



MEDİPOL
UNV İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

CEVRIYE DERİN KUŞDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal

İSTANBUL-2015

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresince çalışmalarına rehberlik eden, bilgi ve deneyimleri ile sonuca ulaşmamda sonsuz destek sağlayan, danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal'a,

Çalışmamı destekleyen ve her koşulda yardımcı olan; Diş Hekimliği Fakültesi, Tıp Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Sağlık Yönetimi ve Hemşirelik bölümlerindeki öğretim görevlilerine,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm öğrencilere,

Yüksek lisans ve tez çalışmam boyunca maddi ve manevi yardımlarını benden esirgemeyen, sevgili eşim Mahmut Kuşdemir'e sonsuz teşekkürler sunuyorum.

Saygılarımla
Derin Kuşdemir

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1 Sağlık Kavramı.....	8
2.2 Sağlığı Koruma.....	10
2.2.1 Birincil Koruma.....	10
2.2.2 İkincil Koruma.....	10
2.2.3 Üçüncül Koruma.....	11
2.3 Sağlığın Geliştirilmesi.....	11
2.3.1 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	13
2.3.2 Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi.....	16
2.3.3 Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler.....	18
2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	19
2.4.1 Sağlık Sorumluluğu.....	21
2.4.2 Fiziksel Aktivite.....	22
2.4.3 Beslenme.....	24
2.4.4 Manevi Gelişim.....	27
2.4.5 Kişilerarası İlişkiler.....	29
2.4.6 Stres Yönetimi.....	30
2.5 Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	31

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1 Araştırmanın Tipi.....	33
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.4 Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.5 Veri Toplama Araçları.....	35
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.7 Etik Kurul Onayı.....	37
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
4.2 Katılımcıların Sağlık Sorumluluğu Davranışlarına Yönelik Bulgular	41
4.3 Katılımcıların Fiziksel Aktivite Davranışlarına Davranışlarına Yönelik Bulgular	43
4.4 Katılımcıların Beslenme Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	45
4.5 Katılımcıların Manevi Gelişim Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	47
4.6 Katılımcıların Kişilerarası İlişki Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	48
4.7 Katılımcıların Stres Yönetim Davranışlarına Yönelik Bulgular.....	50
4.8 Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Alt Boyutlarının Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	51
5. TARTIŞMA.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
7. KAYNAKLAR.....	90
8. ÖZGEÇMİŞ.....	100
9. EKLER.....	101
Ek 1: Soyso-Demografik Veri Formu.....	102
Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	103
Ek 3: Etik Kurul Formu.....	105

TABLolar DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

1. İstanbul Medipol Üniversitesi 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılı Fakülte ve Sınıf Dağılımları	34
2. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
3. Katılımcıların Sağlık Sorumluluğu Davranışlarına Yönelik Betimsel İstatistikler	41
4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Davranışlarına Yönelik Betimsel İstatistikler	43
5. Katılımcıların Beslenme Davranışlarına Yönelik Betimsel İstatistikler	45
6. Katılımcıların Manevi Gelişim Davranışlarına Yönelik Betimsel İstatistikler	47
7. Katılımcıların Kişilerarası İlişki Davranışlarına Yönelik Betimsel İstatistikler	48
8. Katılımcıların Stres Yönetimi Davranışlarına yönelik Betimsel İstatistikler	50
9. Katılımcı Görüşlerin Tıp Fakültesi 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	51
10. Katılımcı Görüşlerin Diş Hekimliği Fakültesi 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	52
11. Katılımcı Görüşlerin Eczacılık Fakültesi 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	53
12. Katılımcı Görüşlerin Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması.....	54
13. Katılımcı Görüşlerin Hemşirelik Bölümü 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	55
14. Katılımcı Görüşlerin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması.....	56

15. Katılımcı Görüşlerin Sağlık Yönetimi Bölümü 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması.....	57
16. Katılımcı Görüşlerin Hukuk Fakültesi 1. ve 4. Sınıflarına Göre Karşılaştırılması	58
17. Katılımcı Görüşlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	59
18. Katılımcı Görüşlerin Aile Tipine Göre Karşılaştırılması.....	60
19. Katılımcı Görüşlerin Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	61
20. Katılımcı Görüşlerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	62
21. Katılımcı Görüşlerin Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	63
22. Katılımcı Görüşlerin Kaldıkları Yerlere Göre Karşılaştırılması.....	64
23. Öğrencilerin SYBD II Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	65

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa</u>
1. Sağlığı Koruma Düzeyleri.....	11
2. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	15
3. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi.....	16
4. Maslow'un Gereksinim Kuramı.....	28

TANIMLAR VE KISALTMALAR

Araştırmada kullanılan tanımlar ve kısaltmalar aşağıda sıralanmıştır.

SYBD II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SGM: Sağlığı Geliştirme Programı

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Healthy Lifestyle Behaviors of University Students

Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminin 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılı'nda İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık ve Haliç yerleşkelerinde öğrenim gören toplam 370 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma; Haliç yerleşkesinde bulunan "Tıp Fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi" ile Kavacık yerleşkesinde bulunan Sağlık Bilimleri Fakültesine ait olan "Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik" bölümleri ile "Eczacılık ve Hukuk Fakültesi" 1. ve 4. sınıf üniversite öğrencilerinin gönüllü katılımlarıyla sağlanmıştır.

Araştırmada veriler Sosyo-Demografik Form ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada, iki grup içeren değişkenler ve bağımsız örneklem için t testi (independent samples t test) ve ikiden fazla grup içeren değişkenler için tek faktörlü varyans analizi (one way ANOVA) uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre ölçekten alınabilecek maksimum puan 208 iken, öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının 131.65 ± 25.58 olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda SYBD II ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın ise fiziksel aktivite boyutlarına ait olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi gelmektedir.

Sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Buna göre

kadınların sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ve stres yönetimi davranışları ortalaması erkeklerden daha yüksek iken fiziksel aktivite davranışları ortalaması erkeklerden daha düşüktür.

Sağlık Bilimleri Fakültesi; Fizik Tedavi, Beslenme ve Diyetetik ile Sağlık Yönetimi bölümlerinde sınıflar arttıkça kendi alanları ile ilgili sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları değişmektedir. Üniversitede verilen eğitimin, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği kanaatindeyiz.

Üniversite öğrencilerin sağlıklarını geliştirmek ve korumak için, sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalı, öğrencilerin sağlık konusunda eksik kaldıkları konular saptanmalı, verilen sağlık eğitiminin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, bilimsel çalışmalarla belirlenmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Üniversite Öğrencileri, Sağlık Davranışı, Sağlığı Geliştirme

ABSTRACT

This study is carried out as a descriptive study to determine the Health Promotion Behavior of Medipol University students. The sample of study consist of 370 students who enrolled in vocational courses during the spring semester at 1st and 4th classes of Faculty of Medicine and Faculty of Dentistry in Haliç Campus and Faculty of Health Sciences; department of Nursing, department of Physical Therapy and Rehabilitation, department of Health Management, department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Law and Faculty of Pharmacy in Kavacik Campus. The students were informed by researcher voluntarily participated and completely filled the Healty Life Style Behavior Scale II.

Data was collected by Demographical Characterics Form and Healty Life Style Behavior Scale II. Independent T-test and One Way Anova were used for statistical analysis.

According to results of our study, that can have maximum 208 point from scale, the average scores of the students were found 131.65 ± 25.58 . Among the health promoting behaviours, the highest mean of areas was related to spiritual growth and the lowest mean score was related to physical activity. And then personnel inter-relationship, health responsibility, nutrition and management stress have the higher scores consequently.

The mean values of health responsibility, physical activity, nutrition, personnel inter-relationship and management stress behaviours showed statistically significant difference according to the gender. Women's promoting behaviours of health responsibility, nutrition, personnel inter-relationship and stress management have higher mean values than the men have, but mean value of physical activity is lower than the men' s values.

In the Physical Therapy and Rehabilitation, Nutrition and Dietetics and Health Management departments of Health Sciences Faculty, the higher the class of the students, the higher the value of health promoting behaviours scale.

It can be concluded that the education given in the university positively affect the student's health promoting behaviours.

For promoting and protecting the health of university students, educational programs about health will be set and the points about health that the students are lack of needs to be determined. The change of health behaviours after education given about health, is need to be studied if it positively affect the student's life and according to the results, and any rehabilitation will be done if it is needed.

Key Words:Health Promoting Behaviours, Healthy Behaviour, University Students

BÖLÜM I

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üniversite yaşamı bireylerin yaşamında önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Üniversite eğitimi mesleki eğitimin yanı sıra kişilik gelişiminde, bireysel yaşamda ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir; çünkü öğrencinin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir. Toplumların sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür (1,2).

Dünya Sağlık örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine geliştirilmiştir (3). DSÖ, ölümlerin, gelişmiş ülkelerde % 70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50'sinin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığını ileri sürmektedir. Bu durum sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (4).

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, bireyi merkeze alan sağlık bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayışın, bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanma, bedenine sahip çıkma ve kendi sağlığına ilişkin doğru kararlar almayı sağlamaya temellendirildiği bilinmektedir (5,6).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (7).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireyin sağlık sorumluluğunu alma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını içermektedir (8).

Sağlık bakım gereksinimlerindeki değişiklikler; sağlığa karşı halkın tutumundaki değişimler ve sağlık harcamalarındaki artışlar sağlık bakımının değişik bir bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır. Bu nedenle hastalıklardan korunma ve herkese sağlanabilecek bir sağlık bakımının geliştirilmesi giderek önem kazanmaktadır.

Herkes için sağlık;

- Herkesin sağlık bakım yeteneğini arttıracak ve var olan gizli güçlerini geliştirebilecek sistemlerin oluşturulmasını,
- Doyurucu bir yaşam sürmek için insanların sağlık bilincinin güçlendirilmesini,
- Sağlık konusundaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesini gerektirmektedir (9,13).

Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmelerin ve kentleşmenin insan yaşamına olumlu yöndeki getirilerinin yanı sıra olumsuz yönde de getirileri olduğu gözlenmektedir. Bu gelişmelerin, bireylerin yaşamını kolaylaştırması, üretkenliğini ve performansını olumlu yönde etkilemesine karşın, toplumsal ilişkiler, sosyokültürel yapı, yoğun iş temposu ve maddi yetersizliklere ilişkin güçlüklerin, stres düzeyini yükselttiği üzerinde durulmaktadır. Geçmişte kitlesel ölümlere infeksiyon hastalıkları neden gösterilirken, günümüzde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile direkt ilişkili hipertansiyon, obesite, Tip-II diyabet, koroner kalp hastalıklarının yaşamın yitirilme nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir (14). Bu durumda, hastalıkların tedavisi için yeterli çaba göstermenin yanı sıra daha da önemli olan sağlığın korunması ve geliştirilmesinde odaklandığı ve önceliğin korunmada olduğu vurgulanmaktadır.

Burada da bedenini ve sağlığını önemseme, değişimlere duyarlılık, erken dönemde sağlık arayışına girmek üzere danışmanlık alma önem kazanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede istedik davranışları kazanmalarını ve sürdürmelerini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi, yaşam tarzında olumlu değişikliklerin kazandırılması, bu gelişimi gerçekleştirmede de bireysel sorumluluk ve kendi bedenlerine sahip çıkma bilincinin yerleştirilmesi beklenmektedir. Toplumların sağlık düzeylerinin, gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edildiği savunulmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir (15).

Sağlık çalışanlarının, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimiyle hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olduğu bir gerçektir. Hasta ve sağlıklı bireylerle sürekli etkileşim içinde olduğu bilinen hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazanılmasında sorumluluk ve yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenmektedir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını ve risk faktörlerini belirleme, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sayılabilir. Hemşirenin korumaya ilişkin etkinlikleri, öncelikle sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, kendi sağlıkları kadar bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli yöntemleri öğrenmelerinin yararlı olacağı vurgulanmaktadır (14).

Sağlıklarını korumanın öneminin gündemde olması ile değerinin farkındalığı özellikle hemşirelerin, sağlık eğitimi yapma, bireyleri pozitif sağlık arayışına motive etme şansına sahip olduklarının göstergesi olarak kabul edilmektedir.

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Kavramı

Sağlık, yalnızca hastalığın var olmayışı olarak değil, bireysel sorumluluk ve yaşam kalitesini de kapsayıcı, geniş bir açıdan tanımlanmaktadır. Sağlık, korunma, öz bakım, optimal iyilik hali, sağlık davranışı gibi pek çok yeni kavrama odaklanmaktadır. Günlük yaşamın bir bölümü kapsamında kullanılan sağlık için evrensel bir tanım yapmanın oldukça güç olduğu belirtilmektedir. Fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da grubun, istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre koşulları ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyi sağlık kapsamında ele alınmaktadır. Bu nedenle, sağlığın yaşamın bir amacı olmasının yanı sıra günlük yaşamın da önemli bir ögesi olduğu bilinmektedir (16,17).

Zaman içinde bilgi, kuramlar, inançlar ve kültürlere bağlı olarak sağlık kavramının değişebileceği, toplumların sosyal değerleri, inançları, alışkanlıklarına bağlı olarak değişen sağlık kavramının, sosyal bir olgu olduğu ifade edilmektedir. Zamanla sağlığın bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi daha iyi anlaşılmaya başlanmış, sağlık ve hastalık durumları farklı kavramlar olarak irdelenmiştir. Yirminci yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir (18,19,20).

İlk defa Hipokrat, etkileşim kuramı ile akıl ile beden birbiri etkilediğini savunmuştur. 1926 yılında Afrikalı Dr. Christian Smits, sağlığa “Holistik (Bütüncül)” yaklaşımı getirerek bireyin, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütün olduğunu belirtmiştir (21). Günümüz bireyi merkeze alan “bütüncül sağlık” modelinde, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her bireyin birbirinden farklı

olarak ailesi, çevresi ve toplumla bütünleştiği, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülmemeyeceği vurgulanmaktadır (17).

1974 yılında WHO'nun sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Hemşire kuramcılar sağlığı farklı boyutları ile ele almışlardır. Nightingale'in kavramsal modeli, hemşirelik kavramı ile kişi, çevre ve sağlık arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu modelin gelişiminde pek çok faktörün etkili olduğu, bireysel, toplumsal ve mesleki değerlerin, modelin gelişiminde birleştirici olduğu üzerinde durulmuştur. Florence Nightingale, sağlığı iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini olabildiğince en üst düzeyde kullanılması olarak tanımlanmıştır (17,18).

Sağlık; fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden bir bütündür ve birçok faktörün etkisi altındadır. İnsanın sağlığını etkileyen başlıca faktörler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Kalıtım, insanın ailesinden kendisine geçen, doğuştan var olan nitelikleridir ve insan kalıtım örüntüsünü değiştiremez, fakat uygun bir çevre ile kalıtsal yetenekleri geliştirebilir. Bu çevresel faktörlerin başında; beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olanakların durumları gelir. Çevresel etmenler bireyin yaşamını yönlendirir, bu etmenlerin herhangi birinin yetersizliği bireyin, dolayısıyla toplumun sağlık durumu üzerine olumsuz etki yapar (22).

Kişinin iyi olma durumu; aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması ile açıklanır. Sağlık kavramını tam olarak anlayabilmek için “objektif ve subjektif sağlık” olarak ikiye ayırmak gereklidir. Subjektif olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir. Objektif sağlık algılayışı ise; hekim muayenesi ve tanı testleri ile belirlenen hastalıkların olmamasıdır.

Bu tanımlar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir.

