



T.C.

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Belgin ORAL

KAYSERİ-2018



T.C.

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Hazırlayan

Dr. Belgin ORAL

Danışman

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

KAYSERİ-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve tavsiyelerinden yararlandığım değerli öğretim üyeleri hocalarıma, gerek tez döneminde gerekse eğitimim boyunca benden hiçbir zaman desteğini, yardımını esirgemeyen, Halk Sağlığını benimsememde ve bir Halk Sağlığı olmamda bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya teşekkürlerimi sunarım. Beraberce eğitim aldığımız, keyifli zamanlar geçirdiğimiz değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tüm anabilim dalı çalışanlarına; eğitim hayatımda ve bugünlere gelmemde en fazla emeği geçen anneme, babama, ablama ve varlıklarıyla bana yaşama sevinci veren yeğenlerim Ahsen ve Berra'ya, hayatıma anlam ve varlıklarıyla mutluluk katan sevgili çocuklarım Furkan Ege ve Ezgi'ye, değerli eşim hayat arkadaşım Şükrü ORAL'a minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Belgin ORAL

Nisan 2018, KAYSERİ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Kavramı.....	4
2.2. Sağlığı Koruma	8
2.2.1. Birincil Koruma	8
2.2.2. İkincil Koruma	9
2.2.3. Üçüncül Koruma	9
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi.....	9
2.3.1. Sağlık İnanç Modeli	12
2.3.2. Planlanmış Davranış Teorisi (PDT)/Mantıklı Eylem Teorisi:	13
2.3.3. Transteoretik Model	13
2.3.4. Sosyal Biliş Teorisi	13
2.3.5. Korunma Motivasyonu Teorisi:	13
2.3.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	14
2.4. Sağlık Algısı.....	17
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	19
2.5.1. Kendini Gerçekleştirme	20
2.5.2.Sağlık Sorumluluğu.....	22
2.5.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz	23
2.5.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme	24
2.5.5. Kişiler Arası Destek	26
2.5.6. Stres Yönetimi.....	27

2.6. Gençlik, Üniversite Dönemi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	32
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	33
3.3.1. Sosyo- Demografik özellikler formu	34
3.3.2. Sağlık Algısı Ölçeği	34
3.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	35
3.3.4. Verilerin Toplanması	37
3.3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz.....	38
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA	60
5.1. Sağlık Algısı Ölçeği ve İlişkili Faktörler	61
5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Etkili Faktörler.....	64
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	73
7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	76
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	91
ONAY	102

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HLSBC	: Healthy Life Style Behavior Scale
HPS	: Health Perception Scale
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	: Milattan Önce
ORS	: Oral Rehidrasyon Sıvısı
Ort.	: Ortalama
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Statistical Package For the Social Sciences for Windows
Ss	: Standart Sapma
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

TABLO ve ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1.	Fakülte ve bölümlerdeki sınıflara göre öğrenci sayıları	33
Tablo 2.	SAÖ puanları ve madde sayıları	35
Tablo 3.	SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puanları	37
Tablo 4.	Fakültelere ve sınıflara göre toplanan anket sayıları	38
Tablo 5.	Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri	40
Tablo 6.	Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumu	41
Tablo 7.	Öğrencilerin ve ailelerinin yaşadıkları yerin özelliği	42
Tablo 8.	Öğrencilerin ve ailelerinin ekonomik durumunun dağılımı	43
Tablo 9.	Öğrencilerin sağlıkla ilgili durumlarının dağılımı	43
Tablo 10.	Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları	44
Tablo 11.	Öğrencilerin okul hayatına yönelik özellikleri	44
Tablo 12.	Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ durumları	45
Tablo 13.	Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanma durumu	45
Tablo 14.	SAÖ toplam ve alt boyutları puanları	46
Tablo 15.	Öğrencilerin cinsiyetine göre SAÖ puanları	46
Tablo 16.	Öğrencilerin sınıflarına göre SAÖ puanları	46
Tablo 17.	Öğrencilerin fakültelerine göre SAÖ puanları	47
Tablo 18.	Öğrencilerin sınıflarının fakültelere göre SAÖ puanları	48
Tablo 19.	Öğrencilerin yaşadığı yere göre SAÖ puanları	48
Tablo 20.	Öğrencilerin ekonomik durumları ile SAÖ puanları	49
Tablo 21.	Öğrencilerin sağlık durumları ve SAÖ puanları	50
Tablo 22.	Öğrencilerin okudukları bölümden memnuniyetleri ve SAÖ puanları	50
Tablo 23.	Öğrencilerin SYBDÖ puanları	51
Tablo 24.	Cinsiyete göre öğrencilerin SYBDÖ puanları	51
Tablo 25.	Öğrencilerin fakültelerine göre SYBDÖ puanları	52
Tablo 26.	Fakültelerdeki erkek öğrencilerin SYBDÖ puanları	52
Tablo 27.	Fakültelerdeki kadın öğrencilerin SYBDÖ puanları	53
Tablo 28.	Fakültelerdeki 1. Sınıf öğrencilerinin SYBDÖ puanları	54
Tablo 29.	Fakültelerdeki 4. sınıf öğrencilerinin SYBDÖ puanları	54
Tablo 30.	Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesi ve SYBDÖ puanları	55
Tablo 31.	Öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi ve SYBDÖ puanları	55

Tablo 32.	Öğrencilerinin Kayseri’de kaldığı yer ve SYBDÖ puanları	56
Tablo 33.	Öğrencilerin kendi ekonomik durumu ve SYBDÖ puanları	57
Tablo 34.	Öğrencilerin kendi ifadelerine göre sağlık durumları ve SYBDÖ puanları	57
Tablo 35.	Öğrencilerin BKİ durumları ve SYBDÖ puanları	58
Tablo 36.	Sigara kullanma durumları ve SYBDÖ puanları	58
Tablo 37.	Öğrencilerin okudukları bölümden memnuniyetleri ve SYBDÖ puanları	59
Şekil 1.	Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli(46)	15



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

ÖZET

Amaç: Üniversite süreci adölesan dönemden yetişkinliğe bir geçiş dönemi olup sadece mesleki eğitim ve becerilerin kazanıldığı bir süreçten ziyade bireylerin kişilik gelişiminin temellerinin de olduğu, yeni davranışların edinildiği bir dönemdir. Bu çalışmanın amacı Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin sağlık algıları ve sağlıklı yaşam davranışları düzeylerini ve bunlarla ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmaya, Erciyes Üniversitesi'nde Mayıs–Haziran 2017 tarihleri arasında Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde lisans programlarında öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına toplamda 1286 öğrenci alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmaya karar veren öğrencilere, araştırmacıların gözetiminde sosyodemografik anket formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) verilmiş ve tamamlayanlardan toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %60,9'u kadın olup, tüm grubun yaş ortalaması $21,1 \pm 2,4$ yıldır. Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinden araştırmaya katılan öğrencilerin %50,9'u birinci sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin SAÖ puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden $40,7 \pm 6,2$ olarak düşük bulunmuştur. Öğrencilerin SAÖ puanları açısından cinsiyet ve sınıflar arasında fark saptanmamıştır. Öğrencilerin SYBDÖ puanları incelendiğinde, ölçek toplam puanı 208 puan üzerinden $125,4 \pm 19,5$ olarak orta düzeyde bulunmuştur. Öğrencilerin cinsiyeti, fakülteleri ve sınıflarıyla SYBDÖ toplam puanları arasında ilişki görülmezken, erkek öğrencilerde egzersiz ve stres yönetimi boyutları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öğrencilerden kendi ifadelerine göre ekonomik ve sağlık durumlarını iyi olarak tanımlayan ve okulundan memnun olanlarda SYBDÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Üniversite öğrencilerinin sağlık algıları düşük, sağlıklı yaşam davranışları ise orta düzeyde bulunmuştur. Öğrencilerin sağlık algıları ile sağlıklı yaşam davranışları arasında ters ilişki bulunmuştur. Sağlık algısının ve sağlıklı yaşam davranışlarının

olumlu yönde geliştirilmesi ve sürdürülmesi bu iki olgunun pozitif etkileşim içinde olması için öğrencilere bireysel ve sosyal desteğin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencileri, Sağlık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları



HEALTH PERCEPTIONS AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF ERCIYES UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

Aim: The university period is a transition period from adolescence to adulthood. This period is a period in which new behaviors, those formed the bases of individual personality development, are acquired, rather than just a process in which vocational training and skills are gained. The purpose of this study is to determine the levels of health perceptions and healthy lifestyle behaviors of Erciyes University students and the factors that may be associated with them.

Materials and Methods: This descriptive study was attended by first and fourth-year students educated at the Erciyes University undergraduate programs in Medical, Engineering, Education and Literature Faculties between May-June 2017. A total of 1286 students were included in the study. All students who participated in the study were informed about the study beforehand and verbal approvals were obtained. Sociodemographic data form, Health Perception Scale (HPS), and Healthy Life Style Behavior Scale (HLSBC) were given to the students who decided to participate in the study and they were collected from the students who completed the study.

Results: 60.9% of the students included in the survey are women and the average age of the whole group is 21.1 ± 2.4 years. 50.9% of the students who participated in the research from the Medical, Engineering, Education and Literature faculties are first year students. When the HPS scores of the students are examined; the total score average was found to be low at 40.7 ± 6.2 over 75 points. There was no difference between the students gender and classes of HPS scores. When of healthy lifestyle behaviours scores of students were examined, the scale total score was found to be moderate at $125,4 \pm 19,5$ over 208 points. Exercise and stress management dimensions were found to be significantly higher in male students, while there was no relationship between gender, faculties and classes of students and total scores of HLSBS. The HLSBS scores were found to be significantly higher in the students who expressed their own expressions of economic and health status and who were satisfied with their school.

Conclusion: University students's health perceptions are low and healthy lifestyle behaviours are found moderate level. There is an inverse relationship between health perceptions of students and healthy living behaviors. In order to provide the development and maintenance of positive perceptions of health perception and healthy lifestyle behaviors, and the positive interaction of these two phenomena, individual and social support is needed for the students.

Key Words:University student, Health Perception, Healthy lifestyle behaviors



1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlık tarihinin başlangıcından günümüze kadar geçen süreçte tüm insanların istediği uzun ömür ile doğrudan ilişkili olan sağlıklı yaşam, tüm medeniyetlerde farklı uygulamalarla kendini gösterse de genellikle geçmişte hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzde Dünya sağlık örgütü (DSÖ); sağlığı ‘yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali’ olarak tanımlamaktadır (1).

Fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak bireyin iyilik halinin sağlanmasıyla elde edilen sağlık yaşam kalitesiyle, uzun ömürle yakından ilişkili olup aynı zamanda temel insani haklardan birisidir. Toplumların sağlık düzeyi ise her bir bireyin sağlık düzeyinin katkısıyla elde edilir. Sağlıklı bir toplum için bireylerin, ailelerin sağlık algıları ile sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmaları, geliştirmeleri ve sürdürmeleri ile kendi sağlıklarının farkındalıkları son derece önemlidir.

Geleneklerin, farklı inançların, kültürel değişimlerin, ekonomik koşulların, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin de etkilediği sağlık; bireylerin ve toplumların gelişmişlik derecesini göstermekle birlikte uzun yaşamın sırrı olup, pek çok sektörün multidisipliner yaklaşımını gerektiren insan hayatını etkileyen en önemli konulardan birisidir. İnsani gelişmişlik endeksinin sosyo ekonomik yaşamın üç ana alanı ‘gelir düzeyi, eğitim ve sağlıktır’(2). Sağlık düzeyi önemli bir gelişmişlik düzeyi olduğu gibi sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesi sadece hastalıklardan kaçınmak ya da korunmakla değil sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılmasıyla da yakından ilişkilidir.

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilen olumlu davranışları geliştirmesi, olumsuz davranışları terk etmesi ve tüm davranışlarını kontrol edip, günlük yaşantısının bir parçası haline dönüştürmesi olarak da ifade edilebilir. Bu davranışları günlük hayatına uyarlayan ve yaşamın bir parçası haline getiren bireyler, sağlıklarını koruduğu, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir seviyeye getirebilecektir (3). Sağlıklı bireylerin oluşturduğu toplumların da sağlık göstergeleri daha yüksek düzeylere ulaşacaktır. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelini teşkil etmektedir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde en önemli etken olan yaşam tarzlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (4). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyin sağlık sorumluluğunu kazanma, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, kişiler arası destek, yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite davranışlarını kapsamaktadır (5).

Üniversite dönemi, adolesan dönemden yetişkinlik dönemine geçişin yaşandığı, bireylerin karakter ve kişiliklerinin belirlendiği, pek çok davranışın kazanıldığı bir geçiş dönemidir. Bu geçiş dönemi boyunca bireylerin çevreleriyle olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik, kültürel etkileşimleri kişiliğinin şekillenmesinde büyük bir rol oynamaktadır. Bu sebeple üniversite yaşamı sadece mesleki eğitimin sağlandığı bir dönemden ziyade bireylerin kişilik gelişiminin temellerinin olduğu, bireysel yaşamda ve sağlık davranışlarında yeni kazanımların geliştiği bir süreçtir.

Üniversite hayatı stres ve gelecek kaygısının yaşandığı, bağımsızlık ve benlik duygusunun geliştiği, özgürlük sınırlarının genişlediği, rol çatışmalarının yaşanabildiği bir dönemdir. Gençlerde sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite ve egzersizin yetersizliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve istenmeyen gebeliklere neden olan güvensiz cinsel ilişki ve yaralanmalara neden olacak güvensiz davranışlar ile şiddet içeren davranışlar gözlenen başlıca riskli davranışlardır (6,7). Yetişkinlerde pek çok kronik hastalık ve hatta ölümlerin başlıca nedenleri arasında yer alan riskli davranışlar yanlış tutum ve alışkanlıklar, genellikle gençlik döneminde edinilmektedir.

Toplumun en önemli parçalarından birini oluşturan gençlerin oluşturduğu üniversite gençliğinin ülkenin geleceğinde etkili söz sahibi olacağı düşünülürse bu grubun özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkileyebilme potansiyeli açısından çok büyük önem taşımaktadır.

Öğrencilerin kendi sağlıklarını algılamaları ve sağlığın korunması ve sürdürülmesi adına sağlıklı yaşam davranışların çocukluk çağından yetişkinlik dönemine kadar uzanan bir süreçte üniversite eğitimi döneminde de şekillenmeye, yapılanmaya devam ettiği düşünüldüğünde, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi yapılacak müdahaleler açısından önemlidir. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık oluşturup, eksik veya yetersiz oldukları alanlarda desteklenmesi, ilgili fakültelerin ve üniversite yönetiminin alacağı önlemlerle ve destek programlarıyla öğrencilerin şimdiki ve gelecekteki yaşamları ve dolayısıyla toplum sağlığı da iyileştirilmiş olacaktır.

Bu çalışmanın amacı Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin sağlık algılarını ve sağlıklı yaşam davranışları düzeylerini ve bunlarla ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

İnsanoğlunun varoluşundan bugüne kadar tüm canlılarda olduğu gibi ilk önce hayatta kalma içgüdüğü gelirken, daha sonra hayatta kalabilmek kadar bedeninde herhangi bir aksaklık ve sorun olmadan yaşaması için sağlıklı olma ihtiyacı gelmektedir.

Sağlık ve hastalık kavramları gelenekler ve kültürlerle yakından ilgili olduğu için, toplumun değerlerini, davranış ve inanç sistemlerini, sağlık ve hastalık hakkındaki birikimlerini bilmeden hastalığı ve sağlığı değerlendirmek mümkün olamamaktadır (8). Zamanla sağlığın bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ve yaşadığı çevreyle olan ilişkisi daha iyi anlaşılmaya başlanmış, sağlık ve hastalık durumları farklı kavramlar olarak incelenmiştir.

Tıbbi açıdan hastalık, belirliti ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliliği ifade ederken, kişisel bakış açısı ile ilgili bir kavram olarak ise, sağlıksızlığın algılanması, bireyin ağrı, acı, rahatsızlık gibi benzeri hisleri duyma durumunu belirtmektedir (9). Bu sebeple hastalık, sadece doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin olduğu bir durum, biyolojik bir süreç, belirti ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anomaliliği ifade eden bir durumdan ziyade, aynı zamanda ekonomik ve kültürel ve bireyin fiziksel, psikolojik, entelektüel, sosyal fonksiyonlarını ve çevresiyle olan iletişimini, uyumunu, üretkenliğini, kendi iç dengesini bozan sosyal bir kavramdır (10).

Larson'a göre sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir (11) . Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Son 150 yıldır, ABD'de sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin, "yaşamlarını sürdürebilmelerinden", "hasta olmamalarına", "günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine", "mutluluk duygusuna sahip olmalarına" ve "iyilik halinin sağlanmasına" varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (11).

Bircher'e göre sağlık yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı yaşam ihtiyaçlarına cevap veren fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize dinamik bir iyi olma halidir (12). Terris'e göre ise sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haliyle, işlevsel yeteneğin sahip olunmasıdır (13).

Aggleton'a göre sağlığı tanımlamanın birçok yolu bulunmakta, resmi tanımlar ve resmi olmayan tanımlar olarak iki geniş şeklide tanımlamaktadır (14).

Resmi tanımlar sağlık profesyonellerinin tanımlarıdır. Bunlar da kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlığın resmi olmayan tanımları ile ifade edilmek istenen ise, sağlıkla ilgili konularda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamalarıdır. Kişilerin sağlıkla ilgili algılamaları zaman içinde kültürler arasında farklılık gösterdiği gibi, ülkeden ülkeye de değişiklik göstermektedir (14).

Sağlığın resmi tanımlarından olan negatif tanımlar, daha çok hastalık ya da rahatsızlığın yokluğu olarak tanımlanmıştır. Aggleton'a göre sağlığın negatif tanımı iki ana şekilde gözlenmektedir. Birincisi; hastalık ya da bedensel anormalliğin yokluğu, diğeri ise rahatsızlığın yokluğu veya hastalığa eşlik etsin ya da etmesin sıkıntı, ağrı ve gerginlik duygularının olmaması olarak tarif edilmektedir (14).

Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber aynı zamanda hastalığın ve sakatlığın yokluğu olan negatif öğeleri de de içermektedir (15). Bowling'e göre ise, "stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla bütünleşme, yüksek moral, hayattan duyulan memnuniyet ve psikolojik iyilik ve fiziksel uygunluk ve sağlık " şeklinde tanımlanmaktadır (16). Slee ve ark.'ları ise sağlığın yaygın olarak "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" şeklinde tanımlandığını ve "günlük hayatın kaynağı" olarak görüldüğünü belirtmektedir (17).

Larson'a göre ise sağlık pozitif anlamda iyilik hali, verimlilik ve çalışmaya duyulan istekliliktir (11). Sağlığın pozitif tanımlamalarına bir örnek de DSÖ'nün 'yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali'tanımlamasıdır (1).

Bu bağlamda fiziksel iyilik hali; bedenin sağlıklı işleyişine, biyolojik ve fiziksel uygunluğu ile görevlerini yerine getirme kapasitesinin normalliği olarak ifade edilebilmektedir. Sosyal iyilik hali; insanların birbirleriyle olan ilişkilerini daha geniş kapsamda evlilik memnuniyeti, istihdam ve toplumsal katılım gibi sosyal konuları da içermektedir. Ruhsal iyilik hali; bireylerin öz yeterliliği, kişisel iyilik halleri ve sosyal katılımlarıyla, çevrelerine ve toplumsal görevlerine adaptasyon yeteneğini ifade etmektedir (18).

Sağlık ve hastalığa ilişkin çalışmalarda yakın zamana kadar sağlık bilimciler tarafından geliştirilen Biyomedikal Model'de insanı oluşturan hücre, doku, organ ve sistemler öz denge olarak adlandırılan bir uyum ve düzen oluşturacak şekilde etkileşim içinde oldukları ve bu öz denge sağlıklı olma halini, bu dengenin bozulması ise hastalık ya da tıbbi bir duruma gidiş olarak değerlendirilmiştir (19).

Biyomedikal model yerini yirminci yüzyılın ortalarında sağlığı sosyoekonomik ve kültürel açıdan çok boyutlu olarak ele alan biyopsikososyal modele bırakmıştır. Bu model sağlık ve hastalığın toplum tarafından sosyal ve kültürel olarak oluşturulduğu görüşünü benimseyen, sağlığın biyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönlerine de önem veren bütüncül bir yaklaşımdır (20).

Sağlığı daha iyi tanımlayabilmek için pek çok yaklaşım modelleri geliştirilmiş ama tam bir görüş birliği sağlanamamasına rağmen Larson'un "The Measurement of Health. Concepts and Indicators" adlı kitabında da belirttiği başlıca beş model bulunmaktadır (11).

Tıbbi Model: Bu modele göre sağlık; hastalıkların yokluğu şeklinde basitçe, daha çok doktorlar ve sağlık profesyonellerinin tıbbi bakış açısıyla tanımlanan bir modeldir. Bu modele göre sağlık, hastalığın yokluğuunda varlığını göstermektedir. Tıbbi model; fonksiyonel yeterliliği, morbidite ve mortaliteyi içermekte ve morbidite ve mortalite istatistiklerinin geliştirilmesinde, sağlığın negatif yönden tanımlanmasında büyük rol

taşımaktadır. Tıbbi modeldeki başka bir önemli unsur ise hastalıkların sınıflandırılmasıdır. Tıbbi model son yıllarda fonksiyonelliğin ölçümünü, sakatlık ve etkinliğin sınırlılıkları da kapsamaktadır (11,15). Ancak Tıbbi model hastalıkların sosyal nedenlerini ve hastalığın tanımlanmasındaki sosyal gelenekleri önemsemediği gibi bireylerin sağlıklı iletişim kurmalarına da duyarlı değildir.

Helistik Model: Sağlığı bir insanın bütünüyle sağlıklı olma hali olarak ele almaktadır. Bireylerin ve toplumların psikolojik, zihinsel, duygusal, sosyal, ruhsal ve çevresel yönlerini içerecek şekilde kapsamaktadır (21). Bu model sağlığı, tıbbi modelde olduğu gibi hastalık ve zayıflık gibi negatif açıdan ele almak yerine, sağlığın pozitif yönünü ve iyilik halini öne çıkarmaktadır.

İyilik Modeli: Bu model, DSÖ'nün tanımıyla ilişkili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal, manevi ve çevresel faktörlerle bireylerin yaşam kalitesine katkıda bulunmaktadır (21). Bu modelde sağlık, hissetme durumu olarak tanımlanmakta ve kişilerin sezgisine göre fiziksel iyilik hali, rahatlık, enerji ve faaliyetleri yerine getirebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır. İyilik modeline göre yüksek iyilik hali, kişilerin fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için yüksek bir potansiyele sahip olmalarını ve fonksiyonluk sürecinde ya da diğer bir deyişle görevleri yerine getirme sürecinde bireyin vücut, akıl ve ruh olarak bütünleşmesini ve bu şekilde hareket etmesini içermektedir (11,15) .

Çevre Modeli: Sağlığı tanımlamada kullanılan yaklaşımlardan biri olan çevre modeli 20. yüzyılın sonlarında, sistem teorisinin ürünlerinden ve sonuçlarından biri olarak tanımlanmaktadır. Sistem teorisi, bireylerin davranışlarını ve sistemleri geniş bir çevre içinde analiz etmektedir (11,15). Bu model kişesel sağlık üzerine sosyoekonomik durum, eğitim ve mutifaktöriyel çevresel etkileri değerlendirmektedir (21). Çevre modeli özellikle bireylerin çevreden ya da diğer bir deyişle dünyadan tam anlamıyla soyutlanmasının mümkün olmadığını vurgulamaktadır. Sosyo-ekonomik koşullar ve çevre şartlarındaki iyileşmelerin kişilerin sağlık durumları üzerindeki olumlu bir takım etkilerinin bulunması çevre modelinin önemini artıran faktörlerdendir.

Eklektik Model: Bu model diğer modellerden daha geniş kapsamlı ve alışılmadık farklı bir modeldir. Sağlık uygun üretim araçlarının kullanılmasıyla üretimde yardımcı olacak bir kurum olarak da tanımlanmıştır. Bugün için bu modeli açıklamak zor olsa da gelecekte genişleyen tanımlamalar bu durumu değiştirebilecektir (11).

Sağlık toplumlar, milletler ve uygarlıklar arasında zamanla çok değişen anlamlarda ifade edildiği gibi bireyden bireye de farklı olarak algılabilmekte, herkesin kabul ettiği ortak bir anlayışın olmadığı bir kavramdır. Geçmiş zamanlarda sağlık hastalık ve sakatlık durumunun olmaması şeklinde toplum hekimliğinden ve sosyal hekimlikten uzak olarak ifade edilse de günümüzde DSÖ'nün kapsayıcı ve bütünleştirici tanımı bazı eleştiriler olsa da daha çok kabul edilmektedir. Bu tanıma göre ulaşılabilecek en yüksek sağlık seviyesi; insanların ırk, din, dil, siyasi görüşü, ekonomik veya sosyal statülerine göre herhangi bir şekilde ayırım ve ayrıcalık yapılmaksızın sahip olması gereken en temel haklardan birisi olarak da kabul edilmektedir.

2.2. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma bireyin sağlığını bozacak davranış ve tutumlardan uzak durarak, sağlığını daha yüksek bir konuma çıkarabilecek davranışları benimsemesi olarak tanımlanabilir. Sağlığı koruma bireyin fiziksel, sosyal ve biyolojik çevresiyle uyum içinde olmasını gerektirmektedir. Halk sağlığı hastalıklar üzerine etkisi olan biyolojik, davranışsal, sosyal, kültürel ve çevresel belirleyicilerin etkileşimi üzerinde durmaktadır. Toplum tabanlı Halk Sağlığı müdahalelerinin planlanmasında bu sağlığın belirleyicilerinin etkileşimleri önemlidir. Bu halk sağlığı müdahaleleri üç basamakla karakterizedir (22). Sağlığı koruma düzeyleri, birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üçe ayrılmaktadır (23).

