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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. ALİ BOZHÜYÜK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. SEVGİ ÖZCAN

ADANA–2010

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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. ALİ BOZHÜYÜK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. SEVGİ ÖZCAN

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TF2009LTP27 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA–2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim başta tez danışmanım ve hocam Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan'a, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Doç. Dr. Esra Saatçı'ya, Doç. Dr. Ersin Akpınar'a ve Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak'a, yoğun eğitimim ve tez çalışmam boyunca sevgisini, desteğini ve sabrını daima hissettiğim değerli eşim Meral'e ve zaman ayıramadığım biricik kızım Ece'ye, dostlukları ve yardımları için Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline, projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na teşekkür ederim.

Dr. Ali BOZHÜYÜK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
ŞEKİL LİSTESİ	VI
KISALTMA LİSTESİ	VII
ÖZET- ANAHTAR SÖZCÜKLER	VIII
ABSTRACT-KEY WORDS	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık	3
2.2. Sağlığın Korunması	3
2.2.1. Birincil Koruma	3
2.2.2. İkincil Koruma	3
2.2.3. Üçüncül Koruma	4
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi	4
2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli	7
2.3.2. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler	7
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi	10
2.4.1. Beslenme	10
2.4.2. Stres Yönetimi	14
2.4.2.1. Stresin Sağlığa Etkileri	15
2.4.2.2. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	16
2.4.3. Fizik Aktivite	17
2.4.4. Tinsellik (Spiritüalizm)	21
2.4.5. Kişiler Arası İlişki	22
2.4.6. Sağlık Sorumluluğu	24
2.5. Ergenlik ve Gençlik Dönemi	25
2.5.1. Ergenlik ve Gençlik Dönemi Tanımlamaları	25
2.5.2. Ergenlik ve Gençlik Döneminde Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi	25
2.6. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	30
3.3. Araştırmanın Evreni	30
3.4. Örneklem Seçimi	30
3.5. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler	31
3.6. Veri Toplama Araçları	31
3.6.1. Anket formu	32
3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	32

3.6.3. Sağlığı Koruyucu Bazı Davranış ve Alışkanlıkları Değerlendiren İfadeler 33
3.7. Verilerin Toplanması 33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 33
3.9. Araştırmanın Süresi 35
4. BULGULAR 36
4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik ve Ailesel Özellikleri 37
4.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Durumları ile İlgili Bazı Özellikleri, SYBD Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları 45
4.2.1. Öğrencilerin Sağlık Durumları ile İlgili Bazı Özellikleri 45
4.2.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar 48
4.2.3. Öğrencilerin Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları 55
4.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri, Ailesel Özellikleri, Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki 56
4.3.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki 56
4.3.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Ailesel Özellikleri Arasındaki İlişki 62
4.3.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki 68
5. TARTIŞMA 81
5.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin, SYBD Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ve Puan Ortalamaları 81
5.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki 82
5.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Ailesel Özellikleri Arasındaki İlişki 86
5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki 88
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 94
6.1. Sonuçlar 94
6.2. Öneriler 96
KAYNAKLAR 98
EKLER 106
EK-1 : Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu 106
EK-2 : Etik Kurul Onay Formu 111
ÖZGEÇMİŞ 112

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1. Bölümlere göre öğrencilerin araştırma örneklemine girme oranları	31
Tablo 2. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	37
Tablo 3. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	38
Tablo 4. Öğrencilerin yaş gruplarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	39
Tablo 5. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	40
Tablo 6. Öğrencilerin ailesel özelliklerine göre dağılımı	41
Tablo 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ailesel özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 8. Öğrencilerin yaş gruplarına göre ailesel özelliklerinin karşılaştırılması	43
Tablo 9. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre ailesel özelliklerinin karşılaştırılması	44
Tablo 10. Öğrencilerin sağlık durumları ile ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı	45
Tablo 11. Öğrencinin sürekli ilaç kullanımını gerektirecek hekim tanılı hastalıklarının dağılımı	46
Tablo 12. Ailede sürekli ilaç kullanımını gerektirecek kronik hastalık dağılımı	47
Tablo 13. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar, alt ve üst puan değerleri ve madde puan ortalamaları	48
Tablo 14. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin 52 maddesine verilen yanıtların yüzdeleri ve madde puan ortalamaları	49
Tablo 15. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili diğer davranışlarının ve alışkanlıklarının dağılımı	55
Tablo 16. Yaş gruplarına göre ölçek puan ortalamaları	56
Tablo 17. Cinsiyete göre ölçek puan ortalamaları	56
Tablo 18. Doğum yerlerine göre ölçek puan ortalamaları	57
Tablo 19. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre ölçek puan ortalamaları	58
Tablo 20. Öğrencilerin bulundukları sınıflara göre ölçek puan ortalamaları	59
Tablo 21. Sosyal güvence durumuna göre ölçek puan ortalamaları	59
Tablo 22. Öğrenci gelir düzeyine göre ölçek puan ortalamaları	60
Tablo 23. Okulda kaybedilen yıla göre ölçek puan ortalamaları	61
Tablo 24. Aile ile birlikte yaşama durumlarına göre ölçek puan ortalamaları	62
Tablo 25. Anne eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları	63
Tablo 26. Baba eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları	64
Tablo 27. Anne mesleğine göre ölçek puan ortalamaları	65
Tablo 28. Baba mesleğine göre ölçek puan ortalamaları	66
Tablo 29. Aile gelir düzeyine göre ölçek puan ortalamaları	67
Tablo 30. Öğrencideki kronik hastalık varlığına göre ölçek puan ortalamaları	68
Tablo 31. Ailede kronik hastalık varlığına göre ölçek puan ortalamaları	68
Tablo 32. Sağlık durumu algısına göre ölçek puan ortalamaları	69
Tablo 33. En son rutin doktor kontrolüne gitme durumuna göre ölçek puan ortalamaları	70
Tablo 34. En son diş hekimi kontrolüne gitme durumuna göre ölçek puan ortalamaları	71
Tablo 35. Sigara kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	72
Tablo 36. Beden kitle indeksine göre ölçek puan ortalamaları	73
Tablo 37. Tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	74
Tablo 38. Emniyet kemeri kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	75
Tablo 39. Koruyucu başlık kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	76
Tablo 40. Yavaş ve güvenli araç kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	77
Tablo 41. Sigara içilmeyen ortamda bulunma durumuna göre ölçek puan ortalamaları	78

Tablo 42. Gebelikten koruyucu önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları 79
Tablo 43. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları 80
Tablo 44. Türkiye'de üniversite öğrencilerine yönelik SYBD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar 81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:	Sayfa No:
Şekil 1: Sağlığı geliştirmede ideal sağlık dengesi	5
Şekil 2: Sağlığı geliştirme modeli	9
Şekil 3: Akdeniz diyeti	14

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAFP : American Academy of Family Physicians
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
BKİ : Beden Kitle İndeksi
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
ÇÜTF : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
HPLP : Health Promotion Lifestyles Profiles
SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli
SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
YRBS : Youth Risk Behavior Survey

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmanın amacı, sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen demografik özelliklerin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri bölümlerinde (tıp, diş hekimliği, ebelik ve hemşirelik) okuyan 801 öğrenci oluşturdu. Veriler, isimsiz olarak bir anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)-II ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Cevap oranı % 86,3 idi. Öğrencilerin % 60'ı kadındı. Yaş ortalaması 21,5±2,21 (17-34) yıldı. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu (124,30±17,92), en yüksek puanın tinsellik, en düşük puanın fiziksel aktivite alt ölçeğinden alındığı saptandı. Yaş grupları ile ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Erkeklerin, fiziksel aktivite alt ölçeğinden ($p<0,001$), kadınların ise diğer bütün alt ölçeklerden daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p<0,05$). Tıp Fakültesi öğrencilerinin puanları, diğer fakülte öğrencilerininkinden daha düşüktü ($p<0,05$). Annesi çalışmayan ($p=0,021$) veya ilköğretim/lise mezunu olan ($p=0,007$), ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin ($p=0,014$) sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek; ortalama aile gelir düzeyi yüksek öğrencilerin sağlık sorumluluğu ($p=0,035$); babaları üniversite mezunu olan öğrencilerin ise sağlık sorumluluğu ($p=0,027$) ve stres yönetimi ($p=0,04$) puan ortalamaları daha düşüktü. Kendi sağlık durumlarını "mükemmel" ve "çok iyi" olarak algılayan öğrencilerin, beslenme alt ölçeği dışındaki puan ortalamaları daha yüksekti ($p<0,05$).

Sonuç: Geleceğin sağlık çalışanları adayları ve rol-modelleri olan sağlık bilimleri öğrencileri ve bu öğrencilerin eğitim aldıkları fakülte yönetimleri, sağlığı geliştirme davranışlarının düzeyinin arttırılması için teşvik edilmelidir.

Anahtar kelimeler: sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilimleri, SYBD-II, üniversite öğrencileri.

ABSTRACT

Assessing the Healthy Lifestyle Behaviors of the Health Science Students in Cukurova University

Aim: The aim of this study was to assess the healthy lifestyle behaviors and affecting demographic features of the health science students.

Material and Method: The sample was 801 students of the health science schools (medicine, dentistry, midwifery, and nursery) of Cukurova University. Data collection tools were an anonymous questionnaire and Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP)-II scale.

Results: Response rate was 86.3%. Of students, 60 % were female. The mean age was 21.5 ± 2.21 (17-34) years. The mean score of Health Promotion Lifestyle Profile-II scale was moderate (124.30±17.92), the highest score was in spiritual growth subscale and the lowest one was in physical activity subscale. There was no significant relation between the age groups and the mean scores. Male students had higher scores in physical activity subscale ($p<0.001$) whereas females had higher scores in all other subscales ($p<0.05$). Medical students had lower scores than students of other faculties ($p<0.05$). The mean health responsibility scores of the students living with their families ($p=0.014$) and of the students whose mothers were graduated from primary and high school ($p=0.007$), and whose mothers were not working ($p=0.021$) were higher, the mean health responsibility scores of the students with higher family income were lower ($p=0.035$) and the mean health responsibility ($p=0.027$) and stress management ($p=0.04$) scores of the students whose fathers were graduated from university were lower. The mean scores of the students whose perceptions for their health status were "excellent" or "very good" were higher in all subscales except for the nutrition subscale ($p<0.05$).

Conclusion: Health science students who are the candidates for future health professionals and role models and the faculty directors should be motivated for promoting the healthy promotion behaviors.

Key words: health promotion, health sciences, HPLP-II, university students.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir.[1] DSÖ Bangkok Deklarasyonu'nda, insanların kendi sağlıklarını belirleyen bileşenler üzerindeki kontrollerini arttırmaları yoluyla sağlık düzeylerini yükseltme süreci olarak tanımlanan sağlığın geliştirilmesi kavramı, kişilerin optimal sağlık durumunun saptanması yönünde hareket edebilmeleri için, yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalı olarak da tanımlanmaktadır.[2,3]

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş, sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır.[4] Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır.[5] Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir.[6] Ayrıca, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.[7]

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam şekli haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır.[8,9]

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir.[9] Yapılan bir çalışmada, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir.[10]

Sağlıkla ilgili davranışlar genellikle ergenlik döneminde ve üniversite yıllarında şekillenmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin olduğu ve yeni sorumlulukların gerçekleştiği bu dönemdeki üniversite öğrencileri, yaşam biçimleri üzerinde, ergenlere kıyasla, daha fazla otonomi ve kontrol sahibidirler. Bu geçiş dönemi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği bir dönemdir.[11] Bu yüzden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ergenlik ve gençlik dönemindeki gruplar daha önceliklidir.[12]

Sağlığın geliştirilmesinde, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler hem gençlik döneminde olmaları hem de geleceğin sağlık çalışanı adayı olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Akranlarına ve gelecek dönemlerde topluma rol-model olmaları bakımından bu gruptaki öğrencilere şu an ve gelecekte büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu durum, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesinin ve bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerle ilgili çalışmalara rastlanmıştır.[9,11,13]

Çalışmamızda, üniversitemizde sağlık bilimlerinin bütün alanlarında (hemşirelik, ebelik, tıp ve diş hekimliği) eğitim gören öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında, bulgularımızın, sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı, ilgili fakülteleri ve üniversite yönetimini harekete geçireceği ve bu konuda planlanacak programlar ve projelerde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

DSÖ' nün tanımına göre "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir." [1,14] Sağlığın, fiziksel kapasitenin yanı sıra sosyal ve kişisel dayanakları olan pozitif bir kavram olduğu ve kişilerin en önemli değerleri yada sorumlulukları arasında olması gerektiği belirtilmektedir.[15,16] Bazı yayınlarda DSÖ tarafından yapılan tanımın kısıtlı yönlerinin olduğundan ve sağlığın spiritualizm, kalite ve kantite gibi kavramları da içerecek şekilde yeniden tanımlanması gerektiğinden bahsedilmektedir.[17]

2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığın korunması, biyolojik, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir. Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır.[18]

2.2.1. Birincil Koruma

Sağlıklı kişilerde hastalık risklerini azaltmaya yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemeyi amaçlar, sağlık eğitimi ve sağlıklı davranışların geliştirilmesini kapsar. Bağışıklama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tütün kontrolü ile sigara içimiyle ilişkili hastalıkların önlenmesi, emniyet kemeri kullanımı ile araç içi yaralanmaların önlenmesi gibi koruyucu özel önlemler bu grupta yer alır. Bireylere ve topluma yönelik olabilir.[18,19]

2.2.2. İkincil Koruma

Hastalıkları olan kişilerde kaçınılabilir morbiditeyi önlemeye yönelik müdahalelerdir. Hastalıkların erkenden tanısının konulması, tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılmasıdır. Ciddi ilerlemeler önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. Erken dönemde tanınabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıklar için uygundur. [18,19]

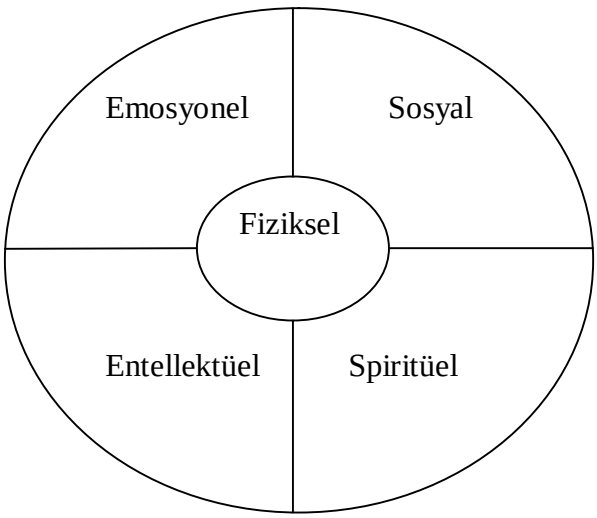
2.2.3. Üçüncül Koruma

Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesi, olası rekürrens ya da relapsların önlenmesi ya da azaltılmasıdır. Hastalığın oluşturduğu sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerlemenin önlenmesine çalışılır. Yaşamın kalitesinin arttırılması sağlanır.[18,19]

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreç olarak tanımlanmaktadır.[2,4]

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bir başka tanım, "İnsanların, öz tutkuları (core passions) ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardım etme, optimal sağlığa ulaşma çabalarında motivasyonlarını arttırma ve optimal sağlık düzeyine doğru hareket ettirmek için yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimi" şeklindedir.[3,20] Burada sözü geçen "optimal sağlık", fiziksel, emosyonel, sosyal, spiritüel ve entelektüel sağlık arasındaki dinamik bir denge olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü, emosyonel alanda; duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sosyal alanda; toplumlar, aileler, arkadaşlar, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi spiritüel alanda; sevgi, umut, yardımseverlik kavramları yer almaktadır (Şekil 1).[3]



Fiziksel: Egzersiz, beslenme, tıbbi öz bakım, madde kötüye kullanım kontrolü
Emosyonel: Duygusal kriz bakımı, stres yönetimi
Sosyal: Toplumlar, aileler, arkadaşlar
Entellektüel: Eğitim, başarı, kariyer gelişimi
Spiritüel: Sevgi, umut, yardımseverlik

Şekil 1: Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi[3]

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmiş; hedefler ortaya koyulmuş; bu konuda birçok bildirge yayınlanmıştır. [21,22]

- 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır.
- 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi'nde hasta hakları üzerinde durulmuştur.
- 1986 yılında Ottowa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir.
- 1988 yılında Adelaide Tavsiyeleri'nde sağlıklı toplum ve halk stratejilerinin oluşturulması benimsenmiştir.
- 1994 yılında Amsterdam Bildirgesi'nde hasta hakları; sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri; bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir.
- 1994 yılında Kopenhag Bildirgesi'nde sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi üzerinde durulmuştur.

- 1995 yılında Bali Bildirgesi'nde intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği konusu ve sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
- 1996 yılında Ljubljana Bildirgesi'nde sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kaliteye önem verilmesi öncelikli konu olarak belirlenmiştir.
- 1997 yılında Cakarta Deklarasyonu'nda 21. Yüzyılda Sağlığı Geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.
- 2001 yılında Dubrovnik Sözleşmesi'nde ise bölgesel anlamda sağlık hedefleri belirlenmiş, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunum konusunda temel ilkeler belirlenmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi, tüm dünyada 1986 yılında Kanada Ottowa'da yapılan Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra daha yaygın kabul görmeye başlamış, sağlığın majör belirleyicileri ve insan sağlığını olumlu yönde geliştirmeyi irdeleyen, modern halk sağlığının bir branşı haline gelmiştir.[20]

Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi vardır:[23]

1-Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.

2-Sağlığın geliştirilmesi, DSÖ'nün sağlık tanımının üç boyutunu tamamlamaktadır.

3-Sağlığın geliştirilmesi, hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler.

4-Sağlığın geliştirilmesi, sağlığı toplum adına savunur.

5-Sağlığa katılım, sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur.

Sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri farklı disiplinlerden (sağlık, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, pazarlama gibi) faydalanır. Birçok sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri sosyal öğrenme ve davranış teorilerinden adapte edilmiş olup, bunların epidemiyolojik, biyolojik ve sağlık bilimleri ile birlikte uygulanması gerekmektedir.[24,20] Bunlardan biri de Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir. [25]

2.3.1. Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender tarafından (1982-1984) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser.[25]

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin arttırılmasıdır. SGM, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir.[17,25]

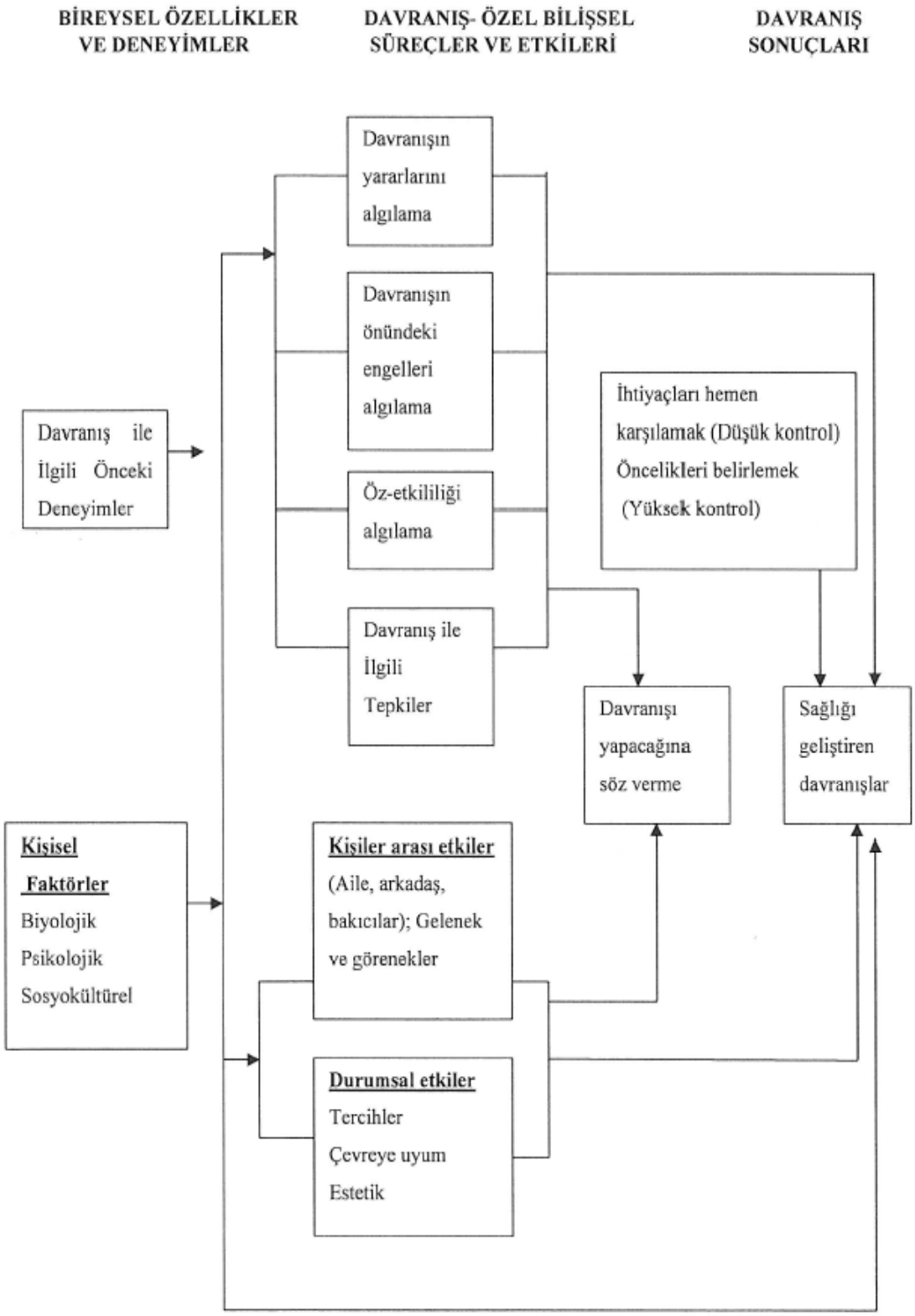
SGM, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranış-özel bilişsel süreçler" ve "davranış sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır (Şekil 2).[26]

Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir.[25] Bireyin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekliliği üzerinde duran bu model aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiştir.[25]

2.3.2. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler

Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan çalışmalar, bu algıların ve davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini ortaya koymaktadır.[27,28] Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; "Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu", özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.[29] Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını, aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir.[30-32] Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir.[32]

Sağlığın kişiler tarafından algılanması "sosyal temsil" kavramı çerçevesinde incelenebilmektedir.[33] Sosyal temsiller, tanım olarak toplumların deneyimlerine dayanarak ürettikleri ortak kuramları, görüşleri ve bilgileri içeren, bireyin dünyayı anlama ihtiyacını karşılamak için, gündelik tartışmalar ve iletişim karmaşasında ortaya çıkan ve çoğunluk tarafından paylaşılan düşüncelerdir. Sosyal temsiller, toplum içinde yaratılan ve yayılan kavramlar, ifadeler ve açıklamaların toplamı olarak da düşünülebilmekte, bireylere yaşadıkları belirli deneyimler hakkında diğerlerinin ne düşündüğüne ilişkin bilgi vermektedirler. Paylaşılan temsiller kişilerin birbirini anlamasına yardım eder ve nesnelere anlam vermek için inançları, fikirleri ve tutumları şekillendirir. Bunun sonucu olarak, bireyler iletişim esnasında gerçeği yeniden yapılandırır ve ortak olarak yeniden yapılandırılmış gerçeğe göre de davranışlarını düzenlerler. Dolayısıyla sosyal temsillerin, dünyayı anlamlandırma imkanı veren bilişsel bir olgu olduğu ve genel olarak, sosyal temsil kuramının bir sağduyu kuramı olduğu söylenebilir.[34] Sağlık hakkındaki sosyal temsillerin küçük bir grupta incelendiği bir çalışmada, gerek sağlığın tanımlanması gerekse hastalıklardan korunma yolları konusundaki temsillerin hem bilimsel bilgiye hem de sağduyu bilgisine dayanarak oluşturulduğu gösterilmiştir. Ancak genel olarak halkın sağlık hakkındaki temsilleri veya tanımlamaları konusunda kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır.[35]



Şekil 2. Sağlığı Geliştirme Modeli[26]

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve hastaneler gelmiş sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır.[4] Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir.[6] Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.[7]

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır.[5] Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir.[8] Beslenme, stres yönetimi, egzersiz, tinsellik, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.[36,37]

2.4.1. Beslenme

Beslenme; büyümek, vücut fonksiyonlarını yapabilmek ve yaşamı sağlıklı, mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla vücudun yediğimiz gıdalardan yararlanmasıdır.[38] Gıda ise yenilip içilebilen, fizyolojik etkisi olan, besin öğelerini içeren maddeler anlamına gelir.[39] Gıda, açlığı gidermek, büyümek, üremek, dokuları onarmak ve lezzet almak gibi amaçlarla alınan maddelerdir. Besin ise gıdalarda bulunan, bir kısmı yapay olarak da üretilebilen enerji substratları, yapı taşları veya biyolojik katalizörleri anlatan bir terimdir.[40] Beslenme biliminde besin öğeleri; makro ve mikro besin öğeleri olarak 2 gruba ayrılmıştır. Makro besin öğeleri proteinler, yağlar, karbonhidratlar ve sudur. Mikro besin öğeleri, vitaminler, mineraller ve iz elementler (demir, flor vb.) gibi diyette küçük miktarlarda bulunan öğelerdir. Tüm canlılar yaşamlarını idame ettirebilmek için enerjiye gereksinim duyarlar. Enerjilerini oksijen kullanarak veya oksijensiz yollarla sağlarlar. Ancak enerji üretimi için besin kullanımı ortaktır.[39]

Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında,

ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel şartlardandır.[41]

Bugüne kadar yapılan birçok araştırma, beslenmenin çeşitli konularda önemini ortaya koymuştur. Çalışmalar, yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zeka gelişimleri de normalden düşüktür. 1900 yıllarında Japonya'da 12 yaş grubu çocukların ortalama boyu 134 cm iken 1960 yılında aynı yaş grubunun boy ortalaması 142 cm'ye ulaşmıştır. Bu artış besin üretimi ve tüketimindeki artışa bağlanmıştır. Yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte, daha ağır seyretmekte ve daha öldürücü olmakta, kronik hastalıklar aşikar hale gelmektedir.[42]

Sağlıklı ve doğru beslenme dört ana kavramla açıklanabilir:[38]

1. Dengeli beslenme
2. Yeterli beslenme
3. Çeşitli gıdaları tüketme
4. Sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma

Bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre, vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve işlevselliğinin devamı için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "yeterli ve dengeli besleme" olarak açıklanabilir.[39] Günlük beslenmede, her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları o kişinin gereksinimine uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilmiş olur.[43] Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra bilim adamları, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır. Merkezi Amerika'da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir.[43] Besin grupları şunlardır:[43]

1- Süt Grubu: Süt ve yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süt tozu gibi sütten yapılan besinlerdir. Bu besinler protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Başta yetişkin kadınlar, çocuklar ve gençler olmak üzere tüm yaş gruplarının bu grubu her gün tüketmesi gerekir.