Son yıllarda hastalıkları önleyen ve sağlığı geliştiren faaliyetler, farklı sağlık sınırları olan “Negatif, Nötral ve Pozitif Sağlık” kavramlarıyla açıklanmaktadır. Negatif sağlık; tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu ifade eder. Nötral sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı sürdürmede ve hastalıkları önlemede amaç, nötral sağlık durumunu korumaktır. Pozitif sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir (23).

2.2 Sağlığı Koruma

Koruma, kelime olarak “sakınma ve himaye altına alma” anlamlarına gelmektedir (24). Bu anlamdan yola çıkarak, “Sağlığı Koruma”nın sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma ve bu davranışları önleme olarak tanımlandığı görülmektedir (25). Leavel ve Clark (1965), sağlığı koruma düzeylerini; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç sınıfa ayırmıştır (26,27,28,29).

2.2.1 Birincil Koruma: Sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaları ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin, toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirmeleri, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmalarına yönelik aktiviteleri içerir. Bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önleme, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar birincil koruma kapsamına girer.

2.2.2 İkincil Koruma: Bireylerin, ailelerin, toplumun en üst sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlar ve hastalıkların presemptomatik evrede yapılan kontrollerde ve taramalarda erken tanı ve tedavisini içerir. İkincil koruma hastalıkların erken tanınmasını sağlayan tarama aktivitelerini kapsar ve hastalıkların kronikleşmesini engeller.

2.2.3 Üçüncül Koruma: Bireyleri hastalıkların tekrarından, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan korumaya yönelik hizmetleri kapsar. Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumunda olan bireylerin, bu engellerini yenerek kendilerini yeterli ve üretken duruma getirmelerini, ayrıca toplumsal uyumlarını geliştirmelerini sağlar. Üçüncül koruma, rehabilitasyona odaklanır ve bireylerin yetersizlikleri içinde en üst seviyede fonksiyon görmelerini sağlar. Şekil 1’de sağlığı koruma düzeylerinde bulunan uygulamalara örnekler verilmiştir.

Birincil Koruma	Su sanitasyonu, Çevre düzenlemesi, Yeterli ve dengeli beslenme, Aile planlaması hizmetlerini kullanma, Egzersiz yapma, Sigara ve alkol kullanmama, Güvenli seks yapma.
İkincil Koruma	Pap-Smear testi yaptıрма, Düzenli kan basıncı, kolesterol ve glikoz ölçümü, Mamografi yaptıрма, Sağlık danışmanlığı alma.
Üçüncül Koruma	İlaç tedavisine başlama, Kemoterapi alma, Cerrahi girişimler, Rehabilitasyon, Psikolojik terapi alma.

Şekil 1. Sağlığı Koruma Düzeyleri

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 (30).

Sağlığı geliştirmesi ile ilgili bir başka tanım, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirebilmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, sağlık politikaları ve destekleyici çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (31).

Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (32).

Sağlığı geliştirme girişimleri ile hastalıkların azalması, yaşamın uzaması, yaşam kalitesinin artması sağlanır ve sonuçta “sağlıklı bir toplum” oluşmasına katkıda bulunulur. Sürecin ara çıktıları ise kısa erimde sağlığa ilişkin risk etmenlerinin azaltılması, orta erimde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, yaşam biçimlerinin düzenlenmesi, sağlıklı çevre değişikliklerinin sağlanmasıdır. Sağlığı geliştirme kapsamında belirlenen girişim alanları arasında eğitim, yönetim, yasal ve yapısal düzenlemeler bulunur (33).

Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi her zaman öncelikli olmuştur. Bu amaca ulaşabilmek ve gerekli etkiyi sağlamak için sağlık bakımıyla ilgili çeşitli düzenlemeler denenmiştir. Başlangıçta, sağlık bakım modelleri sağlığı iyileştirmek üzerine odaklanmışken, sonraki dönemlerde hastalıklardan korunmaya ve sağlığın geliştirilmesine daha çok ilgi gösterilmiştir (34). Green ve Kreuter (1991) sağlığın geliştirilmesini; birey, grup ve toplumların davranışları için çevresel, ekonomik ve örgütsel destekler ve sağlık eğitimi kombinasyonu olarak tanımlamışlardır (35). Özvarış (2006) sağlığı geliştirmeyi, 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 tanımlamıştır (36).

17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında Kanada'nın Ottawa Kentinde düzenlenen, Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (1986) sonucu yayınlanan "Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı"nda sağlığı geliştirme eyleminin birinci amacı sağlığı destekleyerek, politik, ekonomik, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığa yararlı kılınması olarak belirlenmiştir. İkinci amaç ise var olan sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermek ve tüm insanlara eşit olanaklar ve kaynaklar sağlamaktır. Ottawa Şartı'nda yer alan bir diğer amaç sağlığın geliştirilebilmesi için hükümetlerle, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörleri, hükümet dışı organizasyonları, gönüllü organizasyonları, yerel yönetimleri, medyayı ortak bir payda da uzlaştırmaktır (37).

DSÖ'nün 2002 yılı raporuna göre dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık yarısından 20 risk etmeni sorumludur. Bu risk etmenlerinden 10'u dünyada her yıl oluşan ölümlerin üçte birinin nedenidir (38).

DSÖ'nün belirttiğine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır (39).

2.3.1 Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Günümüz sağlık anlayışı, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Birçok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az %50'sinin bireylerin sağlıksız yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (40,41). Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir (42).

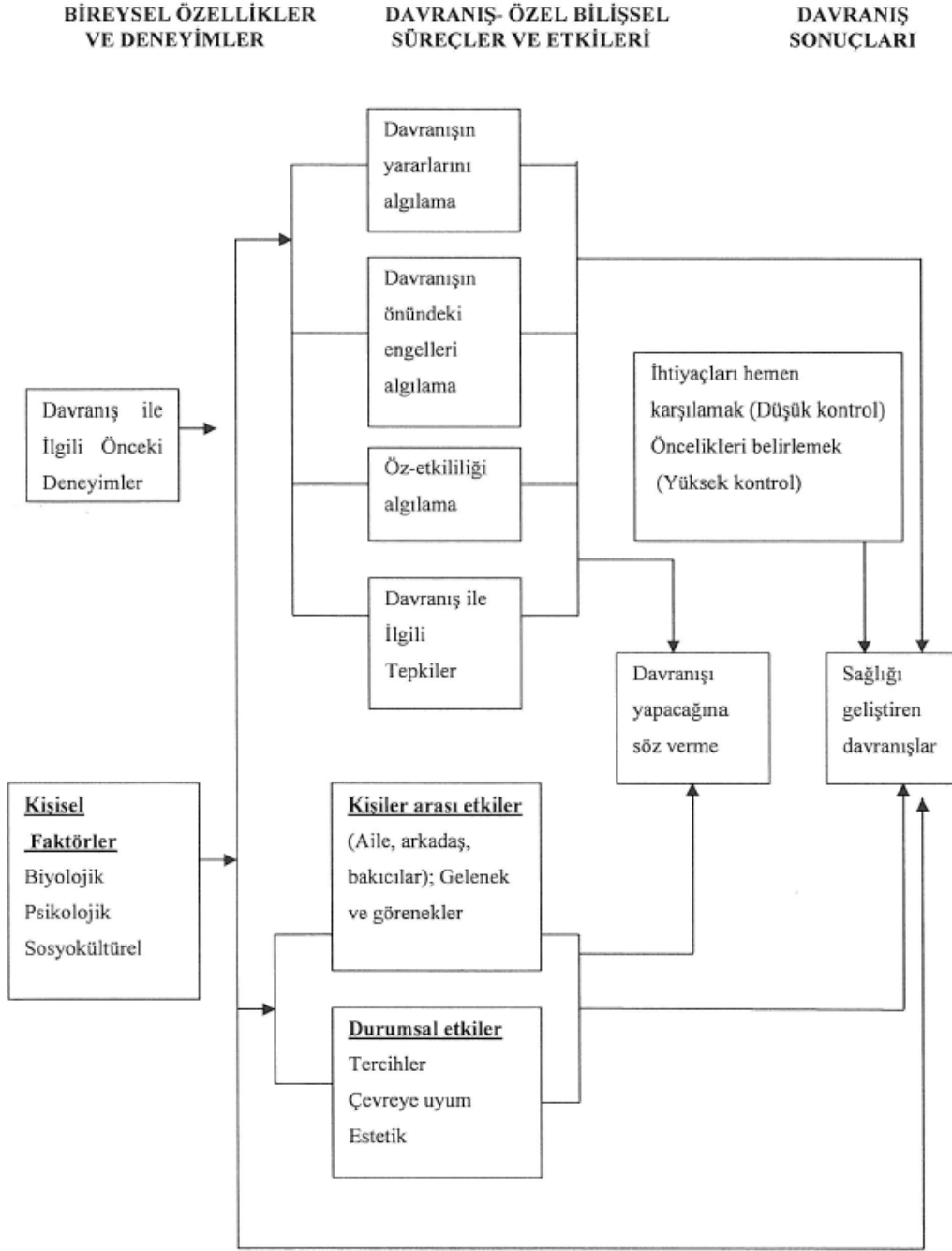
Pender tarafından (1982-1984) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser (43).

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 (43, 44).

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 (45) .

Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir. Bireyin sağlık aktivitelerinde aktif olarak rol almasının gerekliliği üzerinde duran bu model aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiştir (43).

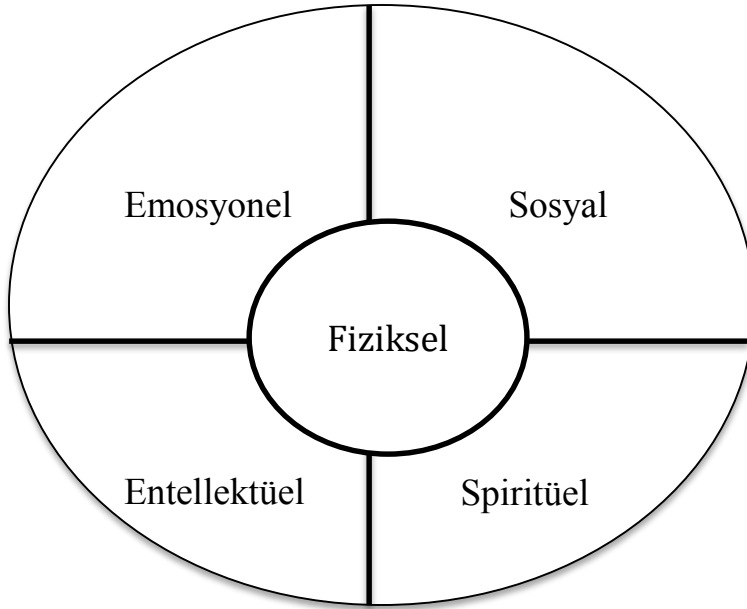
Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli



Şekil 2: Sağlığı Geliştirme Modeli (46)

2.3.2 Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili bir başka tanım, “İnsanların, öz tutkuları 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” şeklinde dir (47,48).



şekil 3: Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi (47)

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

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 bildirme yayınlanmıştır (49,50).

- 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır.
- 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi'nde hasta hakları üzerinde durulmuştur.
- 1986 yılında Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin 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 Ottawa’da yapılan Birinci Sağlık 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 (48).

Sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin beş ilkesi vardır (51):

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.

2.3.3 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 faktörden etkilendiğini ortaya koymaktadır (52,53). Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; “Pender’in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğu”, özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (54).

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 (25,55). Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (25).

Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (56).

2.4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranış olarak tanımlanmaktadır (57).

Koal ve Cobb'a göre, sağlık davranışı; kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade edilmektedir. Gochman (1988) ise sağlık davranışını, sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Gochman ayrıca, sağlık davranışlarının, bireyin inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını, bireysel tavırlarını, duygusal, psikolojik özelliklerini ve alışkanlıklarını da kapsadığını belirtmiştir (58).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki grup altında incelenmektedir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli çabalarını ifade eder. Yeterli dengeli beslenmek, düzenli uyumak, spor yapmak, yılda en az bir kez sağlık kontrolünden geçmek ve diğer bireylerle olumlu iletişim kurmak olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak verilebilir (59).

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi, davranış biçimlerini değiştirmek için kullanmaları gerekir. Aksi halde, bireyler olumsuz sağlık davranışı gösterebilirler. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için risk oluşturan eylemlerde

bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara içme, alkol kullanma, düzensiz yemek yeme verilebilir (28).

Yaşam biçimi, bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin olup olmaması ve sosyal aktivitelerin varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (60,61,62).

Yaşam biçiminin, yaşam kalitesi ve süresi üzerinde önemli bir etkisi vardır. DSÖ'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan, önlenbilir hastalıklardır (63). Günümüzde ölüm nedenleri arasında ilk sırayı kronik hastalıklara bağlı ölümlerin aldığı görülmektedir. Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, halen ölümler çok fazla olmaktadır. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kalp-damar hastalıklarının önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir. Sigara içimi ile ilgili davranış değişikliği ile akciğer kanserinden ölme riski azalmaktadır. Diyet, kanser ölümlerinin %35'inden sorumlu bir faktördür (64,65). Her yıl yaklaşık 12 milyon insan cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmakta ve bu hastalıkları %80'i ise 15 ile 29 yaş arasındaki kişilerde görülmektedir (64). Bu veriler göz önüne alındığında, yaşam kalitesinin ve süresinin kontrolü büyük ölçüde gençlik döneminde seçilen yaşam biçimine bağlıdır.

İnsanları hastalanmaktan korumak için düzenli beslenme, düzenli egzersiz, sigara ve alkol tüketmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde en az 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir (39,66). Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, toplumlarda önce hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, daha sonra da hastalıktan korunma yolları arandığı görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca

sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamalar “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) olarak adlandırılmaktadır (67).

Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olarak belirtmiştir. Pender’e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimini içermektedir (68).

2.4.1 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 (69).

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını gösteren bir belirleyicidir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar (70).

Sağlık sorumluluğu arttıkça kişinin kendisini daha sağlıklı hissetmesi nedeniyle yaşam tarzında ve beslenme biçiminde sağlıklı gelişmeler olmaktadır. Sağlık sorumluluğunun düşük olduğu durumlarda hastalıkların ortaya çıkması ve buna bağlı olarak diyet kısıtlaması ya da beslenme bozukluklarının görülmesi beklenebilir (71).

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 (69).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime ya da sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili konuları tartışması,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir (72,73).

2.4.2 Fiziksel Aktivite

Doğadaki pek çok canlı, sadece yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek için çaba gösterir, ancak insanoğlu yaşamsal faaliyetlerin yanı sıra istediği standartlarda yaşama çabasını da göstermektedir. Kalitesi artmış bir yaşam, uygun zaman dilimleri ile üretmeyi, dinlenmeyi, eğlenmeyi, temel gereksinimlere göre ayarlanmış sağlıklı bir yaşamı tanımlar. Sağlık, kaliteli yaşamın olmazsa olmaz koşulu olarak kabul edildiğine göre, teknolojik gelişmelerle günlük aktivite yoğunluğunu azaltmak her ne kadar yaşamı kolaylaştırırsa da uzun vadede inaktif bireylerin sayısını arttırmakta ve sağlığı olumsuz etkilemektedir (74).

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin arttırılması olarak tanımlanır (75,76).

Fiziksel aktivite, vücutta enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasının en önemli belirleyicilerindendir. Her yıl yaklaşık 3.2 milyon ölüm yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, dünyada meydana gelen ölümlerde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır (77).

Yapılan çalışmalar, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerde ölüm riskinin, haftanın çoğu günü en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel egzersiz yapanlara göre %20-30 daha fazla olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda yeterli düzeyde fiziksel aktivitenin olması halinde meme, kalın bağırsak, akciğer, prostat ve rahim kanserleri olmak üzere yılda 165.000 ile 330.000 arasında kanserin önlenebileceğini belirtmektedir (77,78).

