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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge ORHAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI

ADANA-2019

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

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge ORHAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Esra SAATÇI

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TTU-2019-11574 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA-2019

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her alanında engin bilgi birikimi ve deneyimleri ile bana destek ve örnek olan, hoşgörü ve nezaketini esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Esra Saatçı'ya,

İhtisas süresi boyunca eğitimime olan bilimsel katkıları ve desteklerinden dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Prof. Dr. Sevgi Özcan'a, Doç. Dr. Hatice Kurdak'a,

Tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım bölümlerdeki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, eğitimim süresince beni motive eden dostlukları için Dr. Ezgi Özen'e, Dr. Bilge Tutlupınar'a, Dr. Özge Oğulata'ya,

Hayatıma girdiği günden beri sevgisini hep hissettiğim, en büyük şansım ve destekçim, canım Selim'e,

Hayatımın her anında yanımda olup beni destekleyen, yol gösteren canım anneme, babama ve ablam Dr. Gülşah Orhan Tıraşçı'ya, veri toplama sürecindeki yardımlarından dolayı Dr. Emre Tıraşçı'ya,

Ve bir yıldır varlığıyla neşe ve enerji kaynağım olan biricik yeğenim Nefes'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özge ORHAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER II
TABLOLAR LİSTESİ IV
ŞEKİLLER LİSTESİ V
KISALTMALAR LİSTESİ VI
ÖZET VII
ABSTRACT VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Sağlığın Tanımı 4
2.2. Sağlığın Belirleyicileri 5
2.3. Sağlığın Korunması: 6
2.3.1. Birincil Koruma 6
2.3.2. İkincil Koruma 7
2.3.3. Üçüncül Koruma 7
2.3.4. Dördüncül Koruma 7
2.4. Sağlığın Geliştirilmesi 8
2.5. Sağlığın Korunması, Geliştirilmesi ve Aile Hekimliği 9
2.6. Sağlık Anksiyetesi 10
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 12
2.7.1. Beslenme 12
2.7.2. Fiziksel Aktivite 15
2.7.3. Sağlık Sorumluluğu 15
2.7.4. Kendini Gerçekleştirme 16
2.7.5. Kişilerarası İlişkiler 17
2.7.6. Stres Yönetimi 17
3. GEREÇ ve YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Tipi 20
3.2. Araştırmanın Evreni 20
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 20

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi 22
4. BULGULAR 24
4.1. Sosyodemografik Özellikler 24
4.2. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri Özellikleri 27
4.3. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi 28
4.4. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Özellikleri 29
4.5. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi 30
4.6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki 34
5. TARTIŞMA 36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 40
6.1. Sonuçlar 40
6.2. Öneriler 41
7. KAYNAKLAR 43
8. EKLER 53
8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu 53
8.2. Ek 2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon) 56
8.3. Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 60
8.4. Ek 4. Etik Kurul Onay Formu 64
9. ÖZGEÇMİŞ 65

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 1. Amerika Aile Hekimleri Akademisi'nin önerdiği eğitim programı 10
Tablo 2. SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puan aralıkları 22
Tablo 3. Öğrencilere göre ailelerinin ekonomik durumları 25
Tablo 4. Öğrencilerin aylık gelir düzeyleri 25
Tablo 5. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumları 26
Tablo 6. Öğrencilerin beden algıları, alışkanlıkları ve sağlıkları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı 26
Tablo 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı 28
Tablo 8. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı 28
Tablo 9. Öğrencilerin beden algılarını değerlendirmelerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı 28
Tablo 10. Öğrencilerin kendi sağlık durum değerlendirmelerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı 29
Tablo 11. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımları 30
Tablo 12. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı 31
Tablo 13. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı 32
Tablo 14. Öğrencilerin beden algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı 33
Tablo 15. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı 34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 1. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı 24
Şekil 2. Öğrencilerin yaşadıkları yere göre dağılımları 25
Şekil 3. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri ile Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı 29
Şekil 4. Öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanlarının dağılımı 31

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

cm : Santimetre

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

kg : kilogram

m : metre

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkilendirilmesi

Amaç: Üniversite yaşamı, sadece mesleki eğitimin alındığı değil, bireylerin kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı, sağlık davranışlarında da yeni kazanımların olduğu bir süreçtir ve öğrencilerin sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu dönemde şekillenmektedir. Geleceğin sağlık profesyonelleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık alanındaki tutum ve davranışları öncelikle kendilerini, ileriki yaşamlarında da ailelerini ve toplumu etkileyebilme potansiyeli açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisini incelemek ve bunlara etki eden faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini; 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan toplam 1886 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya 319 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrenciler, 24 soruluk Sosyodemografik Veri Formu, 18 sorudan oluşan Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon) ve 48 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'ni (SYBDÖ) doldurmuşlardır. Toplanan veriler SPSS 23.0 paket programı aracılığıyla analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 319 öğrencinin % 58,9'u kadın, % 41,1'i erkek olup öğrencilerin yaş ortalaması 21,5±2,1 yıldır. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon) puan ortalaması 17,6±6,2 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin, kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYDBÖ) toplam puanı ise 192 puan üzerinden ortalama 120,1±18,1 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Alt boyut puan ortalamaları, sırasıyla, kendini gerçekleştirme 35,9±5,9, sağlık sorumluluğu 21,7±4,9, fiziksel aktivite 9,7±3,6, beslenme 15,2±3,6, kişilerarası ilişkiler 20,3, stres yönetimi 17,3 olarak saptanmıştır. Erkek öğrencilerin SYBDÖ toplam puanları ve egzersiz ve stres yönetimi alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamıza katılan öğrencilerin sağlık anksiyetelerinin yüksek düzeyde olmadığı, orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulundukları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık anksiyete düzeyi artan öğrencilerin, daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışında bulunduğu gözlenmiştir. Öğrenciler sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda bilinçlendirilmeli, kendi sağlık sorumluluğunu alıp güçlenmesi konusunda mümkün olduğunca desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık anksiyetesi, Sağlıklı yaşam, Tıp Fakültesi, Öğrenci, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Health Anxiety Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Medical Students in Cukurova University

Background and Aim: University education gives the student not only the vocational education but also forms the basic characteristics of that individual including health behaviors and healthy lifestyle behaviors for health promotion. Medical students' attitudes and behaviors are particularly important for themselves, their families, and the society as they are the health professionals of the future. The aim of this study was to investigate the relationship between health anxiety levels and healthy lifestyle behaviors of medical students in Cukurova University and the related factors.

Material and Methods: The study population consisted of 319 medical students in Cukurova University in 2018-2019 academic year. Socio-demographic Data Form consisting 24 questions, Health Anxiety Inventory (short version) consisting 18 questions and Healthy Lifestyle Behaviors Scale consisting 48 questions were used. Data was analyzed using SPSS 23.0 package program.

Results: Of 319 students, 58.9% were female and 41.1% were male; the mean age was 21.5 ± 2.1 years. The mean score of Health Anxiety ınventory was 17.6 ± 6.2. There was a significant relationship between self-perception and health anxiety (p=0.0001). The total score of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale was 120,1±18,1 out of 192. The mean scores of subdimensions were for self actualisation 35,9±5,9, health responsibility 21,7±4,9, physical activity 9,7±3,6, nutrition 15,2±3,6, interpersonal relationships 20,3, stress management 17,3, respectively. The total scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale and the mean scores of exercise and stress management subscales were higher in male students than female students.

Conclusion: It is good to find out that the students had no health anxiety and had moderate healthy lifestyle. It was found that students with increased level of health anxiety had less healthy lifestyle behavior. Students should be empowered about health promotion to enable them to have the ability for self-management.

Keywords: Health anxiety, Healthy life, Medical School, Student, Family Medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan; fizyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olup, çocukluktan ileri yaşlara doğru gelişim göstererek değişmektedir. Bu değişim sağlık durumu, eğitim, yaşam deneyimleri, içinde bulunduğu toplumun kültürü ve günlük yaşam olanaklarını kullanabilmesi gibi faktörlere bağlıdır.[1]

Üniversite dönemi, adolesandan yetişkinlik dönemine geçiş olduğu, bireylerin kişilik özellikleri ve karakterlerinin belirlendiği, birçok yeni davranışın kazanıldığı bir dönemdir. Bu dönemde bireylerin çevreleri ile aralarındaki; fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkileşimler kişiliğin şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle üniversite hayatı, sadece mesleki eğitimin alındığı değil, bireylerin kişilik gelişiminin temellerinin atıldığı, sağlık davranışlarında da yeni kazanımların olduğu bir süreçtir. Gencin ilgi alanlarındaki artış ile, sosyal hayata girme, bağımsızlık kazanma isteği, kendi kendine karar verme yetisinin gelişmesi, stres, gelecek kaygısı ve rol çatışmalarının yaşanabildiği bir dönemdir.[2] Bu dönemde gözlenen başlıca riskli davranışlar; sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite azlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve istenmeyen gebeliklere neden olabilen şüpheli cinsel ilişki ve yaralanmalara neden olabilecek güvensiz davranışlar ile şiddet içeren davranışlardır.[3,4] Yetişkinlik dönemindeki kronik hastalık ve hatta ölümlerin başlıca nedenleri arasındaki riskli davranışlar ve olumsuz alışkanlıklar genellikle bu dönemde edinilmektedir. Sağlıkla ilgili tutum ve davranışları öncelikle gençlerin kendisini, ileriki yaşamında da ailesini ve toplumu etkilemektedir.[5] Bu nedenle gençlerin sağlığı geliştirecek davranış biçimleri kazanmaları veya kendilerine ve çevrelerine zarar verebilecek olumsuz yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerinde; risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir.[5]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'i, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50'si yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan davranışlar nedeniyledir.[6] Geçmişte toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıklarının yerini artık hipertansiyon, Tip II diyabet, koroner arter hastalıkları, obezite gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklar almıştır. Bu bağlamda günümüz

sağlık anlayışının birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması oldukça önemlidir.[7]

Bir toplumun sağlık düzeyi, o toplumdaki sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi doğru sağlık davranışlarının yaşamın erken dönemlerinden itibaren kazandırılması ile mümkündür. Davranış değişikliği oluştururken de; sağlık düzeyini üst düzeylere çıkarmak için bireye yeterli bilgi, beceri, olumlu tutum ve davranışların kazandırılması ve bunun alışkanlık haline getirilmesi gerekir.[8]

Sağlık davranışı; sağlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili davranışların bütünü olarak tanımlanabilir.[9] Bireyin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalanmamak amacıyla yaptığı davranışlardır.[10]

Sağlığın geliştirilmesi; herhangi bir hastalık ya da bozukluğun önlenmesinin yanında, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunun daha da iyileştirilmesini hedefler.[11] Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunur. Bunlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir.[12] Walker, Sechrit ve Pender'e göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları "kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik düzeyini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması" şeklinde tanımlanmıştır.[13]

İnsan için temel bir hak olan sağlıklı olma, sağlığın korunması ve sürdürülmesi sağlık çalışanlarının temel amacı olmalıdır. Sağlık çalışanları mesleki sorumlulukları nedeniyle yaşam biçimleri ile içinde bulundukları toplumda rol model olmalı ve toplumun sağlık eğitiminden sorumlu olmalıdırlar.[14] Ancak sağlığın korunması ve sürdürülmesi; sağlık çalışanlarının olduğu kadar, bireylerin de kendi sorumluluğundadır.