Her gün yetişkin bireylerin iki porsiyon, çocukların, ergenlerin ve gençlerin, gebe ve emzikli kadınlarla menopoz sonrası kadınların 3-4 porsiyon süt ve yerine geçen besinleri tüketmeleri gerekir. Bir orta boy su bardağı (200 cc) süt veya yoğurt ile iki kibrit kutusu büyüklüğünde peynir bir porsiyondur.

2- Et - Yumurta – Kuru Baklagiller Grubu: Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu grup; protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa (kuru baklagiller) içerir. Et-yumurta-kuru baklagiller grubundan günde iki porsiyon alınmalıdır. Porsiyon ölçüleri:

Et, tavuk, balık vb : 50-60 g (iki ızgara köfte kadar)

Kuru baklagiller : 90 g (Bir çay bardağı)

Yağlı tohumlar : 30 g

Yumurta : Haftada 3-4 adet tüketilmelidir. İki yumurta 2-3 köfteye eş değerdir.

3- Sebze ve Meyve Grubu: Bitkilerin her türlü yenebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitaminin ön öğesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Günde en az beş porsiyon sebze ya da meyve tüketilmelidir. Günlük alınan sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turunçgiller veya domates olmalıdır.

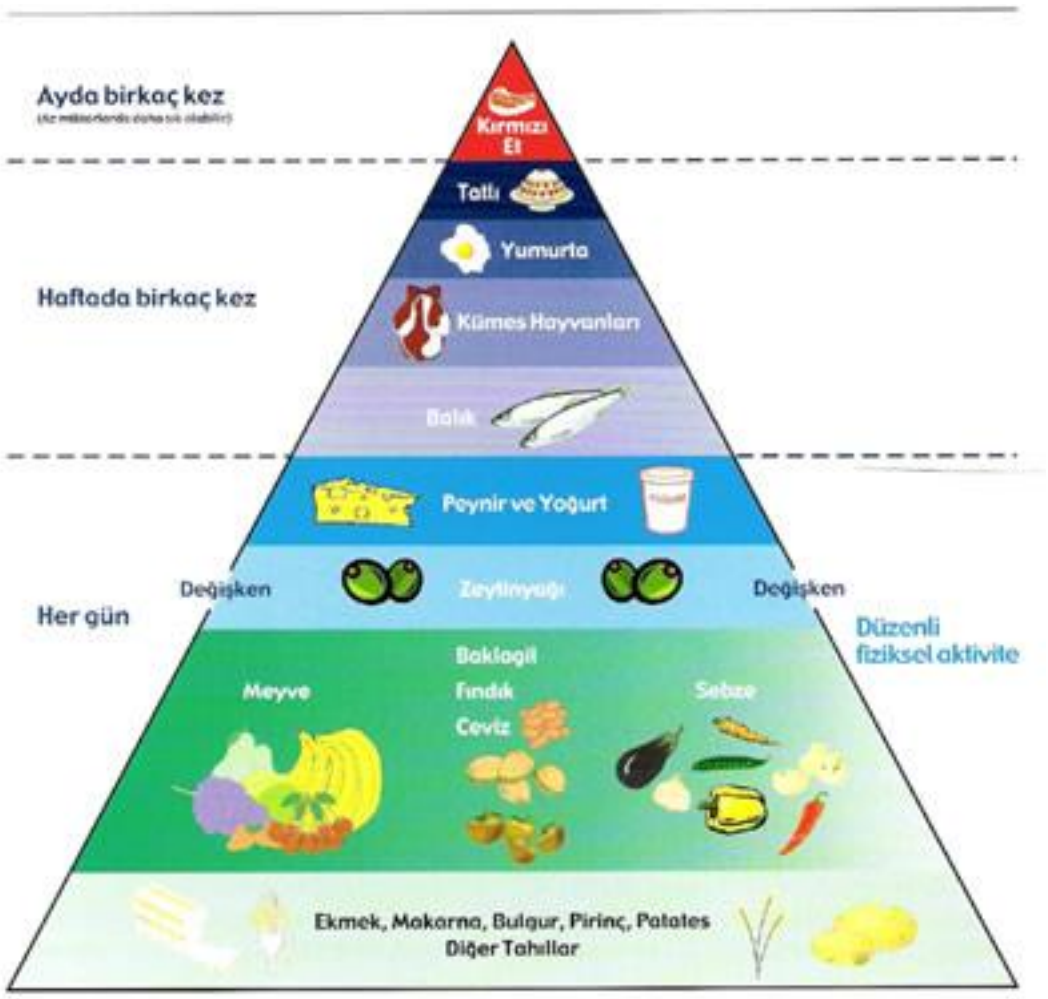
4- Ekmek ve Tahıl Grubu: Tahıllar Türk toplumunun temel besin grubudur. Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tam tahıl ürünleri günde altı porsiyon (altı dilim ekmek veya üç dilim ekmek, bir kepçe unlu çorba, dört yemek kaşığı pilav gibi) tüketilebilir. Ağır işte çalışan ve enerji gereksinimi fazla olanlar bu gruptan daha fazla tüketebilirler.[43]

Kilolu veya şişman olmak, yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, kalp damar hastalıkları, inme, şeker hastalığı, bazı kanser türleri, artritler ve solunum

yetersizlikleri gibi sağlık sorunları riskini arttırır. Zayıflık ise verimliliği ve vücut direncini düşüren, istenmeyen bir durumdur. Yetişkinler ve çocuklarda, boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemek için farklı yöntemler kullanılır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) pratik bir yöntem olarak kullanılmaktadır.[43] BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu $(m)^2$ formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre, BKİ'nin;

- <18,5 olması zayıf
- 18,5 - 24,99 arasında olması normal
- 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu
- 30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez
- 35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez
- 40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir.[44]

Doğru beslenme, metabolik hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın ön koşullarından biridir. Yapılan araştırmalarda, fiziksel aktivite artışı ve beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ile Tip 2 diyabetin %30-50 oranlarında önlenebileceği kanıtlanmıştır.[45] Ayrıca, dislipidemi ve hipertansiyonun primer ve sekonder korumasında medikal beslenme tedavisi vazgeçilmez bir unsurdur.[45] Yapılan çalışmalar, dünyada güncelliğini koruyan Akdeniz diyeti ile beslenen koroner kalp hastalarında ikinci kalp krizi görülme riskinin % 70 azaldığını göstermekte olup bu diyete ait beslenme piramidi Şekil 3'de görülmektedir.[46]



Şekil 3: Akdeniz Diyeti[46]

2.4.2. Stres Yönetimi

Günümüzde yaşanmakta olan hızlı gelişim ve değişme, iş hayatına ve sosyal hayata da büyük bir hareketlilik ve hız getirmiştir. Hızla değişen ve gelişen hayat şartları nedeniyle, sosyal bir varlık olan insanın, fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesi ile değişik tepkiler vermesi ve bu değişimlere uyum sağlamayı çabalaması kaçınılmazdır. Değişim o kadar hızlı olmaktadır ki, insanlar hangi sosyal ortamda olurlarsa olsunlar ya da hangi işi yaparlarsa yapsınlar yaşamlarının büyük bir bölümünde kendi sınırlarını zorlamaktadırlar. Bu nedenle stres kavramı sık karşılaşılan ve kullanılan bir kavram haline gelmiştir.[47]

Stres, Latince kökenli ve İngilizce bir sözcüktür. Birinci anlamı "zorlanma, gerilme ve baskıdır". Farklı zamanlarda farklı anlamlarda kullanılsa da 18. ve 19.

yüzyıllarda bu kavram "güç, baskı, zor" gibi anlamlar ile objelere ve insanlara yönelik kullanılmıştır. Diğer anlamı, organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümüdür. Medikal açıdan stres insanların dış ve iç dünyaları tarafından tehdit edilip, kafa tutma durumları ile karşı karşıya kaldıkları durumlar karşısında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve davranış reaksiyonları olarak ifade edilebilir. Stres iyi ya da kötü olabilir. Stresin insana ihtiyacı olan gücü ve uyanıklığı verdiği durumlar iyi, uygun şekilde yönlendirilmediği, insana zararlı olduğu ve hastalıklara neden olduğu durumlar ise kötüdür. Çoğu zamanda halk arasında stres teriminin karşılığı kötüdür.[48]

Organizmayı zorlayan, akut ya da kronik iç ya da dış uyaranlar veya durumlar stres etmenleri olarak tanımlanır. Stres etmenleri (stresörler) genelde üçe ayrılmaktadır:[48]

1- Fiziksel: Travma, açlık, gürültü, yoğun egzersiz, cerrahi girişimler vb.

2- Sosyal: Birey-çevre ilişkisi/çatışması

3- Psikolojik: Fiziksel ve sosyal etmenlerin sonucu olarak ya da kendiliğinden ortaya çıkan hayal kırıklığı, izolasyon gibi.[48]

Fiziksel ve psikolojik stresler dizisi kişide bir takım değişiklikler oluşturmaya başlar ve bu oluşum evreler halinde devam eder. Bunu araştırmacılar "Genel Adaptasyon Sendromu" olarak tanımlamaktadırlar. İşyerindeki sorunlara karşı koyabilmek için kişinin geliştirdiği adaptasyon mekanizmasının devreye girmesiyle, kişi önce alarm reaksiyonu gösterir. Sonra direnç evresi başlar ve sonunda tükenme ile karşı karşıya kalır.[49]

2.4.2.1. Stresin Sağlığa Etkileri

Bir tehlike anında vücut, kan dolaşım sistemine adrenalin ve diğer stres hormonlarını salgılar. Bu salgılanım ile kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslarda gerginlik meydana gelir. Bu yanıtlar kişiye stres kaynağı ile mücadele ve stresten kaçma enerjisi sağlar.[50]

Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelir:[48]

-Beyin, kronik stresten olumsuz etkilenir aşırı kortizol hipokampusu etkiler, sürekli olursa küçülmesine neden olabilir.

-Pankreas: Kortizol, insülinin beden hücreleri üzerindeki etkisini azaltır. Kortizol seviyesinin sürekli yüksek olması, insülin eksikliği olarak algılanır. Sonunda

pankreastaki hücreler tükenene kadar insülin üretirler, böylece insülin eksikliği doğar, kan şekeri yükselir, diyabet riski olur.

-Kan damarları: Kan basıncının kronik yüksek olması, kan damarlarına zarar verir.

-Kaslar: Kaslar insüline daha az tepki verir ve hücrelere daha az şeker girer. Stres sırasında kas hücreleri şeker yerine yağ yakar, bunun için kas proteinine ihtiyaç vardır. Karaciğer kaslara besin sağlamak için bu proteinleri şekere çevirir. Kaslar, fiziksel yükle etkin olduğu için bedende gerginlik olur.

-Mide: Noradrenalin, sindirim sistemindeki organların kan damarlarını daraltır, dolayısıyla daha az bağışık hücresi gelir ve mide mukozasında virüslerin üremesi kolaylaşır. Stres esnasında mide mukozası, mide sıvılarına karşı daha hassaslaşır. Bu da kasılmayla ağrılar ve mide bulantısına sebep olur.

-Cinsel organlar: Kortizol yüksekliği testosteron sentezini engeller. Cinsel istek azalır, sperm daha az üretilir, libido azalması ve erektil disfonksiyon ortaya çıkabilir. Kadında menses etkilenebilir.

-Bağışıklık sistemi: Kronik streste, kanda kortizol yüksekliği sitokin sentezini frenler ve korumanın önüne geçer. Kortizol doğrudan lenfatik sistemi engeller. Kimi zaman kortizol eksikliği olur ve bağışıklık sistemi fazla çalışır. Bu da beyin sapına etki eder; davranışlarda ve duygu durumunda değişikliklere sebep olur; dolayısıyla güçsüzlük, toplumsal izolasyonluk ve depresyon ortaya çıkar.

-Aşırı stres, bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar, fiziksel, duygusal ve davranışsal hastalıklar, uykusuzluk, çeşitli ağrılar, baş ağrısı gibi bir takım rahatsızlılara yol açabilir, hipertansiyon, kalp hastalıkları diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynayabilir.

Sonuç olarak, bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu uyarılmışlık durumumda kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına neden olmakta, bedenin kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır.[48]

2.4.2.2. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Her insanın stres faktörleri farklı olduğu gibi, strese karşı verilen cevaplar da farklıdır. Stres kontrolü kişiye özgü ve kişinin içindedir. Strese cevap verme şekli de birçok faktöre bağlı olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan

faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir. Yine bireysel olarak stresle başa çıkmanın bilinen bir diğer yolu da yaşam tarzı değişikliğini içeren DKBY modelidir. Braham tarafından geliştirilen bu model D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir.[51]

Değiştir: Bu adım imkan varsa, içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmektir. Olumsuz durum değişirse, bu durumun sebep olduğu stres ortadan kaldırılabilir.

Kabul et: Değiştirilmesi mümkün olmayan koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Duygusal ve zihinsel açıdan farklı bir kavrayışla olaylara yeni ve farklı bir yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Bu adımda egzersiz, diyet, rahatlama ve duygusal destek gibi yöntemlerle, gelecekte stres oluşturabilecek unsurlar ortadan kaldırılabilir.[51]

Bunun yanında kognitif-davranışçı terapi yöntemleri, davranışların günlük kaydını tutarak kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, psikoterapiler ve ağır stres durumlarında psikanaliz ve dinamik psikoterapi kullanılan diğer yöntemlerdir.[48]

2.4.3. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz, tarih boyunca farklı uygarlıklar ve toplumlarda, yaşamın bütün dönemlerinde önemli bir yer tutmuştur. Milattan önce ve sonraki dönemlerde egzersiz ve sağlık arasında birçok ilişki kurulmuş, Çin'de güzel hareket öğretisi bulunan bir egzersiz sistemi olan Tai chi chuan, Hindistan'da fiziksel uygunluk, uygun solunum ve diyet üzerine odaklanan Yoga felsefesi gibi öğretiler milattan önceki dönemlerde başlamıştır. Eski Yunan'da yüksek atletik düzeye ulaşanlar, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ediyorlardı. Batı tarihçileri, egzersiz ve tıp arasındaki ilişkinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden beri süregeldiği konusunda fikir birliği içerisindedirler.[52]

Tanım olarak egzersiz, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli bir oranda arttıran, az da olsa terlemeye yol açan, kollar ve bacaklar gibi büyük kas gruplarıyla yapılan bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketlerdir. Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir. Fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan planlı, yapılandırılmış, sürekli aktivitelerdir. Fiziksel uygunluk ise günlük işleri yorgunluk duymaksızın, canlı

ve uyanık bir şekilde yapabilmek, boş zamanları neşeli uğraşlarla geçirebilmek için gerekli enerjiye sahip olmak ve beklenmeyen durumları karşılayabilecek yeterliliğe sahip olmak olarak tanımlanabilir. Egzersizin amacı, fiziksel uygunluğu geliştirmek için oksijen dağılımını yapmak, metabolik süreçleri düzenlemek, kas-eklem hareketlerini iyileştirmek ve vücut yağ oranını azaltmaktır.[39,52]

Egzersiz, her yaşta sağlığa yararlıdır. Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, karakter gelişiminde istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında, zihinsel ve bedensel fonksiyonların korunmasında bir başka deyişle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir.[39,53] Yürümek, koşmak, sıçramak, yüzmek, bisiklete binmek, çömelmek – kalkmak, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içersindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler. Fiziksel aktivitenin sağlığa etkileri üç başlıkta incelenebilir:[53]

1- Bedensel Sağlığa Etkileri:[53]

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlığa etkileri iki ana başlık altında incelenebilir.

A- Kas-iskelet sistemine etkileri:

- Kas kuvvetinin korunması ve arttırılması,
- Kas tonusunun korunması ve düzenlenmesi
-Vücut segmentlerini hareket ettiren aksi grup kaslar arasındaki dengenin sağlanması,
- Kas - eklem kontrolünü arttırarak stabilitenin sağlanması,
-Eklem hareketliliğinin korunması ve arttırılması,
-Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve arttırılması (fleksibilite),
-Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktivite toleransının artması (kondisyon ve dayanıklılık),
-Fiziksel aktivite içerisinde yapılan hareketlerin daha fazla tekrar sayılarında yapılabilecek oranda gelişmesi (endurans),
-Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,
-Vücut düzgünlüğünün ve postürün korunması,
-Vücut farkındalığının geliştirilmesi,

-Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi,

-Yorgunluğun azaltılması,

-Kas kasılması ve aktivitenin etkisiyle kemik mineral yoğunluğunun korunması ve osteoporozun önlenmesi,

-Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarının artması,

-Olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirmesi,

B- Diğer vücut sistemlerine etkileri:

-Kalbin dakikadaki atım sayısı azalır,

-Kalbin boşluklarında genişleme meydana gelir ve bir atımda pompalanan kan miktarında artış olur,

-Kalbin ritmi düzenlenir,

-Damarların kan akışına olan direnci azalır ve kan basıncı düşer,

-Damar yapısının elastikiyetini arttırır,

-Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır,

-Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını arttırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır. Ayrıca geçirilmiş kalp krizleriyle başa çıkma oranını arttırır,

-Akciğerlerin havalanması artar, solunum kapasitesinde artış meydana gelir,

-Düzenli aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda inaktif bireylerden daha başarılıdırlar,

-Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,

-Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,

-Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler,

-Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır,

-Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans ve unutkanlık gelişim riskini azaltır,

-Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır,

-Yetişkinlerde sağlıklı cinsel aktivite üzerinde olumlu etkileri vardır.[53]

2- Ruhsal ve Sosyal Sağlığa Etkileri:[53]

-Egzersiz zamanları bireyin kendine ayırdığı zaman dilimleridir ve yaşama karşı toleransı arttırır,

-Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturur,

-Fiziksel aktivite vücut ağırlığının korunması konusundaki etkileri nedeniyle bireylerin toplum içindeki konumu açısından etkilidir,

-Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır,

-Bireyler arası iletişim becerilerini geliştirir,

-Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir,

-Her yaştan bireyler için sosyal uyum ve kabul görme oranını arttırır.[53]

3- Gelecekteki Yaşantıya Etkileri:[53]

-Sağlıklı yaşlanmayı beraberinde getirerek bağımsız ve aktif yaşlı bireyler yaratır,

-Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltır,

-Kanser gelişim riskini azaltır ve kansere karşı koruma sağlar,

-Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği arttığı için vücut direnci artar ve enfeksiyonlara karşı koruma gelişir,

-Kas- iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltılır,

-Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırır, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlar,

-Yaşlılık ve ileri yaşlılık dönemlerinde insanları etkisi altına alan atıl kalma, işe yaramama duygularından kurtulma konusunda yardımcı olur.[53]

Her egzersiz öncesi bir ısınma dönemi olmalıdır. Bu dönemde kol, bacak ve gövde kasları aşırı yüklenmeden gerilmelidir. Egzersiz planlanmasında 5 temel özellik önemlidir:[39,49]

1- Egzersizin türü:

-Yürüyüş, koşma, yüzme, bisiklet, dans, merdiven çıkma gibi büyük kas gruplarının kullanıldığı, ritmik ve aerobik karakterli aktiviteler.

-Günlük yaşam aktivitelerinde artış: Asansör yerine merdivenin kullanılması, arabanın bir kaç blok geriye park edilip oradan işe yürünmesi gibi.

-Mesleki ve rekreasyonel aktiviteler

-Direnç egzersizleri: Büyük kas grupları, haftada en az iki gün çalıştırmalıdır. 10-12 tip egzersiz, 8-12 tekrarla yapılmalıdır.

2- Egzersizin sıklığı: Haftanın en az 3-5 günü yapılmalıdır.

3- Egzersizin süresi: Temel prensip olarak günlük 30 dakikanın altında olmaması gerekmektedir. 10 dakika ısınma ve soğuma (germe ve esneklik egzersizleri) ardından 20-60 dakika aerobik egzersiz, devamlı veya kesikli yapılabilir. Aktivitenin süresi şiddetine bağlıdır. Yüksek şiddetli aktiviteler, potansiyel tehlikelere ve problemlere neden olmaktadır, düşük şiddetli ve uzun süreli aktiviteler spor yapmayan erişkinler için önerilmektedir.

4- Egzersizin yoğunluğu: Orta şiddette fiziksel aktivite için kişi maksimum kalp hızının % 50-70'inde egzersiz yapmalıdır. Maksimum kalp hızı kişinin yaşına bağlıdır. Yaşa bağlı maksimum hızı, kişinin yaşının 220'den çıkarılması ile bulunur.

5- Egzersizin ilerletilmesi: Yavaş başlayıp, dereceli ilerleme özellikle egzersiz süresi ve şiddeti arttırılarak yapılmalıdır.[39,49]

2.4.4. Tinsellik (Spiritüalizm)

Tinsel kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde ruhi, manevi kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Tinsellik, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Tinsellik, bireyin kişisel bağlılığı, kişilerarası bağlılığı ve transandantal amaçlara ilişkin bağlılığı olarak da tanımlanmakta olup bu kavramlar tinselliğin boyutlarını oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun tinsel alanıdır.[54,55] Yine birçok araştırmacı tinselliği, kişisel deneyimler ve yaşamdaki anlamı içeren varoluşçuluk ile tarif etmektedirler.[56]

Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü tinsellik/inanç ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuştur. Araştırmalarda, kişinin tinsel inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkileyebildiği gösterilmiştir.[57] Bazı inançlar, sağlıkta risk oluşturan tütün kullanımı, alkol kullanımı, riskli cinsel davranışlar gibi davranışlara karşı spesifik yasakları kapsar. Kişinin bedenine bakması, bedensel anlamın yanında tinsel yanının da olması sonucu sağlığın geliştirilmesini destekler.[58]

İnsanın tinsel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada,

değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada tinselliğin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler. Oysa yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bu nedenle, tüm sağlık elemanlarının hastaya bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vererek, fiziksel rahatlık ve sosyal destek vermesi, hastanın bu dünyaya gelmiş yegane bir varlık olduğunu hissetmesi ve keşfetmesini sağlaması, ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul etmesine yardım etmesi gerekmektedir.[59,60]

Elison tarafından geliştirilen tinsel sağlık skalasında, tinsellik, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen "birleştirici güç" olarak tanımlamıştır.[61] Sağlığın tinsel boyutu, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler varlığında bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlığın anlamını açıklaştırmak ve sağlık değeri oluşturmak için fırsat sağlar. Sağlığın tinsel boyutu; yaşamın anlamını, ölümün kabulünü ve yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular.[61]

Bazı davranış ve sosyal bilim akademisyenleri felsefi temelde sağlığı, aklın, bedenin, ruhun birlikteliği ve özellikle uyumu olarak tanımlamakta; ruhun aklı, aklın ise bedeni kontrol ettiğini savunmakta, hatta bireyi felsefi temelde, "tinsel deneyimler yaşayan insani bir varlık" değil, tam aksine "insani deneyimler yaşayan tinsel bir varlık" olarak dahi açıklamaktadırlar.[54,56,62] Bu yüzden, yaşam kalitesi, yaşam doyumu gibi değişkenleri belirlemede kullanılan ölçeklere bireyin biyopsikososyal çevresini kuşatan tinsellik de katılmaya başlanmıştır.[54,56,62]

2.4.5. Kişiler Arası İlişki

Türk Dil Kurumu sözlüğünde kişilik**;** bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet, bireyin toplumsal hayatı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların bütünü olarak ifade edilmektedir. İleri ergenlik döneminde büyük ölçüde tamamlanan kişilik gelişimi; genetik unsurlar, aile, eğitim ve sosyal çevre gibi etkenler ve bu etkenlerin birbirleriyle etkileşimleriyle oluşur. Yaşam boyunca diğer insanlarla ilişkiler, deneyimler ve bu yaşantılara ilişkin yorumlar ve kararlar kişiliğin oluşumunu etkileyen etkenlerdir.[63]

Türk Dil Kurumu sözlüğünde iki şey arasında karşılıklı ilgi, bağ, münasebet, temas, olaylar ve nesneler arasında var olan karşılıklı bağlılık olarak tanımlanmakta olan ilişki kavramı, sağlık açısından ele alındığında kişinin hasta ise iyileşmesinde, değilse sağlığının devamı ve gelişiminde amaçlı, etkin, doyumlu, yararlı ve yapıcı eylemler dizisi olmaktadır.[64]

Kişiler arası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Chen, kişiler arası ilişki desteğini; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir.[65] İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir.[66] Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişiler arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır.[64]

Kişiler arası ilişkinin gelişim aşamaları, beş evre modeli ile açıklanabilir:[67]

1.Evre- Temas: Bu evrede birkaç duyusal algı mevcuttur. Kişi görülür, işitilir ve koklanır. Bazı araştırmacılara göre ilk dört dakika içerisinde ilişkinin devamı hakkında karar verilir.

2.Evre- Bağlanma: Bu evre tanıma, tanışma evresi olup, kişilerin kendilerini karşı tarafa açması ile yakın arkadaşlık ya da romantik bir ilişki kurulur. Birlikte yapılan aktiviteler-sinemaya gitmek, spor yapmak- ile ilişki derinleşir.

