



T.C.

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAĞLIK BİLİMLERİNDE EĞİTİMİNİ SÜRDÜREN
ÖĞRENCİLERDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

ALİ İMRAN GÜNMÜZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. NESRİN AŞTI

2021- İSTANBUL



T.C.

DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAĞLIK BİLİMLERİNDE EĞİTİMİNİ SÜRDÜREN
ÖĞRENCİLERDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**ALİ İMRAN GÜNMÜZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. NESRİN AŞTI**

**JÜRİ ÜYELERİ
Prof. Dr. Nesrin AŞTI
Prof. Dr. Nurten KAYA
Dr. Öğr. Üyesi Özlem METREŞ**

2021- İSTANBUL

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

17 Haziran 2021

Yüksek Lisans öğrencisi Ali İmran GÜNİMÜZ'ün, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda "Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI/ ~~BAŞARISIZ~~ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ / ~~OYÇÖĞÜNLUĞU~~ ile KABUL/ ~~DÜZELTME~~ / ~~RED~~ kararı verilmiştir.

Prof. Dr. Nesrin AŞTI
(Danışman)
(Başkan)

Prof.Dr. Nurten KAYA
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Özlem METREŞ
(Üye)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ali İmran GÜN MÜZ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Nesrin Aştı'ya,

Tez yazımındaki yardımlarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Özlem Metreş'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen başta sayın Prof. Dr. Liva Ertan Sağbaş ve sayın Doç. Dr. Süleyman Yazıcı olmak üzere tüm Kalp ve Damar Cerrahisi bölümündeki hocalarıma,

Çalışmam boyunca yardımlarını hiç esirgemeyen değerli arkadaşlarım ve meslektaşlarım Mustafa Bayram, Serkan Cin, Cumhur Bezsatan ve Muammer Tokgöz'e,

Çalışmam boyunca yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli eşim Elif Ergün Günmüz'e

Eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteklerini hiç esirgemeyen başta merhum babam, annem ve abim olmak üzere tüm aileme sonsuz teşekkür ederim.

İstanbul, 2021

Ali İmran GÜN MÜZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. SAĞLIK KAVRAMI	8
4.1.1. Sağlık Kuram ve Modelleri.....	8
4.1.1.1. İyilik Modeli.....	9
4.1.1.2. Özbakım Modeli.....	10
4.1.1.3. Sağlık İnanç Modeli	10
4.1.1.4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	11
4.1.2. Sağlıkta Etik.....	12
4.2. SAĞLIK DAVRANIŞI TANIMI.....	13
4.2.1. Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörler.....	13
4.2.1.1. Yaş.....	14
4.2.1.2. Cinsiyet.....	15
4.2.1.3. Eğitim Durumu.....	15
4.2.1.4. Madde Kullanımı.....	15
4.2.1.5. Ekonomik Durum	16
4.2.1.6. Aile ile Birlikte Yaşama.....	16
4.2.1.7. Medeni Durum	17
4.2.1.8. Dini İnançlar	18
4.2.1.9. Yaşanılan Bölge	18
4.2.1.10. Çevre	19
4.2.1.11. Sosyal Medya Kullanımı	19

4.2.1.12. Kronik Hastalıklar	20
4.2.1.13. Egzersiz ve Uyku Düzeni	21
4.2.1.14. Pandemide Sağlık Davranışı	21
4.3. SAĞLIK EĞİTİMİNİN AMACI	23
4.4. GENÇLİK ve SAĞLIK.....	24
4.5. SAĞLIK EKONOMİSİ: RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ EKONOMİSİ	24
4.6. SAĞLIĞI KORUMA ve GELİŞTİRME.....	25
4.6.1. Birincil Önlemler	25
4.6.2. İkincil Önlemler.....	25
4.6.3. Üçüncül Önlemler.....	26
4.7. SAĞLIK EĞİTİMİ.....	26
4.7.1. Sağlık Bilimleri Lisans Eğitiminin Amaç ve Hedefleri.....	26
4.7.2. Hemşirelik Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri	27
4.7.3. Sağlık Bilimleri Beslenme ve Diyetetik Bölümü Müfredatında Sağlıkla İlgili Derslerin Amaç ve Hedefleri	28
4.7.4. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri.....	29
4.7.5. Ebelik Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri	30
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	33
5.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR	33
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	33
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	33
5.5. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	34
5.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	34
5.7. VERİ TOPLAMA ARACI.....	34
5.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	35
6. BULGULAR.....	36
7. TARTIŞMA	60

7.1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN SYBD PUANLARI YÜKSEK MİDİR?	60
7.2. SYBD PUANLARI SINIF DÜZEYİNE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	61
7.3. SYBD PUANLARI BÖLÜMLERE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	62
7.4. SYBD PUANLARI CİNSİYETE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	63
7.5. SYBD PUANLARI MEDENİ DURUMA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	65
7.6. SYBD PUANLARI SİGARA KULLANMA DURUMUNA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	66
7.7. SYBD PUANLARI HASTALIK DURUMUNA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?	66
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
8.1. SONUÇ	68
8.2. ÖNERİLER	71
KAYNAKÇA	72
EKLER	80
EK 1: ÖZGEÇMİŞ	80
EK 2: ETİK KURUL ONAYI	82
EK 3: ANKET FORMU	84
EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI	90

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 6.1: Öğrencilerin Sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular (n=356)	36
Tablo 6.2: Öğrencilerin ailelerine ilişkin bulgular (n= 356)	37
Tablo 6.3: Hastalık-sağlık ve alışkanlıklara ilişkin bulgular (n=356)	38
Tablo 6.4: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği maddelerine verilen yanıtların bulguları (n=356)	40
Tablo 6.5: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlar	41
Tablo 6.6: Sosyodemografik özelliklere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (n=356).....	43
Tablo 6.7: Aileye ilişkin bilgilere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması.....	48
Tablo 6.8: Hastalık-sağlık ve alışkanlıklara ilişkin bilgilere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (n=356).....	55
Tablo 6.9: SYBDÖ alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi	57

KISALTMALAR LİSTESİ

SYBDÖ II Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

Yüksek Lisans Tez Projesi Numarası: HEM/YL/2922019



1. ÖZET

SAĞLIK BİLİMLERİNDE EĞİTİMİNİ SÜRDÜREN ÖĞRENCİLERDE SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Öğrencinin Adı: Ali İmran GÜN MÜZ

Danışman: Prof. Dr. Nesrin AŞTI

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Amaç: Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimlerinde eğitimi sürdüren öğrencilerde sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmanın örneklemini 2019- 2020 eğitim-öğretim yılı'nda Demiroğlu Bilim Üniversitesi'nde öğrenim gören toplam 356 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma; Ebelik, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde okuyan birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin gönüllü olarak katılımlarıyla sağlanmıştır. Araştırmada veriler "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği" ve "Sosyo-Demografik Form" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 21.60 ± 2.97 olup %46.1'i hemşirelik, %11.2'si ebelik, %22.2'si beslenme ve diyetetik, %20.5'i ise fizyoterapi ve rehabilitasyon programında okumaktadır. Öğrencilerin %60.7'si birinci sınıf, %39.3'ü dördüncü sınıf öğrencisidir. Son 6 ay sağlık değerlendirme skorları 1 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama 6.40 ± 2.06 'dır. Öğrencilerin %34.6'sı sigara kullanmakta iken, %72.8'inin yakın çevresinde sigara kullanan birisi bulunmaktadır. SYBD II Ölçeğinin alt gruplarının değerlendirilmesinde sağlık geliştirilmesinde katkıda bulunulan davranışların içinde en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim (26.41 ± 4.37), en düşük puan ortalamasının da fiziksel aktivite (19.06 ± 5.14) olduğu görülebilmektedir. Sonra sırasıyla, kişiler arası ilişkiler (26.17 ± 4.52), sağlık sorumluluğu (22.67 ± 4.88), beslenme (21.40 ± 4.63), stres yönetimi (19.93 ± 4.04) gelmektedir.

Sonuç: Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi bir seviyeye getirebilmeleri için eğitim ve danışmanlık programları düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: öğrenci, eğitim, üniversite öğrencisi, sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları



2. SUMMARY

HEALTH BEHAVIORS AND EFFECTING FACTORS AT STUDENTS CONTINUING THEIR EDUCATION IN HEALTH SCIENCES

Student's Name: Ali İmran GÜN MÜZ

Advisor: Prof. Dr. Nesrin AŞTI

Department: Nursing

Objective: It was conducted as a descriptive study in order to determine the health behaviors and affecting factors of students at Demiroğlu Bilim University Health Sciences.

Material and Methods: The sample of the study consists of a total of 356 students studying at Demiroğlu Bilim University in the 2019-2020 academic year. Research; It was provided with the voluntary participation of first and fourth year students studying in the departments of Midwifery, Nursing, Nutrition and Dietetics, Physiotherapy and Rehabilitation. The data in the study were collected using the "Healthy Lifestyle Behaviors II Scale" and the "Socio-Demographic Form".

Results: The mean age of the students participating in the study was 21.60 ± 2.97 , 46.1% of them were studying in nursing, 11.2% in midwifery, 22.2% in nutrition and dietetics 20.5% in physiotherapy and rehabilitation program. 60.7% of the students pantsare first-year student sand 39.3% are fourth-year students. Healt hassess ments coresfor the last 6 month sranged from 1 to 10, with an average of 6.40 ± 2.06 . While 34.6% of the students are smokers, 72.8% of them have a cigarettes moker in the irimmediate environment. In the evaluation of the subgroups of the SYBD II Scale, it can be seen that the highest averages core is spiritual development (26.41 ± 4.37), and the lowest average score is physicalactivity (19.06 ± 5.14) among the behaviors that contribute to health promotion. Inter personalrelations (26.17 ± 4.52), health responsibility (22.67 ± 4.88), nutrition (21.40 ± 4.63), stress management (19.93 ± 4.04) comenext, respectively.

Conclusion: The students' healthy life style behaviors were found to be moderate. It may be recommended to organize training and counseling programs in order to bring healthy life style behaviors to a better level.

Keywords: student, education, university student, health promotion, healthy lifestyle behaviors



3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlar yaşamlarının her evresinde bir gelişim süreci içerisindeydir. Bu sürecin en önemli dönemlerinden birisi ise üniversite yıllarıdır. Üniversite, insan yaşamında mesleki eğitiminin yanı sıra kişilik gelişiminde, bireysel yaşamında ve sağlık davranışında önemli değişimlere neden olmaktadır. Bu değişimler özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlarını etkileyerek kendilerini geliştirmesini sağlamaktadır. Öğrencilerin bu gelişim süreci hem bireysel hem de toplumsal sağlık davranışlarında önemli farklılıklara sebep olmaktadır (Duran ve ark., 2018; İlhan ve ark., 2010).

Öğrencilerin başarılı, mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmesinin altında yatan en büyük faktör sağlıktır (Tuğut ve Bekar, 2008). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır (Duran ve ark., 2018; İlhan ve diğ., 2010). Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, birey merkezli sağlık bakım yaklaşımını öngörmektedir (Tuygar ve Arslan, 2015; Kocaakman ve ark., 2010). Bu yüzden üniversite eğitiminin amaçlarından birisi, öğrencilerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmesini, günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmeyi öğretmesi hedeflenmelidir (Aksoy ve Uçar, 2014; Bostan ve Beşer, 2017).

Sağlık davranışı, bireyin hastalıktan korunması ve yaşamı boyunca sağlıklı olmasını sağlayan sağlığını korumak ve sürdürmek için yaptığı ve inandığı bütün davranış ve uygulamalarda bulunulması ve bireyin iyilik hallini arttıran, kendini geliştirmesini hedefleyen davranış bütünüdür (Duran ve ark., 2018; Tuygar ve Arslan, 2015). Sağlık davranışı, sağlığını koruyarak sağlığını yükseltme ve sürekli hale getirmeyi hedefleyen dengeli beslenme, egzersiz, alkol ve tütün ürünleri kullanmama, sağlığa zararlı olan trans yağlardan kaçınma, yeterli ve düzenli uyku, ideal kiloya sahip olma, stresten uzak durma düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırma gibi sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir (Aksoy ve Uçar, 2014; Ayten, 2013). Sağlık davranışlarını geliştirmiş bir birey sadece herhangi bir hastalığı önlemeye yönelik olmayıp genel sağlık ve iyilik durumu sürdürerek daha da

iyileştirmeyi amaçlar (Tuygar ve Arslan, 2015; Tambağ ve Turan, 2012). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştiren davranışlarını kazandırmak ise onlara verilebilecek sağlıklı davranış eğitimleri ile mümkün olabilir (Aksoy ve Uçar, 2014; Esin ve Aktaş, 2012). Yapılan bir çalışmada; çalışanlara verilen beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanımı ile ilgili olumlu sağlık davranışının kazandırıldığı sağlık geliştirme programları sonucunda çalışanların kilo verdiği, düzenli aktivite yapma ve sigarayı bırakma oranlarının arttığı, işe devamsızlık oranlarının azalmasıyla iş verimliliğinin arttığı belirtilmiştir (Esin ve Aktaş, 2012). Başka bir deyişle sağlık davranışı eğitimi, öğrencilerin başarı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek çok önemli bir programdır.

Sağlık davranışını başta demografik özellikler olmak üzere çevre, ekonomik ve psikososyal durum gibi bir çok faktör etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada yaş ilerledikçe sağlık davranışlarına eğilimin arttığı, kadınların erkeklerden daha fazla sağlık davranışlarına dikkat ettiği, dindarlığın sağlık davranışı üzerinde olumlu etkilere neden olduğu ifade edilmektedir (Ayten, 2013). Bir diğer faktör ise aile ve ekonomik durumdur. Ailenin eğitim seviyesi arttıkça çocuklarının sağlık davranışını olumlu etkilemektedir (Güngörmüş ve Yılmaz Karabulutlu, 2012; Vural ve Bakır, 2015). Ancak maddi yetersizlikler öğrencilerin sağlıklı beslenmesi için yetersiz ve uygun fiziksel şartlara sahip olamamasına yol açmaktadır (Tuygar ve Arslan, 2015; İlhan ve ark., 2010). Medeni durum da sağlık davranışında önemli bir yere sahiptir. Yapılan bir çalışmada evli bireylerin beslenme durumları bekarlara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (İlhan ve ark., 2010). Ayrıca psikolojik durumun sağlık davranışı üzerinde büyük etkisi vardır. Kendi sağlık durumlarını iyi olarak algılayan sağlık çalışanları, daha olumlu sağlık davranışları sergilediği ifade edilmektedir (Bulduk ve ark., 2015; Esin ve Aktaş, 2012).

Öğrencilerde sağlık davranışının geliştirilmesi eğitimin kalitesi ve niteliğiyle doğrudan ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada sağlık lisesi mezunu öğrencilerin sağlık davranışı değerlendirmesi ticaret lisesi mezunu öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmektedir (Tuygar ve Arslan, 2015). Yine aynı çalışmada üniversite öğrencilerinin birinci ve ikinci sınıfta sağlıklı yaşam biçimi davranışları üçüncü ve dördüncü sınıflara göre daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Tuygar ve Arslan, 2015).

Üniversite öğrencilerinin birinci sınıftan dördüncü sınıfa kadar sağlık davranışlarını geliştirmesi beklenmektedir. Sağlık bilimlerinde verilen kaliteli ve yeterli eğitimin, öğrencilerin sağlık davranışını geliştirdiği ve bu davranışın ne olduğunu ve nasıl geliştirileceğini daha detaylı öğrendikleri düşünülmektedir. Ancak öğrenmek, sağlıklı davranışı sergilemek anlamına gelmemektedir. Buna kanıt olarak teorik bilgiyi aldıkları halde maddi yeterliliğe sahip olan öğrencilerin daha pratik olduğu için sağlıksız besinleri tercih ettikleri ve temel ihtiyaçlardan biri olan uykunun, yaşanması gereken süresinde yetersizliklerin olduğu ifade edilmektedir (Açıksöz ve ark., 2013; Aksoy ve Uçar, 2014; Tuygar ve Arslan, 2015).

Araştırmanın amacı; Lisans düzeyinde eğitim gören sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışı ve bu davranışa etki eden faktörlerin belirlenmesi amacı ile bu araştırma planlanmıştır. Bu çalışmanın hem literatüre katkı sağlayacağı hem de eksikliklerin belirlenerek giderilmesi için yol gösterici nitelikte olduğu düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. SAĞLIK KAVRAMI

İnsanlığın geçmişten günümüze, üzerinde hassasiyetle durduğu en önemli kavram ve durumlardan birisi sağlıktır. Sağlık, dinamik yapıya sahip bir kavramdır. Sağlıklı birey sabah uyandığında sağlıklı iken öğlene doğru bir anda başının ağrması ya da aldığı üzücü bir haber ile sağlık durumunda değişiklikler gerçekleşebilir. Bu durumda, sağlık kavramı ile hastalığın ya da sakatlığın olmayışı olarak tanımlanması doğru değildir. Tam bir sağlık kavramı ile fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini de içinde barındıran bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü 1974 yılında sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır (İlhan ve ark., 2010; Tuğut ve Bekar, 2008).

Sağlık kavramı bir çok faktörden etkilenmektedir. Sağlığın tanımından yola çıkarak tam bir iyilik halinin gerçekleştirilmesine engel olabilecek tüm durumlar sağlığı etkiler. Bunların arasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, kronik hastalıklar, medeni durum, yaşanılan bölge, aile tipi, anne ile babanın eğitim düzeyi, madde kullanımı, beslenme alışkanlıkları gibi pek çok faktör sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlığı etkileyen faktörleri değerlendirirken üzerinde durulması gereken en önemli konu sağlık davranışlarıdır (Vural ve Bakır, 2015).

4.1.1. Sağlık Kuram ve Modelleri

Sağlıkla ilgili olan davranışların her birey için farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu davranışları tek başına bir kuram ile açıklamak mümkün değildir. Kuram sözcüğü yunanca “görüş” anlamına gelen “theoria” sözcüğünden gelmektedir. Kuramlar belirli bir konu hakkındaki kavramları tanımlayan ve kavramlar arasındaki ilişkileri açıklayan sistematik ilkeler olup gözlem ve önermelerin bilimsel yöntem kullanılarak test edilmesi sonucu kanıtlanan kavramlar bütünüdür (İnan ve ark., 2013). Model ise bir mesleğin merkezinde yer alan temel kavramların ve bu kavramlar arasında kurulan mantıksal ilişkilerin şemalar

aracılığıyla ifade edilmesidir. Modeller, birden fazla kurama dayanarak bireyin tüm davranışlarını belirli bir sistematğin içinde anlamayı kolaylaştırmaktır.

Doğrudan gözlenemeyen kavramları açıklayan modeller, bir fikrin veya kavramın kuramsallaştırılarak açıklanmasında ve uygulanmasında belirli yollar içerir (Özbek, 2019).