2.2.1. Birincil Koruma

Sağlam kişilerde hastalık, yaralanma ve sakatlık durumu gelişmeden önce sağlık düzeylerinde olumsuz etki yapabilecek risklere yönelik müdahalelerdir. Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsamaktadır. Bu düzeydeki müdahaleler duyarlı kişilerde hastalığın patolojik belirtileri ortaya çıkmadan önce pre-patojenite durumu olarak tarif edilen dönemde bireylere ve topluma yönelik alınan önlemleri içermektedir (23). Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık, sakatlık gibi genel sağlık düzeylerini azaltıcı riskli durumların önlenmesine yönelik davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi oluşturma ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Birincil korumaya yönelik önlemler; sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, egzersiz, stres yönetimi, beslenme, genetik ve aile danışmanlık hizmetleri, aile planlaması hizmetlerinin sunulması, bağışıklama, yeterli ve dengeli

beslenmenin sağlanması, kişisel hijyen önlemlerinin alınması, tehlikeli durumlara ve yaralanmalara karşı eğitimler, sigara ve alkol kullanmamaya yönelik önlemler şeklinde tanımlanabilmektedir. Ayrıca temiz su, sağlıklı konut ve çevresel uygunluk, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi ve hava kalitesinin kontrolü, vektörlerle mücadele, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi de birincil koruma uygulamalarındandır (22,23).

2.2.2. İkincil Koruma

Hastalığın süresini, şiddetini azaltan ve sekel gelişmeden önce erken tanı ve acil tedaviyi kapsayan girişimleri ifade etmektedir (24). Hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan önce bireyin mümkün olan en erken dönemde eski sağlığına dönmesini amaçlayan çalışmalardır. Bu anlamda görüntüleme ve tarama programları, toplumun değerlendirilmesi, olguları bulmaya yönelik çalışmalar, rutin mental ve fiziksel testler ve erken tedavi yöntemleri ikincil koruma kapsamındadır (22). Meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama programları, diyaresi olan bebeklere ORS dağıtılması, riskli gruplarda tüberkülin testi yapılması, gestasyonel diyabet için gebelere prenatal tarama testlerinin yapılması gibi periyodik muayeneler, tarama testleri ve tedavi sekonder korumaya yönelik çalışmalardır (23).

2.2.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma hastalıkların, yeti yitiminin sınırlandırılması, hastalık, sakatlık ve yaralanmalarının rehabilitasyonunu amaçlayan, kronik ve irreversible hastalıklarda fonksiyon kayıplarının iyileştirilmesi gibi müdahaleleri içermektedir (23,24). Diyabetik hastalarda kan şekerinin kontrolü, astımlı hastalarda antienflamatuar tedavi üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir. Ayrıca üçüncül koruma bireyin yaşam kalitesi artırmayı hedefleyen bedensel hastalığının, sakatlık ve rahatsızlığının olumsuz etkilerini gidermenin yanında çevreye adaptasyonunda sosyal uyumunu da sağlayacak ve geliştirecek farklı sosyal destek projeleri gibi önlemleri de kapsamaktadır.

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

DSÖ sağlığın geliştirilmesini, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve sağlıklarını geliştirmeleri şeklinde tanımlamıştır. Tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal

iyilik haline ulaşmak için çevreyle baş ederek ya da değişerek, bireylerin veya toplumun isteklerini belirleyip, ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri olarak da ifade edilmektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlıkları adına sadece tedavi ve iyileştirmeye odaklanmaları yerine, sağlık sorunlarının temel nedenlerini anlamak ve önlemek yoluyla kişilerin sağlık ve yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahaleleri kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi için iyi bir sağlık yönetimi, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı şehirlerin önemine değinilmiştir (25,26).

Lalonde'ye göre ise sağlığı geliştirme hem bireysel hem de örgütsel anlamda fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen konularda daha fazla sorumluluk almayı ve harekete geçmeyi ifade etmektedir (27). Başka bir tanıma göre ise sağlığın geliştirilmesi; planlanmış aktivitelerle sağlık sorumluluğunu üstlenmek olarak tanımlanmıştır (28).

Sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunması birbirini tamamlayan iki farklı kavram olup, sağlığın geliştirilmesi bireylerin ve toplumların sağlıklarını kontrol altına alıp, iyilik halinin sağlanması adına yönetsel ve çevresel olanakların sağlanmasıyla kolaylaştırılmış davranışsal değişikliklerle korumayı, tedaviyi ve rehabilitasyonu içeren uygulamalı bir yaklaşımdır (29).

Green sağlığı geliştirmeyi; bireylerin sağlıkları adına günlük yaşamlarına toplumsal olarak ilgili olmaları ve sağlıklarını kontrol altına alıp, bu konuda etkinleşmeleri, tüm aşamalarda ulusaldan yerele doğru pek çok sektörün işbirliği içinde olması gerektiğini ve sağlık eğitimi ile sağlık politikalarının birleşimi olarak tanımlamıştır (30).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak bir paydada buluşmak ve sağlık hizmetlerinin standartlarını yükseltmek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde pek çok ulusun katıldığı konferanslar düzenlenmiş, hedefler belirlenmiş ve bu konuda sağlık sorunlarına ortak çözüm arayışlarının bir sonucu olarak birçok bildirme de yayınlanmıştır (26,31–35).

Alma-Ata Bildirgesi: 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı sonucunda yayımlanan bildirme, Temel Sağlık Hizmetlerinin önemi vurgulanmaktadır. 1973 yılında DSÖ, ülkelerin sağlık alanındaki yetersizliğine dikkat çekerek, iyileştirilmesi için kararlar almış ve “Herkesin Sağlık” hedeflerini belirlemiştir. Bildirme’de 2000 yılı sağlık düzeyi bir hedef olarak belirlenmiş

ve kalkınmanın bir parçası olarak bu hedefe ulaşmanın anahtarının da Temel Sağlık Hizmetleri olduğu vurgulanmıştır.

Ottowa Şartı: 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde toplanan, 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda “Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı” yayımlanmıştır. 2000 yılı ve sonrasında “Herkes İçin Sağlık” sloganına ulaşma faaliyetlerinin şartları üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinde sağlık sektörü dışındaki diğer sektörlerin de sorumluluğu olduğu kabul edilmiştir.

1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında “Sağlıklı Halk Politikası” stratejileri belirlenmiştir. Halk sağlığı politikasının temel amacının bireylerin sağlıklı yaşam sürdürmeleri ve sağlık alanında dezavantajlı gruplara verilecek önemle toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi üzerinde durulmuştur.

1997 yılında Endonezya'nın başkenti Jakarta'da düzenlenen, Sağlığı Geliştirme konulu 4. Uluslararası Konferans düzenlenmiştir. Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun geliştirilmesi, sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların sürdürülmesi, toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için gerekli alt yapının kurulması gibi 21. yüzyıl için sağlığı geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi adına DSÖ 2013 yılında Finlandiya Helsinki'de Sağlığı Geliştirme konusunda 8. Uluslararası Konferansı düzenlemiş ve konferansın ana teması sağlıkta eşitliğin sağlanması ve bir insan hakkı olarak sağlığın gerçekleştirilmesi, sektörler arası işbirliği, sağlık politikalarında tüm engellerin kaldırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yenilenmesi yer almaktadır.

DSÖ 2016 yılında Çin'de Şanghay'da düzenlediği ‘Sağlık Herkes İçindir ve Herkes İçin Sağlık’ ana temalı 9. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında sağlık okuryazarlığın teşvik edilmesine, toplumsal seferberliğin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılmasına ve devletlerin iyi bir sektörler arası sağlık yönetiminin sağlanmasına öncelik vermiştir.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında, toplumsal düzeyde yönetimin, sektörlerin sağlık politikalarının etkisi kadar bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede sağlıklarını geliştirici davranışları kazanmalarını ve bu davranışları yaşam tarzına dönüştürmelerini amaçlamaktadır.

DSÖ 2009 yılında yayınladığı Küresel Sağlık Riskleri Raporu'nda dünya ölümlerinin üçte birinden fazlasının nedenleri arasında 24 risk faktörünü etkili bulmuştur. Bu 24 risk faktörü küresel ölümlerin %44'ünden ve DALY'nin %34'ünden sorumludur. Bu risk Dünya'daki mortaliteye ilişkili beş önde gelen küresel risk faktörlerinden, yüksek tansiyon, tütün kullanımı, yüksek kan şekeri, fiziksel hareketsizlik ve aşırı kiloluluk ve obezite sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla çok yakından ilişkilidir (36). Sağlığın korunması ve optimum bir sağlık için gerekli olan sağlıklı yaşam davranışları için bir çok model de geliştirmiştir.

2.3.1. Sağlık İnanç Modeli

Rosenstock'un, 1966'da geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlık davranışlarının en eski modellerinden biri olup; dört temel (algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller) ve sonradan eklenen iki ek bileşen (aksiyon işareti ve öz-etkililik) ile beraber toplam altı bileşene sahiptir (37,38).

Algılanan Duyarlılık: Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlık ile ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusunda inancıdır.

Algılanan Ciddiyet: Kişinin bir durumun sonuçlarının ciddiyeti ya da şiddeti hakkındaki inancı ve düşünceleridir.

Algılanan Yarar: Bireyin edineceği yeni davranışın öncekine göre daha faydalı olup olmayacağına dair inancıdır. Tedbirli davranışlarda bulunmanın faydaları anlamına gelir.

Algılanan Engel: Bireyin yeni davranışa uyum sağlamasına maddi, manevi engeller hakkındaki görüşüdür.

Algılanan Aksiyon İşareti: Bireyi yaşam tarzını değiştirmeye itebilecek olaylar, bireyler gibi durumlardır. Bir kişiyi sağlık davranışında bulunmaya teşvik eden uyarıcıları içerir.

Algılanan Öz Etkililik: Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı, güveni ve iradesidir.

Bu model daha çok sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında hastalık rolünün araştırılmasında kullanılmaktadır (39).

2.3.2. Planlanmış Davranış Teorisi (PDT)/Mantıklı Eylem Teorisi:

Tutumların davranışı nasıl etkilediği ile ilgili Ajzen tarafından 1991 yılında geliştirilen sağlık davranış belirleyicilerini anlama ve tahmin etmeye yönelik sosyopsikolojik bir yaklaşım olan başka bir modeldir. Bireylerin davranışlarında en etkili bileşenin davranışsal niyet olduğunu ve bireylerin davranış amaçlarının doğrudan belirlendiği, davranışları gerçekleştirmeye yönelik tutumları ve davranışlarıyla ilişkili sosyal normlar olarak tanımlamaktadır (39,40).

2.3.3. Transteoretik Model:

James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimleri kullanılması gerektiğini belirtmektedirler. Değişim evreleri, değişim süreçleri, karar dengesi veya değişimin olumlu ya da olumsuz yönleri, duruma bağlı güven veya davranış değişiminde öz-yeterlik ve duruma bağlı tekrarlama eğilimi arasındaki ilişkileri irdeleyen kasıtlı davranış değişimi modelidir (38,41).

2.3.4. Sosyal Biliş Teorisi:

Bandura'nın 1986 yılında geliştirdiği Sosyal Biliş Teorisi sağlık davranışının saptanmasında bireysel faktörlerin ilerisine geçerek, çevresel ve sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmaktadır. Davranış, çevresel ve sosyal faktörlerle bireylerin bilişsel süreçlerin dinamik etkileşimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (37,42,43).

2.3.5. Korunma Motivasyonu Teorisi:

Davranışsal değişikliğin bireyin korkularından yararlanılarak elde edilmesidir. Bireyde sağlık tehdidi hakkında korku oluşturarak belirli bir davranış göstermesi yönünde

güdüleme anlayışına dayanan bu teori, sağlık riski ve bu riskin sonuçları hakkında tehditler kullanarak, olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı taşımaktadır (37) .

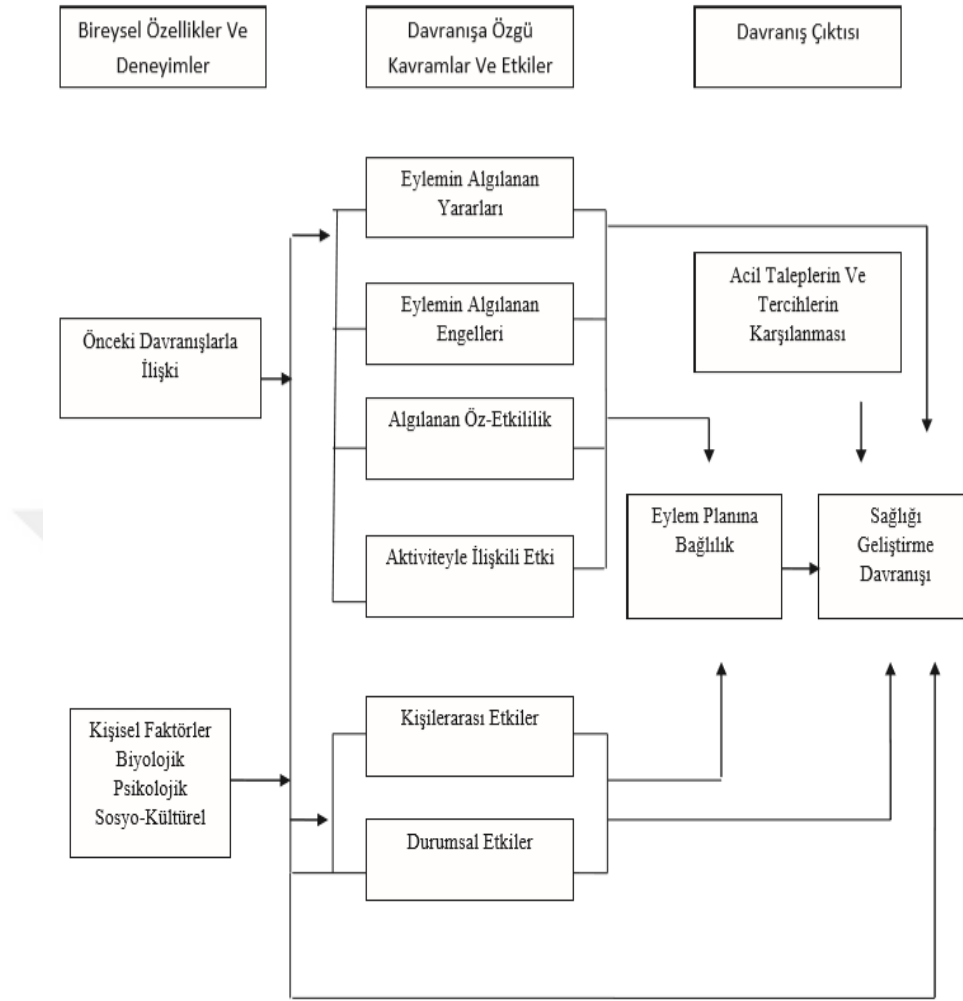
2.3.6. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) ilk olarak 1982 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında güncellenmiştir. SGM bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri tanımlarken, temelde sağlığı geliştirme üzerine duran, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaya çalışan bir modeldir.

Pender sağlığın geliştirilmesini motive edilmiş istendik davranışlarla iyilik halinin artırılması ve sağlığın potansiyel olarak gerçekleştirilmesi olarak tanımlayıp, anahtar noktanın sağlığı geliştirici davranışsal değişikliklerin sağlanmasında motivasyon olduğunu belirtmiştir (44).

Pender'in sağlığın geliştirme teorisi, bireyin özgeçmişi ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalık ve sakatlıkları önlemekle ilgili değil, bireyin uzun vadeli ve iyi bir yaşam kalitesi için sergilediği davranışları tanımlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır (45).

SGM sağlık inanç modelinde olduğu gibi benzer davranışsal etmenleri sınıflasa da, SİM'de hastalığı önlemeye; SGM'nde ise kendini gerçekleştirme ve daha yüksek sevilere bir iyilik hali için sağlığı geliştirmeye odaklanmaktadır (40). SGM, bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü alanlar ve davranış çıktılarını içeren bileşenlerden oluşmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli(46)

Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri aşağıda verilmiştir; (40,45,47,48).

a.Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Pender bireysel özellikleri, biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (kişilik yapısı, benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörler (ırk, etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) olarak kategorize etmiş ve bireyin davranışlarının bu bireysel özelliklerden ve daha önceki davranışlarından, deneyimlerinden etkilendiğini belirtmektedir.

b.Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler: Pender davranışa özgü algıların içerisinde bireyin davranışına ilişkin algıladığı yararlar, engeller, öz-etkililik, aktiviteyle ilişkili, kişilerarası ve durumsal etkiler olduğunu tanımlamıştır. Algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı SİM ile benzer olduğu için tekrardan anlatılmamıştır.

***Aktiviteyle İlişkili Etkiler:** Aktiviteyle ilişkili etki öznel bir davranışla ilişkili olarak pozitif veya negatif duygu durumları ve duygulardan oluşur. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını belirler. Davranışa yönelik pozitif duygular, davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir.

***Kişilerarası Etkiler:** Davranışa ilişkin diğer kişilerin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Çevredeki kişilerin bireye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranış kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır.

***Durumsal Etkiler:** Bireyin içinde yaşadığı çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir

c.Davranış Çıktısı ve Sağlığı Geliştirici Davranışlar: Pender SGM'nin bu alanında bireyin davranış yapmayı önceden planlayıp planlamamasının ya da acil gereksinimlerin doğmasının davranışın ortaya çıkmasını etkilediğini vurgulamıştır.

***Davranışa İlişkin Plan Yapma:** Davranış planlı ve belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmektir. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir ve davranışla ilgili niyet kavramını içerir.

***Acil /Anlık Taleplerin ve Tercihlerin Karşıllanması:** Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde iş, aile sorumluluğu, çevresel olaylar gibi acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyebilmektedir. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek kontrole sahip oldukları davranışlar olarak görülür. Alternatif davranışlar içinde bireylerin kendi tercihlerini kullanmasıdır. Aktiviteye karar vermeden önce var olan planlı davranış için bu alternatifler görüşülerek “yarar ve engel” kavramları belirlenir.

Sağlığı Geliştirme Davranışı: Sağlığı geliştirme, bireylerin hastalık riskini azaltacak ve iyilik halini artıracak ve bu durumu koruyarak ilerletecek davranışları kazanması için eğitimsel, sosyal, kültürel ve çevresel kaynaklarının farkındalığıdır. Sağlık davranışı ise; sağlığı geliştirme, hastalıklarından korunmaya ve sağlık durumunu kötüleştirecek etmenlerden kaçınmaya yönelik olarak bireylerin iyi olduğunu kabul edip, uyguladığı faaliyetlerdir. Bireylerin bu faaliyetleri benimseyip istendik davranış göstermesi ve bu davranışları yaşam biçimi haline getirilmesi de sağlığı geliştirme davranışı olarak tanımlanmaktadır. İstendik davranışın kazanılması ile sağlığın geliştirilmesi ve daha iyi bir yaşam kalitesi, uzun ömür, hastalıksız ve sakatlıksız geçirilecek bir gençlik, yetişkinlik ve yaşlanma dönemi elde edilmiş olacaktır.

2.4. Sağlık Algısı

Sağlık bireylerin kendi değerleri açısından tanımladıkları bir durumdur. Sağlık bireylerin iç ve dış ortamlarındaki değişime uyum sağlayarak iyilik hallerini sürdürdükleri dinamik bir süreçtir. Bu anlamda sağlık ve sağlığın bireysel olarak algılanması kişinin sağlık davranışları, tutumları, düşünceleri, inançları, tecrübe ve deneyimleri gibi kişiye ait duygu ve düşüncelerden etkilendiği gibi cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, boy, kilo gibi pek çok bireysel faktörden de etkilenmektedir. Ayrıca bireyin yaşadığı fiziksel ve sosyal çevrenin kültürel yapısı ile gelenekler ve toplumsal algılarla da yakından ilişkilidir.

Sağlık algısı kişinin kendi sağlık durumuna yönelik sorulan soruya verdiği sübjektif cevap ile ölçülen ve kişinin kendi sağlığına yönelik duygu ve düşüncesini içeren bir durumdur. Kişisel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal iyilik halini ölçen önemli bir belirteçtir. Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme olmasına rağmen objektif değerlendirmelerle yakından ilişkilidir (49,50). Sağlık algısının değerlendirilmesi sağlığın objektif ve sübjektif yönlerini de ölçmek için kullanılabilecek uygun bir yöntemdir (51).

Sübjektif olarak sağlık; bireyin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal yönden kendi sağlık durumunu algılamasıdır. Buna göre birey kendini hasta olmadığı halde hasta, hasta olduğu halde sağlıklı olarak da algılayabilir (49).

Objektif olarak sağlık ise; tıbbi muayene ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen veya şüphede edilen bir hastalığın her hangi bir patolojik durumun olmayışıdır. Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendisini sübjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (52).

Sağlık algısı; bireylerin sağlıklarına ilişkin öznele duygu, düşünce, ön yargı, endişe ve beklentilerinin toplamı olarak da tanımlanabilirken, bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık algısı”; olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak tanımlanmaktadır (53).

Sağlık algısı bireyden bireye, toplumdan topluma, ülkeden ülkeye değişebildiği gibi zaman içersinde gelişen teknoloji, değişen sosyokültürel yapılar, bireysel ve toplumsal sosyal, psikolojik ve fiziksel çevrenin de etkisiyle değişmektedir. Öyle ki bireyin yaşadığı kırsal ya da kentsel çevre bile kişilerin sağlık algısını etkileyebilmektedir (54).

Sağlık algısıyla sağlıklı davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda sigara, alkol kullanma durumu, beslenme, obezite, BKİ değerleri, fiziksel aktivite gibi değişkenlerle olan ilişkisi değerlendirildiği gibi (55), sosyoekonomik faktörlerin, gelir düzeyinin ilişkisi (56), cinsiyet, yaşı, medeni durum ile eğitim seviyesi gibi bazı sosyodemografik durumlarla, sosyo kültürel faktörler ve sosyal çevrenin de etkileşim içersinde olduğu ve morbidite, mortaliteyle de yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (49,51,57–59).

Sağlık algısının yaşam kalitesiyle ve hastalıksız, sakatlık olmadan sağlıklı beklenen yaşam süresiyle olan ilişkisi bireylerin günlük fiziksel aktivitesinden, fonksiyon kısıtlılıklarından, komorbid hastalıklardan, depresif duygu durumu gibi pek çok durumdan da etkilenmektedir (60).

SİM’ne göre; Sağlık durumunun algılanması, sağlığa yönelik tutumları, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı yaşam davranışların yer almasına ve bu davranışların sürdürölmesinin sağlanması ve ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve devam ettirilmesi sürecinde doğrudan ilişkilidir (53,61).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Günümüzde sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutuna ek olarak, her bir bireyin ailesinden başlamak üzere, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevresiyle toplumsal anlamda bütünleşmiş olarak tam bir iyilik halinin olması durumunda sağlıklı olmasından söz edilmektedir.

Davranış kelimesi anlam olarak bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin dıştan gözlemlenebilecek tepkilerinin toplamı ya da uyaranlar karşısında verdiği tepkilerinin bütünüdür (62). Gochman sağlık davranışını ise; bireylerin inanç, beklenti, güdü, değer ve algılamaları ile diğer bilişsel unsurların yanında, duygu durumları ve duygusal özellikleriyle sağlığın korunması, sağlığın düzeltilip, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için eylem ve alışkanlıklar olarak tanımlamıştır. Ayrıca sağlık davranışlarının bireyin aile yapısından, akranlarından, geleneklerden ve sosyal, kültürel özelliklerden de etkilendiğini belirtmiştir (63). Kasl ve Cobb'a göre, sağlık davranışı; kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalığın semptom ya da belirtileriyle karşılaşmamış bireylerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade edilmektedir (64).

Sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimine bakıldığında, hastalıkların tedavi dönemi zamanla yerini hastalıklardan korunmaya ve sosyal açıdan da bireylerin iyilik halinin sağlanmasına yönelik geliştiği görülmüş olup, tüm bu gelişmelerde insanı mümkün olduğunca sağlıklı ve uzun ve yüksek bir yaşam kalitesiyle yaşatma amacı mevcuttur. Bu amaçla insanların yaşam boyu sağlıklı olmalarını sağlayan ve hastalardan korumaya yönelik pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamalara “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimleri geniş ve potansiyel olarak gözlemlenememekle beraber sağlıklı bir yaşam için, stresi azaltıcı ya da bireyin yapmaktan hoşlandığı davranışları hakkında bireyin bilgi ve tutumlarından kaynaklanan davranış kalıplarını organize eden yönelimlerdir. Sağlık yaşam tarzı perspektifleri, sağlık davranışları ile ilgili bireysel tercihlerinin ve bu bireysel tercihleri çevreleyen ve sınırlayan sosyal, kültürel ve ekonomik güçlerden etkilenmektedir (65).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki grup şeklinde de düşünülebilir. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve ayrıca çevresindeki

insanların ve toplumun sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik sağlık eğitimini, bilgilenme durumunu ve bilinçli eylemlerini ifade eder. Dengeli yeterli beslenme, düzenli uyumak ve uykuya yeteri kadar vakit ayırmak, düzenli ve yeterli egzersiz yapmak, emniyet kemeri takmak, bireysel hijyene dikkat etmek, diğer bireylerle olumlu iletişim kurmak, düzenli sağlık kontrollerini yaptırmak olumlu sağlık davranışlarına örnek gösterilebilir. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için risk oluşturan, sağlığını kötü yönde değiştirebilen eylemlerde bulunmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara ve aşırı miktarda alkol kullanma, düzensiz yeme alışkanlığı, yağdan yüksek diyet, sedanter yaşam ve kişisel hijyene önem verilmemesi gösterilebilir (66,67).