3.Evre- Mahremiyet: Bu evrede kişi en iyi arkadaş, sevgili olabilir. Evlilik, kişiye en derin sırların verilmesi gibi spesifik formlara dönüşebilir.

4.Evre- Bozulma: Bu evreden itibaren ilişki gerilemeye başlar. İlişkinin önceki kadar öneme sahip olmadığı düşüncesi mevcuttur, birlikte geçirilen zaman azalmaya başlar, birlikte iken anlamsız sessizlikler olur ve evrenin ilerlemesi ile ayrılma evresi başlar.

5.Evre- Ayrılma: Bu evrede bağlar kopar. İlişki bir evlilik ise diğerinden ayrı yaşama olabildiği gibi boşanma da olabilir.[67]

2.4.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık için kişisel sorumluluk kavramları, insanlık tarihi boyunca ortaya çıkmış ve süregelmiştir. Yaşam biçiminin sağlık üzerindeki etkileri eski Yunan ve Roma'da vurgulanmış ve kişilerin kendi sağlıkları üzerinde biraz da olsa sorumlu olması kavramı orta çağ ve Rönesans boyunca değişen derecelerde devam etmiştir.[68]

Sorumluluk, Türk Dil Kurumu sözlüğünde kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi anlamına gelmektedir. Fişek'e göre herkes kendi sağlığından sorumludur. Özellikle hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz. Örneğin, kişiler aşılanmanın önemini kavramış olurlarsa, aşılanma talebi ile sağlık kuruluşlarına kendiliklerinden gelirler ve bu hizmet kolaylıkla verilir. Aksi durumda, sağlık personelinin aşılanmamış kişileri bulması ve evlerine giderek onları aşılaması gerekir ki, bu uygulama bağışıklama hizmetlerini aksatır ve bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınamaz.[69]

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir.[31]

2.5. Ergenlik ve Gençlik Dönemi

2.5.1. Ergenlik ve Gençlik Dönemi Tanımlamaları

Ergenlik; Latince "Adolescere" yani büyümek ya da yetişkinliğe erişmek sözcüğünden gelmektedir. Ergenlik; fiziksel ve duygusal değişim süreçlerinin yol açtığı, cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, sosyal üretkenliğini kazandığı, çocuksu tutum ve davranışların yerini erişkin tutum ve davranışlarının aldığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren bir dönemdir.[70,71]

Biyolojik, psikolojik, toplumsal ve ekonomik boyutları ile bir geçişler dönemi olan ergenlik yaklaşık olarak on yıllık bir dönem olarak ele alınsa da sosyal bilimciler tarafından;[72]

1- Erken ergenlik: 10-13 yaş
2- Orta ergenlik: 14-17 yaş
3- İleri (geç) ergenlik: 18-22 yaş olarak incelenmektedir.[72]

DSÖ, 10-19 yaş grubunu "ergen", 15-24 yaş grubunu "genç" ve 10-24 yaş grubunu "genç toplum" olarak tanımlamaktadır.[73] UNESCO genci," öğrenim gören, yaşamını kazanmak için çalışmayan, kendine ait konutu bulunmayan, büyük bir hayal gücüne sahip, cesaretin çekingenliğe, macera isteğinin rahata üstün geldiği insandır" biçiminde tanımlamakta ve 15-24 yaşlar arasını gençlik dönemi olarak kabul etmektedir.[74]

Önemli gelişimsel dönemlerden birisi olan ergenlik ve gençlik dönemi çocuklukla yetişkinlik arasında bir köprü, kişilik gelişiminde bir dönüm noktası, tüm çocukluk yaşantılarının yeniden gözden geçirilerek kişiye yaşam boyu yön verecek ve bütüncül duygusunun oluşturulduğu önemli bir dönem olarak kabul edilmektedir.[75]

2.5.2. Ergenlik ve Gençlik Döneminde Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi

Erken ergenlik döneminde kişi vücudunda meydana gelen fiziksel değişikliklerin sınırını bilemediğinden dolayı endişe ve şaşkınlık içerisinde iken orta ergenlik döneminde bu fiziksel değişiklikleri kabullenmeye başlar. Orta ergenlik döneminde cinsel kimlik gelişimi ile anne-babadan farklı bir birey olma ve bunu onlara kabul ettirme çabası ile beraber aile ile çatışmalar zirveye ulaşır. İleri ergenlik döneminde ise büyüme ve gelişme tamamlanır, cinsel kimlik gelişir, kuşkular kaybolur. Ailenin değer yargıları benimsenir.[76,70] Toplumun kültürel özellikleri, ailenin sosyoekonomik durumu

ve eğitim düzeyine bağlı olarak ergenin tutum ve davranışları şekillenir ve bireysel farklılıklar oluşur.[77]

Ergenlik döneminde, gencin büyüme ve gelişme sürecine uyumu ve bunun yanında, bu döneme ait sağlık sorunları da diğer dönemlere göre farklılık gösterebilmektedir. Çocuklukta yaşanan ve süregelen sağlık sorunları, ergenlik döneminde değişik boyutlarda sürebilir. Ergenlik döneminde, fiziksel-cinsel büyüme, gelişim ve psikososyal gelişim sırasında ortaya çıkan bazı sorunlar ergenlik dönemi sağlığını ve daha sonraki yaşamı etkileyebilmektedir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan ve sağlığı olumsuz etkileyen bazı davranışlara örnek olarak, suç işleme, sigara içme, alkol veya madde kullanımı, riskli (alkollü, emniyet kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, evden veya okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere ilgisizlik, mesleksel veya toplumsal becerilerde yetersizlik, hareketsiz yaşam, sağlıksız yeme davranışları ve yetersiz-dengesiz beslenme sonucu büyüme ve gelişmenin bozulması, ergenin kendi ve karşı cinsin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgisinin olmaması nedeniyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ve istenmeyen gebeliklerin oluşması gibi üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkması verilebilir.[76] Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2007 National Youth Risk Behavior Survey (YRBS) sonuçlarına göre, 10-24 yaş ölümlerinin %72'si motorlu araç kazaları, kasıtsız yaralanmalar, cinayet ve intihar nedeniyle gerçekleşmiştir.[78] Ülkemizdeki ergenlerde en yaygın riskli davranışların sigara içme, alkol kullanımı, kavga etme ve trafik ile ilgili riskli davranışlar olduğu gösterilmiştir.[79]

Ergenlik döneminde bütün gençlerin aynı risklere maruz kalmadıkları, bazı gençlerin riskli davranışlara daha yatkın olduğu bilinmekle birlikte, bir riskli davranışta bulunmanın bir başka riskli davranışın kabulünü kolaylaştırdığı yönünde tartışmalar mevcuttur. Gençlerin davranışlarını belirleyen psikososyal alt yapıları (inançları, değerleri, düşünceleri vb.) riskli davranışların benimsenmesinde büyük rol oynamakta ayrıca kişilik yapısı da riskli davranışın görülmesini etkilemektedir.[80]

Sağlıkla ilgili davranışlar genellikle ergenlik döneminde ve üniversite yıllarında kazanılmaktadır. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin olduğu ve yeni keşfedilmiş sorumlulukların bulunduğu bu dönemdeki üniversite öğrencileri yaşam biçimleri üzerinde ergenlere kıyasla daha fazla otonomi ve kontrol sahibi olmaktadırlar. Bu geçiş dönemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği dönemdir.[11] Bu

nedenle, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ergenlik ve gençlik dönemindeki gruplar daha önceliklidir.[12]

Gelecek neslin şekillenmesinde, toplum sağlığının geliştirilmesinde genç topluma çok önem veren DSÖ, gençlerin yaşam becerilerini geliştirmelerini destekleme konusunda somut çalışmalar ortaya koymaktadır. Bu anlamda 'Sağlığı Geliştiren Okullar', gibi gençliğin sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine de katkıda bulunacak olumlu kültürel ortamların oluşturulmasını sağlayan projeler uygulamaktadır.[81,82]

2.6. Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu nedenle, her sağlık çalışanı, sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı, toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir.[9,13,5] Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili veriler hiç de olumlu görülmemektedir. Örneğin; farklı çalışmalarda, erkek hekimlerin % 44'ünün kilolu, % 6'sının obez, hemşirelerin % 28'inin kilolu, % 11'inin obez, sağlık personelinin %29'unun şişman olduğu bulunmuştur.[29,83,84] Özkan ve Yılmaz'ın hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların % 74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı, % 95,7' sinin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı, % 46,6'sının sigara kullandığı tespit edilmiştir.[85] Yalçınkaya ve arkadaşları, sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada hiç egzersiz yapmayanların oranını %58,9, sigara kullananların oranını % 38,9 olarak bulmuşlardır.[86]

Kişilerin sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme davranışları hakkında danışmanlık yapan hekimler, bu kişilerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilirler.[87] Hekim danışmanlığı, hekimin kendi sağlık uygulamaları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, birinci basamak uygulamaları yapılırken, sağlığı geliştirme danışmanlığının artmasında asıl anahtar hekimin kendi sağlık davranışları olmaktadır.[87,88] Çalışmalar, hekimlerin

verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğunu göstermiştir.[10]

Aile Hekimleri, Aile Hekimliği disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimler olup esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır.[89] Kişilere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve yaşam süreleri boyunca sürekli, koordine ve kapsamlı bakım sunan aile hekimleri, hem tanımından hem de insanlarla en sık, en yakın ve en uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olmasından dolayı sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun uzman hekimlerdir. Aile hekimi, her hastaya pozitif yaşam biçimi değişikliklerini önerir ve destekler. Uygun tarama testlerini yaparak sağlığı geliştirir ve hastalıkları önler.[89-91] Sağlığı geliştirme danışmanlığının aile hekimleri tarafından verilmesi, branş uzmanları tarafından verilmesine kıyasla daha etkili olmaktadır. Bunun nedeni ise hastaların aile hekimlerini daha güvenilir sağlık bilgi kaynağı olarak görmeleridir.[87,92] Bu nedenle, aile hekimleri bu konudaki donanımlarını arttırmalıdırlar. Nitekim, American Academy of Family Physicians, aile hekimliği asistanlarının sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek için kazanmaları gereken bilgi beceri ve tutumla ilgili önerdiği bir eğitim programı bulunmaktadır.[90]

Sağlığın geliştirilmesinde, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler hem gençlik döneminde olmaları hem de geleceğin sağlık çalışanı adayı olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Akranlarına ve gelecek dönemlerde topluma rol-model olmaları bakımından bu gruptaki öğrencilere şu anda ve gelecekte büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu durum, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesinin ve bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İlgili literatür tarandığında, ülkemizde üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren çalışmaların çoğunlukla hemşirelik bölümleri tarafından yapıldığı dikkati çekmiş ve sağlık bilimleri öğrencileri arasında en çok hemşirelik öğrencileri ile çalışıldığı görülmüştür.[8,9,11,13,93,94,95] Tıp öğrencilerini kapsayan iki çalışmaya, diş hekimliği öğrencilerini kapsayan sadece bir çalışmaya rastlanmıştır.[8,95]

Çalışmamızda, üniversitemizde sağlık bilimlerinin bütün alanlarında (hemşirelik, ebelik, tıp fakültesi ve diş hekimliği) eğitim gören öğrencilerin sağlığı geliştirme

davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında, bulgularımızın, sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı, ilgili fakülteleri ve üniversite yönetimini harekete geçireceği ve bu konuda planlanacak programlar ve projelerde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri bölümlerinde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyebilecek sosyodemografik özelliklerinin saptanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Balcalı kampusu sınırları içerisinde yer alan ve sağlık bilimleri alanında eğitim veren bölümlerde (Tıp Fakültesi, Sağlık Yüksek Okulu Ebelik ve Hemşirelik bölümleri ve Diş Hekimliği Fakültesi) yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, 2008-2009 öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (874), Sağlık Yüksek Okulu Ebelik ve Hemşirelik (547) bölümlerinde ve Diş Hekimliği Fakültesi'nde (188) okuyan toplam 1609 öğrenci oluşturmuştur.

3.4. Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini oluşturan 1609 öğrenciden 801'i çalışmaya alındı. Örneklem büyüklüğü web tabanlı kullanılabilen Raosoft Sample Size Calculator ile hesaplandı.[96] Sağlıklı davranışları geliştirme sıklığı % 50 alındığında, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencileri %95 güvenirlik ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 311 öğrenci olarak bulundu. Ancak küme örneklem yapıldığı için bulduğumuz en az örneklem büyüklüğü iki katsayısı ile çarpılarak 622 öğrencinin çalışmaya alınması gerektiği belirlendi.

Fakülte ve bölümlerin ilk ve son sınıfları çalışmaya alındı. Tıp Fakültesinin ve Diş Hekimliği Fakültesinin öğrenim süreleri, diğer bölümlerden daha uzun olduğu için, grupların benzer olması amacıyla bu fakültelerin 4. sınıfları da çalışmaya dahil edildi. Tablo 1'de bölümlere göre öğrencilerin araştırma örneklemine girme oranları görülmektedir.

Tablo 1. Fakülte-bölümlere göre öğrencilerin araştırma örneklemine girme oranları

Fakülte-Bölüm	Sınıf	Mevcut öğrenci sayısı	Araştırmaya katılan öğrenci sayısı	Katılan öğrencilerin sınıf içindeki yüzdesi (%)	Katılan öğrencilerin toplam içindeki yüzdesi (%)
Tıp	1. sınıf	233	187	80,3	23,3
	4. sınıf	159	121	76,1	15,1
	6. sınıf	108	97	89,8	12,1
Diş Hekimliği	1. sınıf	43	35	81,4	4,4
	4. sınıf	45	37	82,2	4,6
	5. sınıf	28	24	85,7	3,0
Hemşirelik	1. sınıf	99	91	91,9	11,4
	4. sınıf	60	59	98,3	7,4
Ebelik	1. sınıf	98	98	100	12,2
	4. sınıf	55	52	94,6	6,5
Toplam	1., 4., 5., 6. sınıf	928	801	86,3	100

Veri toplanan günlerde okulda, derste veya stajda bulunan 807 öğrenciye ulaşıldı. Ancak üç öğrencinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, üç öğrencinin ise veri formunu eksik doldurması nedeniyle araştırma örneklemi 801 öğrenciden oluştu.

3.5. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler

1. Bölümlerin idari amirleri ile yüz yüze görüşülüp, yapılması planlanan araştırma hakkında bilgi verilerek sözel onayları alındı.

2. Ardından bölümlere resmi yazı ile başvurularak yazılı onayları alındı.

3. Bu süreçte Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayla ilgili etik izin alındı.

4. Gönüllü olarak araştırmaya katılan öğrenciler, kimlik bilgilerini yazmak istemedikleri için yazılı onam yerine, öğrencilerin sözel onamları alındı.

5. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden TF2009LTP27 proje numarası ile destek alındı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini ve sağlıkla ilgili durumlarını sorgulayan bir anket ile Health Promotion Lifestyles Profiles II (HPLP-II) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeği kullanıldı. Ayrıca sağlığı koruyucu bazı davranış ve alışkanlıkları içeren altı ifade tarafımızdan oluşturularak SYBD-II ölçeğine eklendi.

3.6.1. Anket formu

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formunda; öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, fakültesi-bölümü, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, anne ve baba eğitimi ve mesleği, ortalama aylık aile ve kişisel geliri, okulda kaybedilen yıl sayısı soruldu.

Sağlıkla ilgili durumlarını sorgulayan bölümde ise; öğrencilerin sağlık durumunu nasıl algıladığı, boy ve ağırlığı, kişisel ve ailesel kronik hastalıklar, en son hekim görüşmesinin tarihi, en son diş hekimi görüşmesinin tarihi, tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumu ve sigara içme davranışı soruldu.

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SYBD ölçeği, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçek, 1996 yılında revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır.[97] Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır.[98]

SYBD-II ölçeği, dörtlü Likert'e göre [1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak)] 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. Uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika olan ölçeğin altı alt başlığı bulunmaktadır:

Tinsellik; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler (Tinsellik alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

Kişiler arası ilişki; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

3.6.3. Sağlığı Koruyucu Davranışları ve Alışkanlıkları Değerlendiren Bazı İfadeler

Çalışmada, sağlığı koruyucu davranışları ve alışkanlıkları değerlendiren altı ifadede:

-Araç içerisinde emniyet kemeri takma durumu,

-Motosiklete veya bisiklete binerken koruyucu başlık kullanma durumu,

-Yavaş ve güvenli araç kullanma durumu,

-Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih etme durumu,

-Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alma durumu,

-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alma durumu sorgulanmıştır.

Her bir madde sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan üzerinden değerlendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Tıp fakültesinde örneklem dışındaki sınıflardaki 10 öğrenci ile sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket ve SYBD-II ölçeği kullanılarak pilot bir çalışma yapıldı. Gerekli düzenlemeler yapılarak veri toplama araçlarına son şekli verildi ve Nisan-Haziran 2009 tarihleri arasında veriler toplandı. Bölüm yöneticileri ve öğrenci işleri ile araştırmanın yapılabileceği tarihler ve saatler kararlaştırıldı. Araştırma, önceden saptanan gün ve saatlerde araştırmacı tarafından yapıldı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar ve kodlamalar yapıldı.

BKİ, Ağırlık(kg) / Boy uzunluğu $(m)^2$ formülü ile hesaplandı. Çıkan sonuçlar, DSÖ sınıflaması temel alınarak gruplandırıldı: [44]

- <18,5 olması zayıf

- 18,5 - 24,99 arasında olması normal

- 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu

- 30,0 ve üzeri obez olarak değerlendirildi.

Öğrencilerin aile gelir durumları, çalışmanın yapıldığı dönemdeki açlık ve yoksulluk sınırları temel alınarak gruplandırıldı: [99]

Açlık sınırı ve altı (744 TL ve altı)

Açlık sınırı- Yoksulluk sınırı arası (745-2424 TL arası)

Yoksulluk sınırı üzeri (2425 TL ve üzeri)

Öğrencilerin kişisel gelirleri ise T.C. Başbakanlık Kredi ve Yurtlar Kurumu'nun 2009 yılı aylık burs miktarı temel alınarak gruplandırıldı:[100]

Aylık burs miktarının altı (180 TL altı)

Aylık burs miktarı - Aylık burs miktarının üç katı arası (180-540 TL arası)

Aylık burs miktarının üç katının üzeri (540 TL üzeri)

Öğrencilerin anne meslek gruplarındaki sayıların düşük olması nedeniyle, öğrenciler, annesi çalışan ve çalışmayanlar olarak gruplandırıldı.

Microsoft Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler istatistiksel paket programlar kullanılarak analiz edildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, doğum yeri, fakülte-bölüm, sosyal güvence, yaşadığı yer, anne ve baba eğitimi ve mesleği, ortalama aylık aile ve kişisel geliri, okulda kaybedilen yıl sayısı, BKİ, kişisel ve ailesel kronik hastalık durumu, sağlık durumu, en son hekim görüşmesinin tarihi, en son diş hekimi görüşmesinin tarihi, tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumu ve sigara içme davranışı olarak, bağımlı değişkenleri ise; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ve alt ölçekler puan ortalamaları olarak kabul edildi.

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirildi. Tanımlayıcı özellikler ile yaş, cinsiyet ve bölümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerle SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklılığın analizi için student-t testi ve varyans analizleri (ANOVA ve Kruskal Wallis), gruplar arasındaki farklılığın kaynağını saptamak için ise Bonferoni yöntemi kullanıldı. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma Ocak 2009'dan itibaren planlanmaya başlandı. Şubat 2009'da anabilim dalında tez proje önerisi olarak sunuldu ve diğer öğretim elemanlarının önerileri alındı. Gerekli izinler alındıktan sonra, Nisan-Haziran 2009 tarihlerinde veriler toplandı. Temmuz-Aralık 2009 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve istatistiksel analizleri yapıldı. Mayıs 2010'da tez yazımı tamamlandı.

4. BULGULAR

Araştırmayla ilgili bulgular üç ana başlık altında sunulmuştur:

Araştırmaya katılan öğrencilerin;

* sosyodemografik özellikleri ve ailesel özelikleri,

* sağlık durumları ile ilgili özellikleri, SYBD ölçeğine verdikleri yanıtlar ve sağlığı koruyucu bazı davranışları ve alışkanlıkları,

* SYBD ölçeği puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri, ailesel özellikleri, sağlık durumları ve sağlığı koruyucu bazı davranışları ve alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular.

4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik ve Ailesel Özellikleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,5 ± 2,21 (17-34) yıldı. Öğrencilerin; % 53'ü ≤ 21 yaş grubundaydı, % 60'ı kadındı, % 86,9'unun sosyal güvencesi vardı, % 63,2'sinin doğduğu yer Akdeniz bölgesiydi, % 70'e yakınının aylık geliri 180-540 TL arası (burs, harçlık vb.) ve % 65,7'sinin okulda kaybettiği yıl yoktu. Tıp fakültesinde okuyan öğrenci sayısının fazla olması nedeniyle araştırmaya alınan öğrencilerin yarısını tıp fakültesi öğrencileri oluşturuyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	**Toplam Sayı***		**N (%**)**
Yaş grubu	800	17-21	424 (53,0)
		22-35	376 (47,0)
Cinsiyet	801	Erkek	320 (40,0)
		Kadın	481 (60,0)
Doğum yeri (bölge)	785	Akdeniz	496 (63,2)
		Ege	12 (1,5)
		Marmara	15 (1,9)
		Karadeniz	15 (1,9)
		İç Anadolu	65 (8,3)
		Doğu Anadolu	56 (7,1)
		Güney Doğu Anadolu	112 (14,3)
		Yurt dışı	14 (1,7)
Fakülte-bölüm	801	Tıp	406 (50,7)
		Diş Hekimliği	96 (12,0)
		Hemşirelik	150 (18,7)
		Ebelik	149 (18,6)
Sınıf	801	1. sınıf	411 (51,3)
		4. sınıf	269 (33,6)
		5. sınıf	24 (3,0)
		6. sınıf	97 (12,1)
Sosyal güvence	800	var	695 (86,9)
		yok	105 (13,1)
Öğrenci geliri	689	180 TL ve altı	144 (20,9)
		180-540 TL arası	472 (68,5)
		541 TL ve üzeri	73 (10,6)
Okulda kaybedilen yıl sayısı	782	0	514 (65,7)
		1	169 (21,6)
		2	53 (6,8)
		3	26 (3,3)
		4 ve üzeri	20 (2,6)

*Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.
**Sütun yüzdesi

Tablo 3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

		Erkek	Kadın	Toplam	p*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş grubu	17-21	156 (36,8)	268 (63,2)	424 (100)	0,059
	22-35	163 (43,4)	213 (56,6)	376 (100)	
	Toplam	319 (39,9)	481 (60,1)	800 (100)	
Doğum yeri (bölge)	Akdeniz bölgesi	168 (33,9)	328 (66,1)	496 (100)	<0,001
	Ege bölgesi	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100)	
	Marmara bölgesi	7 (46,7)	8 (53,3)	15 (100)	
	Karadeniz bölgesi	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (100)	
	İç Anadolu bölgesi	21(32,3)	44 (67,7)	65 (100)	
	Doğu Anadolu bölgesi	38 (67,9)	18 (32,1)	56 (100)	
	Güney Doğu Anadolu bölgesi	64 (57,1)	48 (42,9)	112 (100)	
	Yurt dışı	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100)	
	Toplam	314 (40,0)	471 (60,0)	785 (100)	
Fakülte-bölüm	Tıp	232 (57,1)	174(42,9)	406 (100)	<0,001
	Diş Hekimliği	54 (56,3)	42(43,8)	96 (100)	
	Hemşirelik	34 (22,7)	116(77,3)	150 (100)	
	Ebelik	0 (0)	149(100)	149 (100)	
	Toplam	320 (40)	481(60)	801 (100)	
Sınıf	1. sınıf	160 (38,9)	251(61,1)	411 (100)	0,007
	4. sınıf	95 (35,3)	174(64,7)	269 (100)	
	5. sınıf	13 (54,2)	11(45,8)	24 (100)	
	6. sınıf	52 (53,6)	45(46,4)	97 (100)	
	Toplam	320 (40)	481(60)	801 (100)	
Sosyal güvence	Evet	256 (36,8)	439(63,2)	695 (100)	<0,001
	Hayır	64 (61,0)	41(39,0)	105 (100)	
	Toplam	320 (40,0)	480(60,0)	800 (100)	
Öğrenci geliri	180 TL ve altı	39 (27,1)	105(72,9)	144 (100)	0,001
	180-540 TL arası	208(44,1)	264(55,9)	472 (100)	
	541 TL ve üzeri	31(42,5)	42(57,5)	73(100)	
	Toplam	278(40,3)	411(59,7)	689(100)	
Okuldaki kayıp yıl	Hiç kaybetmedim	198(38,5)	316(61,5)	514(100)	0,017
	1 yıl	61(36,1)	108(63,9)	169(100)	
	2 yıl	30(56,6)	23(43,4)	53(100)	
	3 yıl	13(50,0)	13(50,0)	26(100)	
	4 yıl ve üzeri	12(60,0)	8(40,0)	20(100)	
	Toplam	314(40,2)	468(59,8)	782(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin doğum yerleri ($p<0,001$), öğrenim gördükleri fakülte-bölüm ($p<0,001$), sınıfları ($p=0,007$), gelir durumları ($p=0,001$) ve okulda kaybettikleri yıl ($p=0,017$) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Tablo 4. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin yaş gruplarına göre dağılımı