Modeller, karmaşık konulara farklı yaklaşımlar getirmektedir. Sağlık ve sağlık davranışlarının açıklanmasına yardımcı olabilmesi açısından bazı modeller geliştirilmesindeki amaç sağlık kavramının karmaşık bir yapıya sahip olmasından kaynaklanır (Özbek, 2019; Kuşdemir, 2015). Sağlık ve sağlık davranışlarının tanımlanmasında kullanılan iyilik modeli, özbakım modeli, sağlık inanç modeli ve Pender'in sağlığı geliştirme modeli kavramları aşağıda özetle açıklanmıştır.

4.1.1.1. İyilik Modeli

İyilik modeli, bireyin, ailenin ya da toplumun sağlık potansiyellerini en üst düzeye getirmeye odaklanır. Modele göre yoksulluk, sosyal sınıf ve yaşam tarzları hastalıkların oluşmasında, mortalite ve morbiditede önemli risk faktörüdür (Ceylantekin ve Öcalan, 2018). İyilik modelinin, fiziksel, sosyal, duygusal, zihinsel ve manevi iyilik olmak üzere beş alt boyutu vardır.

- Fiziksel iyilik: günlük işleri yerine getirme, yeterli ve dengeli beslenme, sigara gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durma gibi konuları içerir.
- Sosyal iyilik: bireylerin çevresindeki insanlar ile iletişim kurma, sürdürme, farklı inanç ve düşüncelere karşı hoşgörölü olmayı içerir.
- Duygusal iyilik: duygularını tanıma, kabul etme, duygularını ifade etme ve stres ile başa çıkma konularını içerir.
- Zihinsel iyilik: gelişim için bilgileri etkili biçimde öğrenme, kullanma ve sürekli çabalamayı içerir.
- Manevi iyilik: doğa, din, bilim gibi yaşamı anlamlandıran ve yaşama güç katan bazı güçlere inanma yetisidir. Bireyin değer ve ahlaki yapısını oluşturur (Carpenter, 2010).

4.1.1.2. Özbakım Modeli

Özbakım modeli, bireyin, sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme ve erken teşhis ve hastalıklarla baş etme girişiminde kendi kendine yardım etme veya yardım alma becerilerini içerir (Aksoy, 2010). Öz bakım modeli, evrensel özbakım, gelişimsel özbakım ve sağlığın bozulduğu durumlarda özbakım gereksinimleri olmak üzere üç gereksinimi oluşturmaktadır.

- Evrensel özbakım gereksinimleri: yeterli hava, su ve gıda almayı sürdürme, dinlenme ve aktivite ile iletişim ve izolasyon arasında denge kurma, yaşam ve fonksiyonu koruma ve sürdürmeyi içerir.
- Gelişimselözbakım gereksinimleri: gebelik, bebeklik, gençlik ve yaşlılık gibi doğal gelişimsel süreçlerde ortaya çıkar. Yaşam süreçlerini destekleyen ve gelişim sürecini geliştirici etkinlikleri içerir.
- Sağlığın bozulduğu durumlarda özbakım gereksinimleri: patolojik durumların etkilerinin farkında olunması ve girişimde bulunma uygun tıbbi yardım arama, tıbbi önerilere uyma, tıbbi girişimlerin olumsuzluklarını fark etme ve girişimde bulunmayı içerir (Ceylantekin ve Öcalan, 2018; Aksoy, 2010).

4.1.1.3. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık inancı ve tutumları üzerinde odaklanarak bireylerin sağlık davranışlarını tahmin etme ve açıklanmasını sağlamaya çalışan bir modeldir. Model hastalık durumundan korunmak için bireylerin yaptıkları davranışlarının nasıl şekilleneceğini açıklamaya çalışır (Aksoy, 2010; Çınar, 2010).

Model üç bileşenden oluşmaktadır;

- Birinci bileşeni, bireylerin herhangi bir hastalık şüphesi karşısında kişisel algısıdır.
- İkinci bileşeni, bireylerin bir hastalığın karşısında hastalık ciddiyetini algılama düzeyidir. Sosyo-ekonomik durum, demografik özellikler ve hastalıkların bireyin aktivitelerini engelleyip engellemediği durumuna göre değişiklik gösterir.

- Üçüncü bileşeni, bireylerin hastalıklardan korunmak amacıyla alacağı olası tedbirler bütünüdür. Koruyucu önlemler arasında, yaşam biçiminde değişiklik, medikal tedavilere başlama gibi etkinlikler bulunabilir. Bireylerin hastalık şüphelerini ve ciddiyetlerini algılama düzeylerinde, alacağı olası tedbirleri belirler (Aksoy, 2010; Çınar, 2010).

Sağlık inanç modeli, sağlık profesyonellerinin hastalarının inançları, algıların öğrenilmesi, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde kazanması gereken tüm davranışların planlanması açısından önemlidir.

4.1.1.4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme modeli Pender tarafından geliştirilmiştir ve sağlığı koruma modelinin tamamlayıcısı olarak tanımlanmakta olup, bilişsel etkilere odaklanarak sağlık davranışlarının iyileştirilmesi ve sağlığın yükseltilmesini benimser (Bostan, 2013).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin esenlik düzeylerinin artırılmasıdır. Sağlığı geliştirme modeli, sosyal öğrenme teorisinden esinlenmiş olup, bireylerin sağlıklarını geliştirici davranışlarının etkilenmesini sağlayan bilişsel süreçler önemini açıklamaktadır. Yapısal açıdan, bireylerin hastalıklardan korunmak için yaptığı tüm davranışların nasıl şekil alacağı ve nelerin etkilediğini açıklayan sağlık inanç modeli ile benzetilmektedir (Bostan, 2013).

Sağlığı geliştirme modeli, 1996 tarihinde Pender ve arkadaşları tarafından gözden geçirilerek yenilenmiş ve modelin en son hali içerisinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenleri; “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranış-özel bilişsel süreçler” ve “davranış sonuçları” şeklinde tanımlanmıştır (Kuşdemir, 2015).

Sağlığı geliştiren davranış belirlenmesinde ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi için kullanılan bu modelde, toplumsal ve demografik özelliklerden sağlık etkilenmektedir. Bireylerin sağlık etkinliklerinde aktif olarak rol almalarının gerekliliği üstünde duran bu modeli aynı zamanda toplumun geneli için planlanmış ve test edilmiştir (Bostan 2010; Çınar, 2010).

4.1.2. Sağlıkta Etik

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. Maddesi;

1. Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

2. Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar (<http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/Insan-Haklari-Beyannamesi-1.pdf>).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. Maddesi;

Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir (https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf).

Etik ilkelerin belirlenmesinde toplumdaki değer yargılar, uluslar arası ve ulusal insan hakları, etik belgeler ve mesleki örgütlerin etik çalışmaları göz önünde bulundurularak yasallaştırılmıştır (Ardıç ve Taşkın, 2018).

Sağlık profesyonellerinin ortak amaçları bireylerin esenlik durumunu en iyi düzeyde tutmaktır, bunu yaparken de etik kuralları göz ardı etmeden mesleklerini en iyi şekilde yerine getirmeleri ortak hedefleri arasındadır.

Sağlık profesyonellerinin uyması gereken etik ilkeler; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde din, dil, ırk ayrımı gözetmeksizin, adil, bireye ve mesleğe saygılı, dürüst ve doğru yaklaşımlar üzerinde durur:

- Yararlılık ilkesi

- Bireye saygı ilkesi
- Mahremiyete saygı ilkesi
- Sadakat ilkesi
- Hakkaniyet, adalet ilkesi
- Dürüstlük ilkesi (Polat ve diğ., 2016; Ardıç ve Taşkın, 2018).

4.2. SAĞLIK DAVRANIŞI TANIMI

Sağlık davranışını Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında olduğu gibi, tam iyilik halinin sağlanmasına yönelik, bireylerin hastalık ya da hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı, sağlıklı yaşamın arttırılmasını sağlamak amacıyla kendini geliştirerek uyguladığı davranışların tümü olarak ifade etmek mümkündür (Tuygar ve Arslan, 2015; Açıksöz ve ark., 2013; Tambağ ve Turan, 2012). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, uyku düzeni, stres yönetimi, zararlı madde kullanmama, sağlık ve hijyen kurallarına uyma, dengeli beslenme gibi bir çok önlemleri kapsamaktadır (İlhan ve ark., 2010).

4.2.1. Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörler

Bireyler doğumundan itibaren sağlık davranışı dahil tüm aktivitelerini çevreden öğrenir. Bu nedenle sağlığın öğrenilmesi ve geliştirilmesi olumlu olabileceği gibi olumsuz yönde de gelişim gösterebilir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin hem kendi hem de toplumun sağlığını olumlu yönde etkileyebilecek davranışların tümüdür. Sağlıklı yaşam biçimleri ile ilgili bireyin kendini kontrol etmesi ve geliştirmesi, günlük yaşam aktivitelerinde sağlığın önemine dikkat ederek hem öğrenilmiş hem de öğrenmeye açık bir tutum ile sağlığı iyileştirmeye çalışmasıdır. Ancak bireyler olumlu sağlık davranışlarını gerçekleştirmek istemeyebilirler. Bunun bir çok nedeni olmakla birlikte sağlığı geliştirme davranışlarına karşı ön yargı ya da güvensizlik, sağlıklı yaşama kavuştuktan sonra tekrar sağlıksız bir yaşamın nüksedeceği inancı, değişim sürecinin zorluğu ile ilgili problemler olumsuz sağlık davranışına neden olabilir. Bu nedenle; Sağlık davranışını etkileyen olumlu ya da olumsuz faktörlerden bahsederken göz önüne alınması gereken faktörler vardır. Bunlardan bazıları, yaş, cinsiyet, bireyin eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik düzeyi, tipi ve eğitim düzeyi,

kronik hastalığın varlığı, medeni durum, yaşanılan bölge, madde ve sosyal medya kullanımınıdır.

4.2.1.1. Yaş

Her davranışta olduğu gibi sağlık davranışlarının da çocukluktan beri öğrenilerek geliştiğini söyleyebiliriz (Aydın Dinçer, 2019). Yapılan çalışmalarda, yaşın sağlık davranışlarının gelişmesinde önemli bir role sahip olduğu ifade edilmektedir (Kocaakman ve ark., 2010). Yaşın ilerlemesi ile birlikte sağlıklı beslenme, uyku düzeni ve fiziksel aktivitelerin arttığı belirtilmektedir (Ayten, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılında 0-14 yaşları arası 19 184 329 kişi, 15-64 yaş arası 55 663 349 kişi, 65 ve üzeri 7 186 204 kişi bulunurken, 2019 yılında 0-14 yaşları arası 19 212 345 kişi 15-64 yaşları arası 56 391 925 kişi 65 yaş üzeri 7 550 727 kişi saptanmıştır (Tüik, 2020).

Bireyin yaşamında sağlık tutum ve davranışlarının geliştiği en önemli dönem ergenlik dönemidir. Çünkü adölesan dönem; fiziksel, sosyal ve emosyonel değişikliklerin yoğun yaşandığı, bireyin yeni kimlik kazanma çabasının olduğu, içsel çatışmaların yaşandığı, gelişimsel kriz potansiyeli olan bir dönemdir. Bu döneme uyum sağlamaya çalışan adölesan kuralları reddetme, dürtüsellik, bağımsız olma istediği ve merakı nedeniyle sağlıklı olmayan riskli davranışlara yönelebilmektedir (Savaşan ve Oktay. 2021). Ergenlik döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik adölesanlara verilebilecek eğitim bir sonraki dönemin belirleyicisi rolündedir (Klosky ve ark., 2012). Avustralya’da yapılan bir araştırmada adölesanların alkol kullanımına en yatkın oldukları dönem olarak ifade edilmektedir (Lovell ve ark., 2015). Başka bir çalışmada yaş ile ilişkili olarak yaşın ilerlemesi ile emniyet kemeri kullanımının arttığı belirtilmektedir (Güngörmüş ve Yılmaz Karabulutlu, 2012). Bunlardan yola çıkarak yaşın sağlık davranışı üzerindeki rolü göz ardı edilmemelidir. Genç bireylerin başta ailesi ve daha sonrasında çevresini rol model aldığını düşünerek sağlık ile ilgili eğitimin aileden başladığını ifade etmek mümkündür.

4.2.1.2. Cinsiyet

Cinsiyetin sağlık davranışlarında etkili bir role sahip olduğu bir çok kaynakta ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre sağlık tutum ve davranışlarının daha ileri seviyede olduğu belirtilmektedir (Kocaakman ve ark., 2010; Vural ve Bakır 2015). Bunun nedenlerinden biri hem geleneksel kültürlerde hem de içgüdüsel koruyucu bir tutum sergilemesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kadınların erkeklere göre sağlık sorumluluğu daha fazladır (İlhan ve ark., 2010). Başka bir neden ise kadınların öz yeterliliklerinin erkeklere oranla daha ileri seviyede olduğundan dolayı karşılaşılan problemlerle kadınların daha iyi başa çıkabildikleri gösterilmiştir (Oluente ve ark., 2017).

TÜİK verilerine göre 2018 yılında erkek nüfusu 41 139 980, kadın nüfusu 40 863 902 kişiyken 2019 yılında ki verilere baktığımızda erkek nüfusu 41 721 136, kadın nüfusu 41 433 861 kişi olarak bulunmuştur (TÜİK, 2020).

4.2.1.3. Eğitim Durumu

Sağlık tutum ve davranışlarının gelişmesinde en önemli faktörlerden birisi eğitimidir. Eğitim düzeyinin artması ile sağlık davranışlarının geliştiği, eğitim düzeyi yüksek insanların hastalıklara karşı önleyici ve hastalıklarda risk kontrolünü sağlayıcı davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir (Olshansky ve diğ., 2012). Yapılan bir çalışmada, kolejde okuyan kadınların devlet okulunda okuyan kadınlara göre daha sağlıklı bebekler yetiştirdiği ifade edilmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010).

Yaşın sağlık davranışlarına olan etkilerini ifade ederken tüm aşamalarda özellikle eğitim durumunun öneminden bahsettik. Eğitim olmadan yaşın ilerlemesi ile sağlık davranışları iyileşmez. Bu nedenle eğitim, bireylerin yaşamları boyunca sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemesi için öncelikle genç bireyleri yönlendirmesi bakımından ebeveynler ile genç bireylere sağlık eğitiminin entegre edilerek geliştirilmesi gerekmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010).

4.2.1.4. Madde Kullanımı

Sağlık tutum ve davranışlarının en kötü göstergesi madde kullanımı olarak gösterilebilmektedir. Madde kullanımı bireyin sağlıklı davranış sergilemesinde bir

perde olarak görülebilmektedir. Eğitim durumu madde kullanımı ile yakından ilişkilidir. Eğitim düzeyi arttıkça madde kullanımı azalmakta, eğitim düzeyi azaldıkça kullanım artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, eğitim seviyesi yüksek bireylerin sigara kullanımının eğitim seviyesi düşük bireylere göre daha az olduğu, obezite ve alkol kullanım oranının eğitim seviyesi arttıkça azaldığı belirtilmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010). Özellikle ergenlik, sağlık eğitimi açısından önemli bir dönemdir. Bu dönemdeki bireylerin uyuşturucu, alkol, sigara ve korunmasız cinsel ilişki dahil olmak üzere riskli sağlık davranışları deneyimleyebilecekleri için etkin bir sağlık eğitimi almaları gerekmektedir (Klosky ve ark., 2012).

4.2.1.5. Ekonomik Durum

Bireylerin sağlık tutumları ile ekonomik durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Maddi yeterliliğe ulaşmış bireylerin alım gücünün kuvvetli olması sağlıklı beslenmeye yönelebileceğini göstermektedir. Bu durum ebeveynlerin çocuklarına sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi açısından önem arz etmektedir. Ayrıca çocukların maddi yetersizlikler içerisinde yetişmesi onların düşük eğitim seviyesinde olan çevrenin oluşmasına neden olup sağlıksız davranışlara yönelmesine sebep olabilir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010). Sosyoekonomik yetersizlik çevresel stresi artırarak bir insanın erken yaşta gelişimini önemli ölçüde etkileyecektir (Latkin ve Knowlton, 2015). Ancak gelir seviyesinin yüksek olması her zaman sağlıklı davranışların sergileneceği anlamına gelmemektedir. Maddi doygunluğa ulaşmış bireyler madde, alkol ve cinsel aktiviteye kolaylıkla ulaşabilir. Bu nedenle ekonomik durum ve iş hayatı ile ilgili tüm durumlarda sağlık eğitiminin öneminden bahsetmek gerekmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010).

4.2.1.6. Aile ile Birlikte Yaşama

Gençlik dönemi bir insanın gelişim sürecinin en önemli parçasıdır. Bireylerin gelecek yaşantısını etkileyebilecek bu dönem, gençlerin biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim sürecinin gelişimini kapsar (Tambağ ve Turan, 2012). Ailesi ile birlikte yaşayan gençlerin düzenli uyku ve sağlıklı beslenme gibi sağlıklı davranışlar sergiledikleri görülmektedir. Gençler bu süreçte genellikle zararlı alışkanlıklardan

kaçınırlar (Özçakar ve diğ., 2015). Ancak gençlerin üniversite ya da iş hayatına atılmalarının ardından aileden ilk ayrılışları ile düzenleri bozulur ve sağlıksız davranışlara yönelebilirler. Bazen aileden ayrılmanın verdiği üzüntü ile duygusal çöküntü yaşarken bazen de aileden uzaklaşmanın verdiği özgürlük ile sağlıksız ve düzensiz bir yaşantıya geçiş yapabilirler (Tambağ ve Turan, 2012). Aile ile birlikte yaşama sağlıklı davranış gelişim sürecine dahil olduğundan, ebeveynlerin gençlere verebileceği en önemli eğitim sağlık davranışı eğitimidir. Aksi takdirde aile içi olumsuz davranışlar gençlerin sağlıksız davranışlar sergilemesine neden olabilir. Bu olumsuz tutumlar arasında aile içi şiddet ve istismar en önemli role sahiptir. Bu tür davranışlara maruz kalan gençlerde madde kullanımı, arkadaşlarına karşı şiddet ve dışarıdan beslenmelerinde artışa neden olmaktadır (Mennis ve Mason, 2011).