Bireylerin kendi sağlıklarının iyileştirilmesinde sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önem taşımaktadır. Böylece sağlıklı yaşam bilincinin oluşması, yaşam tarzının iyileştirilmesi ve bu konuda kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir.[15,16]

Bu nedenle; sağlık çalışanlarının profesyonel rolü ve bireylerin kendi sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük yaşam alışkanlıkları haline döndürülmelidir.[11,15-18]

Sağlık anksiyetesi ilk kez Salkovskis ve Warwick (1986) tarafından, 'bireyin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olacağına ilişkin bir inancının olması ve sağlıkla ilgili aşırı kaygı duyması' şeklinde tanımlanmıştır.[19] Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni vardır; ciddi bir hastalığın olduğuna ve var olduğunu düşündüğü ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığına dair algı bulunması.[20] Sağlık anksiyetesinin görüldüğü temel psikiyatrik bozukluk ise hipokondriyazistir ve bu iki durumun birbirini izleyen bir süreklilik olduğu düşünülmektedir.[20]

Sağlık anksiyetesine sahip bireyler herhangi bir sağlık problemi olmamasına karşın, sürekli ciddi bir hastalığa sahip olma korkusu yaşarlar. Vücutlarında gerçekleşen herhangi bir fiziksel değişikliği abartılı bir şekilde kötüye yorar, aşırı endişe duyarlar.[21] Sağlık veya hastalıkla ilgili duydukları haberlerden hemen etkilenir, solunum sayılarına, kalp atışlarına, ufacık bir ağrıya takıntılı şekilde odaklanırlar ve bu algıyla sürekli bir güven, hekim ya da tetkik arayışına girerler.[21]

Üniversite öğrencileri, genç nüfusun büyük kısmını oluşturmaktadır. Geleceğin profesyonelleri tıp fakültesi öğrencilerinin ise sağlık alanındaki tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkileyebilme potansiyeli açısından oldukça önemlidir. Öğrencilerin sağlığın korunması ve sürdürülmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bu dönemde şekillenmeye ve gelişmeye devam ettiği düşünülürse, sağlıkla ilgili uygulamalarının araştırılması ve geliştirilmesi gereken konularda desteklenmesi önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisini incelemek ve bunlara etki eden faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1974 yılında, 'sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali' şeklinde tanımlanmıştır ve bu tanım günümüzde kabul görmeye devam etmektedir.[22] 1986 yılında Ottowa Sözleşmesi ile tanım geliştirilmiş; sağlık 'bir birey ya da grubun bir yandan arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğer yandan çevresini değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi' anlamını almıştır.[23] Günümüz sağlık anlayışı; bireyi, ailesini ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecek ve geliştirecek davranışlar kazanmasını ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluğu almasını sağlamak üzerinedir.[18,24]

Sağlık evrensel bir kavramdır, yüklenilen anlam kişiden kişiye, toplumdan topluma ya da kültürden kültüre farklılık gösterir. Günlük aktivitelerimizi yerine getirebilmek için bir kaynak ve kişilerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli bir durum ve haktır.[25,26]

Sağlıklı olma hali, kendiliğinden ortaya çıkmaz, intrauterin dönemde başlar ve dünyaya geldikten sonra da sağlık hizmetlerine erişim imkânları sağlığımızı etkiler. Bunun dışında tüketilen besinler, egzersiz ve fiziksel aktivite düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, tütün dumanına maruziyet, sosyal ilişkiler, yaşanılan çevre ve diğer birçok faktör sağlığımızı etkilemektedir.[25] Bu faktörler göz önünde bulundurularak; sağlığın fiziksel, ruhsal, spiritüel ve sosyal olarak bileşenleri oluşturulmuştur.[26-28]

Fiziksel sağlık; bir organın fizyolojik olarak bütünlüğünün tam olması ve işlevinin devam etmesi demektir. Organın fizyolojisindeki aksamalar, fiziksel sağlığın bozulduğunu göstermektedir.

Ruhsal sağlık; bireyin, yaşadığı tüm alanlara müdahale edebiliyor olma gücünü hissetmesi ve farkındalığıyla ilgilidir.

Spiritüel sağlık; yaşam, hastalık, sağlık, acı, ağrı, ölüm gibi kavramların anlamlarını bulmada bireylere yardımcı olur. Geçmişte spiritüel boyutu, sadece dini fonksiyonlarla sınırlıyken; Elison spiritüalizmi, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen 'birleştirici güç' olarak tanımlamıştır.[26,27]

Sosyal sağlık ise; kişinin, toplum içindeki konumuna göre, kendisinden beklenen rolleri yerine getirmesidir. Toplumsal yapının bireye bakışını yansıtmaktadır.[29]

Sağlık düzeylerine göre ise; negatif, nötral ve pozitif sağlık olarak üç boyutta değerlendirilebilir;[27]

i. Negatif sağlık: Tedavi ve rehabilitasyon yapılmasının gerektiği sağlık durumudur. Sigara içme, alkol ya da madde kullanımı, kötü beslenme, tedaviye uyumsuzluk, sağlığa o anda ya da zamanla zarar verecek negatif sağlık davranışlarıdır.[27]

ii. Nötral sağlık: Herhangi bir hastalık durumunun olmadığı, dengeli sağlık durumudur. Sağlığı geliştirebilmek için önce negatif sağlık durumundan, nötral sağlık durumuna ulaşılması gerekmektedir.[27]

iii. Pozitif sağlık: Sağlığın geliştirildiği, iyilik düzeyinin arttığı sağlık durumudur. Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini yükselten, potansiyel sağlığı güçlendiren sağlık davranışlarını ifade etmektedir.[27]

2.2. Sağlığın Belirleyicileri

Gündelik yaşam içinde hemen her şey sağlığımız üzerine doğrudan ya da dolaylı etki etmektedir. Bireyselden başlayarak çevresel ve sosyal herhangi birşey sağlıkla ilişkilendirilebilir. Bireysel sağlık davranışları, eğitim, barınma ve çalışma koşulları, sosyoekonomik durum, yaşanılan toplumun kültürü, politik ortamı, ülkenin gelişmişlik düzeyi gibi birçok unsurdan etkilenir. Bu unsurlar, sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılabilir.[30] Aynı zamanda genetik faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim, sağlık gibi hizmetlerinin ulaşılabilirliği, hava, su kalitesi, fiziksel aktivite, alkol veya madde bağımlılığı gibi çok çeşitli etkenler de sağlığın belirleyicileri olabilir.[30]

Sosyoekonomik düzey, sağlığın en önemli belirleyicilerinden biridir. Gelir düzeyi düştükçe hastalık oranları artar, yaşam süresi kısalır. Kalabalık aileler, yetersiz beslenme, kötü hijyen koşulları ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir.[31]

Psikolojik ve sosyal şartlar, uzun süreli strese, kaygıya, güvensizliğe, özgüven eksikliğine, sosyal izolasyona, kontrol bozukluğuna neden olabilir ve tüm bunlar bireyin iş ve özel yaşamında önemli sorunlara ve ruh sağlığının bozulmasına ve

erken ölümlere yol açar. Sosyal destek ve gelişmiş sosyal ilişkiler, sağlığa önemli katkı sağlar. Kişilerarası iletişim ve iyi ilişkiler bireylerin kendilerini daha değerli ve güvende hissetmesini sağlar. Duygusal ve sosyal destekten yoksun bireylerin kronik hastalıklara yakalanma ihtimalleri daha yüksektir.[31]

Bağımlılık, bir maddenin sağlığı olumsuz etkilemesine karşın kullanımının devam etmesidir. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı toplumlar için önemli bir sorundur.[31]

Sağlığın bir diğer belirleyicisi olan sağlık eğitimi; bireylerin bilgi ve becerileri arttırarak sağlıklı tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlar. Sağlık eğitiminin sağladığı yararlar; riskli davranışların önlenmesi, koruyucu hizmetlerden yararlanma bilincinin oluşturulması, erken tanı ve tedavi olanaklarının araştırılması ve tıbbi tedavi önerilerine uyma davranışının kazandırılması olarak sayılabilir.[32]

Sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri de, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Bireylerin sağlığın korunması yönündeki davranışları, sağlık sorunları karşısında sergiledikleri davranışlar genel olarak 'sağlık davranışı' olarak ifade edilmektedir.[33] Sağlık davranışı, aile, toplum ve eğitim ile kazanılır, zamanla gelişip değişebilir. Bireyin iyilik halini sürdürmesini, kendini gerçekleştirmesini sağlayan, kendisi için doğru olana karar verdiği davranışlar olup sağlık bilinci ve sorumluluğuna sahip olmayı kapsamaktadır.[34]

2.3. Sağlığın Korunması:

Sağlığın korunması; bireyin sağlığı bozacak olumsuz davranış ve tutumlardan uzak durarak, sağlığını daha iyi bir düzeye çıkarabilecek davranışları benimsemesi olarak tanımlanabilir. Sağlığın korunması, bireyin fiziksel, sosyal ve biyolojik çevresiyle uyum içinde olmasını gerektirmektedir. Leavel ve Clark 1965'te, sağlığı koruma düzeylerini; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olarak üç ana sınıfa ayırmıştır.[35]

2.3.1. Birincil Koruma

Birincil koruma hastalık oluşmadan, önlenmesine yönelik eylemlerdir. Bu önlemler; hastalıkları azaltmak ve bu hastalıklara karşı tutum geliştirerek koruyucu

hizmetlerden yararlanmaya yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bireyleri hastalıklardan koruyan bağışıklama, karsinojenler/mesleki tehlikeler/çevresel risklere maruz kalan bireylerin iyileşme sürecindeki müdahaleler birincil koruma kapsamına girmektedir. Sağlığa yararlı ve koruyucu ekolojik koşulların belirlenmesi ve güçlendirilmesi, sağlık risklerinin belirlenerek azaltılması yönündeki uygulamalar birincil korunma stratejileridir.[27,36]

2.3.2. İkincil Koruma

Koruyucu davranışların belirlenerek, mevcut sağlık sorunlarının erken dönemde teşhis edilip azaltılması gibi uygulamalar ikincil koruma stratejileri arasında yer alır. Hastalıkların ilerlemesi önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. Kronik hastalıkların erken dönemde tanınarak, komplikasyonlarının önlenmesi amaçlanır.[27,36] Bu bağlamda görüntüleme ve tarama programları, toplumun değerlendirilmesi, olguları bulmaya yönelik çalışmalar, rutin mental ve fiziksel testler ve erken tedavi yöntemleri ikincil koruma kapsamındadır.[37] Meme, serviks ve kolon kanserine yönelik tarama programları, riskli gruplarda tüberkülin deri testi yapılması, gestasyonel diyabet için gebelere prenatal tarama testlerinin yapılması gibi periyodik muayeneler, tarama testleri ve tedavi ikincil korumaya yönelik çalışmalardır.[38]

2.3.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma ile, bakım ve tedavi sağlayarak hastalığın semptomlarının ve engelliliğin azaltılıp ilerlemesini durdurmak ve sağlığı iyileştirmek amaçlanmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde meydana gelen yapısal, işlevsel ve ruhsal bozulma sonrası bireyin özbakımını sağlaması için çalışmalar yapılarak, eski yaşamına dönmesi sağlanmaya çalışılır.[39,40] Diyabetik hastalarda kan şekeri kontrolü, astımlı hastalarda antienflamatuvar tedavi vb. üçüncül korumaya örnek olarak verilebilir.