		17-21 yaş	22-35 yaş	Toplam	p*
		n(%)	n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Erkek	156(48,9)	163(51,1)	319(100)	0,059
	Kadın	268(55,7)	213(44,3)	481(100)	
	Toplam	424(53,0)	376(47,0)	800(100)	
Doğum yeri	Akdeniz bölgesi	261(52,7)	234(47,3)	495(100)	0,040
	Ege bölgesi	8(66,7)	4(33,3)	12(100)	
	Marmara bölgesi	10(66,7)	5(33,3)	15(100)	
	Karadeniz bölgesi	4(26,7)	11(73,3)	15(100)	
	İç Anadolu bölgesi	33(50,8)	32(49,2)	65(100)	
	Doğu Anadolu bölgesi	22(39,3)	34(60,7)	56(100)	
	Güney Doğu Anadolu bölgesi	70(62,5)	42(37,5)	112(100)	
	Yurt dışı	7(50,0)	7(50,0)	14(100)	
	Toplam	415(52,9)	369(47,1)	784(100)	
Fakülte-bölüm	Tıp	202(49,9)	203(50,1)	405(100)	<0,001
	Diş Hekimliği	34(35,4)	62(64,6)	96(100)	
	Hemşirelik	90(60,0)	60(40,0)	150(100)	
	Ebelik	98(65,8)	51(34,2)	149(100)	
	Toplam	424(53,0)	376(47,0)	800(100)	
Sınıf	1. sınıf	379(92,2)	32(7,8)	411(100)	<0,001
	4. sınıf	45(16,7)	224(83,3)	269(100)	
	5. sınıf	0(0)	24(100)	24(100)	
	6. sınıf	0(0)	96(100)	96(100)	
	Toplam	424(53)	376(47)	800(100)	
Sosyal güvence	Evet	372(53,6)	322(46,4)	694(100)	0,435
	Hayır	52(49,5)	53(50,5)	105(100)	
	Toplam	424(53,1)	375(46,9)	799(100)	
Öğrenci geliri	180 TL ve altı	108(75,0)	36(25,0)	144(100)	<0,001
	180-540 TL arası	224(47,6)	247(52,4)	471(100)	
	541 TL ve üzeri	21(28,8)	52(71,2)	73(100)	
	Toplam	353(51,3)	335(48,7)	688(100)	
Okuldaki kayıp yıl	Hiç kaybetmedim	282(55,0)	231(45,0)	513(100)	<0,001
	1 yıl	96(56,8)	73(43,2)	169(100)	
	2 yıl	22(41,5)	31(58,5)	53(100)	
	3 yıl	15(57,7)	11(42,3)	26(100)	
	4 yıl ve üzeri	0(0)	20(100)	20(100)	
	Toplam	415(53,1)	366(46,9)	781(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin yaş gruplarına göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin doğum yerleri (p=0,040), öğrenim gördükleri fakülte-bölüm (p<0,001), sınıfları (p<0,001), gelir durumları (p<0,001) ve okulda kaybettikleri yıl (p<0,001) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Tablo 5. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin öğrenim gördükleri bölümlere göre dağılımı

		Tıp	Diş Hekimliği	Hemşirelik	Ebelik	Toplam	p*
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Yaş grubu	17-21	202(47,6)	34(8,0)	90(21,2)	98(23,1)	424(100)	<0,001
	22-35	203(54,0)	62(16,5)	60(16,0)	51(13,6)	376(100)	
	Toplam	405(50,6)	96(12,0)	150(18,8)	149(18,6)	800(100)	
Cinsiyet	Erkek	232(72,5)	54(16,9)	34(10,6)	0(0)	320(100)	<0,001
	Kadın	174(36,2)	42(8,7)	116(24,1)	149(31,0)	481(100)	
	Toplam	406(50,7)	96(12,0)	150(18,7)	149(18,6)	801(100)	
Doğum yeri	Akdeniz bölgesi	253(51,0)	48(9,7)	105(21,2)	90(18,1)	496(100)	<0,001
	Ege bölgesi	5(41,7)	5(41,7)	1(8,3)	1(8,3)	12(100)	
	Marmara bölgesi	7(46,7)	5(33,3)	2(13,3)	1(6,7)	15(100)	
	Karadeniz bölgesi	1(6,7)	5(33,3)	2(13,3)	7(46,7)	15(100)	
	İç Anadolu bölgesi	28(43,1)	11(16,9)	10(15,4)	16(24,6)	65(100)	
	Doğu Anadolu bölgesi	26(46,4)	15(26,8)	8(14,3)	7(12,5)	56(100)	
	Güney Doğu Anadolu bölgesi	68(60,7)	5(4,5)	19(17,0)	20(17,9)	112(100)	
	Yurt dışı	9(64,3)	2(14,3)	2(14,3)	1(7,1)	14(100)	
	Toplam	397(50,6)	96(12,2)	149(19,0)	143(18,2)	785(100)	
Sınıf	1. sınıf	187(45,5)	35(8,5)	91(22,1)	98(23,8)	411(100)	<0,001
	4. sınıf	121(45,0)	37(13,8)	59(21,9)	52(19,3)	269(100)	
	5. sınıf	0(0)	24(100)	0(0)	0(0)	24(100)	
	6. sınıf	97(100)	0(0)	0(0)	0(0)	97(100)	
	Toplam	405(50,6)	96(12)	150(18,7)	150(18,7)	801(100)	
Sosyal güvence	Evet	352(50,6)	85(12,2)	122(17,6)	136(19,6)	695(100)	0,078
	Hayır	53(50,5)	11(10,5)	28(26,7)	13(12,4)	105(100)	
	Toplam	405(50,6)	96(12,0)	150(18,8)	149(18,6)	800(100)	
Öğrenci geliri	180 TL ve altı	44(30,6)	7(4,9)	32(22,2)	61(42,4)	144(100)	<0,001
	180-540 TL arası	253(53,6)	57(12,1)	101(21,4)	61(12,9)	472(100)	
	541 TL ve üzeri	43(58,9)	16(21,9)	10(13,7)	4(5,5)	73(100)	
	Toplam	340(49,3)	80(11,6)	143(20,8)	126(18,3)	689(100)	
Okuldaki kayıp yıl	Hiç kaybetmedim	282(54,9)	65(12,6)	86(16,7)	81(15,8)	514(100)	0,082
	1 yıl	77(45,6)	21(12,4)	36(21,3)	35(20,7)	169(100)	
	2 yıl	28(52,8)	6(11,3)	10(18,9)	9(17,0)	53(100)	
	3 yıl	7(26,9)	2(7,7)	10(38,5)	7(26,9)	26(100)	
	4 yıl ve üzeri	7(35,0)	2(10,0)	6(30,0)	5(25,0)	20(100)	
	Toplam	401(51,3)	96(12,3)	148(18,9)	137(17,5)	782(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte-bölüme göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin yaş grupları ($p<0,001$), cinsiyetleri ($p<0,001$), doğum yerleri ($p<0,001$), sınıfları ($p<0,001$) ve gelir durumları ($p<0,001$) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Tablo 6. Öğrencilerin ailesel özelliklerine göre dağılımı

Ailesel özellikler	**Toplam Sayı***		**n (%**)**
Aile ile birlikte kalma (n=798)	798	Evet	371 (46,5)
		Hayır	427 (53,5)
Anne eğitimi (n=798)	798	Okur-yazar değil	102 (12,8)
		Okur-yazar	69 (8,6)
		İlköğretim	330 (41,4)
		Lise	179 (22,4)
		Üniversite- Yüksek lisans-doktora	118 (14,8)
Baba eğitimi (n=798)	798	Okur-yazar değil	16 (2,0)
		Okur-yazar	21 (2,6)
		İlköğretim	291 (36,5)
		Lise	224 (28,1)
		Üniversite- Yüksek lisans-doktora	246 (30,8)
Anne meslek (n=785)	785	Çalışmıyor	624 (79,5)
		Çalışıyor	161 (20,5)
Baba meslek (n=777)	777	Çalışmıyor	7 (0,9)
		İşçi	76 (9,8)
		Memur	226 (29,1)
		Serbest meslek	251 (31,3)
		Emekli	217 (27,1)
Aile geliri (n=650)	650	744 TL ve altı	150 (23,1)
		745-2424 TL arası	394 (60,6)
		2425 TL ve üzeri	106 (16,3)

*Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.
**Sütun yüzdesi

Öğrencilerin % 46,5’ i ailesi ile birlikte kalıyordu. Annelerin % 12,8’i okur-yazar değil iken babalarda bu oranın % 2 idi. Üniversite, yüksek lisans, doktora mezunu annelerin oranı % 14,8’ iken, babalarda bu oran yaklaşık iki katı idi. Öğrencilerin annelerinin yaklaşık % 80’ i çalışmıyordu. Babalarda bu oran % 0,9’du. Öğrencilerin 2/3’ sinin aile geliri 745-2424 TL arasındaydı (Tablo 6).

Tablo 7. Öğrencilerin ailesel özelliklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

		Erkek	**Kadın**	**Toplam**	**p***
		n(%)	**n(%)**	**n(%)**	
Aile ile birlikte kalma	Evet	128(34,5)	243(65,5)	371(100)	0,005
	Hayır	189(44,3)	238(55,7)	427(100)	
	Toplam	317(39,7)	481(60,3)	798(100)	
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	48(47,1)	54(52,9)	102(100)	0,069
	Okur-yazar	33(47,8)	36(52,2)	69(100)	
	İlköğretim	116(35,2)	214(64,8)	330(100)	
	Lise	78(43,6)	101(56,4)	179(100)	
	Üniversite- Yüksek lisans-doktora	43(36,4)	75(63,6)	118(100)	
	Toplam	318(39,8)	480(60,2)	798(100)	
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	10(62,5)	6(37,5)	16(100)	0,128
	Okur-yazar	9(42,9)	12(57,1)	21(100)	
	İlköğretim	109(37,5)	182(62,5)	291(100)	
	Lise	81(36,2)	143(63,8)	224(100)	
	Üniversite- Yüksek lisans-doktora	108(43,9)	138(56,1)	246(100)	
	Toplam	317(39,7)	481(60,3)	798(100)	
Anne meslek	Çalışmıyor	253(40,5)	371(59,5)	624(100)	0,519
	Çalışıyor	67(37,9)	110(62,1)	177(100)	
	Toplam	320(40)	481(60)	801(100)	
Baba meslek	Çalışmıyor	4(57,1)	3(42,9)	7(100)	0,039
	İşçi	18(23,7)	58(76,3)	76(100)	
	Memur	92(40,7)	134(59,3)	226(100)	
	Serbest meslek	101(40,2)	150(59,8)	251(100)	
	Emekli	93(42,9)	124(57,1)	217(100)	
	Toplam	308(39,6)	469(60,4)	777(100)	
Aile geliri	744 TL ve altı	57(38,0)	93(62,0)	150(100)	0,797
	745-2424 TL arası	162(41,1)	232(58,9)	394(100)	
	2425 TL ve üzeri	42(39,6)	64(60,4)	106(100)	
	Toplam	261(40,2)	389(59,8)	650(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ailesel özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin aile ile birlikte kalma durumları (p=0,005) ve baba meslekleri (p=0,039) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Tablo 8. Öğrencilerin ailesel özelliklerinin yaş gruplarına göre dağılımı

		17-21 yaş	22-35 yaş	Toplam	p*
		n(%)	n(%)	n(%)	
Aile ile birlikte kalma	Evet	201(54,3)	169(45,7)	370(100)	0,469
	Hayır	221(51,8)	206(48,2)	427(100)	
	Toplam	422(52,9)	375(47,1)	797(100)	
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	50(49,5)	51(50,5)	101(100)	0,576
	Okur-yazar	37(53,6)	32(46,4)	69(100)	
	İlköğretim	186(56,4)	144(43,6)	330(100)	
	Lise	92(51,4)	87(48,6)	179(100)	
	Üniversite- Yüksek lisans-doktora	58(49,2)	60(50,8)	118(100)	
	Toplam	423(53,1)	374(46,9)	797(100)	
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	5(31,3)	11(68,8)	16(100)	0,070
	Okur-yazar	9(42,9)	12(57,1)	21(100)	
	İlköğretim	167(57,6)	123(42,4)	290(100)	
	Lise	122(54,5)	102(45,5)	224(100)	
	Üniversite- Yüksek lisans-doktora	119(48,4)	127(51,6)	246(100)	
	Toplam	422(52,9)	375(47,1)	797(100)	
Anne meslek	Çalışmıyor	338(54,3)	285(45,7)	623(100)	0,183
	Çalışıyor	86(48,6)	91(51,4)	177(100)	
	Toplam	424(53,0)	376(47,0)	800(100)	
Baba meslek	Çalışmıyor	5(71,4)	2(28,6)	7(100)	<0,001
	İşçi	52(68,4)	24(31,6)	76(100)	
	Memur	110(48,7)	116(51,3)	226(100)	
	Serbest meslek	150(60,0)	100(40,0)	250(100)	
	Emekli	92(42,4)	125(57,6)	217(100)	
	Toplam	409(52,7)	367(47,3)	776(100)	
Aile geliri	744 TL ve altı	98(65,3)	52(34,7)	150(100)	<0,001
	745-2424 TL arası	189(48,1)	204(51,9)	393(100)	
	2425 TL ve üzeri	40(37,7)	66(62,3)	106(100)	
	Toplam	327(50,4)	322(49,6)	649(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin yaş gruplarına göre ailesel özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin baba meslekleri ($p<0,001$) ve aile gelir durumları ($p<0,001$) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

Tablo 9. Öğrencilerin ailesel özelliklerinin öğrenim gördükleri bölümlere göre dağılımı

		Tıp	Diş Hekimliği	Hemşirelik	Ebelik	Toplam	p*
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Aile ile birlikte kalma	Evet	185(49,9)	34(9,2)	65(17,5)	87(23,5)	371(100)	0,004
	Hayır	219(51,3)	61(14,3)	85(19,9)	62(14,5)	427(100)	
	Toplam	404(50,6)	95(11,9)	150(18,8)	149(18,7)	798(100)	
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	41(40,2)	5(4,9)	29(28,4)	27(26,5)	102(100)	<0,001
	Okur-yazar	28(40,6)	9(13,0)	18(26,1)	14(20,3)	69(100)	
	İlköğretim	125(37,9)	37(11,2)	83(25,2)	85(25,8)	330(100)	
	Lise	119(66,5)	24(13,4)	17(9,5)	19(10,6)	179(100)	
	Üniversite-Yüksek lisans-doktora	90(76,3)	21(17,8)	3(2,5)	4(3,4)	118(100)	
	Toplam	403(50,5)	96(12,0)	150(18,8)	149(18,7)	798(100)	
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	8(50,0)	2(12,5)	4(25,0)	2(12,5)	16(100)	<0,001
	Okur-yazar	10(47,6)	2(9,5)	4(19,0)	5(23,8)	21(100)	
	İlköğretim	102(35,1)	24(8,2)	85(29,2)	80(27,5)	291(100)	
	Lise	111(49,6)	33(14,7)	38(17,0)	42(18,8)	224(100)	
	Üniversite-Yüksek lisans-doktora	173(70,3)	35(14,2)	18(7,3)	20(8,1)	246(100)	
	Toplam	404(50,6)	96(12,0)	149(18,7)	149(18,7)	798(100)	
Anne meslek	Çalışmıyor	279(44,7)	70(11,2)	139(22,3)	136(21,8)	624(100)	<0,001
	Çalışıyor	126(71,2)	26(14,7)	11(6,2)	14(7,9)	177(100)	
	Toplam	405(50,6)	96(12,0)	150(18,7)	150(18,7)	801(100)	
Baba meslek	Çalışmıyor	2(28,6)	0(0)	2(28,6)	3(42,9)	7(100)	<0,001
	İşçi	22(28,9)	5(6,6)	23(30,3)	26(34,2)	76(100)	
	Memur	142(62,8)	35(15,5)	21(9,3)	28(12,4)	226(100)	
	Serbest meslek	119(47,4)	17(6,8)	60(23,9)	55(21,9)	251(100)	
	Emekli	107(49,3)	37(17,1)	38(17,5)	35(16,1)	217(100)	
	Toplam	392(50,5)	94(12,1)	144(18,5)	147(18,9)	777(100)	
Aile geliri	744 TL ve altı	40(26,7)	15(10,0)	49(32,7)	46(30,7)	150(100)	<0,001
	745-2424 TL arası	192(48,7)	48(12,2)	80(20,3)	74(18,8)	394(100)	
	2425 TL ve üzeri	78(73,6)	19(17,9)	5(4,7)	4(3,8)	106(100)	
	Toplam	310(47,7)	82(12,6)	134(20,6)	124(19,1)	650(100)	

*ki-kare

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte-bölüme göre ailesel özellikleri incelendiğinde, öğrencilerin aile ile birlikte kalma durumları (p=0,004), anne eğitim durumları (p<0,001), baba eğitim durumları (p<0,001), anne meslekleri (p<0,001), baba meslekleri (p<0,001) ve aile gelir durumları (p<0,001) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu görüldü.

4.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Durumları İle İlgili Bazı Özellikleri, SYBD Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları

4.2.1. Öğrencilerin Sağlık Durumları İle İlgili Bazı Özellikleri

Tablo 10. Öğrencilerin sağlık durumları ile ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı

			N (%)**
İlaç kullanımı gerektiren hekim tanılı hastalık	801	Var	73 (9,1)
		Yok	728 (90,9)
Ailede sürekli ilaç kullanımını gerektirecek kronik bir hastalık	801	Var	428 (53,4)
		Yok	373 (46,6)
Sağlık durumu algısı	801	Mükemmel	40 (5,0)
		Çok iyi	193 (24,1)
		İyi	420 (52,4)
		Orta	124 (15,4)
		zayıf	24 (3,0)
Rutin doktor kontrolü	795	Son 1 yıl içinde	351 (44,1)
		Bir yıldan daha uzun süre önce	131 (16,5)
		Hiç gitmedim	313 (39,4)
Son diş hekimi kontrolü	799	Son 1 yıl içinde	354 (44,3)
		Bir yıldan daha uzun süre önce	319 (39,9)
		Hiç gitmedim	126 (15,8)
Sigara içme davranışı	800	Hiç içmedim	595 (74,4)
		Her gün içerim	88 (11,0)
		Ara sıra içerim	86 (10,8)
		Bıraktım	31 (3,9)
Beden kitle indeksi	792	18,5 altı	66 (8,3)
		18,5-24,9	617 (77,9)
		25,0-29,9	95 (12,0)
		30,0-40,0	13 (1,6)
		40,0 üzeri	1 (0,1)
Tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumu	800	Evet	585 (73,1)
		Hayır	139 (17,4)
		Bilmiyorum/ Emin değilim	76 (9,5)

*Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.
**Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 9,1' i hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olduğunu, % 53,4' ü ailesinde ilaç kullanımı gerektiren kronik bir hastalık bulunduğunu bildirdi.

Öğrencilerin % 52,4'ü sağlık durumunu iyi olarak tanımladı.

Son bir yıl içinde rutin doktor kontrolüne gidenlerin oranı % 44,2, son bir yıl içinde diş hekimi kontrolüne giden öğrencilerin oranı ise % 44,3'tü.

Öğrencilerin 3/4’ ü hiç sigara içmediğini bildirdi.

Beden kitle indekslerine göre değerlendirildiğinde öğrencilerin % 77,9’ unun normal sınırlar içerisinde olduğu saptandı.

Öğrencilerin yaklaşık 1/4’ü tam doz hepatit B aşısı yaptırmadığını veya bilmediğini/emin olmadığını bildirdi.

Tablo 11. Öğrencinin sürekli ilaç kullanımını gerektirecek hekim tanılı hastalıklarının dağılımı (n=801)

Öğrencideki hastalık	**n**	**%***
Mide-bağırsak	18	2,24
Alerjik-immünolojik	12	1,49
Psikiyatrik	9	1,12
Kalp-damar	6	0,75
Migren ve diğer baş ağrıları	5	0,62
Kansızlık ve diğer kan hastalıkları	5	0,62
Astım	3	0,37
Eklem	2	0,25
Tiroid (Guatr)	2	0,25
Diğer	11	1,37

* Toplam öğrenci sayısı içerisindeki yüzdesi

Araştırmaya katılan öğrencilerde, hekim tarafından tanısı konulmuş hastalıklarda ilk üç sırada gastrointestinal (%2,24), alerjik-immünolojik (%1,49) ve psikiyatrik hastalıkların (%1,12) olduğu saptandı.

Tablo 12. Ailede sürekli ilaç kullanımını gerektirecek kronik hastalıkların dağılımı (n=801)

Ailedeki hastalıklar	**n**	**%***
Yüksek tansiyon	179	22,34
Şeker	116	14,48
Kalp-damar	97	12,10
Astım	62	7,74
Eklem	45	5,61
Kemik erimesi	40	4,99
Şişmanlık	29	3,62
Depresyon	23	2,87
Böbrek	18	2,24
Karaciğer (Hepatit vb.)	17	2,12
Kronik akciğer	15	1,87
Sara	10	1,24
Tiroid (Guatr)	9	1,12
Kolesterol, kan yağları yüksekliği	9	1,12
Mide-bağırsak	6	0,75
Depresyon dışındaki psikiyatrik hastalıklar	4	0,50
Alerjik-İmmünolojik	4	0,50
Migren ve diğer baş ağrıları	4	0,50
Kansızlık ve diğer kan hastalıkları	3	0,37
Kanser	2	0,25
Diğer	15	1,87

* Toplam öğrenci sayısı içerisindeki yüzdesi

Öğrencilerin anne, baba ve kardeşlerindeki hekim tanılı kronik hastalıklarda ilk üç sırayı hipertansiyon (% 22,34), diyabet (% 14,48) ve kalp-damar hastalıklarının (% 12,10) paylaştığı görüldü.

4.2.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar

Tablo 13. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden ve alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar, alt ve üst puan değerleri ve madde puan ortalamaları

	Toplam sayı*	**Ortalama±SS**	**Öğrencilerin aldıkları alt ve üst puan değerleri**	**Madde puan ortalamaları±SS**
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	574	124,30±17,92	77-183	2,39±0,35
Sağlık sorumluluğu	772	19,98±4,19	9-36	2,22±0,47
Fiziksel aktivite	781	15,94±4,38	8-32	1,99±0,55
Beslenme	766	19,45±3,76	9-34	2,16±0,42
Tinsellik	744	25,70±4,20	11-36	2,86±0,47
Kişiler arası ilişki	662	24,96±3,93	13-36	2,77±0,44
Stres yönetimi	785	18,61±3,44	9-30	2,33±0,43

* Öğrencilerin, ölçeğin bazı maddelerini boş bırakmasından dolayı n değerleri farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin, SYBD ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, alınan en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 13'de görülmektedir.

Alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanlar, en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın tinsellik (25,70±4,20), kişiler arası ilişki (24,96±3,93), sağlık sorumluluğu (19,98±4,19), beslenme (19,45±3,76), stres yönetimi (18,61±3,44) ve fiziksel aktivite (15,94±4,38) şeklinde olduğu görüldü.

Öğrencilerin, SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 124,30±17,92, alınan en düşük puan 77, en yüksek puan 183 idi.

Alt ölçek gruplarının madde puan ortalamaları 1,99±0,55 ile 2,86±0,47 arasında değişiyordu.

Tablo 14. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin 52 maddesine verilen yanıtların yüzdeleri ve madde puan ortalamaları

		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ±SS
Sağlık sorumluluğu	3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım.	799	4,4	49,1	36,2	10,4	2,53 ±0,74
	9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	799	25,5	56,2	15,0	3,3	1,96 ±0,73
	15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	793	10,0	47,0	34,9	8,1	2,41 ±0,78
	21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	796	14,8	55,0	24,0	6,2	2,21 ±0,77
	27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.	794	6,5	48,5	37,3	7,7	2,46 ±0,73
	33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	801	27,5	49,8	17,9	4,9	2,00 ±0,80
	39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	795	23,6	54,2	18,7	3,4	2,02 ±0,75
	45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	800	41,8	44,1	11,0	3,1	1,76 ±0,77
	51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	798	6,9	43,0	35,7	14,4	2,58 ±0,82

Tablo 14. Devamı

		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ±SS
Fiziksel aktivite	4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	800	37,1	50,6	8,1	4,1	1,79 ±0,76
	10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)	799	34,3	43,2	13,6	8,9	1,97 ±0,91
	16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).	795	21,4	49,9	18,6	10,1	2,17 ±0,88
	22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme,bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	800	21,3	52,6	18,8	7,4	2,12 ±0,83
	28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	800	54,5	33,8	6,5	5,3	1,63 ±0,83
	34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).	801	12,1	40,1	35,7	12,1	2,48 ±0,86
	40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	796	34,8	41,3	19,1	4,8	1,94 ±0,85
	46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	797	38,5	42,5	14,6	4,4	1,85 ±0,83

*Satır yüzdesi

Tablo 14. Devamı

		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ±SS
Beslenme	2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	799	21,7	49,7	23,5	5,1	2,12 ±0,80
	8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.	792	29,8	47,1	16,9	6,2	1,99 ±0,85
	14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.	796	40,1	43,8	12,9	3,1	1,79 ±0,78
	20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.	796	16,6	59,2	18,6	5,7	2,13 ±0,75
	26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	797	19,8	59,3	17,6	3,3	2,04 ±0,71
	32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.	800	19,5	49,6	22,1	8,8	2,20 ±0,85
	38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.	796	17,2	61,9	17,3	3,5	2,07 ±0,69
	44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	799	22,5	37,3	26,5	13,6	2,31 ±0,97
	50	Kahvaltı yaparım.	798	6,3	36,2	29,9	27,6	2,79 ±0,92

*Satır yüzdesi

Tablo 14. Devamı

		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ±SS
Tinsellik	6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	795	1,9	32,8	50,2	15,1	2,78 ±0,71
	12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.	797	3,4	14,2	41,8	40,7	3,20 ±0,80
	18	Geleceğe umutla bakarım.	797	3,4	25,6	44,9	26,1	2,94 ±0,81
	24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	797	3,8	32,5	48,1	15,7	2,76 ±0,76
	30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	799	4,8	21,2	46,7	27,4	2,97 ±0,82
	36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	793	9,1	66,3	19,9	4,7	2,20 ±0,66
	42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	800	1,8	15,4	48,9	34,0	3,15 ±0,74
	48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.	783	17,1	26,3	30,3	26,3	2,66 ±1,05
	52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	781	1,3	21,9	48,1	28,7	3,04 ±0,75

*Satır yüzdesi

Tablo 14. Devamı

		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ±SS
Kişiler arası ilişki	1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.	801	2,5	41,8	45,1	10,6	2,64 ±0,70
	7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	796	2,4	18,5	57,5	21,6	2,98 ±0,71
	13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.	795	2,4	21,6	54,1	21,9	2,95 ±0,73
	19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	797	1,5	20,7	51,4	26,3	3,03 ±0,73
	25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	800	2,6	28,5	47,5	21,4	2,88 ±0,77
	31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	798	3,0	24,9	43,1	28,9	2,98 ±0,81
	37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.	684	22,7	48,0	20,5	8,9	2,16 ±0,87
	43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	798	8,6	42,5	36,6	12,3	2,53 ±0,82
	49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	796	2,8	25,6	51,3	20,4	2,89 ±0,75
Stres yönetimi	5	Yeterince uyurum.	801	7,4	34,5	38,5	19,7	2,71 ±0,87
	11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.	801	27,1	45,6	20,0	7,4	2,08 ±0,87
	17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	797	11,8	44,2	33,2	10,8	2,43 ±0,84
	23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	796	5,9	44,7	35,7	13,7	2,57 ±0,80
	29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	798	16,9	50,9	27,1	5,1	2,20 ±0,78
	35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	800	7,9	42,0	39,1	11,0	2,53 ±0,79
	41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	796	30,2	48,6	15,6	5,7	1,97 ±0,83
	47	Yorulmaktan kendimi korurum.	801	22,5	49,9	22,7	4,9	2,10 ±0,80

*Satır yüzdesi

SYBD ölçeğinin her maddesine verilen yanıtların yüzdeleri ve madde puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 14);

- en düşük puanı (1,63±0,83) 28. sıradaki "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım." maddesinin aldığı,
- en yüksek puanı (3,20±0,80) 12. sıradaki "Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım." maddesinin aldığı,
- puan ortalaması 2'nin altında olan maddelerin;
    - 4. madde (1,79±0,76) "Düzenli bir egzersiz programı yaparım."
    - 8. madde (1,99±0,85) "Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim."
    - 9. madde (1,96±0,73) "Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum."
    - 10. madde (1,97±0,91) "Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)."
    - 14. madde (1,79±0,78) "Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim."
    - 40. madde (1,94±0,85) "Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim."
    - 41. madde (1,97±0,83) "Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım."
    - 45. madde (1,76±0,77) "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım."
    - 46. madde (1,85±0,83) "Kalp atımım hızlanıncaya kadar egzersiz yaparım."
- puan ortalaması 3 ve üzerinde olan maddelerin;
    - 12. madde (3,20±0,80) "Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım."
    - 19. madde (3,03±0,73) "Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım."
    - 42. madde (3,15±0,74) "Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım."
    - 52. madde (3,04±0,75) "Yeni deneyimlere ve durumlara açığım."

olduğu saptandı.