DSÖ 2015 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olan ölümlerin, gelişmekte olan ülkelerde tüm ölümlerin %37'sinden, gelişmiş ülkelerde ise %88'inden ve toplamda %70'inden sorumlu tutulmaktadır. 2015 yılında 56,4 milyon olan tüm ölümlerin yarısından (%54) fazlasında etkin olan 10 ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıkları ve inme 15 milyon ölümden, trakea-bronşial ve akciğer kanseri 1.7 milyon, diyabet 1.6 milyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 3.2 milyon ölümden sorumlu tutulmaktadır (68). Bazı kaynaklarda koroner arter hastalığı, inme, akciğer ve kolon kanseri, diyabet ve KOAH yaşam tarzı hastalıkları olarak tanımlanmış hatta osteoporoz da bu hastalık grubuna eklenmiştir (69). Bütün bu hastalıklar ve daha pek çoğu sağlıklı yaşam davranışlarıyla yakından ilişkili olup bireyin yaşam kalitesini ve doğumda beklenen yaşam süresini etkilemektedir.

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarını gösteren bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sağlık sorumluluğu almasını, düzenli egzersiz yapmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi, kişiler arası ilişkileri ve desteği ve stres yönetimini kapsamaktadır (70).

2.5.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kavramı, İnsancıl Psikolojiye dayanan önemli kavramlardan biridir. Kendini gerçekleştirme kavramını Goldstein, organizmanın amacının daha doğumdan itibaren, bir bütün olarak "kendini gerçekleştirme" olduğunu ve kendini

gerçekleştirmenin, organizmanın tüm ihtiyaçlarını kapsadığını, bireyin bir bütün olarak anlaşılması gerektiğini vurgulamış diğer açlık, susuzluk, cinsellik ve bağlanma gibi bütün güdöleri bu ana güdünün bir parçası olarak görmüştür (71).

Rogers, kendini gerçekleştirme kavramını, ‘organizmanın bir iç yönelimi, tam verimliliği’ olarak tanımlamıştır. Kendini gerçekleştirmenin; kendini yönetme ve kendini düzenleme ve dış kuvvetleri kontrol altına alarak daha fazla bağımsızlık veya kişisel sorumluluk yönünde ilerlemek olduğunu belirtmiştir (72). Rogers tam olarak kendini gerçekleştirebilen bireyler; öznel deneyimlerinin farkında olan; seçimlerinin, özgürlük ve sorumluluklarının varoluşundaki önemini vurgulayan; duygusal farkındalığa sahip; yeni deneyimleri arayarak risk alabilen; sürekli bir değişim sürecine katılan bireyler olarak tanımlamaktadır (73).

Maslow, insanların doğuştan kendini gerçekleştirme güdüsüne sahip olduğunu ve insanın içinde zaten var olan bireyin ne olduğuna dair içsel gücünü kullanarak geliştirmesini kendini gerçekleştirme olarak ifade etmektedir (74). İnsan davranışlarını yönlendiren en önemli etkenler, bireysel ihtiyaçlardır. İnsanlar, öncelikle, ihtiyaçlar hiyerarşisinin alt düzeylerinde yer alan temel gereksinimlerini karşılamaya güdülenmişlerdir. İnsanların üst düzey ihtiyaçlarının karşılanması için öncelikle alt düzeylerdeki ihtiyaçlarını belirli bir ölçüde karşılanması gerekmektedir.

Maslow’un beş basamağa ayırdığı bu ihtiyaçları (75):

Bedenin canlılığını sürdürebilmek için yemek, su, cinsellik, barınak, uyku ve dinlenme gibi gerekli olan fizyolojik ihtiyaçlar; kişinin kendini güvende hissetmesi, tehlike ve tehditlerin yok edilmesi, her türlü korku, ağrı, tehdit, kaygıdan uzak bir yaşam ortamı sağlanarak hayatta kalabilmek, sağlıklı yaşamak ve gelişmek için gerekli olan güvenlik ihtiyacı; toplumsal ilişkilerde, sevgi, şefkat, birlik ve beraberlik dayanışma, bütünlük ve toplumsal güvence içinde sosyal adaleti ve kabul edilmeyi içeren ait olma ve sevgi ihtiyacı; başarı, bağımsızlık, prestij, statü, itibar, takdir edilme gibi saygı ihtiyacı ve bireyin, kendi yeteneklerinin, potansiyellerinin farkında olması ve sonuna kadar kullanarak, iç görüye sahip olarak istediği yere gelebilme ve hedeflerine ulaşabilme isteği ve çabası olan kendini gerçekleştirme ihtiyacı olarak tanımlamıştır.

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, öncelikle kendini tanır, başarısızlıklarının ve başarılarının farkına varıp, güçlü ve zayıf yönlerinin bilincinde olup belli bir plan ve program çerçevesinde daha önceden belirlediği hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürerler. Maslow’a göre “kendini gerçekleştirme”, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu, coşku ve sağlıklı yaşaması için doğal bir yol ve insanın olabileceği en iyi kişi için içsel, varoluşta doğal bir güdüdür (74).

2.5.2.Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek ayrıca hastalıkları önlemek, bedensel, ruhsal ve sosyal alanda iyilik hali için kendi tutum ve davranışlarını değiştirmesi, üzerine düşen görevleri yerine getirmesi anlamına gelmektedir (76). Sağlık sorumluluğu aynı zamanda, bireyin kendi sağlığını ne düzeyde önemseydiğini, sağlığı hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu ve sağlığına ne derece katıldığını gösteren bir belirleyicidir.

Tarihsel süreçte sağlık sorumluluğu insanların kişisel sağlık kalıplarını belirlemesinde, hastalıkların biyolojik açıdan yorumlanmasında sosyal, politik ve ahlaki değerlerin egemen olduğu görülmektedir. Bireysel sağlık sorumluluğu ise bireyin bu mevcut değerleri özümseyip, bir prizmadan süzmesine benzemektedir (77). Sağlık sorumluluğu sadece bireyin kendisinin yapabileceği tutum, davranışsal değişiklikler olsa bireyin düşünce, fikir, istek ve davranışları içinde yaşadığı çevreden, sosyokültürel ortamdan etkilenmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi ve korunması düzeyinde iki türlü sağlık sorumluluğundan bahsedilebilir. Rol sorumluluğu; bireylerin kendi organizması hakkında otonom karar vermesini ifade ederken, nedensellik sorumluluğu, bireylerin davranışları sonucunda karar verdikleri seçimleri, tercihleri ifade etmektedir. İki sorumluluk türü birbirine bağlıdır. Rol sorumluluğu, bireylerin rollerini vurgularken, nedensellik sorumluluğu bireylerin rolleri sonucundaki tercihleri ve eylemlerinin sağlık durumlarını belirlemeye yardımcı olmaktadır (76,78).

Bireylerin sağlık sorumluluklarının bilincinde olup, bu konudaki sorumluluklarını belirlemeleri, uygun bir yaşam tarzını seçmeleri varoluşları ve yaşam güvencesini ve yaşam kalitesini etkileyecektir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik

koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir.

Yaşama hakkı kadar temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesi bireylerin, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarının bilincinde olup bu sorumlulukların yerine getirilmesi sağlıklı yaşam davranışlarının günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmesiyle elde edilebilmektedir.

2.5.3. Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Fiziksel aktivite, kas ve eklemlerin kullanarak enerji tketimeyle gerçekleşen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite, bireylerin bedensel ve ruhsal ve sosyal gelişimini sağlayan temel araçlardan biridir (79). Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılması sonucunda üretilen, bazal düzeyin üzerinde enerji harcamayı gerektiren bedensel hareketlerdir. Egzersiz ise, fizik aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilir. Planlı yapılandırılmış, istemli, fiziksel uygunluğun bir ya da bir kaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir. Diğer bir tanımlamaya göre; fiziksel uygunluğu iyileştirmek ya da korumak için düzenlen planlı, sistemli ve tekrarlı bedensel hareketler ya da fiziksel aktivite formudur (80).

Fiziksel aktivite ve egzersiz, insanlık tarihi kadar eskilere dayanmakta ve tarih boyunca farklı uygarlıklar ve toplumlarda, yaşamın tüm dönemlerinde önemli bir yer tutmuştur. Arkeolojik çalışmaların sonunda milattan önce (M..) ve sonraki dönemlerde egzersiz ve sağlıklı yaşam ile uzun ömür arasında birçok ilişki kurulmuştur. Çin’de M.. binli yıllardan günümüze kadar devam eden zarif hareket öğretisi şeklinde bulunan bir egzersiz sistemi olan Tai Chi Chuan uzun bir yaşam için korunma yollarındandır. Hindistan’da özenli germe ve esneme hareketlerinden oluşan fiziksel uygunluk, uygun solunum ve diyetin aklı ve duyguları kontrol etmek üzerine odaklanan Ayur Veda’nın yoga felsefesi gibi ğretiler M.. binli yıllarda başlamıştır. Eski Yunan’da yüksek atletik düzeye ulaşanların, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ettikleri ve olimpiyatları kazananların daha ölümsüz olduklarına inanılmıştır. Afrika’da esneklik, çeviklik ve dayanıklılık eğitiminin sadece dövüş sanatlarının değil günlük yaşamın bir parçası olduğuna inanılmıştır. Batı tarihçileri, egzersiz ve tıp arasındaki ilişkinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden beri süregeldiği konusunda fikir birliği

içerisindedirler (81). İnsanoğlu zamanla sanayileşmenin ve kentleşmenin getirdiği pek çok olumsuzluğun yanında hareketsiz bir yaşamla ve buna bağlı pek çok hastalıkla da karşılaşmaktadır.

Fiziksel aktivite ve egzersiz, vücutta enerji dengesi sağlanmasında ve bireyin kendi kilosunu kontrol etmesinde en önemli etmenlerdendir. Her yıl küresel ölümlerin %6'sı yetersiz fiziksel aktiviteye bağlanmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivite, dünyada meydana gelen ölümlerde etkili olan başlıca risk faktörleri arasında 4.sırayı almaktadır. Diyet, fiziksel aktivite ve sağlıkla ilgili tüm üye devletler kendi nüfuslarında fiziksel aktiviteyi destekleyici stratejiler geliştirmektedir (82).

Fiziksel inaktivite, yüksek kan basıncı, kan şekeri ve aşırı kiloluk gibi kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi her 10 ölümün 6'sının nedeni olan bulaşıcı olmayan hastalıkların temelinde rol almaktadır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inde, diyabetin %27'si ve iskemik kalp hastalığının %30'nda hastalık yükünü fiziksel inaktivitenin neden olduğu tahmin edilmektedir. Haftanın çoğu günü en az 30 dakika orta düzeyde fiziksel egzersiz yapmanın önemli sağlık yararları olduğu ve aktif bir yaşam tarzı için yeterli olarak kabul edilmektedir (83). Yeterli fiziksel aktiviteyle koroner kalp hastalığı, kardiyovasküler hastalık, inme, hipertansiyon, diyabet, obezite, kas iskelet sistemi hastalıkları, osteoporoz, meme, endometrium, akciğer, kolon ve prostat kanserleri ile depresyon gibi pek çok hastalık için yarar sağlanabilecektir (82,84,85).

2.5.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme; insanın büyüme, gelişme, yaşamın sağlıklı, mutlu ve başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için en temel gereksinimlerden biridir. Beslenme, sadece açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği herşeyi yemek içmek değil, sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (86).

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve yaşamsal işlevselliğini sürdürmesi için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin bireyin yaşına, cinsiyetine, fizyolojik durumuna göre yeterli miktarlarda dengeli bir biçimde alınması ve vücutta uygun şekilde

kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlanmaktadır (87). Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamıştır, Merkezi Amerika’da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958’de besinlerin dört grup altında toplanmasını uygun görmüştür (86). Türkiye ‘de gıda üretimi ve beslenme durumu dikkate alınarak ‘Dört Yapraklı Yonca’ modelini tanımlanmıştır (88). Bunlar süt grubu, et, yumurta ve kurubaklagil grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı beslenme, tüm gıda gruplarından ve her bir gruptaki çeşitli gıdalardan günlük önerilen tüketim porsiyonlarına uyarak bireyin fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde aşırıya kaçmadan, yeterince tüketmesiyle ve zararlı gıdalardan kaçınarak elde edilebilmektedir.

Dünya genelinde büyüme ve gelişmeyi, zeka ve beden gelişimini olumsuz etkileyen beslenme yetersizliğinin yanında günümüzün en önemli beslenme sorunları içinde görülen obezite gıdaların aşırı ve dengesiz tüketimi sonunda gelişebilen bir durumdur. Sanayi devrinin ve teknolojinin getirdiği yeni yaşam tarzları, insanoğlunu hareketsiz bir yaşama itmiş, aşırı ve dengesiz beslenmeyle ortaya çıkan obezitenin öncülük ettiği pek çok kronik hastalığın da temelini oluşturmuştur. Öyle ki pek çok ülkede hafif şişman ve obezite prevalansı %50’yi geçmekte olup ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir(89). Ülkemizde de yapılmış TURDEP-I çalışmasında %22,3 düzeylerinde obezite prevalansı olduğunu bildirilmiştir ve 12 yıl sonra yapılan TURDEP II çalışmasında ise obezite prevalansı %35,9 bulunmuştur (90,91).

Kültürel çevreden, bireyin yaşadığı toplumdan, geleneklerden olduğu kadar fiziksel çevreden, ekonomik ve sosyal faktörlerden de etkilenen beslenme alışkanlıkları obezitenin yanı sıra, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, diyabet, osteoporoz, demir yetersizliği anemisi, malnütrisyon ve raşitizm gibi pek çok hastalığın yanı sıra mide, kolorektal, karaciğer, pankreas, akciğer, meme ve prostat kanserleri gibi daha pek çok kanserin de temelinde rol almaktadır (92). Ayrıca bu gibi hastalıklardan korunmanın yanında, hastalıkların tedavisi ve regülasyonunda geliştirilecek olan sağlıklı beslenme davranışları uzun yaşam ve yaşam kalitesini artıran önemli bir faktördür (93).

Sağlıklı beslenme için; günde en az üç öğün besin tüketilmesi ve öğünlerin atlanılmaması, düzenli olarak kahvaltının yapılması, değişik tür besinlerden

gereksinilen miktarlarda tüketilmesi, yiyeceklerin yavaş ve iyi çiğnenmesi, günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi, katı yağların yerine sıvı yağların tercih edilmesi, günlük şeker ve tuz tüketiminin azaltılması, posalı yiyecek tüketiminin arttırılması, günde en az 5 porsiyon sebze ya da meyve ve bol su tüketilmelisi önerilmektedir (86,87).

2.5.5. Kişiler Arası Destek

İnsanın doğumundan itibaren ölümüne dek süren varoluşunun temelini oluşturan bireyin çevresiyle kurduğu iletişim ve ilişkiler insanı var eden, diğer canlılardan ayıran en önemli özelliklerden biri ve aynı zamanda sağlıklı bir yaşam ve iyilik halinin sağlanmasında son derece etkili bir faktördür. Bireyin diğer insanlarla kurduğu ilişkiler benlik duygusunu ve dış dünyaya olan algı ve tutumlarını etkilemektedir. Kişilerarası iletişim en az iki insanın varlığında, karşılıklı bilginin, duygunun, düşüncenin ve yaşantının paylaşımı olan psikolojik ve sosyalkültürel bir olgu ve süreçtir (94). Etkili bir iletişimin kurulması için verici, alıcı, iletilen mesaj ve iletim yolunun etkin olması gerekmektedir.

Kişiler arası ilişkiler; bireyin kendini tanımasını, kabul etmesini, diğer kişilerden aldığı geribildirimlerle güçlü ve zayıf yönlerini belirlemesini ve yaşamını zenginleşmesini sağlamaktadır (95). Chen, kişiler arası destek davranışlarını; yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurup sürdürmek, başkalarına karşı sevgi ve sıcaklık göstermek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın arkadaşlarına ve ailelerine dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını ve endişelerini yakın arkadaşları ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak tanımlamıştır (96).

Kişiler arası iletişimin etkili bir şekilde gerçekleşmesinin en önemli koşullarından biri bireyin kendisiyle iletişimini gerçekleştirme kapasitesinin, becerisinin olmasıdır. Bireyin çevresine olan ilgisi doğuştan var olan ve toplumsal ortam içinde ortaya çıkan bir yetenektir. Küçük yaşlardan itibaren çevredeki insanlara gösterilen sevgi ve yakınlık tepkileri sonraki yıllarda etkileşim, paylaşım ve yardım gibi davranışlarla daha da anlamlı hale gelip, sosyal yönlerden kendini daha fazla geliştirmesi bakımından bireyde kişiler arası ilişkiler geliştirme ve bu ilişkilerinde kabul görme isteği söz konusu olabilmektedir (97).

House ve Khan kişiler arası sosyal desteğin içeriğini duygusal, değerler, bilgisel ve araçsal destek olarak dört sınıfta tanımlamıştır. Duygusal destek; bireyin sevgi, ilgi, hoşlanma şefkat, saygı, empati, dinleme, güveni, değerler desteği ise; doğrulama, geribildirim, sosyal karşılaştırma gibi bireyin öz değerlendirmesini etkileyen desteksel birimleri, bilgisel destek ise; önerileri, tavsiyeleri bazen de yönergeleri içerirken, maddi destek ise; para, mal ve eşya gibi araç gereç olduğu kadar işgücü, zamansal ve çevresel faktörleri içermektedir (98,99).

Kişiler arası destek bireyin şimdiki olduğu kadar gelecekteki yaşamını da etkileyen, sağlığını olumlu yönde geliştiren, bireye stresle baş etme yeteneği ve problem çözebilme yetisi kazandıran sosyal bir gereksinimdir. Kişiler arası desteğin hastalıkların, morbidite ve mortalitenin üzerine olumlu etkileri gösteren çalışmalar kişiler arası sosyal ilişkilerin sağlığın belirleyicilerinden biri olduğunu göstermektedir (100,101). Kişiler arası ilişkiler ve sosyal destek bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen bireyin strese karşı savunma mekanizmasının geliştirilmesinde etkili, aynı zamanda kültürel, sosyal, dini ve ekonomik pek çok faktörden şekillenebilen bir olgudur.

2.5.6. Stres Yönetimi

Stres sözcüğü, kelime anlamı olarak zorlama, gerilme, baskı anlamlarını içerip, Latince "estricia"dan gelmiş ve 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlar için kullanılırken, 18 ve 19. yüzyıllarda ise, kavramın anlamı değişmiş güç, baskı, zor gibi anlamlarda objelere, kişiye, organlara ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır. Stres, nesne ve bireylerin bu tür güçlerin etkisi ile biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır (102).

Stresin farklı koşullarda, insanlar için çok farklı anlamları olsada Selye stresi, vücudun herhangi bir talebe karşı öznel olmayan cevabı olarak tanımlamıştır (103). Cüceloğlu ise stresi, bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret olarak tanımlamıştır (104).

Davranış bilimlerinde stres tehdit algısı, kaygı ve endişeyle sonuçlanan rahatsızlık, duygusal gerginlik ve uyum zorluğu olarak tanımlanmaktadır. Lazarus ise, stres hakkındaki teriminin anlam tutarsızlığına rağmen, stresin yaygın olarak insan yaşamında

merkezi bir sorun olarak kabul etmiştir (103). Uyarıcı tabanlı tanımlamalar stresi baskının bir sonucu olarak görürken, tepki tabanlı tanımlamalar ise stresi caydırıcı ya da zararlı uyaranlara karşı verilen bir cevap olduğuna odaklanmaktadır (105). Tıbbi açıdan stres insanların çevresel ve içsel dünyaları tarafından tehdit edilip, karşı karşıya kaldıkları durumlar karşısında ürettikleri psikolojik, fizyolojik ve davranış reaksiyonları olarak ifade edilmektedir (106).

Strese neden olan durumlar beş grupta da değerlendirilebilir; Bireyin kendisiyle, ev ve aile yaşamıyla, eğitim yaşamıyla, iş yaşamıyla ve yaşadığı genel çevreyle ilgili olabilmektedir. Bireyin kişilik özellikleri, stresi algılama derecesi, strese yatkınlığı, karşılaştığı yaşam olaylarına verdiği tepki bireyin içsel nedenli stres kaynakları olarak sayılabilirken, aile bireyleriyle yaşanan ilişki sorunları, okul yaşamındaki sınavları, akran zorbalığı, bir gruba kabul edilme ya da dışlanma, başarının karşılaştırılması ve ailelerin beklentisinin yüksek olması da strese yol açmaktadır. Ekonomik koşullar, teknolojinin hızlı değişim ve gelişimi, sosyokültürel uyum sürecinin getirdiği zorluklar, kırdan kente yaşanan göçler, kentleşme ve bunun getirdiği alt yapı yetersizliği, kalabalık ve sıkışık yaşamlar, hava kirliliği, trafik yoğunluğu da çevrenin getirdiği stres kaynaklarıdır (102,107).

Stresin baş ağrısı, uyku bozukluğu, kas-eklem ağrıları, tansiyon değişikliği, yeme bozukluğu, yorgunluk gibi fiziksel belirtileri, kaygı ve endişe bozukluğu, depresyon, sinirlilik, saldırganlık, tükenmişlik gibi duygusal belirtileri, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, hafızada zayıflık, iş veriminde düşüklük gibi zihinsel belirtileri ve güvensizlik, içine kapanma, sosyal izolasyon, hatayı başkasına yükleme, alkol ve sigara kullanma gibi sosyal ve davranışsal belirtileri olabilmektedir (102,107–109).

Stresle başa çıkma; stresin neden olduğu bedensel, psikolojik ve sosyal aşırı uyarılma halini ve bunu belirleyen etkenleri azaltmaya, yok etmeye ya da uzaklaştırmaya yönelik dışsal ve içsel tepkileri ya da bunlar arasındaki çatışmaları denetim altına almaya odaklı, bireyin kaynaklarını genişletici veya sınırlayıcı davranışsal ve zihinsel gayretler olarak tanımlanabilir (110). Stresle başa çıkmak, stresi ortadan kaldırmak anlamında değil, stresi zararlı etkilerini oluşturmayacak olumlu bir düzeyde tutabilmeyi öğrenmek olarak da ifade edilebilir (111).

Stresle başa çıkmada; bireyin yaşam tarzı, tutum ve davranışları, sağlığın algılaması, sorumlulukların farkındalığı, dengeli ve düzenli beslenmesi, fiziksel aktivitenin ihmal edilmemesi, sosyal bir yaşam ile çevreye uyumun sürdürülmesi, gerektiği zaman sosyal ve psikolojik desteğin alınması, problem çözme becerisinin kazanılması ve uygulanabilmesi için stresle başa çıkmada gerekli eğitimlerin alınması son derece önemlidir.

2.6. Gençlik, Üniversite Dönemi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

DSÖ 18 yaşın altındaki tüm bireyleri çocuk olarak kabul etmekte, 10-19 yaş arasındakileri adolesan olarak tanımlarken, 10-24 yaş arasını ise genç insanlar olarak tanımlamıştır. BM ise 18 yaş altını çocuk olarak tanımlarken, 15-24 yaş arasını gençlik dönemi olarak tanımlamıştır (112,113).

Gençlik, çocukluk ile yetişkinlik çağları arasında yer alan bir geçiş dönemi olarak değerlendirilmekte, insan yaşamında bağımlı çocukluktan, bağımsız ve sorumlu bir yetişkinliğe geçiş aşaması, psikobiyolojik faktörleri içeren, sosyal, tarihsel ve kültürel bir yapıyı temsil etmektedir (114).

Akın'a göre ise gençlik, insan hayatının en hareketli, hızlı dönemi ve bir kimlik arayışı inşası süreci, yeni bir hayata başlangıç dönemi olarak kabul edilmektedir (115).

Çocukluktan sorumluluk sahibi bir yetişkin olmaya geçiş dönemi olarak nitelenen gençlik, kendine has bir yaşam tarzı, düşünce ve iletişim yapısına sahip farklı bir dönemdir. Gençlik döneminde pekçok biyolojik ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik gelişim ve değişim gerçekleşmekte ve bu değişimler genci asi davranışlara, toplumsal değerlerden farklı bir yapı sergileme arzusuna, ani hareket değişikliklerine ve kararsızlıklara yönlendirebilmektedir. Bu dönemde idealist, coşkulu, bağımsız davranma isteği, adaletli ve eşit davranma gibi ahlaki gelişimle ilgili değerlere sahip olunmasına, üretici, sağlıklı ve uyumlu birey olma özelliklerinin kazanılmasında psikolojik ve toplumsal gelişimin de sağlandığı bireyin en zor ve en bunalımlı dönemi olarak da kabul edilebilmektedir (116).

Üniversite dönemi ise gençlik yılları içinde geçen genellikle 18-24 yaşları arasında, bir yandan gelişimsel olarak kimlik ve bağımsızlık kazanma çabasının devam ettiği; diğer

yandan ise üniversite yaşamının beraberinde getirdiği sorunlarla mücadele edilmeye çalışılan kritik bir dönemdir (117).

Üniversite dönemi gençler için lise yıllarında farklı bir özgürlük ve özerklik ortamı içinde mesleki derslerin, değişik düzeydeki arkadaşlık ve öğretim üyeleriyle ilişkilerin, yeni deneyimlerinin yanı sıra aileden koparak uzak kalmaya, farklı ve yabancı sayılabilecek bir ortamın içine girmelerine, kararsızlık, kaygı ve stres ortamının oluşmasına da sebep olmaktadır. Üniversite öğrencisi, kendi bireysel gelişimini tamamlarken, kimlik bulma çabası, çocukluk döneminin değerleri yerine toplumsal değerlere uyum sağlama süreci, sosyal olgunluğa erişme durumunda pek çok sıkıntıyı da yaşamaktadır (118).

Üniversite öğrencileri; ders seçimi, sınav kaygısı, öğretim üyeleri ve sınıf arkadaşlarıyla ilişkileri, ders içeriğinin zorluğu, aşırı çalışmaya bağlı yorgunluk gibi üniversite eğitiminden kaynaklanan sıkıntıların yanında, sosyal ve kültürel çevreye adaptasyon, yeni bir çevrede yeni bireylerle ilişki ve iletişim kurma ve geliştirme, aileden uzaklaşmayla yaşanan yalnızlık, anne ve babaya aşırı bağımlılık, karşı cinsle kurulacak olan ilişkilerin güçlüğü, gelecek için mesleki kaygı ve depresyon gibi psikososyal sorunlar, barınma, beslenme, ulaşım gibi ekonomik bir takım zorluklar da karşı karşıya kalmaktadır (119).

