire Yüksek Okulu Derg 2004;20(1):77–95.

128. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron Derg 2015;8(1):12–8.

129. Kuşdemir CD. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

130. Bulut A, Bulut A, Erçim RE. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. FNG Bilim Tıp Derg 2016;2(2):105–12.

131. Kıyak RE. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, İlişkili Faktörler Ve Obezite Sıklığının Değerlendirilmesi (tez). Zonguldak: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

132. Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg 2015;6(1):36–42.

EKLER

EK 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/379	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Son Sınıf Lisans Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:18/03**		**Tarih:06.11.2019**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Duygu ORTANCA'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	**E H**	**E H**	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.U.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 2

ve Sayısı: 30/01/2020-407578

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 13930723-045.99-E.407578 30/01/2020
Konu : Anket İzni

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 24/01/2020 tarihli ve 050.04.02-E.405884 sayılı yazı

06.11.2019 tarih TÜTF-BAEK 2019/379 protokol nolu Etik Kurul onayı alınan Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın yürütücüsü olduğu ve Dr. Duygu ORTANCA'nın "Trakya Üniversitesi Son Sınıf Lisans Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı tezinin anketini biriminizde uygulaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Osman Nuri HATİPOĞLU
Rektör V.

Ek: 1

Dağıtım:
Devlet Konservatuvarı Müdürlüğüne
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığına
Eczacılık Fakültesi Dekanlığına
Edebiyat Fakültesi Dekanlığına
Eğitim Fakültesi Dekanlığına
Fen Fakültesi Dekanlığına
Güzel Sanatlar Fakültesi Dekanlığına
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığına
İlahiyat Fakültesi Dekanlığına
Mimarlık Fakültesi Dekanlığına
Mühendislik Fakültesi Dekanlığına
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dekanlığına
Kırkpınar Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Müdürlüğüne
Tıp Fakültesi Dekanlığına

EK 3

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SON SINIF LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGISI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Duygu ORTANCA

Danışman: Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Trakya Üniversitesi Son Sınıf Lisans Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket No:

1. Yaşınız: ……..
2. Cinsiyetiniz:

   1. Kadın 2. Erkek
3. Boy: ……..cm
4. Kilo: ……..kg
5. Medeni Haliniz:

   1.Bekar 2. Evli 3. Dul 4.Boşanmış 5.Diğer (……..)
6. Fakültenizin ve bölümünüzün adı: ……

7. Fakülteye başladığınızdan itibaren yıl kaybınız oldu mu?

   0. Hayır 1. Evet (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz.) (……..yıl)

8. Eğitim gördüğünüz fakülteye kendi isteğinizle mi başladınız?

   0. Hayır 1. Evet

9. Sigara kullanıyor musunuz?

   0. İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.
   1. İçiyordum, bıraktım. (……. yıl, günde …… adet içtim, ……. yıl önce bıraktım.)
   2. Evet, içiyorum. (……. yıldır, günde ……. adet içiyorum.)

10. Alkol kullanıyor musunuz?

    0. Hiç tüketmem 1. Yılda 1 – 2 kez 2. Ayda 2 – 3 kez
    3. Haftada 1 kez 4. Haftada 2 – 3 kez 5. Her gün

11. Aile tipiniz nasıldır?

    1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

12. Annenizin eğitim durumu nedir?

    1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
    4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul / Üniversite

13. Annenizin mesleği nedir?

    1. Ev Hanımı 2. Memur 3. İşçi
    4. Serbest Meslek 5. Emekli 6. Diğer (……..)

14. Babanızın eğitim durumu nedir?

    1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul
    4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul / Üniversite

15. Babanızın mesleği nedir?

1. Çalışmıyor 2. Memur 3. İşçi

4. Serbest Meslek 5. Emekli 6. Diğer (……)

16. En uzun süre yaşadığınız yerin özelliği nedir?

1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Kasaba 4. Köy

17. Şu an nerede yaşıyorsunuz?

1. Kendi başıma evde 2. Ailemle birlikte evde

3. Arkadaşlarımla birlikte evde 4. Devlet yurdunda

5. Özel yurtta 6. Diğer (……)

18. Ailenizin ortalama aylık geliri ne kadar? (……)

19. Geçiminizi nasıl sağlıyorsunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

1. Burs 2. Kredi 3. Harçlık

4. Gelir getirici bir işte çalışarak 5. Diğer (.....)

20. Sosyoekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

0. Kötü 1. Orta 2. İyi

21. Önemli bir sağlık sorununuz var mı?

0. Hayır

1. Evet (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz.) (……)

22. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

0. Hayır

1. Evet (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz.) (……)

23. Hastalık veya yaralanma hariç, genel bir sağlık kontrolünü en son ne zaman yaptırdınız?

0. Hiç yaptırmadım
1. Son 6 ay içinde
2. 6 ay – 1 yıl
3. 1 - 2 yıl
4. 2 – 5 yıl
5. 5 yıldan daha fazla zaman geçmiştir

24. Sağlıklı yaşamak için başvurduğunuz kaynaklar nelerdir? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

1. İnternet
2. Sosyal Medya
3. Televizyon
4. Kitap
5. Sağlık dergisi
6. Doktorların önerileri
7. Aile bireylerinin önerileri
8. Arkadaş çevresinin önerileri
9. Diğer (……)

25. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

0. Kötü
1. Orta
2. İyi

26. Hobileriniz var mı?

0. Hayır
1. Evet (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz.)

(……

……)

27-41 arasında sağlığınızı nasıl algıladığınız ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Verilen cümleler için size en yakın seçeneği işaretleyiniz. Lütfen her cümle ile ilgili olarak birden fazla işaretleme yapmayınız.

	Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
27. Sağlığımı çok düşünürüm.					
28. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
29. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
30. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
31. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
32. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
33. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
34. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
35. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
36. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
37. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
38. Sağlıklı olmak şans işidir.					
39. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
40. İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					
41. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

42-93 arasında şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
42. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	1	2	3	4
43. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1	2	3	4
44. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	1	2	3	4
45. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1	2	3	4
46. Yeterince uyurum.	1	2	3	4
47. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	1	2	3	4
48. İnsanları başarıları için takdir ederim.	1	2	3	4
49. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	1	2	3	4
50. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	1	2	3	4
51. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
52. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4
53. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
54. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1	2	3	4
55. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1	2	3	4
56. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	1	2	3	4
57. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm.)	1	2	3	4
58. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	1	2	3	4
59. Geleceğe umutla bakarım.	1	2	3	4
60. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	1	2	3	4
61. Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	1	2	3	4
62. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
63. Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1	2	3	4
64. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	1	2	3	4
65. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	1	2	3	4
66. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4

…	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
67. Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	1	2	3	4
68. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
69. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1	2	3	4
70. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	1	2	3	4
71. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	1	2	3	4
72. Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	1	2	3	4
73. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	1	2	3	4
74. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	1	2	3	4
75. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
76. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	1	2	3	4
77. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1	2	3	4
78. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	1	2	3	4
79. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1	2	3	4
80. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1	2	3	4
81. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4
82. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1	2	3	4
83. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1	2	3	4
84. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	1	2	3	4
85. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	1	2	3	4
86. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1	2	3	4
87. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1	2	3	4
88. Yorulmaktan kendimi korurum.	1	2	3	4
89. İlahi bir gücün varlığına inanırım.	1	2	3	4
90. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1	2	3	4
91. Kahvaltı yaparım.	1	2	3	4
92. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	1	2	3	4
93. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	1	2	3	4

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.