4.2.3. Öğrencilerin Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları

Tablo 15. Öğrencilerin sağlığı koruyucu bazı davranışlarının ve alışkanlıklarının dağılımı

Diğer davranışlar ve alışkanlıklar	n	Hiçbir zaman (%)*	Bazen (%)*	Sık sık (%)*	Düzenli olarak (%)*	Madde ort. ± SS
Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım.	799	9,6	38,7	30,7	21,0	2,63±0,92
Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım.[a]	503	40,8	32,0	16,3	10,9	1,97±1,01
Yavaş ve güvenli araç kullanırım.	425	16,0	33,6	35,3	15,1	2,49±0,93
Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederim.[b]	795	13,5	19,0	31,3	36,2	2,90±1,04
Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alırım.[c]	205	14,1	16,6	29,8	39,5	2,95±1,06
Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alırım.[c]	210	9,5	16,2	31,9	42,4	3,07±0,98

*Satır yüzdesi
[a] Motosiklet veya bisiklete binmiyorsa bu soruyu cevaplamaması istenmiştir.
[b] Araç kullanmıyorsa bu soruyu cevaplamaması istenmiştir.
[c] Cinsel ilişkide bulunmuyorsa bu soruyu cevaplamaması istenmiştir.

Tablo 15'de öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili diğer davranışları ve alışkanlıklarını sorgulayan maddelere verdikleri yanıtların yüzdeleri ve madde puan ortalamaları gösterilmiştir.

Öğrencilerin % 21'i (n=799) bir araca bindiğinde düzenli olarak emniyet kemeri taktığını bildirdi. Motosiklete veya bisiklete bindiğinde, düzenli olarak koruyucu başlık kullanan öğrencilerin oranı % 10,9 (n=503) idi. Motosiklet veya bisiklet kullananlar arasında bu maddenin puan ortalaması 2'nin altındaydı. Düzenli olarak yavaş ve güvenli araç kullananların oranı % 15,1 (n=425) idi.

Öğrencilerin % 36,2' si düzenli olarak sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederken, % 13,5'i hiçbir zaman tercih etmediklerini bildirdi. Cinsel ilişki sırasında düzenli olarak gebelikten koruyucu önlem alan öğrencilerin oranı % 39,5, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada, düzenli olarak koruyucu önlem alan öğrencilerin oranı ise % 42,4 idi. Cinsel ilişkide bulunanlar arasında bu maddenin puan ortalaması 3'ün üzerindeydi.

4.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri, Ailesel Özellikleri, Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

4.3.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 16. Yaş gruplarına göre ölçek puan ortalamaları

	21 yaş ve altı Ort ±SS	**22 yaş ve üzeri Ort ±SS**	**p***
Sağlık sorumluluğu	19,71±4,27	20,29±4,08	0,058
Fiziksel aktivite	16,12±4,25	15,72±4,53	0,203
Beslenme	19,37±3,79	19,54±3,72	0,531
Tinsellik	25,67±4,27	25,74±4,13	0,829
Kişiler arası ilişki	24,90±4,05	25,02±3,81	0,692
Stres yönetimi	18,78±3,44	18,40±3,45	0,132
Toplam	123,91±18,32	124,76±17,46	0,573

* t test

Tablo 16'da 22 yaş ve üstü grubundaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm puanları 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüş, ancak SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 17. Cinsiyete göre ölçek puan ortalamaları

	Erkek Ort ±SS	**Kadın Ort ±SS**	**p***
Sağlık sorumluluğu	18,90± 4,11	20,69± 4,09	<0,001
Fiziksel aktivite	16,93± 4,98	15,27±3,79	<0,001
Beslenme	18,80±3,88	19,86±3,62	<0,001
Tinsellik	25,31±4,52	25,96±3,96	0,045
Kişiler arası ilişki	24,52±4,22	25,28±3,68	0,015
Stres yönetimi	18,25±3,56	18,84±3,35	0,018
Toplam	123,27±19,97	125,00±16,38	0,273

* t test

Öğrencilerin cinsiyetine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçeğindeki puan ortalamasının daha yüksek olduğu (p<0,001), sağlık sorumluluğu (p<0,001), beslenme (p<0,001), tinsellik (p=0,045), kişiler arası ilişki (p=0,015) ve stres yönetimi (p=0,018) alt ölçeklerinde puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. SYBD ölçeği toplam puan ortalamasında kadın cinsiyet daha yüksek puan almış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 18. Doğum yerlerine göre ölçek puan ortalamaları

Doğum yeri (bölge)	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Akdeniz	20,17 ±4,39	15,86 ±4,45	19,52 ±3,86	25,65 ±4,21	25,01 ±4,01	18,68 ±3,42	124,52 ±18,99
Ege	18,67 ±3,31	16,83 ±5,80	19,58 ±4,01	28,33 ±3,20	26,13 ±3,31	20,00 ±2,86	126,13 ±12,03
Marmara	20,13 ±3,36	16,80 ±4,65	20,80 ±3,97	24,47 ±5,98	23,36 ±3,59	17,80 ±3,08	125,27 ±13,57
Karadeniz	22,14 ±4,24	17,47 ±4,34	20,64 ±2,17	27,57 ±3,67	25,92 ±3,45	20,07 ±3,22	131,90 ±16,35
İç Anadolu	20,86 ±3,39	16,76 ±4,26	19,22 ±3,29	26,54 ±3,57	25,59 ±3,31	18,31 ±3,32	126,46 ±13,91
Doğu Anadolu	19,31 ±2,96	15,85 ±3,72	19,43 ±4,05	25,96 ±4,10	25,27 ±4,07	18,40 ±3,60	124,46 ±15,40
Güneydoğu Anadolu	18,85 ±4,07	15,23 ±3,79	18,95 ±3,22	25,15 ±4,22	24,33 ±3,97	18,25 ±3,51	120,68 ±17,60
Yurt dışı	20,42 ±4,66	18,86 ±5,39	20,62 ±4,96	24,91 ±3,65	23,36 ±3,30	19,08 ±4,39	126,38 ±12,06
Toplam	19,99 ±4,18	15,96 ±4,36	19,48 ±3,75	25,73 ±4,19	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,40 ±17,88
p*	0,021	0,084	0,384	0,074	0,240	0,307	0,418
Fark kaynağı	Akdeniz-Güneydoğu Anadolu	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

*Kruskal-Wallis

Araştırmaya katılan öğrencilerin doğum yerlerine göre, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,021). Bu farkın Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde doğan öğrenci grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 19. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre ölçek puan ortalamaları

Bölüm	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Tıp Fakültesi	18,92 ±3,95	15,84 ±4,51	18,97 ±3,95	25,17 ±4,42	24,36 ±4,03	18,13 ±3,48	120,84 ±18,62
Diş Hekimliği Fakültesi	20,51 ±3,96	17,00 ±5,10	20,17 ±3,75	26,31 ±3,81	25,16 ±3,40	19,52 ±3,17	126,93 ±15,79
Hemşirelik	21,29 ±4,17	16,25 ±4,15	20,11 ±3,19	26,29 ±4,09	25,95 ±4,05	19,15 ±3,36	129,31 ±17,58
Ebelik	21,03 ±4,29	15,21 ±3,57	19,56 ±3,64	26,04 ±3,84	25,43 ±3,64	18,73 ±3,42	124,99 ±16,62
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,76	25,70 ±4,20	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,30 ±17,92
p*	<0,001	0,014	0,002	0,009	0,001	<0,001	<0,001
Fark kaynağı	Tıp Fakültesi-Tüm gruplar	Diş Hekimliği-Ebelik	Tıp Fakültesi-Diş Hekimliği Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Diş Hekimliği Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Diş Hekimliği Tıp Fakültesi-Hemşirelik

*ANOVA

Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), fiziksel aktivite ($p=0,014$), beslenme ($p=0,002$), tinsellik ($p=0,009$), kişilerarası ilişki ($p=0,001$), stres yönetimi ($p<0,001$) ve SYBD ölçek toplamında ($p<0,001$) puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark kaynakları incelendiğinde, fiziksel aktivite alt ölçeğinde bu farkın diş hekimliği ve ebelik öğrencilerinin arasındaki farklılıktan, diğerlerinde tıp fakültesinden kaynaklandığı saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin fiziksel aktivite alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında en düşük puan ortalamalarını aldığı dikkati çekmiştir.

Tablo 20. Öğrencilerin bulundukları sınıflara göre ölçek puan ortalamaları

Sınıf	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
1	19,68 ±4,33	16,17 ±4,47	19,35 ±3,83	25,64 ±4,28	24,98 ±4,14	18,79 ±3,54	124,06 ±18,98
4	20,58 ±4,12	15,83± 4,22	19,73 ±3,46	25,79 ±3,99	24,85 ±3,76	18,60 ±3,30	125,30 ±16,66
5	19,79 ±3,23	16,54 ±4,09	19,38 ±3,35	26,25 ±4,24	25,32 ±3,61	19,00 ±3,02	124,95 ±12,88
6	19,67 ±3,84	15,08 ±4,44	19,12 ±4,29	25,57 ±4,44	25,08 ±3,62	17,74 ±3,47	122,44 ±17,37
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,76	25,70 ±4,20	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,30 ±17,92
p*	0,050	0,159	0,498	0,877	0,939	0,057	0,731
Fark kaynağı	1.sınıf-4.sınıf	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

*Kruskal-Wallis

Öğrencilerin bulundukları sınıflara göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,05). Bu farkın, 1. ve 4. sınıf grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Öğrencilerin bulundukları sınıflara göre diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 21. Sosyal güvence durumuna göre ölçek puan ortalamaları

	Sosyal güvence var ort±SS	Sosyal güvence yok ort±SS	p*
Sağlık sorumluluğu	20,05±4,16	19,48±4,40	0,203
Fiziksel aktivite	15,83±4,22	16,69±5,27	0,116
Beslenme	19,55±3,72	18,79±3,96	0,060
Tinsellik	25,76±4,13	25,29±4,62	0,305
Kişiler arası ilişki	25,08±3,79	24,18±4,66	0,081
Stres yönetimi	18,62±3,42	18,51±3,63	0,763
Toplam	124,48±17,40	123,10±21,14	0,585

* t test

Sosyal güvencesi olan öğrenciler SYBD ölçeği toplam puan ortalamasında sosyal güvencesi olmayan öğrencilerden daha yüksek puan almıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Sosyal güvence durumuna göre, alt ölçeklerin puan ortalamalarında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 22. Öğrenci gelir düzeyine göre ölçek puan ortalamaları

Öğrenci gelir düzeyi	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
180 TL altı	20,07 ±4,41	15,55 ±4,00	19,52 ±3,67	25,35 ±4,37	24,69 ±4,24	18,55 ±3,18	123,83 ±17,84
180-540 TL arası	20,12 ±4,06	16,04 ±4,46	19,51 ±3,70	25,91 ±4,20	25,30 ±3,82	18,73 ±3,57	125,82 ±17,88
541 TL ve üzeri	19,62 ±4,25	15,97 ±4,50	19,36 ±3,72	25,82 ±3,28	25,11 ±3,32	17,93 ±2,75	122,11 ±16,15
Toplam	20,06 ±4,16	15,93 ±4,37	19,50 ±3,69	25,78 ±4,16	25,15 ±3,87	18,61 ±3,42	125,01 ±17,73
p*	0,639	0,507	0,947	0,389	0,305	0,185	0,291

*ANOVA

Öğrenci gelir düzeyine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Okulda kaybedilen yıla göre ölçek puan ortalamaları

Kaybettiği yıl sayısı	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiç	20,23 ±4,10	16,10 ±4,48	19,67 ±3,69	25,96 ±4,24	25,18 ±3,88	18,78 ±3,43	125,65 ±17,27
1	19,84 ±4,41	15,60 ±4,22	18,91 ±4,02	25,48 ±3,89	24,82 ±4,05	18,36 ±3,60	122,92 ±19,10
2	18,75 ±3,94	16,42 ±4,05	19,33 ±3,51	24,66 ±4,30	23,79 ±3,39	18,11 ±3,11	120,90 ±18,30
3	18,96 ±4,86	15,35 ±4,39	18,04 ±3,75	24,73 ±4,73	24,04 ±4,35	17,81 ±3,37	118,00 ±19,49
4 ve üzeri	19,15 ±4,10	15,35 ±4,96	20,42 ±3,29	24,24 ±4,22	25,18 ±4,26	18,35 ±2,96	121,75 ±17,78
Toplam	19,97 ±4,20	15,97 ±4,40	19,45 ±3,76	25,68 ±4,20	24,96 ±3,92	18,60 ±3,43	124,26 ±17,93
p*	0,446	0,534	0,159	0,600	0,395	0,972	0,783

*Kruskal-Wallis

Öğrencilerin okulda kaybettikleri yıla göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, kaybedilen yıla göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları İle Ailesel Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 24. Aile ile birlikte yaşama durumlarına göre ölçek puan ortalamaları

	Aile ile birlikte yaşıyor ort±SS	**Aile ile birlikte yaşamıyor ort±SS**	**p***
Sağlık sorumluluğu	20,39±4,50	19,64±3,89	0,014
Fiziksel aktivite	16,14±4,51	15,78±4,27	0,244
Beslenme	19,70±3,67	19,23±3,82	0,082
Tinsellik	25,72±4,32	25,69±4,10	0,918
Kişiler arası ilişki	25,09±4,04	24,86±3,84	0,455
Stres yönetimi	18,72±3,55	18,52±3,35	0,427
Toplam	125,57±18,47	123,17±17,41	0,111

* t test

Öğrencilerin aile ile birlikte yaşama durumlarına göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, ailesi ile birlikte yaşayan öğrenciler SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerden, ailesi ile birlikte yaşamayanlara göre daha fazla puan almışlardır. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p=0,014$), diğer alt ölçeklerdeki farklar ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Anne eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları

Anne eğitimi	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Okur-yazar değil	19,69 ±4,18	15,62 ±3,83	19,25 ±3,22	25,98 ±3,79	24,58 ±4,23	18,81 ±3,57	123,83 ±16,62
Okur-yazar	19,14 ±4,32	15,06 ±4,34	19,32 ±3,30	24,45 ±4,49	24,49 ±4,36	18,81 ±3,81	122,00 ±19,57
İlköğretim	20,45 ±4,11	15,99 ±4,21	19,62 ±3,67	26,04 ±4,23	25,28 ±3,94	18,59 ±3,17	125,78 ±18,48
Lise	20,32 ±4,07	16,29 ±4,84	19,26 ±4,08	25,76 ±4,14	24,98 ±3,62	18,93 ±3,51	125,47 ±16,89
Üniversite	18,96 ±4,27	16,04 ±4,57	19,46 ±4,19	25,28 ±4,16	24,64 ±3,87	17,86 ±3,67	120,14 ±17,25
Toplam	19,98 ±4,19	15,93 ±4,38	19,44 ±3,75	25,72 ±4,19	24,96 ±3,94	18,60 ±3,44	124,28 ±17,90
p*	0,007	0,351	0,636	0,064	0,290	0,087	0,065
Fark kaynağı	Okur/Yazar-İlköğretim İlköğretim-Üniversite Lise- Üniversite	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

*Kruskal-Wallis

Anne eğitim düzeyine göre sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,007). Sağlık sorumluluğu alt ölçeğindeki farkın "Okur/Yazar-İlköğretim", "İlköğretim-Üniversite" ve "Lise-Üniversite" grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 26. Baba eğitim düzeyine göre ölçek puan ortalamaları

Baba eğitimi	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Okur-yazar değil	18,63 ±4,02	17,69 ±4,33	20,06 ±3,11	25,62 ±4,48	22,62 ±5,27	19,88 ±2,00	124,09 ±17,28
Okur-yazar	20,24 ±4,75	15,33 ±3,93	19,76 ±2,98	26,63 ±2,97	24,11 ±3,01	18,95 ±3,47	121,31 ±12,07
İlköğretim	20,26 ±4,13	15,94 ±4,20	19,44 ±3,62	25,85 ±4,17	25,27 ±4,10	18,81 ±3,58	125,64 ±18,84
Lise	20,42 ±4,35	15,84 ±4,45	19,52 ±3,94	25,56 ±4,26	24,96 ±3,93	18,75 ±3,42	124,78 ±18,42
Üniversite	19,36 ±3,99	15,95 ±4,56	19,30 ±3,86	25,63 ±4,23	24,80 ±3,67	18,11 ±3,33	122,27 ±16,59
Toplam	19,99 ±4,18	15,93 ±4,38	19,44 ±3,75	25,72 ±4,19	24,96 ±3,94	18,60 ±3,44	124,25 ±17,90
p*	0,027	0,450	0,799	0,896	0,382	0,040	0,404
Fark kaynağı	İlköğretim-Üniversite Lise- Üniversite	Yok	Yok	Yok	Yok	Okur/Yazar Değil- Üniversite İlköğretim-Üniversite Lise- Üniversite	Yok

*Kruskal-Wallis

Baba eğitim düzeyine göre, sağlık sorumluluğu (p=0,027) ve stres yönetimi (p=0,040) alt ölçeklerinde puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farkların sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde "İlköğretim-Üniversite" ve "Lise- Üniversite" grupları arasındaki farktan, stres yönetimi alt ölçeğinde ise "Okur/Yazar Değil- Üniversite", "İlköğretim-Üniversite" ve "Lise-Üniversite" grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Baba eğitim düzeyine göre diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 27. Anne mesleğine göre ölçek puan ortalamaları

	Çalışmıyor ort±SS	Çalışıyor ort±SS	p*
Sağlık sorumluluğu	20,16±4,15	19,29±4,12	0,021
Fiziksel aktivite	15,79±4,28	16,35±4,66	0,151
Beslenme	19,47±3,66	19,49±3,99	0,963
Tinsellik	25,79±4,06	25,57±4,51	0,554
Kişiler arası ilişki	25,08±3,85	24,81±4,13	0,478
Stres yönetimi	18,63±3,34	18,46±3,84	0,591
Toplam	124,90±17,70	122,80±18,71	0,269

* t test

Anne mesleğine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamalarında çalışmayan ve çalışan anne grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,021). Anne mesleğine göre diğer alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 28. Baba mesleğine göre ölçek puan ortalamaları

Baba meslek	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Çalışmıyor	19,83 ±3,55	19,43 ±2,51	18,57 ±2,99	24,14 ±3,98	23,43 ±4,89	19,14 ±3,29	125,50 ±16,06
İşçi	19,89 ±4,22	15,51 ±4,42	19,91 ±3,57	26,12 ±4,14	25,70 ±3,46	18,83 ±3,29	124,85 ±17,84
Memur	19,88 ±3,92	15,80 ±4,37	19,53 ±3,84	25,84 ±4,19	25,14 ±3,71	18,53 ±3,32	124,75 ±15,96
Serbest meslek	19,97 ±4,23	15,92 ±4,06	19,36 ±3,66	25,75 ±3,99	24,79 ±4,19	18,62 ±3,65	124,24 ±18,82
Emekli	20,26 ±4,35	16,24 ±4,73	19,53 ±3,87	25,57 ±4,31	24,92 ±3,80	18,63 ±3,43	124,52 ±18,84
Toplam	20,02 ±4,16	15,97 ±4,38	19,50 ±3,75	25,75 ±4,15	25,00 ±3,89	18,62 ±3,45	124,54 ±17,90
p*	0,964	0,090	0,618	0,663	0,269	0,732	0,964

*Kruskal-Wallis

Baba mesleğine göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 29. Aile gelir düzeyine göre ölçek puan ortalamaları

Aile gelir düzeyi	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
744 TL ve altı	20,36 ±4,74	15,85 ±4,47	19,40 ±3,58	25,45 ±3,94	25,24 ±4,22	18,56 ±3,43	124,03 ±19,04
745-2424 TL arası	20,35 ±4,00	15,95 ±4,28	19,61 ±3,89	25,85 ±4,23	25,12 ±3,70	18,79 ±3,33	125,44 ±17,27
2425 TL ve üzeri	19,20 ±3,54	16,40 ±4,58	19,90 ±3,05	25,80 ±4,23	25,31 ±3,54	18,21 ±3,23	125,00 ±15,65
Toplam	20,17 ±4,13	16,00 ±4,37	19,61 ±3,69	25,75 ±4,16	25,18 ±3,80	18,64 ±3,34	125,02 ±17,45
p*	0,035	0,576	0,579	0,613	0,900	0,283	0,769
Fark kaynağı	745-2424 TL/ 2425 TL ve Üzeri	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok

*ANOVA

Aile gelir düzeyi 2425 TL ve üzeri olan grubun sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının, 2425 TL altı aile gelir düzeyi olan gruba göre daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,035). Aile gelir düzeyine göre diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

4.3.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları İle Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

Tablo 30. Öğrencideki kronik hastalık varlığına göre ölçek puan ortalamaları

	Hastalık var ort±SS	**Hastalık yok ort±SS**	**p***
Sağlık sorumluluğu	20,49±4,66	19,93±4,14	0,298
Fiziksel aktivite	16,14±4,98	15,92±4,32	0,683
Beslenme	20,01±3,98	19,40±3,73	0,192
Tinsellik	25,40±4,49	25,73±4,17	0,545
Kişiler arası ilişki	25,33±4,33	24,92±3,90	0,451
Stres yönetimi	18,10±3,19	18,66±3,47	0,194
Toplam	126,07±19,78	124,15±17,77	0,492

* t test

Öğrencilerdeki kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ancak kronik bir hastalığı olan öğrencilerin, ölçeğin tamamından aldıkları toplam puanın hastalığı olmayan gruba göre daha yüksek olması dikkat çekmiştir.