Üniversite yaşamında gençler şiddet ve yaralanma, depresyon ve anksiyete gibi nörolojik ve ruhsal zorluklarla, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anemi ve mikro besin maddelerin yetersizliğine bağlı hastalıklarının yanında daha ileride görülebilecek olan diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara yol açabilen şişmanlık ve obezite gibi beslenme sorunlarıyla, fiziksel aktivitenin yetersizliği ve alkol, sigara ve madde kullanımı gibi sağlığa zararlı pek çok davranışı da bu yıllarda edinebilmektedir (120).

Şimşek ve ark.'nın üniversite öğrencilerinin riskli sağlık davranışlarına yönelik yaptıkları çalışmalarında öğrencilerde riskli davranışları yüksek olarak bulmuşlardır (121). Çamur ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptıkları başka bir çalışmada da riskli davranışları yüksek bulmuşlardır (7). Üniversite ortamının bu riskli davranışların görülmesinde etkili olabildiği gibi sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında etklili bir dönem olabileceği düşünülmektedir. Farklı üniversitelerde değişik bölümlerde

yapılan pek çok çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta ve düşük düzeyde bulunmuştur (122–126). Adölesan dönemi sonrası bireyin kişilik yapısının olgunlaşmaya başladığı, bireysel ve toplumsal sorumluluk bilincinin geliştiği bir süreç olan üniversite dönemi, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, bireyler arası etkili iletişim ve stresle baş etme yöntemleri ile bireyin sağlık bilincinin ve sorumluluğun kazanıldığı, yaşam boyu geliştirilmesi gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında son derece önemlidir (127).

Gençlere yeni bir çevre, dünyaya bakış açılarının değiştiği, gelecekteki mesleklerinin temellerinin atıldığı üniversite ortamı bireye sadece bilgi ve becerinin yüklendiği bilgi odaklı merkezlerin yanında bireyi sosyal ve psikolojik açıdan destekleyen, geliştiren sosyalkültürel canlı bir gelişim yuvasıdır. Bu açıdan bireye sağlıklı bir yaşam sürmesinde üniversite yıllarında kazanılan tutum ve davranışların bu ortamlarda sağlanan sosyal ve fiziksel olanakların yararı önemli olup bireylerin bu olanaklardan eşit biçimde faydalanmaları ve ulaşımalarında her hangi bir aksaklığın yaşanmaması gerekmektedir. Ülke geleceğinde etkili bir pozisyonda yol gösterici rolünü üstlenecek olan üniversite öğrencilerinde oluşturulan sağlıklı yaşam biçiminin farkındalığı, iyilik halinin algılanması, yaşam kalitesinin, uzun ve sağlıklı bir yaşamın anahtarı olan olumlu tutumların davranışsal değişiklik yönünde geliştirilmesi, bireylerin olduğu kadar elbette toplumun da sağlığını etkileyecek ve daha iyi düzeylere yükseltecektir. Bu açıdan üniversite öğrencilerinin sağlık algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin belirlenmesi toplum sağlığına ışık tutacak ve ileri ki çalışmalara yol gösterecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya, Erciyes Üniversitesi'nde Mayıs –Haziran 2017 tarihleri arasında Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde lisans programlarında öğrenim gören birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Erciyes Üniversitesi'nde 2016–2017 eğitim öğretim yılında, birinci öğretim lisans programlarında okuyan toplamda 15685 olan birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için, literatürdeki bazı çalışmaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puan ortalaması 120 ± 18 puan dolayında olabileceği kabul edilip, güven düzeyi 0.95 ve bulacağımız ortalamanın ± 1 birim sapma yapabileceği düşünülerek minimum örneklem büyüklüğü 1153 olarak hesaplanmıştır. En az 1200 öğrencinin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Tablo1'de fakülte ve sınıflara göre öğrenci sayıları görülmektedir.

Tablo 1. Fakülte ve bölümlerdeki sınıflara göre öğrenci sayıları

		Sınıf		
Fakülte	Bölüm	1.	4.	Toplam
Tıp	Tıp	316	325	641
Mühendislik	Elektronik	100	209	
	Endüstri	82	102	
	Gıda	62	73	
	Biyomedikal	70	105	
	Toplam	314	489	803
Eğitim	Türkçe	73	83	
	Fen	73	99	
	Sınıf	72	81	
	Sosyal	73	83	
	Toplam	291	346	637
Edebiyat	Türkdili	110	161	
	İngilizdili	60	73	
	Tarih	101	148	
	Sosyoloji	65	56	
	Toplam	336	438	774
Toplam		1257	1598	2855

Üniversitedeki lisans programları Sağlık, Fen, Eğitim ve Sosyal Bilimler olarak dört temel alan olarak gruplandırılmış ve bu dört temel alanı temsil etmek amacıyla, Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakülteleri seçilmiştir. Tıp Fakültesi 1. ve 4. sınıfta 641 öğrenci olup bu sayıya yaklaşık olarak diğer fakültelerden dörder bölümden öğrenciler seçilmiştir. Tablo 1’de görüldüğü üzere Mühendislik Fakültesi’nden Elektrik-Elektronik, Endüstri, Gıda ve Biyomedikal Mühendisliği bölümleri, Eğitim Fakültesi’nden Sınıf Öğretmenliği, Türkçe, Sosyal Bilimler ve Fen Bilgisi Öğretmenliği Bölümleri, Edebiyat Fakültesi’nden ise Türk Dili ve Edebiyatı, Tarih, Sosyoloji ve İngiliz Dili ve Edebiyatı bölümleri seçilmiştir. Bu fakültelerde okuyan birinci ve dördüncü sınıf toplam öğrenci sayılarının 1635’i kadın 1220’si erkek olup toplamda 2855 olduğu belirlenmiş ve bu öğrencilerin yarısına ulaşılabilceği düşünülerek, 1200’ün yaklaşık olarak üzerinde öğrenciye ulaşılabilceği tahmin edilmiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrencilerin fakültesi, bölümü, yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, yaşadığı yer gibi sosyodemografik özelliklere

yönelik 31 sorudan oluşan anket ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği yardımıyla toplanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak aşağıda belirtilen araçlar kullanılmıştır:

1. Sosyo-demografik özellikler formu (Ek 3)
2. Sağlık algısı ölçeği (Ek 4)
3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları Ölçeği (Ek 5)

3.3.1. Sosyo- Demografik özellikler formu

Demografik veri formunda çalışmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı ve bazı sosyodemografik özellikleri yer almıştır. Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, gelir durumu, sigara, alkol kullanma durumu, boy ve kilo ile okul başarı durumları ve annenin ve babanın eğitim durumu, ailenin yaşadığı yer sorgulanmıştır. Bu bölümde toplam 31 soru bulunmaktadır.

3.3.2. Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık algısı ölçeği Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (128). Kadioğlu ve ark tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olup her iki grupta da iyi düzeyde güvenirlik derecesine sahip olduğu bulunmuştur (129). Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach Alpha değerleri hemşirelik öğrencilerinde 0,60 ile 0,76 arasında değişirken (Kontrol merkezi 0,76; Öz farkındalık 0,63; Kesinlik 0,71; Sağlığın önemi 0,60), öğrencilerin ailelerinde 0,53 ile 0,73 (Kontrol merkezi 0,67; Öz farkındalık 0,53; Kesinlik 0,73; Sağlığın önemi 0,54) arasında değiştiği de gözlenmiştir (129).

Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık olmak üzere 4 alt boyutu vardır. Yanıtlar 5’li likert tipindedir.

1. , 5. , 9. , 10. , 11. ve 14. sorular olumlu ve 2. , 3. , 4. , 6. , 7. , 8. , 12. , 13. ve 15. sorular olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum=5”, “katılıyorum=4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır.

Olumsuz ifadeler ise çok katılıyorum=1”, “katılıyorum= 2”, “kararsızım= 3”,“katılmıyorum= 4”, “hiç katılmıyorum= 5 şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan ise 75’dir, SAÖ puanları ve madde sayıları Tablo’2’de gösterilmiştir.

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

Kesinlik alt boyutunda ise bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir fikre sahip olup olmaması konusunda sorulara yer verilmektedir. 6. , 7. , 8. , 15. sorulardır ve olumsuz ifadelerdir ve ters puanlanır.

Öz farkındalık alt boyutunda bireyin egzersiz ve doğru beslenme ile sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığı konusunda bireyin öz farkındalığını ölçen soruları içermektedir. 5.10. ve 14. sorulardır.

Sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığına ne kadar önem verdiği ile ilgili sorular vardır ve 1, 9, 11. sorulardır.

Tablo 2. SAÖ puanları ve madde sayıları

SAÖ Alt ölçek Grupları	Madde sayısı	Madde numaraları	Puan aralığı
Kontrol merkezi	5	2,3,4,12,13	5-25
Kesinlik	4	6,7,8,15	4-20
Öz farkındalık	3	5,10,14	3-15
Sağlığın önemi	3	1,9,11	3-15
Toplam	15	1-15.maddeler	15-75

3.3.3. 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 48 soruluk bir ölçektir (5). Ölçeğin orijinal dili İngilizcedir. SYBDÖ 1996 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından tekrar çalışılarak revize edilmiş ve 52 sorudan oluşan SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır (130). 1997 yılında Esin tarafından ilk versiyonu, 1998’de Akça tarafından ikinci versiyonu

kullanılarak Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2008’de Bahar ve ark. tarafından da yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu 0.77, fiziksel aktivite ve egzersiz 0.79, beslenme 0.68, manevi gelişim 0.79, kişilerarası destek 0.80, stres yönetimi 0.64 olarak saptanmıştır (131,132).

SYBD-II ölçeği, dörtlü likert’e göre yapılmış olup yanıtlara "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin altı alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir(131,132). SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puanları Tablo3’de verilmiştir.

Kendini gerçekleştirme; bireyin yaşamdaki amaçlarını, kendini ne kadar geliştirdiğini ve gerçekleştirebildiğini ve kendini tanıyıp tanımadığını belirler.

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığını ne derecede önemseydiğini gösterir, bireyin kendi iyilik hali için sağlığı hakkında aktif olarak sorumluluk hissetmesi, sağlığına özen göstermesidir.

Egzersiz ve fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın temeli olan egzersizin birey tarafından ne kadar düzenli ve ne kadar yapıldığını gösterir.

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirlerken bireyin hangi besin öğelerini tercih ettiğini nasıl bir beslenme programı olduğunu ve ne şekilde değişiklik yapabildiğini gösterir.

Kişilerarası destek; bireyin arkadaşları gibi yakın çevresiyle olan iletişimini ve bu iletişimin ne kadar süre devam ettirebildiğini belirler.

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarına olan farkındalığını ve bu stresini ne ölçüde yönetebildiğini belirler. Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

Tablo 3. SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puanları

SYBDÖ	Madde sayısı	Madde numaraları	Puan aralığı
Kendini gerçekleştirme	9	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9-36
Sağlık sorumluluğu	9	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9-36
Egzersiz	8	4,10,16,22,28,34,40,46	8-32
Beslenme	9	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9-36
Kişiler arası destek	9	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9-36
Stres yönetimi	8	5,11,17,23,29,35,41,47	8-32
Toplam	52	1-52.maddeler	52-208

Bireyler SYBDÖ’nde bulunan maddelerin kendilerine uygun olduğunu düşündükleri derecelendirme ifadelerinden birini işaretlemişlerdir. Her bir alt boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı SYBD puanını verir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin önerilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

3.3.4. Verilerin Toplanması

Fakülte dekanlıklarından gerekli izinler alındıktan sonra örnekleme alınan öğrenciler, araştırmacılar tarafından sınıflarında ziyaret edilmiştir. Ders öncesinde öğretim üyelerinden izin alınarak ders bitiminde öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirilip onamları alınmış, çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket formu verilmiştir. Anket formu ve ölçekler, araştırmacıların gözetiminde öğrenciler tarafından doldurulduktan sonra geri toplanmıştır. Öğrencilerden kimlik bilgilerini ankette belirtmemeleri özellikle istenmiş olup, çalışmaya katılmalarının kendi isteklerine bağlı olduğu, araştırmaya katılmayı reddedebilecekleri ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri çalışma öncesinde belirtilmiştir. Anketin tamamlanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Tıp fakültesi 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin 421’ine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 329 öğrencinin 13’ünün anket verileri eksik olduğu için dışlanmış ve toplamda 316 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Mühendislik Fakültesi’nden 413 öğrenciye ulaşılmış 324 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmiş, 7 tanesi eksik veriden dolayı çıkarılmış, toplamda 317 kişi değerlendirmeye alınmıştır. Eğitim Fakültesi’nden 421 öğrenciye ulaşılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden 328 öğrencinin 5’inin verilerinin eksikliği nedeniyle çıkarılmış, bir öğrenci anketi tamamlamak istemediğini belirtmiş ve toplamda 322 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Edebiyat Fakültesi'nde ulaşılan 456 kişiden İngiliz Dili ve Edebiyatı'nda okuyan 3 yabancı uyruklu öğrenci Türkçe bilmediği için 351 kişi araştırmaya katılmış, 18 kişinin verileri eksik olduğu için ve 2 kişi de anketi doldurma aşamasında araştırmadan çekildiği için toplamda 331 kişi araştırmaya dahil edilmiştir (Tablo4). Toplamda 1711 öğrenciye ulaşılmış, 1335 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmiş ancak 3'ü anketi tamamlama aşamasında araştırmadan çekilmiş, anketi tamamlayan 1332 öğrenciden 46 tanesinin ise anket verileri eksik olduğu için dışlanmış ve sonuç olarak 1286 öğrencinin verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 4. Fakültelere ve sınıflara göre toplanan anket sayıları

Fakülte	Ulaşılan öğrenci sayısı		Toplanan anket sayısı				Eksik veri	Toplam
	1. sınıf	4. sınıf	1. sınıf		4. sınıf			
			Toplanan	Tam anket	Toplanan	Tam anket		
Tıp	208	213	160	151	169	165	13	316
Mühendislik	221	192	180	176	144	141	7	317
Eğitim	213	208	171	167	157	155	6	322
Edebiyat	237	219	177	160	174	171	20	331
Toplam	879	832	688	654	644	632	46	1286

3.3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girilmiştir. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanılmıştır. Katagorik verilerin istatistiksel analizi için Ki kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde Unpaired t testi ve tek yönlü ANOVA testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis (post hoc Dunn's testi) kullanılmıştır. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p < 0.05$ olarak kabul

edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için Spearman Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Katılımcıların kendi ifadelerine göre belirttikleri boy ve kilo değerleri kullanılarak tüm öğrencilerin BKİ'si (ağırlık (kg)/ boy² (m²)) hesaplanmıştır (133).

Çalışmamızda sigara içme durumu DSÖ'nün Tütün Kullanımı İzleme ve Kontrol Yönergesi'ne göre düzenlenmiştir. Bu yönergede sigara kullanma durumuna göre bireyleri 'kullanıyor' ve 'kullanmıyor' şeklinde sınıflamıştır. Sigara kullanıcıları hergün düzenli olarak ve her gün olmamakla birlikte arasına kullananlar şeklinde iki grupta, kullanmayanları ise sigarayı bırakmış olan eski günlük içiciler, hayatları boyunca 100 adet sigaradan az içmiş olanlar ve hayatları boyunca 100 adet sigara ya da daha fazla içmiş olan eski ara sıra içiciler şeklinde üç grupta sınıflandırılmıştır (134).

Araştırma Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik açıdan uygun görülmüştür (EK 4). İlgili fakülte dekanlıklarından izin alınmış ve ders öncesinde derse giren öğretim üyelerinin onay alınmış ve araştırmaya katılan tüm öğrencilere araştırma öncesi çalışma hakkında bilgi verilip sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya katılan 1286 öğrencinin sosyodemografik bulguları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri

Özellik		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	503	39,1
	Kadın	783	60,9
Yaş grupları	21 yaş ve altı	701	54,5
	22 yaş ve üzeri	585	45,5
Medeni durum	Bekar	1256	97,7
	Evli	19	1,5
	Diğer	11	0,9
Fakülte	Tıp	316	24,6
	Mühendislik	317	24,7
	Eğitim	322	25,0
	Edebiyat	331	25,7
Sınıf	1.sınıf	654	50,9
	4. sınıf	632	49,1
Toplam		1286	100,0

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %39,1’i erkek, %60,9’u kadın olup, tüm grubun yaş ortalaması $21,1 \pm 2,4$ yıldır (min-max: 18-42). 21 yaş ve altı ile 22 yaş ve üzeri olarak iki gruba ayrıldığında 701 (%54,5) kişi 21 yaş ve altında, 583 kişi ise (%45,3) 22 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Öğrencilerin %97,7’si bekar olup, % 1,5’i

evlidir. Araştırmaya yaklaşık olarak eşit katılan Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakülteleri'ndeki öğrencilerin %50,9'u birinci sınıf öğrencisidir.

Öğrencilerin anne eğitim düzeyi incelendiğinde %48,8'i ilkokul ve altı, %15,6'sı ortaokul, %20,6'sı lise ve %15,0'ı üniversite mezunu, baba eğitim düzeyi incelendiğinde ise %28,5'i ilkokul ve altı, %16,6'sı ortaokul, %22,5'i lise ve %32,4'ü üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Öğrencilerin annelerinin meslekleri sorgulandığında %74,5'i çalışmadığını, %8,5'i annelerinin memur, %5,8'i serbest meslek sahibi, %4,8'i ise emekli olduğunu ifade ederken, babalarının mesleği sorgulandığında, %27,3'ü emekli, %25,3'ü serbest meslek sahibi ve %23,1'i ise memur olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumu

Özellik		Sayı	%
Anne eğitim düzeyi	İlkokulve altı	628	48,8
	Ortaokul	200	15,6
	Lise	265	20,6
	Üniversite	193	15,0
Baba eğitim düzeyi	İlkokulve altı	367	28,5
	Ortaokul	213	16,6
	Lise	289	22,5
	Üniversite	417	32,4
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	958	74,5
	Memur	109	8,5
	İşçi	46	3,6
	Serbest meslek	74	5,8
	Emekli	62	4,8
	Diğer	37	2,9
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor	15	1,2
	Memur	297	23,1
	İşçi	236	18,4
	Serbest meslek	325	25,3
	Emekli	351	27,3
	Diğer	62	4,8
Toplam		1286	100,0

Öğrencilerin ailelerinin %47,4'ü Kayseri ilinde ikamet etmektedir. Ailelerinin yaşadıkları yer bölge olarak değerlendirildiğinde en fazla %67,5 ile İç Anadolu bölgesi, %11,2 ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi ve %9,3 ile Akdeniz bölgesi izlenmektedir. Ailelerinin yaşadıkları yer özelliğine göre en fazla %62,4 ile il merkezi, %26,7 ile ilçe ve %11,0 ile köy ve kasaba gözlenmektedir (Tablo 7).

Öğrencilerin yaşantılarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yer %68,1 ile il merkezi, %22,2 ile ilçe ve %9,7 ile köy ve kasabadır. Kayseri'de kaldıkları yer sorgulandığında ise % 43,3'ü ailenin yanında, %37,2'si yurttta ve %13,8'i ise arkadaşlarıyla evde kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin ve ailelerinin yaşadıkları yerin özelliği

Özellik	n=1286	Sayı	%
Ailesi Kayseri'de yaşayanlar	Evet	610	47,4
	Hayır	676	52,6
Ailenin yaşadığı bölge	İç anadolu	868	67,5
	Doğu/güneydoğu	144	11,2
	Akdeniz	119	9,3
	Marmara	78	6,1
	Karadeniz	42	3,3
	Ege	19	1,5
	Yurtdışı	16	1,2
Aielenin yaşadığı yerin özelliği	İl	802	62,4
	İlçe	343	26,7
	Köy kasaba	141	11,0
Öğrencinin şimdiye kadar en uzun kaldığı yer	İl	876	68,1
	İlçe	285	22,2
	Köy kasaba	125	9,7
Öğrencinin Kayseri'de kaldığı yer	Ailenin yanında	590	45,9
	Yurttta	478	37,2
	Arkadaşlarıyla evde	178	13,8
	Tek başına evde	40	3,1
Toplam		1286	100,0

Öğrencilerin %59,8'i ailelerinin ekonomik durumunu orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %52,3'ü de kendi ekonomik durumunu orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin % 33,7'si burs, % 45,6'sı kredi aldığını ve %3,7'si gelir getirici bir işte çalıştıklarını ifade etmiştir. Harçlık durumlarını değerlendirdiklerinde ise % 36,0'ı harçlığını yetersiz olarak belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin ve ailelerinin ekonomik durumunun dağılımı

Özellik		Sayı	%
Ailenin ekonomik durumu	İyi	482	37,5
	Orta	769	59,8
	Kötü	35	2,7
Kendi ekonomik durumu	İyi	404	31,4
	Orta	673	52,3
	Kötü	209	16,3
Burs alma durumu	Evet	433	33,7
	Hayır	853	66,3
Kredi alma durumu	Evet	586	45,6
	Hayır	700	54,4
Gelir getirici bir işte çalışma durumu	Evet	48	3,7
	Hayır	1238	96,3
Harçlık durumu	Yeterli	823	64,0
	Yetersiz	463	36,0
Toplam		1286	100,0

Kendi ifadelerine göre öğrencilerin %71,9'u sağlığını iyi, %25,3'ü ise orta olarak ifade etmiştir. Herhangi bir sağlık sorunu olduğunu belirtenler %5,2 iken, sürekli ilaç kullananların oranı %7,7'dir. Öğrencilerin %61,7'si beden görünüşünden memnun iken, %18,5'i memnun değildir. Ağırlık algısı sorgulandığında ise %14,6'sı kendisinin zayıf olduğunu belirtirken, %55,6'sı normal, %24,0'ı hafif şişman ve %5,8'i şişman olarak tanımlamaktadır. Beden görünüşünden memnuniyetle ağırlık algısı arasında zayıf, pozitif yönde 0,001 düzeyinde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin sağlıkla ilgili durumlarının dağılımı

Özellik		Sayı	%
Kendi ifadelerine göre genel sağlık durumu	İyi	924	71,9
	Orta	326	25,3
	Kötü	36	2,8
Sağlık sorunu olma durumu	Evet	67	5,2
	Hayır	1219	94,8
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	99	7,7
	Hayır	1187	92,3
Beden görünüşü algısı	Memnun	793	61,7
	Kararsız	254	19,8
	Memnun değil	238	18,5
Ağırlık durumu algısı	Zayıf	188	14,6
	Normal	715	55,6
	Hafif şişman	309	24,0
	Şişman	74	5,8
Toplam		1286	100,0

Öğrencilerin % 76,6'sı sigara kullanmadığını ifade ederken, %11,4'ü her gün, % 10',0'ı arasıra sigara içtiğini, % 2,0'ı ise bıraktığını ifade etmiştir. Hergün sigara içtiğini söyleyen 144 kişinin günde içtiği sigara miktarı 11,5 idi. Bu ortalama erkeklerde 13,0, kadınlarda ise 8,5 idi. Alkol kullanma durumu sorgulandığında %83,1'i kullanmadığını, %15,9'u arasıra kullandığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumları

Özellik		Sayı	%
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	985	76,6
	Arasıra	128	10,0
	Hergün	147	11,4
	Bırakmış	26	2,0
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	1069	83,1
	Arasıra	204	15,9
	Hergün	4	0,3
	Bırakmış	9	0,7
Toplam		1286	100,0

Öğrencilerin okul hayatına yönelik özellikleri incelendiğinde %73,6'sı okuduğu bölüme isteyerek geldiğini belirtmişlerdir. Okul memnuniyeti sorgulandığı zaman ise %57,5'i memnun, %24,8'i kararsız %17,7'si ise memnun olmadığını belirtmiştir. Öğrenciler kendi ifadelerine göre okul başarısını %41,1'i iyi, %44,6'sı orta %14,4'ü ise kötü olarak belirtmişlerdir. Sınıf tekrarı yaşadığını belirten öğrencilerin oranı %6,8'dir (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin okul hayatına yönelik özellikleri

Özellik		Sayı	Yüzde
Okuduğu bölüme gelişinde isteklilik	Evet	947	73,6
	Hayır	339	26,4
Okuldan memnuniyet durumu	Memnun	740	57,5
	Kararsız	319	24,8
	Memnun değil	227	17,7
Kendi ifadesine göre okul başarısı	İyi	528	41,1
	Orta	573	44,6
	Kötü	185	14,4
Sınıf tekrarı durumu	Evet	88	6,8
	Hayır	1198	93,2
Toplam		1286	100,0

Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ durumları incelendiğinde, kadın öğrencilerde zayıf olmanın, erkeklerde ise hafif şişmanlık ve şişmanlığın daha fazla oranda olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ durumları

BKİ'ye göre ağırlık durumu	Kadın		Erkek	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Zayıf	101	13,0	24	4,8
Normal	593	76,1	323	64,6
Hafif şişman	77	9,9	124	24,8
Şişman	8	1,0	29	5,8
Toplam	500	100	779	100
$X^2=93,515$ $p<0,001$				

*Sütun yüzdesi

Öğrencilerin sigara kullanma durumları analizler için arasıra ve hergün içenler sigara kullananlar olarak, hiç kullanmayanlar ve düşük bir yüzdede olan bırakanlar ise kullanmıyor şeklinde birleştirilmiştir. Öğrencilerin sigara kullanma durumu incelendiğinde; erkeklerde, 22 yaş ve üzerinde, Mühendislik Fakültesi'nde ve 4. sınıf öğrencilerinde anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sigara kullanma oranı en az Eğitim ve Tıp Fakültesi'nde görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve sigara kullanma durumu

Değişkenler		Sigara Kullananlar		
		n	Sayı	%*
Cinsiyet	Erkek	503	163	32,4
	Kadın	783	112	14,3
$X^2=59,693$ $p<0,001$				
Yaş	21 ve altı	701	125	17,8
	22 ve üzeri	585	150	25,6
	$X^2=11,568$ $p=0,001$			
Fakülte	Tıp	316	62	19,6
	Mühendislik	317	83	26,2
	Eğitim	322	51	15,8
	Edebiyat	331	79	23,9
	$X^2=12,032$ $p=0,007$			
Sınıf	1.sınıf	654	122	18,7
	4.sınıf	632	153	24,2
	$X^2=5,898$ $p=0,015$			
Toplam		1286	275	21,2

*Satır yüzdesi

Öğrencilerin Sağlık Algısı Ölçeği puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması 75 puan üzerinden $40,7 \pm 6,2$, 25 puan üzerinden ‘Kontrol merkezi’ $14,3 \pm 3,7$, ‘Kesinlik’ 20 puan üzerinden $12,7 \pm 3,0$, ‘Öz farkındalık’ 15 puan üzerinden $6,8 \pm 1,9$, ‘Sağlığın önemi’ 15 puan üzerinden $6,8 \pm 2,1$ olarak bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. SAÖ toplam ve alt boyutları puanları

SAÖ toplam ve alt boyutları (n=1286)	Ort $\pm$ SS	Ortanca (min-max)
Kontrol merkezi	$14,3 \pm 3,7$	14 (5-25)
Kesinlik	$12,7 \pm 3,0$	13 (4-20)
Öz farkındalık	$6,8 \pm 1,9$	7 (3-14)
Sağlığın önemi	$6,8 \pm 2,1$	7 (3-15)
Toplam puan	$40,7 \pm 6,2$	41 (15-66)

Öğrencilerin cinsiyet ve sınıfları ile SAÖ toplamda ve alt boyutlarında aldıkları puanlar arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 15,16).