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 Lan 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 ulaşanların, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ettikleri düşünülmüştür. Batı tarihçileri, egzersiz ve tıp arasındaki ilişkinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden beri süregeldiği konusunda fikir birliği içerisindedirler (79).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkin olmayacağı bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, sağlığın daha da geliştirilmesine katkı sağlar. Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumlardaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur. Ayrıca hızlı ve çarpık kentleşmenin getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemlerle birlikte psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler de ortaya çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (76).

Fiziksel aktivitenin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sŸrdŸrmek ve geliştirmek için birçok olumlu etkisi vardır. Bu etkiler;

- Kas kuvvetini, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır,
- Lokomotor sistemin hastalıklarını önler ve tedavi eder,
- VŸcut yağ oranını azaltarak, kilo kontrolŸne yardımcı olur,
- Kan basıncını dŸřŸrŸr,
- İnsŸlin hassasiyetini artırır ve kan şekerini dŸřŸrŸr,
- Serum LDL kolesterol dŸzeyini dŸřŸrŸr,
- Serum HDL kolesterol dŸzeyini artırır,
- Bazı kanser tŸrlerinin nlenmesine yardım eder,
- Stresi azaltır,
- KardiyovaskŸler işlev durumunu ve performansı iyileştirir,
- Osteoporozu nler,
- Hareketsiz yaşayan bireylere göre yaşam kalitesini artırır (75,80,81,82).

2.4.3 Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak bŸyŸmesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ŸrŸnlerin vŸcut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. VŸcut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır. Ailenin içinde bulunduğu vreten, sosyo-ekonomik ve kŸltŸrel yapıdan etkilenir. Yeterli ve dengeli beslenme sŸreci ile vŸcut ısısı dŸzenlenir, bŸyŸme, onarım ve yenilenme sağlanır, hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kemikler, vŸcut sıvıları ve hŸcreler için gerekli mineraller sağlanır ve uygun sıvı dengesi korunur. VŸcudun bŸyŸmesi, hŸcrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sŸrdŸrmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vŸcut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden

olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (70).

Vücuttaki fonksiyonların harekete geçmesi için gerekli olan enerji besin maddelerinden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler; su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller olmak üzere altı temel besin öğesinden oluşur. Su, yaşamı oluşturan ve devam ettiren ana besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise besinlerdeki karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden karşılanır. Vitamin ve mineraller ise vücut içindeki biyokimyasal olaylarda kilit rol oynar (80).

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 (80).

Dünya sağlık örgütünün beslenme, egzersiz ve sağlık üzerine stratejisi kanser, diyabet, kalp damar hastalıkları gibi sık görülen hastalıklar üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu strateji hayvansal yağ, trans yağ asitleri, tuz ve basit şeker alımını sınırlamak ve fiziksel aktiviteyi ve meyve sebze tüketimini arttırmayı vurgulamaktadır (34).

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere ihtiyacı vardır. Yaşam boyu geçilen bebeklik, çocukluk, ergenlik, gebelik, emzirme, menopoz, iyileşme gibi dönemler ve yapılan işlere uygun olarak her besin grubundan tüketilmesi gereken miktarlar değişebilir. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir. Yenilenen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması ya da bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki vardır. Sağlıksız beslenme sonucunda osteoporoz, kanser, kardiyovasküler hastalıklar yaygın olarak görülmektedir. Günümüzde yaşam koşullarının oluşturduğu “fast food” türü beslenme

biçimi alışkanlık haline dönüşmüştür. Bu durum özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve şişmanlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (83).

Sağlıklı Beslenmede;

- Öğün atlanmaması,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün tüketimi,
- Yiyeceklerin yavaş yenilmesi, iyi çiğnenmesi,
- Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi,
- Günlük şeker tüketiminin azaltılması,
- Günlük tuz tüketiminin azaltılması,
- Posalı yiyecek tüketiminin artırılması,
- Hergün düzenli olarak kahvaltı edilmesi önerilmektedir (84).

Günümüzde beslenme ile ilgili sorunların başında, modern yaşamda günlük enerji tüketiminin azalmasına rağmen rafine gıdalardan alınan enerjinin artması sonucunda oluşan şişmanlık gelmektedir (83).

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 artırır. 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 indeksi (BKİ) pratik bir yöntem olarak kullanılmaktadır (85).

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 (86).

2.4.4 Manevi Gelişim

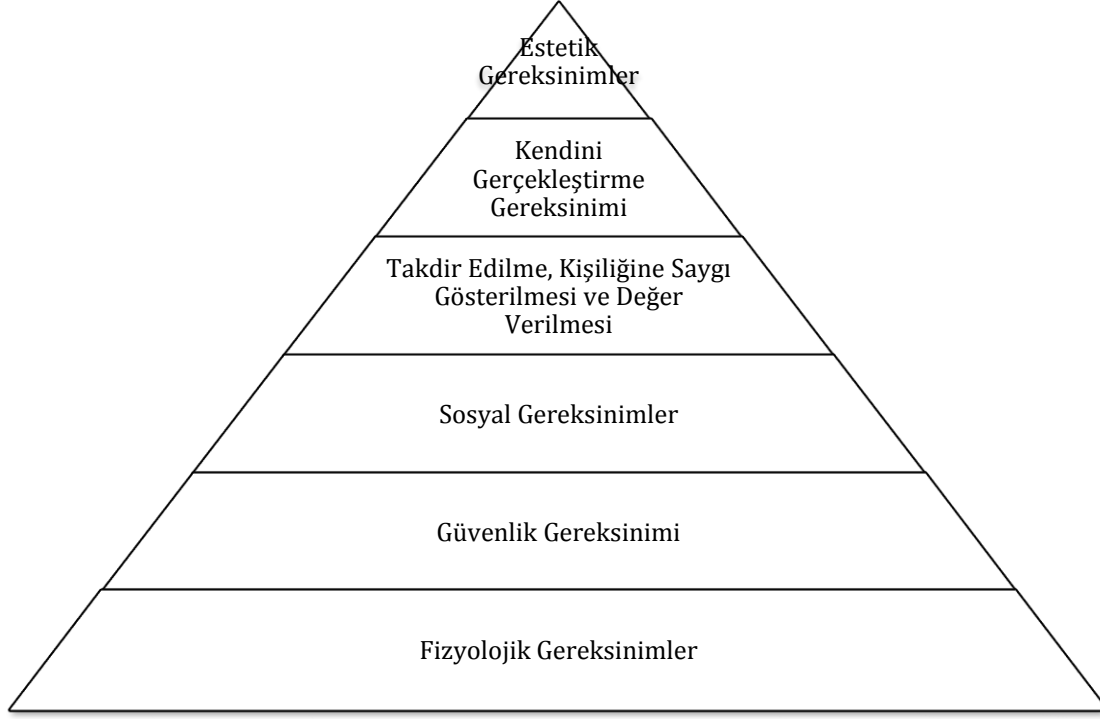
Manevi gelişim, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak tanımlanmıştır. Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesinde güçtür. Başka bir ifade ile hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun tinsel alanıdır (69).

Sağlık, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavramdır. Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü ruhsal durum ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuştur. Araştırmalarda, kişinin ruhsal inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkilediği gösterilmiştir. Kişinin bedenine bakması, bedensel anlamın yanında manevi yanının da olması kendini gerçekleştirme düzeyinin artmasını ve sonuç olarak da sağlığın geliştirilmesini destekler.

Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir. Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer. İnsan davranışlarına yön veren ana güdü, insanın kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Bu nedenle manevi gelişim ve beraberinde getirdiği kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında oldukça önemlidir (80,87).

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Maslow’a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle

odaklanarak ve özümseyerek yaşam dolu ve coşku ile yaşamasıdır (88). Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimi şekil 4’de gösterilmiştir:



Şekil 4: Maslow’un Gereksinim Kuramı (89).

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psikososyal gereksinimleri ortaya çıkar. Maslow’a göre gerçekçi olma, kendini gerçekleştirme, başkalarını ve doğayı kabul etme, problemlerin çözümüne dönük olma, otonomi sahibi olma, insanlara karşı sempati, acıma duygularını geliştirme, demokratik karakter yapısına sahip olma, amacı araçtan ayırma, filozofik gülmece duygusu geliştirme, yaratıcı olma, özel ve yalnız yaşamdan zevk alma, günlük yaşamında yenilikler bulabilme, içinden geldiği gibi davranma niteliklerine sahip olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda sağlıklı bireylerdir (89).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendilerini güçlü ve zayıf yönlerini bilir, planlı ve programlı bir şekilde belli bir amaca ve hedefe yönelik bir yaşam sürerler, başarılarının farkındadırlar. Bireyin kendinden memnun olması, kendini değerli hissetmesi de onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir. Sağlık personelinin de öncelikle kendilerini, kendini gerçekleştirme konusunda geliştirmeleri ve sonrasında hizmet ettikleri bireyleri kendini gerçekleştirme konusunda desteklemeleri gerekmektedir.

2.4.5 Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır (90).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi/kişiler koşulsuz bir yaklaşımla, güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi/kişiler problemin çözümüne, altta yatan temel gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi artar (90).

İnsanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yolu iletişim olarak ifade edilir. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli rol oynar.

- Algılama (Bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)
- Değerler (Değer sisteminde yaş, cins, inanışlar rol oynar)
- Kültür (Bireyin dünya görüşü, örf)
- Duygular (Öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları)
- Sosyal konum

Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan birisi aktif dinlemedir. Aktif dinleme bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma, sorunlarını belirleme ve çözüm bulmada önemlidir. Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş eder ve üretkenliği ve yaşam kalitesi de artar (80,91).

Kişilerarası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Chen, kişilerarası 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, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir (92). Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu verimli olmada “kişilerarası ilişkiler” büyük rol oynamaktadır.

2.4.6 Stres Yönetimi

Günümüz toplumunun hastalığı olarak ifade edilen stres, günlük hayatın bir parçasıdır. Çoğu insan, farkında olmasa da yoğun bir stres yüküne sahiptir. Günlük yaşamımızda değişikliğe sebep olan herhangi bir şey, stres vericidir. Vücut sağlığımızda oluşabilecek bir değişiklik de strese neden olur. Mental değişiklikler de somut değişiklikler kadar strese neden olur (93).

Stres, iç ya da dış ortamdan kaynaklanan, homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden durumlara organizmanın verdiği yanıttır. Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ya da sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim vb.) faktörlere bağlı olarak çıkabilmektedir. Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. Bunlara ek olarak stres, olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler. İnsanın strese uyum eğilimi vardır ve stres durumuna uyum göstermeye çalışır.

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azalmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stres azaltmada iç kaynaklardır.

Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (70).

2.5 Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Ülkelerin geleceği için güvence olan üniversite gençliği ile genelde 18-24 yaş grubunda yer alan ve üniversitelerde öğrenim gören gençler ifade edilmektedir. Türkiye’de örgün yüksek öğretimde okullaşma oranı yaklaşık %13 civarındadır (96).

Günümüzde 15-24 yaş arasında bulunan nüfusun, dünya nüfusunun %20’sini oluşturduğu bilinmektedir. Nüfusun içinde payları giderek artan gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, genel nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine önemli katkı sağlayacaktır (95).

Üniversite yaşamı gençlik yaşamında önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir (96). Yaşamın erken dönemlerindeki sağlıkla ilgili olumsuz davranışlar daha sonraki yaşam tarzıyla ilgili hastalıkların oluşma riskini artırır. Bu nedenle, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam tarzı aktivitelerini düzenlemek maksadıyla sağlık inançları ve uygulamaları

arasında uyum çalışmaları yapılmalıdır. Yaşam artışına paralel olarak sağlık sorumluluğunun artması; kişinin sağlık konusunda bilgi ve bilincinin artışı, ayrıca daha stabil bir yaşam tarzının yerleşmesiyle açıklanabilir (97).

BÖLÜM III

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık ve Haliç yerleşkesinde, Ekim 2014/ Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık ve Haliç yerleşkelerinde öğrenim gören toplam 1432 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü ise 370 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırma; Haliç yerleşkesinde bulunan Tıp fakültesi ve Diş Hekimliği fakültesi ile Kavacık yerleşkesinde bulunan Sağlık Bilimleri fakültesine ait olan “Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik” bölümleri ile “Eczacılık ve Hukuk Fakültesi” 1. ve 4. sınıf üniversite öğrencilerinin gönüllü katılımlarıyla sağlanmıştır.

FAKÜLTE/BÖLÜM		I. SINIF MEVCUT	ÖRNEKLEM SAYISI	IV. SINIF MEVCUT	ÖRNEKLEM SAYISI
HALIÇ YERLEŞKESİ	<u>TIP FAKÜLTESİ</u>	130	32	58	16
	<u>DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ</u>	119	29	51	15
	ARA TOPLAM	249	61	109	31
KAVACIK YERLEŞKESİ	<u>ECZACILIK FAKÜLTESİ</u>	66	18	64	18
	<u>SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ</u>				
	FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	98	25	71	19
	HEMŞİRELİK	112	28	78	21
	BESLENME VE DİYETETİK	90	23	76	20
	SAĞLIK YÖNETİMİ	68	19	71	19
	<u>HUKUK FAKÜLTESİ</u>	200	47	80	21
	ARA TOPLAM	634	160	440	118
TOPLAM	883	<u>221</u>	549	<u>149</u>	
<u>TOPLAM KATILIM</u>	-	<u>370</u>	-	-	

Tablo 1: İstanbul Medipol Üniversitesi 2014-2015 Eğitim-Öğretim Yılı fakülte ve Sınıf Dağılımları

Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilindiği için;

$$N \geq \frac{t^2 p q}{d^2}$$

$$n = \frac{t^2 p q}{d^2}$$

$$d^2(N-1) + t^2 p q$$

formülü uygulanarak hesaplandı. Sağlıklı davranışları geliştirme sıklığı % 50 alındığında, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencileri %95 güvenirlilik ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 306 öğrenci olarak bulundu. (N=1432). Çalışmamızda ise bu sayısı eşit dağılımlı olarak +4 oranında arttırıldı ve toplam 370 gönüllü öğrencinin katılımı sağlandı.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenini, sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluştururken; bağımsız değişkenlerini ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu bölüm, aile tipi, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, en uzun yaşadığı yer, mezun olduğu okul ve eğitim boyunca kalınan yer oluşturmaktadır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, temel olarak iki bölümden oluşan anket tekniği kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde öğrencilerin kişisel özelliklerini (yaş, cinsiyet, sınıf, okuduğu bölüm, sigara ve alkol kullanma durumları, gelir düzeyleri, en uzun yaşadığı yer, aile tipi, gelir durumu ve kaldığı yer) belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır. İkinci bölümde ise öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesine yönelik “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” yer almaktadır.

Ölçek, Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir.

Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

Beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49), başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

Stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47), gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

Ölçeği oluşturan her bir madde dördümlü Likert tipi derecelendirmeye tabi tutulmuştur. Buna göre ölçekte yer alan maddelere öğrencilerin katılım düzeyleri “hiçbir zaman=1”, “bazen=2”, “sık sık=3”, “düzenli olarak=4” şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, ankete katılan öğrencilerin kişisel özellikleri frekans ve yüzde dağılımı ile sunulmuştur. Bununla birlikte öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin görüşlerini betimlemek amacı ile yüzde dağılımının yanı sıra aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ayrıca, ölçeğin geneli için ortalama puanlar elde edilmiş olup, söz konusu puanların ankete katılan öğrencilerin kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmasında iki grup içeren değişkenler için bağımsız

örneklem için t testi (independent samples t test) ve ikiden fazla grup içeren değişkenler için tek faktörlü varyans analizi (one way ANOVA) uygulanmıştır.