Tablo 31. Ailede kronik hastalık varlığına göre ölçek puan ortalamaları

	Ailede hastalık var ort±SS	**Ailede hastalık yok ort±SS**	**p***
Sağlık sorumluluğu	20,10±4,16	19,85±4,22	0,409
Fiziksel aktivite	15,83±4,34	16,07±4,43	0,449
Beslenme	19,50±3,72	19,40±3,80	0,729
Tinsellik	25,63±4,16	25,79±4,24	0,616
Kişiler arası ilişki	24,87±4,06	25,06±3,78	0,529
Stres yönetimi	18,49±3,41	18,74±3,49	0,319
Toplam	123,52±17,74	125,25±18,13	0,249

* t test

Öğrencilerin ailelerinde kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 32. Sağlık durumu algısına göre ölçek puan ortalamaları

Sağlık durumu algısı	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Mükemmel	20,55 ±5,26	17,47 ±5,18	20,13 ±5,27	26,32 ±5,13	25,48 ±4,80	19,50 ±4,46	130,93 ±26,32
Çok iyi	20,73 ±4,12	17,07 ±4,83	19,73 ±3,62	27,37 ±3,65	25,73 ±3,66	19,49 ±3,54	130,13 ±16,49
İyi	19,76 ±3,89	15,60 ±4,13	19,45 ±3,64	25,32 ±4,08	24,88 ±3,78	18,36 ±3,24	122,65 ±16,94
Orta	19,64 ±4,54	15,15 ±3,84	18,96 ±3,77	24,82 ±4,15	24,28 ±3,82	17,94 ±3,44	120,88 ±17,62
Zayıf	18,70 ±5,32	14,75 ±4,18	18,70 ±3,56	22,57 ±4,55	22,86 ±6,00	17,78 ±2,88	116,21 ±18,09
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,76	25,70 ±4,20	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,30 ±17,92
p*	0,033	0,001	0,064	<0,001	0,008	<0,001	<0,001
Fark kaynağı	Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf	Mükemmel – İyi Mükemmel – Orta Mükemmel – Zayıf Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf	Yok	Mükemmel – Zayıf Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf İyi- Zayıf Orta- Zayıf	Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf	Mükemmel – Orta Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf	Mükemmel – Orta Mükemmel – Zayıf Çok İyi- İyi Çok İyi- Orta Çok İyi- Zayıf

*Kruskal-Wallis

Sağlık durumu algısına göre, sağlık durumunu mükemmel ve çok iyi olarak algılayanların tüm alt ölçeklerdeki ve toplamdaki puan ortalamaları, sağlık durumunu iyi, orta ve zayıf olarak algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık durumu algısına göre, sağlık sorumluluğu (p=0,033), fiziksel aktivite (p=0,001), tinsellik (p<0,001), kişiler arası ilişki (p=0,008) ve stres yönetimi (p<0,001) alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarında (p<0,001) gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, beslenme alt ölçeğinin puan ortalaması arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 33. En son rutin doktor kontrolüne gitme durumuna göre ölçek puan ortalamaları

En son rutin doktor kontrolüne gitme zamanı	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Son 1 yıl içinde	21,13 ±4,11	16,72 ±4,39	20,20 ±3,78	26,34 ±3,92	25,54 ±3,66	19,17 ±3,54	128,46 ±17,03
1 Yıldan daha uzun	19,8 ±3,752	15,57 ±4,05	19,33 ±3,33	25,21 ±3,99	24,54 ±3,57	18,34 ±3,06	123,21 ±16,51
Hiç gitmeyen	18,74 ±4,13	15,22 ±4,41	18,67 ±3,73	25,22 ±4,48	24,55 ±4,30	18,10 ±3,42	120,64 ±18,66
Toplam	19,99 ±4,20	15,94 ±4,39	19,45 ±3,75	25,71 ±4,20	24,97 ±3,94	18,61 ±3,45	124,35 ±17,94
p*	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,006	<0,001	<0,001
Fark kaynağı	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl- Hiç 1 yıldan uzun-Hiç	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl-Hiç

*Kruskal-Wallis

Öğrencilerin en son rutin doktor kontrolüne gitme durumuna göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde; son bir yıl içinde doktor kontrolüne giden grubun SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını aldığı, doktor kontrolüne gitme durumuna göre sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), fiziksel aktivite ($p<0,001$), beslenme ($p<0,001$), tinsellik ($p=0,001$), kişilerarası ilişki ($p=0,006$), stres yönetimi ($p<0,001$) alt ölçeklerinde ve SYBD ölçek toplamında ($p<0,001$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Tablo 34. En son diş hekimi kontrolüne gitme durumuna göre ölçek puan ortalamaları

En son diş hekimine gitme zamanı	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Son 1 yıl içinde	20,55 ±4,10	16,49 ±4,51	19,86 ±3,81	25,94 ±4,04	25,28 ±3,89	18,62 ±3,40	126,70 ±17,88
1 Yıldan daha uzun	19,60 ±4,12	15,61 ±4,38	19,13 ±3,62	25,44 ±4,06	24,83 ±3,82	18,52 ±3,48	122,56 ±17,04
Hiç gitmeyen	19,39 ±4,42	15,23 ±3,84	19,18 ±3,88	25,72 ±4,92	24,47 ±4,26	18,82 ±3,50	122,19 ±19,29
Toplam	19,99 ±4,19	15,94 ±4,38	19,46 ±3,76	25,71 ±4,20	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,34 ±17,92
p*	0,003	0,005	0,032	0,333	0,135	0,709	0,018
Fark kaynağı	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl- Hiç	Son 1 yıl-1 yıldan uzun Son 1 yıl-Hiç	Son 1 yıl-1 yıldan uzun	Yok	Yok	Yok	Son 1yıl-1 yıldan uzun

*Kruskal-Wallis

Son bir yıl içinde diş hekimi kontrolüne giden öğrenciler, SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını almıştır. Bu farklılık, sağlık sorumluluğu (p=0,003), fiziksel aktivite (p=0,005), beslenme (p=0,032) alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarında (p=0,018) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde ise anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 35. Sigara kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Sigara kullanma durumu	Sağlık Sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel Aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası İlişki ort ±SS	Stres Yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiç içmeyen	20,34 ±4,16	15,87 ±4,27	19,76 ±3,57	25,99 ±4,06	25,19 ±3,81	18,81 ±3,37	125,94 ±17,47
Her gün içen	18,30 ±3,47	16,66 ±5,35	17,86 ±4,48	25,11 ±4,51	25,00 ±4,42	17,93 ±3,87	118,05 ±18,59
Ara sıra içen	19,25 ±4,47	15,73 ±4,26	19,00 ±3,76	24,96 ±4,39	24,15 ±3,77	18,24 ±3,57	121,11 ±18,31
Bırakmış	20,00 ±4,67	15,74 ±3,86	19,14 ±4,07	23,86 ±4,68	23,11 ±4,48	17,47 ±2,83	120,18 ±19,21
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,76	25,71 ±4,20	24,96 ±3,94	18,60 ±3,45	124,30 ±17,94
p*	<0,001	0,562	<0,001	0,030	0,026	0,023	0,020
Fark kaynağı	Hiç İçmeyen-Her Gün İçen	Yok	Hiç İçmeyen-Her Gün İçen	Hiç İçmeyen-Bırakmış	Hiç İçmeyen-Ara Sıra İçen Hiç İçmeyen-Bırakmış	Hiç İçmeyen-Her Gün İçen Hiç İçmeyen-Bırakmış	Hiç İçmeyen-Her Gün İçen

*Kruskal-Wallis

Sigara kullanma durumuna göre hiç sigara içmeyen grup, sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), beslenme ($p<0,001$), tinsellik ($p=0,030$), kişiler arası ilişki ($p=0,026$), stres yönetimi ($p=0,023$) alt ölçeklerinden ve ölçek toplamından ($p=0,020$) en yüksek puan ortalamasını almış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. Beden kitle indeksine göre ölçek puan ortalamaları

BKİ	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
18,5 altı Zayıf	19,92 ±4,48	14,81 ±4,24	19,03 ±3,61	24,97 ±4,20	24,93 ±3,79	18,43 ±3,10	120,85 ±17,56
18,5-24,9 Normal	20,16 ±4,17	15,90 ±4,20	19,48 ±3,71	25,96 ±4,09	25,11 ±3,91	18,64 ±3,49	125,07 ±17,98
25-29,9 Kilolu	19,51 ±3,95	17,16 ±5,36	19,49 ±4,28	24,53 ±4,56	24,36 ±4,17	18,47 ±3,57	122,63 ±18,29
30 ve üzeri Obez	17,21 ±3,89	15,36 ±4,38	19,08 ±3,43	25,62 ±5,28	23,85 ±4,18	18,21 ±2,72	119,95 ±16,15
Toplam	20,01 ±4,19	15,95 ±4,38	19,43 ±3,76	25,70 ±4,20	24,98 ±3,94	18,59 ±3,45	124,35 ±17,96
p*	0,040	0,009	0,810	0,014	0,301	0,914	0,292
Fark kaynağı	18,5-24,9 30 ve üzeri	18,5 altı 25-29,9	Yok	18,5-24,9 25-29,9	Yok	Yok	Yok

*ANOVA

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ'ne göre sağlık sorumluluğu (p=0,040), fiziksel aktivite (p=0,009) ve tinsellik (p=0,014) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farkın sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde normal kilolu grup ile obez grup arasındaki farktan, fiziksel aktivite alt ölçeğinde zayıf grup ile kilolu grup arasındaki farktan, tinsellik alt ölçeğinde normal kilolu grup ile kilolu grup arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 37. Tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Tam doz hepatit B aşısı yaptırma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Evet	20,49 ±4,17	16,02 ±4,27	19,77 ±3,74	26,05 ±3,96	25,37 ±3,72	18,73 ±3,45	126,40 ±17,02
Hayır	18,32 ±3,54	15,26 ±4,38	18,53 ±3,41	24,72 ±4,48	23,78 ±4,06	17,92 ±3,15	117,87 ±16,45
Bilmiyorum/Emin değilim	19,09 ±4,54	16,55 ±5,04	18,66 ±4,09	24,94 ±5,01	24,14 ±4,71	18,91 ±3,77	121,26 ±23,21
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,75	25,71 ±4,20	24,96 ±3,93	18,61 ±3,44	124,30 ±17,92
p*	<0,001	0,084	<0,001	0,001	<0,001	0,034	<0,001
Fark kaynağı	Evet-Hayır Evet-Bilmiyorum	Yok	Evet-Hayır Evet-Bilmiyorum	Evet-Hayır	Evet-Hayır Evet-Bilmiyorum	Evet-Hayır	Evet-Hayır

*ANOVA

Tam doz hepatit B aşısı yaptıran grup, yaptırmayanlara göre ölçek toplamında ve tüm alt ölçeklerde daha yüksek puan almıştır. Bu fark, sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), beslenme ($p<0,001$), tinsellik ($p=0,001$), kişilerarası ilişki ($p<0,001$), stres yönetimi ($p=0,034$) alt ölçeklerinde ve SYBD ölçek toplamında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 38. Emniyet kemeri kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Emniyet kemeri kullanma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	17,26 ±3,66	14,18 ±3,88	17,43 ±3,41	24,06 ±4,87	22,80 ±4,03	16,57 ±2,83	110,81 ±14,82
Bazen	19,31 ±3,69	15,33 ±4,09	18,97 ±3,71	25,13 ±3,95	24,50 ±3,69	18,37 ±3,46	121,11 ±16,80
Sık sık	20,75 ±3,73	16,52 ±4,25	19,99 ±3,37	26,05 ±3,74	25,45 ±3,50	19,02 ±3,28	128,63 ±16,03
Düzenli olarak	21,51 ±5,06	17,07 ±4,88	20,55 ±4,05	27,05 ±4,55	26,25 ±4,39	19,40 ±3,53	132,00 ±18,98
Toplam	19,98 ±4,19	15,94 ±4,38	19,45 ±3,76	25,70 ±4,20	24,96 ±3,94	18,61 ±3,45	124,30 ±17,92
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fark Kaynağı	Hiçbir zaman- Tüm gruplar Bazen- Tüm gruplar	Hiçbir zaman- Tüm gruplar Bazen- Tüm gruplar	Hiçbir zaman- Tüm gruplar Bazen- Tüm gruplar	Hiçbir zaman- Sık sık Hiçbir zaman- Düzenli olarak Bazen- Tüm gruplar Sık sık- Düzenli olarak	Tüm gruplar	Hiçbir zaman- Tüm gruplar Bazen- Tüm gruplar	Hiçbir zaman- Tüm gruplar Bazen- Tüm gruplar

*Kruskal-Wallis

Emniyet kemeri kullanım durumuna göre karşılaştırma yapıldığında, hiç kullanmayan gruptan düzenli olarak emniyet kemeri kullanan gruba doğru puan ortalamalarının arttığı ve düzenli olarak emniyet kemeri kullanan grubun SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını aldığı görülmüştür. Ölçek toplamında ve alt ölçeklerde gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 39. Koruyucu başlık kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Koruyucu başlık kullanma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	18,62 ±4,25	15,17 ±4,54	18,15 ±3,74	24,98 ±4,23	24,19 ±4,18	17,72 ±3,39	117,88 ±18,75
Bazen	20,44 ±3,90	16,96 ±4,05	20,10 ±3,55	25,19 ±4,51	24,92 ±3,78	18,81 ±3,27	126,50 ±17,50
Sık sık	20,40 ±3,84	16,58 ±4,30	19,79 ±3,03	25,15 ±3,75	24,65 ±3,48	19,21 ±3,30	127,48 ±15,61
Düzenli olarak	22,65 ±4,70	18,26 ±5,35	21,70 ±3,96	28,15 ±4,18	27,20 ±4,09	20,53 ±3,53	138,88 ±17,01
Toplam	19,92 ±4,31	16,31 ±4,55	19,43 ±3,78	25,43 ±4,34	24,83 ±4,01	18,63 ±3,46	124,32 ±18,83
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fark kaynağı	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Tüm gruplar	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Düzenli Olarak Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Düzenli Olarak Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak

*Kruskal-Wallis

Motosiklet kullanan öğrencilerin koruyucu başlık kullanım durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, düzenli olarak koruyucu başlık kullanan öğrenciler, düzenli olarak kullanmayanlara göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde daha yüksek puan ortalamalarını almış olup, ölçek ve alt ölçeklerde gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 40. Yavaş ve güvenli araç kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Yavaş ve güvenli araç kullanma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	17,76 ±5,04	16,21 ±5,80	18,01 ±4,13	24,46 ±5,05	23,98 ±4,68	17,96 ±4,07	116,21 ±21,90
Bazen	19,60 ±3,63	16,53 ±4,51	19,11 ±3,76	25,42 ±4,39	24,47 ±4,07	18,12 ±3,35	123,67 ±18,62
Sık sık	20,49 ±3,75	16,53 ±4,15	20,24 ±3,42	25,35 ±3,69	24,87 ±3,55	18,87 ±3,13	126,76 ±15,48
Düzenli olarak	21,31 ±4,94	17,26 ±5,15	20,50 ±4,33	27,40 ±3,84	25,75 ±4,05	19,46 ±3,72	131,48 ±20,30
Toplam	19,87 ±4,27	16,59 ±4,71	19,54 ±3,89	25,53 ±4,27	24,72 ±4,02	18,56 ±3,49	124,56 ±18,97
p*	<0,001	0,567	<0,001	0,001	0,069	0,008	<0,001
Fark kaynağı	Hiçbir zaman-Tüm gruplar	Yok	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Tüm gruplar	Hiçbir zaman-Düzenli olarak Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Yok	Hiçbir zaman-Sık sık Hiçbir zaman-Düzenli olarak Bazen-Sık sık Bazen-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak

*Kruskal-Wallis

Araç kullandığını bildiren öğrencilerden düzenli olarak yavaş ve güvenli araç kullanan öğrencilerin diğer gruplara göre daha yüksek puan ortalamaları olduğu görülmüştür. Yavaş ve güvenli araç kullanım durumuna göre sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), beslenme ($p<0,001$), tinsellik ($p=0,001$), stres yönetimi ($p=0,008$) ve ölçek toplamında ($p<0,001$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41. Sigara içilmeyen ortamda bulunma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Sigara içilmeyen ortamda bulunma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	17,69 ±3,93	15,35 ±5,38	18,10 ±4,37	24,60 ±4,43	24,26 ±4,15	17,51 ±3,75	114,17 ±18,20
Bazen	19,17 ±3,95	15,85 ±3,95	18,46 ±3,64	24,89 ±4,68	24,30 ±4,32	18,16 ±3,70	120,44 ±19,34
Sık sık	19,74 ±3,57	15,68 ±3,91	19,37 ±3,38	25,06 ±3,61	24,28 ±3,17	18,57 ±2,97	122,75 ±14,24
Düzenli olarak	21,55 ±4,37	16,47 ±4,55	20,58 ±3,59	27,16 ±3,88	26,18 ±3,95	19,34 ±3,43	131,83 ±16,80
Toplam	20,00 ±4,20	15,95 ±4,39	19,47 ±3,75	25,73 ±4,18	24,97 ±3,93	18,63 ±3,44	124,41 ±17,89
p*	<0,001	0,056	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Fark kaynağı	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak	Yok	Sık sık-Tüm gruplar Düzenli olarak-Tüm gruplar	Düzenli olarak-Tüm gruplar	Düzenli olarak-Tüm gruplar	Düzenli olarak-Tüm gruplar Hiçbir zaman-Sık sık	Hiçbir zaman-Tüm gruplar Bazen-Düzenli olarak Sık sık-Düzenli olarak

*Kruskal-Wallis

Sigara içilen ortamlardan kaçınıp, düzenli olarak sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih eden grup ölçek toplamı ve alt ölçeklerden en yüksek puan ortalamasını almıştır. Fiziksel aktivite ölçeği dışındaki tüm ölçeklerde bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 42. Gebelikten koruyucu önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Koruyucu önlem alma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	17,69 ±4,59	15,17 ±5,35	18,93 ±5,95	22,81 ±4,58	22,08 ±4,93	18,03 ±4,81	113,30 ±24,55
Bazen	18,50 ±4,41	15,32 ±3,91	17,97 ±3,79	24,55 ±5,41	23,69 ±4,86	18,16 ±4,27	119,18 ±19,74
Sık sık	20,14 ±3,83	18,15 ±4,77	19,32 ±3,71	25,11 ±4,91	25,16 ±4,01	19,10 ±3,67	129,49 ±18,62
Düzenli olarak	19,95 ±4,28	16,84 ±5,50	19,55 ±4,07	26,70 ±4,22	26,03 ±3,73	18,79 ±3,23	128,19 ±19,20
Toplam	19,44 ±4,29	16,73 ±5,12	19,12 ±4,26	25,32 ±4,84	24,78 ±4,40	18,67 ±3,79	124,61 ±20,74
p*	0,024	0,019	0,223	0,003	0,001	0,656	0,004
Fark kaynağı	Hiçbir zaman-Sık sık Hiçbir zaman-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Sık sık Bazen-Sık sık	Yok	Hiçbir zaman-Sık sık Düzenli olarak-Tüm gruplar	Hiçbir zaman-Sık sık Hiçbir zaman-Düzenli olarak Bazen-Düzenli olarak	Yok	Hiçbir zaman-Sık sık Hiçbir zaman-Düzenli olarak

*Kruskal-Wallis

Tablo 42'de cinsel ilişkide bulunduğunu bildiren öğrencilerin gebelikten koruyucu önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, düzenli olarak ve sık sık gebelikten koruyucu önlem alan öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu (p=0,024), fiziksel aktivite (p=0,019), tinsellik (p=0,003), kişiler arası ilişki (p=0,001) ölçeklerinde ve ölçek toplamında (p=0,004) gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 43. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları

Koruyucu önlem alma durumu	Sağlık sorumluluğu ort ±SS	Fiziksel aktivite ort ±SS	Beslenme ort ±SS	Tinsellik ort ±SS	Kişiler arası ilişki ort ±SS	Stres yönetimi ort ±SS	Toplam ort ±SS
Hiçbir zaman	17,85 ±5,10	15,42 ±5,88	19,58 ±6,21	23,28 ±4,96	23,25 ±5,30	19,00 ±4,72	119,50 ±27,24
Bazen	18,59 ±4,50	14,94 ±3,47	17,81 ±4,00	21,94 ±4,89	22,63 ±4,24	16,44 ±4,07	111,20 ±19,94
Sık sık	19,58 ±3,58	17,50 ±4,71	19,14 ±3,74	25,20 ±4,56	24,71 ±4,11	18,94 ±3,54	127,40 ±17,30
Düzenli olarak	20,02 ±4,33	17,01 ±5,60	19,46 ±3,98	27,04 ±4,07	25,96 ±3,91	19,05 ±3,38	128,43 ±19,66
Toplam	19,44 ±4,25	16,69 ±5,11	19,10 ±4,18	25,26 ±4,80	24,77 ±4,31	18,60 ±3,78	124,47 ±20,55
p*	0,123	0,051	0,303	<0,001	0,003	0,025	0,005
Fark kaynağı	Yok	Yok	Yok	Düzenli olarak-Tüm gruplar Bazen-Sık sık	Hiçbir zaman-Düzenli olarak Bazen-Sık sık Bazen-Düzenli olarak	Hiçbir zaman-Bazen Bazen-Sık sık Bazen-Düzenli olarak	Bazen-Sık sık Bazen-Düzenli olarak

*Kruskal-Wallis

Tablo 43'de cinsel ilişkide bulunduğunu bildiren öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alma durumuna göre ölçek puan ortalamaları görülmektedir. Düzenli olarak koruyucu önlem alan öğrencilerin, tinsellik ($p<0,001$), kişiler arası ilişki ($p=0,003$), stres yönetimi ($p=0,025$) ölçeklerinde ve ölçek toplamında ($p=0,005$) daha yüksek puan aldığı görülmüş ve bu ölçeklerdeki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Koruyucu önlem alma durumuna göre SYBD'nın diğer alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri bölümlerinde (Tıp Fakültesi 1-4-6. sınıf, Diş Hekimliği Fakültesi 1-4-5. sınıf, Hemşirelik ve Ebelik 1-4. sınıf) okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, SYBD-II (52 madde) ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde, farklı üniversitelerde, farklı öğrenci gruplarıyla SYBD ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmalardan ulaşılabilenler Tablo 44'de özetlenmiştir. Bu çalışmaların biri hariç hepsinde 48 maddelik SYBD-I ölçeği kullanıldığı ve çalışılan sosyodemografik özelliklerin bir kısmı farklılık gösterdiği için çalışmamızın, bu çalışmalar ile karşılaştırılmasında kısıtlılık yaşanmıştır.

Tablo 44. Türkiye'de üniversite öğrencilerine yönelik SYBD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar

Çalışmayı yapan araştırıcılar	Çalışmanın yapıldığı il/üniversite	Çalışmanın yapıldığı fakülte/bölüm	Çalışmanın yapıldığı sınıflar	Kullanılan SYBD ölçeği madde sayısı
Zaybak ve Fadıloğlu[8] (2000-2001)	İzmir/Ege	Hemşirelik Tıp Fakültesi Bilgisayar Mühendisliği İstatistik Bölümü	1-3 1-5 1-3 1-3	48
Ayaz ve ark.[9] (2002)	Ankara /Gazi	Hemşirelik	1-2-3-4	48
Can ve ark.[11] (2008)	İstanbul	Hemşirelik/Sosyal Bilimler	1-2-3-4	52
Çelik ve ark.[13] (2008)	Çanakkale/18 Mart	Sağlık Yüksek Okulu	1-2	48
Ünalan ve ark.[93] (2007)	Kayseri/Erciyes	Sağlık ve Sosyal Meslek Yüksek Okulu	Basit rastgele örnekleme yöntemi	48
Karadeniz ve ark.[94] (2006)	Manisa/Celal Bayar	Eğitim Fakültesi	1-4	48
Yıldırım[95] (2004-2005)	Sivas/Cumhuriyet	Fen Bilimleri Sosyal Bilimler Sağlık Bilimleri Meslek Yüksek Okulları	1-2-3-4- 5 ve üzeri	48
Altun[101] (2004-2005)	Kocaeli/Kocaeli	İnşaat Mühendisliği	2	48

5.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin, SYBD Ölçeğine Verdikleri Yanıtlar ve Puan Ortalamaları

SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 124,30±17,92 olarak bulunmuştur. SYBD ölçeği puanı % 25'lik dilimlere ayrıldığında çalışmamızda bulunan sonucun orta

düzeyde olduğu görülmüştür. Ankara, Çanakkale, Kayseri ve Manisa'da yapılmış çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur.[9,13,93,94]

Öğrencilerin, SYBD ölçeği ve alt ölçeklerine verdikleri yanıtlar, işaretlenen madde ortalamasına göre değerlendirildiğinde, sıralama, en yüksekten en düşüğe doğru; tinsellik alt ölçeği (25,70±4,20), kişiler arası ilişki alt ölçeği (24,96±3,93) sağlık sorumluluğu alt ölçeği (19,98±4,19), beslenme alt ölçeği (19,45±3,75), stres yönetimi alt ölçeği (18,61±3,44) ve fizik aktivite alt ölçeği (15,94±4,38) şeklindedir. Benzer olarak, İstanbul, Kayseri, Sivas ve Kocaeli'ndeki çalışmalarda da ilk sırayı tinselliğin, son sırayı fiziksel aktivitenin aldığı görülmüştür.[11,93,95,101] Meksika'da psikoloji bölümü öğrencileriyle yapılan çalışmanın, alt ölçek madde puan ortalamalarına göre sıralaması; tinsellik, kişiler arası ilişki, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite şeklindedir.[102] Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hemşirelik öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada ise bu sıralama kişiler arası ilişki, tinsellik, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu şeklindedir.[103] Tinselliğin ilk sırayı almasında kültürel yapı ve inanç sisteminin, fiziksel aktivitenin son sırayı almasında ise öğrencilerin günlerinin büyük bir kısmını okulda geçirmeleri, spor alanlarının yetersizliği ve spor salonlarının yüksek maliyeti gibi faktörlerin etkisinin olduğu düşünülmüştür.

5.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, bireylerin yaşları arttıkça sağlık davranışları kazanımları artmaktadır.[31] Çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu olarak 22 yaş ve üstü grubundaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm puanları 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüş, ancak SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Manisa'daki çalışmada, ölçek toplamında yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamış ancak yaş artışına paralel olarak sağlık sorumluluğu ortalamasında anlamlı bir artış saptanmıştır.[94] İzmir ve Kayseri'deki çalışmada, sağlık sorumluluğu, Sivas'taki çalışmada sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme puanlarında yaş artışına paralel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır.[8,93,95] ABD'nde yapılan çalışmada ileri yaştaki öğrenciler, ölçek toplamı ve sağlık sorumluluğunda daha yüksek puan almışlardır.[103] Ancak, literatürden farklı olarak, İstanbul'daki çalışmada

stres yönetimi ve yaş arasında negatif korelasyon saptanmış, Meksika'da yapılan çalışmada ise 25 yaş ve üzeri öğrencilerin, ölçek toplamı, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları, 17-24 yaş grubu öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.[11,102]

Çalışmamızda SYBD ölçeğinde ve alt ölçeklerde erkek ve kadın öğrenci grupları arasındaki farklar incelendiğinde, fizik aktivite ölçeğinde erkek öğrenciler daha yüksek puan almış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yurt içi ve yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, bir kısmında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmasa da çalışmamızla uyumlu olarak, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri kız öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur.[95,102,104,105] Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanının kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının nedenleri; bu tür aktivitelerin genellikle ders programlarından sonra akşam saatlerinde yapılabilmesi nedeniyle kız öğrencilerin akşam saatlerinde dışarıya çıkma konusunda kısıtlılıklar yaşaması, erkeklerin akşam saatlerinde yapabilecekleri egzersiz imkanlarının daha çok olması (ülkemiz için halı sahada futbol maçları gibi), erkeklerin egzersizi (özellikle grup sporlarını) aynı zamanda sosyalleşmek ve stres atmak için tercih ediyor olmaları olabilir.