Tablo 15. Öğrencilerin cinsiyetine göre SAÖ puanları

SAÖ toplam ve alt boyutları	Erkek (n=503)	Kadın (n=783)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kontrol merkezi	$14,2 \pm 3,9$	$14,4 \pm 3,7$	0,458
Kesinlik	$12,6 \pm 3,1$	$12,8 \pm 3,1$	0,261
Öz farkındalık	$6,8 \pm 2,0$	$6,8 \pm 1,9$	0,925
Sağlığın önemi	$6,9 \pm 2,2$	$6,7 \pm 2,0$	0,072
Toplam puan	$40,6 \pm 6,5$	$40,7 \pm 6,0$	0,667

*Student t Testi

Tablo 16. Öğrencilerin sınıflarına göre SAÖ puanları

SAÖ toplam ve alt boyutları	1.sınıf (n=654)	4.sınıf (n=632)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kontrol merkezi	$14,4 \pm 3,7$	$14,2 \pm 3,8$	0,347
Kesinlik	$12,8 \pm 3,1$	$12,7 \pm 3,1$	0,593
Öz farkındalık	$6,8 \pm 1,9$	$6,8 \pm 1,9$	0,908
Sağlığın önemi	$6,9 \pm 2,2$	$6,8 \pm 2,1$	0,376
Toplam puan	$40,9 \pm 6,3$	$40,5 \pm 6,1$	0,271

*Student t Testi

Öğrencilerin fakültelerine göre SAÖ toplam ve kontrol merkezi, kesinlik alt boyutları Tıp Fakültesi’nde en düşük, Eğitim Fakültesi’nde en yüksek, sağlığın önemi alt boyutu

ise tam tersi olarak Tıp Fakültesi'nde en yüksek, Eğitim Fakültesi'nde en düşük olarak gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin fakültelerine göre SAÖ puanları

SAÖ toplam ve alt boyutları	Tıp (n=316)	Mühendislik (n=317)	Eğitim (n=322)	Edebiyat (n=331)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kontrol merkezi	13,8 $\pm$ 3,4 ^a	14,3 $\pm$ 3,6 ^{a,b}	14,9 $\pm$ 4,0 ^b	14,3 $\pm$ 4,0 ^{a,b}	0,003
Kesinlik	12,2 $\pm$ 2,9 ^a	12,6 $\pm$ 3,0 ^{a,b}	13,9 $\pm$ 3,2 ^b	12,9 $\pm$ 3,8 ^b	<0,001
Öz farkındalık	7,0 $\pm$ 1,9	6,8 $\pm$ 1,7	6,9 $\pm$ 2,1	6,7 $\pm$ 2,0	0,072
Sağlığın önemi	7,1 $\pm$ 2,0 ^a	6,8 $\pm$ 2,0 ^{a,b}	6,6 $\pm$ 2,2 ^b	6,8 $\pm$ 2,2 ^{a,b}	0,037
Toplam puan	40,0 $\pm$ 6,0 ^a	40,5 $\pm$ 6,1 ^{a,b}	42,0 $\pm$ 6,2 ^b	40,7 $\pm$ 6,5 ^{a,b}	0,016

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0,05$)

Erkek öğrencilerin fakültelerine göre SAÖ toplam puanlarıyla ilişkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Alt boyutlarına bakıldığında sadece kontrol merkezi Tıp Fakültesi'nde en düşük, Eğitim Fakültesi'nde en yüksek olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadın öğrencilerin fakültelerine göre SAÖ toplam puanlarıyla ilişkisi bulunmazken ($p>0,05$), kesinlik alt grubu yine Tıp Fakültesi'nde en düşük, Eğitim Fakültesi'nde en yüksek olarak anlamlı bulunmuş ($p<0,05$), diğer ölçek boyutlarında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$).

Birinci sınıf öğrencilerinin fakültelerine göre SAÖ toplam puanı ile kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyutları Eğitim Fakültesi'nde, sağlığın önemi ise Tıp Fakültesi'nde en yüksek iken, Edebiyat Fakültesi'nde sağlığın önemi alt boyutu hariç tüm puanlar en düşük olarak bulunmuştur (Tablo 18).

Dördüncü sınıf öğrencilerinin fakültelerine göre SAÖ toplam puanı ile, kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları Edebiyat Fakültesi'nde en yüksek, Tıp Fakültesi'nde en düşük, öz farkındalık ve sağlığın önemi boyutları ise Tıp Fakültesi'nde en yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 18). Herbir fakültenin 1. ve 4. sınıfları arasında SAÖ toplam puanlarına bakıldığında 4. sınıflarda Edebiyat Fakültesi'nde artış, diğer fakültelerde düşüş gözlenmiştir.

Tablo 18. Öğrencilerin sınıflarının fakültelere göre SAÖ puanları

Sağlık Algısı Ölçeği ve sınıflar		n (1286)	Kontrol merkezi	Kesinlik	Öz farkındalık	Sağlığın önemi	Toplam ölçek puanı
			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
1.sınıf	Tıp	316	14,8±3,5 ^a	12,6±2,9 ^{a,b}	6,8±1,9	7,0±2,1	40,5±6,2 ^a
	Mühendislik	317	14,5±3,9 ^{a,b,c}	12,8±3,1 ^{a,b}	7,0±1,7	6,8±2,0	41,0±6,3 ^{a,b,c}
	Eğitim	322	15,4±3,9 ^b	13,3±3,3 ^a	7,0±2,1	6,8±2,2	42,5±5,6 ^b
	Edebiyat	331	13,7±3,8 ^{a,c}	12,3±3,1 ^b	6,5±2,0	6,9±2,2	39,3±6,8 ^{a,c}
	p*		<0,001	0,026	0,044	0,741	<0,001
4.sınıf	Tıp	316	13,5±3,3 ^a	11,8±2,8 ^a	7,2±1,9 ^a	7,1±1,9 ^a	39,5±5,7 ^a
	Mühendislik	317	14,2±3,7 ^{a,b}	12,5±2,9 ^{a,c}	6,5±1,7 ^b	6,8±1,9 ^{a,b}	39,9±5,8 ^a
	Eğitim	322	14,3±3,9 ^{a,b}	13,0±3,1 ^{b,c}	6,8±1,9 ^{a,b}	6,3±2,0 ^b	40,5±6,7 ^{a,b}
	Edebiyat	331	14,9±4,1 ^b	13,3±3,2 ^c	6,8±2,0 ^{a,b}	6,8±2,2 ^{a,b}	41,9±5,9 ^b
	p*		0,006	<0,001	0,029	0,015	0,002

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b,c: Her kolonda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri analizler için ortaokul ve altı, lise ve üniversite şeklinde 3 grup olarak birleştirilmiştir. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim durumu ile SAÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Öğrencilerin şimdiye kadar en uzun kaldıkları yer ile SAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak öğrencilerin Kayseri’de kaldıkları yer açısından ölçek toplam puanı ile kontrol merkezi, kesinlik alt boyutları tek başına kalanlarda ailesinin yanında ve yurttaki kalanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin yaşadığı yere göre SAÖ puanları

Sağlık Algısı Ölçeği		n (1286)	Kontrol merkezi	Kesinlik	Öz farkındalık	Sağlığın önemi	Toplam ölçek puanı
			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Öğrencinin şimdiye kadar en uzun kaldığı yer	İl	876	14,4±3,8	12,7±3,2	6,8±1,9	6,9±2,1	40,8±6,3
	İlçe	285	14,1±3,5	12,8±2,9	6,8±1,9	6,7±1,9	40,4±5,5
	Köy/kasaba	125	14,4±3,9	12,7±3,0	6,9±2,0	6,6±2,1	40,5±6,6
	p*		0,444	0,782	0,847	0,200	0,628
Kayseri’de kaldığı yer	Ailesinin yanında	590	14,6±3,7	12,8±3,2 ^a	6,89±2,0	6,82±2,8	41,1±6,2 ^a
	Yurttaki	478	14,2±3,8	12,9±2,8 ^a	6,74±1,9	6,75±2,0	40,6±6,0 ^a
	Arkadaşlarıyla	178	13,9±3,7	12,3±3,2 ^{a,b}	6,8±1,8	6,9±2,0	40,0±6,1 ^{a,b}
	Tek başına	40	13,1±3,7	11,0±2,8 ^b	6,6±1,9	6,7±2,2	37,4±6,7 ^b
	p*		0,017	0,001	0,488	0,653	0,001

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her kolonda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin kendi tanımlamalarına göre ekonomik durumları ve SAÖ puanları değerlendirildiğinde toplam ölçek puanı ile kesinlik, sağlığın önemi alt boyutları ekonomik durumu iyi olan grupta düşük, kötü olarak tanımlayan grupta ise yüksek olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 20). Kendi ekonomik durumu iyiden kötüye doğru sıralandığında SAÖ ile zayıf, pozitif yönde, 0,01 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,003, p=0,006$).

Tablo 20. Öğrencilerin ekonomik durumları ile SAÖ puanları

SAÖ ve ekonomik durum	İyi (n=404)	Orta (n=673)	Kötü (n=209)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kontrol merkezi	14,29 $\pm$ 3,62	14,30 $\pm$ 3,70	14,47 $\pm$ 4,17	0,824
Kesinlik	12,30 $\pm$ 3,17 ^a	12,87 $\pm$ 2,98 ^b	12,97 $\pm$ 3,21 ^b	0,006
Öz farkındalık	6,80 $\pm$ 1,99	6,78 $\pm$ 1,84	6,91 $\pm$ 2,07	0,683
Sağlığın önemi	6,64 $\pm$ 2,06 ^a	6,84 $\pm$ 2,03 ^{a,b}	7,08 $\pm$ 2,36 ^b	0,047
Toplam puan	40,05 $\pm$ 6,15 ^a	40,80 $\pm$ 6,01 ^{a,b}	41,45 $\pm$ 6,78 ^b	0,023

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre sağlık durumlarını iyi olarak ifade eden grupta SAÖ puanları düşük bulunup gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21). Öğrencilerin kendi ifadelerine göre sağlık durumları kötüden iyiye doğru sıralandığında SAÖ puanları arasında negatif yönde 0,01 düzeyinde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

Herhangi bir sağlık sorununun olup olmaması, düzenli ilaç ve sigara kullanma durumu ile SAÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Öğrencilerin BKİ'lerine göre SAÖ toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır, sadece sağlığın önemi şişmanlarda yüksek, zayıflarda düşük olarak bulunmuş, diğer alt boyutlar arasında ilişki görülmemiştir.

Tablo 21. Öğrencilerin sağlık durumları ve SAÖ puanları

SAÖ		n (1286)	Kontrol merkezi	Kesinlik	Öz farkındalık	Sağlığın önemi	Toplam ölçek puanı
			Ort ±SS/ ortanca (min-max)	Ort ±SS/ ortanca (min-max)	Ort ±SS/ ortanca (min-max)	Ort ±SS/ ortanca (min-max)	Ort ±SS/ ortanca (min-max)
Kendi ifadelerine göre genel sağlık durumu	İyi	924	14(5-25) ^a	12(4-20) ^a	7(3-14) ^a	7(3-15) ^a	40(15-58) ^a
	Orta	326	14(5-25) ^b	14(6-20) ^b	7(3-12) ^{a,b}	7(3-15) ^b	43(29-58) ^b
	Kötü	36	16(5-25) ^c	14(7-20) ^b	7(3-12) ^b	7(3-14) ^{a,b}	45(25-66) ^c
	p*		<0,001	<0,001	0,044	<0,002	<0,001
Sağlık sorunu olma durumu	Var	67	15,5±3,7	12,01±3,61	6,97±1,99	6,83±2,55	41,36±6,55
	Yok	1219	14,3±3,7	12,74±3,06	6,80±1,92	6,81±2,07	40,63±6,18
	p**		0,006	0,058	0,496	0,936	0,345
Sigara kullanma durumu	Kullanıyor	275	14,34±3,70	12,72±3,04	6,78±1,90	6,67±1,98	40,52±6,24
	Kullanmıyor	1011	14,27±3,95	12,64±3,27	6,91±2,01	7,34±2,40	41,17±6,03
	p**		0,870	0,686	0,318	<0,001	0,131

* Kruskal Wallis (post hoc Dunn's testi)** Student t Testi a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Okudukları bölümden memnuniyetleri ile SAÖ puanları değerlendirildiğinde SAÖ toplam puanı ile kontrol mezkezi, sağlığın önemi, kesinlik alt boyutları okulundan memnun olanlarda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Öğrencilerin okudukları bölümden memnuniyetleri ve SAÖ puanları

SAÖ ve okudukları bölümden memnuniyetleri	Memnun (n=740)	Kararsız (n=319)	Memnun değil (n=227)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kontrol merkezi	14,1±3,7 ^a	14,7±3,7 ^b	14,4±4,0 ^{a,b}	0,043
Kesinlik	12,4±3,1 ^a	13,2±3,1 ^b	13,1±2,9 ^b	<0,001
Öz farkındalık	6,7±1,9	6,8±1,9	6,9±1,9	0,181
Sağlığın önemi	6,7±2,0 ^a	6,9±2,2 ^{a,b}	7,2±2,2 ^b	0,017
Toplam puan	39,9±6,2 ^a	41,6±6,1 ^b	41,7±5,9 ^b	<0,001

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler

Öğrencilerin SYBD puanları incelendiğinde ölçek toplam puanı 208 puan üzerinden $125,4 \pm 19,5$, ‘Kendini Gerçekleştirme’ 36 puan üzerinden $25,6 \pm 4,6$, ‘Sağlık Sorumluluğu’ 36 puan üzerinden $20,0 \pm 4,7$, ‘Egzersiz’ 32 puan üzerinden $16,3 \pm 4,8$, ‘Beslenme’ 36 puan üzerinden $20,8 \pm 4,2$, ‘Kişilerarası Destek’ 36 puan üzerinden $24,5 \pm 4,3$, ‘Stres Yönetimi’ ise 32 puan üzerinden $18,3 \pm 3,6$ olarak bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 23. Öğrencilerin SYBDÖ puanları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (n=1286)	Ort $\pm$ SS	Ortanca (min-max)
Kendini gerçekleştirme	$25,6 \pm 4,6$	26(9-36)
Sağlık sorumluluğu	$20,0 \pm 4,7$	20(9-36)
Egzersiz	$16,3 \pm 4,8$	16(8-32)
Beslenme	$20,8 \pm 4,2$	21(9-36)
Kişilerarası destek	$24,5 \pm 4,3$	24(11-36)
Stres yönetimi	$18,3 \pm 3,6$	18(8-32)
Toplam puan	$125,4 \pm 19,5$	125(57-197)

Cinsiyete göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında ilişki görülmezken, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Cinsiyete göre öğrencilerin SYBDÖ puanları

SYBDÖ	Erkek (n=503)	Kadın (n=783)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	$25,4 \pm 4,9$	$25,7 \pm 4,4$	0,242
Sağlık sorumluluğu	$19,7 \pm 4,9$	$20,1 \pm 4,6$	0,169
Egzersiz	$17,4 \pm 4,9$	$15,6 \pm 4,5$	<0,001
Beslenme	$20,5 \pm 4,2$	$20,9 \pm 4,2$	0,095
Kişilerarası destek	$24,3 \pm 4,4$	$24,7 \pm 4,2$	0,110
Stres yönetimi	$18,6 \pm 3,9$	$18,1 \pm 3,4$	0,011
Toplam puan	$125,9 \pm 20,6$	$125,1 \pm 18,9$	0,446

*Student t Testi

Öğrencilerin yaş grupları, fakülteleri (Tablo 25)ve sınıflarıyla SYBDÖ puan ortalamaları arasında fark görülmemiştir($p>0,05$).

Tablo 25. Öğrencilerin fakültelerine göre SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Tıp (n=316)	Mühendislik (n=317)	Eğitim (n=322)	Edebiyat (n=331)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	25,4 $\pm$ 4,5	25,4 $\pm$ 4,8	25,8 $\pm$ 4,8	25,7 $\pm$ 4,4	0,689
Sağlık sorumluluğu	20,2 $\pm$ 4,6	19,7 $\pm$ 4,7	20,4 $\pm$ 4,9	19,6 $\pm$ 4,8	0,066
Egzersiz	16,1 $\pm$ 4,6	16,5 $\pm$ 4,7	16,6 $\pm$ 5,0	16,0 $\pm$ 4,8	0,285
Beslenme	21,3 $\pm$ 3,9 ^a	20,8 $\pm$ 4,0 ^{a,b}	20,6 $\pm$ 4,7 ^{a,b}	20,4 $\pm$ 4,3 ^b	0,031
Kişilerarası destek	24,6 $\pm$ 4,2	24,4 $\pm$ 4,2	24,4 $\pm$ 4,5	24,6 $\pm$ 4,3	0,860
Stres yönetimi	18,0 $\pm$ 3,3	18,2 $\pm$ 3,4	18,6 $\pm$ 4,0	18,3 $\pm$ 3,7	0,133
Toplam puan	125,7 $\pm$ 18,1	124,9 $\pm$ 19,0	126,5 $\pm$ 21,0	124,5 $\pm$ 19,9	0,574

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Fakültelerde okuyan erkek öğrencilerin SYBDÖ puanları karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ile sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyutları Mühendislik Fakültesi'nde düşük, Eğitim Fakültesi'nde yüksek olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Fakültelerdeki erkek öğrencilerin SYBDÖ puanları

Erkeklerde SYBDÖ (n=503)	Tıp (n=140)	Mühendislik (n=161)	Eğitim (n=120)	Edebiyat (n=82)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	25,0 $\pm$ 4,9	24,8 $\pm$ 5,0	26,0 $\pm$ 4,9	26,3 $\pm$ 4,9	0,057
Sağlık sorumluluğu	19,8 $\pm$ 4,9 ^{a,b}	18,8 $\pm$ 4,8 ^a	20,5 $\pm$ 4,3 ^b	20,3 $\pm$ 5,4 ^{a,b}	0,022
Egzersiz	16,8 $\pm$ 4,9	17,0 $\pm$ 4,9	18,1 $\pm$ 4,9	18,1 $\pm$ 5,0	0,079
Beslenme	20,9 $\pm$ 4,1	19,9 $\pm$ 4,1	20,8 $\pm$ 4,1	20,5 $\pm$ 4,5	0,169
Kişilerarası destek	23,9 $\pm$ 4,5	23,8 $\pm$ 4,4	24,7 $\pm$ 4,6	25,0 $\pm$ 3,9	0,106
Stres yönetimi	18,3 $\pm$ 3,6 ^{a,b}	17,9 $\pm$ 3,6 ^a	19,4 $\pm$ 4,2 ^b	19,2 $\pm$ 4,0 ^{a,b}	0,009
Toplam puan	124,8 $\pm$ 19,6 ^{a,b}	122,5 $\pm$ 20,1 ^a	129,6 $\pm$ 19,9 ^b	129,4 $\pm$ 21,6 ^{a,b}	0,011

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Fakültelerde okuyan kadın öğrencilerin SYBDÖ puanları karşılaştırıldığında ise, toplam ölçek puanı ile fakültelerdeki kadın öğrenciler arasında anlamlı fark olmasa da, sağlık sorumluluğu ve beslenme Tıp ve Mühendislik Fakültesi'nde yüksek, Edebiyat Fakültesi'nde ise düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Fakültelerdeki kadın öğrencilerin SYBDÖ puanları

Kadınlarda SYBDÖ (n=783)	Tıp (n=176)	Mühendislik (n=156)	Eğitim (n=202)	Edebiyat (n=249)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	25,8 $\pm$ 4,1	25,9 $\pm$ 4,4	25,7 $\pm$ 4,8	25,5 $\pm$ 4,3	0,664
Sağlık sorumluluğu	20,6 $\pm$ 4,2 ^a	20,5 $\pm$ 4, ^{a,b}	20,3 $\pm$ 5,1 ^{a,b,c}	19,3 $\pm$ 4,6 ^c	0,013
Egzersiz	15,6 $\pm$ 4,3	15,9 $\pm$ 4,4	15,8 $\pm$ 4,9	15,3 $\pm$ 4,5	0,575
Beslenme	21,6 $\pm$ 3,7 ^a	21,6 $\pm$ 3,8 ^a	20,5 $\pm$ 4,6 ^{b,c}	20,4 $\pm$ 4,3 ^c	0,001
Kişilerarası destek	25,1 $\pm$ 3,9	25,0 $\pm$ 3,8	24,3 $\pm$ 4,5	24,5 $\pm$ 4,4	0,179
Stres yönetimi	18,1 $\pm$ 3,4	18,3 $\pm$ 3,1	18,2 $\pm$ 3,8	17,9 $\pm$ 3,6	0,434
Toplam puan	126,5 $\pm$ 16,8	127,4 $\pm$ 16,7	124,7 $\pm$ 21,5	122,9 $\pm$ 19,0	0,085

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Fakültelerde okuyan birinci sınıf öğrencilerin SYBDÖ puanları karşılaştırıldığında, ölçek toplam puanı ile ilişki bulunmamış ancak Edebiyat Fakültesi'nde en düşük puanların alındığı görülmüştür. Ölçek alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, Edebiyat Fakültesi'nde düşük, Eğitim Fakültesinde yüksek, egzersiz ise yine Edebiyat Fakültesi'nde en düşük Mühendislik Fakültesi'nde en yüksek olarak gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)(Tablo 28).

Tablo 28. Fakültelerdeki 1. Sınıf öğrencilerinin SYBDÖ puanları

Birinci Sınıflarda SYBDÖ(n=654)	Tıp (n=151)	Mühendislik (n=176)	Eğitim (n=167)	Edebiyat (n=160)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	25,9±4,5	25,5±5,0	25,4±5,0	25,8±4,5	0,811
Sağlık sorumluluğu	20,0±4,5 ^{a,b}	20,0±5,1 ^{a,b}	20,4±4,9 ^a	18,9±4,6 ^b	0,030
Egzersiz	16,2±4,7 ^{a,b}	17,2±4,9 ^a	16,5±5,1 ^{a,b}	15,6±4,9 ^b	0,038
Beslenme	21,1±4,1	20,7±4,2	20,3±4,3	20,1±4,1	0,130
Kişilerarası destek	24,6±4,2	24,5±4,2	24,3±4,7	24,8±4,4	0,787
Stres yönetimi	18,2±3,3	18,3±3,7	18,5±3,9	18,2±3,7	0,875
Toplam puan	125,9±18,1	126,2±20,7	125,5±20,2	123,4±19,6	0,551

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Fakültelerde okuyan 4. sınıf öğrencilerin SYBDÖ puanları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29). SYBDÖ toplam puanlarına her bir fakültenin birinci ve dördüncü sınıfları arasında anlamlı fark bulunmasa da ($p<0,05$), 4. sınıf Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde artış, Mühendislik Fakültesi'nde ise düşüş, Tıp Fakültesi'nde ise değişiklik gözlenmemiştir. SYBDÖ alt boyutları için ise Tıp ve Eğitim Fakültesinde anlamlı bir fark görülmezken ($p<0,05$), Mühendislik Fakültesinde egzersiz 4. sınıflarda azalmakta, Edebiyat Fakültesi 4. sınıflarda ise sağlık sorumluluğu artmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 29. Fakültelerdeki 4. sınıf öğrencilerinin SYBDÖ puanları

Dördüncü Sınıflarda SYBDÖ(n=632)	Tıp (n=165)	Mühendislik (n=141)	Eğitim (n=155)	Edebiyat (n=171)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	25,1±4,5	25,2±4,4	26,2±4,6	25,6±4,4	0,126
Sağlık sorumluluğu	20,4±4,7	19,2±4,1	20,4±4,8	20,2±4,9	0,085
Egzersiz	16,0±4,5	15,6±4,2	16,7±4,9	16,3±4,68	0,171
Beslenme	21,5±3,8	20,9±3,8	20,9±4,4	20,7±4,5	0,301
Kişilerarası destek	24,6±4,2	24,2±4,2	24,6±4,4	24,5±4,1	0,876
Stres yönetimi	17,9±3,3	18,0±3,1	18,8±4,1	18,3±3,7	0,079
Toplam puan	125,5±18,1	123,2±16,7	127,6±21,9	125,6±20,1	0,270

*One Way ANOVA

Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesinin SYBDÖ puanları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişiler arası destek alt gruplarının ve toplam ölçek puanının anneleri üniversite mezunu olanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür, bu fark üniversite mezunlarıyla ortaokul ve altı mezunları arasındaki ortalama puan farkından kaynaklanmaktadır ($p<0,05$)(Tablo 30).