Çalışmada Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere uygulanan ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmış olup; bu değer ölçeğin geneli için 0.902; sağlık sorumluluğu davranışları alt boyutu için 0.773; fiziksel aktivite alt boyutu için 0.814; beslenme davranışları alt boyutu için 0.653; manevi gelişim davranışları alt boyutu için 0,749; kişilerarası ilişki davranışları alt boyutu için 0,784; stres yönetimi alt boyutu için 0,604 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmada anket uygulaması ile elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0-programı ile analiz edilmiştir.

3.7 Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı (Ek 3) alınmıştır.

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece İstanbul Medipol Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencileri kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki diğer üniversite öğrencilerine genellenemez.

Araştırmada kullanılan anket formunun sosyo-demografik form ve 52 maddelik ölçekten oluşması sebebiyle, uygulama sırasında öğrencilerin dikkatlerinin giderek azalabildiği ve uygulamanın başarısını etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Cinsiyet		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın		252	68.1
Erkek		118	31.9
Toplam		370	100
Yaş grubu			
18-20		204	55.1
21-23		145	39.2
24 ve üzeri		21	5.7
Toplam		370	100
Fakülte/Bölüm	Sınıf		
Tıp	1	32	8.6
	4	16	4.3
Diş Hekimliği	1	29	7.8
	4	15	4.1
Eczacılık	1	18	4.9
	4	18	4.9
Hukuk	1	47	12.7
	4	21	5.7
Hemşirelik	1	28	7.6
	4	21	5.7
Sağlık Yönetimi	1	19	5.1
	4	19	5.1
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	1	25	6.8
	4	19	5.1
Beslenme ve Diyetetik	1	23	6.2
	4	20	5.4
Toplam		370	100
Medeni Durum			
Evli		7	1.9
Bekar		363	98.1
Toplam		370	100
Aile Tipi			
Çekirdek		311	84.1
Geniş		59	15.9
Toplam		370	100

Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gelir giderden az	39	10.5
Gelir gidere denk	200	54.1
Gelir giderden fazla	131	35.4
Toplam	370	100
Sigara İçme Durumu		
Sigara içiyor	65	17.7
Sigara içmiyor	302	82.3
Toplam	367	100
Alkol Kullanma Durumu		
Alkol kullanıyor	70	19.5
Alkol kullanmıyor	289	80.5
Toplam	359	100
Mezun olunan okul		
Devlet okulu	293	79.2
Özel okul	70	18.9
Yatılı okul	7	1.9
Toplam	370	100
Yaşanılan Yer		
Köy	10	2.7
İlçe	77	20.9
İl	275	74.5
Yurtdışı	7	1.9
Toplam	369	100
Kalınan Yer		
Evde, ailemle	200	54.1
Evde, yalnız	19	5.1
Evde, arkadaşlarla	67	18.1
Özel yurttta	84	22.7
Toplam	370	100

Buna göre, araştırmaya katılan öğrencilerin %68,1'i (n=252) kadın, %31,9'u (n=118) erkektir.

Bu öğrencilerin %55.1'inin (n=204) 18-20 yaş grubunda, %39.2'sinin (n=145) 21-23 yaş grubunda ve %5.7'sinin (n=21) ise 24 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edildi.

Katılımcıların okudukları fakülte ve sınıflarına göre dağılımı ise; %12.9 (n=48) tıp fakültesi, %11.9 (n=44) diş hekimliği fakültesi, %9.8 (n=36) eczacılık fakültesi, %11.6 (n=43) beslenme ve diyetetik bölümü, %13.3 (n=49) hemşirelik bölümü, %11.9 (n=44) fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü, %10.2 (n=38) sağlık yönetimi bölümü ve %18.4 (n=68) hukuk fakültesi şeklindedir.

Öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımı; %98,1 (n=363) bekar, %1,9 (n=7) evli olarak tespit edildi.

Ankete katılan öğrencilerin aile tiplerine göre dağılımı incelendiği zaman %84.1'nin (n=311) çekirdek aile, %15.9'unun (n=59) geniş aile yapısına sahip oldukları görüldü.

Katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımı incelendiği zaman, öğrencilerin %10.5'inin (n=39) geliri giderden az, %54.1'inin (n=200) geliri gidere denk, %35.4'ünün (n=131) geliri giderden fazla olarak belirlendi.

Tablo 2'ye göre öğrencilerin sigara içme ve alkol kullanma durumları değerlendirildiğinde, araştırma grubunda yer alanların %82.3'ünün (n=302) sigara içmediği, %17.7'sinin ise (n=65) sigara içtiği; %80.5'inin (n=289) alkol kullanmadığı, %19.5'inin ise (n=70) alkol kullandığı tespit edildi.

Katılımcıların mezun oldukları okullara göre dağılımı dikkate alındığında, öğrencilerin %79.2'sinin (n=293) devlet okulundan, %18.9'unun (n=70) özel okuldan, %1.9'unun (n=7) yatılı okuldan mezun olduğu görüldü.

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiği zaman, %2.7'sinin (n=10) köyde, %20.9'unun (n=77) ilçede, %74.5'inin (n=275) ilde, %1.9'unun (n=7) yurtdışında yaşadığı belirlendi.

Katılımcıların kaldıkları yerlere göre dağılımı dikkate alındığında ise; %54.1'i (n=200) evde ailesi ile birlikte, %5.1'i (n=19) evde yalnız, %18.1'i (n=67) evde arkadaşları ile birlikte, %22.7'si (n=84) özel yurttadır.

4.2. Katılımcıların Sağlık Sorumluluğu Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmış olup, katılımcıların sağlık sorumluluğu davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların sağlık sorumluluğu davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir	Bazen	Sık sık	Düzenli	\bar{X}	s.s.
		Zaman			olarak		
		%	%	%	%		
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	4.4	44.0	34.4	17.2	2.64	0.81
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	33.4	48.8	11.0	6.8	1.91	0.84
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	8.1	47.8	31.8	12.3	2.48	0.81
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	17.4	49.6	24.3	8.7	2.24	0.84
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	4.6	41.1	37.0	17.3	2.67	0.81
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	25.9	43.0	22.4	8.6	2.14	0.90
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	20.1	53.3	19.6	7.1	2.14	0.81
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılımım	42.9	36.3	13.7	7.1	1.85	0.91
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	4.1	36.2	35.9	23.8	2.79	0.85
Genel						2.32	0.50

"Hiçbir zaman=1", "Bazen=2", "sık sık=3", "Düzenli olarak=4"

Her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri sağlık sorumluluğu davranışları konusunda en olumlu görüşler "Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım." ($\bar{X}=2.79$) ve "Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım." ($\bar{X}=2.67$) ve "Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım." ($\bar{X}=2.64$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım." maddesine katılımcıların

%40.3'ü "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %59.7'si ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım." maddesine katılımcıların %54.3'ü "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %45.7'si ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir. Aynı şekilde "Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım." maddesine katılımcıların %51.6'sı "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %44.4'ü ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3'deki bulgulara göre katılımcıların sağlık sorumluluğu davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılıyorum." ($\bar{x}=1.85$) ve "Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum." ($\bar{x}=1.91$) maddeleri olmuştur. Buna göre, "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılıyorum." maddesine katılımcıların %79.2'si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %20.8'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum." maddesine katılımcıların %82.2'si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %17,8'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade etmişlerdir.

4.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların fiziksel aktivite davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir	Bazen	Sık sık	Düzenli	\bar{X}	s.s.
		Zaman			olarak		
		%	%	%	%		
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	28.8	53.8	13.3	4.1	1.93	0.76
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	23.2	43.4	19.8	13.6	2.24	0.96
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.	18.2	47.4	23.3	11.1	2.27	0.89
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	20.3	53.8	16.2	9.7	2.15	0.86
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	43.5	40.0	12.2	4.3	1.77	0.82
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım.	12.5	37.7	28.7	21.1	2.59	0.96
40.	(Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	30.8	42.2	19.9	7.1	2.03	0.89
46.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	33.5	39.5	18.0	9.0	2.02	0.94
Genel						2.13	0.58

"Hiçbir zaman=1", "Bazen=2", "sık sık=3", "Düzenli olarak=4"

Tablo 4'deki her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde fiziksel aktivite davranışları konusunda en olumlu görüşler "Günlük işler sırasında egzersiz yaparım." ($\bar{X}=2.59$), "Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)." ($\bar{X}=2.27$) ve "Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)." ($\bar{X}=2.24$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Günlük işler sırasında egzersiz yaparım." maddesine katılımcıların %49.8'i "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu

görüş belirtirken %50.2'si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)." maddesine katılımcıların %34.4'ü "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %65.6'sı ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir.

Aynı şekilde "Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)." maddesine katılımcıların %33.4'ü "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %66.6'sı ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 4'deki bulgular incelendiğinde katılımcıların fiziksel aktivite davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım." ($\bar{X}=1.77$) ve "Düzenli bir egzersiz programı yaparım." ($\bar{X}=1.93$) maddeleri olmuştur. Buna göre, "Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım." maddesine katılımcıların %83.5'i "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %16.5'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Düzenli bir egzersiz programı yaparım." maddesine katılımcıların %82.6'sı "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %17.4'ü ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade ettikleri saptandı.

4.4. Katılımcıların Beslenme Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, katılımcıların beslenme davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5: Katılımcıların beslenme davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	\bar{X}	s.s.
		%	%	%	%		
2.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	24.3	46.9	20.4	8.4	2.13	0.88
8.	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	33.4	47.0	13.2	6.4	1.93	0.85
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	39.3	37.9	16.3	6.5	1.90	0.90
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	15.0	56.1	20.4	8.4	2.22	0.80
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	23.8	54.9	15.7	5.7	2.03	0.79
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	12.3	39.0	29.0	19.7	2.56	0.94
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	18.2	46.2	26.6	9.0	2.26	0.86
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	19.7	36.6	23.6	20.1	2.44	1.02
50.	Kahvaltı yaparım.	5.4	32.0	21.1	41.5	2.99	0.98
Genel						2.27	0.46

"Hiçbir zaman=1", "Bazen=2", "sık sık=3", "Düzenli olarak=4"

Tablo 5'deki her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde beslenme davranışları konusunda en olumlu görüşler "Kahvaltı yaparım." ($\bar{X}=2.99$), "Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim." ($\bar{X}=2.56$) ve "Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum." ($\bar{X}=2.44$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Kahvaltı yaparım." maddesine katılımcıların %62.6'sı "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %37.4'si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Her gün 3-4 kez

süt, yoğurt veya peynir yerim." maddesine katılımcıların %48.7'si "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %51.3'ü ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir. Aynı şekilde "Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum." maddesine katılımcıların %43.7'si "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %56.3'ü ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 5'deki bulgular incelendiğinde katılımcıların beslenme davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim." ($\bar{X}=1.90$) ve "Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim." ($\bar{X}=1.93$) maddeleri olmuştur. Buna göre, "Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim." maddesine katılımcıların %77.2'si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %22.8'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim." maddesine katılımcıların %80.4'ü "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %19.6'sı ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade etmişlerdir.

4.5. Katılımcıların Manevi Gelişim Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, katılımcıların manevi gelişim davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 6’de verilmiştir.

Tablo 6: Katılımcıların manevi gelişim davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	\bar{X}	s.s.
		%	%	%	%		
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	2.2	38.9	44.1	14.8	2.72	0.74
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	3.3	12.5	32.7	51.5	3.32	0.82
18.	Geleceğe umutla bakarım	3.8	19.8	43.1	33.3	3.06	0.83
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	3.0	24.5	50.1	22.4	2.92	0.76
30.	Hayatımda uzun vadeli amaçlar için çalışırım	4.3	20.0	44.3	31.4	3.03	0.83
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	8.4	55.6	25.5	10.5	2.38	0.79
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	0.8	17.6	37.6	44.1	3.25	0.77
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım	3.8	10.1	16.7	69.4	3.52	0.83
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1.6	13.3	38.9	46.2	3.30	0.76
Genel						3.05	0.45

"Hiçbir zaman=1", "Bazen=2", "sık sık=3", "Düzenli olarak=4"

Tablo 6’deki her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde manevi gelişim davranışları konusunda en olumlu görüşler "İlahi bir gücün varlığına inanırım." ($\bar{X}=3.52$), "Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım." ($\bar{X}=3.32$) ve "Yeni deneyimlere ve durumlara açığım." ($\bar{X}=3.30$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "İlahi bir gücün varlığına inanırım." maddesine katılımcıların %86.1’i "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %13.9’u "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım." maddesine katılımcıların %84.2’si "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %15.8 ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir. Aynı şekilde "Yeni deneyimlere ve durumlara açığım." maddesine katılımcıların %8.1’i "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile

olumlu görüş belirtirken %14.9'u ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 6'daki bulgular incelendiğinde katılımcıların manevi gelişim davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum." ($\bar{X}=2.38$) ve "Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim." ($\bar{X}=2.92$) maddeleri olmuştur. Buna göre, Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum." maddesine katılımcıların %64.0'ı "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %36.0 ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim." maddesine katılımcıların %27,5'i "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %72,5'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade etmişlerdir.

4.6. Katılımcıların Kişilerarası İlişki Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, katılımcıların kişilerarası ilişki davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların kişilerarası ilişki davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak	\bar{X}	s.s.
		%	%	%	%		
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	1.9	36.3	37.9	23.8	2.84	0.81
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim.	2.7	17.1	51.2	29.0	3.07	0.75
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	3.0	16.6	46.0	34.3	3.12	0.79
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	1.9	16.9	44.4	36.8	3.16	0.77
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	4.1	23.9	42.1	29.9	2.98	0.84
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	3.2	18.9	34.1	43.8	3.18	0.85
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	11.7	39.0	30.2	19.1	2.57	0.93
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	12.2	37.2	32.7	17.9	2.56	0.92
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1.9	18.9	43.0	36.2	3.14	0.78
Genel						2.96	0.50

“Hiçbir zaman=1”, “Bazen=2”, “sık sık=3”, “Düzenli olarak=4”

Tablo 7’deki her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde kişilerarası ilişki davranışları konusunda en olumlu görüşler "Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum." ($\bar{X}=3.18$), "Yakın arkadaşlarıma zaman ayırıyorum." ($\bar{X}=3.16$) ve "Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim." ($\bar{X}=3.14$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum." maddesine katılımcıların %77.9’u "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %22.1’i "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yakın arkadaşlarıma zaman ayırıyorum." maddesine katılımcıların %81.2’si "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %18.8’i ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade etmişlerdir. Aynı şekilde "Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim." maddesine katılımcıların %79.2’si "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %20.8’i ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 7’deki bulgular incelendiğinde katılımcıların kişilerarası ilişki davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım." ($\bar{X}=2.56$) ve "Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım." ($\bar{X}=2.57$) maddeleri olmuştur. Buna göre, "Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım." maddesine katılımcıların %49.4’ü "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %50.6’sı ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım." maddesine katılımcıların %50.7’si "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %49.3’ü ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade etmişlerdir.