2.3.4. Dördüncül Koruma

Dördüncül koruma; gereksiz veya aşırı müdahalelerin sonuçlarını hafifletmek veya önlemek için yapılan sağlık faaliyetlerini kapsamaktadır.[39]

2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi ya da iyileştirilmesi; herhangi bir hastalık ya da bozukluğun önlenmesinin yanısıra bireyin genel sağlık ve iyilik düzeyinin arttırılmasını hedefler.[11]

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimi, ekonomik ve çevresel tüm destekler sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak tanımlanır.[41] Bu konuda bireylerin bilgi, beceri, tutum ve alışkanlıklarını arttırmakla birlikte, barınma, eğitim, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, gıda, gelir düzeyi, dengeli ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik gibi faktörler de sağlığın geliştirilmesini etkiler.[42]

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde ortak hareketi belirlemek amacıyla, dünyanın birçok yerinde, çeşitli örgütler tarafından çok uluslu konferanslar düzenlenmiş, hedefler ortaya koyulmuş, bu konuda birçok bildirge yayınlanmıştır.[43,44] İlk olarak 1986 yılında, Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi hazırlanmış; sağlıkta temel stratejilerin belirlenmesi, hakkaniyetin sağlanması, sağlığa yönelik ön koşulların sağlık sektörü de dahil olmak üzere toplumun her kesiminin katılımıyla sağlanması gerektiği belirtilmiştir.[41] Aynı zamanda bildirgede, 2000 yılı ve sonrasında 'Herkes için Sağlık' sloganına ulaşma faaliyetlerinin koşulları üzerinde durulmuştur.[45] 1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde, 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı düzenlenmiş, 'Sağlıklı Halk Politikası' stratejileri belirlenmiştir.[45] 21. Yüzyılda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik eylemler, Jakarta Bildirgesi'ne konu olmuş ve ilk kez özel sektör de dahil edilmiştir.[41] Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Konferansı ile dünyadaki bütün insanların, çevrelerini sağlığı destekleyici hale getirmede aktif rol alması gerektiği kabul edilmiştir.[41] 2005 yılında Bangkok'ta toplanan 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonunda ise şu kararlara varılmıştır; sağlığın geliştirilmesi için dört temel husus belirlenmiştir: Küresel gelişim gündeminin merkezinde yer almalı, sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin esas yükümlülüğü haline gelmeli, sağlığın geliştirilmesi sivil toplumların ve toplulukların odak noktası olmalı, müşterek uygulamaları gerekli kılmalıdır.[46]

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın hedeflerini gösteren 2010 - 2014 Stratejik Planı'nda halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek amacıyla ilk stratejik

amaç ‘Toplumu sağlığa yönelik risklerden korumak’ olarak yer almış, bu amacın ilk alt hedefi ‘Bireyin sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak’ olarak belirlenmiştir. Bu amaca yönelik olarak, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, işgücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması kapsamında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı kurulmuştur.[27,47]

2.5. Sağlığın Korunması, Geliştirilmesi ve Aile Hekimliği

Birinci basamak, en sık başvuru yapılan sağlık hizmeti basamağı olup sağlığın korunması ve geliştirilmesinde büyük öneme sahiptir.[48]

Aile hekimleri; bireylere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve sürekli kapsamlı sağlık hizmeti sunarken hem disiplinin temel özellikleri gereği hem de bu bireylerle sık, yakın ve uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olmalarından dolayı sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun konumda olan hekimlerdir. Hastanın sağlık bakımını planlarken, hasta ve ailesiyle kurduğu ilişki, hastanın özgeçmişi, kişilik yapısı, korku ve beklentileri ile ilgili bilgi sahibi olması nedeniyle diğer tıp disiplinleri arasında en uygun kişidir.[49] Ayrıca aile hekimlerinin, bireyleri sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra, onların zarar görmesini engellemek için ‘hasta savunuculuğu’ görevi de vardır.[50]

Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları hakkında danışmanlık yapan hekimler, sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilirler.[51] Aile hekimi, kendisine kayıtlı her bireye olumlu yaşam tarzı değişikliklerini önerir ve destekler; periyodik sağlık muayenelerini yaparak sağlığı geliştirir ve erken tanı ve tedavi sağlar.[52,53] Bu nedenle, aile hekimlerinin bu konudaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını değerlendirmeleri ve gereksinimlerini belirleyerek tamamlamaları önemlidir.[54]

Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri de, uzmanlık eğitimini tamamladığında bu konuda yeterlilik kazanabilmek için, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi’nin

(American Academy of Family Physicians) eğitim programı kılavuz olarak kullanabilir. Amerika Aile Hekimleri Akademisi'nin önerdiği eğitim programına göre sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi konusunda uzmanlık eğitimi tamamlandığında kazanılması amaçlanan yeterlilikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Amerika Aile Hekimleri Akademisi'nin önerdiği eğitim programı[55]

• Koruyucu sağlık hizmetlerini hizmet sağlayıcılar, kuruluşlar ve devlet kurumları arasında koordine edebilmelidir. (Sistem-temelli Uygulama)
• Risk faktörlerinin azaltılması, tarama ve hastalıklardan korunma ile ilgili öneriler konusunda hasta ve hasta ailesi ile etkili ve sevecen bir iletişim kurabilmelidir. (Kişiler arası ve İletişim Becerileri)
• Her yaştan hastalar için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda güncel, kanıt-temelli örgütsel kaynaklar ve önerileri belirleyebilmeli ve onlara erişebilmelidir (Uygulama-temelli Öğrenme ve Gelişim, Hasta Bakımı)
• Sağlıklı bir yaşam tarzı ile örnek oluşturarak önleyici sağlık ilkelerini benimseyebilmelidir (Profesyonalizm, Kişiler arası ve İletişim Becerileri)
• Sağlıklı yaşam tarzı geliştirme ve hastalıkları önlemeye dikkat ederek detaylı öykü ve fizik muayene gerçekleştirebilmelidir (Hasta Bakımı)
• Tarama anımsatıcılarına yönelik olarak poliklinik ortamında hastayı hatırlama amacına yönelik bir sistem kurmalı veya var olan sistemi kullanabilmelidir (Sistem-temelli Uygulama)
• Mevcut sağlık hizmeti sunum sisteminde hastaları savunmalı ve sağlığın korunması ile hastalığın önlenmesini geliştirmek amacıyla sürekli olarak çaba gösterebilmelidir (Profesyonellik, Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama)
• Kalite, güvenlik ve herkes için erişime odaklanmış kapsamlı, koordine edilmiş ve sürekli bakımın olduğu hasta-temelli birinci basamak kavramına bağlılık gösterebilmelidir (Sistem-temelli Uygulama, Profesyonellik)
• Sağlığı geliştirme ve ikincil koruma aracı olarak, kronik hastalık tedavi planlarını harekete geçirebilmeli, takip edebilmeli, hastalara ve diğer ekip üyelerine aktarabilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama)
• Hastayı önemli ilişkiler bağlamında değerlendiren ve aile sistemleri odaklı bir hasta bakım yaklaşımı sergileyebilmelidir (Hasta Bakımı, Sistem-temelli Uygulama)

2.6. Sağlık Anksiyetesi

Anksiyete (kaygı=bunaltı); bireyin kendini tehdit altında hissettiği durumlarda ortaya çıkan sıkıntı, endişe ile birlikte bazı bedensel reaksiyonların oluştuğu bir durum olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın her aşamasında, herkes tarafından belli düzeyde yaşanmakla birlikte bazen ağırlaşarak patolojik bir duruma dönüşebilir.[56] İş başvurusu yaparken, kalabalık gruplar önünde konuşma yaparken kaygılanmak hemen herkesin hissettiği bir durumdur. Anksiyete sırasında vücudu tehlikeye karşı korumak için, nefes alma hızı, kalp atışları ve beyindeki kan akışı hızlanır. Bu tepkiler fizyolojiktir. Ama bu durum giderek artarsa vücutta halsizlik, yorgunluk hali ortaya çıkar ve sürekli tekrarlayan bu anksiyete bireyde hem fiziksel hem de ruhsal olarak yıkıcı durumlara yol açabilir.[57]

Sağlık anksiyetesi ilk kez, 1986 yılında, Salkovskis ve Warwick tarafından 'bireyin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına bağlı olarak ciddi bir hastalığı olduğuna ya da olacağına ilişkin bir inancının olması ve sağlıkla ilgili aşırı kaygı duyması' şeklinde tanımlanmıştır. Bu durum başlı başına psikiyatrik bir durum olarak görülebildiği gibi depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklara eşlik de edebilir.[19] Salkovskis ve Warwick, 2001 yılında ise; sağlık anksiyetesinin evrensel bir olgu olduğunu, genel toplumda ve klinik ortamlarda oldukça yaygın olduğunu bildirmişlerdir.