Tablo 30. Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesi ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Annenin eğitim durumu			
	Ortaokul ve altı (n=828)	Lise (n=265)	Üniversite (n=193)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	25,6±4,6	25,7±4,7	25,4±4,7	0,741
Sağlık sorumluluğu	19,7±4,7 ^a	20,3±4,6 ^{a,b}	20,7±4,9 ^b	0,009
Egzersiz	16,0±4,7 ^a	16,7±4,6 ^{a,b}	17,0±5,3 ^b	0,015
Beslenme	20,6±4,2	20,9±4,2	21,2±4,3	0,179
Kişilerarası destek	24,3±4,2 ^a	24,9±4,3 ^{a,b}	25,0±4,8 ^b	0,025
Stres yönetimi	18,2±3,6	18,5±3,5	18,3±3,8	0,389
Toplam puan	124,4±19,4 ^a	127,1±18,9 ^b	127,6±20,6 ^b	0,032

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harf taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0,05$)

Öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi ve SYBDÖ puanları değerlendirildiğinde; toplam ölçek puan ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişiler arası destek alt boyutları üniversite mezunlarında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 31). Anne ve babaların eğitim seviyesiyle SYBDÖ toplam puanı arasında, 0,05 düzeyinde pozitif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0,032, p=0,041$).

Tablo 31. Öğrencilerin babalarının eğitim seviyesi ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Babanın eğitim durumu			
	Ortaokul ve altı (n=580)	Lise (n=289)	Üniversite (n=417)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	25,7±4,7	25,1±4,6	25,7±4,6	0,171
Sağlık sorumluluğu	19,8±4,8 ^a	19,6±4,4 ^a	20,5±4,8 ^b	0,016
Egzersiz	15,9±4,7 ^a	16,3±4,9 ^{a,b}	16,9±4,8 ^b	0,002
Beslenme	20,5±4,3	20,7±4,2	21,1±4,1	0,097
Kişilerarası destek	24,3±4,3 ^a	24,4±4,0 ^{a,b}	24,9±4,9 ^b	0,045
Stres yönetimi	18,2±3,6	18,0±3,7	18,5±3,5	0,144
Toplam puan	124,4±19,5 ^a	124,1±19,5 ^a	127,7±19,4 ^b	0,014

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin şimdiye kadar en uzun kaldığı yerin özelliği ile SYBDÖ toplam ve alt ölçek boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Öğrencilerin Kayseri’de kaldığı yer ile SYBDÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu tek başına kalanlarda diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

Sınırdan anlamlı çıkan fiziksel aktivite ve egzersiz alt ölçek puan ortalaması ise yine tek başına kalanlarda yüksek ortalamayla yurttan kalanlar arasındaki farktan dolayı gruplar arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Kişiler arasında destek alt ölçek puan ortalaması tek başına kalanlarda daha yüksek olarak ailesiyle kalanlar arasındaki farktan dolayı anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32. Öğrencilerinin Kayseri’de kaldığı yer ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Kayseri’de kaldığı yer				
	Aileyle (n=590)	Yurttan (n=478)	Arkadaşlarıyla (n=178)	Tek başına (n=40)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	25,5±4,7	25,6±4,5	25,5±4,6	27,1±5,5	0,178
Sağlık sorumluluğu	20,1±4,8 ^a	19,7±4,5 ^a	19,6±4,9 ^a	22,3±5,2 ^b	0,006
Egzersiz	16,3±4,8 ^{a,b}	16,0±4,6 ^a	16,5±5,1 ^{a,b}	18,2±5,5 ^b	0,054
Beslenme	20,9±4,1	20,6±4,1	20,6±4,4	22,0±4,9	0,153
Kişilerarası destek	24,2±4,2 ^a	24,7±4,3 ^{a,b}	24,8±4,3 ^{a,b}	26,3±5,2 ^b	0,009
Stres yönetimi	18,3±3,7	18,1±3,5	18,3±3,6	19,3±4,4	0,234
Toplam puan	125,3±19,1 ^a	124,7±19,0 ^a	125,3±20,4 ^a	135,2±25,1 ^b	0,013

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin kendi ifadelerine göre ekonomik durumları ile SYBDÖ puanları incelendiğinde ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan grupta puan ortalamaları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 33). Ekonomik durum iyiden kötüye doğru sıralandığında SYBDÖ puanı ile 0,01 düzeyinde, negatif yönlü, zayıf ilişki bir bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 33. Öğrencilerin kendi ekonomik durumu ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Kendi ekonomik durumu			p*
	İyi (n=404)	Orta (n=673)	Kötü (n=209)	
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	26,5±4,5 ^a	25,3±4,4 ^b	24,5±5,2 ^b	<0,001
Sağlık sorumluluğu	20,6±4,6 ^a	19,8±4,7 ^b	19,3±5,0 ^b	0,003
Egzersiz	16,8±4,9 ^a	16,0±4,7 ^b	16,2±4,9 ^{a,b}	0,032
Beslenme	21,3±4,2 ^a	20,6±4,1 ^b	20,2±4,2 ^b	0,004
Kişilerarası destek	25,4±4,3 ^a	24,2±4,2 ^b	23,8±4,3 ^b	<0,001
Stres yönetimi	18,9±3,7 ^a	18,1±3,4 ^b	17,8±3,9 ^b	<0,001
Toplam puan	129,5±19,4 ^a	124,0±18,9 ^b	121,8±20,6 ^b	<0,001

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin sağlık durumlarını kendi ifadelerine göre tanımlamalarıyla SYBDÖ puanları değerlendirildiğinde, sağlığını iyi olarak tanımlayan grupta ölçek puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur($p<0,05$)(Tablo 34). Sağlıkları iyi, orta ve kötü şekilde sıralandığında SYBDÖ puanı arasında 0,01 düzeyinde, negatif yönde, zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 34. Öğrencilerin kendi ifadelerine göre sağlık durumları ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Kendi ifadelerine göre sağlık durumları			p
	İyi (n=924)	Orta (n=326)	Kötü (n=36)	
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	26,1±4,4 ^a	24,4±4,6 ^b	21,7±5,7 ^c	<0,001
Sağlık sorumluluğu	20,2±4,7 ^a	19,3±4,6 ^b	19,4±5,5 ^{a,b}	0,007
Egzersiz	16,6±4,9 ^a	15,6±4,6 ^b	14,7±4,1 ^b	0,001
Beslenme	21,2±4,1 ^a	19,9±4,2 ^b	18,4±4,5 ^b	<0,001
Kişilerarası destek	24,9±4,3 ^a	23,7±4,1 ^b	23,2±4,6 ^b	<0,001
Stres yönetimi	18,6±3,6 ^a	17,7±3,5 ^b	16,0±4,5 ^c	<0,001
Toplam puan	127,6±19,3 ^a	120,6±18,7 ^b	113,5±19,5 ^b	<0,001

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b,c: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Öğrencilerin BKİ durumları ve SYBDÖ puanları değerlendirildiğinde toplam ölçek puanı için gruplar arasında anlamlı ilişki olmasa da şişmanlarda düşük bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları şişman olanlarda düşük bulunurken, egzersiz zayıf olanlarda anlamlı oranda düşük bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Öğrencilerin BKİ durumları ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ ve BKİ (n=1279)	Zayıf (n=125)	Normal (n=916)	Hafif Şişman (n=201)	Şişman (n=37)	p*
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	25,7 $\pm$ 3,9	25,6 $\pm$ 4,7	25,5 $\pm$ 4,6	23,6 $\pm$ 5,6	0,069
Sağlık sorumluluğu	19,6 $\pm$ 4,7	20,1 $\pm$ 4,7	19,7 $\pm$ 4,8	18,3 $\pm$ 5,5	0,059
Egzersiz	15,2 $\pm$ 5,0 ^a	16,3 $\pm$ 4,7 ^{a,b}	17,0 $\pm$ 4,9 ^b	16,3 $\pm$ 4,4 ^{a,b}	0,012
Beslenme	20,2 $\pm$ 4,4 ^{a,b}	20,8 $\pm$ 4,1 ^a	21,05 $\pm$ 4,3 ^a	19,21 $\pm$ 3,9 ^b	0,039
Kişilerarası destek	25,0 $\pm$ 4,3	24,5 $\pm$ 4,3	24,4 $\pm$ 4,2	24,0 $\pm$ 4,7	0,579
Stres yönetimi	18,2 $\pm$ 3,9	18,3 $\pm$ 3,5	18,1 $\pm$ 3,9	17,6 $\pm$ 3,6	0,608
Toplam puan	124,0 $\pm$ 19,8	125,8 $\pm$ 19,2	125,8 $\pm$ 20,2	119,0 $\pm$ 21,9	0,168

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0,05$)

Öğrencilerin sigara kullanma durumu ile SYBDÖ toplam puanı arasında ilişki görülmemiş olup, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek puan ortalamaları sigara kullanmayanlarda daha yüksek olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Sigara kullanma durumları ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ ve Sigara Kullanma Durumu (n=1286)	Kullanıyor (n=1011)	Kullanmıyor (n=275)	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	
Kendini gerçekleştirme	24,9 $\pm$ 4,9	25,8 $\pm$ 4,5	0,005
Sağlık sorumluluğu	19,4 $\pm$ 5,2	20,1 $\pm$ 4,6	0,029
Egzersiz	16,5 $\pm$ 4,9	16,3 $\pm$ 4,8	0,519
Beslenme	20,3 $\pm$ 4,4	20,9 $\pm$ 4,1	0,030
Kişilerarası destek	24,8 $\pm$ 4,5	24,4 $\pm$ 4,2	0,235
Stres yönetimi	18,0 $\pm$ 3,9	18,4 $\pm$ 3,5	0,128
Toplam puan	123,8 $\pm$ 20,8	125,8 $\pm$ 19,2	0,127

*Student t Testi

Öğrencilerden okudukları bölümden memnun olanlarda diğer gruplara göre ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37. Öğrencilerin okudukları bölümden memnuniyetleri ve SYBDÖ puanları

SYBDÖ (n=1286)	Okudukları Bölümden Memnuniyet Durumları			
	Memnun (n=740)	Kararsız (n=319)	Memnun değil (n=227)	p*
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	
Kendini gerçekleştirme	26,5±4,4 ^a	24,6±4,5 ^b	24,0±4,9 ^b	<0,001
Sağlık sorumluluğu	20,4±4,6 ^a	19,2±4,4 ^b	19,5±5,3 ^b	<0,001
Egzersiz	16,7±4,8 ^a	15,6±4,5 ^b	16,5±4,9 ^{a,b}	0,006
Beslenme	21,1±4,1 ^a	20,2±3,9 ^b	20,5±4,8 ^{a,b}	0,005
Kişilerarası destek	25,1±4,3 ^a	24,1±3,9 ^b	23,2±4,5 ^b	<0,001
Stres yönetimi	18,6±3,6 ^a	17,8±3,3 ^b	17,8±4,0 ^b	<0,001
Toplam puan	128,3±19,1 ^a	121,4±17,9 ^b	121,6±21,6 ^b	<0,001

*One Way ANOVA (posthoc Tukey) a,b: Her satırda aynı harfi taşımayan gruplar arasındaki fark önemlidir ($p<0.05$)

Çalışmamızda SAÖ ile SYBDÖ arasındaki ilişkiye bakıldığında 0,01 düzeyinde, zayıf, negatif bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,001$). SYBDÖ toplam puanı ile SAÖ alt grupları, SAÖ toplam puanı ile SYBDÖ alt grupları arasında da bu negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada SAÖ ve SYBD II ölçeği kullanılarak Erciyes Üniversitesi Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat Fakülteleri 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin sağlık algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etki edebilecek bazı sosyodemografik faktörler değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda Tıp, Mühendislik, Eğitim ve Edebiyat fakültelerinden yaklaşık benzer sayıda öğrenci alınmış olup, öğrencilerin %50,9'u birinci sınıf öğrencisidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında üniversitenin ilk ve son yılları arasındaki farkı ortaya koymak için 1. ve 4. sınıf öğrencileri çalışmamıza dahil edilmiştir. Diğer farklı çalışmalarda tek bir fakültenin tüm sınıfları (135,136) ya da farklı fakültelerin tüm sınıfları dahil edilmiştir (124).

İç Anadolu bölgesinde yer alan Erciyes Üniversitesi'nde çalışmamıza dahil edilen öğrencilerin ailelerinin yarıya yakını (%47,4) Kayseri'de ikamet etmektedir. Ailelerinin yaşadıkları bölge değerlendirildiğinde en fazla %67,5 ile İç Anadolu bölgesi olduğu görülmektedir. Erciyes Üniversitesi öğrenci profili açısından da genellikle İç Anadolu bölgesinden gelen öğrencilerin tercih ettiği bir üniversitedir. Ailelerinin yaşadıkları yer özelliğine göre en fazla %62,4 ile il merkezi gözlenmektedir.

Öğrencilerin %71,9'u kendi ifadelerine göre sağlığını iyi olarak tanımlamıştır. Her hangi bir sağlık sorunu olanların oranı %5,2 iken, sürekli ilaç kullananların oranı ise %7,7'dir. Kronik hastalıkların yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı düşünülürse,

üniversite dönemi sağlığın genellikle iyi olduğu bir dönem olduğu için bu oranlar düşüktür. Verilerimiz diğer çalışmalarla ve toplumsal sağlık profiliyle de uyumludur.

5.1. Sağlık Algısı Ölçeği ve İlişkili Faktörler

Çalışmamızda öğrencilerin SAÖ puanları incelendiğinde toplam puan ortalaması en yüksek alınabilecek puan olan 75 üzerinden 40,7 ile düşük bulunmuştur (Tablo 15). Alkan ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmasında SAÖ toplam puanı $42,3 \pm 6,3$, Ege Üniversitesi Hemşirelik ve Mühendislik Fakültesinde yapılan başka bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinde $43,8 \pm 5,5$, mühendislik öğrencilerinde $43,8 \pm 6,5$ olarak ve Çaka ve ark.'nın yine hemşirelik öğrencilerinde yaptığı başka bir çalışmada ise $49,6 \pm 6,2$ bulunmuş olup, bu puanlar genellikle bizim değerlerimizden yüksektir (52,53,61).

Kontrol merkezi alt boyutu kişinin sağlığını kontrol konusunda kendisini merkezde görüp görmediğini değerlendirir. Çalışmamızda 'kontrol merkezi' alt boyutu 25 puan üzerinden 14,3 ile düşük bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kontrol merkezi alt boyutu puanı $16,1 \pm 3,4$ ve başka bir çalışmada mühendislik fakültesi öğrencilerinde $17,2 \pm 3,9$ olarak bizim değerlerimizden yüksek bulunmuştur (52,53).

Kesinlik alt boyutu bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir fikre sahip olup olmamasını değerlendirir. Çalışmamızda 20 puan üzerinden 12,7 ile alınan kesinlik alt boyutu diğer boyutlar arasında en yüksek alınan alt boyut puanı olup ve iyi düzeydedir. Bu değerlerimiz diğer iki farklı çalışma sonuçlarına göre daha yüksek bulunmuştur (52,53) .

Öz farkındalık boyutu sağlıklı olmanın bireylerin kendi elinde olup olmadığı konusunda bireysel farkındalığını ölçmektedir. Çalışmamızda 15 puan üzerinden 6,8 olarak düşük bulunmuştur. Hemşirelik ve mühendislik öğrencilerinde yapılan farklı çalışmalarda sırasıyla $7,5 \pm 1,8$ ve $7,0 \pm 2,0$ olarak bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (52,53).

Sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığına ne kadar önem verdiği ölçülmektedir. Çalışmamızda bu boyut puanı 15 üzerinden 6,8 olarak düşük bulunmuştur. Hemşirelik ve mühendislik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sağlığın önemi alt boyut puanı hemşirelik öğrencilerinde $7,0 \pm 2,2$ ve mühendislik öğrencilerinde $7,0 \pm 2,2$ ile bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (52). Sonuç olarak çalışmamızda en düşük alınan

alt boyut puanları öz farkındalık ve sağlının önemi boyutları iken, en yüksek alınan puan ise kesinlik alt boyutu olmuştur.

Çalışmamızda diğerk bazı çalışma sonuçlarına benzer şekilde öğrencilerin cinsiyet ve sınıfları ile SAÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır (52,61) (Tablo 15,16). Öğrencilerin fakülteleri ile SAÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tıp Fakültesi'nde toplam ölçek puanı ile kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçek boyutları en düşük, sağlının önemi ise en yüksek bulunmuştur. Eğitim Fakültesinde ise toplam ölçek puanı ile kontrol merkezi ve kesinlik alt ölçek boyutları en yüksek, Tıp Fakültesi'nin aksine sağlının önemi boyutu ise en düşük olarak bulunmuştur (Tablo 17). Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlının önemi alt boyutu puanın yüksek olması eğitimleri gereği hastane ortamında çalışmasına ve hastalarla yakından ilgilenmelerine bağlı olabilir. Kesinlik ve kontrol merkezi alt boyut puanlarındaki düşüklüğün nedeni ise hastalarla olan yakın ilişkileri dolayısıyla diğerk insanların duygu ve düşüncelerinden etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Tüm birinci sınıf öğrencileri kendi içinde fakültelere göre karşılaştırıldığında, Eğitim Fakültesi 1. sınıf öğrencilerinde ölçek toplam puanı en yüksek iken, Edebiyat Fakültesi 1. sınıf öğrencilerinde ise en düşük bulunmuştur (Tablo 18). Eğitim Fakültesi'nde aynı zamanda kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık alt boyutları diğerk fakültelere göre daha yüksektir. Sağlının önemi boyutu ise Tıp Fakültesi 1. sınıflarda en yüksektir. Edebiyat Fakültesi 1. sınıf öğrencilerinde ise toplam puanda olduğu olduğu gibi tüm alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 18).

Birinci sınıf öğrencileri arasında en düşük toplam ölçek puanı Edebiyat Fakültesi'nde iken, dördüncü sınıflar arasında karşılaştırma yapıldığında bu kez Edebiyat Fakültesi'nde en yüksek bulunmuştur. Nitekim her bir fakültenin 1. ve 4. sınıfları arasında SAÖ toplam puanlarına bakıldığında Edebiyat Fakültesi'nde 4. sınıflarda artış, diğerk fakültelerde düşüş gözlenmiştir (Tablo 18). Açıksöz ve ark. hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısına yönelik çalışmalarında öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça sağlık durumlarını çok iyi olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (137). Tıp ve Eğitim fakültelerinin müfredatları göz önüne alındığında SAÖ puanlarının yükselmesi beklenirken tam aksine düşmesi ve sadece Edebiyat fakültesinde artmış olması düşündürücüdür.

Çalışmamızda öğrencilerin şimdiye kadar en uzun yaşadıkları yer ile SAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. SAÖ toplam puanı, kontrol merkezi, kesinlik alt ölçek puanları tek başına kalanlarda en düşük ve ailesinin yanında kalanlarda en yüksek bulunmuştur (Tablo 19). Sağlık algısının aile ve toplumsal destekten etkilenebildiği, tek başına yaşayan bireylerin aile içinde yaşamının sağladığı farkındalık ve beraberlik duygularından uzaklaşmış olması bu puan farkının nedeni olmuş olabilir. Nitekim üç farklı Avrupa ülkesinde yapılan çalışmaya göre aileleriyle beraber kalanlarda kendi değerlendikleri sağlık algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (51).

On Avrupa ülkesinde yapılan bir başka çalışmada Hollanda hariç diğer ülkelerde gelir durumu azaldıkça sağlık durumunun kötü olarak tanımlanması artmaktadır (138). Polonyo’da ve Brezilya’da yapılan farklı çalışmalarda gelir durumuyla kişilerin kendi tanımlamalarına göre algıladıkları sağlık durumları arasında ilişki bulunmamıştır (139,140). Bizim çalışmamızda ise ekonomik durumlarını iyi olarak tanımlayan öğrencilerin SAÖ toplam puanı anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (Tablo 20). Aksine hemşire ve mühendislik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise gelir düzeyi artarken SAÖ puanlarının da anlamlı oranda arttığı görülmüştür (52). Aslında gelir düzeyi artarken algılanan sağlığın da artması beklenirken bunun tam tersinin gözlenmesi diğer çalışmalarda gelir düzeyinin ölçüme dayalı belirlenmesi, bizim çalışmamızda ise öğrencilerin ekonomik durumlarının kendi ifadelerine göre sorgulanmış olması olabilir. Ekonomik durumu algılama gelir düzeyi ile yakından ilişkili olsa da pek çok farklı bireysel, sosyal ve kültürel değişkenlerden de etkilenmektedir. Kötü ekonomik durumun bireyler üzerinde oluşturduğu stresin bireyleri kendilerini dinleme ve algılamada uyanık tutmasına ve bireylerin sağlıklarına daha fazla önem vermesine ve sorumluluk almasına neden olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Herhangi bir sağlık sorunun olup olmaması ve düzenli ilaç kullanma durumunun SAÖ puanlarıyla ilişkisi bulunmamıştır. Kendi ifadelerine göre sağlıklarını iyi olarak tanımlayan öğrencilerde SAÖ puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 21). Öğrencilerin sağlık durumlarını iyi olarak düşünmeleri hastalık kavramından uzaklaşmaya, bazı sorumluluklarını ve sağlığa verdikleri önemi göz ardı etmelerine neden olmuş olabilir.

İdler bireylerin kendi sağlıklarını değerlendirmeleri ve mortalite üzerine yaptığı çalışmasında sigara kullanmanın kötü sağlık tanımlamasının belirleyicisi olduğunu, Kaleta ve ark. ise erkeklerde sigara kullanmanın sağlığı kötü olarak algılamada etkili olabildiğini belirtmiştir (50,139). Çalışmamızda sigara kullanmanın SAÖ toplam puanı ile ilişkisi görülmezken, sağlığın önemi alt ölçek puanı sigara kullananlarda daha düşük bulunmuştur.

Okudukları bölümünden memnun olduğunu belirten öğrencilerde SAÖ puanları düşük bulunmuştur (Tablo 22). Bizim çalışmamızın aksine Meireles ve ark.'nın yaptıkları çalışmada 11-13 yaş arasındaki öğrencilerden okullarından memnun olmayanların daha fazla oranda kötü sağlık algısı belirttikleri bildirilmiştir (140). Okuduğı bölümden memnun olanlarda SAÖ puanının düşük olması psikososyal açıdan kazandıkları rahatlık, elde ettikleri başarının içsel huzuruyla sağlıklarına verdikleri önemin artması beklenirken sağlık algısının düşük bulunması düşündürücüdür. Öğrencilerin sağlık durumlarını düşündürecek ve sağlık algısını etkileyebilecek içsel dinamizmi harekete geçirebilecek stresörlerin yokluğu sağlık algıları puanlarının daha düşük olmasını açıklamada yetersiz kalmaktadır.

5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı ve Etkili Faktörler

SYBDÖ'nden alınabilecek puanlar 52-208 arasında değişmekte olup alınan yüksek puanlar bireylerin sağlıklı yaşam davranışları kazandığını göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması $125,4 \pm 19,5$ olarak orta düzeyde bulunmuştur. İstanbul'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $126,4 \pm 18,5$ ve hemşirelik ve sınıf öğretmenliğı öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmasında ise $126,5 \pm 18,8$ ile çalışmamıza yakın değerlerde bulunurken, üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $133,2 \pm 20,6$ olarak bizimkinden yüksek değerlerde bulunmuştur (124,127,141).

Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $121,7 \pm 18,9$ ve Kırıkkale'de Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde $116,9 \pm 18,9$ olarak bulunan değerler ise bizim çalışmamızdan düşük değerlerdedir (122,142).

SYBDÖ toplam puanı yurtdışında yapılan çalışmaların bazılarında bizim çalışmamızdan yüksek ve bazılarında ise düşük değerlerde bulunmuştur. Örneğin Malezya’da prelinik Tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $128,3 \pm 20,3$, İran’da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise $135,3 \pm 15,2$ olarak bizim çalışmamızdan yüksek bulunurken, Çin’de üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise düşük olarak bulunmuştur(143–145). Bu gibi değişken değerlerin varlığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşanılan coğrafyanın fiziksel şartlarından ve toplumların sosyokültürel gelişimleriyle, geleneksel davranışlarından etkilenebildiğini göstermektedir.

Kendini gerçekleştirme bireyin öncelikle bireysel farkındalığın sağlanarak, güçlü ve zayıf yönlerinin bilincinde olması ve planlı bir şekilde hedeflerine yönelik sorumluluk üstlenerek bir yaşam sürmesi adına gösterdiği çabalar olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda kendini gerçekleştirme alt boyutu 36 puan üzerinden $25,6 \pm 4,6$ olarak düşük bulunmuştur. Literatürde genellikle çalışmamızdan yüksek değerlerin (122,124,136,142,146,147) olduğu görülmüştür. Ancak bunların yanı sıra Tıp Fakültesi öğrencilerinde çok merkezli yapılan bir çalışmada bulunan $26,5 \pm 4,5$ değeri gibi çalışmamıza yakın değerler de mevcuttur (127,141,143,148,149). Çalışmamızda öğrencilerin %67’5’i ailesinin İç Anadolu’da ve yarıya yakını Kayseri’de yaşadığı belirtmiştir. Bu durum öğrencilerin daha fazla ailelerine bağımlı olmasına neden olmuş olabilir. Öğrencilerin üniversite tercihinde sosyal ve ailesel bir takım yönlendirmelerin etkisi altında kalmış olabileceği düşünülmüştür. Nitekim çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık dörtte biri okuduğu bölüme isteyerek gelmediğini ve yalnızca yarıdan biraz fazlası okuduğu bölümden memnun olduğunu belirtmiştir. Bu yönlendirme ile kendi ilgi ve becerileri dışında farklı faktör ve etmenlerin güdülemesiyle bölüm tercihi yapmış ve kendilerini gerçekleştirme fırsatından uzaklaşmış oldukları akla gelmektedir.