4.2.1.7. Medeni Durum

Medeni durum sağlık davranışı üzerinde önemli bir role sahiptir. Evli olmak sağlıklı yaşam tarzını düzenleyen bir fonksiyondur (Nacar ve ark., 2014). Eşlerin birbirlerine karşı sorumlulukları sağlıklı davranışlar sergilemesine neden olmaktadır (Askarlan ve ark., 2013). Ayrıca çocuklu olma durumu da eşlerin sağlık sorumluluk duygusunun oluşmasına neden olarak sağlıklı yaşama teşvik eder (Umberson ve Montez, 2010). Evli olanların kendini gerçekleştirme, düzenli ve sağlıklı besleme alışkanlıkları bekarlara oranla daha yüksektir (İlhan ve ark., 2010). Bunlara ek olarak, bekar ya da boşanmış olma durumunun sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Esin ve Aktaş, 2012).

TÜİK 2018 verilerine göre genç erkeklerde %95,4 hiç evlenmemiş, %4,5 evli, %0,1 boşanmış ve %0,0 eşi ölmüştür. Genç kadınlarda ise %81,5 hiç evlenmemiş, %18 evli, %0,5 boşanmış ve %0,0 eşi ölmüştür. Yetişkin erkeklerde %14,4 hiç evlenmemiş, %79,3 evli, %4,2 boşanmış ve %2'nin eşi ölmüştür. Yetişkin kadınlarda ise %8,9 hiç evlenmemiş, %74 evli, %5,4 boşanmış ve %11,7'sinin eşi ölmüştür.

2019 verilerine göre genç erkeklerde %95,8 hiç evlenmemiş, %4,1 evli, %0,1 boşanmış ve %0,0 eşi ölmüştür. Genç kadınlarda ise %82,7 hiç evlenmemiş, %16,8 evli, %0,5 boşanmış ve %0,0 eşi ölmüştür. Yetişkin erkeklerde %14,8 hiç evlenmemiş, %78,7 evli, %4,4 boşanmış ve %2'nin eşi ölmüştür. Yetişkin kadınlarda

ise %9,1 hiç evlenmemiş, %73,6 evli, %5,6 boşanmış ve %11,7'sinin eşi ölmüştür (TÜİK, 2020).

Hastalıkların bekarlarda, dullarda ya da yalnız yaşayanlarda daha fazla olduğu, evlilik ve aile olmanın sağlığı korumada destek sistemi oluşturduğu görülmüştür (Nacar ve ark., 2014; Umberson ve Montez, 2010).

4.2.1.8. Dini İnançlar

Davranışsal sağlık programlarının geliştirilmesinde diğer bir önemli husus kültürel duyarlılıktır. Her kültürün inancı farklıdır. Ancak dini inançlar bireyler üzerinde ruh sağlığının gelişmesinde olumlu bir göstergedir (Bethesda, 2007). Dindarlığın hayat memnuniyetini artırıcı, maneviyatın da öznel sağlık algısını arttırdığı ifade edilmektedir. Bireysel dindarlığın, sağlık davranışı üzerinde dinin gerekliliklerine riayet etme ile yasaklanmış olan sağlıksız davranışlardan kaçınma üzerinde etkisi büyüktür. Bunlara örnek olarak, sigara-alkol kullanmama, sağlıklı beslenme ve bedenine zarar veren madde veya maddelerden kaçınma verilebilir (Ayten, 2013). Başka bir örnekte ise, kilisenin beslenmeyi iyileştirme çalışmaları yaptığı ifade edilmektedir (Bethesda, 2007). Tüm bunlardan yola çıkarak sağlığın gelişmesinde dini inançların da önemli bir rol oynadığını söylemek mümkündür.

4.2.1.9. Yaşanılan Bölge

Yaşanılan bölge ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir fark vardır. Bu duruma etki eden önemli bir faktör genetik farklılıklardan kaynaklı bireylerin sağlık problemleridir. Bireyler ırklarından kaynaklı genetik hastalıklara maruz kalmış olabilir ve özellikle bu hastalıklara karşı daha hassas davranmışlardır. Örnek olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Afrika kökenli insanlarda diğer insanlara oranla hipertansiyona yatkınlık iki kat daha fazladır (Williams ve ark., 2016). Yaşanılan bölgeye bağlı sağlık problemlerinin bir diğer nedeni ise yoksulluk, istismar ve stres olabilir. Bu nedenle her ırkın ya da bölgenin etkisi altında bulunduğu durumdan kaynaklı sağlık problemleri ortaya çıkabilir. Bu problemleri yaşayan ya da yaşama ihtimali olan bireylerin toplumsal olarak aldıkları sağlık önlemleri de değişiklik gösterir (Williams ve ark., 2016). Kentsel gençliğin kent dışında yaşayanlara oranla madde kullanımı ile erken tanıştığı ifade edilmektedir

(Mennis ve Mason, 2011). Yaşanılan bölgenin sağlık davranışlarında etkili olmasının asıl nedenini vurgulamak gerekirse; toplumlar arasındaki eşitsizlikler sağlık tutum ve davranışları üzerinde önemli bir role sahiptir.

4.2.1.10. Çevre

Çevrenin sağlık davranışları üzerinde önemli bir etkisi vardır. Çevre yani sosyal ilişkiler davranışsal olarak sağlığı etkiler. İlişkiler yaşam boyu sağlık sonuçlarını şekillendirir ve zaman içinde sağlığın gelişmesine neden olur. Sosyal bağlar, psikolojik iyilik ve daha iyi sağlık alışkanlıklarının artmasına neden olursa bireylerin yaşam boyu sağlıklı tutum sergilemesini sağlayabilir (Umberson ve Montez, 2010). Çevreyi sosyal buluşma noktası olarak ifade etmek mümkündür. Sosyal buluşma noktasını üç başlığa ayırabiliriz; asosyal bireyler, yararlı sosyal ilişkiler ve zararlı sosyal ilişkiler. Asosyal kişilerin sağlık tutumları sosyal olanlara göre düşüktür ve yaşam beklentileri de aynı doğrultuda azdır. Yararlı sosyal ilişkiler ise bireylerin sağlıklı davranışları paylaşarak kendilerini geliştirdikleri ağlardır. Zararlı sosyal ilişkiler ise tam tersi, bireylerin sağlıksız davranışlarını paylaşarak sosyal buluştukları noktalar. Eşleri obez bireylerin gelecekte obez olma olasılıkları fazla olduğu gibi madde bağımlılığı olan sosyal topluluk içerisinde bulunan bireylerin de sağlıksız tutumlar sergilemesine neden olacaktır (Umberson ve ark., 2010).

4.2.1.11. Sosyal Medya Kullanımı

Sosyal medya kullanımı, günümüzde her yaştan ve cinsiyetten bireylerin vazgeçilmez bir alışkanlığı haline gelmiştir. Herkesin elinde akıllı telefon olması bunun bir göstergesidir. Sosyal medya kullanım amaçlarını sınırlandırmak zordur. Ancak insanların gereksinimlerine bağlı olarak her türlü veriye ulaşabildikleri bir ağ olarak ifade edebiliriz. Sağlık tutumlarının tam olarak önemini anlamamış bireylerin zararlı verilere ulaşması kolaydır. Bu nedenle özellikle genç bireylerin sosyal medya kullanımını sınırlandırmak ve yararlı uygulamaları, ağları kullanımına teşvik etmek gerekmektedir (Mennis ve Mason, 2011). Yapılan sosyal ağ müdahalelerinde, internet kullanımının aile sınırlandırılması ile gençlerin zararlı verilere ulaşması önlenmeye çalışılmıştır (Latkin ve knowlton., 2015).

Sosyal medya kullanımının zararları olabileceği gibi bir çok yararlı yönleri de vardır. Teknolojideki gelişmeler, sağlık ile ilgili bilginin kolay yayılmasını ve sağlıklı gıda seçeneklerine ulaşımı kolaylaştırmıştır. Mobil uygulamalar ile sağlıklı beslenmenin, egzersizin kontrolünü ele alarak bireyleri sağlık davranışlarını kontrol etmeye yönetmektedir. Bir markaya bağlı uygulama sitesinde sağlık ve fitness uygulamasını indirenlerin sayısı bir ayda yirmi beş milyara ulaştığı verilerle sabitlenmiştir. Bu uygulamalar beslenme alışkanlıklarını olumlu etkilediği, yenilikçi ve düşük maliyetlidir (West ve ark., 2013). Sosyal medya kullanımında satıcı firmaların tüketicinin isteklerini karşılamak amacıyla oluşturdukları uygulamaların sağlık davranışını olumlu yönde etkileyecektir. Dikkat edilmesi gereken unsur ise bu uygulamaların aile ve devlet kontrolünde olması ve insanların yanlış yönlendirilmesini engellemektir.

4.2.1.12. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalık ya da hastalıkların varlığı bireyleri olumlu sağlık davranışlarına yönlendirebileceği gibi olumsuz yönde de etkileyebilir (Williams ve Evans, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm nedenlerinin %70 ila %80'i kanser, diyabet, yetersiz beslenme, madde kullanımı ve strestir. Bu nedenler bizi sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yöneltmektedir (Ardıç ve Taşkın 2018). Kronik bir hastalığın doğuştan gelmesi ile daha sonradan ortaya çıkan kronik bir rahatsızlık bireylerin sağlık davranışlarını farklı şekilde etkilemektedir. Doğuştan gelen kronik hastalıklara karşı bireyler daha dirençlidir. Bunun nedenlerinden biri temelde aileden alınan sağlık davranışlarının öğrenilmiş olmasıdır. Daha sonradan çıkan kronik bir rahatsızlık özellikle gençlerde stres, kaygı ve depresyona bağlı olarak psikolojik sorunlar ortaya çıkartabilir. Bunun sonucunda gençlerin sağlıksız davranışlar sergilemesi ve hatta mortaliteyi arttırabilir (Klosky ve ark., 2012). Kronik hastalıkların varlığı ya da ortaya çıkması sağlık davranışlarını önemli ölçüde etkiler, bu nedenle sağlık tutumu geliştirmek için bireylere iyi bir sağlık eğitimi verilmeli ve motivasyonu arttırılmalıdır.

4.2.1.13. Egzersiz ve Uyku Düzeni

Egzersiz, sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesidir (Bostan ve Beşer, 2017). Egzersizin insanda hem fizyolojik hem de psikolojik olarak bir çok yararı olduğu bilinmektedir. Kendini iyi hisseden bireylerin yaşam deneyimleri incelendiğinde genellikle düzenli olarak egzersiz yaptıkları ifade edilmektedir (Kocakman ve ark., 2010). Fiziksel sağlığın önemi açısından gençlerin egzersiz yapma oranlarının yüksek olması beklenirken bu durum tam tersidir. Bunun nedeni eğitim sistemindeki eksiklik ya da egzersiz yapmaya uygun alanların bulunmamasından, ayrıca sosyokültürel, çevresel ya da ekonomik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Kocakman ve ark., 2010; Tuğut ve Bekar, 2008).

Uykunun sağlıklı yaşam için çok önemli bir faktör olduğunu bilmekteyiz. Düzensiz uykunun bir çok nedeni olabileceği gibi bunlardan bazıları psikolojik ve yoğun iş temposu sayılabilir. Kaliteli bir uykunun olması için psikolojik rahatlığın olması, psikolojinin esenliği için ise iyi bir uykunun sağlanması gerekmektedir. Başka bir açıdan, günlük yedi ila sekiz saatten az uyumanın ölüm riskini arttırdığı yönde araştırmalar mevcuttur (Lovell ve ark., 2015). Bu verilerden yola çıkarak sağlıklı bir yaşam için hem düzenli bir uyku hem de egzersizin insan yaşamına adapte edilmesi ve bu yönde sağlık davranışları geliştirilmesi gerekir.

4.2.1.14. Pandemide Sağlık Davranışı

Salgın hastalıklar tarihler boyunca insanlığı korkutmuştur. Korkunun yaygın olmasının en büyük etkeni bilinmezliktir. Bilinmezlik insanın doğasında her zaman kaygıya neden olmuştur. Salgın hastalıklar sağlığı olumsuz etkilemesinin yanı sıra, sağlık giderlerine yapılan harcamaların artmasına ve ekonomiye de büyük ölçüde olumsuz etkileri olmaktadır. Salgın hastalıklar ilk ortaya çıktığı süreçte etkisi ve tedavisi bilinmediği için insan nasıl davranacağı ve ne yapacağı hakkında tecrübesizdir.

2019 yılında Çin'in Wuhan şehrinde daha önce insanlarda görülmemiş yeni bir tip olan koronavirüs-19 (COVİD-19) ortaya çıkmış ve çok kısa zamanda tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Ülkemizde de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, COVİD-19 salgınını "uluslararası boyutta halk

sağlığı acil durumu” olarak ilan etmiştir. Tarihte her salgında olduğu gibi, solunum yolu enfeksiyonu olan COVID-19’da ilk kez karşılaşılan salgın hastalık olduğundan insanlar ne olacağı hakkında büyük kaygı yaşamaktadır (Ercan ve Keklice, 2020; Peksoy Kaya ve Kaplan, 2020).

COVID-19 vaka sayılarının artması, hastalığın dünya genelinde pandemi olarak tanımlanması, yurt içi ve yurt dışı seyahat sınırlandırılması, kişilerin çalıştıkları yerlere gidememesi, akraba ve arkadaşları ile temasın kurulamaması ve en önemlisi ise ölüm haberlerinin yaygın bir şekilde duyulup görülmesi, bireylerin yaşamlarında izolasyon, sınırlılık, engellenilmek ve korku doğurmuştur. Bu nedenle pandemi süreci bireylerin yaşamında psikolojik, sosyal ve fiziksel riski beraberinde getirmiştir (Sami ve ark., 2020).

COVID-19 vakalarının ölümle sonuçlanması panik durumunu daha da arttırmak ile birlikte sürecin uzamasında bireylerin alınan tedbirler konusunda rahatlık göstermesinden kaynaklıdır.

Genç bireylerin COVID-19 algıları değişkenlik göstermekle birlikte gençlerde çok daha az ölümcül olmaktadır (Çobanoğlu, 2020). COVID-19’dan korunma davranışı olarak sosyal mesafeyi korumak, kişisel hijyene önem ve maskenin takılmasının yeterliliği gençlerin korunma davranışları arasında bulunmaktadır. Bunun yanı sıra pandemi süresince bireyler günlük hayatta yapılan rutin işlerin önemini anlamıştır (Sami ve ark., 2020).

Salgın hastalıkların sağlık davranışlarına etkileri vardır. Bu etkiler olumlu ve olumsuz olarak ortaya çıkar. Olumsuz davranışlar, olumlu davranışlara göre fazlalık göstermektedir. Olumlu davranışlar evden çıkmamayı fırsat olarak gören bireyler sanata yönelip kendini geliştirirken, özellikle genç nüfus bu dönemde fiziksel aktivitede düşüş ve dengesiz beslenmenin yanı sıra ekran başında kalma süresi artış göstermektedir. Yapılan bir araştırmada internette 7 saat, sosyal medya platformlarında ise 3 saat zaman geçirildiği bulunmuştur (Ece, 2020). Yapılan başka bir çalışmada COVID-19 salgını sırasında genç bireylerin fiziksel aktivitelerinde önemli bir ölçüde düşüş ve ekrana uzun sürelerde maruz kalındığı bulunmuştur (Çalışkan, 2020; Yektaş, 2020).

Bireylerin kısıtlamalarda evden çıkamama ve yapılacakların kısıtlı olması durumunda özellikle fiziksel aktivitenin azalması ve düzensiz beslenmenin artması gelecekte obezitenin de artmasına neden olacaktır (Çalışkan, 2020; Ercan ve Keklicek, 2020).

Pandemi dönemi iletişim ve bilgi büyük önem taşımaktadır. Topluma doğru, anlaşılır ve kolay erişilebilir bilgiler aktararak halkın güvenini kazanabilmek gerekir. Bireylerin doğruluğu olmayan yanlış kaynaklardan bilgilendirilmesi ve paniğe kapılmayı engellemek amacıyla farklı medya ve platform araçları ile farklı sağlık okuryazarlığı düzeyindeki kişilerin gereksinimlerine hitap edilebilen içerikler geliştirilmesi COVID-19 salgınının yönetiminde önemli bir bileşen olarak görülebilir (Tüzün ve ark., 2020).

4.3. SAĞLIK EĞİTİMİNİN AMACI

Sağlık eğitiminin amacı, bireylerin sağlık davranışı konularında bilgi seviyesini arttırmak, daha sağlıklı davranışlara katılım, sağlık davranışları ile ilgili bilimsel araştırmaları ortaya koyarak ve eğitim sonrasında sağlık davranışlarına katkıda bulunarak hem bireysel hem de toplumsal sağlıklı davranışları kazandırmak ve geliştirmektir (Thongmuang ve Suwannahong, 2015; Tuğut ve Bekar, 2008). Toplumsal olarak sağlık eğitiminin yapılabileceği bir çok yöntem vardır; broşür, el ilanları, videolar, sosyal medya bunlardan bir kaçıdır (Latkin ve Knowlton, 2015). Bireysel olarak sağlık eğitiminin en iyi verilebileceği yerler kuşkusuz üniversitelerdir. Öğrenciler mesleki anlamda yeterliliğe ulaşabilmeleri için sağlık eğitimi alarak sağlık davranışlarını geliştirirler. Sağlık eğitimi verilirken öğretimin sadece bilgiyi aktarma olarak değil, öğrenciyi de bu sürece dahil ederek gerçekleştirmeleri, öğrencilerin hem bireysel hem de toplumsal yararlılığını etkileyecektir (Latkin ve Knowlton, 2015; Kessler ve ark., 2014). Sağlıklı yaşam biçimi arttıkça, hastalık seviyesi azalmaktadır (Korda ve Itani, 2013). Unutulmamalıdır ki; sağlık eğitimi sağlıklı yaşamın ve uzun ömürlülüğün belirleyicisidir (Golden ve Earp, 2012).

4.4. GENÇLİK ve SAĞLIK

Gençlik, bebeklikten yetişkinliğe kadar olan tüm dönemi anlatmak için kullanılan bir terimdir. Gençlerin sağlık ve sağlıklı yaşamla ilgili bilgi sahibi olmalarını sağlamak, kanser ve bunun gibi gençlik sağlığını tehdit eden ve sağlıksız yaşam koşulları, bilinçsiz beslenme ve vücudunu tanımama nedeniyle ilerleyen hastalıkları, gençleri bilinçlendirerek önlenir. Gençlerin taşıdığı bağımlılık ve özdeşleşme, bilişsel ve ahlaki düzeylerde gerçekleşir. Fizyolojik gelişim süreci otuzlu yaşlara kadar artarak devam eder. Akıl ve beden gücü, üreticiliği en üst seviyededir. Sağlıklı bireyler çoğunlukla sağlığın kalıcı olacağına inanarak sağlıklı davranışlara gerekli önemi vermezler, bu sağlıklı davranışlara gerekli önem verilmemesi en çokta gençlerde görülmektedir. Gençlerin sağlıksız davranışlara yönelmelerinde buldukları ortamda popüler görünebilmeleri önemli bir rol oynar (Umberson ve ark., 2010; Cushing ve ark., 2014, Dunn, 2010).