4.7. Katılımcıların Stres Yönetimi Davranışlarına Yönelik Bulgular

Araştırmada, katılımcıların stres yönetimi davranışlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların stres yönetimi davranışlarına yönelik betimsel istatistikler

Madde No	Maddeler	Hiçbir	Bazen	Sık sık	Düzenli	\bar{X}	s.s.
		Zaman	%	%	olarak		
		%	%	%	%		
5.	Yeterince uyurum.	8.4	30.8	43.2	17.6	2.70	0.85
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırıyorum.	7.6	38.4	33.5	20.5	2.67	0.89
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	11.4	44.0	30.2	14.4	2.48	0.88
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	8.4	30.5	36.5	24.6	2.77	0.91
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	12.8	48.2	29.7	9.3	2.35	0.82
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	9.5	42.9	32.9	14.7	2.53	0.86
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	21.6	47.3	21.6	9.5	2.19	0.88
47.	Yorulmaktan kendimi korurum.	18.8	47.6	25.5	8.2	2.23	0.85
Genel						2.49	0.44

"Hiçbir zaman=1", "Bazen=2", "sık sık=3", "Düzenli olarak=4"

Tablo 8’deki her bir maddeye ilişkin aritmetik ortalama değerleri incelendiğinde stres yönetimi davranışları konusunda en olumlu görüşler "Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm." ($\bar{X}=2.77$), "Yeterince uyurum." ($\bar{X}=2.70$) ve "Her gün rahatlamak için zaman ayırıyorum." ($\bar{X}=2.67$) maddelerine yöneliktir. Buna göre, "Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm." maddesine katılımcıların %61.1’i "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %38.9’u "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yeterince uyurum." maddesine katılımcıların %60.8’i "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %39.2’si ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş ifade

etmişlerdir. Aynı şekilde "Her gün rahatlamak için zaman ayırıyorum." maddesine katılımcıların %54.0'ı "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtirken %46.0'ı ise "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 8'deki bulgular incelendiğinde katılımcıların stres yönetimi davranışları konusunda diğer maddelere göre en olumsuz görüş bildirilen maddeler "Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım." ($\bar{X}=2.19$) ve "Yorulmaktan kendimi korurum." ($\bar{X}=2.23$) maddeleri olmuştur. Buna göre, "Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım." maddesine katılımcıların %68.9'u "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %31.1'i ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş belirtmişlerdir. Bununla birlikte "Yorulmaktan kendimi korurum." maddesine katılımcıların %66.4'ü "hiçbir zaman" ve "bazen" seçenekleri ile olumsuz görüş belirtirken %33.6'sı ise "sık sık" ve "düzenli olarak" seçenekleri ile olumlu görüş ifade etmişlerdir.

4.8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Alt Boyutlarının Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 9: Katılımcı görüşlerinin Tıp Fakültesi 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Tıp fakültesi 1	32	2.25	0.48	0.271
	Tıp fakültesi 4	16	2.13	0.28	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Tıp fakültesi 1	32	2.14	0.63	0.265
	Tıp fakültesi 4	16	2.35	0.61	
Beslenme Davranışları	Tıp fakültesi 1	32	2.27	0.55	0.403
	Tıp fakültesi 4	16	2.41	0.52	
Manevi Gelişim Davranışları	Tıp fakültesi 1	32	3.07	0.45	0.862
	Tıp fakültesi 4	16	3.045	0.46	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Tıp fakültesi 1	32	2.89	0.53	0.651
	Tıp fakültesi 4	16	2.95	0.34	
Stres Yönetimi	Tıp fakültesi 1	32	2.55	0.38	0.635

Davranışları	Tıp fakültesi 4	16	2.49	0.36
--------------	-----------------	----	------	------

Tablo 9'da tıp fakültesi öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 10: Katılımcı görüşlerinin Diş Hekimliği 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.37	0.43	0.598
	Diş hekimliği 4	15	2.29	0.52	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.05	0.59	0.703
	Diş hekimliği 4	15	2.13	0.65	
Beslenme Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.12	0.39	0.526
	Diş hekimliği 4	15	2.22	0.52	
Manevi Gelişim Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.92	0.42	0.249
	Diş hekimliği 4	15	2.78	0.34	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.87	0.50	0.645
	Diş hekimliği 4	15	2.80	0.41	
Stres Yönetimi Davranışları	Diş hekimliği 1	29	2.43	0.33	0.806
	Diş hekimliği 4	15	2.46	0.35	

Tablo 10'da Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Katılımcı görüşlerinin Eczacılık 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Eczacılık 1	18	2.18	0.46	0.319
	Eczacılık 4	18	2.37	0.64	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Eczacılık 1	18	1.93	0.44	0.219
	Eczacılık 4	18	2.15	0.61	
Beslenme Davranışları	Eczacılık 1	18	2.05	0.47	0.109
	Eczacılık 4	18	2.29	0.39	
Manevi Gelişim Davranışları	Eczacılık 1	18	3.12	0.49	0.254
	Eczacılık 4	18	2.93	0.50	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Eczacılık 1	18	2.97	0.49	0.597
	Eczacılık 4	18	2.88	0.49	
Stres Yönetimi Davranışları	Eczacılık 1	18	2.49	0.40	0.350
	Eczacılık 4	18	2.38	0.33	

Tablo 11'de Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12: Katılımcı görüşlerinin Beslenme ve Diyetetik 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	2.51	0.54	0.966
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	2.52	0.44	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	2.15	0.61	0.413
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	2.01	0.52	
Beslenme Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	2.42	0.48	0.048*
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	2.68	0.37	
Manevi Gelişim Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	3.12	0.41	0.810
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	3.08	0.49	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	2.91	0.47	0.631
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	2.99	0.57	
Stres Yönetimi Davranışları	Beslenme ve Diyetetik 1	23	2.58	0.51	0.632
	Beslenme ve Diyetetik 4	20	2.51	0.44	

* $p<0,05$

Tablo 12'de beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin beslenme davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre tablo 12'deki ortalamalar dikkate alındığında beslenme

ve diyetetik 4.sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalaması ($\bar{X}=2.68$) beslenme ve diyetetik 1.sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalamasından ($\bar{X}=2.42$) büyüktür.

Tablo 13: Katılımcı görüşlerinin Hemşirelik 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Hemşirelik 1	28	2.37	0.37	0.495
	Hemşirelik 4	21	2.46	0.46	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Hemşirelik 1	28	2.06	0.51	0.187
	Hemşirelik 4	21	2.30	0.69	
Beslenme Davranışları	Hemşirelik 1	28	2.25	0.39	0.644
	Hemşirelik 4	21	2.31	0.49	
Manevi Gelişim Davranışları	Hemşirelik 1	28	3.01	0.58	0.123
	Hemşirelik 4	21	3.24	0.45	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Hemşirelik 1	28	2.96	0.54	0.439
	Hemşirelik 4	21	3.08	0.57	
Stres Yönetimi Davranışları	Hemşirelik 1	28	2.62	0.58	0.164
	Hemşirelik 4	21	2.40	0.50	

Tablo 13’de hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14: Katılımcı görüşlerinin Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	2.31	0.45	0.152
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	2.55	0.58	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	2.12	0.44	0.016*
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	2.50	0.53	
Beslenme Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	2.33	0.29	0.327
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	2.23	0.38	
Manevi Gelişim Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	3.14	0.31	0.441
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	3.06	0.39	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	3.12	0.45	0.132
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	2.91	0.45	
Stres Yönetimi Davranışları	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 1	25	2.67	0.32	0.808
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon 4	19	2.64	0.39	

* $p < 0,05$

Tablo 14'de fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Fakat fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Buna göre tablo 14'deki ortalamalar dikkate alındığında fizik tedavi ve rehabilitasyon 4.sınıf öğrencilerinin

fiziksel aktivite davranışları ortalaması ($\bar{X}=2.50$) fizik tedavi ve rehabilitasyon 1.sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları ortalamasından ($\bar{X}=2.12$) büyüktür.

Tablo 15: Katılımcı görüşlerinin Sağlık Yönetimi 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	2.25	0.52	0.922
	Sağlık Yönetimi 4	19	2.26	0.48	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	2.01	0.47	0.595
	Sağlık Yönetimi 4	19	2.10	0.58	
Beslenme Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	2.41	0.42	0.112
	Sağlık Yönetimi 4	19	2.19	0.38	
Manevi Gelişim Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	3.18	0.46	0.393
	Sağlık Yönetimi 4	19	3.05	0.50	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	3.27	0.39	0.008*
	Sağlık Yönetimi 4	19	2.90	0.42	
Stres Yönetimi Davranışları	Sağlık Yönetimi 1	19	2.41	0.42	0.737
	Sağlık Yönetimi 4	19	2.45	0.44	

* $p<0,05$

Tablo 15'de sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre tablo 15'deki ortalamalar dikkate alındığında sağlık yönetimi 1.sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalaması ($\bar{X}=3.27$), sağlık yönetimi 4.sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalamasından ($\bar{X}=2.90$) büyüktür.

Tablo 16: Katılımcı görüşlerinin Hukuk Fakültesi 1. ve 4. sınıflarına göre karşılaştırılması

Alt boyutlar	Sınıf	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.12	0.53	0.139
	Hukuk Fakültesi 4	21	2.35	0.58	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.05	0.65	0.439
	Hukuk Fakültesi 4	21	2.17	0.59	
Beslenme Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.15	0.51	0.404
	Hukuk Fakültesi 4	21	2.25	0.44	
Manevi Gelişim Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.98	0.45	0.125
	Hukuk Fakültesi 4	21	3.16	0.44	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.88	0.52	0.339
	Hukuk Fakültesi 4	21	3.03	0.59	
Stres Yönetimi Davranışları	Hukuk Fakültesi 1	47	2.38	0.52	0.697
	Hukuk Fakültesi 4	21	2.43	0.53	

Tablo 16’de Hukuk Fakültesi bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde hukuk fakültesi bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Katılımcı görüşlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Kadın	252	2.36	0.48	0.048*
	Erkek	118	2.24	0.54	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Kadın	252	2.06	0.57	0.003*
	Erkek	118	2.26	0.60	
Beslenme Davranışları	Kadın	252	2.31	0.44	0.031*
	Erkek	118	2.20	0.49	
Manevi Gelişim Davranışları	Kadın	252	3.07	0.44	0.246
	Erkek	118	3.01	0.48	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Kadın	252	3.02	0.49	0.000*
	Erkek	118	2.81	0.49	
Stres Yönetimi Davranışları	Kadın	252	2.54	0.43	0.006*
	Erkek	118	2.39	0.47	

* $p < 0,05$

Tablo 17 incelendiğinde öğrencilerin manevi gelişim davranışları ortalaması cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Fakat sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Buna göre kadınların sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ve stres yönetimi davranışları ortalaması erkeklerden daha yüksek iken fiziksel aktivite davranışları ortalaması erkeklerden daha düşüktür.

Tablo 18: Katılımcı görüşlerinin aile tipine göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Aile tipi	N	Ortalama	Standart Sapma	P
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Çekirdek aile	311	2.31	0.50	0.432
	Geniş aile	59	2.36	0.47	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Çekirdek aile	311	2.14	0.60	0.312
	Geniş aile	59	2.07	0.47	
Beslenme Davranışları	Çekirdek aile	311	2.28	0.46	0.880
	Geniş aile	59	2.27	0.45	
Manevi Gelişim Davranışları	Çekirdek aile	311	3.04	0.45	0.370
	Geniş aile	59	3.10	0.46	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Çekirdek aile	311	2.95	0.50	0.714
	Geniş aile	59	2.98	0.49	
Stres Yönetimi Davranışları	Çekirdek aile	311	2.48	0.44	0.331
	Geniş aile	59	2.54	0.47	

Tablo 18’de katılımcıların ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin aile tipine göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Buna göre, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Katılımcı görüşlerinin gelir durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Gelir Giderden Az	39	2.25	0.52	0.675
	Gelir Gidere Denk	200	2.33	0.48	
	Gelir Giderden Fazla	131	2.33	0.52	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Gelir Giderden Az	39	1.91	0.56	0.020*
	Gelir Gidere Denk	200	2.12	0.57	
	Gelir Giderden Fazla	131	2.20	0.59	
Beslenme Davranışları	Gelir Giderden Az	39	2.17	0.39	0.268
	Gelir Gidere Denk	200	2.28	0.43	
	Gelir Giderden Fazla	131	2.30	0.51	
Manevi Gelişim Davranışları	Gelir Giderden Az	39	2.91	0.54	0.083
	Gelir Gidere Denk	200	3.08	0.45	
	Gelir Giderden Fazla	131	3.05	0.44	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Gelir Giderden Az	39	2.85	0.51	0.376
	Gelir Gidere Denk	200	2.96	0.49	
	Gelir Giderden Fazla	131	2.98	0.50	
Stres Yönetimi Davranışları	Gelir Giderden Az	39	2.34	0.53	0.072
	Gelir Gidere Denk	200	2.51	0.41	
	Gelir Giderden Fazla	131	2.51	0.46	

* $p < 0,05$

Tablo 19’de katılımcıların ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin gelir durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları ortalaması gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, “Gelir Gidere Denk” olan ve “Gelir Giderden Fazla” olan öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları ortalaması “Gelir Giderden Az” olan öğrencilerden fazladır.

Tablo 20: Katılımcı görüşlerinin sigara kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Sigara		N	Ortalama	Standart Sapma	p
	Kullanma	Durumu				
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	İçiyor	65	2.23	0.55	0.139	
	İçmiyor	302	2.34	0.49		
Fiziksel Aktivite Davranışları	İçiyor	65	2.11	0.56	0.769	
	İçmiyor	302	2.13	0.59		
Beslenme Davranışları	İçiyor	65	2.16	0.47	0.033*	
	İçmiyor	302	2.30	0.45		
Manevi Gelişim Davranışları	İçiyor	65	2.93	0.50	0.031*	
	İçmiyor	302	3.08	0.44		
Kişilerarası İlişki Davranışları	İçiyor	65	2.93	0.53	0.691	
	İçmiyor	302	2.96	0.49		
Stres Yönetimi Davranışları	İçiyor	65	2.40	0.45	0.081	
	İçmiyor	302	2.51	0.44		

* $p<0,05$

Tablo 20’de katılımcıların ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sigara kullanma durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Fakat manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalamaları ise sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre sigara içmeyen öğrencilerin manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalaması sigara içen öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 21: Katılımcı görüşlerinin alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Alkol		N	Ortalama	Standart Sapma	p
	Kullanma Durumu					
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Kullanıyor	70	2.26	0.54	0.195	
	Kullanmıyor	289	2.35	0.49		
Fiziksel Aktivite Davranışları	Kullanıyor	70	2.19	0.54	0.287	
	Kullanmıyor	289	2.11	0.59		
Beslenme Davranışları	Kullanıyor	70	2.22	0.47	0.257	
	Kullanmıyor	289	2.29	0.46		
Manevi Gelişim Davranışları	Kullanıyor	70	2.90	0.48	0.003*	
	Kullanmıyor	289	3.09	0.44		
Kişilerarası İlişki Davranışları	Kullanıyor	70	2.96	0.52	0.974	
	Kullanmıyor	289	2.95	0.49		
Stres Yönetimi Davranışları	Kullanıyor	70	2.36	0.40	0.005*	
	Kullanmıyor	289	2.52	0.45		

* $p<0,05$

Tablo 21’da katılımcıların ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin alkol kullanma durumlarına göre karşılaştırılmasına ilişkin t testi sonuçları verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları ise alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre alkol kullanmayan öğrencilerin manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalaması alkol kullanan öğrencilere göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Tablo 22: Katılımcı görüşlerinin kaldıkları yerlere göre karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kaldıkları Yer	N	Ortalama	Standart Sapma	p
Sağlık Sorumluluğu Davranışları	Evde, ailemle	200	2.31	0.47	0.051
	Evde, yalnız	19	2.37	0.56	
	Evde, arkadaşlarla	67	2.20	0.53	
	Özel yurttta	84	2.42	0.50	
Fiziksel Aktivite Davranışları	Evde, ailemle	200	2.14	0.57	0.651
	Evde, yalnız	19	2.23	0.72	
	Evde, arkadaşlarla	67	2.06	0.58	
	Özel yurttta	84	2.11	0.59	
Beslenme Davranışları	Evde, ailemle	200	2.31	0.45	0.127
	Evde, yalnız	19	2.22	0.60	
	Evde, arkadaşlarla	67	2.16	0.38	
	Özel yurttta	84	2.28	0.49	
Manevi Gelişim Davranışları	Evde, ailemle	200	3.09	0.41	0,116
	Evde, yalnız	19	2.85	0.48	
	Evde, arkadaşlarla	67	3.03	0.51	
	Özel yurttta	84	3.03	0.50	
Kişilerarası İlişki Davranışları	Evde, ailemle	200	2.97	0.49	0.865
	Evde, yalnız	19	2.90	0.41	
	Evde, arkadaşlarla	67	2.92	0.53	
	Özel yurttta	84	2.97	0.51	
Stres Yönetimi Davranışları	Evde, ailemle	200	2.54	0.44	0.007*
	Evde, yalnız	19	2.23	0.39	
	Evde, arkadaşlarla	67	2.40	0.41	
	Özel yurttta	84	2.50	0.46	

* $p < 0,05$

Tablo 22’de katılımcıların ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin kaldıkları yerlere göre karşılaştırılmasına ilişkin varyans analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları kaldıkları yerlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Fakat öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması kaldıkları yerlere göre

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, “evde, yalnız” kalan ve “evde, arkadaşlarla” kalan öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması “evde, ailele” kalan öğrencilerden ve “özel yurttan” kalan öğrencilerden düşük bulunmuştur.