Sağlık sorumluluğu bireyin, bedensel, ruhsal ve sosyal alanda kendi tutum ve davranışlarını değiştirme konusunda üzerine düşen görevleri yerine getirmesi anlamına gelmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutu 36 puan üzerinden $20,0 \pm 4,7$ olarak düşük bulunmuştur. Türkiyede Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada ve Malezya’da yine Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada bizim çalışmamıza yakın olarak sağlık sorumluluğu alt boyutu benzer değerlerde bulunmuştur (143,148). Genellikle

literatürdeki benzer bazı çalışmalarda sağlık sorumluluğu puanları bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (122,124,135,142,146,150). Sağlık sorumluluğu sağlığı geliştirmede ve sürdürmede son derece önemlidir. Bireyin kendisi kadar yaşadığı toplumun ve çevresinin sağlıkla ilgili tutumlarının ve davranışlarının şekillenmesini etkileyen bir kavram olan sağlık sorumluluğu boyutunun düşük olması öğrencilerin yaşadıkları çevreden, ailesel ve geleneksel bir takım yaşam kalıplarından ve ekonomik koşullardan da etkilenebildiğini düşündürmektedir.

Fiziksel aktivite ve egzersiz alt boyutu bireyin düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunu belirlemektedir. Fiziksel aktivite ve egzersiz sağlıklı bir yaşamın sağlanması için bireylerin kazanması gereken önemli davranışlardan biridir. Çalışmamızda egzersiz alt boyutu 32 puan üzerinden $16,3 \pm 4,8$ bulunmuş olup, diğer alt boyutların arasında en düşük puanı almıştır. Ancak Kırıkkale’de ve İstanbul’da üniversite öğrencilerinde yapılan farklı çalışmalarda sırasıyla egzersiz alt boyutu $9,2 \pm 2,9$ ve $10,6 \pm 3,5$ olarak bizim çalışmamızdan çok daha düşük değerlerde bulunmuştur (122,124). Literatürdeki hemşirelik, sınıf öğretmenliği öğrencileri, sağlık meslek yüksek okulunda ve lise öğrencilerinde yapılan pek çok çalışmada da egzersiz alt boyutu düşük bulunmuştur (125,141,146,151).

Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda da fiziksel aktivite alt ölçek puanı diğer alt boyutlara göre en düşük olarak bulunmuş ve sonuçlarımızın bu çalışmalara yakın değerlerde olduğu görülmüştür (143–145). Görülüyor ki; farklı yerlerde ve zamanlarda ve hatta farklı ülkelerde, değişik gruplara yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmalarında fiziksel aktivite ve egzersiz alt boyutunu puanı en düşük boyut olarak bulunmuştur. Sanayileşme ve gelişmişliğin getirdiği sedanter yaşamın bir yansıması olarak fiziksel aktivitenin azalmış olması, günümüz insanının büyük bir sorunu gibi gözükmektedir. Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde egzersizin en düşük puan alması fiziksel aktivitenin yeteri kadar önemslenmediğini ya da davranış olarak kazanılamadığını göstermektedir.

Çalışmamızda beslenme alt boyutu 36 puan üzerinden $20,8 \pm 4,2$ olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Literatürde üniversite öğrencileri üzerinde yurt içinde yapılan çalışmalarda olduğu gibi, Malezya’da Tıp Fakültesi öğrencilerinde, İran’da Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yapılan yurt dışındaki diğer çalışmalarda da bizim

çalışmamıza yakın değerler bulunduğu gibi bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan düşük değerler de bulunmuştur (122,124,141,143,152,153). Çalışmamızda öğrencilerin beslenme alt boyutunun genel olarak iyi düzeyde bulunması, öğrencilerin yaklaşık yarısının ailesinin yanında kalıyor olması nedeniyle geleneksel ve ailesel bazı yeme alışkanlıklarını sürdürdüğünü göstermektedir.

Kişiler arası destek; bireyin arkadaşları, dostları ve yakın çevresiyle olan iletişimini ve bu iletişimi ne kadar süre devam ettirilebildiğini göstermektedir. Çalışmamızda kişilerarası destek alt boyutu 36 puan üzerinden $24,5 \pm 4,3$ olarak iyi düzeyde bulunmuştur. İstanbul'da tüm üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada $21,8 \pm 4,5$, İran'da yine üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada $26,4 \pm 3,2$ olarak bulunmuştur (124,144). Sağlık bilimlerinde yapılan bazı çalışmalara örnek olarak; Elazığ'da Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde $20,7 \pm 3,8$, hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise $22,1 \pm 3,4$ ve Tıp Fakültesi öğrencilerinde çok merkezli olarak yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin kişiler arası destek puanı $25,1 \pm 4,1$ olarak bulunmuştur (142,148,154). Çalışmamızda öğrencilerin kişiler arası destek alt boyutundan yüksek puan almış olmaları, öğrencilerin sosyal çevreleriyle uyum içinde olduklarının bir göstergesidir.

Stres yönetimi alt boyutu, bireylerin strese neden olan etkenlerin farkına varması ve stresle baş edebilme yeteğini belirlemektedir. Çalışmamızda stres yönetimi alt boyutu 32 puan üzerinden $18,3 \pm 3,6$ olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalarda örnek olarak Kırıkkale'de ve İstanbul'da üniversite öğrencilerinde sırasıyla $17,2 \pm 3,2$ ve $18,2 \pm 3,4$, İstanbul'da ve Kastamonu'da hemşirelik öğrencilerinde sırasıyla $18,5 \pm 3,2$ ve $17,2 \pm 3,3$, Tıp Fakültesi öğrencilerinde çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada ise $18,8 \pm 3,5$ olarak bulunmuştur (122,124,125,148,155). Çalışmamızın sonuçları bu farklı çalışmalara benzer olup öğrencilerde stres yönetiminin ve problemle başa çıkma becerilerinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Öğrencilerin yaşantılarının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirmiş olmaları düşünülürse kentsel yaşamın getirdiği bir takım günlük stresin, stresle baş etme konusunda beceri kazanmalarına katkı sağladığı söylenebilir. Aynı zamanda çalışmamızda öğrencilerin yarıya yakınının ailelerinin yanında kaldığı göz önüne alınırsa, ailenin diğer üyelerinin stresle mücadeledeki bilgi ve deneyimlerini paylaşmış olabileceği ve stresle baş etme konusunda aile üyelerinden destek alınmış olabileceği de düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin yaş gruplarına ve okudukları sınıflara göre SYBDÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Ürdün’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ve ülkemizde hemşirelik öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada okudukları sınıfın ölçek puanlarıyla ilişkisi görülmezken, Cihangiroğlu ve Deveci’nin Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada son sınıflarda toplam ölçek puanını daha yüksek bulmuşlardır (125,142,156). Çalışmamızda SYBDÖ toplam puanları açısından her bir fakültenin kendi içinde birinci ve dördüncü sınıfları arasında anlamlı fark bulunmasa da 4. sınıfta Eğitim ve Edebiyat Fakültelerinde artış, Mühendislik Fakültesi’nde ise düşüş görülmüş, Tıp Fakültesinde ise fark bulunmamıştır (Tablo 28-29). Üniversitede aldıkları eğitimlerin sonucu olarak son sınıf öğrencilerinde SYBDÖ puanlarının artması beklenmektedir. Tıp Fakültesi 4. sınıflarda bu artışın görülmemesi ve Mühendislik Fakültesi’nde düşüşün nedeni bu iki fakülte öğrencilerinin artan ders yükleri ve mesleki beceri kazanmalarına yönelik alınan stajların yoğunluğu olabilir. Bu sonuca benzer şekilde Japonya’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ilk sınıfta öğrencilerin diğer sınıflara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (157).

Çalışmamızda erkek öğrencilerde fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24). Hindistan’da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ve ülkemizde Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada cinsiyetler arasında fark gözlenmemiştir (158,159). Üniversite öğrencilerinde yapılan farklı bir çalışmada ise fiziksel aktivite erkeklerde ve İran’da hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise yine fiziksel aktivite erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (147,160). Çalışmamızda fiziksel aktivite boyutunun erkeklerde yüksek olması, toplumun geleneklerinden ve kültürel olarak ailelerin erkekler üzerinde daha az baskı uygulamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olarak erkek öğrencilerin daha özgür bırakılmaları fiziksel aktivite için zaman ayırmalarını ve fiziksel olanaklardan daha fazla yararlanmalarını beraberinde getirmektedir. Stres yönetimi alt boyutunun erkeklerde daha yüksek bulunmasına, kadınların problemlere daha duygusal yaklaşması ve erkeklerin biyolojik özelliklerinin yanı sıra, ataerkil bir toplum olarak çocukluktan itibaren yüklenilmiş olan bireysel sorumlulukların neden olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin fakültelerine göre sadece beslenme alt ölçek puan ortalaması Tıp Fakültesi'nde diğer fakültelerden yüksek bulunmuştur (Tablo 25). Beslenmenin Tıp Fakültesi'nde yüksek olması Tıp Fakültesi derslerin sağlıklı beslenmeyle ilgili konuları daha fazla içermesi ve düzenli ders saatlerin olması öğünlerin de düzenli olmasını sağlamış olabilir. Nitekim Tıp Fakültesi öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarına yönelik yapılan bir çalışmada beslenme düzeyi iyi olarak bulunmuştur (161). Literatürde bazı çalışmalarda sağlık sorumluluğu açısından fakülteler arasında fark görülmemiş, bazı çalışmalarda ise hemşirelik öğrencilerinde yüksek bulunmuştur (124,127,141,156). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerde daha yüksek olması beklenirken çalışmamızda fakülteler arası fark gözlenmemesi düşündürücüdür.

Erkek öğrencilerin SYBDÖ puanları fakültelerine göre karşılaştırıldığında, toplam ölçek puanı ile sağlık sorumluluğu, stres yönetimi alt boyutları Mühendislik Fakültesi'nde en düşük, Eğitim Fakültesi'nde en yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 26). Mühendislik Fakültesi erkek öğrencilerinin diğer fakültele göre daha fazla mekanik ve teknik alanlarda eğitim almalarının bu düşük puanlarla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Eğitim Fakültesi'nde verilen eğitimin stres yönetiminde ve sağlık sorumluluğu almalarında öğrencileri desteklemiş olabileceği ve sağlıklı yaşam ile ilgili bilgilerinin davranışa dönüştürülmesinde önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda anne ve babası üniversite mezunu olan öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişiler arası destek ölçek alt boyutları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo30-31). Literatürde üniversite öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda anne ve babanın eğitim durumunun ölçek puanlarına etkisi görülmezken, Erzincan'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anne ve babanın eğitim seviyesi arttıkça tüm ölçek puanların da anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir (127,147,156,158). Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada ise toplam ölçek puanı anne ve babası lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan grupta, ortaokul ve altı olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (148). Literatürdeki bu çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda anne ve babanın eğitim seviyesinin sağlıklı yaşam davranışlarıyla olumlu yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin artan eğitim düzeylerinin getirdiği sağlıklı davranış yönündeki bilinçlenme ve farkındalıklarını çocuklarına da yansıtmış olabilecekleri düşünülmüştür.

Ekonomik durumun bireyin yaşantısında eğitim, sağlık gibi pek çok alanda etkili olduğu gibi sosyal yaşamının da şekillendirilmesinde ve sağlıklı yaşam davranışları kazanılmasında önemli bir etken olduğu söylenebilir. Çalışma grubumuzda kendi ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanlarda SYBDÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 33). Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada beslenme alt boyutu ekonomik durumu iyi olanlarda yüksek bulunmuştur (154). Elazığ'da Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde toplam ölçek puanı ile beslenme, kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi alt boyutları ekonomik durumunu yüksek olarak tanımlayan öğrencilerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (142). Tıp Fakültesi öğrencilerinde çok merkezli olarak yapılan diğer bir çalışmada da ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan grupta toplam ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur (148). Bu çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda da ekonomik durumun iyi olması sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu şekilde etkilediği saptanmıştır. İyi ekonomik durumun öğrencilere fiziksel ve sosyal alanlarda sağladığı rahatlık sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılmasında etkili olmuştur. Ekonomik durumu iyi olan öğrencilerin anne ve babalarının da ekonomik durumlarının yanında eğitim seviyelerinin de yüksek olduğu düşünülürse, ailelerin ekonomik yönden olduğu kadar sosyal anlamda öğrencileri desteklemelerinin bu duruma etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin BKİ ve SYBDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ancak puan ortalaması şişmanlarda bir miktar düşüktür (Tablo 35). Tıp Fakültesi öğrencilerinde ve Kırşehir'de kız öğrenci yurdunda yapılan farklı çalışmalarda BKİ ile SYBDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (148,162). Çalışmamızda şişman olanlarda sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutu düşük bulunurken, zayıf olanlarda egzersiz alt boyutu anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Egzersiz alt boyutunun zayıflarda düşük olması egzersizin daha çok kilo kontrolü amacıyla yapıldığı ve zayıf olanların buna ihtiyaç duymadığı düşüncesinde olduklarını akla getirmektedir. Anlamlı olmamasına rağmen ölçek toplam puanının şişmanlarda bir miktar düşük olmasının yanında beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarının da anlamlı olarak düşük olması, sağlıklı yaşam davranışlarından uzaklaşılmasının şişmanlığın gelişmesinde rol oynadığını düşündürmektedir.

Öğrencilerin sigara kullanma durumunun SYBDÖ puanlarıyla ilişkisine bakıldığında; ölçek toplam puanına etkisi görülmezken sigara kullananlarda kendini gerçekleştirme,

sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek boyutları daha düşük bulunmuştur (Tablo 36). Özbaşaran ve ark. Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında sigara kullanan öğrencilerde beslenme alt ölçek puanını daha düşük, Kostak ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada ise toplam ölçek puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek boyutlarının düşük olduğu görülmüştür (141,146). Çalışmamızda bu değerlere yakın sonuçların bulunması sigara kullanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu yeterince üstlenemedikleri gibi beslenmelerine de dikkat etmediklerini göstermektedir. Sigara içen öğrencilerin kendini gerçekleştirme alt boyutun da da düşük puan alması içsel dengelerini sağlayamayıp kendilerini tanımadı ve gerçekleştirmede yetersiz kaldıkları ve belki de bu sebeple sigaraya başlamış olabileceklerini de akla getirmektedir.

Çalışmamızda bölümlerinden memnun olduğunu belirtenlerin toplam ve alt ölçek boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 37). Özbaşaran ve ark.'nın Sağlık Yüksek Okul öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında mesleğini kendi istekleriyle seçen öğrencilerde kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve ölçek toplam puanını daha yüksek bulmuşlardır (146). Öğrencilerin mesleklerini kendi yetenek ve ilgi alanlarına göre, kendi kararları doğrultusunda seçmeleri hem okul hayatını hem de okul dışı yaşantısıyla şimdiki ve gelecekteki yaşamını etkilemektedir. Okudukları bölümden memnuniyet öğrencilerin kendilerini tanımlarına ve gerçekleştirmelerine fırsat vermektedir. Okul yaşantısında kendini mutlu ve başarılı hisseden bireylerin sağlıkları konusunda daha duyarlı ve sorumluluklarının bilincinde olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda sağlığını kendi ifadesine göre iyi olarak tanımlayan grupta SYBDÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 34). Literatürde üniversite öğrencilerinde ve sağlıkla ilgili olan Tıp Fakültesi, Sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik öğrencilerinde yapılan farklı çalışmalarda sağlıklarını iyi ve çok iyi olarak tanımlayanlarda toplam ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (123,127,141,142,148). 1. ve 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinde yapılan benzer bir çalışmada olduğu gibi algılanan sağlık durumu pozitif yönde değiştikçe SYBDÖ'den de alınan puanların arttığı görülmüştür (125). Tuğut ve Bekar'ın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında sağlığı algılama durumları iyileştikçe SYBDÖ puanları da artmaktadır (163). Bizim çalışmamızda bu çalışmaların bulgularına benzer olarak öğrencilerin sağlık durumlarındaki iyilik hali arttıkça, sağlıklı yaşam davranışları

geliştirdikleri görülmektedir. Bu sonuca dayanılarak sağlıklı yaşam davranışları kazanan öğrencilerin sağlık durumlarını daha iyi tanımladıkları söylenebilir.

Çalışmamızda sağlık algısı ölçeği puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde SAÖ puanları ile öğrencilerin kendi ifadelerine göre sağlık durumları arasında da ters yönlü bir ilişki vardır. Oysaki sağlık durumlarını kendi ifadelerine göre tanımlamaları arasında SYBDÖ puanları ile pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Sağlık algısını daha kesin ifade eden SAÖ ile SYBDÖ arasında beklenenin aksine negatif yönde bir ilişkinin görülmesi, öğrencilerin sağlıklarını kötü olarak algıladıkları zaman, sağlıklarını geri kazanmak için tedaviye yönelik olarak sağlıklı yaşam davranışlarını benimsediklerini akla getirmektedir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmesinde ölçümle elde edilen düşük sağlık algısının tetikleyici bir etmen olduğu da düşünülmektedir.

Öğrencilerin ölçümle elde edilen sağlık algılamalarının kendi ifadelerine göre sağlık durumlarını tanımlamalarından farklı olduğu görülmüştür. Ölçümle elde edilen sağlık algısında sadece sağlığa verilen önem değil, sağlıkları konusunda bireylerin öz farkındalıklarıyla, almaları gereken sorumluluklarındaki kesinlik ve sağlıklarını kontrol etmede kendisini merkezde görüp görmemesi gibi alt boyutlar da ölçülmektedir. Öğrencilerin SAÖ puanlarıyla kendi ifadelerine göre sağlıklarını algılamaları arasındaki bu ters yönlü ilişki, sağlıklarını algılama adına içgörünün gelişmediğini göstermektedir. Öyle ki, çalışmamızda öğrencilerin kendini gerçekleştirme alt ölçek boyutu da düşük bulunmuştur. Sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde algılanan sağlığın ölçümle belirlenmesi ve sağlıkları konusunda iç görünün kazandırılması, ileriye dönük müdahalelerin yapılmasında ve sağlık farkındalığının oluşturulmasında çok büyük önem taşımaktadır. Öğrencilerin sağlık algıları ve sağlıklı yaşam davranışları alt boyutlarındaki eksik yönlerin tespiti ve bu açıdan desteklenmeleri kendini gerçekleştirmede, sağlık sorumluluğu almada ve sağlıklarını doğru bir şekilde algılamalarını sağlayan iç görünün kazanılmasında büyük bir farkındalık sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin Sağlık Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını incelemek amacıyla yaptığımız çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

*Çalışmamızda öğrencilerin SAÖ puanları düşük olarak bulunmuştur. En yüksek alınan puan kesinlik alt boyutu iken en düşük öz farkındalık ve sağlığın önemi boyutları olmuştur. Tıp Fakültesi öğrencilerinde SAÖ puanlarından kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları düşük sağlığın önemi yüksek, Eğitim Fakültesinde kontrol merkezi ve kesinlik alt boyutları yüksek, sağlığın önemi ise düşük bulunmuştur. Her bir fakültenin 1. ve 4. sınıfları arasında SAÖ toplam puanlarına bakıldığında 4. sınıflarda Edebiyat Fakültesi'nde artış, diğer fakültelerde düşüş gözlenmiştir.

*Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ puanları orta düzeyde olup en düşük alınan fiziksel aktivite ve egzersiz alt boyutu puanı olmuştur. Öğrencilerin yaş gruplarına, okudukları sınıflara göre SYBDÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamızda erkeklerde fiziksel aktivite ve stres yönetimi daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin fakültelerine göre sadece beslenme alt ölçek puan ortalaması Tıp Fakültesi'nde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda öğrencilerin kendi ekonomik ve sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanlarla, okulundan memnun olanların SYBDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

*Çalışmamızda sağlık algısı ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. SAÖ puanları arttıkça SYBDÖ puanlarının azaldığı görülmüştür.

Bu sonuçları göz önüne alarak;

*Öğrencilerin sağlık algılarının artırılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması için eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu programlara tüm fakültelerde sınıf ayrımı yapılmadan bütün bir eğitim yılını kapsayacak şekilde müfredatta yer verilmesi ve müfredat dışında gerek seminer, gerek konferanslarla özel eğitim olanaklarının sağlanması,

*Sağlık algıları ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında öğrencilerin cinsiyet ve sınıfları olduğu kadar fakültelere göre de eksik yönlerinin tespit edilmesi ve bu eksik yönlerin ortadan kaldırılması, aralıklarla kontrol edilmesi ve gerektiğinde tekrar müdahale eğitimleriyle pekiştirilmesi,

*Üniversite ortamının çevresel ve sosyal anlamda olanaklarının öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları kazanması yönünde öğrencileri desteklemesinin sağlanması,

*Sağlık algılarının ve sağlıklı yaşam davranışlarının gelişmesinde öncülük ve örnek teşkil edebilecek öğretim üyelerinin desteğinin sağlanması, bu konularda zaman zaman onlara yönelik de eğitim programlarının düzenlenmesi,

*Öğrencilerin fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesi ve bu konuda gerekli sosyal destek programlarının, hafta sonları yapılabilecek doğa yürüyüşlerinin, fakülteler arası çeşitli spor müsabakalarının yapılması, kampüs içinde yeterli fiziksel aktivite için ayrılmış özel alanların oluşturulması, yürüyüş parkurlarının düzenlenmesi, trafiğe kapalı yeşil alanların artırılması ve özellikle kadın öğrencilerin fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırması ve uygulaması için ayrıca teşvik edilmesi ve böylece cinsiyet eşitsizliklerinin önüne geçilmesi,

*Yeterli ve dengeli beslenme için öğrencilere ücretsiz sağlıklı beslenme olanaklarının sağlanması ve ihtiyacı olan öğrencilere maddi desteğin sağlanması,

*Sağlık algısının geliştirilmesinde ve sağlıklı yaşam davranışı kazanılmasında sigara ve alkolün zararlarının farkındalığı için, bu konuda öğrencilerin aktif olarak katılabilecekleri ve akranlarıyla paylaşım içinde bulunabileceği ortamların oluşturulup, sağlık konusunda bröşür, poster gibi materyallerin hazırlanmasında aktif rol almalarının sağlanması,

*Sağlık algısı ile sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu bir ilişkide olması ve öğrencilere kendini gerçekleştirmede, sağlık sorumluluğu almada ve sağlıklarını doğru bir şekilde algılamalarını sağlayan iç görünüm kazandırılmasında farkındalığın oluşturulması, gerekirse bireysel özelliklerine göre öğrencilerin desteklenmesi gerekmektedir.

7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın sadece bir üniversitede yapılmış olmasından dolayı bulgularımızın tüm ülkeye genellenebilmesi mümkün olmamaktadır. Ayrıca Erciyes Üniversitesi'nin tüm fakülteleri yerine sadece dört fakültesinin seçilmesi ve bu fakültelerdeki bazı bölümlerin araştırmaya alınması çalışmamızın sınırlı yönlerindendir. Çalışmanın tüm sınıflar yerine birinci ve dördüncü sınıflarda yapılması ve devamsız öğrencilere ulaşılamaması da çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

KAYNAKLAR

1. WHO. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement; 2006:1-2.
2. Günsoy G. İnsani Gelişme Kavramı ve Sağlıklı Yaşam Hakkı. ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi 2012;1(2):35–52.
3. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):159–166.
4. Sümen A, Öncel S. Türkiye’de Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler: Sistemik Derleme. European Journal of Therapeutics 2017; 23:74-82
5. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76–81.
6. Özgüven İE. Üniversite Öğrencilerinin Sorunları Ve Baş Etme Yolları. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1992;7(7):5–13.
7. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir Üniversitenin Bazı Fakülte Ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26(3):32–38.
8. Bayat AH. Tıp Tarihi. 3. baskı. İstanbul: Üçer Matbaacılık; 2016:24-25.
9. Tuckett D. An Introduction to Medical Sociology. Routledge; 2013:334–335.
10. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):78-87.

11. Larson JS. The Measurement of Health: Concepts and Indicators. Greenwood Publishing Group; 1991:1–7
12. Bircher J. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. Med Health Care Philos.2005;8(3):335–41.
13. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. Am J Public Health. 1975;65(10):1037–1045.
14. Aggleton P. Health. New York: Routledge; 2005:1–12.
15. Somunoğlu S. Kavramsal Açından Sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1999; 4(1):51-65.
16. Bowling A. Measuring Health. McGraw-Hill Education (UK); 2004:7.
17. Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ. Slee's Health Care Terms. Jones & Bartlett Learning; 2001:268–282.
18. Laverack G. Health Promotion Practice: Building Empowered Communities: Building Empowered Communities. McGraw-Hill Education (UK); 2007:31–32.
19. Şanlı D, Platin N. The effect of biomedical model on nursing. International Journal of Human Sciences 2015;12(2):897-908.
20. Yılmaz N, Erdem R. Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2016;7(16):35–47.
21. Edlin G, Golanty E, Brown KM. Essentials for Health and Wellness. Jones & Bartlett Learning 2000:4–7.
22. Porche DJ. Public and Community Health Nursing Practice: A Population-Based Approach. SAGE 2004:10–14.
23. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing - Revised Reprint: Population-Centered Health Care in the Community. Elsevier Health Sciences 2013:260–267.
24. Fair, Fair SE. Wellness and Physical Therapy. Jones & Bartlett Publishers 2010:5–6

25. WHO | What is health promotion? erişim tarihi: 9 Şubat 2018, erişim adresi: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>.
26. WHO WH organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. 2009:1-24.
27. Lalonde M. A new perspective on the health of canadians. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA 1975:57-60.
28. Tones K, Tilford S. Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity. Nelson Thornes; 2001:18-20.
29. Rootman I. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. WHO Regional Office Europe 2001;10–11.
30. Green J, Tones K. Health Promotion: Planning and Strategies. SAGE 2010;15–18
31. Madenoğlu Kıvanç M. Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;3(2):162-166.
32. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata,1978;erişimadres: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf erişim tarihi:11.10.2017
33. WHO Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia, 1988: 5-9 erişim adresi: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/> erişim tarihi: 20.01.2018
34. Perara M, Gunawardena N, Guruge D, Pieris K. Health promotion a literature reveiw. HaPAN Health Promotion Advocacy Network Rajarata University of Sri Lanka 2012:1–50.
35. WHO | WHO Global Health Promotion Conferences erişim adresi: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> erişim tarihi: 20.02.2018
36. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009:1-12.