Sağlık anksiyetesi olan bireyler, sağlığı ile aşırı ilgilenir ve sürekli ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağını düşünür. Bedensel duyum ya da işlevlerindeki değişikleri abartarak bu hastalığın habercisi olarak nitelendirir, aşırı korku yaşarlar. Nefes alışverişlerine, kalp atışlarına, ufacık bir ağrıya takıntılı şekilde dikkat eder ve kontrol ederler. Sağlık ve hastalıklarla alakalı duydukları, gördükleri bir haber veya olaydan çok çabuk etkilenirler.[58] Anksiyete yaygın olarak; kanser, miyokard infarktüsü, strok ya da psikiyatrik hastalıklar oluşacağı ile ilgilidir. Sağlık anksiyetelerini, yaşanan olumsuz olaylar (yakın bir akraba ya da arkadaşın ciddi bir hastalığa yakalanması gibi) ya da ortaya çıkan bazı durumlar tetikleyebilir.[59]

Bireyler anksiyeteleriyle başa çıkmak için güvenlik sağlayıcı bazı davranışlarda bulunurlar. Bu davranışlardan en sık olanlar; hastalığı hatırlatan durumlardan kaçınma, güven sağlayan bilgileri araştırma, tekrarlayan hastane/hekim başvuruları, hastalık düşüncesini baskılama, yediklerine ve egzersize aşırı özen göstermedir. Güvenlik sağlayıcı davranışlar, anksiyete bozukluğunun sürmesinden de kısmen sorumlu olabilir.[60]

Sağlık anksiyetesinin; sürekli olarak kötü bir hastalık hakkında düşünmek ve eğer bu hastalığa sahip olunursa çok kötü sonuçlara yol açacağı düşüncesi olmak üzere iki yönü vardır. Bu durum halk arasında "hastalık hastalığı" olarak bilinen hipokondriyazis'dir. Ana belirtisi ciddi sağlık anksiyetesi olan hipokondriazis, fiziksel ve psikolojik işlevselliği ve iş performansını son derecede etkileyen ve tedavi edilmezse kronikleşebilen bir psikiyatrik bozukluktur.[61] Sunderland ve arkadaşları 2013 yılında, Avustralya'da genel nüfus ile yaptıkları çalışmada, sağlık anksiyetesinin özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi ve bipolar bozuklukta görüldüğünü, yaşam boyu sağlık anksiyetesi yaşayan bireylerde

yaygın anksiyete bozukluğu görülme oranının altı kat daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir.[19] Bu bireyler sürekli olarak yaşadıkları korku ve takıntılı hareketlerinden dolayı, bir süre sonra yaşamtan zevk almamaya başlarlar. Sürekli olarak hekim kontrollerine gidip, tetkik yaptırdıkları ve sağlık takıntılarının hastalık olduğunu kabul etmeyerek psikiyatrik muayene konusunda gönülsüz oldukları belirtilmektedir.[58] Bu durumun bir diğer boyutu da, sık hekim başvuruları ve tanısal incelemelerin önemli sağlık harcamalarına yol açmasıdır.[19,62]

Hipokondriyazis; ilk zamanlarda tedaviye dirençli, prognozu kötü ve kronik seyir gösteren bir rahatsızlık olarak görülmüştür.[63] Ancak daha sonra anksiyete bozukluklarında kullanılan tedavi yöntemlerinin hipokondriazis ve sağlık kaygısında da kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu alanda daha çok bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmış ve BDT'nin sağlık anksiyetesini ciddi oranda azalttığı birçok çalışmada gösterilmiştir.[64-67]

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Önceleri sağlığın korunması ve geliştirilmesi denildiğinde, insanların aklına ilk olarak hekimler, hemşireler ve hastaneler gelirken daha sonra sağlığın bireyin kendi sorumluluğu ve yaşam biçimi ile çok ilişkili olduğu fark edilmeye başlanmıştır.[42] Günlük yaşamda egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi birçok faktör, sağlığı etkilemekte ve kardiyovasküler hastalık riskine etki etmektedir. Hipertansiyon, tip II diyabet gibi kronik hastalıklarda morbidite ve mortalite düzeyinin, yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği çalışmalarla belirtilmektedir.[68]

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yalnızca hastalığı önlemeye yönelik olmayıp aynı zamanda yaşam boyu bireyin genel sağlık ya da iyilik durumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır.[69] Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi başlıklarını içerir.[70-73]

2.7.1. Beslenme

Beslenme; vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi ve yaşamın sağlıklı, mutlu bir şekilde sürdürülebilmesi amacıyla vücudun, yediğimiz gıdalardan yararlanması olarak tanımlanabilir.[74] Uluslararası insan hakları belgelerinde beslenme bir hak

olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu ile refah düzeyi ile paralellik gösterdiği kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı, güçlü olmasında, ekonomik ve sosyal olarak gelişmesinde ve refah düzeyinin artmasında dengeli ve yeterli beslenme temel koşullardan biridir.[75]

Besinlerin yapısında, iki grup besin ögesi bulunur. Makro besin öğeleri; günlük diyetle fazla miktarda alınan gruptur. Karbonhidrat, yağ ve proteinler bu gruptadır. Mikro besin öğeleri ise; vücutta işlevleri çok önemli olmasına rağmen, daha az miktarda alınan ve gereksinim duyulandır. Vitamin, mineral ve eser (iz) elementler (demir, flor vb.) gibi öğeler de bu gruptadır.[76] Tüm canlılar yaşamlarının devamı için enerjiye gereksinim duyarlar. Enerjilerini oksijen kullanarak ya da oksijensiz yollarla sağlarlar. Ancak enerji üretiminde; besin kullanımı ortaktır.[77]

Yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zeka gelişimleri normalden düşüktür. 1900'lü yıllarda, Japonya'da 12 yaş grubu çocukların boy ortalaması 134 cm iken 1960 yılında aynı yaş grubunun boy ortalaması 142 cm'ye ulaşmıştır. Bu artışın, besin üretimi ve tüketimindeki artışa bağlı olduğu ifade edilmiştir. Yine yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık, daha ağır seyretmekte ve daha öldürücü olmakta, kronik hastalıklar belirgin hale gelmektedir.[78]

Sağlıklı ve doğru beslenme dört madde ile açıklanabilir:[79]

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

Dengeli ve yeterli beslenme; bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu ortama göre, vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve işlevselliğinin devamı için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması şeklinde açıklanabilir.[78]

1958 yılında, merkezi Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) olan Besin ve Beslenme Konseyi, besinleri dört grup altında toplamanın uygun olacağını belirtmiştir.[80] Buna göre besin grupları şunlardır:[80]

- Süt ve Süt Ürünleri Grubu: Kalsiyum, protein, fosfor, vitamin B_2 ve B_{12} önemli birçok besin öğesinin kaynağıdır. Tüm yaş grubundaki bireylerin süt ve süt yerine geçebilen besinleri tüketmesi gerekmektedir. Bu grup kemik ve dişler üzerinde önemli rol oynamaktadır.

- Et, Yumurta ve Kuru Baklagiller Grubu: Bu grup besin kaynağı olarak protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B_1, B_6, B_{12} ve A vitamini, kuru baklagillerde posa içermektedir. Bu grup, günlük iki porsiyon kadar tüketilmelidir.

- Sebze ve Meyve Grubu: Bitkilerin her türlü yenebilen kısmı bu grupta toplanabilir. Günlük gereksinim olan karbonhidrat, yağ ve proteinin çok azını karşılayan meyve sebze grubu, vitamin ve mineral açısından oldukça zengin olmakla birlikte bileşimlerinin büyük kısmını su oluşturmaktadır.

- Ekmek ve Tahıl Grubu: Tahıl ve tahıl ürünleri içerdikleri vitamin, mineral, karbonhidrat (nişasta, lif) ayrıca tahıl tanelerinde bulunan vitamin E nedeniyle sağlık açısından önemlidir. Enerji gereksinimi fazla olan, ağır ve yorucu işlerde çalışan bireyler bu grubu daha fazla tüketebilirler.[80]

Besin ve Beslenme Konseyi 1958 yılında, besinleri dört grup altında toplamıştır; süt grubu, et-yumurta-kuru baklagiller grubu, sebze ve meyve grubu, ekmek ve tahıl grubu. Yeterli ve dengeli beslenme için bireyler, gereksinimlerine göre her gruptan belli miktarda porsiyon tüketerek kalori dengesini sağlamalıdır. Ortalama birey için tavsiye edilen porsiyon sayı ve miktarı, günde 1600 ile 2400 kalori arasında değişebilen enerji gereksinimine göre düzenlenmelidir.[81]

Kilolu veya obez olmak; kan basıncı yüksekliği, yüksek kan kolesterolü, kardiyovasküler hastalıklar, strok, diyabet, solunum yetersizlikleri ve bazı kanser türleri gibi sağlık sorunlarının riskini arttırmaktadır. Zayıflık ise; vücut direncini düşürdüğü için yine istenmeyen bir durumdur. Bireylerde, boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemek için farklı yöntemler kullanılır. Beden Kitle İndeksi (BKİ), en sık kullanılan pratik bir yöntemdir.[80]

BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu $(m)^2$ formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre, BKİ;

- <18,5: zayıf
- 18,5-24,99 arası: normal
- 25,0-29,99 arası: kilolu

- 30,0-34,99 arası: sınıf-I obez
- 35,0-39,99 arası: sınıf-II obez
- 40,0 ve üzeri: sınıf-III obez olarak değerlendirilmektedir.[82]

2.7.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite; iskelet kasları tarafından enerji tüketimi ile gerçekleştirilen, vücudun herhangi bir hareketi olarak tanımlanır. Fiziksel hareketsizlik ise; dünyada mortalite oranının artmasına neden olan risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır.[83]

'Fiziksel aktivite' kavramını, planlanmış, yapılandırılmış, tekrarlayan ve fiziksel uygunluğu geliştirmeyi veya sürdürmeyi amaçlayan, fiziksel aktivitenin alt kategorisi olan 'egzersiz' ile karıştırmamak gerekir.[84] Fiziksel uygunluk ise; gündelik işlerin yorgunluk hissetmeden, canlı bir şekilde yapılabilmesi, boş zamanları neşeli uğraşlarla geçirebilmek için gerekli enerjiye sahip olunması ve beklenmeyen durumları karşılayabilecek yeterliliğe sahip olunması olarak tanımlanabilir. Egzersizin amacı; fiziksel uygunluğu geliştirmek için oksijen dağılımını yapmak, metabolik olayları düzenlemek, kas-eklem hareketlerini iyileştirmek ve vücudun yağ oranını azaltmaktır.[77,85]

Düzenli ve orta yoğunlukta yapılan yürüyüş, bisiklete binme ya da herhangi bir spor dalına katılma gibi fiziksel aktiviteler sağlık için yararlıdır. Kardiyovasküler hastalık, diyabet, kolon ya da meme kanseri ve depresyon gibi hastalıkların riskini azaltmaktadır. Ayrıca, yeterli düzeyde yapılan fiziksel aktivite, kalça ve vertebra kırık riskini azaltmaktadır ve kilo kontrolünde yardımcıdır.[83]

Düzenli fiziksel aktivite, çocuk ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişmesinde, karakter gelişiminde olumsuz alışkanlıklardan kaçınmada, sosyalleşmede, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında, zihinsel ve bedensel fonksiyonların korunmasında, diğer bir deyişle yaşam boyu yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli farklar yaratmaktadır.[77,86]

2.7.3. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesi olarak tanımlanır. Bu kavram, bireyin

sağlığına ne düzeyde katıldığını, sağlık bakım kalitesini belirler. Bireyin kendi sağlığıyla ilgili alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıyıp, sağlığı ile ilgili değişiklik olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Periyodik sağlık muayenelerini aksatmaması,
- Sağlık bilgileri konusunda kendini yenilemesi,
- Sağlık yayınlarını takip etmesi,
- Sağlığını izleyerek, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklik olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir.