4.5. SAĞLIK EKONOMİSİ: RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ EKONOMİSİ

Eğitim alındıkça kişilerin kendilerini gerçekleştirmeleri beklenen sonuçlardandır. Sağlık okuyan öğrencilerin aileden uzak kalma kendini daha özgür ve kısıtlanamaz hissetmeleri sonucu sağlıksız davranışlara yönlendirebilmektedir. Gençlerin ortamlarda popüler görünmek istemeleri sigara alkol gibi sağlıksız davranışlara yönlendirebilmektedir (Latkin ve Knowlton, 2015). Riskli davranışların en büyük nedenlerinden biri bireylerin baskılayıcı ve çok fazla kısıtlayıcı şekilde büyütülmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Ceylantekin ve Öcalan 2018).

Sağlık riski davranışları fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, ilaç bağımlılığı, korunmasız cinsel uygulamalar ve alkolün zararlı kullanımını içerir. Bu davranışlar kalp hastalığı, felç ve kanser gibi kronik hastalıklara da yol açabilmektedir (Peltzervediğ., 2016; Polat ve ark., 2016). Anlık zevk veren sağlıksız davranışlar hem bireyin hemde toplumun sağlık sermaye ekonomisi gücünü önemli derecede arttırmaktadır (Thongmuang ve Suwannahong, 2015). Verilen sağlık eğitimlerinde riskli davranışların zararları yanında ekonomik yükünün anlatılması bireylerin riskli sağlık davranışlarından kaçınacağını göstermelidir (Thongmuang ve Suwannahong, 2015).

4.6. SAĞLIĞI KORUMA ve GELİŞTİRME

Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik olan her davranış ve yaşamsal durumu için, ekonomi, eğitim, örgütsel ve çevresel desteklerin toplanması, bireylerin kendi sağlık kontrollerini arttırması ve sağlıklarını geliştirmeye olanak sağlayan bir süreç olarak tanımlanabilmektedir.

Koruma hastalığın veya hastalıkların ortaya çıkmasının engellenmesidir. Koruma kelime anlamı olarak “sakınma ve himaye altına alma” anlamlarına gelmektedir. Bu anlama bakılıp yola çıkacak olunursa, “Sağlığı Koruma”nın sağlık için tehlike oluşturan veya oluşturabilecek tüm davranışlardan kaçınma ve oluşabilecek riskli davranışları önlemek olarak tanımlamak mümkündür (Çınar, 2010; Özbek, 2019). Sağlığın korunmasında, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevreninde olumlu hale getirilmesi ve bununla birlikte bireye yönelik olan önlemleri de ihmal etmemek sonucu sağlanabilir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemler; birincil, ikincil ve üçüncül önlem olarak üçe ayrılmaktadır (Çalmaz, 2019; Sevindik, 2011).

4.6.1. Birincil Önlemler

Birincil önlem sağlığın geliştirilmesinde ve koruyuculuğunda alınan tüm tedbirleri kapsar. Sağlık problemi ya da hastalık meydana gelmeden önleyen, sadece sağlığın korunması ve yükseltilmesini amaçlayan davranışlar ve uygulamalar ile ilgili davranışlardır. Bireyin, ailenin ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranışları geliştirme, sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirmek ve koruyucu hizmetlerden faydalanmaya yönelik davranışlarını içerir. Spesifik koruma önlemleri olarak, bağışıklama, kişisel hijyenlerine özen gösterilmesi, çevre sağlığı, mesleki tehlikelere karşı korunma, allerjenlerde korunma, kazalardan ve kanserojen maddelerden korunma yer almaktadır (Özbek, 2019; Çalmaz, 2019).

4.6.2. İkincil Önlemler

Hastalıklar ya da hastalık durumunun prevelansının azaltılmasına odaklanılmaktadır. Erken teşhisle hastalık patolojik sürece gitmeden engelleyecek davranışları ve hastalık oluşmuş ise ileri korumayla bireyin fonksiyonları tekrardan kazandırılmasını içerir. Tüm hastalıkların erken dönemde teşhisi için toplum

taramalarının yapılması gerekmektedir. Tarama çalışmaları ile vaka tespiti, önemli ikincil önleme yöntemidir. İkincil önleme hastalık erken teşhisini sağlayan tarama davranışlarını kapsar ve kronikleşmeyi önler (Aksoy, 2010).

4.6.3. Üçüncül Önlemler

Bireylerde herhangi bir hastalık gelişmesini durdurmak değil, hastalık tekrarından, sakatlıklar ve komplikasyonlardan korumaya yönelik tüm hizmetleri kapsar. Hastalıklar sonucu bireylerde oluşan anatomik, fizyolojik değişiklikler ile ortaya çıkan sakatlıkların onun yaşamında olumsuz etkilerini minimum seviyede tutmak önceliklidir. Üçüncül önleme bireylerin bedensel sakatlıklarının olumsuz etkilerinin giderilmesinin yanı sıra sosyal uyumlarını sağlayacak sosyal rehabilitasyonları kapsar (Aydın Dinçer, 2019; Bostan, 2013).

4.7. SAĞLIK EĞİTİMİ

Birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme üzerine verilen halk sağlığı eğitimleri;

Yüksek Öğretim Kurumu Sağlık Bilimlerinde sağlık eğitim programlarının amacı ise; bireyin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Öğrencilerin mesleki olarak yeterliliğe ulaşabilmeleri için verilen derslerin, kendi sağlık davranışlarını da olumlu yönde etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimlerini kazanarak topluma yarar sağlayabilmeleri için özellikle beslenme, egzersiz, psikoloji, hastalıklardan korunma, tanı ve tedavi yöntemlerini iyi bilmeleri gerekir. Öğrencilerin sınıf derecesi yükseldikçe sağlık davranışları gelişmekte, birinci sınıf ile son sınıf öğrenciler karşılaştırıldığında son sınıf öğrencilerinin sağlık sorumlulukları artmaktadır. Ayrıca öğrencilerin staj dönemlerinde kliniklerde yer alması ve hastalarla bire bir temasa geçmesi bu sağlık davranışlarını da etkileyerek bireysel sağlık tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir (Aksoy ve Uçar, 2014; Nacar ve ark., 2014).

4.7.1. Sağlık Bilimleri Lisans Eğitiminin Amaç ve Hedefleri

Lisans eğitim amaçları arasında bireylerin mesleklerinde profesyonelleşmelerinin temellerinin atılmasıdır (Thongmuang ve Suwannahong, 2015). Sağlık bilimlerinde de en öncelikli amaç sağlık profesyoneli yetiştirmektir.

Sağlık profesyoneli yetiştirilirken verilen eğitim de aile ve toplumun sürekli olarak değişen sağlık bakımında gereksinimlere duyarlı, eleştirel düşünme, etik ilkelere bağlı, etkili iletişim ve araştırma becerilerini ön planda tutan, bilim ve teknoloji uygulamalarını kullanabilen, insan haklarına saygılı evrensel standartlara uygun sağlık profesyonelleri yetiştirmektir (Patel ve ark., 2015).

Sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde hastalık durumunun iyileştirilmesi ve iyilik durumunun sürdürülmesinde etkin ve aktif olarak rol alan sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi önemlidir. Çalışanların meslek yaşamı içerisinde profesyonel bakım ekibinde aktif bir üye olarak meslekleri ile ilgili yasalar ve etik ilkeler çerçevesinde yenilikçi bilgiler üreten, uluslar arası ve ulusal bilimsel alanlarda bilgi paylaşan, araştıran, liderlik özelliklerine, karar vermede etkili, eleştirel düşünen ve çözüme odaklı, etkili kişiler arası iletişim kuran ve değişim oluşturan, ülkemizdeki sağlık problemlerinde çözümün en önemli parçası olarak çalışan ulusal sağlık politikaları oluşumunda aktif rol alabilmesi lisans eğitiminin temel çıktılarıdır (Kocaakman ve ark., 2010; Tuygar ve Arslan, 2015).

Araştırmanın yapıldığı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin öncelikli amacı; Üniversitenin temel ilkesi olan Atatürkçü ve çağdaş bir anlayışla, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin verimli olarak yürütülmesini sağlayacak ve artan sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılayacak ve toplumun sağlık gereksinimleri doğrultusunda birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyonunda kapsamlı sağlık bakımı verecek bilgi, beceri ve tutum sahibi sağlık profesyonelleri yetiştirmektedir. Toplumun bilinçlenmesine ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunabilecek, gelişen sağlık, bilim ve teknolojiler ile uyumlu donanımı olan, sağlık bakımı kalitesini arttıracak nitelikte eğitim vermek öncelikli hedeflerindedir (<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/hemsirelikbolumu>).

4.7.2. Hemşirelik Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri

Hemşirelik lisans eğitiminin amacı; Birey, aile ve toplum sağlığına bütüncül ve hümanistik felsefeye sahip ekip çalışmalarında uyumlu, etkili iletişim kuran, kaliteyi sürekli olarak iyileştirmek amacıyla değişim oluşturabilen veya değişime ayak

uydurabilen, yeni bilgilere ulaşan teknoloji yeniliklerini kullanan profesyonel hemşire liderler yetiştirmektir (Kocaakman ve ark., 2010).

Toplumun sağlıkla ilgili tüm temel sorunları göz önünde bulundurarak sağlıklı, hasta ya da engelli bireylerin sağlık kuruluşunda veya dışında tüm hemşirelik ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakım planlanmasını uygulayıp takibini yapacak koruyucu, tedavi edici ve uyumuna yönelik tüm sağlık hizmeti uygulamalarında diğer sağlık profesyonelleri ile koordineli bir şekilde çalışma yürütebilecek nitelikler kazandırmak (Bostan ve Beşer, 2017).

Araştırmanın yapıldığı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu'nun amacı, Sağlık Bilimleri ile ilgili temel bilgiler ve sağlık gereksinimleri, aile ve sağlığının tedavisi, tedavi ve rehabilitasyonunda kapsamlı hemşirelik bakımı yapılacak bilgi, beceri ve tutum sahibi profesyonel hemşire yetiştirmektir.

Hemşirelik eğitim programında bütüncül, öğrenci merkezli, yeterliliğe bir eğitim sürdürülmekte ve interdisipliner bakım anlayışı temel alınmaktadır. Mesleki etik, ilke ve bilgi, uygulamalara temelde kuram ve modelleri öğretmeyi esas alan programda; kültürler arası bakım, sağlık geliştirme ve kanıta bilgi kaynaklarına ulaşmayı, yaşam boyu öğrenmeyi ilke edinmiş mezunlar yetiştirmek temel amaçtır. Hemşirelik bölümünde, Sağlık bilimleri ile ilgili bilim dersleri, sağlığın temelleri, iyileştirme ve rehabilitasyonunda gerekli olan ilkeleri, mesleki rol ve işlevlerin verilmesine yönelik derslerin yanında, iletişim, yabancı dil, eğitim, yönetim, sağlık bilişimi, araştırma ve bakım yönetimi donanım bilgisi program uygulanmaktadır (<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/hemsirelikbolumu>).

4.7.3. Sağlık Bilimleri Beslenme ve Diyetetik Bölümü Müfredatında Sağlıkla İlgili Derslerin Amaç ve Hedefleri

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının başında beslenme gelmektedir. Lisans düzeyinde beslenme ve diyetetik bölümünün amacı birey ve toplumun sağlıklarının korunması, iyileştirilip geliştirilmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için profesyonel diyetisyenler yetiştirmektir (Vural ve Bakır, 2015).

Profesyonel diyetisyenler hastalıkları tedavi etmek ve sağlığın sürdürülmesinde diyet önerileri geliştirir ve uygularlar. Besin öğelerinin yapısını ve vücuttaki metabolik yaşam döngüsü boyunca bireylerin beslenme gereksinimlerinin sağlık üzerine etkisi ve besinlerin hastalık riskini minimum seviyeye düşürerek bireylerin sağlıklarını koruma ve sürdürülmesinde danışmanlık hizmeti vermektedir (Golden ve Earp, 2012; İlhan ve ark., 2010).

Araştırmanın yapıldığı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü; sosyoloji, psikoloji, ekoloji, iktisat-işletme gibi sosyal bilimlerin yanı sıra kimya, biyokimya, biyofizik, hücre biyolojisi, genetik, fizyoloji, anatomi, nörobiyoloji, gelişimsel biyoloji, üreme biyolojisi, besin teknolojileri, kimya, iktisat-işletme gibi sosyal bilimlerin yanı sıra kimya ve sağlık alanında faaliyet gösteren bir bilim dalıdır.

Üniversitede dersler etkin ve interaktif olarak işlenmektedir. Öğrencilerin çekirdek müfredatta yer alan derslerin yanında, ileriki dönemlerde uzmanlaşmak istedikleri branşlar adına özel seçmeli dersler verilebilmektedir. “Yetişkin Hastalıklarında Beslenme ve Diyetetik Uygulamaları” dersi öğrencilik, hastalık hastalığında beslenme programı hazırlamak, “Menü Planlama” dersi sağlıklı yemek tarifleri geliştirerek teorik bilgiyi pratiğe aktarma becerisi kazanmaktadırlar. Bu beceriler ışığında, öğrenci kulübü önderliğinde, yemek laboratuvarında, tarif geliştirme yarışmaları düzenlenmektedir. Üniversitenin “Özel Durumlarda Beslenme”, “Egzersiz ve Spor Beslenmesi” dersleri zorunlu; "Beslenme Destek Yöntemleri" gibi dersler ise seçmeli olarak verilmekte olup, tüm mesleki dersler kendi uzman ve saha dersleri, tecrübeli akademisyenler tarafından öğretilmektedir. Aynı zamanda, yurt dışı öğrenci değişim programları da mevcuttur (<https://aday.demiroğlu.bilim.edu.tr/beslenmevediyetikbolumu>).

4.7.4. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri

Bölümün amacı; Bireyin ve toplumun çeşitli fonksiyon bozukluklarına neden olan hastalıklarda bireyin fiziksel fonksiyonlarını korumak ve esenlik düzeyini en üst seviyeye çıkarılmasını hedefleyen profesyonel fizyoterapistler yetiştirmektir. Sağlıklı bireylerin fiziksel aktivitelerini düzenleyip hareket kabiliyetlerini arttırmak,

hareketlerin ölçüm ve testleri yaparak standartları belirleyip, planlayıp uygulanmasıdır (Tambağ ve Turan, 2012; Olshansky ve ark., 2012).

Profesyonel fizyoterapistler, bireye uzman hekimler tarafından konulan teşhisin ve tedavi için yönlendirilmesine bağlı bireylerin hareket ve fiziksel fonksiyonlarında bozuklukların iyileştirilmesinde gerekli olan uygulamayı yapar. Bu uygulamaları yaparken teknolojik ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda aldığı teorik eğitimi uygular (Olshansky ve ark., 2012; Golden ve Earp, 2012).

Araştırmanın yapıldığı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm içeriği, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilim Alanına yönelik değerlendirmeler, tedavi programı ve geliştirmeye yönelik temel bilimler, klinik bilimler, mesleki dersler, araştırma metodolojisi, seminerler ve klinik çalışmayı kapsamaktadır. Ayrıca fizyoterapistler 4 yıllık lisans eğitimleri süresince iş ve uğraşı tedavisi, protez-ortez ve biyomekanik, sporcu sağlığı ve rehabilitasyon, ergonomi, mesleki rehabilitasyon, az görenlerde rehabilitasyon, işitme konuşma ile ilgili bilgi ve donanım da kazanmaktadırlar (<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/fizyoterapiverehabilitasyonbolumu>).

4.7.5. Ebelik Bölümü Müfredatında Sağlıkla ilgili Derslerin Amaç ve Hedefleri

Gebelik süresince doğum esnasında ve doğumdan sonra gerekli olan bakımı ve danışmanlığı sağlayan, normal doğumları kendi sorumluluklarında yaptıran, yeni doğan bakımı ve aile planlaması danışmanlığında rol ve sorumluluklar üzere lisans eğitimi almış kişiler profesyonel ebe olarak tanımlanır (Botan ve Beşer, 2017). Ebeler toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi ya da azaltılmasında önemli role sahip kişilerdir (Langton ve Berger, 2011).

Bilimsel gelişmelere dayalı olarak toplum sağlık gereksinimlerine yanıt vermek için etik değerlere duyarlı, etkili doğru iletişim becerileri ile değişim oluştura bilen insan haklarına saygılı özerklik sahibi, mesleki sorumluluklarının farkında ebelik hizmet planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunda yönetim faaliyetlerini kullanabilen yeni teknolojik gelişmeleri takip eden, çocuk ve kadın sağlıklarını

koruma ve geliştirmede etkili rolü olan profesyonellerin yetiştirilmesidir (Cobb ve Graham, 2012; Riley ve ark., 2011; Vural ve Bakır, 2013).

Araştırmanın yapıldığı, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Ebelik Bölümünün amacı; etik değerleri ebelik felsefesini özümseyerek, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bakım verebilen, yaşam boyu öğrenmeyi benimseyen, eğitim ve yönetim becerilerine sahip bütüncül bakımı verebilen ebeler yetiştirmektir.

Lisans eğitimi süresince; ebelikte temel uygulamalar, doğum bilgisi, aile planlaması, normal doğum eylemi ve bakımı, kadın sağlığı ve hastalıkları, yeni doğan bakımı, doğum sonu dönem ve bakımı, çocuk sağlığı ve hastalıkları, cinsel sağlık, transkültürel ebelik, uygulamalı doğum bilgisi, ebelikte öğretim, doğuma hazırlık yöntemleri, infertilite ve bakım, doğumda ağrı yönetimi, ana çocuk sağlığı, kadın ruh sağlığı, jinekolojik onkoloji, obstetrik yoğun bakım ve kanıtı dayalı ebelik uygulamaları gibi temel alan konularının bulunduğu bir program uygulanmaktadır.

Eğitim süresince; alan derslerinin yürütüldüğu birçok laboratuvarıda uygulama dersleri yapılmaktadır. Öğrencilerin; “Mesleki Beceri Laboratuvarımızda”, “Temel Eğitim Laboratuvarlarımızda” ve “Simölasyon Merkezimizde” öğretilen klinik uygulamalar ile yeterli beceriye ulaşması sağlanmaktadır.

Lisans eğitimi sonunda tüm öğrencilerin; ebelik etiği ve değerlerini bilerek, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımı verebilen, yeni doğan bakımı verebilecek gerekli bilgi ve beceriye sahip olan, acil ve riskli durumlarda uygun yaklaşımda buluna bilen, bakım sürecini yönetirken kritik düşünme ve etkili karar alma becerisi gösterebilen ve ebelik bakımındaki tüm uygulamalara bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşabilen bireyler olarak mezun olmaktadır (<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/ebelikbolumu>).