37. Munro S, Levin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? BMC Public Health 2007;7(104):1-16.
38. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık Davranışı Modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(1):28–34.
39. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health Behavior Models-. The International Electronic Journal of Health Education, 2000;(3):180–93.
40. Galloway RD. Health promotion: causes, beliefs and measurements. Clin Med Res. 2003;1(3):249–258.
41. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(2):86-94.
42. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Asian Journal of Social Psychology. 1999;(2):21–41.
43. Koçak A, Bulduklu Y. Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 2010;6(3):5–17.
44. Maville JA, Huerta CG. Health Promotion in Nursing. Cengage Learning; 2012;44–46.
45. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014;7(1):59-67.
46. Students UN. Nursing Theories: Health Promotion Model: Heuristic Device for Health Care Professionals Nursing Theories erişim adresi: <http://nursingtheories.blogspot.com.tr/2008/07/health-promotion-model-heuristic-device.html> erişim tarihi:22.01.2018.
47. Pender NJ. Heath promotion model manual. University of Michigan 2011:1-12.

48. Çalık A, Kapucu S. Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;4(2):62-75
49. Şenol V, Çetinkaya F, Ünal D, Balcı E, Öztürk A. Kayseri İlinde Genel Popülasyonda Algılanan Sağlığın Belirleyicileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(1):88-96.
50. Idler EL, Angel RJ. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. Am J Public Health 1990;80(4):446-452.
51. Mikolajczyk RT, et al. Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. BMC Public Health 2008;8(215):1-10
52. Efteli E, Khorshid L. İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016;32(2):1-10.
53. Alkan S. A, Özdelikara A, Boğa N. M. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(2):11-21.
54. Lee J-A, Park J, Kim M. Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health 2015;12(12):14329-41.
55. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. Frontiers in Public Health 2013;1(15):1-4.
56. Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. Social Science & Medicine 2000;51(9):1343-1350.
57. Wu S, et al. The relationship between self-rated and objective health status: a population-based study. BMC Public Health 2013;13(320):2-9.
58. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21-37

59. McCullough ME, Laurenceau J-P. Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychol.* 2004;23(6):651–655.
60. Kanagae M, et al. Determinants of self-rated health among community-dwelling aged 40 years and over in Japan. *Tohoku J Exp Med.* 2006;(210);11–19.
61. Çaka SY, Topal S, Suzan Ö.K, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. *Journal of Human Rhythm* 2017;3(4);199–203.
62. Türk Dil Kurumu erişim adresi:http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5accacd5ec6b98.14031495 erişim tarihi: 22. 02. 2018.
63. Gochman DS. *Health Behavior.* Springer Science & Business Media 1988:3
64. Bahar S. *Health Behavior: Emerging Research Perspectives.* Springer Science & Business Media 2013;3–6
65. Saint Onge JM, Krueger PM. Health Lifestyle behaviors among U.S. Adults. *SSM - Population Health* 2017;3:89–98.
66. Rodrigues V, Carvalho A, Carvalho G. Behaviour And Health: A cross-sectional study between a basic teaching school and a professional school. *Science Education International* 2007;18(2):131–138.
67. Berry D. *Risk, Communication and Health Psychology.* McGraw-Hill Education (UK); 2004:1-3.
68. WHO The top 10 causes of death, 2017 erişim adresi <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> erişim tarih:26.02.2018
69. Thirlaway K, Upton D. *The Psychology of Lifestyle: Promoting Healthy Behaviour.* Routledge; 2009:1–20.
70. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice.* 7 edition. Pearson; 2014:6–17.
71. Reisman JM. *A History of Clinical Psychology.* Taylor & Francis; 1991:194.

72. Kvalsund R. Growth As Self-Actualization: A Critical Approach to the Organismic Metaphor in Carl Rogers' Counseling Theory. Tapir Academic Press; 2003:28–31
73. Faan KW PhD, APRN-BC. Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse, A How-To Guide for Evidence-Based Practice. Second Edition, Springer Publishing Company; 2013:375-380.
74. Maslow AH. Self-actualization. Big Sur Recordings; 1971:1-5.
75. McClelland DC. Human Motivation. CUP Archive; 1987:39–42.
76. Avci Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15 (3): 259-266.
77. Reiser SJ. Responsibility for personal health: a historical perspective. The Journal of Medicine and Philosophy 1985;10(1):7–17.
78. Minkler M. Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end, Health Education & Behavior, 1999;26(1):121–141.
79. Demirel H. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014:10-20.
80. Kayapinar FC. Physical activity levels of adolescents. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2012;47:2107–2113.
81. Manley AF. Physical Activity And Health: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services 1996:11–19.
82. Global Recommendations on Physical Activity for Health, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2010:9-11
83. Bouchard C, Blair SN, Haskell W. Physical Activity and Health 2nd Edition. Human Kinetics; 2012:3–34
84. Miles L. Physical activity and health. British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin 2007;32(4):314–363.
85. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Ankara, Yayın No: 729; 2012:9-20.

86. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004:10-24.
87. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik; Ankara 2015(1):15-35.
88. Güler Ç, Akın L, Halk Sağlığı - Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Ankara 3. Baskı,2015:1210–1225.
89. The Global Nutrition Report, From promise to impact ending malnutrition by 2030. International Food Policy Research Institute; A Peer-Reviewed Publication 2016:8-13.
90. Satman I, Grubu T-İÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği erişim adresi:http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf erişim tarihi:12.12.2017.
91. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 3. baskı Ankara, 2016:11-31.
92. Öztürk Y, Günay O, Halk Sağlığı Genel Bilgiler. C. 1. Erciyes Üniversitesi; Kayseri 2011:1248–1250.
93. Sayan A. Beslenme Alışkanlıkları ve Temel Besin Gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2(2):53-65.
94. Kaya A. Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. Pegem Atıf İndeksi. 8. Baskı Ankara 2015:1–5.
95. Aydın A, Hiçdurmaz D, Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2016;7(1):45–49.
96. Chen M-Y. The Effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. Public Health Nurs. 1999;16(2):125–32.
97. Erözkan A. Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;(26):56-66.

98. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995;80–94.
99. House JS, Kahn R. Measures and concepts of Social support Academic Press Inc; New York 1985:83–105.
100. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology* 1988;14;293–318.
101. House JS. Social support and social structure, *Sociological Forum* 1987;2(1):135-146.
102. Güçlü N. Stres Yönetimi. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001;21(1):91–109.
103. Fink G. Stress: Concepts, Definition and History. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* 2017:1–9.
104. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitap Evi; İstanbul 1994:321.
105. Butler G. Definitions of stress. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* 1993;61:1–5.
106. Bozhüyük A, ve ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care* 2012;6(1):13-21.
107. Akçakaya RÖ, Erden SÇ. Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım. *Turkish Family Physician* 2014;5(2);18-25.
108. Erdoğan T, Ünsar AS, Necdet S. Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009,14(2):447-461.
109. Coon D, Mitterer JO. *Psychology: A Journey.* Wandsword Cengage Learning, fifty edition, 2014:450–453.
110. Özlem A, Hazar G, Kılıç E, Korkmaz A. Üniversite Öğrencilerinde Stres Nedenlerinin ve Stresle Başa Çıkma Biçimlerinin Belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2015;8(4):213-232.
111. Doğan B, Mümin E. Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Nazilli MYO Örneği. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2013;3(4):29-39.

112. WHO, Adolescence: a period needing special attention - recognizing-adolescence erişim adresi: <http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> erişim tarihi:21.02.2018
113. WHO, definition of youth erişim adresi: <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf> erişim tarihi:09.02.2018
114. Baş H. Türkiye’de Genç Nüfus: Sorunlar ve Politikalar. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017;27(2):255-288.
115. Akın M. H. Gençlik Toplumsallaşmasında Akran ve Arkadaşlık Gruplar. Gençlik Araştırmaları Dergisi 2014;2(4):8-21.
116. Baran AG. Genç ve Gençlik: Sosyolojik Bakış. Gençlik Araştırmaları Dergisi 2013;1(1):6-25.
117. Topkaya N, Meydan B. Üniversite Öğrencilerinin Problem Yaşadıkları Alanlar, Yardım Kaynakları ve Psikolojik Yardım Alma Niyetleri. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2013;3(1):25-37.
118. Kacur M, Atak M. Üniversite Öğrencilerinin Sorun Alanları ve Sorunlarla Başetme Yolları: Erciyes Üniversitesi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;31(2):273-297.
119. Şahin I, Fırat NŞ. Üniversite Öğrencilerinin Sorunları. e-Journal of New World Sciences Academy Education Sciences 2009; 4(4):1435-1449.
120. Who. Youth And Health Risks Sixty-Fourth World Health Assembly; A64/25 2011:1-7.
121. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları. Toplum Hekimliği Bülteni 2007;26(3):19-24.
122. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;14(2):1-7.
123. Yılmazel G, Çetinkaya F, Nacar M. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3):261-270.

124. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3 (3):34-44.
125. Karaahmetoğlu UG, Soğuksu S, Softa HK. Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014;2(2);26-42.
126. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2017;44(1):1-11.
127. Örnek ÖK, Kürklü A. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2017;9(3):207-217.
128. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. Journal Of Community Psychology 2007;35(5):557-561.
129. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science 2012;32(1);47-53.
130. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: HealthPromoting Lifestyle Profile University of Michigan 1995:1-3
131. Esin, MN. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1999;12(45):87-95.
132. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Aygül Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.
133. WHO, Global Database on Body Mass Index erişim adresi: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html erişim tarihi:24.01.2018

134. World Health Organization, editör. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998;76–78
135. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilim Dergisi 2011;8(2):277–332.
136. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;18(2):47–58.
137. Açıksöz S, Uzun S, Arslan F. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gulhane Tıp Dergisi 2013;55(3):181-187.
138. Kunst AE, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int J Epidemiol 2005;34(2):295–305.
139. Kaleta D, Polaska K, Zaborszczyk DE, Hanke W, Drygas W, Factors influencing self-perception of health status. Cent Eur J Public Health 2009;17(3):122–127.
140. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health among urban adolescents: the roles of age, gender, and their associated factors. Plos One 2015;10(7):1-14.
141. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13(3):189–196.
142. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2):78–83.
143. Bhuiyan M, et al. Health-promoting lifestyle habits among preclinical medical students. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences 2017;11(2):490-495.
144. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sigbaldeh SS. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. International Journal of Preventive Medicine 2016;7(65):1-6.

145. Lee RLT, Loke AJTY. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing* 2005;22(3):209-220.
146. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004;7(3):43-55.
147. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2011;17(1):43-51.
148. Nacar M, ve ark. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15(20):8969-8974.
149. Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(3):131-139
150. Yetgin M.K, Agopyan A. Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Spormetre* 2017;15(3):177-184.
151. Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(2):135-142.
152. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1(2):53-67.
153. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of medical sciences. *Journal of Education Health Promotion* 2013;2(11):29-32
154. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005;9(2):26-34

155. Kocaakman M, Aksoy G, Eker Hh. İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(2):19–24.
156. Alkhawaldeh O. Health promoting lifestyles of Jordanian university students. International Journal of Advanced Nursing Studies 2013;3(1):27-31.
157. Wei CN, et al. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environmental Health Preventive Medicine 2012;17(3):222–227.
158. Şimşek H, ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;26(3):151–157.
159. Dhiman S, Chawla GK. A study on Health Promoting Lifestyle of University students, International Journal of Research in Engineering and Applied Sciences 2017;7(6):142-151.
160. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Vardanjani AE, Rafiei H. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013. Global Journal of Health Science 2015;7(2):264-272.
161. Kaleli S, Kılıç N, Erdoğan M, Erdoğan N. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Online Türk Sağlık Bilim Dergisi 2017;2(2):12-18.
162. Babaoglu U, Cevizci S, Ozdenk G. Evaluation of healthy lifestyle behaviors of female students in a public accommodation center from Kırsehir, Turkey. Mater Sociomed 2014;26(6):372-377.
163. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(3):17-26.

EKLER

Ek 1: Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Kurulu Etik Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KATILIM FORMU				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11		
	FAKS	0 352 437 52 85		
	E-POSTA	byancan@erciyes.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Fevziye Cetinkaya		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
FAZ 4		☐		
Gözlemsel ilaç çalışması		☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒		
DİĞER İSE BELİRTİNİZ	Uzmanlık Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

ASLI GİBİDİR

T.C.

1923

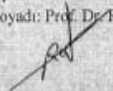
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Funda H. SİZMECİ

Etik Kurul Sekreteri

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmamalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU								
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıkla Yaşam Biçimi Davranışları						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Varayın Numarası	Dil				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkiye	İngilizce	Diller		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkiye	İngilizce	Diller		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkiye	İngilizce	Diller		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkiye	İngilizce	Diller		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama						
	SİGORTA							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ							
	BIYOCİCİLİK MATERYEL TRANSFER FORMU							
	İLAN							
	YILLIK BİLDİRİM							
	SONUÇ RAPORU							
	GOVENLİK BİLDİRLERİ							
	DİĞER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2017/ 264		Tarih :	20.05.2017			
	Yukarıda belirtilen veriler ışığında araştırma yapmanın gerekli, yarar, zarar ve yan etkileri dikkate alınarak bilimsel ve sosyal faydaları olup olmadığına ilişkin kararın olumlu olduğu ve bilimsel etrafında bilimsel faaliyetlerin yapılmasına ilişkin etik kurul kararının uygun olduğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyocicilik Ürünleri Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kanunu						
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/AD/SOYADI		Prof. Dr. Ruhan DOŞUNSEL						
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	Araştırma İle İlgili	Kabini (*)	İmza		
Prof. Dr. Ruhan DOŞUNSEL	Çocuk Sağ ve Hast	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Prof. Dr. Musa KARAKÜÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Doç. Dr. Aydın DİNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Hayvan Eğin. Hast.	E	X	X	X		
Doç. Dr. Emin Murat ÇİĞER	İçer. Tıp ve Genel Fizyoloji	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E	X	X	X		
Doç. Dr. Çiğdem BİÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Yardı. Doç. Dr. Zaher SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Yardı. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	X	X		
Av. Serhat ÖSTÖNEL	Avukat	Hukuk Müaviri	E	X	X	X		
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E	X	X	X		
Seyhan Koçer	Sivil Oya	Serbest	E	X	X	X		
* Toplantı Bilgileri								
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DOŞUNSEL İmza:								
Not: Etik kurul kararları, imzaları yer almadığı her sayfaya imza alınmalıdır.								

Ek 2: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Onay Formu



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Personel İşleri Birimi

Sayı :14857630-903.99/

Konu :Anket

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 25/04/2017 tarihli ve 38758 sayılı yazınız

Anabilim dalınız araştırma görevlisi Dr. Belgin ORAL'ın Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında "Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu tez çalışması için Tıp Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Eğitim Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi 1. ve 4. sınıf öğrencilerine örneği ekte sunulan anket çalışmasının yapılmasının uygun görüldüğü ile ilgili Fakültelerin yazıları ekte gönderilmiştir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Kudret DOĞRU
Dekan V.

EK :
3 Adet



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Eğitim Fakültesi Dekanlığı



Ek-1

İdari İşler Birimi

Sayı : 35312859-903.99/39376

27/04/2017

Konu : Anketler

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/04/2017 tarihli ve 39039 sayılı yazınız

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim dalı araştırma görevlisi Dr.Belgin ORAL' ın Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında "Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu anket çalışmasını Fakültemiz 1. ve 4. sınıf öğrencilerine uygulama isteği kişinin bizzat kendisi gerçekleştirmesi kaydıyla Dekanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Doç.Dr. Kasım KARAMAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı



**T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Mühendislik Fakültesi Dekanlığı**



Ek-2

Mühendislik Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 98992738-044/

Konu : Anket Çalışması

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/04/2017 tarihli ve 39039 sayılı yazınız

İlgi yazınız ile bildirilen Fakülteniz araştırma görevlisi Dr. Belgin ORAL'ın "Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasının Fakültemiz Bölümleri 1. ve 4. sınıf öğrencilerine yapılması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

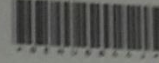
e-imzalıdır

Prof.Dr. Fatih ALTUN
Dekan

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/05/2017-E.41426



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Edebiyat Fakültesi Dekanlığı



Ek-3

İdari İşler Birimi
Sayı :69241721-044/
Konu :Anketler

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 26/04/2017 tarihli ve 39039 sayılı yazınız

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak görev yapmakta olan **Dr. Belgin ORAL**'ın Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında "*Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*" konulu tez çalışması için Fakültemiz 1. ve 4. sınıf öğrencilerine anket uygulaması yapılabilmesi isteği uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr. Muhittin KAPANŞAHİN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Evrak Doğrulamak İçin : http://ebys.erciyes.edu.tr/enVision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BENUBB44

Pin : 00891

Koşk Mahallesi Kutadgu Bilig Sokak 38030 Melikgazi KAYSERİ
Telefon: +90 352 437 93 42
E-Posta: edebiyat@erciyes.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Fatma Arslan
Faks: +90 352 437 93 43
Elektronik Ağ: <http://edebiyat.erciyes.edu.tr>

Ek 3: Anket Formu

Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

1. Fakülteniz:..... Bölümünüz:.....
2. Sınıfınız:
3. Yaşınız:
4. Cinsiyetiniz : 1. E 2. K
5. Medeni durumunuz: 1. Bekar 2. Evli 3. Diğer.....
6. Annenizin eğitim durumu nedir? 1. Okur yazar değil/okur yazar 2. İlkokul 3. Orta okul 4. Lise 5. Yüksek okul
7. Babanızın eğitim durumu nedir? 1. Okur yazar değil/okur yazar 2. İlkokul 3. Orta okul 4. Lise 5. Yüksek okul
8. Annenizin mesleği nedir? 1. Memur 2. İşçi 3. Serbest 4. Çiftçi 5. İşsiz 6. Emekli 7. Diğer (.....)
9. Babanızın mesleği nedir? 1. Memur 2. İşçi 3. Serbest 4. Çiftçi 5. İşsiz 6. Emekli 7. Diğer (.....)
10. Ailenizin yaşadığı il: 1. Kayseri 2. Diğer iller (Lütfen belirtiniz :)
11. Ailenizin yaşadığı yerin özelliği: 1. İl Merkezi 2. İlçe Merkezi 3. Kasaba 4. Köy
12. Kayseri’de kaldığınız yer? 1. Ailemle birlikte 2. Yurtta 3. Arkadaşlarımla evde 4. Tek başıma evde 5. Yakınlarımla yanında 6. Diğer(.....)
13. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? 1. İl merkezi 2. İlçe 3. Köy/kasaba
14. Ailenizin ekonomik durumu? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
15. Sizin Ekonomik durumunuz? (Kendi değerlendirmenize göre) 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
16. Burs alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
17. Kredi alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
18. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
19. Sizce harçlığınız yeterli mi? 1. Yeterli 2. Yetersiz 3. Fazla
20. Önemli bir sağlık sorununuz var mı? 1. Evet (.....) 2. Hayır
21. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? 1. Evet (.....) 2. Hayır

22. Genel olarak sağlığınız sizce nasıldır? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
23. Sigara içer misiniz? 1. Hiç içmem 2. Arada sırada içerim 3. Her gün en az adet içerim 4. Bıraktım
24. Alkol kullanır mısınız? 1. Hiç içmem 2. Çok nadir 3. Arada sırada içerim 4. Her gün en az bir bardak içerim 5. Bıraktım
25. Boyunuz: cm Kilonuz: Kg (Kendi değerlendirmenize göre)
26. Ağırlık durumunuz size göre nasıldır: 1. Zayıf 2. Normal 3. Hafif şışman 4. şışman
27. Beden grnşnzden memnun musunuz? 1. Memnunum 2. Memnun değilim 3. Kararsızım
28. Okuduğunuz bölüme isteyerek mi girdiniz? 1. Evet 2. Hayır
29. Okuduğunuz bölümden memnun musunuz? 1. Memnunum 2. Memnun değilim 3. Kararsızım
30. Kendi okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
31. Sınıf tekrarı yaşadınız mı? 1. Evet 2. Hayır

Ek 4: Sağlık Algısı Ölçeği

YÖNERGE: Bu anket sağlığını nasıl algıladığınız ile ilgili ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz.	Çok Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.					
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da, hasta olacağsam zaten olan olur.					
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12. Sağlıklı olmak şans işidir.					
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

Ek 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

YÖNERGE: Bu anket yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız ile ilgili ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz, her davranış ve alışkanlığınızın ne kadar sıklıkla olduğunu; Hiçbir zaman , Bazen , Sık sık ve Düzenli olarak parentezlerinden birini işaretleyerek belirtiniz.				
	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1. Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle paylaşıyorum.				
2. Yağ, doymuş yağ ve kolesterolden düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Sağlığım ile ilgili fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya diğer sağlık personeline bildiririm.				
4. Planlanmış bir egzersiz programı uygulayırım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Pozitif yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7. Başkalarının başarılarını kolaylıkla takdir ederim.				
8. Şeker ve şeker içeren gıdaları az kullanırım.				
9. Sağlığı geliştirici yayınları okurum, televizyon programlarını izlerim.				
10. Haftada en az 3 kez 20 dakika ya da daha fazla süre yoğun egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik dans vb).				
11. Her gün gevşemek ve rahatlamak için zaman ayırıyorum.				
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. Bireylerle olan anlamlı ve kaliteli ilişkilerimi sürdürür/korurum.				
14. Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında eklemek, kurubaklagil, pirinç ve makarna yerim (1 ince dilim eklemek=2 yemek kaşığı pilav/makarna=pişmiş kuru fasulye/nohut/barbunya)				
15. Sağlık personelinin önerilerini iyice anlayabilmek için sorular sorarım.				
16. Haftada en az 5 kez orta derecede fiziksel aktivite (örneğin;30–40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.				
17. Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
20. Günde 2–4 porsiyon meyve yerim (1porsiyon meyve=1 orta boy elma/portakal/şeftali=3 adet kayısı=12 adet kiraz/vişne/çilek)				
21. Başvurduğum sağlık personelinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru işaretleri oluşursa, ikinci bir kişinin görüşünü de alırım.				
22. Yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi keyif verici fiziksel aktivitelerde bulunurum.				
23. Uyumadan önce güzel, hoş düşüncelere yoğunlaşıyorum.				
24. Rahat ve huzurlu hissederim.				
25. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm				
26. Günde 3–5 porsiyon sebze yerim (1porsiyon sebze=6 yemek kaşığı pişmiş kabak/patlıcan/taze fasulye/ıspanak=4 yemek kaşığı bezelye/pırasa/bakla)				
27. Sağlığım ile ilgili kaygılarımı uzman kişilerle görüşür/tartışırım.				
28. Haftada en az 3 kez germe egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol altına almak için bazı özel yöntemler kullanırım.				

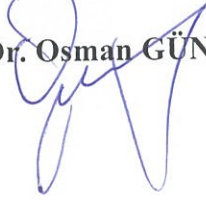
	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
30. Uzun süreli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.				
31. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
32. Günde 2–3 porsiyon süt içerim, yoğurt ya da peynir yerim (1 porsiyon=1 su bardağı süt/1 su bardağı yoğurt)				
33. Ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri açısından vücudumu kontrol ederim.				
34. Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım (örneğin; yemek saatlerinde yürürüm, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim, gideceğim yere yürürüm).				
35. İş ve eğlence zamanlarımı dengelerim.				
36. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
37. Samimi ilişkiler/yakınlıklar kurmaya çalışırım.				
38. Et, balık, kümes hayvanları ve yumurta, kurubaklagil ve kuru yemiş yiyecek gruplarından günde sadece 2–3 porsiyon yerim (1 porsiyon=köfte 1 adet=kuşbaşı et 3-4 küçük parça=balık/tavuk/kıyma/hindi 1 köfte kadar)				
39. Kendime nasıl iyi bakabilirim konusunda sağlık personellerinden bilgi alırım.				
40. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
41. Günde 15–20 dakika gevşeme egzersizleri ya da meditasyon yaparım.				
42. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunun farkındayım/bilincindeyim.				
43. Dernekler, aile ve arkadaş grupları vb toplumsal yardımlaşma ve dayanışma kaynaklarından destek alırım.				
44. Besin değerlerini, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için paketlenmiş hazır gıdaların etiketlerini okurum.				
45. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım.				
46. Egzersiz yaparken hedef kalp hızıma ulaşırım.				
47. Tüm günlük aktivitelerimi yorgunluk yaratmayacak şekilde adım adım ve yavaş yaparım.				
48. Manevi bir gücün varlığına inanırım.				
49. Başkalarıyla olan çatışmalarımı/uyuşmazlıklarımı konuşup tartışarak ve uzlaşarak çözerim.				
50. Sabahları kahvaltı yaparım.				
51. Gerektiğinde yardım ve danışmanlık alırım.				
52. Yeni deneyimler ve heyecanlar yaşamaya açığım.				

TUTANAK

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Belgin ORAL 24/04/2018 tarihinde yapılan “Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” konulu Tıpta Uzmanlık Tezi Değerlendirme Sınavında başarılı olmuştur. İş bu tutanak tarafımızca imza altına alınmıştır.

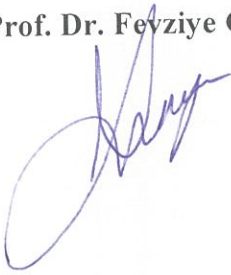
Başkan

Prof. Dr. Osman GÜNAY



Üye

Prof. Dr. Feyziye ÇETİNKAYA



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ERDOĞAN