Sağlığına önem veren bireylerin, bu tutum ve davranışlara dikkat etmesi gerekir.[87]

Sağlıklı toplumlar için, bireylerin kendilerini hastalıklardan koruması ve sağlıklarını geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilemesi gerekmektedir.[88]

2.7.4. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kavramı, sağlıklı bireylerin davranışlarını yöneten temel güçtür. Bir bireyin sağlıklı davranışlarda bulunması, geliştirebilmesi ya da sürdürebilmesi için öncelikle kendini gerçekleştirme alt boyutunun gelişmiş olması gerekmektedir.[36,89]

Kendini gerçekleştirme, insanın iç güdüsünü yöneten bir davranış olmakla birlikte, imkansızı yapmaya çalışan bir gelişme düzeyidir. Kendini tam anlamıyla gerçekleştirebilmiş bir birey, nasıl biri olduğunu bilir ve kendi amaçlarına yönelik bir yaşam sürer, bu nedenle kendini gerçekleştirme manevi gelişimde oldukça önemli bir yere sahiptir.[70,90] Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesinde bir güçtür, hem fiziksel boyutu kapsar hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Yaşamın anlamı ve amacına ulaştığı yer bireyin tinsel alanıdır.[91]

Davranışları yönlendiren en önemli etken, bireylerin gereksinimleridir. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nde bu gereksinimler sırasıyla fiziksel gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimler, benlik gereksinimleri (kendini başkalarına gösterme) ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri (bireylerin sahip oldukları potansiyeli geliştirme ve yaratıcılıklarını en üst düzeye çıkarma) olarak sıralanmaktadır.[36,89] Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşisinin üst

basamağında yer alır. Maslow'a göre kendini gerçekleştirme özelliği olan bireyler gerçeği olduğu gibi algılama, içten geldiği gibi davranma, sorun çözme yeteneğine sahip olma, bağımsız iş yapabilme, takdir etme, demokratik olma, yaratıcı olma ve sosyal sorunlara duyarlı olma gibi özelliklere sahiptirler.

Kendini gerçekleştirme süreci yaşamla birlikte başlayıp, aile, eğitim kurumları ve çalışma yaşamının etkili olduğu önemli bir süreçtir. Bunlar, bireyin içinde varolan kendini gerçekleştirme potansiyelini açığa çıkarabilmesi açısından önemlidir.[36,89]

2.7.5. Kişilerarası İlişkiler

Türk Dil Kurumu'na göre ilişki; iki şey arasındaki karşılıklı ilgi, bağ, münasebet, temas ve bağlantı olarak tanımlanır.[92] Kişiler arası ilişki kavramı ise; bireyin aile, toplum ve arkadaşlık ilişkilerini içermektedir. Burada önemli olan doğru ve uygun iletişimin kurulabilmesidir.[70]

Chen'e göre, kişilerarası ilişki desteği; aile ve yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgi göstermek ve içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirilmiştir.[93]

Kişilerarası ilişki kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne-babasıyla etkileşimi, öğrenci-öğretmen etkileşimi, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler gibi örneklerle somutlaştırılabilir.[91]

Bireyler yaşamın herhangi bir döneminde hastalık, boşanma, ölüm, ekonomik kayıp gibi çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir. Bu dönemde bireyin çevresiyle kurduğu iletişim ve çevresinden aldığı destek çok önemlidir.[70]

Kişilerarası destek veren bireylerin karşılık beklemeden, güven veren bir tutumla iletişim kurup kişiye yardım etmesi, sorun yaşayan bireyin baş etmesine katkıda bulunmaktadır. Çevresinin desteğini alan bireyin sorunlarla başa çıkması kolaylaşmakta ve böylece bireyin yaşam kalitesi artmaktadır.[70]

2.7.6. Stres Yönetimi

Stres, bireylere, onların davranışlarına ve başka insanlarla ilişkilerine etki eden bir kavramdır. Gerginlik ve sürekli endişe duyma hali, aşırı alkol ve sigara kullanımı,

uykusuzluk, iletişim sorunları, yetersizlik duygusu, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları, kan basıncı yüksekliği şeklinde fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler de bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Stres etmeni olan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar bireyin kendi organizmasını zorlayan, akut ya da kronik, iç ya da dış uyaran veya durumlardır.[94,95]

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir kontrol sağlayabilmek için bireyin fiziksel ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesi olarak tanımlanır.[96] Yaşam standardını yükseltmek için durum ya da duruma verilen tepkiyi değiştirmektir.[97]

Stres etmenleri (stresörler) üçe ayrılır:[98]

- Fiziksel etmenler: Açlık, yoğun egzersiz, cerrahi girişimler, gürültü kirliliği, travma vb. dir.

- Sosyal etmenler: Bireyin çevresi ile ilişki ya da çatışması sosyal stres etmenidir.

- Psikolojik etmenler: Fiziksel ve sosyal etmenlerin sonucunda ya da kendiliğinden ortaya çıkan hayal kırıklığı, izolasyon gibi etmenlerdir.[98] Fiziksel ve psikolojik etmenler sonucu bireyde birtakım değişiklikler oluşmaya başlar ve bu oluşum evreler halinde devam eder. Araştırmacılar bunu 'Genel Adaptasyon Sendromu' olarak tanımlamaktadırlar. Örneğin; çalışma ortamında ortaya çıkan sorunlara karşı koyabilmek için kişinin geliştirdiği adaptasyon mekanizmasının devreye girmesiyle, kişi önce alarm reaksiyonu gösterir. Sonra direnç evresi başlar ve en son tükenme ile karşı karşıya kalır.[99]

Stresle başaçıkmada geliştirilen bireysel stratejiler; bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizleri, meditasyon, gevşeme (relaksasyon), beslenme, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler yararlı olabilmektedir. Diğer bir bireysel olarak stresle başaçıkma yolu, Braham tarafından geliştirilen, yaşam tarzı değişikliğini içeren DKBY modelidir. Bu modelde D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir.[97]

Değiştir: Bu adımda mümkünse, içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmek gerekir. Olumsuz durum değişirse neden olduğu stresin ortadan kalkacağı düşünülür.

Kabul et: Değiştirmenin mümkün olmadığı durumda, koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Duygusal ve zihinsel olarak olaylara farklı açıdan, yeni ve farklı yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Bu adımda düzenli egzersiz, diyet, meditasyon ve duygusal destek gibi yöntemlerle, gelecekte stres oluşturabilecek etmenler ortadan kaldırılabilir.[97]

Stres yönetiminde, bireysel stratejilerin yanında örgütsel stratejiler de bulunmaktadır. Örgütsel stratejiler ise çoğunlukla, bireylerin iş yaşamındaki stresi kontrol etmek amacıyla kullanılmaktadır.[94,95]

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini incelemek, bunlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırma, katılmaya gönüllü olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini; 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan toplam 1886 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, güven düzeyi 0.95 ve bulacağımız ortalamanın ±1 birim sapma yapabileceği düşünülerek minimum 319 olarak hesaplanmıştır. Anket formunu eksik dolduranlar dahil edilmemiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, aylık gelir, geçirilmiş hastalık varlığı, beslenme, egzersiz gibi bağımsız değişkenleri içeren 24 soruluk sosyodemografik veri formu ile bağımlı değişkenler; Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

Kullanılan veri toplama araçları:

i. Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1): Bu formda araştırmaya katılan öğrencilerin, tanımlayıcı ve bazı sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Öğrencilerin; yaş, cinsiyet, sınıf, gelir durumu, geçirilmiş hastalık/kaza/operasyon varlığı, sigara, alkol kullanma durumu, boy ve kilo ile anne ve babanın eğitim durumu sorgulanmıştır. Bu bölüm toplam 24 sorudan oluşmaktadır.

ii. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon) (Ek 2): Sağlık Anksiyetesi Ölçeği, Salkovskis ve arkadaşları tarafından 'Sağlık Anksiyete Düzeyini' ölçmek

için geliştirilen, 18 maddeden oluşan bir özbildirim ölçeğidir. İlk 14 madde, dört seçenek içerir ve katılımcıların ruhsal durumlarını sorgulamaktadır. Kalan dört madde ise, yine dört seçenek içerir, katılımcıların ciddi bir hastalığa sahip olduğu varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceği sorgulanmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Alınabilecek toplam puan 0-54 arasında değişmektedir. Yüksek puan düzeyi, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip olunduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal dili İngilizce'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır.[100]

iii. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği (Ek 3): SYBD ölçeği, 1987 yılında, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak Walker ve ark. tarafından geliştirilmiştir.[101] Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile birlikte sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçek, tümü olumlu ifadeler içeren, toplam 48 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin; kişilerarası destek, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve egzersiz, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme olmak üzere altı alt-boyutu vardır. Her bir alt-boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 'hiçbir zaman' 1, 'bazen' 2, 'sık sık' 3, 'düzenli olarak' yanıtına 4 puan verilmiştir. En düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin tümünün puanı SYBDÖ puanını verir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Orijinal dili İngilizce'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır.[102]

SYBDÖ 1996 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından tekrar çalışılarak revize edilmiş ve 52 sorudan oluşan SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır.[103]

Kendini gerçekleştirme alt-boyutu; bireyin yaşamda kendini ne kadar geliştirebildiğini ve tanıdığını belirler.

Sağlık sorumluluğu alt-boyutu; bireyin kendi sağlığını ne derece önemsediği ve kendi iyilik hali için aldığı sorumluluğu ve gösterdiği özeni belirler.

Fiziksel aktivite alt-boyutu; sağlıklı yaşamın temeli olan fiziksel aktivitenin, birey tarafından ne düzeyde uygulandığını belirler.

Beslenme alt-boyutu; bireyin beslenme alışkanlıklarıyla, kendi öğünlerini seçme, düzenleme ve bu seçimlerde değişiklik yapmasını belirler.

Kişilerarası ilişkiler alt-boyutu; bireyin aile, arkadaşlar gibi yakın çevresiyle olan iletişimini ve bu iletişiminin sürekliliğini belirler.

Stres yönetimi alt-boyutu; bireyin stres faktörleri farkındalığını ve stres yönetimini belirler. Gerilimi azaltmak ya da kontrol edebilmek için, bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynaklarını belirleyerek harekete geçebilmesidir.

SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puan aralıkları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. SYBDÖ madde sayıları, numaraları ve puan aralıkları

SYBDÖ	Madde sayısı	Madde numaraları	Puan aralığı
Kendini gerçekleştirme	13	• 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48.	13-52
Sağlık sorumluluğu	10	• 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46.	10-40
Fiziksel aktivite	5	• 4, 13, 22, 30, 38.	5-20
Beslenme	6	• 1, 5, 14, 19, 26, 35.	6-24
Kişilerarası ilişkiler	7	• 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47.	7-28
Stres yönetimi	7	• 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45.	7-28
Toplam	48	1-48.maddeler	48-192

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ve anket formlarının uygulanması için gerekli izinler alındıktan sonra;

Veriler araştırmacı tarafından; ders öncesinde ilgili öğretim üyesinden izin alınarak, dersin bitiminde öğrencilere çalışmanın amacı hakkında yüz-yüze bilgi verilerek, katılmayı kabul edenlere uygulanan anketlerle toplanmıştır. Aydınlatılmış onam formu ile sosyodemografik veri formu, Sağlık Anksiyetesi Envanteri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden oluşan anket formu öğrenciler tarafından ortalama 7-8 dakikada anonim olarak doldurulmuştur.