Tablo 23: Öğrencilerin SYBD II Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.

Tablo 23’de öğrencilerin SYBD II ölçeği ve alt ölçek puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistik sonuçları verilmiştir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları 131.65 ± 25.58 , medyan değeri 132 olup, minimum puan 63, maksimum

SYBD II Alt Ölçekleri	N	Min.	Max.	Ortalama	S.S	Medyan
Sağlık sorumluluğu	370	10	35	20.69	± 4.50	21
Fiziksel aktivite	370	6	31	16.94	± 4.68	16
Beslenme	370	9	33	20.32	± 4.11	20
Manevi gelişim	370	12	36	27.35	± 4.22	28
Kişilerarası ilişki	370	15	36	26.49	± 4.51	27
Stres yönetimi	370	11	30	19.86	± 3.56	20
SYBD II Ölçeği	370	63	201	131,65	$\pm 25,58$	132

puan 201’dir.

Öğrencilerin alt ölçek puanlarına bakıldığında ise, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 20.69 ± 4.50 ’dir. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarının medyan değeri 21 olup, minimum puan 10, maksimum puan 35’dir.

Öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 16.94 ± 4.68 , medyan değeri 16 olup, minimum 6, maksimum 31’dir.

Öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması 20.32 ± 4.11 'dir. Medyan değeri ise 20 olup minimum puan 9, maksimum puan 33'dür.

Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 27.35 ± 4.22 'dir. Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puanlarının medyan değeri 28 olup minimum puan 12, maksimum puan 36'dır.

Öğrencilerin kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 26.49 ± 4.51 , medyan değeri 27 olup, minimum puan 15, maksimum puan 36'dır.

Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 19.86 ± 3.56 'dır. Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puanlarının medyan değeri 20 olup minimum puan 11, maksimum puan 30'dur.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının, bireysel/mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimiyle, hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahip oldukları bilinen bir gerçektir. Sağlıklı/hasta bireylerle sürekli etkileşim içinde olan hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazanılmasında, sorumluluk alma ve yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenendir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkları ve risk faktörlerini belirleme, bireylere sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışları değerlendirerek sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sayılabilir. Sağlığı geliştirme programları planlanırken, uygulanacak grubun sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin önceden belirlenmesinin ve sağlık davranışlarının geçerli ve güvenilir ölçme araçları kullanılarak değerlendirilmesinin en doğru yaklaşım olacağı açıktır (14).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin puan ortalamalarının ölçeğin orta düzeyinin üstünde olduğu ($131.65 \pm 25,58$) görülmektedir (Tablo 22). Al-Kandari ve Vidal (2007) tarafından SYBD II ölçeği kullanılarak Kuveyt'te hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmada ölçek puan ortalaması 128.16, Hawks ve arkadaşları (2002) tarafından ABD'de hemşirelik bölümünde okuyan Japon öğrenciler ile yapılan çalışmada ölçek puan ortalamaları 125.76 olarak bulunmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında, araştırmamıza katılan öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (98,99).

Türkiye'de; Ayaz ve arkadaşları (2005), "sağlığı koruma ve geliştirme" dersini alan hemşirelik öğrencilerinde SYBD II ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmalarında,

öğrencilerin ölçek puan ortalamalarını 126.6 olarak saptamışlardır. Zaybak ve Fadilloğlu'nun (2004) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada hemşirelik öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları 121.8 olarak bulunmuştur. Ata'nın (2008) "sağlıklı yaşam" dersini alan hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise, öğrencilerin ölçek puan ortalamaları 141.63 olarak bulunmuştur (1,31,100).

Diğer disiplinlerde eğitim gören öğrenciler ise SYBD II ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında, Lee ve arkadaşlarının (2005) Hong Kong'ta üniversitenin farklı bölümlerinde okuyan öğrenciler ile yaptıkları çalışmalarda ölçek puan ortalamaları 119.78 olarak saptanmıştır. Ünal ve arkadaşları (2007) meslek yüksek okullarının sağlık programlarında okuyan öğrencilerin SYBD II ölçeği puan ortalamalarını (118.46) sosyal programda okuyan öğrencilerin ölçek puan ortalamalarından (125.34) düşük bulmuştur. Karadeniz ve arkadaşlarının (2008) eğitim fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin ölçek puan ortalamaları 125.9 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin SYBD II ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının farklı bölümlerde okuyan öğrenciler ile yapılan araştırmalara göre bakıldığında, öğrencilerimizin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (19,62,101).

SYBD II ölçeği kullanılarak hemşireler ile yapılan çalışmalara bakıldığında, Yalçinkaya ve arkadaşları (2007) üniversite ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin SYBD II ölçeği puan ortalamalarını 122.4 bulmuştur. Özkan ve Yılmaz'ın (2008) hastanede çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin ölçek puan ortalamaları 125.9 olarak saptanmıştır. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmalarında ise hemşirelerin ölçek puan ortalamalarını 117.5 olarak bulmuştur (3,54,102).

Gerek hemşirelik öğrencileri ile gerekse diğer bölümlerin öğrencileri ile yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, öğrencilerimizin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda SYBD II ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite boyutlarına ait olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi gelmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda da en düşük puan fiziksel aktivite alanında bulunmuştur (1,102,103). Teknolojinin çok fazla hayatlarında olması, egzersiz alışkanlıklarının olmaması, özel bir üniversitede olmasına rağmen kampüslerin yeni inşaa edilmesinden dolayı imkanların kısıtlı olması, spor salonlarının, yüzme havuzlarının olmaması fiziksel aktiviteyi azaltmaktadır.

“Sağlık Sorumluluğu” alt ölçeği bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve sağlığa hangi düzeyde katkıda bulunduğunu değerlendirmektedir ve alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 35’dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları 20.69 ± 4.50 olarak bulunmuştur (Tablo 22). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığı zaman, öğrencilerimizin sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir (7,104,105,106,107). Bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almaları, sağlığı geliştirmede başarılı olmalarında rol oynar. Bireylerin davranış ve yaşam biçimlerinin kendi sağlıklarını nasıl etkilediğini anlamalarını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara kullanımı, alkol kullanımı, riskli cinsel deneyimler vb.) uzak durması sağlanabilir. Araştırmamızda, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamalarının daha düşük olması, öğrencilerimizin kendi sağlıklarını izleme, kendi bakım sorumluluklarını alma, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusundaki davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

“Fiziksel Aktivite” alt ölçeği bireylerin düzenli egzersiz ve aktivite yapma düzeyini belirler. Alınabilecek en yüksek puan 31’dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamaları 16.94 ± 4.68 olarak bulunmuştur. Bulduğumuz bu değer alınabilecek en yüksek puana göre ortalamanın altında bir değerdir. Eğitim programının yoğunluğu, öğrencilerin spor aktivitelerine zaman ayırmalarını zorlaştırmakta ve dolayısıyla öğrencilerin alt ölçek puan ortalamalarının düşük olmasına

sebebiyet vermektedir. Bu konuda üniversitelerde yeterli olanakların ve ortamların araştırılması, hazırlanması ve öğrencilerin bu faaliyetlere yönlendirilmesinin sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunacağı bir gerçektir.

Literatürde yapılan çalışmaları incelediğimizde, Şimşek ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları çalışmada, fiziksel aktiviteye ait alt ölçek puanının 21.1 ± 2.9 olarak bulunduğu görülmektedir (106). Wei ve ark.'nın Japon öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarını inceledikleri çalışmada fiziksel aktivite alt ölçek puanı bizim çalışmamızdaki değerden daha yüksek olarak bulunmuştur (108). Özyazıcıoğlu ve ark.'nın, hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada, fiziksel aktivite alt ölçek puanı 16.60 ± 4.24 olarak tespit edilmiştir (104). Bu çalışmada elde edilen alt ölçek puanı bizim çalışmamızda elde edilen alt ölçek puanıyla benzerdir.

Bunun yanında, fiziksel aktiviteye ait alt ölçek puanının bizim çalışmamızda elde ettiğimiz puana göre daha düşük bulunduğu çalışmalarda bulunmaktadır. Kocaakman ve ark.'nın 2010 yılında yaptıkları bir çalışmada, İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediklerinde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasını 10.61 ± 2.47 olarak bulmuşlardır (105). Yine, Cihangiroğlu ve Deveci'nin yaptıkları bir çalışmada Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yaşam biçimi davranışlarını incelemişler ve fiziksel harekete ilişkin alt ölçek değerini 8.89 ± 3.33 olarak tespit etmişlerdir (7). 2013 yılında yapılmış olan bir yüksek lisans tez çalışmasında Yılmaz tarafından, yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiş ve fiziksel aktiviteye ilişkin alt ölçek değerinin 9.29 ± 2.96 olduğu görülmüştür (107).

Fiziksel aktiviteye ait alt ölçek değerindeki bu farklılıklar, öğrencileri eğitim hayatları boyunca fiziksel aktiviteye yönlendirecek eğitim programlarının yetersizliği, derslerin ağırlığı, sosyal ortamın sağlanamaması, maddi ve manevi imkan yetersizliklerine bağlı olarak görülebilir.

“Beslenme” alt ölçeği bireylerin yemek yeme tercihlerini, alışkanlıklarını, öğün seçimlerini belirler. Bu alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 33 iken, araştırmamıza katılan öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalamaları 20.32 ± 4.11 olarak bulunmuştur. Beslenme alışkanlıkları, bireylerin içinde bulunduğu çevreden, sosyo-ekonomik ve kültürel yapıdan etkilenir. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına göre alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, ana ve ara öğün sayısı arttıkça öğrencilerin alt ölçek puan ortalamaları da artmaktadır ve bu beklenen bir sonuçtur.

Ülkemizde SYBD II ölçeğini kullanarak hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalara bakıldığında, Ayaz ve ark.’nın 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada “Beslenme” alt ölçek puan ortalamalarını 16.0 ± 3.4 olarak bulmuşlardır (1). Özyazıcıoğlu ve ark.’nın hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise beslenme alt ölçeğine ait puan ortalaması 19.40 ± 3.73 olarak bildirilmiştir (104). Bunun yanında, Şimşek ve ark.’nın 2012 yılında Tıp Fakültesi öğrencileriyle yaptığı araştırmada beslenme alt ölçek ortalama değeri 22.4 ± 3.1 olarak bulunmuştur (106). Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, öğrencilerimizin beslenme alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda, ABD’de obezitenin giderek yaygınlaşması ile ülkede beslenme ve kilo kontrolüne yönelik sağlığı geliştirme programlarının artmasına bağlı olarak öğrencilerin alt ölçek puan ortalamalarının yüksek çıktığı belirtilmiştir (99,101).

Alt ölçek puan ortalamalarının farklılık göstermesi, öğrencilerin beslenmeye verdikleri önem, ekonomik faktörler, ailelerinden uzak oldukları mesafe, yaşanan şehrin ve üniversitenin koşulları gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

“Manevi Gelişim” alt ölçeği bireylerin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendirmektedir ve alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36’dır. Ayrıca manevi gelişim alt ölçeği bireylerin kendilerini gerçekleştirme yolunda belirledikleri hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için ortaya koydukları çabayı da sorgulamaktadır. Araştırmamızda öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan

ortalamaları 27.35 ± 4.22 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin, manevi gelişim kapsamında spor yapma, sosyal aktivitelere katılma, sosyal kulüplere üye olma gibi kendini gerçekleştirmeye dönük faaliyetler içinde bulunmaları önemlidir. Çalışma yaptığımız üniversite öğrencilerinin büyük bir bölümünün aileleriyle birlikte yaşaması, kendi evlerinde oturmaları manevi gelişim değerinin yüksek çıkmasına etken olabileceği görüşündeyiz.

Ülkemizde SYBD II ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalara baktığımız zaman, bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz manevi gelişim alt ölçek değeri ortalamasının bazı çalışmalara göre düşük (7,105); bazı çalışmalara göre ise yüksek çıktığı görülmüştür (104,106,107).

“Kişilerarası İlişkiler” alt ölçeği bireylerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle olan iletişim ve süreklilik düzeyini belirlemektedir. Bu alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 36’dır. Çalışmamızda bu ölçeğe ait puan 26.49 ± 4.51 olarak tespit edilmiştir. Literatür incelediğimiz zaman, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları; Özyazıcıoğlu ve ark.’nın yaptığı çalışmada 26.16 ± 4.25 , Cihangiroğlu ve Deveci’nin çalışmasında 20.73 ± 3.76 , Kocaakman’ın yaptığı çalışmada 21.04 ± 3.27 , Şimşek ve ark.’nın 2012 de yaptığı çalışma da ise ortalama puanı 23.6 ± 3.4 olarak bildirmişlerdir (7,104, 105,106).

Verala-Mato ve ark.’nın 2012 yılında İspanyol üniversite öğrencileriyle ve Mahmoodi ve ark.’nın ise 2014 yılında İranlı üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışma da kişilerarası ilişki alt ölçek puan ortalaması, bizim yaptığımız çalışmadan daha düşük bulunmuştur (109,110).

“Stres Yönetimi” alt ölçeği, bireylerin stres kaynaklarını tanıma ve stresle baş etme düzeyini belirlemektedir. Stres Yönetimi için alınabilecek en yüksek puan 30’dur. Araştırmamızda öğrencilerin stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması 19.86 ± 3.56 olarak

bulunmuştur. Stres yönetiminde, bireylerin sosyal etkileşimde bulunması, etkin iletişim kurması, gevşeme tekniklerini kullanması ve yeterli destek sistemlerine sahip olması önemlidir.

Ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde, Özyazıcıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada 19.44 ± 3.57 olarak, Cihangiroğlu ve Deveci'nin ortak çalışmasında 17.73 ± 3.95 olarak, Kocaakman'ın yaptığı çalışmada ise 18.53 ± 3.24 olarak saptanmış olup ve bizim yaptığımız çalışmaya göre kıyasladığımızda ise bu değer daha düşük bulunmuştur (7,104,105). Şimşek'in 2012 yılında Tıp Fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması 21.6 ± 2.8 olarak saptanmıştır (106).

Varela-Mato ve ark.'nın yaptığı çalışmada ve Mahmoodi'nin arkadaşlarıyla yaptığı çalışmada ise bu değer bizim yaptığımız çalışmadaki ortalama değerden yüksek olarak bulunmuştur (109,110).