Sağlık eğitimi her ne kadar değişmez olduğu düşünölse de üniversitede branşlar arası farklı dersler alındığından bölümler arası fark gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada İlk ve Acil Yardım Programı öğrencilerinin aldıkları puan, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı öğrencilerinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksektir. Bu fark İlk ve Acil Yardım Programı ders planlanmasında yer alan Beden Eğitimi ve Vücut Geliştirme dersinden kaynaklanmaktadır (Tuygar ve

Arslan, 2015). Yapılan başka bir çalışmada, hemşirelik öğrencileri egzersiz alt ölçeği tıp öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin diş hekimliği öğrencilerinden egzersiz alt ölçeği puanı daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Özçakar ve ark., 2015). Yapılan başka bir çalışmada beslenme bölümü öğrencilerinin teorik bilgilerini uygulayarak daha başarılı sağlıklı yaşam davranışı sergilediği belirlenmiştir (Ceylantekin ve Öcalan, 2018).



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiş olup araştırmanın amacı sağlık bilimlerinde eğitimi sürdüren öğrencilerde sağlık davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır;

1. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışları nasıldır ve etkileyen faktörler nelerdir?
2. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışı ile ilgili bölümler arası farklılık var mıdır?
3. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışında birinci sınıftan dördüncü sınıfa kadar geçen sürede gelişim göstermiş midir?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma 23.09.2019 ile 20.02.2020 tarihleri arasında Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik, Ebelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde okumakta olan 1. ve 4. sınıftaki toplam 370 öğrenci oluşturmaktadır (N=370). Araştırmada örneklem seçme yoluna gidilmemiştir. Araştırmanın örneklemini; 23.09.2019 ile 20.02.2020 tarihleri arasında Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 1. ve 4. sınıfta okumakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 164 Hemşirelik bölümü ve Sağlık Bilimleri Fakültesi 1. ve 4. sınıfta okumakta olan 40 Ebelik bölümü, 79 Beslenme ve Diyetetik bölümü, 73 Fizyoterapi

ve Rehabilitasyon bölümü öğrencisi olmak üzere, anket formu aracılığıyla araştırmaya katılmayı kabul eden 356 öğrenciden elde edilmiştir. Evrenin % 96'sına ulaşılmıştır.

5.5. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma yapılmadan önce Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (Ek-2) ve araştırmanın yapıldığı okul yönetiminden gerekli yazılı izinler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğini geliştiren araştırmacıdan ölçek kullanım izni (Ek-4).

Araştırmaya gönüllü olarak katılan öğrencilerden elde edilen verilerin gizli tutulacağı ve hiç kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile yazılı ve sözlü onayları alınarak, anket formu kullanılmıştır (Ek-3).

5.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri Kasım 2019 ile Şubat 2020 tarihleri arasında "Sosyo-Demografik Özellikler Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılarak (Ek-3), yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formunun yanıtlama süresi ortalama 20 dakikadır.

5.7. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veri toplama aracı olarak, literatür bilgilerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD ölçeği, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında Walker ve ark. Tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçek, 1996 yılında revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması Bahar Z. ve ark. Tarafından yapılmıştır. SYBD-II ölçeği, dörtlü likert'e göre "1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık), 4 (düzenli olarak)" tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını

gösterir. Ölçeğin altı alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık sorumluluğu (en düşük puan 9, en yüksek puan 36), Fiziksel aktivite (en düşük puan 8, en yüksek puan 32), Beslenme (en düşük puan 9, en yüksek puan 36), Manevi gelişim (en düşük puan 9, en yüksek puan 36), Kişiler arası ilişki (en düşük puan 9, en yüksek puan 36), Stres yönetimi (en düşük puan 8, en yüksek puan 32) kullanılmıştır.

5.8. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Çalışma verileri raporlanırken minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel inceleme ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek yönlü varyans analizi, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arası değerlendirmelerinde Bağımsız gruplar t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal-Wallis testi, anlamlılık gözlenmesi durumunda anlamlılığın kaynağını belirlemek amacıyla Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeğin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

6. BULGULAR

Lisans düzeyinde eğitim gören sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışı ve bu davranışa etki eden faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları:

Tablo 6.1: Öğrencilerin Sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgular (n=356)

	Min-Mak	Ort±ss
Yaş	18-40	21.60±2.97
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	275	77.2
Erkek	81	22.8
Okuduğu program		
Hemşirelik	164	46.1
Ebelik	40	11.2
Beslenme	79	22.2
Fizyoterapi	73	20.5
Sınıf		
1.sınıf	216	60.7
4.sınıf	140	39.3
Lise türü		
SML	79	22.2
Diğer Lise	277	77.8
Gelir getiren işte çalışma		
Çalışan	124	34.8
Çalışmayan	232	65.2
Medeni durum		
Bekar	340	95.5
Evli	16	4.5
Yaşantının en çok geçtiği yer		
Köy	23	6.5
Kasaba	43	12.1
Şehir/Kent	290	81.5
Son 1 yıl içindeki ikamet		
Evde (yalnız)	30	8.4
Evde (arkadaşlarla)	67	18.8
Evde (ailesiyle)	184	51.7
Yurтта	65	18.3
Diğer	10	2.8

Öğrencilerin yaşları 18 ile 40 yıl arasında değişmekte olup ortalama 21.60±2.97 yıldır.

Öğrencilerin %77.2'si (n=275) kadın, %22.8'i (n=81) erkektir.

Öğrencilerin %46.1'i (n=164) hemşirelik, %11.2'si (n=40) ebelik, %22.2'si (n=79) beslenme, %20.5'i (n=73) ise fizyoterapi programında okumaktadır.

Öğrencilerin %60.7'si (n=216) 1.sınıf, %39.3'ü (n=140) 4.sınıf öğrencisidir.

Öğrencilerin %22.2'si (n=79) SML mezunu iken, %77.8'i (n=277) ise diğer liselerden mezun olmuştur.

Öğrencilerin %34.8'i (n=124) gelir getiren bir işte çalışmaktadır.

Öğrencilerin %95.5'i (n=340) bekar, %4.5'i (n=16) ise evlidir.

Öğrencilerin %6.5'inin (n=23) yaşantısı en çok köyde, %12.1'inin (n=43) kasabada, %81.5'inin (n=290) ise şehir/kentte geçmiştir.

Öğrencilerin %8.4'ü (n=30) son 1 yıl içerisinde evde yalnız ikamet ediyorken, %18.8'i (n=67) evde arkadaşlarıyla, %51.7'si (n=184) evde ailesiyle, %18.3'ü (n=65) yurttan, %2.8'i (n=10) ise diğer yerlerde ikamet etmektedir.

Tablo 6.2: Öğrencilerin ailelerine ilişkin bulgular (n= 356)

	n	%
Ailenin gelir düzeyi		
Gelir < Gider	46	12.9
Gelir = Gider	197	55.3
Gelir > Gider	113	31.7
Aile tipi		
Çekirdek aile	261	73.3
Geniş aile	77	21.6
Parçalanmış / Tek ebeveynli aile	18	5.1
Anne eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	15	4.2
İlkokul mezunu	99	27.8
Ortaokul mezunu	88	24.7
Lise mezunu	117	32.9
Üniversite mezunu	37	10.4
Baba eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	6	1.7
İlkokul mezunu	68	19.1
Ortaokul mezunu	75	21.1
Lise mezunu	126	35.4
Üniversite mezunu	81	22.8
Anne iş durumu		
Çalışmıyor	216	60.7
Çalışıyor	104	29.2
Emekli	36	10.1
Baba iş durumu		
Çalışmıyor	15	4.2
Çalışıyor	258	72.5
Emekli	83	23.3

Öğrencilerin %12.9'unun (n=46) ailesinin geliri giderinden az iken, %55.3'ünün (n=197) geliri giderine denk, %31.7'sinin (n=113) ise geliri giderinden fazladır.

Öğrencilerin %73.3'ünün (n=261) aile tipi çekirdek aile, %21.6'sının (n=77) geniş aile, %5.1'inin (n=18) ise parçalanmış / tek ebeveynli ailedir.

Öğrencilerin %4.2'sinin (n=15) annesi okur-yazar değil iken, %27.8'inin (n=99) ilkokul mezunu, %24.7'sinin (n=88) ortaokul mezunu, %32.9'unun (n=117) lise mezunu, %10.4'ünün (n=37) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin %1.7'sinin (n=6) babası okur-yazar değil iken, %19.1'inin (n=68) ilkokul mezunu, %21.1'inin (n=75) ortaokul mezunu, %35.4'ünün (n=126) lise mezunu, %22.8'inin (n=81) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin %60.7'sinin (n=216) annesi çalışmıyor iken, %29.2'sinin (n=104) çalışıyor, %10.1'inin (n=36) ise emekli olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin %4.2'sinin (n=15) annesi çalışmıyor iken, %72.5'inin (n=258) çalışıyor, %23.3'ünün (n=83) ise emekli olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.3: Hastalık-sağlık ve alışkanlıklara ilişkin bulgular (n=356)

	n	%	
Engel/Kronik hastalık			
Yok	311	87.4	
Var, kendisi	16	4.5	
	Akdeniz ateşi	1	0.3
	Alerji	1	0.3
	Astım	4	1.1
	Bel fitiği, migren	2	0.6
	Crohn	1	0.3
	Epilepsi	1	0.3
	İbs	1	0.3
	Kronik bronşit	1	0.3
	Mitral yetmezlik	1	0.3
Var, ailesi	33	9.2	
	Akdeniz ateşi	1	0.3
	Astım	3	0.8
	Diyabet	1	0.3
	Diyabet	1	0.3
	Dm	1	0.3
	Epilepsi	1	0.3
	Hiperkolesterolemi	1	0.3
	HT	4	1.1
	İşitme kaybı	1	0.3
	Kalp	1	0.3
	Şeker hastası	2	0.6
Sigara kullanım durumu			
Hayır	233	65.4	
Evet	123	34.6	
Sigara kullanım durumu (yakın çevre)			
Hayır	97	27.2	
Evet	259	72.8	

Tablo 6.4: Hastalık-sağlık ve alışkanlıklara ilişkin bulgular (n=356) (devam)

	n	%
Telefon / İnternet / Oyun vakit geçirme durumu		
Hiç	2	0.6
1 saatten az	35	9.8
2-4 saat / gün	192	53.9
4-6 saat / gün	104	29.2
6-8 saat / gün	23	6.5
Son 6 ay sağlık değerlendirmesi(1-10)		Min-Mak Ortss
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		6.40±2.06

Öğrencilerin %4.5'inin (n=16) kendisinde, %9.2'sinin (n=33) ise ailesinde engel/kronik hastalık bulunmaktadır.

Öğrencilerin %34.6'sı (n=123) sigara kullanmakta iken, %72.8'inin (n=259) yakın çevresinde sigara kullanan birisi bulunmaktadır.

Öğrencilerin %0.6'sı (n=2) telefon/internet/oyun ile hiç vakit geçirmiyor iken, %9.8'i (n=35) günde 1 saatten az, %53.9'u (n=192) günde 2-4 saat arası, %29.2'si (n=104) günde 4-6 saat arası, %6.5'i (n=23) ise günde 6-8 arası vakit geçirdiğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirme skorları 1 ile 10 arasında değişmekte olup ortalama 6.40±2.06'dır.

Tablo 6.4: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği maddelerine verilen yanıtların bulguları (n=356)

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SYBDÖ1	7 (2)	156 (43.8)	141 (39.6)	52 (14.6)
SYBDÖ2	46 (12.9)	201 (56.5)	82 (23)	27 (7.6)
SYBDÖ3	12 (3.4)	143 (40.2)	128 (36)	73 (20.5)
SYBDÖ4	62 (17.4)	193 (54.2)	61 (17.1)	40 (11.2)
SYBDÖ5	39 (11)	152 (42.7)	110 (30.9)	55 (15.4)
SYBDÖ6	13 (3.7)	131 (36.8)	150 (42.1)	62 (17.4)
SYBDÖ7	7 (2)	65 (18.3)	167 (46.9)	117 (32.9)
SYBDÖ8	76 (21.3)	162 (45.5)	82 (23)	36 (10.1)
SYBDÖ9	75 (21.1)	155 (43.5)	98 (27.5)	28 (7.9)
SYBDÖ10	51 (14.3)	135 (37.9)	99 (27.8)	71 (19.9)
SYBDÖ11	35 (9.8)	144 (40.4)	114 (32)	63 (17.7)
SYBDÖ12	14 (3.9)	87 (24.4)	144 (40.4)	111 (31.2)
SYBDÖ13	7 (2)	66 (18.5)	176 (49.4)	107 (30.1)
SYBDÖ14	118 (33.1)	158 (44.4)	69 (19.4)	11 (3.1)
SYBDÖ15	12 (3.4)	126 (35.4)	153 (43)	65 (18.3)
SYBDÖ16	40 (11.2)	137 (38.5)	108 (30.3)	71 (19.9)
SYBDÖ17	48 (13.5)	157 (44.1)	101 (28.4)	50 (14)
SYBDÖ18	16 (4.5)	113 (31.7)	142 (39.9)	85 (23.9)
SYBDÖ19	2 (0.6)	74 (20.8)	153 (43)	127 (35.7)
SYBDÖ20	57 (16)	180 (50.6)	90 (25.3)	29 (8.1)
SYBDÖ21	29 (8.1)	175 (49.2)	105 (29.5)	47 (13.2)
SYBDÖ22	80 (22.5)	163 (45.8)	70 (19.7)	43 (12.1)
SYBDÖ23	29 (8.1)	124 (34.8)	133 (37.4)	70 (19.7)
SYBDÖ24	14 (3.9)	110 (30.9)	156 (43.8)	76 (21.3)
SYBDÖ25	17 (4.8)	88 (24.7)	150 (42.1)	101 (28.4)
SYBDÖ26	71 (19.9)	171 (48)	93 (26.1)	21 (5.9)
SYBDÖ27	10 (2.8)	123 (34.6)	145 (40.7)	78 (21.9)
SYBDÖ28	124 (34.8)	136 (38.2)	53 (14.9)	43 (12.1)
SYBDÖ29	44 (12.4)	171 (48)	101 (28.4)	40 (11.2)
SYBDÖ30	9 (2.5)	91 (25.6)	157 (44.1)	99 (27.8)
SYBDÖ31	14 (3.9)	85 (23.9)	103 (28.9)	154 (43.3)
SYBDÖ32	44 (12.4)	118 (33.1)	112 (31.5)	82 (23)
SYBDÖ33	61 (17.1)	135 (37.9)	106 (29.8)	54 (15.2)
SYBDÖ34	26 (7.3)	118 (33.1)	118 (33.1)	94 (26.4)
SYBDÖ35	20 (5.6)	132 (37.1)	128 (36)	76 (21.3)
SYBDÖ36	39 (11)	181 (50.8)	94 (26.4)	42 (11.8)
SYBDÖ37	62 (17.4)	146 (41)	99 (27.8)	49 (13.8)
SYBDÖ38	46 (12.9)	154 (43.3)	97 (27.2)	59 (16.6)
SYBDÖ39	44 (12.4)	162 (45.5)	107 (30.1)	43 (12.1)
SYBDÖ40	61 (17.1)	130 (36.5)	99 (27.8)	66 (18.5)
SYBDÖ41	65 (18.3)	158 (44.4)	87 (24.4)	46 (12.9)
SYBDÖ42	6 (1.7)	71 (19.9)	155 (43.5)	124 (34.8)
SYBDÖ43	38 (10.7)	111 (31.2)	132 (37.1)	75 (21.1)
SYBDÖ44	49 (13.8)	124 (34.8)	105 (29.5)	78 (21.9)
SYBDÖ45	109 (30.6)	147 (41.3)	67 (18.8)	33 (9.3)
SYBDÖ46	98 (27.5)	132 (37.1)	85 (23.9)	41 (11.5)
SYBDÖ47	71 (19.9)	153 (43)	89 (25)	43 (12.1)
SYBDÖ48	8 (2.2)	57 (16)	94 (26.4)	197 (55.3)
SYBDÖ49	13 (3.7)	76 (21.3)	144 (40.4)	123 (34.6)
SYBDÖ50	26 (7.3)	114 (32)	104 (29.2)	112 (31.5)
SYBDÖ51	29 (8.1)	121 (34)	118 (33.1)	88 (24.7)
SYBDÖ52	7 (2)	67 (18.8)	128 (36)	154 (43.3)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği maddelerine verilen yanıtların bulguları Tablo 6.5'te sunulduğu şekildedir.

Tablo 6.5: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puanlar

	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss	İç tutarlılık
Sağlık sorumluluğu	9	10-36	22.67±4.88	0.808
Fiziksel aktivite	8	8-32	19.06±5.14	0.834
Beslenme	9	10-34	21.40±4.63	0.755
Manevi gelişim	9	14-36	26.41±4.37	0.772
Kişiler arası ilişkiler	9	12-36	26.17±4.52	0.783
Stres yönetimi	8	9-30	19.93±4.04	0.702
Toplam	52	74-195	135.64±21.26	0.931

SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 10 ile 36 arasında değişmekte olup ortalama 22.67±4.88'dir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.808 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 8-32 arasında değişmekte olup ortalama 19.06±5.14'dür. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.834 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ **beslenme** alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 10 ile 34 arasında değişmekte olup ortalama 21.40±4.63'dür. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.755 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 14 ile 36 arasında değişmekte olup ortalama 26.41±4.37'dir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.772 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu 9 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 12 ile 36 arasında değişmekte olup ortalama 26.17±4.52'dir. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.783 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 9 ile 30 arasında değişmekte olup ortalama 19.93±4.04'dür. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.702 olduğu saptanmıştır.

SYBDÖ toplamda 52 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınan puanlar 74 ile 195 arasında değişmekte olup ortalama 135.64 ± 21.26 'dır. Bu alt boyutu oluşturan maddelerin iç tutarlılık düzeyinin ise 0.931 olduğu saptanmıştır.