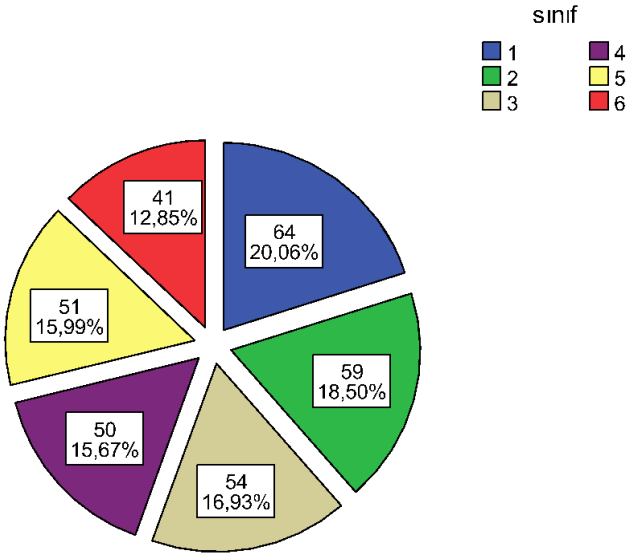
Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği güvenilirlik analizi ile test edilmiş olup Cronbach alfa değeri ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, değişken sayısına göre normal dağılım gösteren parametreler için tek yönlü varyans analizi ya

da Student T Test, normal dağılım göstermeyen parametrelere de Kruskal Wallis Testi ya da Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Post-hoc karşılaştırmalarda Tukey Analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon, Spearman'ın Korelasyon Katsayısı ile belirlenmiştir. Korelasyon katsayısı değerlendirmesi $r \geq 0.91$ ise değişkenler arasında yüksek korelasyon var; $0.90 \leq r \geq 0.71$ ise değişkenler arasındaki korelasyon iyi; $0.70 \leq r \geq 0.51$ ise değişkenler arasındaki korelasyon orta düzeyde; k $0.50 \leq r \geq 0.31$ ise değişkenler arasındaki korelasyon düşük; $r \leq 0.3$ ise değişkenler arasındaki korelasyon yok olarak yorumlanmaktadır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkilendirilmesini amaçlayan çalışmamıza 319 Tıp Fakültesi öğrencisi dahil edilmiştir. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı Şekil 1'deki pasta grafiğinde mevcuttur.



Şekil 1. Öğrencilerin sınıflara göre dağılımı (n=319)

Çalışmaya dahil edilen 319 öğrencinin % 58,9'u (n:188) kadın, % 41,1'i erkektir; öğrencilerin yaş ortalaması 21,5±2,1yıldır (min: 18 - max: 30).

Öğrencilerin medeni durumu sorulduğunda % 95,6'sının bekar olduğu saptanmıştır; öğrenciler arasında bir kişi evli, yedi kişi nişanlı, altı kişi de sözlü olduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilere göre, ailelerinin ekonomik durumları sorulduğunda; % 19,7'si iyi, % 74,9'u orta, % 5,3'ü kötü olarak ifade etmiştir (Tablo 3).

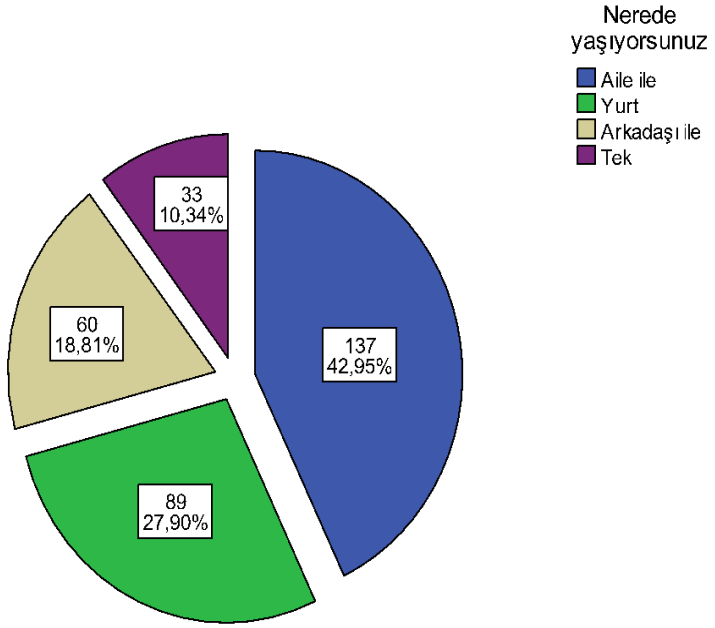
Tablo 3. Öğrencilere göre ailelerinin ekonomik durumları

Ailenin gelir düzeyi	n	%
İyi	63	19,7
Orta	239	74,9
Kötü	17	5,3

Tablo 4. Öğrencilerin aylık gelir düzeyleri

Aylık gelir	n	%
0-500 TL	48	15,0
500-1000 TL	126	39,5
1000-1500 TL	57	17,9
>1500 TL	88	27,6

Ankete katılan öğrencilerin % 42,9'u ailesi ile yaşamakta, % 27,9'u yurtta, % 8,8'i arkadaşları ile ortak bir evi paylaşmakta ve % 10,3'ü tek başına bir evde yaşamaktadır (Şekil 2).



Şekil 2. Öğrencilerin yaşadıkları yere göre dağılımları

Ankete katılan öğrencilerin ebeveynlerine ait bilgilerin dağılımları Tablo 5'de özetlenmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim ve çalışma durumları

		n	%
Annenizin eğitim düzeyi	İlkokul	89	27,9
	Ortaokul	25	7,8
	Lise	105	32,9
	Üniversite	94	29,5
	Okur-yazar değil	6	1,9
Babanızın eğitim düzeyi	İlkokul	50	15,7
	Ortaokul	26	8,2
	Lise	79	24,8
	Üniversite	164	51,4
Annenizin mesleği	Çalışıyor/ Emekli	109	34,2
	Çalışmıyor	210	65,8
Babanızın mesleği	Çalışıyor/ Emekli	312	97,8
	Çalışmıyor	7	2,2

Öğrencilerin ortalama Beden Kitle İndeksleri 22,8±3,3 (15,2-36,3) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin % 3,8'inin (n:18) BKİ <18; % 73'ünün (n:233) BKİ 18-25 arasında; % 20,4'ünün 26-30 ve % 2,8'inin (n:9) > 30'dur.

Çalışmaya katılan öğrencilere beden algıları, alışkanlıkları ve sağlıkları ile ilgili sorular soruldu. Bu soruların cevaplarının dağılımları Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Öğrencilerin beden algıları, alışkanlıkları ve sağlıkları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

		n	%
Kendinizi bedensel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Zayıf	31	9,7
	Normal	192	60,2
	Kilolu	85	26,6
	Şişman	11	3,4
Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	186	58,3
	Orta	128	40,1
	Kötü	5	1,6
Geçirmekte olduğunuz ya da geçirmiş olduğunuz hastalık/hastalıklar	Var	120	37,6
	Yok	199	62,4
Kaza	Geçirdim	53	16,6
	Geçirmedim	266	83,4
Ameliyat	Var	85	26,6
	Yok	234	73,4
Ailenizde önemli hastalığı olan	Var	124	38,9
	Yok	195	61,1
Beslenme alışkanlığınız	İyi	72	22,6
	Orta	183	57,4
	Kötü	64	20,1
Düzenli egzersiz	Evet	78	24,5
	Hayır	241	75,5
Aşılarınız tam mı?	Evet	221	69,3
	Hayır	98	30,7
Periyodik sağlık muayenesi yaptırıyor musunuz?	Evet	52	16,3
	Hayır	267	83,7

Tablo 6'nın devamı

Ne sıklıkta çay-kahve tüketirsiniz?	Az (1-2 fincan)	143	44,8
	Orta (3-4 fincan)	114	35,7
	Çok (≥5 fincan)	62	19,4
Madde kullanma alışkanlığınız	Yok	263	82,4
	Tütün/Tütün ürünleri	47	14,7
	Alkol	9	2,8
Herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk tercih ettiğiniz sağlık kurumu	Aile Sağlığı Merkezi	125	39,2
	Devlet Hastanesi	82	25,7
	Üniversite Hastanesi	78	24,5
	Özel Tıp Merkezi/Özel muayenehane	34	10,7
Herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk tercih ettiğiniz kimdir?	Hekim	152	47,6
	Anne-Baba	139	43,6
	Arkadaş	26	8,2
	Hemşire	2	0,6
Ailede kriz ve travmaya neden olan aşağıdaki durumlardan herhangi birini yaşadınız mı?	Yaşamadım	111	34,8
	Yaşadım	208	65,2
Yaşadığınız kriz/travma aşağıdakilerden hangisidir?	Hastalık	71	22,3
	Ölüm	48	15,0
	Ekonomik kayıp/kazanç	34	10,7
	Hastaneye yatış	27	8,5
	Boşanma	12	3,8
	Aile içi şiddet	11	3,4
	Göç	5	1,6
Sıkıntılı zamanlarınızda size destek olan aşağıdakilerden hangisidir?	Aile	178	55,8
	Yakın arkadaş	108	33,9
	Maneviyat	30	9,4
	Sağlık personeli	3	0,9

4.2. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri Özellikleri

Kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için güvenilirlik katsayısı incelenmiş ve Cronbach alfa değeri 0,81 (% 95 GA 0,78-0,84) olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa değeri ile ölçeğin güvenilirliği ve iç tutarlılığı değerlendirilmektedir. Cronbach'ın alfa değeri 0 ile 1 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri; $\alpha<0,40$ aralığında ise ölçek güvenilir değildir, $0,40 \leq \alpha < 0,50$ aralığında ise ölçek çok düşük derecede, $0,50 \leq \alpha < 0,60$ aralığında ise ölçek düşük derecede, $0,60 \leq \alpha < 0,70$ aralığında ise ölçek yeterli derecede, $0,70 \leq \alpha < 0,90$ aralığında ise ölçek yüksek derecede, $\alpha \geq 0,90$ ise ölçek çok yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmektedir.[104]

Çalışmamızda öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri puan ortalamasının 17,6±6,2 (4-39) olduğu saptanmıştır. Bu puanlama öğrencilerin sağlık anksiyetesinin yüksek düzeyde olmadığı anlamına gelmektedir.

4.3. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile öğrencilerin cinsiyet ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p= 0,402).

Tablo 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı

	Kadın (n=188)			Erkek (n=131)			
	Ort±SD	**Minimum**	**Maximum**	**Ort±SD**	**Minimum**	**Maximum**	**p**
Sağlık Anksiyetesi Envanteri	17,8±5,7	5	35	17,2±6,9	4	39	0,402
	Kadın (n=188)			Erkek (n=131)			

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile öğrencilerin sınıfları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0,215).

Tablo 8. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı

Öğrencilerin Sınıfları	**Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanları**		
	n	**Ort±SD**	**Min-Maks**
1	64	18,1±5,6	4-39
2	59	17,3±5,8	6-30
3	54	17,9±5,6	6-30
4	50	16,5±6,5	5-38
5	51	19,0±6,9	6-37
6	41	16,1±6,7	5-36

Ankete katılan öğrencilerin Beden Kitle İndeksi ile Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0,288).