Öğrencilerin cinsiyetine göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, manevi gelişim davranışları ortalaması cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak ($p > 0.05$) anlamlı farklılık göstermemektedir. Fakat sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Buna göre kadınların sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ve stres yönetimi davranışları ortalaması erkeklerden daha yüksek iken fiziksel aktivite davranışları ortalaması erkeklerden daha düşüktür (Tablo 17).

Kocaakman ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışmada, kadınların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişki ortalama puanları, erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Erkek öğrencilerde ise fiziksel aktivite ortalama puanı kız öğrencilere göre yüksek bulunmuştur (105). 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.

Şimşek ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada ise alt boyutlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (106).

Al-Kandari ve Vidal (2007) ve Choi Hui (2002) yılında hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarda genel toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (98,103).

Yurt dışında öğrencilerle yapılan bir çalışmada, cinsiyetler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (111).

Bu durumun, ülkeler arasındaki sosyo-kültürel, çevresel, ekonomik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Kadınların erkeklere göre beslenme davranışının daha iyi olması, geleneksel kültürümüzde kadının rolü ve rollerinden biri olan yemek yapma gibi ev işlerinden daha fazla sorumlu olma ve evde vakit geçirme eğiliminde olmalarıyla açıklanabilir. Ayrıca kadınların estetiğe ve sağlığa erkeklerden daha sorumlu bakmaları ile ilgili olabilir.

Öğrencilerin aile tipine göre SYBD ölçeği ve alt grupların puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Bostan'ın 2013 yılında yaptığı çalışma incelendiğinde, aile tipi ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (112).

Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında geniş aileye sahip olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (102).

Öğrencilerin gelir durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları puan ortalamaları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları puan ortalaması, gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre “Gelir Gidere Denk” olan ve “Gelir Giderden Fazla” olan öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları puan ortalaması “Gelir Giderden Az” olan öğrencilerden fazladır.

Bostan'ın hemşirelerle 2013 yılında yaptığı çalışmada, ekonomik durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, ekonomik durum ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (112).

Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada sosyoekonomik düzeyleri yüksek olan öğrencilerin beslenme, manevi gelişim, fiziksel aktivite, stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (7).

Ayaz ve ark.'nın (2005) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmalar sonucunda sosyoekonomik düzeyi iyi olanların beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (1).

Araştırma sonuçları olumlu sosyal ve ekonomik etkenlerin kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Ekonomik durumun iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilemektedir. Sağlığı geliştirme modelinde de ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir.

Öğrencilerin sigara kullanma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalamaları ise sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre sigara içmeyen öğrencilerin manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalaması sigara içen öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bostan'ın çalışmasında da, hemşirelerin sigara kullanma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanma durumu ile beslenme alt grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (112). Yani sigara kullanmayan hemşirelerin, beslenme alt grubu puan ortalamalarının sigara kullanan hemşirelere göre daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir.

Cihangiroğlu ve Deveci'nin yaptığı araştırma kapsamındaki öğrencilerden sigara içenlerin içmeyenlere göre SYBD ölçeği ile beslenme alışkanlığı puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (7).

Özkan ve Yılmaz'ın hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmasında, sigara içen hemşirelerin beslenme puan ortalamalarının düşük olduğu bildirilmiştir (102).

Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam davranışlarından biri sigara içilmemesi ya da içiliyorsa bırakılmasıdır. Yapılan araştırmaları incelediğimizde elde edilen bulgulara göre, sigara kullanılmaması beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Öğrencilerin sigara kullanma durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları ise alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre alkol kullanmayan öğrencilerin manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalaması alkol kullanan öğrencilere göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Cihangiroğlu ve Deveci'nin yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin alkol kullanıp kullanmama durumlarının SYBD ölçeği puanını etkilemediği saptanmıştır (7).

Karadeniz ve ark.'nın araştırmasında ise üniversite öğrencilerinin alkol kullanma durumları ile SYBD arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (62).

Konu ile yapılan araştırmalar incelendiğinde sonuçların benzer olduğu görülmüştür. Ancak, alkol kullanımının, araştırılan faktörlerle ilişkisinde; alkolün dozajı, bağımlılık derecesi ve kullanımının bildirim gizliliği etkileri de değerlendirilmedi.

Öğrencilerin kaldıkları yer durumlarına göre SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları kaldıkları yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması kaldıkları yerlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Buna göre “evde, yalnız” kalan ve “evde, arkadaşlarla” kalan öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması “evde, ailele” kalan öğrencilerden ve “özel yurttan” kalan öğrencilerden düşük bulunmuştur.

Ünalın ve ark.’nın çalışmasında ailesiyle kalanlar daha fazla fiziksel aktivite yapmaktadır. Ünalın’ın çalışmasında yurttan kalanların manevi gelişim ve beslenme toplam puan ortalamalarının da daha düşük olduğu saptanmıştır (19).

Tıp Fakültesi öğrencilerinin alt ölçek boyutlarına yönelik görüşleri sınıflara göre karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflarına göre karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Eczacılık Fakültesi öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflarına göre karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki

davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflara göre karşılaştırıldığında, öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin beslenme davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Buna bağlı Tablo 22'deki ortalamalar dikkate alındığında beslenme ve diyetetik bölümü 4. sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalaması ($\bar{x}=2,68$) beslenme ve diyetetik 1.sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,42$) büyüktür.

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflara göre karşılaştırıldığında, hemşirelik öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflara göre karşılaştırıldığında; fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre ortalamalar dikkate alındığın fizik tedavi ve rehabilitasyon 4.sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları ortalaması ($\bar{x}=2,50$) fizik tedavi ve rehabilitasyon 1.sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,12$) büyüktür.

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri sınıflara göre karşılaştırıldığında, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre ortalamalar dikkate alındığında sağlık yönetimi 1. sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalaması ($\bar{x}=3,27$) sağlık yönetimi 4. sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,90$) büyüktür.

Hukuk Fakültesi bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşleri, sınıflara göre incelendiğinde hukuk fakültesi bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Özyacıoğlu ve ark.'nın hemşirelerle yaptıkları çalışmada dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin ölçek puanları birinci sınıfta okuyan öğrencilere göre kısmen daha yüksek bulunmuş olsa da genel toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır (104).

Choi Hui (2002) çalışmasında birinci sınıf öğrencilerinin SYBD'de en yüksek puanı aldıklarını, sınıf ilerledikçe bu puanın düştüğü ve aradaki farkın da önemli olduğu bulunmuştur (103).

Cihangiroğlu ve Deveci'nin öğrencilerle ilgili yaptığı çalışmada, dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin birinci sınıfta okuyanlara göre SYBD ölçeği ve sağlık sorumluluğu puanları daha yüksektir (7).

Karadeniz ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin sınıf farklarına göre SYBD arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sadece dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerde sağlık sorumluluğu puanları yüksek bulunmuştur (62).

Ayaz ve ark.'nın çalışmasında, sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması birinci sınıflarda daha düşük, dördüncü sınıflarda daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yine SYBD ölçeği puan ortalaması dördüncü sınıflarda istatistiksel bir fark olmasa da yüksek bulunmuştur (1).

Sağlık sorumluluğunun ileri sınıflarda artması özellikle sağlık ile ilgili eğitim gören öğrencilerin ilgili dersleri almaları ve sağlık bilinçlerinin artması ile açıklanabilir.

Zaybak ve Fadıoğlu'nun çalışmasında sağlık bölümünde okuyanların sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamaları diğer bölümlere göre yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlıkla ilgili bölümlerde okuyanların diğer alt grup puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte diğer bölümlerden yüksektir (100).

Ünalın ve ark.'nın çalışmasında sağlık programları ile sosyal programlarda okuyan öğrenciler arasında egzersiz, manevi gelişim, beslenme alt grupları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (19).

Can ve ark.'nın çalışmasında dördüncü sınıf öğrencilerinin SYBD puan ortalamaları alt sınıflara göre yüksek bulunmuştur (113).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda SYBD konusunda özel olarak verilen eğitimin fiziksel aktivite, egzersiz ve beslenme alanlarında etkili olduğu saptanmıştır (114).

Sağlığı geliştirmek için sağlığa duyarlılığın artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gereklidir. Eğitim süreci boyunca öğrenciden fiziksel, zihinsel ve emosyonel olarak olumlu yönde sağlıklı yaşam biçimi

davranışları geliştirmeleri beklenmektedir. Çalışmalarda ise birinci sınıf ve dördüncü sınıfta okuyan öğrenciler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bir artış gözlenmemesi, öğrencilerin öğrendikleri bilgileri uygulamaya geçirme konusunda yeterince gayret göstermemeleri ve sağlığı geliştirme, koruma bilgilerini kendi yaşamları ile ilişkisiz bulmaları olabilir. Yine olumsuz toplumsal baskı ve gerçek dışı beklentiler gibi sağlıklı davranış engelleriyle karşılaşılan öğrencilerin etkin stratejiler geliştirmediği söylenebilir.

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış olup İstanbul Medipol Üniversitesi; Kavacık ve Haliç yerleşkelerinde öğrenim gören toplam 370 öğrenci tarafından oluşmaktadır. Haliç yerleşkesinde bulunan Tıp fakültesi ve Diş Hekimliği Fakültesi ile Kavacık yerleşkesinde bulunan Sağlık Bilimleri Fakültesine ait olan “Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi, Beslenme ve Diyetetik” bölümleri ile Eczacılık ve Hukuk Fakültesi 1. Ve 4. sınıf üniversite öğrencilerinin gönüllü katılımlarıyla sağlanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %68,1'i (n=252) kadın, %31,9'u (n=118) erkektir.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin alt ölçek puan ortalamaları 131.65 ± 25.58 , medyan değeri 132 olup, minimum puan 63, maksimum puan 201'dir.

Öğrencilerin alt ölçek puanlarına bakıldığında ise, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 20.69 ± 4.50 'dir. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarının medyan değeri 21 olup, minimum puan 10, maksimum puan 35'dir.

Öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 16.94 ± 4.68 , medyan değeri 16 olup, minimum 6, maksimum 31'dir.

Öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması 20.32 ± 4.11 'dir. Medyan değeri ise 20 olup minimum puan 9, maksimum puan 33'dür.

Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 27.35 ± 4.22 'dir. Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puanlarının medyan değeri 28 olup minimum puan 12, maksimum puan 36'dır.

Öğrencilerin kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması 26.49 ± 4.51 , medyan değeri 27 olup, minimum puan 15, maksimum puan 36'dır.

Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puan ortalaması 19.86 ± 3.56 'dır. Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puanlarının medyan değeri 20 olup minimum puan 11, maksimum puan 30'dur.

Araştırmamızda SYBD II ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite boyutlarına ait olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi gelmektedir.

Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Hukuk Fakültesi öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesi; hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölçek alt boyutlarına yönelik görüşlerinin sınıflara göre karşılaştırılmasına yönelik analiz sonuçları incelendiğinde öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki

davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin beslenme davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, ortalamalar dikkate alındığında beslenme ve diyetetik 4.sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalaması ($\bar{x}=2,68$) beslenme ve diyetetik 1.sınıf öğrencilerinin beslenme davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,42$) büyüktür.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, ortalamalar dikkate alındığında fizik tedavi ve rehabilitasyon 4.sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları ortalaması ($\bar{x}=2,50$) fizik tedavi ve rehabilitasyon 1.sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,12$) büyüktür.

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları okudukları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, ortalamalar dikkate alındığında sağlık yönetimi 1.sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalaması ($\bar{x}=3,27$) sağlık yönetimi 4.sınıf öğrencilerinin kişilerarası ilişki davranışları ortalamasından ($\bar{x}=2,90$) büyüktür.

Öğrencilerin manevi gelişim davranışları ortalaması cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre kadınların sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ve stres yönetimi davranışları ortalaması erkeklerden daha yüksek iken fiziksel aktivite davranışları ortalaması erkeklerden daha düşüktür.

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları ortalaması gelir durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, “Gelir Gidere Denk” olan ve “Gelir Giderden Fazla” olan öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları ortalaması “Gelir Giderden Az” olan öğrencilerden fazladır.

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, kişilerarası ilişki davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalamaları ise sigara içme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre sigara içmeyen öğrencilerin manevi gelişim davranışları, beslenme davranışları ortalaması sigara içen öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalamaları ise alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre alkol kullanmayan öğrencilerin manevi gelişim davranışları, stres yönetimi davranışları ortalaması alkol kullanan öğrencilere göre daha yüksek tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu davranışları, fiziksel aktivite davranışları, beslenme davranışları, manevi gelişim davranışları, kişilerarası ilişki davranışları ortalamaları kaldıkları yerlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması kaldıkları yerlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre, “evde, yalnız” kalan ve “evde, arkadaşlarla” kalan öğrencilerin stres yönetimi davranışları ortalaması “evde, ailele” kalan öğrencilerden ve “özel yurтта” kalan öğrencilerden düşük bulunmuştur.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri ayrıca toplum gruplarına örnek olabilmelerini sağlayacak yaşam tarzlarını benimsemeleri için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Üniversite öğrencilerin sağlıklarını geliştirmek ve korumak için, sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır. Öğrencilerin sağlık konusunda eksik kaldıkları konular saptanmalı, eğitim programlarının zamanı öğrencilere danışılarak belirlenmelidir.
- Verilen sağlık eğitiminin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.
- Üniversite öğrencileri için, spor ve fiziksel faaliyet programları yaygınlaştırılmalı, üniversite kampüs alanları planlanırken öğrencilerin yararlanabileceği spor salonlarına ve yüzme havuzlarına yer verilmelidir.
- Üniversite öğrencilerinin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için, beslenme ve egzersiz davranışları birlikte yürütülmelidir. Eğitici seminerler düzenlenmeli ve üniversite içindeki iletişim araçları (panolar, dergiler vs.) vasıtasıyla bilgilendirilmelidir.
- Üniversite öğrencilerine, stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir. Üniversite ortamında, strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik üniversite yönetimince araştırmalar yapılabilir.
- Sigara ve alkol kullanımına bağlı olarak sigaranın/alkolün sağlığa zararlı etkileri, eğitim programları içinde işlenmelidir. Sigara ve alkol kullanımını azaltmasına yönelik “Sigaraya ve Alkole Hayır” kampanyası başlatılmalıdır.
- Sağlığı geliştirmek amacıyla, sağlık eğitimi programları geniş kapsamlı, yerel, sosyal ve kültürel özelliklere dayalı ve bireylerin değer sistemlerinin oluşumuna yakın ölçüde olmalıdır.

- Üniversite öğrencilerine uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında, sosyodemografik faktörler göz önüne alınmalıdır.