Kız öğrenci grubu diğer alt ölçeklerde, erkek öğrenci grubuna göre daha yüksek puan almış ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SYBD ölçeği toplamında da kız öğrenci grubu, erkek öğrenci grubuna göre daha yüksek puan almış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer olarak, Manisa'da yapılan çalışmada anlamlı olmakla ve Sivas'ta yapılan çalışmada anlamlı olmamakla birlikte, kızların SYBD ölçeği toplamında daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.[94,95] İzmir'de yapılmış bir çalışmada, kız öğrencilerin sağlık sorumluluğunda anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir.[8] Hong Kong'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada diğer alt ölçeklerde anlamlı fark bulunmamış, farklı olarak Meksika'daki çalışmada ise stres yönetimi, tinsellik ve ölçek toplam puanlarında erkek öğrencilerin anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.[102,105] Bulgularımıza göre, çalışma grubumuzu oluşturan kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre, fiziksel aktivite dışında kalan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla önemsedikleri ve uyguladıkları yorumu yapılabilir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kız öğrencilerin egzersiz yapmalarının önündeki engellerin ortaya

çıkarılması ve bu bulguların yol göstericiliğinde girişimlerde bulunulması gerektiği düşünülmüştür.

Öğrencilerin doğum yerlerine göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Farkın, Akdeniz Bölgesi'nde doğan öğrencilerin puan ortalamasının Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde doğan öğrencilerin puan ortalamasından yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ancak öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğdukları yerden ziyade, yaşantılarının büyük kısmını geçirdikleri yerde kazandıkları düşünülmektedir. Dolayısıyla, öğrencilerin "yaşantılarının büyük kısmını geçirdikleri yer" yerine "doğum yerlerinin" sorulması çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olmuştur. İzmir, Çanakkale ve Sivas'taki çalışmalarda şehirde yaşamış olan öğrencilerin ortalama puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.[8,13,95] Bu çalışmalarda, şehir, büyükşehir gibi yerleşim birimlerinde eğitim, sağlık, iletişim, ulaşım gibi hizmetlerin ve bu hizmetlere erişimin daha iyi olmasının sağlıklı davranışlarını olumlu yönde etkiliyor olabileceği düşünülmüştür. Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri arasındaki farkın nedenini açıklamak için de benzer olarak "Olanakların ve erişimin daha iyi olduğu bölge sağlıklı davranışların kazanılmasını etkiliyor olabilir" yorumu yapılabilir.

Çalışmamızın en dikkat çekici ve en önemli sonuçlarından biri, tıp fakültesi öğrencilerinin, fiziksel aktivite ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında diğer bölümlere göre puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük bulunmuş olmasıdır. Ulaşılabilen araştırmalar arasında, tıp fakültesi öğrencileri ile ilgili ayrıntılı bilgi veren tek çalışma İzmir'de yapılmış olan çalışmadır.[8] Sivas'ta yapılan çalışmada sağlık bilimleri öğrencileri toplu olarak değerlendirildiği için tıp fakültesi öğrencileri hakkında yorum yapılamamaktadır.[95] İzmir'deki çalışmada, bizim bulgularımızdan farklı olarak tıp fakültesi öğrencilerinin SYBD puanlarının diğer bölümlere göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.[8] Parkerson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tıp fakültesinde okumaya bağlı oluşan stresin sağlık üzerinde erken olumsuz etkileri olduğu ve bu öğrencilerin strese bağlı olarak sağlıklarının yanı sıra yaşam biçimlerinin ve kişiler arası ilişkilerinin de bozulduğunu bildirdikleri ifade edilmiştir.[106] Bu nedenle tıp fakültesinin ilk yılından itibaren öğrencilerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının değerlendirilmesi, ortaya çıkacak sonuçlara göre planlamaların yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflara göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ölçeğinde dördüncü sınıf öğrencileri, birinci sınıf öğrencilerine göre sınırda anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Ankara'daki çalışmada da çalışmamızla benzer doğrultuda üst sınıfların sağlık sorumluluğu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.[9] Nuss ve arkadaşları tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama sıklığında azalma, stres ve depresyon düzeylerinde artma ile sağlık durumlarında her açıdan bir bozulma olduğunu bildirmişlerdir.[107] İlerleyen dönemlerde öğrencilerin uyum düzeylerinin arttığı ve aldıkları eğitim sonrası, sağlıklı yaşam konusundaki bilgi düzeylerinin arttığı ve sağlık davranışlarının olumlu yönde değişmeye başladığı düşünülmektedir. Tıp fakültesine giren öğrencilerin genelde iyimser, idealist, olumlu düşünce ve davranışlar içerisinde olduğu ancak ilerleyen dönemlerde olumsuz durumların arttığı bildirilmiştir.[107] Bu bilgi, diş hekimliği beşinci ve tıp fakültesi altıncı sınıfların puan ortalamalarının, dördüncü sınıflara göre daha düşük olmasını açıklayabilir. Yine ebelik ve hemşirelik bölümlerinde beşinci ve altıncı sınıfların olmaması ve beşinci ve altıncı sınıflardaki öğrenci sayısının düşük olması da bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir. İzmir, Manisa ve Sivas'taki çalışmalarda ise sınıflar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.[8,94,95]

Öğrenci gelir düzeyine göre, SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kayseri'deki çalışmada, benzer olarak öğrenci gelir düzeyi ile SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.[93] Sivas'taki çalışmada, öğrenci gelir düzeyi yükseldikçe fizik aktivite alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır.[95]

Öğrencilerin okulda kaybettikleri yıla göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, yıl kaybı olmayan öğrencilerin SYBD ölçeği ortalama puanının, yıl kaybı olanlara kıyasla yüksek olduğu bulunmuş ancak ne SYBD ölçeğinde ne de alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

5.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Ailesel Özellikleri Arasındaki İlişki

Sağlıklı yaşam tarzı genellikle aile içinde geliştirilir, sürdürülür veya değiştirilir. Hemen her sağlık davranışı, bir aile etkinliğidir veya aile tarafından güçlü bir şekilde etkilenir.[108] Ailesi ile birlikte yaşayan ve yaşamayan öğrencilerin SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, ailesi ile birlikte yaşayan öğrenciler, ailesinden ayrı yaşayanlara göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İzmir'de yapılmış olan çalışmada, ailesi ile kalan öğrencilerin beslenme ve kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde anlamlı bir şekilde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.[8] Kayseri'de yapılmış olan çalışmada, fizik aktivite, stres yönetimi ve ölçek toplamında ailesi ile birlikte yaşayanların anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.[93] Sivas'ta yapılmış olan çalışmada ise, sağlık sorumluluğu açısından anlamlı fark olmadığı, ancak evde ailesi ile kalan öğrencilerin egzersiz alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.[95] Bu durum, evde ailesiyle kalan öğrencilerin, kendilerine ve sağlıklarına daha fazla zaman ayırabildiklerini, aile içi etkileşimin onları olumlu yönde etkilediğini düşündürebilir. Şehir ve yaşam şartlarının değişmemesi, öğrencilerin aile içinde kazandığı alışkanlıklarını devam ettirmesini de sağlıyor olabilir. Ayrıca aile ile birlikte kalmak, öğrencilere daha iyi bir ekonomik durum sağlıyor olabilir.

Annesi ilköğretim ve lise mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, babası üniversite mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Ankara ve Sivas'ta yapılan çalışmalarda, anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Manisa'da yapılan çalışmada ise anne eğitiminin sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır.[9,95,94] Meksika'da yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde ve ölçek toplamında puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür.[102] Manisa'da ve Sivas'ta yapılmış olan çalışmalarda, baba eğitiminin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür.[94,95] Meksika'daki çalışmada baba eğitim düzeyi arttıkça stres yönetimi, kişiler arası ilişki, tinsellik alt ölçeklerinde ve ölçek toplamında puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı

görülmüştür.[102] Ebeveynlerin eğitim durumları ile ilgili ortaya çıkan bu farklı sonuçların, sağlığı geliştirme modelini etkileyen diğer faktörlerin etkisi nedeniyle oluştuğu ve bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Anne mesleğine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, annesi çalışmayan öğrencilerin, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde annesi çalışan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. İstanbul'daki çalışmada, annesi çalışanlar, sağlık sorumluluğunda anlamlı olarak daha yüksek puan almış, Sivas'taki çalışmada ise annesi çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.[11,95] Bu farklı sonuçların annenin diğer özellikleri (eğitim düzeyi, annenin alışkanlıkları) ve yaşanılan yer gibi birçok faktörün etkisi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Baba mesleğine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, baba mesleğine göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sivas'taki çalışmanın bulguları, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.[95]

Aile gelir düzeyine göre SYBD ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ortalama aile gelirleri düşük olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları, gelirleri yüksek olanlara göre daha yüksektir. İzmir'de yapılmış olan çalışmada, aile gelir düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenme ve tinsellik alt ölçeklerinde anlamlı puan artışları saptanmıştır.[8] Ankara'daki çalışmada, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların beslenme alt ölçeğinde en yüksek puan ortalamasını aldığı, Manisa ve Meksika'daki çalışmalarda sosyoekonomik düzey yükseldikçe SYBD puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür.[9,94,102] Bizim bulgumuzun literatürden farklı olması öğrencilerin aile gelirleri hakkında bilgi sahibi olmamalarından ve/veya yanlış bilgi vermelerinden kaynaklanmış olabilir.

5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sağlık Durumları ve Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları ve Alışkanlıkları Arasındaki İlişki

Öğrencilerdeki kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak kronik bir hastalığı olan öğrencilerin, ölçeğin tamamından aldıkları toplam puanın, hastalığı olmayan gruba göre, daha yüksek olduğu görülmüştür. İzmir ve Sivas'taki çalışmalarda da kronik hastalık olup olmaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.[8,95] Ancak, Ankara'daki çalışmada sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olanlarda, sağlık sorumluluğu puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.[9] Nitekim Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlık sorumluluğunu arttırdığı belirtilmiştir.[109]

Öğrencilerin ailelerinde kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çanakkale'de yapılmış çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur.[13] Oysa, öğrencilerin ailesinde var olan hekim tanılı kronik hastalıklarda ilk üç sırayı primer korunmasında sağlıklı yaşam tarzının yer aldığı hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi ailesel yüklülüğü olan hastalıklar oluşturmaktadır. Bu durum, ailede mevcut olan hastalıklar ve korunma hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması ile ilgili olabilir.

Sağlık durumu algısına göre, sağlık durumunu mükemmel ve çok iyi olarak algılayanların tüm alt ölçeklerdeki ve toplamdaki puan ortalamaları, sağlık durumunu iyi, orta ve zayıf olarak algılayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Beslenme alt ölçeği dışında diğer alt ölçeklerin tamamında fark anlamlı bulunmuştur. İzmir, Ankara ve Sivas'ta yapılan çalışmaların sonuçları da bulgularımızla paraleldir.[8,9,95] Battorf ve arkadaşları çalışmalarında, sağlık durumunu algılama düzeyinin tinsellik, sağlık sorumluluğu, fizik aktivite üzerinde etkisi olduğunu saptamışlardır.[31] Pender ve arkadaşları, kişisel sağlık düzeyi algısının, sağlığın tanımının, algılanan kişisel yetilerin ve sağlığın kontrolündeki algılamanın sağlıklı yaşam biçimi davranış paternlerindeki farklılığın % 31'inin sebebi olduğunu bildirmişlerdir.[110] Dolayısıyla, kendini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla

uyguladıkları ve algılanan sağlık durumunun sağlıklı yaşam biçimini etkilediği söylenebilir.

Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi, bireyin kendisi için yapabileceği sağlık sorumlulukları arasında sayılmaktadır. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini göstermektedir.[31] Çalışmamızda, son bir yıl içinde hekim kontrolüne giden öğrencilerin SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını almış olduğu ve bu farkların anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna paralel olarak son bir yıl içinde diş hekimi kontrolüne giden öğrencilerin, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgulara göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayan öğrencilerin, rutin hekim ve diş hekimi kontrollerini sağlıklı yaşamın bir öğesi olarak gördüğü söylenebilir.

Ergenlik ve gençlik dönemlerinde kazanılan sigara alışkanlığının sağlığa olumsuz etkileri yaşamın daha sonraki yıllarında ortaya çıkmaktadır. Bugün dünyada 150 milyon genç sigara içmektedir ve gelecekte 75 milyon gencin sigaranın oluşturduğu bir sağlık sorunu ile öleceği tahmin edilmektedir.[111] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ABD'nde yılda 443.000 kişinin sigara içmeye bağlı öldüğünü bildirmektedir.[112] Yine ABD'nde kansere bağlı ölümlerin % 25'ine sigara içmenin neden olduğu bildirilmiştir.[113] DSÖ, Türkiye'de yapılmış bazı çalışmalarda 15-19 yaş grubunda sigara içme oranının % 15,9-41,2 arasında bulunduğunu bildirmiştir.[114] Akpınar ve arkadaşları, 2003 yılında Çukurova Üniversitesi 1. sınıf ve son sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin % 24,8'inin her gün sigara içtiğini tespit etmişlerdir.[115] Çalışmamızda, sağlık bilimleri öğrencilerinde her gün sigara içen öğrencilerin oranı % 11 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık bilimleri öğrencilerinin aldıkları eğitimler sonucunda, sigaranın zararları ile ilgili farkındalıklarının daha yüksek olduğunu düşündürmüştür. Sağlık bilimleri öğrencilerinin, sigara kullanma durumlarına göre SYBD ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları incelendiğinde, hiç sigara içmeyen öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, tinsellik, kişiler arası ilişki, stres yönetimi alt ölçeklerinden ve ölçek toplamından en yüksek puan ortalamasını aldığı ve bu farkların anlamlı olduğu görülmüştür. Ankara'daki çalışmada, beslenme alt ölçeğinde, Sivas'taki çalışmada da beslenme ve kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde

çalışmamızla benzer sonuçlar bulunduğu görülmüştür.[9,95] Martinelli, sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencilerinde sağlığı geliştirici davranışları incelemiş ve sigara içmeyen öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, besleme, stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplamında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını bulmuştur.[116]

Biyolojik özellikler de sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bu özelliklerden birisi de vücut ağırlığıdır. Öğrencilerin BKİ' ne göre SYBD ölçeği ve alt ölçekleri incelendiğinde, BKİ'ne göre normal kilolu olan grubun sağlık sorumluluğu ve tinsellik alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür. SYBD ölçeği toplam puanında da normal kilolu grup anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek puan almıştır. Nuss ve arkadaşları, tıp öğrencilerinde beden kitle indekslerinde artma, diyet dengesini sürdürmeme sonucunda öğrencilerin sağlık durumlarında bozulma olduğunu bildirmişlerdir.[107] Arslan ve Ceviz'in ev kadını ve çalışan kadınlar ile yaptıkları çalışmada, obezite sınırı aşıldıktan sonra fiziksel aktivite ve sağlıklı davranış alışkanlıklarında bir azalma meydana geldiği gözlemlenmiştir.[117] Bu bulgular normal kilodaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok uyguladığını ve uygulayan öğrencilerin kilo kontrolünde daha başarılı olduğunu düşündürmektedir. Fiziksel aktivite ölçeğinde fazla kilolu olan grubun ortalama puanının anlamlı olarak daha yüksek bulunması, bu öğrencilerin ağırlıkları ile ilgili farkındalıklarının artması sonucu fiziksel aktiviteye yönelmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Sivas'taki çalışmada, kendisini normal kilolu olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve SYBD ölçeği toplam puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.[95] Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bir çalışmada ve öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği başka bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile BKİ arasında bir ilişki bulunmamıştır.[85,118]

DSÖ, hepatit B'nin dünya çapında büyük bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiş ve tüm ülkelerde rutin immünizasyon programına alınmasını önermiştir.[119] Türkiye'de 1998 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı bir genelge ile sıfır yaş grubu çocuklarda hepatit B aşılaması rutin olarak aşı takvimine dahil edilmiştir.[120] Çukurova Üniversitesi Medikososyal Birimi'nde hepatit B açısından risk altındaki tıp fakültesi, diş hekimliği fakültesi, hemşirelik ve ebelik bölümleri öğrencilerine ücretsiz olarak hepatit B aşı uygulaması yapılmaktadır. Bununla ilişkili olarak, hepatit B aşısı yaptırma durumuna

göre SYBD ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, tam doz aşı yaptıran öğrencilerin, yaptırmayanlara göre, ölçek toplamında ve fiziksel aktivite alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tarafımızdan oluşturulan ve SYBD ölçeğinin altına eklenen altı ifadede öğrencilerin sağlığı koruyucu davranışları değerlendirilmiştir. Detayları aşağıda tartışılacak olan bu altı koruyucu davranış ile SYBD toplam ve alt ölçek puanlarının çoğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara ve bir riskli davranışta bulunmanın bir başka riskli davranışın kabulünü kolaylaştırdığı yönündeki görüşe dayanılarak, sağlığı koruyucu davranışlarda bulunmanın, sağlığı geliştirici davranışların kabulünü ve uygulanmasını olumlu yönde etkiliyor olabileceği düşünülmüştür.

Trafik kazalarında meydana gelen yaralanmaların ana sebebinin emniyet kemeri kullanılmamasına bağlı "ikinci çarpışma" ya da bir diğer tabirle "beden çarpışması" olduğu, emniyet kemeri kullanımının, kaza sonrası özel araçlar içinde meydana gelen ölümleri % 45, ağır yaralanmaları ise % 50 azalttığı bildirilmiştir.[121] ABD'nde 2007 National Youth Risk Behavior Survey (YRBS) sonuçlarına göre, öğrencilerin % 11,1'i başka birinin kullandığı araca bindiğinde nadiren emniyet kemeri kullanmakta ya da hiç kullanmamaktadır.[78] Baysoy'un üniversite öğrencilerindeki sağlık riskleri ile ilgili çalışmasında, hiç emniyet kemeri kullanmayanların oranı % 6,1, bizim çalışmamızda ise % 9,6 olarak tespit edilmiştir.[122] Emniyet kemeri kullanım durumuna göre karşılaştırma yapıldığında, hiç kullanmayan gruptan, düzenli olarak emniyet kemeri kullanan gruba doğru puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı ve düzenli olarak emniyet kemeri kullanan grubun SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalamalarını aldığı görülmüştür.

Çalışmamızda, motosiklet veya bisiklet kullanan öğrencilerin % 40,8'i hiç koruyucu başlık kullanmamaktadır. YRBS 2007 sonuçlarına göre bisiklet kullanan öğrencilerin % 85,1'i, motosiklet kullanan öğrencilerin % 33,9'u hiç koruyucu başlık kullanmamakta ya da nadiren kullanmaktadır.[78] Düzenli olarak koruyucu başlık kullanan öğrenciler, düzenli olarak kullanmayanlara göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerde daha yüksek puan ortalamalarını almış olup, ölçek ve alt ölçeklerde gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye'de trafikteki motorlu araç sayısının, 14 milyon 389 bini bulduğunu ve son rakamlara göre her beş kişiden birinin aracının bulunduğunu bildirmiştir.[123] Yine TÜİK verilerine göre 2007 yılında meydana gelen trafik kazalarında 100.000 nüfusa düşen ölü sayısı 7,1, yaralı sayısı 267,8 olmuştur.[124] Toplumumuzda araç kullanımının, ölüm ve yaralanmalarının bu derecede sık olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin yavaş ve güvenli araç kullanma durumları önem arz etmektedir. Çalışmamızda, öğrencilerin % 16'sı araç kullanırken yavaş ve güvenli kullanmadığını bildirmiştir. Araç kullandığını bildiren öğrencilerden düzenli olarak yavaş ve güvenli araç kullanan grubun diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalamaları olduğu görülmüştür.

Sigara içilen ortamlarda bulunmanın da sigara içmek kadar zararlı olduğu bilinmektedir. DSÖ kılavuzlarındaki araştırmalar çevresel sigara dumanına kronik maruz kalmanın sağlık risklerinde artışa ve erken ölümlere yol açtığını göstermiştir.[125] Sigara içmeyip ev ve iş yerinde çevresel sigara dumanına maruz kalanlarda kalp hastalığı gelişme riskinin % 25-30, akciğer kanseri gelişme riskinin % 20-30 daha fazla olduğu bildirilmiştir.[126] Çalışmamızda, öğrencilerin % 36,2'si düzenli olarak sigara içilmeyen ortamlarda kalmayı tercih ettiğini bildirmiştir. Baysoy çalışmasında sigara içilen ortamlarda hiç kalmayan öğrencilerin oranını % 22,1 olarak bulmuştur.[122] Sigara içilen ortamlarda bulunmaktan düzenli olarak kaçınan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, tinsellik, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve ölçek toplamında diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

CDC' ye göre 2006 yılında ABD'deki 15-19 yaş grubu her 1000 kadından 41,9'u doğum yapmıştır.[127] CDC ergenlik dönemindeki annelerin okula devam etmediğini, kronik tıbbi ve davranışsal sorunları olduğunu, ergen gebeliklerinin ve doğumlarının, ebeveynlere ve ergen çocuklarına şu anda ve uzun dönemde, sosyal ve ekonomik maliyetler getirdiğini belirtmektedir.[127] Baysoy çalışmasında, cinsel ilişkide bulunan öğrencilerde ilk cinsel ilişkide gebelik önleyici yöntem kullanmayanların oranını % 34,6 olarak bulmuştur.[122] Çalışmamızda ise cinsel ilişkiye giren ve hiçbir zaman gebelik önleyici yöntem kullanmayanların oranı % 14,1 bulunmuştur. Cinsel ilişkiye giren öğrencilerin ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alma durumları incelendiğinde, düzenli olarak ve sık sık koruyucu önlem alanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite,

tinsellik, kişiler arası ilişki ölçeklerinde ve ölçek toplamında ortalama puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

DSÖ'ne göre cinsel ilişki ile bulaşan bakteriyel ve protozoal enfeksiyonlardaki yeni vaka sayısı her yıl 340 milyondan fazla olmaktadır.[128] CDC'ye göre ABD'nde cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonlarda her yıl 19 milyon yeni vaka görülmekte ve bu vakaların yaklaşık yarısını 15-24 yaş gençler oluşturmaktadır. Pelvik enflamatuar hastalık, kronik pelvik ağrı, ektopik gebelik ve infertilite, cinsel ilişki ile bulaşan hastalıkların uzun dönem komplikasyonları arasındadır.[129] Araştırmamıza katılan öğrencilerden cinsel ilişkide bulunup, düzenli olarak koruyucu önlem alanların, tinsellik, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ölçeklerinde ve ölçek toplamında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri bölümlerinde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanması amacıyla yaptığımız çalışmaya, Tıp Fakültesi'nden 406, Sağlık Yüksek Okulu Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinden 299 ve Diş Hekimliği Fakültesi'nden 96 olmak üzere toplam 801 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,5 ± 2,21 yıl olup 320 (%40)'si erkek, 481 (%60)' i kadındır.

-Çalışmamızda, sağlık bilimleri öğrencilerinin SYBD ölçeği puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (124,30±17,92).

-Öğrencilerin, SYBD ölçeğinde en yüksek puan ortalamasını tinsellik alt ölçeğinde aldığı saptanmıştır. En yüksek puanı yine aynı alt ölçekte bulunan "Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım." (3,20±0,80) maddesi almıştır.

-Öğrenciler, SYBD ölçeğinde en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt ölçeğinde almış olup, bu alt ölçekte bulunan 28. sıradaki "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım." (1,63±0,83) maddesi en düşük puanı almıştır.

-Öğrencilerin, SYBD ölçek toplamında ve tüm alt ölçeklerde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

-SYBD alt ölçeklerinde, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt ölçeğinde erkek cinsiyet, diğer alt ölçeklerde kadın cinsiyet daha yüksek puan almıştır.

-Akdeniz Bölgesi'nde doğan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanının Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde doğan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, tıp öğrencilerinin SYBD toplam puanının ve alt ölçek puanlarının diğer bölümlere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ve dördüncü sınıf öğrencilerinin, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde birinci sınıf öğrencilerine göre sınırda anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

-Öğrencilerin sosyal güvence, okulda kaybettikleri yıl ve kişisel gelir durumları ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Ailesi ile birlikte kalan öğrencilerle, ilköğretim ve lise mezunu anneye sahip olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, üniversite mezunu babaya sahip olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur.

-Anneleri çalışmayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

- Öğrencilerin babalarının mesleki durumları ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Kendi sağlık durumlarını mükemmel ve çok iyi olarak algılayanların, beslenme dışında diğer alt ölçeklerdeki ve toplamdaki puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

-Son bir yıl içerisinde rutin doktor kontrolüne giden öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanlarının diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Öğrencilerden son bir yıl içerisinde rutin diş hekimi kontrolüne gidenlerin, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

-Hiç sigara içmeyen öğrencilerin fiziksel aktivite dışında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

-BKİ' ne göre normal kilolu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve tinsellik alt ölçeklerinde anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

-Tam doz hepatit B aşısı yaptıran öğrencilerin, SYBD ölçek puanlarının ve fiziksel aktivite dışındaki alt ölçek puanlarının yaptırmayan öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin kendilerinde ve ailelerinde mevcut olan kronik hastalıklar ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Araç içerisinde emniyet kemeri kullananların, bisiklet veya motosiklet kullanırken koruyucu başlık kullananların sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplamı ve alt ölçekler ortalama puanlarının ve yavaş-güvenli araç kullananların fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişki alt ölçekleri hariç diğer alt ölçeklerdeki ve toplamdaki puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

-Sigara içilen ortamlardan sık sık ve düzenli olarak kaçınan öğrencilerin fiziksel aktivite dışındaki tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında, cinsel ilişki sırasında sık sık ve düzenli olarak gebelikten koruyucu önlem alan öğrencilerin beslenme ve stres yönetimi dışındaki tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında, cinsel ilişki sırasında sık sık ve düzenli olarak bulaşıcı hastalıklardan koruyucu önlem alan öğrencilerin tinsellik, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve ölçek toplamında anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamalarının olduğu görülmüştür.

Araştırdığımız altı koruyucu davranış ile SYBD toplam ve alt ölçek puanlarının çoğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara ve bir riskli davranışta bulunmanın bir başka riskli davranışın kabulünü kolaylaştırdığı yönündeki görüşe dayanılarak, sağlığı koruyucu davranışlarda bulunmanın, sağlığı geliştirici davranışların kabulünü ve uygulanmasını olumlu yönde etkiliyor olabileceği düşünülmüştür.