Öğrencilerin beden algıları ile Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencilerin beden algılarını değerlendirmelerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanları dağılımı

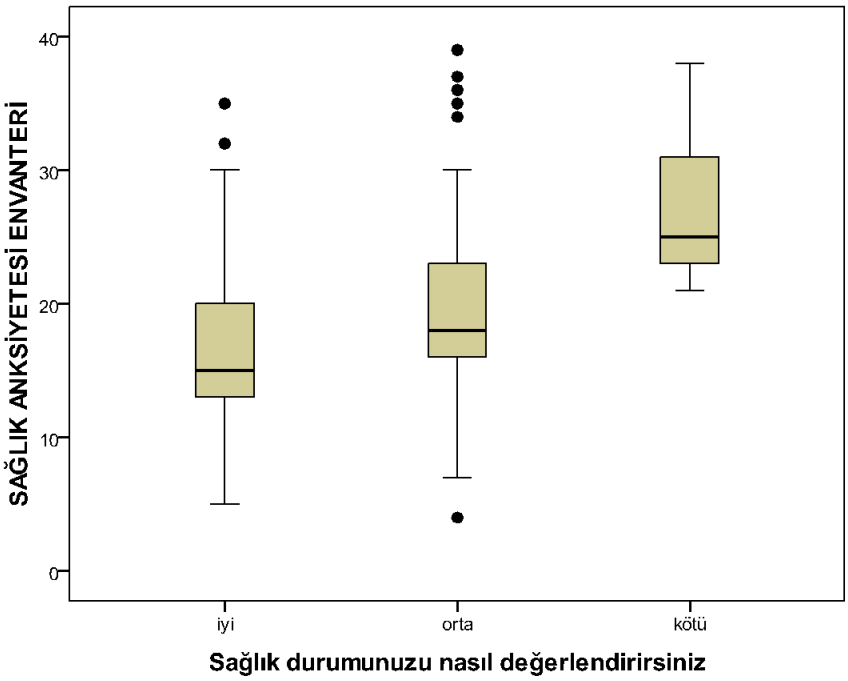
Öğrencilerin beden algıları **Kendinizi bedensel olarak nasıl değerlendirirsiniz?**	**Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanları**
Zayıf	18,2±5,5
Normal	17,5±5,9
Kilolu	18,0±7,3
Şişman	14,7±5,0
p	*0,401*

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık

durumu kötüleştikçe Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir (p=0,001) (Tablo 10 ve Şekil 3).

Tablo 10. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre Sağlık Anksiyetesi Envanteri puanlarının dağılımı

Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?	Sağlık Anksiyetesi Envanteri
İyi	16,1±5,6
Orta	19,3±6,4
Kötü	27,6±6,9
p	***0,0001***



Şekil 3. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri ile Sağlık Anksiyetesi Envanter puanlarının dağılımı

4.4. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Özellikleri

Çalışmamıza katılan öğrencilere Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği uygulanmıştır.

Kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için güvenilirlik katsayısı incelenmiş ve ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,914 (% 95 GA 0,90-0,93) olarak hesaplanmıştır.

Alt boyutlara göre de Cronbach alfa değerleri hesaplanmış; kendini gerçekleştirme alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0,84 (% 95 GA 0,81-0,87);

sağlık sorumluluğu için 0,78 (% 95 GA 0,74-0,81); egzersiz için 0,82 (% 95 GA 0,78-0,85); beslenme için 0,70 (% 95 GA 0,65-0,75); kişilerarası ilişkiler için 0,73 (% 95 GA 0,69-0,78) ve stres yönetimi için 0,71 (% 95 GA 0,66-0,75) olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımları Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanların dağılımları

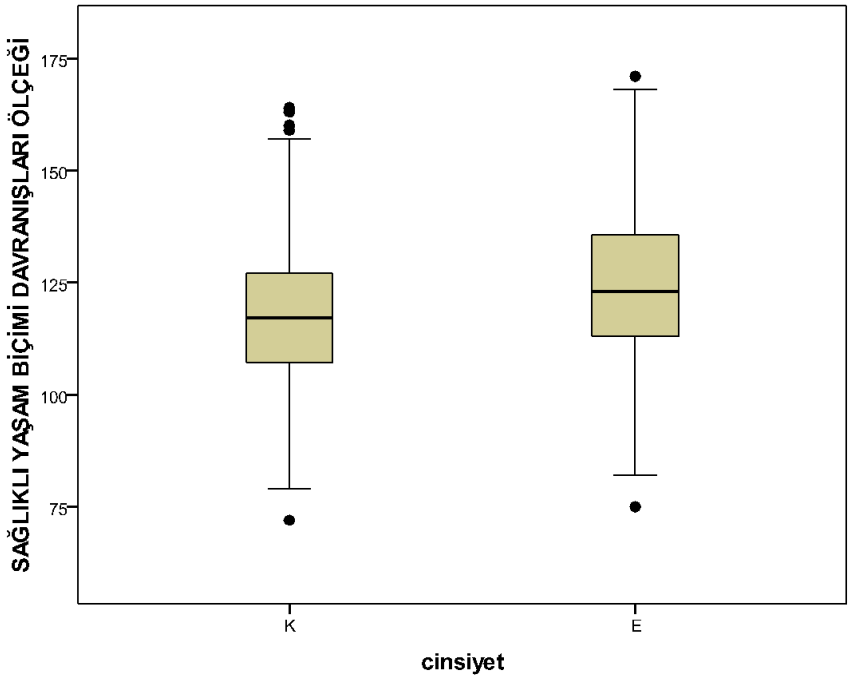
		Ort.±SD	Medyan	Minimum	Maksimum
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı		120,1±18, 1	119	72	177
Alt boyutlar	Kendini gerçekleştirme	35,9±5,9	36	18	52
	Sağlık sorumluğu	21,7±4,9	21	10	38
	Fiziksel aktivite	9,7±3,6	9	5	20
	Beslenme	15,2±3,6	15	7	24
	Kişilerarası ilişkiler	20,3	20	11	28
	Stres yönetimi	17,3	17	8	28

4.5. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkisi

Bu bölümde öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan dağılımı incelenmiştir.

Öğrencilerin yaşları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p= 0,154).

Öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p= 0,011). Erkek öğrencilerin puanlarının kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.



Şekil 4. Öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanlarının dağılımı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyut puanlarının dağılımları incelendiğinde; cinsiyete göre sadece fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarının anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır (sırasıyla p=0,0001 ve p=0,024). Bu iki alt boyutta da erkek öğrencilerin puanlarının kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı

	Ort±SD	Minimum	Maximum	Ort±SD	Minimum	Maximum	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117,9±17,9	72	177	123,2±17,9	75	171	**0,011**
Kendini Gerçekleştirme	35,4±5,9	18	52	36,6±5,8	21	50	0,074
Sağlık Sorumluğu	21,3±4,9	10	38	22,3±4,9	12	36	0,082
Fiziksel aktivite	8,8±3,2	5	20	11,0±3,8	5	20	**0,0001**
Beslenme	14,9±3,8	7	24	15,5±3,4	7	23	0,257
Kişilerarası İlişkiler	20,6±3,4	11	28	19,9±3,4	12	28	0,127
Stres Yönetimi	16,9±3,2	10	28	17,9±3,7	8	26	**0,024**

Öğrencilerin sınıfları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı incelenmiştir. Alt boyutlardan sadece sağlık sorumluluğu ile öğrencilerin sınıfları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır

(p=0,003). Sınıflar arasındaki bu farkın hangi sınıftan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc analizi yapılmış ve bu farkın altıncı sınıf öğrencilerinden kaynaklandığı saptanmıştır. Altıncı sınıf ve beşinci sınıf öğrencileri arasında sağlık sorumluluğu ortalama puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak altıncı sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puanının birinci sınıf, ikinci sınıf, üçüncü sınıf ve dördüncü sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p_{sınıf\ 1\&2}$= 0.999; $p_{sınıf\ 1\&3}$= 0.999; $p_{sınıf\ 1\&4}$= 0.999; $p_{sınıf\ 1\&5}$= 0.199; $\mathbf{p_{sınıf\ 1\&6}= 0.006}$; $p_{sınıf\ 2\&3}$= 1.000; $p_{sınıf\ 2\&4}$= 1.000; $p_{sınıf\ 2\&5}$= 0.411; $\mathbf{p_{sınıf\ 2\&6}= 0.023}$; $p_{sınıf\ 3\&4}$= 1.000; $p_{sınıf\ 3\&5}$= 0.453; $\mathbf{p_{sınıf\ 3\&6}= 0.030}$; $p_{sınıf\ 4\&5}$= 0.481; $\mathbf{p_{sınıf\ 4\&6}= 0.036}$; $p_{sınıf\ 5\&6}$= 0.779).

Tablo 13. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı

Sınıf	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
1	119,4±18,2	35,9±6,2	20,8±4,4	10,2±3,9	15,6±3,9	19,8±3,8	17,1±3,6
2	118,9±18,6	35,5±5,9	21,1±5,5	9,8±3,6	14,9±3,7	20,4±3,5	17,1±3,5
3	118,4±17,5	35,8±5,8	21,1±4,2	9,0±3,4	15,4±3,5	19,8±3,6	17,3±2,9
4	118,0±17,4	35,1±5,6	21,1±4,1	9,6±3,1	14,5±3,4	20,3±3,1	17,3±3,6
5	122,6±20,2	36,9±6,6	22,8±5,4	9,5294	15,3±3,9	20,7±3,2	17,3±3,8
6	124,7±18,8	36,1±5,1	24,1±4,9	10,3±3,7	15,1±3,4	21,1±3,4	17,9±3,6
p	*0,401*	*0,724*	***0,003***	*0,460*	*0,648*	*0,372*	*0,903*

Ankete katılan öğrencilerin Beden Kitle İndeksi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,966).

Ankete katılan öğrencilerin "Kendinizi bedensel olarak nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verdikleri cevap ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p= 0,132).

Ankete katılan öğrencilerin "Kendinizi bedensel olarak nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verdikleri cevap ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından sadece kendini gerçekleştirme ve beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; p=0,010 ve p=0,014). Kendini şişman olarak değerlendiren öğrencilerin, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt boyut puanları, diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (sırasıyla; p= 0,010 ve p=0,014).