Tablo 6.6: Sosyodemografik özelliklere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (n=356)

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
Yaş							
^a r	0.065	-0.036	0.089	-0.011	-0.057	0.063	0.023
p	0.218	0.500	0.095	0.837	0.285	0.239	0.663
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Cinsiyet							
Kadın	22.75±4.76	18.46±4.96	21.46±4.49	26.52±4.36	26.42±4.55	19.74±4.09	135.35±20.91
Erkek	22.41±5.26	21.09±5.28	21.2±5.08	26.05±4.4	25.31±4.36	20.57±3.83	136.62±22.5
^b t	0.560	-4.128	0.451	0.846	1.955	-1.628	-0.470
p	0.576	<0.001**	0.652	0.398	0.051	0.104	0.639
Okuduğu program							
Hemşirelik	22.03±4.37	18.57±4.8	21.03±4.34	26.45±4.02	25.88±4.39	19.91±3.71	133.88±18.89
Ebelik	22.93±5.31	17.68±4.24	20.35±3.56	26.98±4.32	26.3±4.16	19.13±3.9	133.35±17.81
Beslenme	24.2±5.2	19.92±5.44	22.81±5.1	26.8±4.96	26.9±5.04	20.94±4.31	141.57±24.68
Fizyoterapi	22.33±5.07	19.97±5.74	21.29±4.99	25.59±4.42	25.95±4.42	19.32±4.38	134.44±23.21
^c F	3.784	3.018	3.572	1.299	0.973	2.771	2.695
p	0.011*	0.030*	0.014*	0.274	0.406	0.042*	0.046*
Sınıf							
1.sınıf	22.49±4.9	19.18±5.38	21.29±4.5	26.67±4.28	26.41±4.45	19.86±4.02	135.9±21.05
4.sınıf	22.96±4.84	18.88±4.77	21.57±4.83	26.01±4.48	25.79±4.63	20.03±4.08	135.24±21.65
^b t	-0.904	0.532	-0.557	1.404	1.263	-0.382	0.284
p	0.367	0.595	0.578	0.161	0.207	0.703	0.777
Lise türü							
SML	22.51±5.27	19.71±4.97	21.84±4.23	26.35±3.94	26.28±4.71	20.59±4.46	137.28±20.76
Diğer	22.72±4.77	18.87±5.18	21.28±4.73	26.43±4.49	26.14±4.48	19.74±3.9	135.17±21.41
^b t	-0.346	1.275	0.944	-0.128	0.245	1.670	0.776
p	0.729	0.203	0.346	0.898	0.807	0.096	0.438

Tablo 6.6: Sosyodemografik özelliklere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (n=356) (devam)

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
Gelir getiren işte çalışma							
Çalışan	22.6±4.65	18.77±4.95	21.14±4.58	26.02±4.29	25.72±4.68	19.65±3.78	133.9±21.15
Çalışmayan	22.71±5	19.22±5.24	21.54±4.66	26.62±4.4	26.41±4.43	20.07±4.17	136.57±21.3
^b t	-0.196	-0.785	-0.788	-1.220	-1.377	-0.934	-1.128
p	0.845	0.433	0.431	0.223	0.170	0.351	0.260
‡Medeni durum							
Bekar	22 (19, 26)	19 (15.5, 23)	21 (18, 24)	27 (23, 29)	26 (23, 30)	20 (17, 22.5)	136 (122, 151)
Evli	25 (20, 27.5)	18 (13.5, 21.5)	24.5 (20.5, 25.5)	27.5 (24.5, 30.5)	25 (22, 29)	19.5 (17.5, 25)	133.5 (125, 148)
^d z	-1.482	-0.613	-2.022	-0.956	-0.649	-0.332	-0.446
p	0.138	0.540	0.043*	0.339	0.516	0.740	0.655
‡Yaşantının en çok geçtiği yer							
Köy	23 (21, 27)	21 (19, 27)	22 (20, 25)	25 (22, 29)	26 (23, 29)	20 (19, 22)	138 (125, 148)
Kasaba	23 (21, 25)	21 (18, 24)	23 (19, 25)	25 (22, 28)	25 (22, 29)	20 (18, 23)	137 (125, 154)
Şehir/Kent	22 (19, 26)	18 (15, 22)	21 (18, 24)	27 (24, 30)	27 (23, 30)	20 (17, 22)	135 (121, 150)
^e χ ²	4.082	11.550	5.297	5.616	2.805	4.639	1.293
p	0.130	0.003**	0.071	0.060	0.246	0.098	0.524
‡Son 1 yıl içindeki ikamet							
Evde (yalnız)	21 (20, 29)	20 (16, 26)	20.5 (18, 25)	27 (20, 29)	27 (22, 30)	21 (17, 24)	134.5 (118, 159)
Evde (arkadaşlarla)	23 (20, 26)	20 (17, 24)	22 (19, 25)	26 (23, 28)	26 (23, 29)	21 (18, 23)	139 (124, 150)
Evde (ailesiyle)	22 (19, 26)	19 (15, 22)	22 (18, 24)	27 (24, 29)	26 (23, 29)	19 (17.5, 22)	135 (124, 148)
Yurtta	23 (19, 26)	16 (13, 21)	20 (17, 24)	26 (23, 30)	27 (23, 30)	20 (17, 23)	132 (114, 146)
Diğer	23 (18, 29)	18 (15, 22)	20 (16, 25)	30.5 (22, 34)	31 (24, 32)	24 (18, 27)	149.5 (118, 170)
^e χ ²	1.406	15.581	5.099	3.099	4.193	7.084	3.078
p	0.843	0.004**	0.277	0.541	0.381	0.132	0.545

^aPearson korelasyon analizi ^bBağımsız gruplar t testi ^cTek yönlü varyansanalizi ^dMann-Whitney U test ^eKruskal-Wallis test *p<0.05**p<0.01 ‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Öğrencilerin yaşları ile SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.011$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda hemşirelik okuyanların puanlarının beslenme okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda ebellek okuyanların puanlarının beslenme ve fizyoterapi okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.043$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik ve ebellek okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.029$, $p=0.035$). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.042$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının ebellek ve fizyoterapi okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.032$,

p=0.025). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.046). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.049).

Öğrencilerin sınıflarına göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Öğrencilerin lise türlerine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Öğrencilerin gelir getiren işte çalışma durumlarına göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

Öğrencilerin medeni durumlarına göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Öğrencilerin medeni durumlarına göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.043). Evlilerin puanlarının bekarların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin yaşantılarının en çok geçtiği yere göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Öğrencilerin yaşantılarının en çok geçtiği yere göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.003). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda yaşantıları çoğunlukla şehirde geçenlerin puanlarının köy ve kasabada

geçenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.005$, $p=0.027$).

Öğrencilerin son 1 yıl içindeki ikametlerine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu**, **beslenme**, **manevi gelişim**, **kişiler arası ilişkiler**, **stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin son 1 yıl içindeki ikametlerine göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.004$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda son 1 yıl içinde yurttan ikamet edenlerin puanlarının evde yalnız ve evde arkadaşlarıyla ikamet edenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.034$, $p=0.004$).

Tablo 6.7: Aileye ilişkin bilgilere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Ailenin gelir düzeyi							
Gelir < Gider	21.17±4.55	17.96±4.85	19.93±3.47	24.74±5.26	24.61±4.9	18.48±3.59	126.89±20.45
Gelir = Gider	22.58±4.51	18.78±4.79	21.32±4.71	26.21±4.06	26.01±4.35	19.82±4	134.72±20.59
Gelir > Gider	23.45±5.47	20±5.71	22.13±4.77	27.44±4.26	27.08±4.5	20.7±4.14	140.81±21.5
F	3.706	3.289	3.809	6.966	5.273	5.208	7.695
p	0.026*	0.038*	0.023*	0.001**	0.006**	0.006**	0.001**
‡Aile tipi							
Çekirdek aile	22 (19, 26)	18 (15, 22)	21 (18, 25)	27 (24, 30)	27 (23, 30)	20 (17, 22)	137 (123, 151)
Geniş aile	23 (20, 25)	20 (17, 24)	21 (18, 24)	26 (23, 29)	26 (23, 29)	20 (18, 23)	135 (122, 150)
Parçalanmış / Tek ebeveynli aile	20.5 (19, 24)	17.5 (14, 25)	20 (17, 22)	24 (21, 27)	25.5 (20, 28)	17.5 (15, 20)	127 (109, 153)
χ²	1.058	3.502	0.929	8.836	2.893	5.678	2.081
p	0.589	0.174	0.629	0.012*	0.235	0.058	0.353
‡Anne eğitim düzeyi							
Okur-yazar değil	20 (19, 23)	17 (14, 18)	20 (16, 24)	28 (24, 31)	27 (23, 29)	18 (17, 21)	125 (116, 140)
İlkokul mezunu	21 (18, 24)	17 (15, 21)	20 (17, 23)	26 (23, 30)	26 (23, 28)	19 (17, 21)	132 (119, 142)
Ortaokul mezunu	22 (19, 25)	19 (16, 22)	21 (18, 24)	26 (23, 29)	25 (22, 30)	20 (18, 22)	134 (122.5, 147)
Lise mezunu	23 (20, 27)	20 (16, 23)	22 (19, 25)	27 (24, 29)	27 (23, 30)	21 (18, 24)	140 (124, 155)
Üniversite mezunu	25 (23, 28)	23 (19, 26)	23 (19, 26)	28 (25, 30)	28 (26, 30)	22 (18, 26)	152 (136, 159)
χ²	21.990	29.311	16.890	4.590	8.219	13.283	22.922
p	<0.001**	<0.001**	0.002**	0.332	0.084	0.010*	<0.001**

Tablo 6.7: Aileye ilişkin bilgilere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (devam)

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
‡Baba eğitim düzeyi							
Okur-yazar değil	18.5 (17, 21)	17 (15, 18)	15 (15, 20)	28.5 (28, 31)	27.5 (23, 29)	19 (13, 21)	125 (110, 130)
İlkokul mezunu	20 (18, 24)	17 (14, 21)	21.5 (19, 24)	26 (23, 29)	26 (23, 29)	19 (17, 21.5)	135 (120.5, 144)
Ortaokul mezunu	21 (18, 25)	19 (16, 22)	20 (18, 23)	26 (23, 28)	25 (22, 30)	19 (16, 21)	132 (116, 146)
Lise mezunu	23 (20, 27)	18 (15, 22)	22 (18, 25)	26 (23, 29)	26 (23, 29)	21 (18, 23)	137 (124, 152)
Üniversite mezunu	23 (20, 27)	21 (17, 26)	22 (18, 26)	27 (24, 31)	28 (24, 31)	20 (18, 25)	141 (126, 159)
χ^2	19.111	18.057	13.375	7.774	12.250	14.230	16.392
p	0.001**	0.001**	0.010*	0.100	0.016*	0.007**	0.003**
Anne iş durumu							
Çalışmıyor	22.13±4.77	18.42±5.06	20.87±4.55	26.15±4.2	25.76±4.33	19.49±4.03	132.81±20.68
Çalışıyor	23.54±4.84	20.04±5.31	22.28±4.75	26.84±4.55	26.75±4.79	21±3.98	140.44±21.71
Emekli	23.47±5.27	20.06±4.67	22.06±4.37	26.75±4.79	26.92±4.7	19.47±3.79	138.72±21.04
F	3.536	4.303	3.708	0.994	2.232	5.308	5.052
p	0.030*	0.014*	0.025*	0.371	0.109	0.005**	0.007**
‡Baba iş durumu							
Çalışmıyor	20 (17, 27)	17 (14, 20)	19 (17, 22)	26 (22, 28)	24 (21, 28)	18 (16, 20)	126 (108, 141)
Çalışıyor	23 (19, 26)	19 (16, 23)	22 (18, 25)	27 (24, 29)	27 (23, 30)	20 (18, 23)	137 (124, 152)
Emekli	21 (19, 26)	18 (14, 21)	21 (18, 24)	26 (23, 30)	25 (22, 29)	18 (16, 22)	132 (118, 146)
χ^2	2.640	6.157	3.104	1.173	5.175	15.364	7.336
p	0.267	0.046*	0.212	0.556	0.075	<0.001**	0.026*

^cTek yönlü varyans analizi

^eKruskal-Wallis test

*p<0.05

**p<0.01

‡Sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.026). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.022). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.038). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.048). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.023). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.020). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.001). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.001, p=0.046). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.006). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.005). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.006). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.005). Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.001). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda geliri giderinden fazla olanların puanlarının geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p<0.001, p=0.042).

Öğrencilerin aile tipine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin aile tipine göre SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.012$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda aile tipi çekirdek aile olanların puanlarının aile tipi parçalanmış / tek ebeveynli aile olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.041$).

Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi okur-yazar olmayan, ilkököl mezunu ve ortaokul mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.031$, $p<0.001$, $p=0.034$). Annesi ilkököl mezunu olanların puanlarının lise mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.026$). Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi okur-yazar olmayan, ilkököl mezunu ve ortaokul mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.014$). Annesi ilkököl mezunu olanların puanlarının lise mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.036$). Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.002$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi ilkököl mezunu olanların puanlarının lise mezunu ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.010$, $p=0.025$). Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.010$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi ilkököl mezunu olanların puanlarının lise

mezunu ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.032$, $p=0.049$). Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeyine göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi okur-yazar olmayan, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.042$, $p<0.001$, $p=0.011$). Annesi ilkokul mezunu olanların puanlarının lise mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.027$).

Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası ilkokul mezunu olanların puanlarının lise ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.009$, $p=0.023$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası ilkokul mezunu ve lise mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.002$, $p=0.016$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.010$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası okur-yazar olmayanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.048$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **kişiler arası iletişim** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.016$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası ilkokul ve ortaokul mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.017$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Dunn-Bonferroni post-hoc

değerlendirmeler sonucunda babası ortaokul mezunu olanların puanlarının lise ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.040$). Öğrencilerin babalarının eğitim düzeyine göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası ilköğretim mezunu ve ortaokul mezunu olanların puanlarının üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.019$, $p=0.008$).

Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi çalışanların puanlarının annesi çalışmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.045$). Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi çalışanların puanlarının annesi çalışmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.025$). Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.025$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi çalışanların puanlarının annesi çalışmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.032$). Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.005$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi çalışanların puanlarının annesi çalışmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.005$). Öğrencilerin annelerinin iş durumuna göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda annesi çalışanların puanlarının annesi çalışmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.008$).

Öğrencilerin babalarının iş durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları bakımından

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin babalarının iş durumuna göre SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.046$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası çalışanların puanlarının babası emekli olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.048$). Öğrencilerin babalarının iş durumuna göre SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası çalışanların puanlarının babası çalışmayan ve emekli olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.023$, $p=0.005$). Öğrencilerin babalarının iş durumuna göre SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.026$). Dunn-Bonferroni post-hoc değerlendirmeler sonucunda babası çalışanların puanlarının babası emekli olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.043$).

Tablo 6.8: Hastalık-sağlık ve alışkanlıklara ilişkin bilgilere göre SYBDÖ alt boyut ve toplam puanlarının kıyaslanması (n=356)

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
‡Engel/Kronik hastalık							
Yok	22 (19, 26)	18 (15, 23)	21 (18, 25)	27 (24, 30)	26 (23, 30)	20 (17, 23)	136 (121, 151)
Var	23 (21, 27)	20 (16, 22)	22 (19, 25)	25 (22, 29)	25 (23, 28)	20 (18, 22)	133 (124, 149)
^d z	-1.231	-1.053	-0.385	-1.612	-0.397	-0.875	-0.200
p	0.218	0.292	0.700	0.107	0.691	0.382	0.842
Sigara kullanım durumu							
Hayır	22.54±4.9	18.79±5.16	21.25±4.32	26.73±4.1	26.28±4.38	19.71±3.85	135.3±20.29
Evet	22.93±4.83	19.58±5.09	21.68±5.16	25.8±4.79	25.95±4.79	20.34±4.36	136.29±23.05
^b t	-0.733	-1.383	-0.789	1.819	0.658	-1.408	-0.420
p	0.464	0.167	0.431	0.070	0.511	0.160	0.675
Sigara kullanım durumu (yakın çevre)							
Hayır	23.54±5.03	19.3±5.23	22.51±4.54	26.67±4.54	26.36±4.68	20.51±3.94	138.88±21.86
Evet	22.35±4.79	18.97±5.12	20.99±4.6	26.31±4.3	26.1±4.47	19.71±4.06	134.43±20.94
^b t	2.050	0.538	2.780	0.687	0.490	1.657	1.763
p	0.041*	0.591	0.006**	0.492	0.624	0.098	0.079
‡Telefon/İnternet/Oyun vakit geçirme durumu							
Hiç / 1 saatten az	25 (21, 27)	20 (17, 25)	21 (19, 25)	28 (24, 32)	26 (24, 30)	21 (18, 24)	141 (128, 155)
2-4 saat / gün	22 (19, 25)	18 (15, 21)	21.5 (18, 24)	26 (23.5, 29)	26 (23, 29)	20 (17, 22)	135 (122, 146)
4-6 saat / gün	23 (19, 27)	19 (15.5, 23)	21 (18, 25)	26.5 (23, 29.5)	27 (23, 30)	20 (18, 23)	138 (121.5, 153)
6-8 saat / gün	23 (18, 26)	20 (16, 23)	21 (18, 23)	27 (21, 29)	27 (21, 30)	20 (16, 24)	139 (110, 156)
^e χ ²	5.728	4.707	1.885	4.802	2.450	2.070	4.133
p	0.126	0.195	0.597	0.187	0.484	0.558	0.247
Son 6 ay sağlık değerlendirmesi							
^a r	0.132	0.207	0.198	0.349	0.270	0.238	0.298
p	0.013*	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**	<0.001**

^aPearson korelasyon analizi

^bBağımsız gruplar t testi

^dMann-Whitney U test

^eKruskal-Wallis test

*p<0.05

**p<0.01

‡Sonaçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

Öğrencilerin engellilik/kronik hastalık varlığı durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin yakın çevresinde sigara kullanan insan bulunması durumuna göre SYBDÖ **fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin yakın çevresinde sigara kullanan insan bulunması durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.041$). Yakın çevresinde sigara kullanımı olanların puanlarının kullanım olmayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yakın çevresinde sigara kullanan insan bulunması durumuna göre SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.006$). Yakın çevresinde sigara kullanımı olanların puanlarının kullanım olmayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin telefon/internet/oyun ile vakit geçirme durumuna göre SYBDÖ **sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi** alt boyutu puanları ve SYBDÖ **toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.132 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.132$, $p=0.013$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.207 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.207$, $p<0.001$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.198 düzeyinde istatistiksel

olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.198$, $p<0.001$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.349 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.349$, $p<0.001$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.270 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.270$, $p<0.001$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.238 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.238$, $p<0.001$). Öğrencilerin son 6 ay sağlık değerlendirmeleri ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.298 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.298$, $p<0.001$).

Tablo 6.9: SYBDÖ alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi

	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
Sağlık sorumluluğu	^a r 1.000 p -						
Fiziksel aktivite	^a r 0.501 p <0.001**	1.000 -					
Beslenme	^a r 0.630 p <0.001**	0.524 <0.001**	1.000 -				
Manevi gelişim	^a r 0.483 p <0.001**	0.349 <0.001**	0.419 <0.001**	1.000 -			
Kişiler arası ilişkiler	^a r 0.543 p <0.001**	0.313 <0.001**	0.418 <0.001**	0.727 <0.001**	1.000 -		
Stres yönetimi	^a r 0.586 p <0.001**	0.533 <0.001**	0.627 <0.001**	0.578 <0.001**	0.522 <0.001**	1.000 -	
Toplam	^a r 0.814 p <0.001**	0.710 <0.001**	0.783 <0.001**	0.756 <0.001**	0.752 <0.001**	0.819 <0.001**	1.000 -

^aPearson korelasyon analizi

** $p<0.01$

SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.501 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.501$, $p<0.001$). SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.630 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.630$, $p<0.001$). SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.483 düzeyinde istatistiksel

olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.483$, $p<0.001$). SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.543 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.543$, $p<0.001$). SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.586 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.586$, $p<0.001$). SYBDÖ **sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.814 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.814$, $p<0.001$).

SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.524 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.524$, $p<0.001$). SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.349 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.349$, $p<0.001$). SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.313 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.313$, $p<0.001$). SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.533 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.533$, $p<0.001$). SYBDÖ **fiziksel aktivite** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.710 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.710$, $p<0.001$).

SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.419 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.419$, $p<0.001$). SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.418 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.418$, $p<0.001$). SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.627 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.627$, $p<0.001$). SYBDÖ **beslenme** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.783 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.783$, $p<0.001$).

SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.727 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.727$, $p<0.001$). SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.578 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.578$, $p<0.001$). SYBDÖ **manevi gelişim** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.756 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.756$, $p<0.001$).

SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları arasında pozitif yönde 0.522 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.522$, $p<0.001$). SYBDÖ **kişiler arası ilişkiler** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.752 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.752$, $p<0.001$).

SYBDÖ **stres yönetimi** alt boyutu puanları ile SYBDÖ **toplam** puanları arasında pozitif yönde 0.819 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.819$, $p<0.001$).

7. TARTIŞMA

Sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı araştırmada; SYBD II Ölçeği kullanılarak Demiroğlu Bilim Üniversitesindeki Ebelik, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümlerinde okuyan birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinden oluşan 356 kişinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler (sosyo-demografik özellikleri) değerlendirildi. Bulgular çalışmanın araştırma soruları çerçevesinde tartışıldı:

7.1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN SYBD PUANLARI YÜKSEK MİDİR?

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208 olarak alındığında, katılan öğrencilerin SYBD ortalamalarının orta seviyesinin üstünde olduğu (135.64 ± 21.26) görülmektedir (Tablo 6.5).

Yapılan literatür taramasında Ardıç ve Taşkın (2018) tarafından yapılan tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada puan ortalamasını $127,38 \pm 19,28$, Kocaakman ve ark. (2010) tarafından sağlık koleji öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ortalama puanı 124.11 ± 22.21 , Kostak ve ark. (2014) hemşirelik ve sınıf öğretimi öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada 126.55 ± 18.76 'dır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek üzere yapılan çalışmalarda, öğrencilerin SYBD II ortalamalarının genelde orta seviyede olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu araştırmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sağlık öğrencileri ve çalışanlar üzerinde yapılan benzer çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istenilen seviyede olmamasının sebebi; uzun, yorucu ve düzensiz çalışma saatleri sebebiyle yetersiz beslenme, vardiyalı çalışma saatlerinden kaynaklı uykusuzluk, uzun süre ayakta çalışmaya bağlı sırt, bel ve bacak ağrıları gibi sebeplerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Kostak ve ark., 2014).

Bu çalışmada öğrencilerin en yüksek puan ortalamasını 26.41 ± 4.37 (Tablo 6.5), SYBD II'nin alt boyutlarından birini oluşturan manevi gelişimden aldığı bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmalarda

öğrencilerin en yüksek puanı manevi gelişimden aldığı bulunmuştur. Aksoy ve Uçar'ın (2014) hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada manevi alt boyut puanı 27.90 ± 4.29 , Vural ve Bakır'ın (2015) meslek yüksek okulu öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada manevi alt boyut puanı 26.71 ± 4.55 olarak bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık eğitimi alan öğrencilerin manevi gelişim puan ortalamasının yüksek olması; öğrencilerin mesleki derslerinde hedeflenen holistik ve hümanistik yaklaşım bilgi becerileri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin en düşük puan ortalamasını (19.06 ± 5.14 , Tablo 6.5), SYBD II'nin alt boyutlarından birini oluşturan fiziksel aktiviteden aldıkları bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bir çok çalışmada en düşük puanı SYBD II'nin fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı görülmüştür. Aksoy ve Uçar'ın (2014) hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada fiziksel aktivite puanı 16.86 ± 4.88 iken Vural ve Bakır (2015) tarafından meslek yüksek okulu öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada ise 15.03 ± 4.85 bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar, yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık bilimleri öğrencilerinin spor faaliyetlerine katılmamaları ve yeterli fiziksel aktivitede bulunmamalarının sebebi, uygulamalı eğitim ve iş tempolarının çok yoğun olması ve yeterli zamanlarının bulunmamasına, boş zamanlarını dinlenmeye ayırmalarına bağlanabilir.

Bu çalışmada Öğrencilerin yaşları ile SYBD II sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puanları ve SYBDÖ (21.60 ± 2.97) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

7.2. SYBD PUANLARI SINIF DÜZEYİNE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilenebileceği düşünülen değişkenlerden biri öğrencilerin sınıf düzeyleridir. Birinci sınıf öğrencilerin SYBD II puan ortalamaları 135.9 ± 21.05 , dördüncü sınıf öğrencilerin puan ortalamaları 135.24 ± 21.65 olarak bulunmuştur. Çalışmada öğrencilerin SYBD II sağlık sorumluluğu (1.sınıf- 22.49 ± 4.9 , 4.sınıf- 22.96 ± 4.84), fiziksel aktivite (1.sınıf-

19.18±5.38, 4.sınıf-18.88±4.77), beslenme (1.sınıf-21.29±4.5, 4.sınıf-21.57±4.83), manevi gelişim (1.sınıf-26.67±4.28, 4.sınıf-26.01±4.48), kişiler arası ilişkiler (1.sınıf-26.41±4.45,4.sınıf-25.79±4.63), stres yönetimi (1.sınıf-19.86±4.02, 4.sınıf-20.03±4.08) alt boyutu puanları ve SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 6.6).

Bozhüyük (2010) yapmış olduğu çalışmada birinci sınıf puan ortalaması 124.06 ±18.98 dördüncü sınıf puan ortalaması 125.30±16.66 olarak bulmuştur.

Yurdatapan ve ark. (2014) yapmış olduğu çalışmada birinci sınıf puan ortalaması 133.86±17.59, dördüncü sınıf puan ortalaması 126.74±17.64 olarak bulmuştur. Yapılan literatür çalışmaları ile yaptığımız çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Birinci sınıf ve dördüncü sınıf arasında anlamlı fark bulunmamasının nedeni dördüncü sınıf öğrencilerinin çalışmalarından dolayı bildikleri ve öğrendiklerini kendilerine uygulayamadıklarından jaynaklı olduğu düşünülmektedir.

7.3. SYBD PUANLARI BÖLÜMLERE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyeceği düşünülen değişkenlerden biri okunan bölümdür. Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.011$). Bonferroni düzeltmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda hemşirelik okuyanların puanlarının beslenme okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Bonferroni düzeltmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda ebelik okuyanların puanlarının beslenme ve fizyoterapi okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.047$, $p=0.043$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ beslenme alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.014$). Bonferroni düzeltmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik ve ebelik okuyanların

puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.029$, $p=0.035$). Erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.042$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının ebelik ve fizyoterapi okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.032$, $p=0.025$). Öğrencilerin okudukları programlara göre SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.046$). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.049$), (Tablo 6.6).

Öz (2018) fakülteler arası yapmış olduğu çalışmada SYBD II ölçeğinden alınan puanların sınıflara göre karşılaştırılmasında; sınıflar arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) olduğunu bulmuştur.

Bozhüyük (2010) hemşirelik, ebelik, diş hekimliği ve tıp fakültesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu ($p<0,001$), fiziksel aktivite ($p=0,014$), beslenme ($p=0,002$), tinsellik ($p=0,009$), kişiler arası ilişki ($p=0,001$), stres yönetimi ($p<0,001$) ve SYBD ölçek toplamında ($p<0,001$) puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur. Literatür çalışmaları ile yapılan bu çalışmanın bulguları, benzerlik göstermektedir. Bölümler arası alınan farklı dersler ve bireylerin hayatlarında uygulamaya geçirmeleri bölümler arası farklılık görülme sebepleri olduğu düşünülmektedir.

7.4. SYBD PUANLARI CİNSİYETE GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Örneklemin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyeceği düşünülen değişkenlerden biri cinsiyetleridir. Kız öğrencilerin SYBD II puan ortalamaları 135.35 ± 20.91 , erkek öğrencilerin puan ortalamaları 136.62 ± 22.5 olarak bulunmuştur. Çalışmada öğrencilerin cinsiyetlerine göre SYBD II sağlık sorumluluğu (k-

22.75±4.76, e-22.41±5.26), beslenme (k-21.46±4.49, e-21.2±5.08), manevi gelişim (k-26.52±4.36e-26.05±4.4), kişiler arası ilişkiler (k-26.42±4.55e-25.31±4.36), stres yönetimi (k-19.74±4.09e-20.57±3.83) alt boyutu puanları ve SYBD II (k-135.35±20.91e-136.62±22.5) toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre SYBD II fiziksel aktivite alt boyutu (k-18.46±4.96e-21.09±5.28) puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001), (Tablo 6.6). Erkek öğrencilerin (136.62±22.5) puanlarının kız öğrenci (135.35±20.91) puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin alt boyutlarındaki verilere göre; kız öğrencilerin beslenme boyutundan aldıkları puan ortalamaları 21.46±4.49 iken erkek öğrencilerin puan ortalamaları 21.2±5.08 olarak saptanmış ve kadın öğrencilerin daha yüksek olduğu görülmekle birlikte istatistiksel değerlendirme sonucuanlamlı bir fark saptanmamıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmalarda kadınların besin tüketimi seviyesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

İlhan ve ark. (2010) yapmış oldukları çalışmada kadınlarda beslenme değerlerinin puan ortalamalarını 15.55±3.32 bulurken erkeklerde ise 14.81±3.14 bulmuştur. Tuygar ve Arslan (2015) yaptıkları çalışmada kadınların beslenme değerinin puan ortalaması 14.99±3.39 ikenerkeklerde 14.44±3.40 olarak saptamıştır. Yapılan literatür çalışmaları ile bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Kadınların, erkeklere oranla daha sağlıklı beslenmesinin sebebi, gelenekselleşmiş yaşam şeklinde ki kadının rolü ve yemek hazırlama gibi evişleri ile daha çok ilgilenmesi ve zaman ayırmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada verilerine göre; kız öğrencilerin kişiler arası ilişkilerde almış oldukları puan ortalamaları 26.42±4.55 iken erkek puan ortalamaları 25.31±4.36 olarak bulunmuş ve kız öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık eğitimi gören öğrencilerin sağlıklı yaşam şekillerinin incelendiği çalışmalarda kızların kişiler arası ilişki seviyesinin erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır; Bostan ve Beşer (2016) çalışmalarında, kadınlarda kişiler arası ilişkilerde puan ortalamasını 25.07±3.99, erkeklerde ise 24.88±4.29 bulmuştur. Kocaakman ve ark. (2010) yapmış oldukları çalışmada ise, kadınların kişiler arası

ilişkiler puan ortalaması 21.14 ± 3.28 iken erkeklerde 20.10 ± 3.02 olarak bulunmuştur. Literatür çalışmaları ile yapılan bu çalışmanın bulguları, benzerlik göstermektedir. Kızların kişiler arası iletişim puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olmasının sebebi, kızların iletişim konusunda erkeklerden daha iyi olmaları ve karşısındaki bireylere her zaman daha sabırla yaklaşım bulmaya çalışmalarıdır.

Bu çalışmada elde edilen verilere göre; kız öğrencilerin fiziksel aktivite grubunun puan ortalamaları 18.46 ± 4.96 iken erkek öğrencilerin puan ortalamaları 21.09 ± 5.28 olarak bulunmuş ve anlamlı bir fark saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği araştırmalarda kadın bireylerin fiziksel aktivitede bulunma oranlarının erkek bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır; Bostan ve Beşer (2016) çalışmalarında, kadınlarda fiziksel aktivite puan ortalamasını 15.05 ± 4.64 , erkeklerde ise 16.25 ± 5.29 bulmuştur. Tuygar ve Arslan (2015) yapmış oldukları çalışmada, fiziksel aktivite puan ortalamasını kadınlarda 10.57 ± 3.35 , erkeklerde ise 11.16 ± 3.28 olarak bulmuşlardır. Literatür çalışmaları ile bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Erkeklerin fiziksel aktivite puan ortalamasının kız öğrencilere kıyasla daha iyi olması, kadın bireylerin temizlik, yemek gibi ev işlerine zaman harcadıkları için erkekler kadar egzersize zaman ayıramamalarından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

7.5. SYBD PUANLARI MEDENİ DURUMA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkilenebileceği düşünülen değişkenlerden bir diğeri ise öğrencilerin medeni durumlarıdır. Bu çalışmada bekar öğrencilerin SYBD II puan ortalamaları 136 (122, 151), evli öğrencilerde ise puan ortalamaları 133.5 (125, 148) bulunmuş öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (Tablo 6.6).

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği diğer araştırmalarda bekar bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının evli bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur; Bostan ve Beşer (2016) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarında, bekar bireylerin puan ortalamaları 130.63 ± 19.15 iken evli bireylerin puan ortalamaları 123.03 ± 19.07 olarak bulunmuştur. Aksoy ve Uçar

(2014) tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise, bekar bireylerin puan ortalamalarını 165.96 bulurken evli bireylerin puan ortalamalarını 139.89 olarak saptamışlardır. Yapılan literatür çalışmaları ile yaptığımız çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Evli öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, bekar öğrencilere göre daha düşük bulunmasında, evli bireylerin sorumluluklarının bekarlara göre daha fazla olmasının kendine vakit ayıramamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.6. SYBD PUANLARI SİGARA KULLANMA DURUMUNA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Bu çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilecek değişkenlerden biri ise öğrencilerin sigara içme davranışıdır. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre (Tablo 6.8); sigara içen öğrencilerin SYBD II puan ortalamalarının 136.29 ± 23.05 , içmeyen öğrencilerin puan ortalamaları ise 135.3 ± 20.29 olarak bulunmuş ve içen öğrencilerin SYBD II puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Vural ve Bakır (2015) yaptıkları sağlık eğitimi alan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmada sigara kullanan öğrencilerin SYBD II puan ortalaması 125.00 iken sigara kullanmayanların puanı 124.00 bulunmuştur. Bu çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir. Sigara kullanan bireylerin SYBD II puan ortalamalarının yüksek olmasının sebebi Öğrencilerin yaş ortalamasının 21.60 ± 2.97 olması ve genç yaşta olduklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.7. SYBD PUANLARI HASTALIK DURUMUNA GÖRE DEĞİŞİR Mİ?

Çalışmada verilere göre; kronik hastalığı olan öğrencilerin SYBD II puan ortalamaları 133 (124, 149), hastalığı olmayan öğrencilerin puan ortalamaları 136 (121, 151) istatistiksel olarak anlamlı olmayacak düzeyde daha düşük bulunmuştur (Tablo 6.8). Aksoy ve Uçar'ın (2014) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapmış oldukları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmalarında kronik hastalığı olan bireylerin SYBD II puan ortalamasını 140.89, olmayan bireyin puan

ortalamasını ise 142.75 olarak bulmuşlardır. Bu çalışma, Aksoy ve Uçar'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Gençlerde kronik hastalık olgusu ve sağlığın bozulma düzeyi ileri yaşlara göre daha az olduğu için puanlar arasında fark anlamlı bulunmamıştır.



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. SONUÇ

Araştırma, Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma “Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik ve Ebelik” bölümlerinde okuyan toplam 356 gönüllü öğrenci katılımı ile sağlanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 21.60 ± 2.97 olup %77.2’si kadın, %22.8’i erkektir.

%77.8’i diğer liselerden mezun olup %95.5’i bekar, %81.5’inin yaşantısını en çok şehir/kentte geçirmiştir.

Öğrencilerin %46.1’i hemşirelik, %11.2’si ebelik, %22.2’si beslenme, %20.5’i ise fizyoterapi bölümlerinde okumakta olup %60.7’si 1.sınıf, %39.3’ü 4.sınıf öğrencisidir (Tablo 6.1).

1. SYBD Puanları Sağlık Bilimlerinde orta düzeyde bulunmuştur.

Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin SYBD Puanları orta düzeyde bulunmuş (135.64 ± 21.26) alt grupları arasında en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim (26.41 ± 4.37) ve en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite (19.06 ± 5.14) olarak belirlenmiştir.

2. SYBD puanları sınıflara (1.sınıf- 4. sınıf) göre değişmemiştir.

Öğrencilerin sınıflarına göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puanları ve SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

3. SYBD Puanları Sağlık Bilimleri Beslenme bölümünde daha yüksek bulunmuştur.

SYBD Ölçeği toplam puanları bakımından beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.049).

Hemşirelik bölümünde okuyanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puanlarının beslenme bölümünde okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.007).

Ebelik bölümünde okuyanların fiziksel aktivite alt boyutu puanlarının beslenme ve fizyoterapi bölümünde okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.047, p=0.043) .

Öğrencilerin okudukları bölümlere göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.011). Hemşirelik bölümünde okuyanların puanlarının beslenme bölümünde okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.007) (Tablo 6.6).

Fiziksel aktivite alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.030). Ebelik bölümünde okuyanların puanlarının beslenme ve fizyoterapi bölümünde okuyanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.047, p=0.043) (Tablo 6.6).

Beslenme alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.014). Beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik ve ebelik okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.029, p=0.035).

Stres yönetimi alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.042). Ebelik ve fizyoterapi bölümünde okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, p=0.032, p=0.025) (Tablo 6.6).

Toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.046). Bonferroni düzeltilmeli post-hoc değerlendirmeler sonucunda beslenme okuyanların puanlarının hemşirelik okuyanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.049) (Tablo 6.6).

4. SYBD Puanları erkek öğrencilerde daha yüksektir.

Erkek öğrencilerin SYBD puanları kız öğrencilerin puanlarından daha yüksektir

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu puanları bakımından erkeklerin puanlarının kadınların puanlarından daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

5. SYBD Beslenme alt boyut puanı evlilerde daha yüksektir.

Öğrencilerin medeni durumlarına göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puanları ve SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin medeni durumlarına göre SYBDÖ beslenme alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.043$). Evlilerin puanlarının bekarların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6. SYBD Puanları Sigara Kullanma Durumuna göre değişmemiştir.

Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puanları ve SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

7. SYBD Puanları Hastalık Durumuna göre değişmemiştir.

Öğrencilerin engellilik/kronik hastalık varlığı durumuna göre SYBDÖ sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutu puanları ve SYBDÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

8.2. ÖNERİLER

Araştırma sonucuna göre; Örnekleme oluşturan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu ve fiziksel aktivitede yetersiz oldukları saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda önerilerde;

- Öğrencilerin sağlıklarını geliştirmesi ve koruması için, sağlık ile ilgili konularda eğitim projeleri oluşturulmalıdır. Öğrencilerde sağlık konusunda yetersiz kaldıkları konular saptanmalı ve eğitim projelerin zamanları öğrenciler ile birlikte belirlenmelidir.
- Yapılan sağlık projelerinin, öğrencilerde olumlu sağlık davranışları sağlayıp sağlamadığı, bilimsel çalışmalar ile belirlenmesi ve gerekli ise geliştirmeler yapılmalıdır.
- Öğrenciler için, spor ve fiziksel aktivite programları yaygınlaştırılmalı, üniversitelerin kampüs alanları planlanması yapılırken yararlanabilecekleri spor salonlarına yer verilmelidir.
- Öğrencilerin sağlıklarını geliştirmesi ve koruması için, egzersiz davranışları ve beslenme birlikte yürütülmeli, eğitici seminerler düzenlenmelidir.
- Öğrencilere, stresle nasıl başa çıkılacağına yönelik yollar öğretilmelidir. Üniversite ortamında, strese sebep olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan nasıl kaldırılmasına yönelik araştırmalar yapılabilir.
- Öğrencilere uygulanacak olan sağlığı geliştirme projelerinde, sosyo-demografik özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.
- Sağlığın korunması, geliştirilmesi konusunda diğer bölümlere göre daha yoğun kuramsal ve uygulamalı müfredata sahip Hemşirelik öğrencilerinin daha düşük sağlık davranışı puanına sahip olma nedenlerini ortaya çıkaracak daha ileri çalışmalar önerilir.

KAYNAKÇA

Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2013, 55:181-187.

Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014, 1:53-67.

Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Hülya Uçar).

Anayasa (2021). https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (Erişim Tarihi: 08.04.2021).

Ardıç C, Taşkın N. An Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors of Medical School Students. *Bezmialem Science*. 2018, 6:191-195.

Aydın Dinçer GB. Fizyoterapi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Isparta (Danışman: Prof. Dr. Ferdi Başkurt).

Ayten A. Din ve sağlık: bireysel dindarlık, sağlık davranışları ve hayat memnuniyeti ilişkisi üzerine bir araştırma. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 2013, 13:7-31.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu. 2008, 12:1-13.

Bethesda M. Information abouttheScience of Healthy Behaviors. A service of the National Library of Medicine. 2007, 5:1-11.

Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017, 14:38-44.

Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer).

Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi . T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan).

Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranışları modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015, 5:28-34.

Carpenter CJ. A Meta-Analysis of the Effectiveness of HealthBelief Model Variables in Predicting Behavior. Health Communication. 2010, 25:661-669.

Ceylantekin Y, Öcalan D. Evaluation of University Students Healthy Lifestyle Behaviors: Afyon Example. Clinical and Experimental Medical Sciences. 2018, 6:1-12.

Cobb NK, Graham AL. Health Behavior Interventions in the Age of Facebook. American Journal of Preventive Medicine. 2012, 43:571-572.

Cushing CC, Jensen CD, Miller MB, Leffingwell TR. Meta-Analysis of Motivational Interviewing for Adolescent Health Behavior: Efficacy Beyond Substance Use. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014, 82:1212-1218.

Cutler DM ve Lleras-Muney A. Understanding Differences in Health Behavior by Education. Journal of Health Economics. 2010, 29:1-28.

Çalışkan Y. COVID-19 Pandemisi ve Karantina Sürecinde Çocuk Ruh Sağlığı. Büyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2020,3:149-154.

Çalmaz A. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Ruhsal Durumu. T.C. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Çorum, (Danışman: Doç. Dr. Gülay Yılmazel, Eş Danışman: Doç. Dr. Birsen Altay).

Çınar F. İmalat Yapan İşyerlerinde Çalışanların Genel Sağlık Tutum ve Davranışları. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, 2010, Ankara.

Çobanoğlu N. Bireysel, Profesyonel, Toplumsal, Bilimsel ve Siyasal Etiği Yeniden Sorgulatan COVID-19 Pandemisi. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi. 2020, 25:36-42

Demiroğlu Bilim Üniversitesi (2021).

<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/hemsirelikbolumu> (Erişim Tarihi: 10.04.2021).

Demiroğlu Bilim Üniversitesi (2021).

<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/beslenmevediyetetikbolumu> (Erişim Tarihi: 10.04.2021).

Demiroğlu Bilim Üniversitesi (2021).

<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/fizyoterapiverehabilitasyonbolumu> (Erişim Tarihi: 10.04.2021).

Demiroğlu Bilim Üniversitesi (2021).

<https://aday.demiroglu.bilim.edu.tr/ebelikbolumu> (Erişim Tarihi: 10.04.2021).

Duran Ü, Öğüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018, 2:138-147.

Ece Ö. Pandemi Sırasında ve Sonrasında Kültür-Sanat. TRT Akademi. 2020, 10: 882-887.

Ercan Ş, Keklicek H. COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerindeki Değişimin İncelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020, 5:69-74.

Esin MN, Akta E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012, 20:166-176.

Golden SD, Earp AL. Social Ecological Approachesto Individuals and Their Contexts: Twenty Years of Health Education & Behavior Health Promotion Interventions. Health Education & Behavior. 2012, 39:364-372.

Güngörmüş Z, Yılmaz Karabulutlu E. Üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012, 1:165-178.

İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010, 3:34-44.

İnsan Hakları Beyannamesi (2021). <http://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/Insan-Haklari-Beyannamesi-1.pdf> (Erişim Tarihi: 08.04.2021).

Kessler R, Miller BF, Kelly M, Graham D, Kennedy A, Littenberg B, MacLean CD, Eeghen C, Scholle SH, Tirodkar M, Morton S, Pace WD. Mental Health, Substance Abuse, and Health Behavior Services in Patient- Centered Medical Homes. Health Services in Medical Homes. 2014, 27:637-644.

Klosky JL, Howell CR, Li Z, Foster RH, Mertens AC, Robison LL, Ness KK. Risky Health Behavior Among Adolescents in the Childhood Cancer Survivor Study Cohort. Journal of Pediatric Psychology. 2012, 37:634-646.

Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlar. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2010, 17:19-24.

Korda H, Itani Z. Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*. 2013, 14:15-23.

Kuşdemir CD. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal).

Langton CE, Berger LM. Family Structure and Adolescent Physical Health, Behavior, and Emotional Well-Being. *Family Structure and Adolescent*. 2011, 85:323-357

Latkin CA, Knowlton A. Social Network Assessments and Interventions for Health Behavior Change: A Critical Review. *Behavioral Medicine*. 2015, 41:90-97.

Lovell GP, Nash K, Sharman R, Lane BR. A Cross-Sectional Investigation of Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms and Health-Behavior Participation in Australian University Students. *Nursing and Health Sciences*. 2015, 17:134-142.

Mennis J, Mason MJ. People, Places, and Adolescent Substance Use: Integrating Activity Space and Social Network Data for Analyzing Health Behavior. *Annals of the Association of American Geographers*. 2011, 101:272-291.

Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, Bati H, Karaoglu N, Elmali F, Yilmazel G. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014, 15:8969-8974.

Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Supan AB, Cacioppo JT, Carnes BA, Carstensen LL, Fried LP, Goldman DP, Jackson J, Kohli M, Rother J, Zheng Y, Rowe J. Differences in Life Expectancy Due to Race and Educational Differences are Widening, and Many May not Catch Up. *Health Affairs*. 2012, 31:1803-1813.

Özbek Z. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Simge Zeyneloğlu).

Özçakar N, Kartal M, Mert H, Güldal M. Healthy Living Behaviors of Medical and Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*. 2015, 8:536-542.

Öz Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül Koç).

Patel MS, AschDA, Volpp KG. Wearable Devices as Facilitators, Not Drivers, of Health Behavior Change. *American Medical Association*. 2015, 313:459-460.

Peksoy Kaya S, Kaplan S. Hemşirelik Öğrencilerinde COVID-19 Pandemisi Farkındalıklarının ve Sağlık Davranışlarının Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2020,17:304-311.

Peltzer K, Pengpid S, Yung T, Aounallah- Skhiri H, Rehman R. Comparison of Health risk Behavior, Awareness, and Health Benefitbeliefs of Health Science and Non- Health Science Students: An Internationalstudy. *Nursing and Health Sciences*. 2016, 18:180-187.

Polat Ü, Özen Ş, Bayrak Kahraman B, Bostanoğlu H. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors in Nursing Students at a University in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016, 27:413-419.

Riley WT, Rivera DE, Atienza AA, Nilsen W, Allison SM, Mermelstein R. Health Behavior Models in the Age of Mobile Interventions: are Our the Oriesuptothetask?. *TBM*. 2011, 1:53-71.

Savaşan A, Oktay D. Çocuklarda ve Ergenlerde Alkol Bağımlılığı. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2021, 1:23-28

Sevindik F. Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, Malatya ((Danışman: Prof. Dr. Gülsen Güneş).

Şengün İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013, 16:132-139.

Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına halk sağlığı hemşireliği deresi’nin etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012, 14:46-55.

Thongmuang P, Suwannahong K. Healthbehaviours of Under Graduate Students in Suan Sunandha Rajabhat University. Socialand Behavioral Sciences. 2015, 197:973 – 976.

Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008, 11:17-26.

TÜİK (2020).

http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do?metod=search&araType=hb_x (Erişim Tarihi: 07.06.2020).

Tuygar ŞF, Arslan M. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015, 6:59-66.

Tüzün H, Demirköse H, Özkan S, Uğraş Dikmen A, İlhan MN. COVID-19 Pandemisi ve Risk İletişimi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020, 1-8.

Umberson D, Crosnoe R, Reczek C. Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. Social Ties and Health Behavior. 2010, 36:139-157.

Umberson D, Montez JK. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. Journal of Health and Social Behavior. 2010, 51:54-66.

Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015, 6:36-42.

West JH, Hall PC, Arredondo V, Berrett B, Guerra B, Farrell J. Health Behavior Theories in DietApps. Journal of Consumer Health On the Internet. 2013, 17:10-24.

Williams DM, Evans DR. Current Emotion Research in Health Behavior Science. Emotion Review. 2014, 6:277-288.

Williams DR, Priest N, Anderson NB. Understanding Associations Among Race, Socioeconomic Status, and Health: Patterns and Prospects. American Psychological Association. 2016, 35:407-411.

Yektaş Ç. Ergenlerde pandeminin Ruhsal Etkileri. İstanbul Üsküdar Üniversitesi NP Tıp Merkezi, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2020, 1:13-18.

Yurdatapan M, Benzer E, Güven İ. Fen Bilgisi Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Milli Eğitim. 2014, 201:183-202.

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Adı	Ali İmran	Soyadı	Günmüz
Doğum Yeri		Doğum Yeri	
Tel		E-mail	

Eğitim Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Demiroğlu Bilim Üniversitesi	Devam
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi	2018
Lise		

Yabancı Dil / Diller Sınavı Puanı								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	CPE	CAE	FCE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	64,37077	57,77107	62,30278
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi*

Program	Kullanma Becerisi
Tüm Office programları	İyi

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

İş Deneyimi

Görevi	Kurumu	Süre (Yıl-Yıl)

EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 44140529 /4 34
Konu : Girişimsel Olmayan Klinik Çalışma

28.11.2019

Sayın
Prof.Dr.Nesrin AŞTI
T.C.Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik
Yüksekokulu Müdürlüğü'ne,

" Sağlık Bilimlerinde Eğitimini Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmanız Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nun 26.11.2019 tarihli (24 no'lu) toplantısında görüşülmüş ve 2 no'lu kararla çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

28.11.2019

Prof.Dr.Berrin TELATAR
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Çalışmanın Adı: Sağlık Bilimlerinde Eğitimini Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Prof.Dr.Nesrin AŞTI

Diğer Araştırmacılar: Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ali İmran GÜN MÜZ

Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi: Prof.Dr.Nesrin AŞTI

Merkez sayısı: Tek merkez



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

T.C.Demiroğlu Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar No: 26.11.2019 / 24 no'lu toplantı 2 no'lu karar

Çalışmanın Adı: Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Prof.Dr.Nesrin AŞTI (T.C.Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Başkan
Prof. Dr. Berrin TELATAR

Başkan Yardımcısı/Vekili
Dr. Öğr. Üyesi Hande KAYMAKÇALAN ÇELEBİLER

Raportör
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ERBAŞ

Üye
Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Üye
Prof. Dr. Işın BARAL KULAKSIZOĞLU

Üye
Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye
Doç. Dr. Hayriye VEHİD

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Sazan BOZKURT

Üye
Doç. Dr. Öytun ERBAŞ

Üye
Dr. Öğr. Üyesi A. Taner GÜVEN

Üye
Av. Özlem ÖZTÜRK

Üye
Cafer KILIÇ

Öğrencinin Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacının Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:

Prof. Dr. Nesrin AŞTI / :

Demiroğlu

Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yardımcı Araştırmacı Adı / Soyadı / Adresi / Telefon numarası:Ali İmran GÜN MÜZ /

!

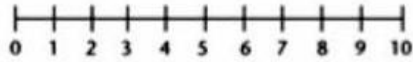


Sayın Katılımcı,

Sizden ekte verilen“ Sosyo-Demografik Özellikler Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” sorularını cevaplamanızı rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılımınız 20 dakikalık bir süreyi alacaktır. Bu çalışma için size her hangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden her hangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada, siz katılımcıların isimleri kullanılmayacak, araştırma sonuçlarını yayınlanması halinde dahi sizin kimliğiniz gizli kalacaktır. Siz istediğiniz zaman çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceksiniz. İlgi ve işbirliğinize şimdiden teşekkür ediyoruz.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Ali İmran GÜN MÜZ

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU		
1. Cinsiyet	a) Kadın	
	b) Erkek	
2. Yaş		
3. Okuduğu Program	a) Hemşirelik	
	b) Ebelik	
	c) Beslenme ve Diyetetik	
	d) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	
4. Sınıf Düzeyi	a) 1. Sınıf	
	b) 4. Sınıf	
5. Lise Türü	a) Sağlık Meslek Lisesi	
	b) Diğer	
6. Ailenin Sosyoekonomik Düzeyi	a) Gelir Giderden Az	
	b) Gelir Gidere Eşit	
	c) Gelir Giderden Fazla	
7. Gelir Getiren İşte Çalışma	a) Çalışan	
	b) Çalışmayan	
8. Engelli/ Kronik Hastalık Öyküsü	a) Yok	
	b) Var, bende	
	c) Var, ailede	
9. Son 6 Ay'da Sağlıkınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?	0:Kötü 10: Çok İyi	
		
10. Medeni Durum	a) Bekar	
	b) Evli	
11. Yaşantının En Çok Geçtiği Yer	a) Köy	
	b) Kasaba	
	c) Şehir / Kent	

12. Son Bir Yılı İçindeki İkametiniz	a) Evde (yalnız)	
	b) Evde (arkadaşlarla)	
	c) Evde (ailesiyle)	
	d) Yurttta	
	e) Diğer	
13. Aile Tipi	a) Çekirdek Aile	
	b) Geniş Aile	
	c) Parçalanmış/ Tek Ebeveynli Aile	
14. Anne Eğitimi	a) Okur Yazar Değil	
	b) İlkokul Mezunu	
	c) Ortaokul Mezunu	
	d) Lise Mezunu	
	e) Üniversite	
15. Baba Eğitimi	a) Okur_Yazar Değil	
	b) İlkokul Mezunu	
	c) Ortaokul Mezunu	
	d) Lise Mezunu	
	e) Üniversite	
16. Anne İş Durumu	a) Çalışmıyor	
	b) Çalışıyor	
	c) Emekli	
17. Baba İş Durumu	a) Çalışmıyor	
	b) Çalışıyor	
	c) Emekli	
18. Sigara Kullanım Durumu (Kendisi)	a) Hayır	
	b) Evet	
19. Sigara Kullanım Durumu (Yakın Çevre; Aile, Arkadaş)	a) Hayır	
	b) Evet	
20. Telefon/İnternet/Oyun Vakit Geçirme Durumu (Çevrimiçi/Online)	a) Hiç	
	b) 1 saattenaz	
	c) 2-4 saat / günde	
	d) 4-6 saat / günde	
	e) 6-8 saat / günde	

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ 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. Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		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 sağlıklı 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	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekme, 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 hissederim				
25	Başkalanna 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	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
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	Hergün 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				

EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/2442-
KONU: Anket hk.

TARİH :27/02/2020

T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE,

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ali İmran GÜNMÜZ'ün "Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu 1. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61



T.C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI: 53550288/ 2519
KONU: Anket uygulama izni hk.

02 Mart 2020

Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Başkanlığına,

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ali İmran GÜN MÜZ'ün, Prof. Dr. Nesrin AŞTI'nın tez danışmanlığını yürüttüğü " Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tezinin anket formunu Yüksekokulumuz 1. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulamasının uygun olduğunu bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Zehra DURNA
Müdür

Ek: 1) Anket Formu



T.C
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 2517
Konu : Anket izni hk.

02.03.2020

T.C
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi : 27.02.2020 tarihli ve 2443 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ali İmran GÜNMÜZ'ün "Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tezin anket çalışmasını Fakültemiz Beslenme ve Diyetetik Bölümü ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü 1. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ağnan AYDIN
Vekil Dekan



T. C.
DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/2443
KONU: Anket hk.

TARİH : 27/02/2020

T.C. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ali İmran GÜN MÜZ'ün "Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu Fakülteniz Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü 1. ve 4. Sınıf öğrencilerine uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Re: "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" izni

Zuhal Bahar ·

12.09.2019 Per 21:38

Kime: Ali İmran GÜN MÜZ

Sayın Günmüz,

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz.

KOİY gelsin,sevgiler

Zuhal Bahar

6 Eyl 2019 Cum, saat 15:58 tarihinde Ali İmran GÜN MÜZ yazdı:

Merhaba hocam.

Demiroğlu Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Yüksek Okulunda yüksek lisans yapmaktayım. İsmim Ali İmran GÜN MÜZ.

Bu sene teze geçtim danışmam hocam Nesrin AŞTI ile birlikte "Sağlık Bilimlerinde Eğitimi Sürdüren Öğrencilerde Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler" adlı konuyu belirledik. Yapacağımız araştırmanın ölçeği olarak sizin ve arkadaşlarınızın yapmış olduğu "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" geçerliliği ve güvenilirliği adlı ölçeği izninizle kullanmak istiyorum. Saygılarımla...