Türkiye'de, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmaların çoğunlukla hemşirelik öğrencileri ile yapılmış olması, tıp fakültesi öğrencileriyle yapılmış sadece iki, diş hekimliği fakültesi öğrencileriyle yapılmış sadece bir çalışmanın bulunması araştırmamızın güçlü yanı olarak değerlendirilebilir.

6.2. Öneriler

Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu bilinmektedir. Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlamakta ve üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam etmektedir. Bu nedenle, geleceğin sağlık çalışanları ve aynı zamanda rol-modelleri olan sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarının orta düzeyden, iyi veya çok iyi düzeye çıkarılabilmesi açısından ilgili fakültelere ve genel olarak üniversite yönetimine önemli görevler düşmektedir.

Öneriler:

Sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm eğitim yıllarına yayılacak şekilde müfredatın bir parçası haline getirilmesi,

Sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili eğitim programları olan bölümlerin çalışmamızda saptanan bulgular doğrultusunda eğitim programlarını gözden geçirip geliştirmeleri,

Üniversiteye yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarını değerlendiren tanımlayıcı araştırmaların yapılması ve bunun belirli aralıklarla tekrarlanması,

Sağlığı geliştirici davranışları değerlendiren araştırmaların sonucunda bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik programlar oluşturulması,

Sosyodemografik ve ailesel özelliklerden cinsiyetin, doğum yerinin, öğrenim görülen bölüm ve sınıfın, aile ile birlikte kalma durumunun, anne ve baba eğitim düzeylerinin, anne çalışma durumunun ve aile gelir düzeyinin sağlığı geliştirici davranışları etkilediği saptandığından eğitimler ve programlar planlanırken bu faktörlerin de göz önüne alınması,

Sağlık bilimleri öğrencilerine sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili materyaller hazırlattırılması, bu konuda diğer fakültelerde okuyan öğrencilere “akran eğitimi” yapmalarını sağlayacak programlar oluşturulması,

Kampus içerisinde sağlığı geliştirici davranışları destekleyecek çalışmaların yapılması ve var olanların geliştirilmesi (spor alanlarının arttırılması, ücretsiz egzersiz programları yapılması, yemekhane ve kantinlerde sağlıklı seçeneklerin bulunması vb),

Üniversiteye adaptasyon sürecinde ve sonrasında danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin etkin şekilde uygulanması.

Ayrıca, özellikle diğer bölümlere göre tüm ölçek puanları daha düşük çıkan tıp fakültesi öğrencilerine yönelik planlamalarda, uzmanlık eğitim müfredatında “sağlığı geliştirme danışmanlığı” bulunan Aile Hekimliği disiplini ile işbirliği yapılması, hem tıp fakültesi öğrencilerinin hem de aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO definition of health. Erişim: (http://www.who.int/about/definition/en/print.html) Erişim tarihi: 01.05.2010.

2. World Health Organization. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Erişim: (http://www.afro.who.int/en/tanzania/tanzania-publications/cat_view/1501-english/1235-divisions-and-programmes/703-division-of-prevention-a-control-of-non-communicable-diseases-dnc/805-health-promotion-hpr.html?orderby=dmdate_published) Erişim Tarihi: 01.05.2010.

3. O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Health Promot* **2009**; 24(1):iv.

4. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, **2006**: 1132-1136.

5. Ocakçı A. Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Erişim: (http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm) Erişim tarihi: 01.11.2009.

6. Ferguson KJ. Health behaviour. Wallace RB. *Public Health& Preventive Medicine*. 14. Basım Stamford: Appleton&Lange, **1998**: 811-816.

7. Fleming P, Marshall G. Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician **2008**; Volume:54:1706-1713.

8. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniv Hemşire YO Derg* **2004**; 20 (1):77-95.

9. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* **2005**; 9(2):26-34.

10. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* **2003**; 36:41–44.

11. Can G, Özdilli K, Erol Ö, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S, Özcan Ş, Durna Z. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci* **2008**; 10:273-280.

12. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department Of Health And Human Services. Improving the health of adolescents & young adults: A guide for states and communities **2004.**

13. Çelik GO, Malak AT., Bektaş M. Yılmaz D. Yümer AS. Öztürk Z., Demir E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* **2009**; *3(3):164-169.*

14. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Sağlık hizmeti sistemlerinin geliştirilmesi. Bilgel N. *Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı, Kılavuz Kitap,* WONCA-WHO **2005**: 11.

15. Kaplun A. *Health Promotion and Chronic Illness Discovering a New Quality Of Health.* WHO Regional Publications, European Series, No. 44. **1992**: 3.

16. Kaplan RM, Sallis JF, Patterson TL *Health and Human Behavior. Singapore*: McGraw-Hill Book Co., **1993**: 9-10.

17. Galloway RD. Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *CM&R* **2003**; vol. 1, no. 3:249-258.

18. İrgil E. Sağlığı Koruma Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Ders Notları. Erişim: (http://halk-sagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_birinci_sinif/sagligi_koruma.pdf) Erişim tarihi: 15.02.2010.

19. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C. *Oxford Textbook of Primary Medical Care.* New York: Oxford University Pres, **2004:** Prevention and health promotion.

20. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlığın geliştirilmesi (Health promotion): Dünyada ve Türkiye'de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fak Derg* **2009**; 72:29-35.

21. Aktan CC, Işık AK. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. Erişim: (http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sagligin-korunmasi.pdf) Erişim tarihi: 19.01.2010.

22. World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences. Erişim: (http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf) Erişim tarihi: 16.02.2010.

23. World Health Organization. Global health promotion scaling up for 2015. A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand 7-11 August 2005.
Erişim:(http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_conference_background.pdf) Erişim tarihi: 19.01.2010.

24. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Theory at a Glance. A guide for health promotion practice, Second Edition, **2005**.
Erişim:(http://www.cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf) Erişim tarihi: 19.01.2010.

25. Ay FA. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Basım, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, **2008**: 44-46.

26. Srof BJ, Friedrich BV Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. *Nurs Sci Q* **2006**; Vol. 19 No. 4:366-373.

27. Aslan D, Boztaş G, Kılıç E, Öztürk İ, Erkan K, Günbey L, Balcı M, Akın L. Bir spor merkezine kayıtlı olan kadınların sağlık-hastalık kavramları ile ilgili görüşleri ve sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler. *Erciyes Univ Saglık Bilim Derg* **2004**; 13(2):30-38.

28. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Soc Sci Med* **2000**; 51:361-371.

29. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık Davranışları. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* **1998**; 2 (2):60-68.

30. Langemo D, Volden C. The relationship of age, gender and exercise practices to measure of health, lifestyle, self esteem. *Appl.Nurs.Res.* **1990;** 3(1):20-26.

31. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence. *Nurs Res* **1996**; 45(1):30-36.

32. Pholank C. Determinant of health promotive behavior; a review of current research. *Nurs Clin N Am* **1991**; 26(4):815-832.

33. Moscovici S. Notes towards a description of social representations. *EurJ Social Psychol* **1988**; 18:211-250.

34. Cirhinlioğlu FG, Aktaş V, Özkan BÖ. Sosyal temsil kuramına genel bir bakış. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* **2006**; Cilt : 30 No:2:163-174.

35. Narter M. Sağlık ve hastalığın sosyal temsilleri. *İ.Ü. Psikoloji Çalışmaları Dergisi* **2004**; 24:58-73.

36. Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* **1998**; 2 (2):39-43.

37. Johnson RL. Gender differences in healthpromoting lifestyles of african americans. *Public Health Nurs* **2005**; 22 (2):130-137.

38. Kavas A. *Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme*. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık, **2003**: 6-15.

39. Tayar M, Korkmaz NH. *Beslenme Sağlıklı Yaşam*. 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın, **2007**.

40. Sencer E, Orhan Y. *Beslenme*. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2005**: 1-8.

41. Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım **2006**: 37.
Erişim: (http://www.wacc.mu.edu.tr/ozet%20kitabi.pdf) Erişim tarihi: 20.01.2010.

42. Aykut M. Yeterli ve dengeli beslenme. Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Ders Notları.Erişim: (http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Dahili_Tip/Halk_Sagligi/MAYKUT%20DERSLERİ%20yeni/ders.htm) Erişim tarihi: 20.01.2010 yayınlanmamış.

43. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'ye özgü beslenme rehberi.
Erişim:(http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE378E26063129A875&Vurgulanacak=beslenme%20rehberi) Erişim tarihi: 15.02.2010.

44. World Health Organization. BMI classification.
Erişim: (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) Erişim tarihi:19.02.2010.

45. Oşar Z. Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar. Oşar Z, Erkan T. *Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:41, **2004**: 13-17.

46. Metabolik Sendrom Derneği. Akdeniz diyeti**.** Erişim: (http://www.metsend.org/akdeniz-diyeti.php) Erişim tarihi: 25.01.2010.

47. Aydın Ş, Örnek AŞ. *Kriz ve Stres Yönetimi*. 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, **2008**: Stres yönetimi, stresin kavramsal boyutu

48. Balcıoğlu İ. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, **2005.**

49. Özer D, Baltacı G. *İş Yerinde Fiziksel Aktivite*. 1.Basım Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:730, **2008**: 9.

50. Müftüoğlu O. *Yaşasın Hayat.* 7. Baskı İstanbul: Doğan Kitapçılık, **2003**: 114-124.

51. Tutar H. *Kriz ve Stres Yönetimi*. 1.Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2004**: Stresle başa çıkma.

52. Özer K. *Fiziksel Uygunluk.* 1.Basım Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2001**: 1-19.

53. Bek N. *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız.* 1.Basım Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, **2008.**

54. Tuncay T. Spirituality in coping with HIV/AIDS. *International Journal of HIV-Related Problems, HIV & AIDS Review* **2007**; volume 8 number 3:10-16.

55. O'Neill DP, Kenny OE. Spirituality and chronic illness. *The Journal of Nursing Scholarship, Third Quarter* **1998**; 30(3):275-280.

56. Molzahn AE. Spirituality in later life: effect on quality of life. *J Gerontol Nurs* **2007**; 33(1):32-39.

57. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* **2005**; 116:311-321.

58. George LK, Larsons DB, Koeing HG, McCullough ME. Spirituality and health: What we know, what we need to know. *J Soc Clin Psychol* **2000**; 19, 1:102-116.

59. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı* **2009**; 21(2):45-53.

60. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spirütüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Univ Tıp Fak Derg* **2007***;* 8(1):47-50.

61. Kostak MA., Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* **2007***; Cilt:2, Sayı:6* Erişim: (http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayialti/kostak6.pdf) Erişim tarihi: 30.12.2009.

62. Kelly J. Spirituality as a coping mechanism*. Dimens Crit Care Nurs* **2004;** *23(4):162-168.*

63. Türküm AS. Çağdaş yaşamda kişilik ve kişilerarası ilişkiler.
Erişim: (http:// www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/IOLTP/1268/unite08.pdf) Erişim tarihi: 12.01.2010.

64. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler.* Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları **1991**; Yayın No: 102/HKİ .
Erişim: (http:// www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf) Erişim tarihi: 12.01.2010.

65. Chen M. The effectivenes of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nurs* **1999**; 16(2):125-132.

66. Hovardaoğlu S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. *Kriz Dergisi* **1995**; Cilt:3 Sayı:1-2:7-12.

67. Devito JA. *Human Communication The Basic Course.* 5.Baskı, New York: Harper Collins Publishers Inc., **1991**: 198-211.

68. Minkler M. Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior* **1999**; Vol. 26 (1):121-140.

69. Fişek N.H. Günümüzde halk sağlığı anlayışı. Erişim:
(http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3020.doc) Erişim tarihi: 17.02.2010.

70. Temel ZF, Aksoy A. *Ergen ve Gelişimi Yetişkinliğe İlk Adım.* 1.Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, **2001**: 9-13.

71. Gökçin H, Ertunç F. Ergen sağlığı. **2007** Erişim: (http://www.balikesir.saglik.gov.tr/egitim/ERGENSAGLIGI.ppt) Erişim tarihi: 06.01.2010.

72. Steinberg L. Farklı bağlamlarda ergen gelişimi. Çok F. *Ergenlik.* 1.Baskı, Ankara: İmge Kitabevi, **2007**: 19-28.

73. World Health Organization. Approach to adolescents. Erişim: (http://www.un.org.in/Jinit/who.pdf) Erişim tarihi: 21.02.2010.

74. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO and youth – strategy. Erişim:(http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=11075&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)Erişim tarihi: 21.02.2010.

75. Haggerty RJ. Problem behavior in adolescence. *Acta Paediatr Jpn* **1989**; 31:107-114.

76. Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım, *Sted* **2002;** Cilt: 11 Sayı: 10:374-377.

77. Bülbül SH. Ergen Etiği, *Sted* **2004** Cilt: 13 Sayı: 6:206-210.

78. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Joseph Hawkins J, Haris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance-United States, **2007**. CDC(MMWR Surveillance Summaries June 6, 2008 / 57(SS04);1-131) Erişim: (http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5704a1.htm) Erişim tarihi: 16.01.2010.

79. Çuhadaroğlu FC, Canat S, Kılıç E, Şenol S, Rugancı N, Oncu B. Tuba-Unfpa The Subprogram Of The Population And Development Strategy [in Turkish]. **2002.**

80. Özcebe H. Adolesanlar ve riskli davranışlar. I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Ankara 28 Kasım-1 Aralık **2006**: 47 Erişim: (http://ergen.org.tr/pdf/2_konusmaci%20metinleri.pdf) Erişim tarihi: 14.01.2010.

81. World Health Organization. School and youth health Erişim: (http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/index.html) Erişim tarihi: 16.02.2010.

82. World Health Organization. Adolescent health and development: The second decade. Western Pacific Region. Geneva: World Health Organization, **1998.**

83. Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, Willett WC, Manson JE. Body mass index and mortality in US male physicians. *Ann Epidemiol* **2004**;14:731–739.

84. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, Hennekens CH, Speizer FE. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med* **1995**; 333:677–685.

85. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* **2008** cilt: 3 sayı: 7.

86. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2007**; 6(6):409-420.

87. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb* **2009**; 39:290–291.

88. Frank E. Physician health and patient care. *JAMA* **2004**; 291:637.

89. The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, **2002.**

90. American Academy of Family Physicians. Health promotion and disease prevention AAFP Reprint No. 267 http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/about/rap/curriculum/health_promotion_and.Par.0001.File.tmp/Reprint267.pdf (Erişim Tarihi: 22.02.2010).

91. Görpelioğlu S. Sağlıklı yaşam tarzı ve davranış değişikliği. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi* **2009**; 1:36-41.

92. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med* **2000**; 9:287–290.

93. Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **2007**; 14(2):101-109.

94. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* **2008**; 7(6): 497-502.

95. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, **2005.**

96. Raosoft. Sample size calculator. Erişim: (http://www.raosoft.com/samplesize.html) Erişim tarihi: 10.01.2009.

97. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, **1996**.
Erişim: (http://app1.unmc.edu/Nursing/conweb/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf) Erişim tarihi: 10.02.2010.

98. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* **2008**; 12(1):1-12.

99. Türk-İş. Türk-İş Haber Bülteni Mayıs 2009 açlık ve yoksulluk sınırı. Erişim: (http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/aclikmayis09.pdf) Erişim tarihi: 10.07.2009.

100. T.C. Başbakanlık Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu. Burs ve kredi hizmetleri. Erişim: (http://www.kyk.gov.tr/kyk/html/index.php) Erişim tarihi: 15.08.2009

101. Altun İ. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. *EMHJ* **2008**; Vol. 14, No. 4:880-887.

102. Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int* (Electronic Journal) **2009;** October 29.
Erişim: (http://heapro.oxfordjournals.org/) Erişim tarihi: 03.05.2010.

103. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *J Nurs Educ* **2005**; Vol. 44, No. 6:266-270.

104. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce Dİ, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş* **2006**; 34:166-172.

105. Lee RLT, Loke AJTY. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs* **2005**; Vol. 22 No. 3:209-220.

106. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CL. The health status and life satisfaction of first year medical students. *Acad Med* **1990**; vol.65 no.9:586-588.

107. Nuss MA, Reger-Nash B, Williams K, Yasek V, Juckett G, Richards T. Medical student perceptions of healthy lifestyles: A qualitative study. *Californian J Health Promot* **2004**; Volume 2, Issue 1:127-134.

108. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aileler hastalığı nasıl etkiler: Sağlığa ailenin etkisi üzerine araştırmalar. Yaman H. *Aile Yönelimli Birincil Bakım.* 2. Basım, İstanbul: Yüce Yayım, **2007**: 16-27.

109. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practise.* Fourth Edition New Jersey: **2002.**

110. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR, Frank-Stromborg M. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Erişim: (http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1990/11000/Predicting_Health_Promoting_Lifestyles_in_the.2.aspx) Erişim tarihi: 24.04.2010.

111. Özcebe H. *Gençler ve sigara.* Ankara: 1. Basım, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731 **2008**: 10-12.

112. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco control state highlights 2010. Erişim: (http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/state_data/state_highlights/2010/pdfs/highlights2010.pdf) Erişim tarihi: 03.05.2010.

113. Parliamentary Office of Science and Technology. Health behaviour. Erişim: (http://www.parliament.uk/documents/upload/postpn283.pdf) Erişim tarihi: 25.04.2010.

114. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder T. Tobacco Control in Turkey. World Health Organization **2009.**

115. Akpınar E, Yoldaşcan E, Saatçı E. The smoking prevalence and the determinants of smoking behaviour among students in Cukurova University, Southern Turkey. *W Indian Med J* **2006**; vol. 55 no. 6:414-419.

116. Martinelli AM. An explanatory model of variables influencing health promotion behaviors in smoking and nonsmoking. *Public Health Nurs* **1999**; vol. 16 no.4:263-269.

117. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg* **2007**; Cilt : 21, Sayı : 5:211-220.

118. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2008**; 7(1):59-64.

119. World Health Organization. Hepatitis B immunization. Erişim: (http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www598.pdf) Erişim tarihi: 15.04.2010.

120. T.C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 04.06.1998 tarih ve 6856 sayılı genelge. Erişim: (http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/bh/belge/hep_b_yazi.pdf) Erişim tarihi: 03.05.2010.

121. Emniyet Genel Müdürlüğü. Emniyet Kemeri (Modül II)Kitabı. Erişim: (http://www.egm.gov.tr/teadb/modulzip/modulhtml/Emniyetkemeri.html) Erişim tarihi:16.04.2010 .

122. Baysoy NG. Üniversite öğrenimi sırasında öğrenclerin sağlık riskleri konusundaki bilgi, tutum, davranışlarındaki değişim. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2007.**

123. Türkiye İstatistik Kurumu. Haber Bülteni Motorlu kara taşıtları istatistikleri. Ocak/2010 Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6215) Erişim tarihi: 26.04.2010.

124. Türkiye İstatistik Kurumu. Rakamlar ne diyor ? 2009.
Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=4) Erişim tarihi: 26.04.2010.

125. World Health Organization. Passive smoking kills World No-Tobacco Day 2001.
Erişim: (http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2001/20010909_4) Erişim tarihi: 16.04.2010.

126. Centers for Disease Control and Prevention. Health risks in the Unıted States behavioral risk factor surveillance system.
Erişim: (http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2010/brfss2.pdf)
Erişim tarihi: 26.04.2010.

127. Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent reproductive health: About teen pregnancy. Erişim:
(http://www.cdc.gov/reproductivehealth/AdolescentReproHealth/AboutTP.htm)
Erişim tarihi: 22.04.2010.

128. World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015.
Erişim: (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf)
Erişim tarihi: 16.04.2010.

129. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases in the United States, 2008.
Erişim: (http://www.cdc.gov/std/stats08/trends.htm)Erişim tarihi: 26.04.2010.

EKLER

EK-1 : Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Çalışması

Bilgilendirme ve Onam Formu

Sayın katılımcı,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Sağlık Bilimleri'nde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirici davranışlarının belirlenmesi amacıyla bir anket çalışması yapılmaktadır.

Gönüllü olarak dolduracağınız veya doldurmak istemeyeceğiniz bu anket sonrasında eğitiminiz veya sınıfınızdaki durumunuz etkilenmeyecektir. Ankette ad, soyadı, adres gibi tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, cevaplarınız kesinlikle gizli kalacaktır.

Bu araştırmanın amacı sizi değerlendirmek veya sizden birtakım özel bilgilerinizi alarak kullanmak değildir. Bu çalışmaya katılarak üniversite öğrencilerine sunulacak sağlık eğitimi ve hizmet sunumunun geliştirilmesine katkıda bulunmuş olacaksınız. Ankette size çok özel gelebilecek sorular da olabilecektir. Bu sorulara dürüst olarak doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle tüm cevaplarınızın kesinlikle gizli kalacağını bir kez daha önemle hatırlatarak ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Araştırma görevlisi
Dr. Ali Bozhüyük

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI

1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz	1.Erkek 2. Kadın	
2. Doğum yılınız		
3. Doğum yeriniz		
4. Vücut ağırlığınız	kg	
5. Boy uzunluğunuz	cm	
6.Beden kitle indeksi (Tarafımızdan hesaplanacaktır)	-	
7. Fakültenizin ve bölümünüzün adı		
8.Okula başladığınızdan beri kaybettiğiniz yıl sayısı nedir?		
9-10. Annenizin ve babanızın mesleği	9.Annenizin mesleği:	
	10.Babanızın mesleği:	
11-12. Anne ve babanızın eğitim durumlarını işaretleyiniz.	**11. Anne:** **1.** Okur-yazar değil **2.** Okur-yazar **3.** İlkokul **4.** Lise **5.** Üniversite **6.** Yüksek lisans -Doktora	**12.Baba:** **1.** Okur-yazar değil **2.** Okur-yazar **3.** İlkokul **4.** Lise **5.** Üniversite **6.** Yüksek lisans –Doktora
13. Ailenizle birlikte mi kalıyorsunuz?	1. Evet 2. Hayır	
14. Ailenizin aylık veya yıllık geliri ortalama olarak nedir?		
15. Sizin aylık geliriniz nedir? (kredi, burs, ailenizden gelen harçlık, ek iş vb hepsi dahil)		
16. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır	
17. Varsa lütfen açıklayınız		
18. Ailenizde (anne, baba ve kardeşleriniz) sürekli ilaç kullanımını gerektirecek kronik bir hastalığı olan varsa, lütfen işaretleyiniz. (Birden fazla işaretlenebilir)	1. Kalp-damar hastalığı 2. Şeker hastalığı 3. Yüksek tansiyon 4. Şişmanlık - Obezite 5. Astım 6. Kronik akciğer hastalığı 7. Sara 8. Kemik erimesi - Osteoporoz 9. Çökkünlük - Depresyon 10. Eklem hastalığı	

	11. Böbrek hastalıkları 12. Karaciğer hastalıkları (Hepatit vb.) 13. Diğer: ……..
19. Sosyal güvenceniz var mı? (SSK, Yeşil kart, Emekli sandığı, Bağkur, Özel sağlık sigortası vs.)	1.Evet 2.Hayır
20. Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?	1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Zayıf
21.Rutin bir kontrol için en son doktora ne zaman gittiniz?(bir sakatlık, hastalık dışında) .	1. son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. son 3 yıl içinde 4. 4 yıl ya da daha fazla 5. hiç gitmedim
22.Herhangi bir nedenle diş hekimine veya diş kliniğine en son ne zaman gittiniz?	1. son 1 yıl içinde 2. son 2 yıl içinde 3. son 3 yıl içinde 4. 4 yıl ya da daha fazla 5. hiç gitmedim
23. Hepatit B (sarılık) aşınız tam mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum/Emin değilim
24. Sigara içme davranışınız	1.Hiç içmedim 2.Her gün içerim 3.Ara sıra içerim 4. Bıraktım

2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme,bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				
	Diğer davranışlar ve alışkanlıklar	**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım.				
2	Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım.(Motosiklet veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız.)				
3	Yavaş ve güvenli araç kullanırım.(Araç kullanmıyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)				
4	Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederim.				
5	Cinsel ilişki sırasında gebelikten koruyucu önlem alırım.(Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)				
6	Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlem alırım.(Cinsel ilişkide bulunmuyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)				

EK-2 : Etik Kurul Onay Formu

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
5		21.05.2009

KARAR No 6- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan yönetiminde, Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'in, Doç. Dr. Ersin Akpınar'ın, Araş. Gör. Dr. Yasemin Sabancıoğullarından'ın katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Ali Bozhöyük tarafından tıpta uzmanlık tez çalışması olarak yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi" başlıklı proje araştırma etiği yönünden değerlendirildi; toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. İlter Uzel
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Yurdanur Kılınç
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Ayhan Usal
Etik Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Mete Korkut Gülmen
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Prof. Dr. Neslihan Seyrek
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Süreyya Soyupak
Etik Kurulu Üyesi

Doç. Dr. Mehmet Kanadaşı
Etik Kurulu Üyesi

Yar. Doç. Dr. Emre Karakoç
Etik Kurulu Üyesi

Ar. Gör. Dr. Evren Tümkaya
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Başhemşire Nuriye Kabukçu
Etik Kurulu Üyesi

Toplantıya Katılmadı
Öğrenci Temsilcisi Veysel Avcı
Etik Kurulu Üyesi

01330 Balcalı-ADANA Telefon: 0-322 338 60 60/3465 Fax: 0-322 338 65 72

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Ali BOZHÜYÜK
Doğum Tarih ve Yeri	: 1978, İskenderun
Medeni Durumu	: Evli
Adres	: Mahfesığmaz Mah. 79019 Sk. Aslı Apt. No: 6 Kat:7 Daire:19 Çukurova/ Adana
Telefon	: 0322-2346494 / 05054531772
E. posta	: abozhuyuk@cu.edu.tr
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mezuniyet Derecesi	:
Görev Yerleri	: 2003–2007 Nevşehir-Kozaklı Merkez Sağlık Ocağı 2007-2007 Hatay 1. Nolu ASH 2007-2010 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği A.D
Dernek Üyelikleri	: Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Mezunlar Derneği
Yabancı Dil	: İngilizce