BÖLÜM VII

7. KAYNAKLAR

- 1) Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. *Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2): 26-34, 2005.
- 2) Batı H., Tezer E., Duman E., Önen E., Yılmaz C., Fadıloğlu Ç. *Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı değerlendirilmesi. 8. Halk Sağlığı Günleri (Kongre Kitabı), Sivas 23-25 Haziran, 227, 2003.*
- 3) Yalçınkaya M., Özer F., Karamanoğlu A. *Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Kor Hek* 6(6):409-420, 2007.
- 4) Çelik G., Malak A., Bektaş M., Yılmaz D., Yümer A., Öztürk Z ve ark. *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig* 3(3):164-169, 2009.
- 5) Kong R. *Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses, Public Health Nursing*, 12(5):312-318, 1995.
- 6) Sisk RJ. *Caregiver Burden and Health Promotion, International Journal of Nursing Studies*, 37:37-43, 2000.
- 7) Cihangiroğlu Z., Deveci S. *Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi* 16(2):78-83, 2011.
- 8) Türkol E., Güneş G. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi* 19(3):159-66, 2012.
- 9) *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1993.*
- 10) Belek İ. *Türkiye Aile Hekimliği Modeli, Herkes İçin Sağlık, Perspektif Bir Değerlendirme, Toplum ve Hekim Mart-Nisan, 12(78):8-14, 1997.*

- 11) Gültekin K.B., Pala K. *Herkes İçin Sağlık Alma Ata'da 21. Yüzyıla. Toplum ve Hekim* 15(4):297-300, 2000.
- 12) *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2000.*
- 13) Ocakçı A. *Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü.* <http://www.turkishmedline.com/>, 2003.
- 14) Spradley WB. *Health Promotion and Wellness, Community Health Nursing Concept and Practice*, Lippincott, 2001.
- 15) Özbaşaran, F., Çakmakçı, A. ve Güngör, N. 'Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi', *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3):43-55, 2004.
- 16) Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Yardım N., Özbay H., Çaylan A., Ünüvar N., Aydın S. (Eds): *Türkiye'de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, s:227-229, 2007.*
- 17) Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., Ankara, s.11-33, 2004.*
- 18) Sertçelik E. *Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A. B. D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Tuncel), 1999.*
- 19) Ünalın D., Şenol V., Öztürk A., Erkorkmaz Ü. *Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2):101-109, 2007.
- 20) Yılmaz Ç., Değirmenci C. Eds: *Sağlıklı Beslenme Kitabı, Elit ofset Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., s.8-11, 2002.*
- 21) Ay F., Ertem Ü., Özcan N., Ören B., Sarvan S. Eds: *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.5-47, 2008.*
- 22) Baysal A., Aksoy M. ve ark. *Diyet El Kitabı, Yenilenmiş 5. Baskı. Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, s.7-9, 2008.*
- 23) Karakoç A. *Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güngör Güler), 2006.

- 24) <http://tdkterim.gov.tr/bts> Erişim tarihi: 23.07.2010
- 25) *Phalank C. Determinant of Health Promotive Behavior; a Preview of Current Research. Nursing Clinic North Amerika, 26(4), 815-832, 1991.*
- 26) *Akdemir N., Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 2005.*
- 27) *Akça Ay F.A., Ertem Ü.T., Özcan N.K., Ören V.G., Işık R.D. Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008.*
- 28) *Black M.J. ve Hawks J.H. Medikal-Surgical Nursing. USA: Saunders Elsevier Publishing, 2009.*
- 29) *Taylor C., Lillis C., Lemone P., Lynn P. Fundamentals of Nursing. USA:LWW Publishing, 2008.*
- 30) *World Health Organization. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Erişim: (http://www.afro.who.int/en/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*
- 31) *Ata E. Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. Selma Doğan), 2008.*
- 32) *Geçkil E., Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başatme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 10(2):19-28, 2006.*
- 33) *Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, Sayfa 30, 2011.*
- 34) *Carreno J., Vyhmeister G., Grau L., Ivanovic D. A health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: A pilot study. Public Health, (120):346-355, 2006.*

- 35) Pullis BC, Nies MA. 'Health Promotion and Risk Reduction' Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations İçinde Nies MA., MeEwen M. (Eds). Elsevier Saunders, United States of Amerika, s:50-66, 2011.
- 36) Özvarış Ş.B. 'Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme' Halk Sağlığı Tmel Bilgiler içinde Güler Ç., Akın L. (Eds). HAcettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s. 1131-1186, 2006.
- 37) Ottawa şartı http://www.un.org.tr/doc_pdf/ottawa_chart.pdf,1986 ; erişim tarihi:05.06.2012.
- 38) WHO. Quantifying Selected Major Risks to Health. Erişim adresi: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02.ch4.pdf>, Erişim tarihi: 12.07.2012.
- 39) Dickey RA., Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, *Endorc Pract*; 7:392-399, 2001.
- 40) Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA. et al. Youth risk behavior surveillance-United States 2005. *Center for Disease Control and Prevention (CDC) Surveillance Summaries, morbidity and Mortality Weekly Report*; 55 (SS 05):1-108, 2006.
- 41) Kulbok PA, Cox CL. Dimensions of adolescent health behavior. *J Adolescent Health*; 31 (5): 394-400, 2002.
- 42) Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001.
- 43) Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Basım, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, 44-46, 2008.
- 44) Galloway RD. Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *CM&R*; vol. 1, no.3:249-258, 2003.
- 45) Srof BJ, Friedrich BV. Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. *Nurs Sci Q*; Vol.19 No.4: 366-373, 2006.
- 46) Açıkgöz KÜ. "Maslow'un Gereksinim Kuramı" Etkili Öğrenme ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası, 193-201, İzmir, 1996.
- 47) O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0:embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Health Promat*; 24(1):iv., 2009.

- 48) Yardım N., Gögen S., Mollahaliloğlu S., Sağlıkın geliştirilmesi (Health promotion): Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. *İstanbul Tıp Fak. Derg.*; 72:29-35, 2009.
- 49) Aktan CC., Işık AK. Sağlıkın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirelerine toplu bir bakış. Erişim: (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sagligin-korunmasi.pdf>) Erişim tarihi: 19.01.2010.
- 50) World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences. Erişim: (<http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>) Erişim tarihi: 16.02.2010
- 51) 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 .
- 52) 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 Üniv. Sağlık Bilim Derg*; 13(2):30-38, 2004.
- 53) Ahmed SM., Adams AM., Chowdhury M., Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in bangladesh. *Soc Sci Med*; 51:361-371, 2000.
- 54) Pasinlioğlu T., Gözümlü S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniv. Hemşire YO Derg*;2(2):60-68, 1998.
- 55) Langemo D., Volden C. The relationship of age, gender and exercise practices to measure of health, lifestyle, self esteem. *Appl. Nurs. Res.*; 3(1):20-26, 1990.

- 56) Owens L. *The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults*. A dissertation presented for the doctor of philosophy degree The University of Memphis, 2006.
- 57) Akgül N. *Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans. Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.
- 58) Gochman DS. *Health Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press., 1988.
- 59) www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf (erişim Tarihi:21.05.2011).
- 60) Çepni SA. *Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz-Yeterliliği İlişkisi*. Yüksek Lisans tezi. Gazi Üniversitesi, 2010.
- 61) Yıldırım N. *Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2005.
- 62) Karadeniz G., Yanikkerem-Uçum E., Dedeli Ö., Karaağaç Ö. *Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. TAF Preventive Medicine Bulletin; 7(6):497-502, 2008.
- 63) www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1). Erişim Tarihi: 27.07.10
- 64) Elizabeth K., Taner W. *Assesment of a Health- Promotive Lifestyle*. Nursing Clinics Of North Amerika, 26(4), 845-847, 1991.
- 65) Spradley BW. *Community Health Nursing: Concepts and Practice*. England: Division of Scott Prozman and Company, 1990.
- 66) www.tdk-online.org/link/TDK_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf (Erişim Tarihi: 18.05.2011)
- 67) Edelman, CL. Mandle CL. *Health Promotion*, Toronto, Mosby Company; s.3-25, 2002.
- 68) Pender N., Barkauskas V. *Health Promotion and Disease prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education*. Nursing Outlook; 40(3),278-290, 1992.

- 69) Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 1:13-21, 2012.
- 70) Özçelik H. Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi, sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yonca Sönmez),2012.
- 71) Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Kanak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16:75-81, 2009.
- 72) Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Adana, 2010.
- 73) Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood JR. Test of Health Promotion Model As A Causal Model of worker's Use Of Hearing Protection. *Nursing Research*, 43 (3), 151-157, 1994.
- 74) Bek N. Fiziksel aktivite ve sağlığımız. <http://www.sbfirhacettepe.edu.tr/incele.php?id=NjY>. Erişim Tarihi: 3 haziran 2014.
- 75) Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
- 76) Tekir Ö. Hipertansiyon Hastalarına Hemşire tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. (Danışman: Prof. Dr. Nimet Ovayolu), 2005.
- 77) Geneva: 32. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health, 2010. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979eng.pdf> Erişim Tarihi:13 Nisan 2013.
- 78) Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiological 33. Evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer*, 46:593-604, 2010.

- 79) Özer K. *Fiziksel Uygunluk. Nobel yayın dağıtım, 1. Basım: 1-19, Ankara, 2001*
- 80) Ünal M. *Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi yayınları, 1. Baskı, Eskişehir, 2013.*
- 81) Aktürk Z. *Sağlıklı yaşam: Beden Eğitimi Danışmanlığı. Anadolu üniversitesi Açıköğretim fakültesi yayınları, 1. Baskı, Eskişehir. 2013.*
- 82) Kılıç N. I. *Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık eğitimi Kongresi Özet Kitabı (9-12 Kasım 2006 Muğla Üniversitesi), 2006.*
- 83) Esen F., Turgut A. *Sağlıklı Yaşam: Sağlıklı Yaşamın Önemi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi yayınları, 1. Baskı, Eskişehir, 2013.*
- 84) Çakır B., Toprak İ., Yüksel B. *Sağlık Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti., ^ Baskı, Ankara, 2002.*
- 85) Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve HAREketli Hayat Programı (2013-2017). Sağlık Bakanlığı yayınları, 3. Basım, Ankara, 2013.*
- 86) <http://www.who.int> Erişim Tarihi: 13 Kasım 2013.
- 87) Aksoy T. *Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı YAşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2010.*
- 88) Birol I. *'Sağlık ve Hastalık kavramı' Hemşirelik Süreci. 6. Basım. Etki Matbaacılık, İzmir, 2004.*
- 89) Açıkgöz KÜ. *Maslow'un Gereksinim Kuramı: Etkili Öğrenme ve Öğretme. Kanyılmaz Matbaası, İzmir, 193-201, 1996.*
- 90) Özcan A. *Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset, Ankara. 2006.*
- 91) Akdemir N., Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Perspektif baskı, İstanbul, 2005.*
- 92) Chen M. *The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nursing,16:125-132, 1999.*
- 93) Güçlü N. *Stres Yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi; Cilt 21, Sayı 1, 91-109, 2001.*
- 94) Korkmaz A. *Yüksek Öğrenim gençliğinin problemleri. Erişim: (<http://yayim.med.gov.tr/dergiler/145/korkmaz.htm>). Erişim Tarihi: 26.09.2012, 2006.*

- 95) Anonim. *United Nations Population Information Network*. Erişim: (<http://www.un.org/popin/data/.html>). Erişim tarihi: 26.09.2012, 2002.
- 96) Baltaş Z. *Stres ve Sağlık. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. Remzi Kitapevi, İstanbul, 2011.
- 97) Steptoe A., Wardle J., Cui W., Bellisle F., Zotti AM., Baranyai R., Senderman R. *Trends in smoking, diet, physical exercise and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000*. *Preventive Medicine*, 35:97-104, 2003.
- 98) Al-Kandari F., Vidal VL. *Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait*. *Nursing and Health Science*,), 112-119, 2007.
- 99) Hawks RS., Madanat HN., Meril RM., Goud MB., Miyagwa T. *A Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students*. *The Journal of Health Education*, 5, 84-92, 2002.
- 100) Zaybak A., Fadilloğlu Ç. *Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi*. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 77-95, 2004.
- 101) Lee RL., Loke AJ. *Health-Promoting Behaviours and psychosocial Well_Being of University Students in Hong Kong*. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220, 2005.
- 102) Özkan S., Yılmaz E. *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 2008.
- 103) Hui WHC. *The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong*. *J Prof Nurs* 18(2):101-11, 2002.
- 104) Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. *Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi*. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 8(2). 2011.
- 105) Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. *İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. *SDÜ Tıp Fak Derg*. 17(2):19-24. 2010.

- 106) Şimşek Ö, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö ve ark. *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3):151-157, 2012.
- 107) Yılmaz AN. *Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimi ve vücut bileşimlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi-İstanbul* 2013.
- 108) Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. *Assesment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med* 17:222-227, 2012.
- 109) Verela-Mato V., Cancela JM., Ayan C., Martin V., Molina A. *Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 2728-2741, 2012.
- 110) Mahmoodi G., Jahani MA., Naghavian M., Nazari A., Ahmadi N. *A Study of Health-Promoting Behaviors of Medical Sciences Students of Islamic Azad University of Sari, Iran. Iranian Journal Of Health Sciences*; 2(2): 52-57, 2014.
- 111) Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (Eds): *Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti., Ankara, s.9-90, 2009.*
- 112) Bostan N. *Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışlarını Etkileyen Fakötürler. Dokuz Eylül Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, s. 30, 2013.*
- 113) Can G., Özduilli K., Erol O., Ünşar S., Tülek Z., Savaşer Ş., Özcan S., Durna Z. *Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nurs health Sci*, 10(4):273-80, 2008.
- 114) Yeh L., Chen CH., Wang CJ., Wen MJ., Fetzer SJ. *A preliminary study of a healthy-lifestyle-promoting program for nursing students in Taiwan. J Nurs Educ* 44(12):563-565, 2005

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Cevriye Derin	Soyadı	Kuşdemir
Doğum Yeri	Denizli	Doğum Tarihi	01.02.1987
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	34333285438
E-mail	c.derindagistan@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lisans	Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu	2010
Lise	Denizli Cumhuriyet Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Okul hemşireliği	Sev İlköğretim Okulu	-2013-2014
2. Psikiyatri hemşireliği	Erenköy ruh ve sinir hastalıkları	-2011-2012
3. Ameliyathane hemşireliği	Memorial hastanesi	-2010-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	zayıf	orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Bilgisi Seviye Tespit Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62,23356		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Excel	İyi
Word	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirir

EKLER

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Değerli öğrenciler,

Bu araştırma, Medipol Üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Araştırmaya katılım zorunlu değildir, katılmayı kabul ettiğiniz takdirde ekte yer alan “Sosyodemografik Veri Formu’na ve Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları Ölçeği II”ye lütfen **adınızı-soyadınızı yazmayınız.**

Çalışma sonuçlarının sağlıklı olması adına maddeleri dikkatle okuyarak, içtenlikle yanıtlamanızı ve puan hesabı yapılacağından ölçekteki tüm maddeleri boşluk bırakmadan cevaplamanızı rica ederim.

Araştırmadan elde edilen bilgiler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

DERİN KUŞDEMİR

Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Ek-1 Sosyodemografik Veri Formu

1. Sınıfınız: ...

2. Yaşınız: ...

3. Cinsiyet: Kadın (), Erkek ()

4. Medeni durumunuz: Evli (),
Bekar()

5. Okuduğunuz Fakülte /Bölüm:

Tıp fakültesi ()

Diş Hekimliği Fakültesi ()

Eczacılık Fakültesi ()

Beslenme ve Diyetetik Bölümü ()

Hemşirelik Bölümü ()

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü ()

Sağlık Yönetimi bölümü ()

Hukuk fakültesi ()

6. Aile Tipiniz: Çekirdek aile ()

Geniş aile ()

7. Gelir Durumunuz:

Gelir giderden az ()

Gelir gidere denk ()

Gelir giderden fazla ()

8. Sigara Kullanma Alışkanlığınız:

Sigara içiyorum ()

Sigara içmiyorum ()

9. Alkol kullanma durumunuz:

Kullanıyorum ()

Kullanmıyorum ()

10. Bu okula kaydolmadan önce en uzun yaşadığınız yer:

Köy () İlçe () İl () Yurtdışı ()

11. Mezun olduğunuz okul:

Devlet okulu ()

Özel okul ()

Yatılı okul ()

12. Üniversite eğitiminiz dönemi boyunca kaldığınız yer:

Evde, ailemle ()

Evde, yalnız ()

Evde, arkadaşlarla ()

Özel yurttta ()

Ek-2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

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

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, 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 hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	Đnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				

26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımda uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez 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 ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 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 varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 163
Konu: Etik Kurulu Kararı

18/07/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>