Tablo 14. Öğrencilerin beden algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı

Kendinizi bedensel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi
Zayıf	118,5±19,5	36,4±6,0	20,8±5,2	9,6±3,9	14,5±4,0	20,0±3,0	17,2±3,3
Normal	121,9±17,8	36,6±5,8	21,7±4,8	9,9±3,5	15,7±3,4	20,5±3,5	17,5±3,6
Kilolu	117,6±17,4	34,8±5,7	21,9±5,0	9,5±3,7	14,5±3,9	20,0±3,4	17,0±3,4
Şişman	112,6±22,8	31,7±6,9	22,5±6,1	8,1±3,6	13,5±3,0	19,9±4,2	17,0±3,4
p	*0,132*	***0,010***	*0,703*	*0,343*	***0,014***	*0,567*	*0,718*

Ankete katılan öğrencilere kendi sağlık durumları hakkındaki düşünceleri sorulmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,001). Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin ölçek toplam puanının, sağlık durumunu orta veya kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından kendini gerçekleştirme puanı ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,0001). Sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin kendini gerçekleştirme alt boyut puanının, sağlık durumunu orta veya kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel aktivite puanı ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,010). Sağlık durumunu iyi veya orta olarak değerlendirenlerin fiziksel aktivite alt boyut puanının, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından beslenme puanı ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,030). Yine sağlık durumunu iyi veya orta olarak değerlendirenlerin ölçek alt boyut puanının, sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından stres yönetimi puanı ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,008). Sağlık durumunu orta olarak değerlendirenlerin stres yönetimi alt boyut puanının, sağlık durumunu iyi veya kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı

Kendi Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres yönetimi
İyi	123,4±16,7	37,2±5,7	21,9±4,8	10,2±3,7	15,6±3,4	20,6±3,4	17,8±3,4
Orta	115,4±17,8	33,9±5,6	21,3±4,9	9,1±3,4	14,7±3,8	19,8±3,5	16,6±3,5
Kötü	119,6±17,5	35,4±9,8	25,4±5,7	7,6±2,4	12,6±2,2	21,2±4,1	17,4±4,3
p	***0,001***	***0,0001***	*0,123*	***0,010***	***0,030***	*0,073*	***0,008***

4.6. Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki

Bu bölümde kullanılan ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanları arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır (r= -0,18; p=0,002). Yani; öğrencinin Sağlık Anksiyetesi Envanter puanı arttıkça, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanının düşmesi beklenmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında sadece kendini gerçekleştirme (r= -0,23; p= 0,001), fiziksel aktivite (r= -0,19; p= 0,001) ve stres yönetimi (r= -0,22; p= 0,001) arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği'nin alt boyutlarının birbirleri ile korelasyonları incelenmiştir.

Kendini gerçekleştirme alt boyutu ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,42; p= 0,001).

Kendini gerçekleştirme alt boyutu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,33; p= 0,001).

Kendini gerçekleştirme alt boyutu ile beslenme alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,32; p= 0,001).

Kendini gerçekleştirme alt boyutu ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,49; p= 0,001).

Kendini gerçekleştirme alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,59; p= 0,001).

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile fiziksel aktivite alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,41; p= 0,001).

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile beslenme alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,45; p= 0,001).

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,33; p= 0,001).

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,45; p= 0,001).

Fiziksel aktivite alt boyutu ile beslenme alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,37; p= 0,001).

Fiziksel aktivite alt boyutu ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,019; p= 0,001).

Fiziksel aktivite alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,43; p= 0,001).

Beslenme alt boyutu ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,019; p= 0,001).

Beslenme alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,39; p= 0,001).

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır (r= 0,43; p= 0,001).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunlara etki eden sosyodemografik parametreler değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Literatür incelendiğinde; asistanlar, öğretim üyeleri, üniversite öğrencileri, hemşireler, gebeler, onkoloji hastaları, yaşlılar, ev kadınları gibi birçok farklı gruba SYBDÖ uygulanarak araştırmalar yapılmıştır. Bizim çalışmamıza ise gönüllü tıp fakültesi öğrencileri dahil edilmiştir. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (SAE) ile ilgili yapılan çalışmalar ise az sayıdadır. Sağlık anksiyete düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen bir araştırmaya henüz rastlanmamıştır.

Bulgular değerlendirildiğinde öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri puan ortalamasının 17,6±6,2 (4-39) olduğu saptanmıştır. Alınabilecek en yüksek toplam puanın 54 olduğu düşünüldüğünde bu puan ortalaması ile öğrencilerin sağlık anksiyetesi düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Alınan puan ile cinsiyet ve yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında arada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak öğrencilerin aldıkları puan ile kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık durumu kötüleştikçe sağlık anksiyetesi envanteri puanlarının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir.

Gül ve ark.nın, Miyofasiyal Ağrı Sendromu ile polikliniğe başvuran 66'sı kadın dördü erkek 70 hastaya Sağlık Anksiyetesi Envanteri'ni uyguladığı çalışmada; yaş ortalaması 33,40±7,14 yıl, toplam puan ortalaması 17,76±7,01 olarak hesaplanmıştır. Ancak aynı çalışmada 65 kadın ve beş erkekten oluşan, yaş ortalaması 33,07±4,16 yıl arasında değişen sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması 8,28±3,48 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri, Miyofasiyal Ağrı Sendrom'lu hasta grubu ile benzerdir.[105]

Yıldız'ın çalışmasında 48'i erkek, 24'ü kadın olmak üzere 72 HIV pozitif hastanın yaş ortalaması 35,3±10,0 yıl ve ölçek toplam puanı 22,1±9,5 olarak hesaplanmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki 63 erkek ve 29 kadının ise yaş ortalaması 34,0±10,0 yıl, ölçek toplam puanı 11,4±4,7 olarak belirlenmiştir. Yine bizim

çalışmamıza göre katılımcı sayısı daha az olmakla birlikte, HIV pozitif hasta grubunun sağlık anksiyete düzeyi, çalışmamızda saptanan sağlık anksiyete düzeyine daha yakındır.[106]

Esen ve ark.nın yaptığı çalışmaya ise sigara bırakma polikliniklerine başvuran 173 olgu dahil edilmiştir. Bunların 100'ü erkek, 73'ü kadındır. Yaş ortalaması 37,12±9,89 yıl, BKİ ortalaması 26,11±3,96'dır. Toplam SAE puanı 17,34±8,55 olarak hesaplanmıştır.[107] Bu çalışmada da BKİ ile SAE puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmada, fibromiyalji sendromu olan hastalarda depresyon ve sağlık anksiyetesi araştırılmış ve fibromiyalji sendromu olgularında toplam SAE puanı ortalama 23,50±10,78, sağlıklı kontrol grubunda ise 9,38±4,24 olarak saptanmıştır.[108] Bizim çalışmamızda ise katılımcıların toplam SAE puanı ortalaması 17,6±6,2 olarak bu çalışmadaki fibromiyalji sendromu olgularının ortalamasına yakındır.

Tyrer ve ark.nın yaptığı çalışmada 21 aylık bir zaman diliminde farklı polikliniklere başvuran hastalara sağlık anksiyetesi envanteri kısa formu uygulanmış ve katılımcıların toplam % 19,8'inde sağlık anksiyetesinin artmış olduğu görülmüştür. Bu oranlar hastalıklara göre sırasıyla; nörolojide % 24,7, göğüs hastalıklarında % 20,9, gastroenterolojide % 19,5, kardiyolojide % 19,1, endokrinolojide % 17,5 olarak değişmektedir.[109]

Katılımcıların SYBDÖ toplam puanı değerlendirildiğinde ise ortalama 120,1±18,1'dir. Alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla kendini gerçekleştirme 35,9±5,9, sağlık sorumluluğu 21,7±4,9, fiziksel aktivite 9,7±3,6, beslenme 15,2±3,6, kişilerarası ilişkiler 20,3, stres yönetimi 17,3 olarak saptanmıştır. SYBDÖ için alınabilecek en yüksek puanın 192 olduğu düşünüldüğünde ise çalışma grubumuzun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta düzey olarak yorumlayabiliriz.

Çalışmamızda yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Şimşek ve ark.nın tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, ebeveyn eğitim durumu hiçbir alt boyutu ve toplam puanı anlamlı olarak etkilemezken, bizim çalışmamızda erkek öğrencilerin SYBDÖ toplam puanı daha yüksek saptanmıştır. Çelik ve ark.nın çalışmasında da alt boyutlar

ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen pek çok çalışmada özellikle sağlık sorumluluğu başta olmak üzere kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan kızlarda daha yüksektir.[110-114] Bizim çalışmamızda ise cinsiyet ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu iki alt boyutta da erkek öğrencilerin puanları kadınlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Ünalan ve ark.nın çalışmasında da erkeklerin kızlardan anlamlı olarak daha fazla fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.[115] Çalışmamızda sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise sınıflara göre anlamlı ilişki saptanmış olup altıncı sınıf öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanı diğerlerinden daha yüksek hesaplanmıştır. Öğrencilerin tıp fakültesinden mezun olmaya yaklaştıkça sağlık bilinci artmaktadır.

Anketi yanıtlarken kendini şişman olarak değerlendiren öğrencilerin, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt boyut puanları, diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır.

Çalışmamızda kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin ölçek toplam puanının ve kendini gerçekleştirme alt boyutunun, sağlık durumunu orta veya kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine sağlık durumunu iyi veya orta olarak değerlendirenlerde fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puanlarının kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Tuğut ve ark. nın çalışmasında ve Ünalan ve ark. nın çalışmasında da sağlık algısı iyi olanların diğerlerine göre daha fazla fiziksel aktivite yaptığı, daha iyi beslendiği, stres yönetimlerinin daha iyi olduğu ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.[115,116] Bu sonuçlara bakıldığında çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt boyut puanlarının dağılımları incelendiğinde; en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme iken, en düşük puan ortalaması fiziksel aktivitedir. Bu sonuçlar da yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir ve literatürde belirtilen diğer sonuçlar gibi tıp fakültesi öğrencilerinin de düzenli egzersiz yapma alışkanlıklarının olmadığını göstermektedir.[117,118] Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Piramidi'nde en üst basamakta yer alan kendini gerçekleştirme, kişinin diğer basamaklardaki ihtiyaçlarını doyurucu bir şekilde karşılaması sonucu ulaşabileceği son noktadır.[18] Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin bu alt boyutta yüksek puan almaları mutluluk vericidir.

Ayaz ve ark.nın 2005 yılında hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine yaptıkları çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 122,0±17,2; Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (1998) birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada 117,5±17,1 olarak bulunmuştur.[18] Yine Altay ve ark.nın 2015 yılında 301 hemşire ile yaptığı çalışmada katılımcıların % 52,8'sinin 21-30 yaşlar arasında, % 84,4'ünün kronik hastalığının olmadığı ve SYBDÖ toplam puan ortalaması 117,39±17,04 olarak saptanmıştır. En yüksek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir.[119]

Yalçınkaya ve ark.nın yaptığı çalışmada (2008) düzenli beslenen, sporla ilgilenen, ezgersiz yapan, sigara ve alkol kullanımına dikkat eden sağlık çalışanlarının SYBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bildirilmiştir.[120]

Türkiye'de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda da; SYBDÖ toplam puan ortalamasının 116,1-126,4 arasında değiştiği görülmekte ve yaptığımız çalışmanın sonuçlarının diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği ortaya çıkmaktadır. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Bu şekilde benzer sonuçların ortaya çıkması, toplumsal alışkanlıklarımızın ve kültürel inanışlarımızın benzerliği ile ilişkili olarak yorumlanabilir.[121-127]

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği birlikte değerlendirilecek olursa; ölçeklerin toplam puanları arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır. Yani bireyin sağlık anksiyetesi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalması beklenmektedir. SAE ile SYBDÖ alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; yalnızca kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon vardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Geleceğin sağlık profesyonelleri olan tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bunların birbiriyle ilişkisini ve etki eden faktörleri değerlendirmeyi amaçlayan çalışmamıza, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 319 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin % 58,9'u (n:188) kadın, % 41,1'i erkektir; yaş ortalamaları ise 21,5±2,1yıldır (min: 18 - max: 30). Her sınıftan benzer sayıda öğrenci çalışmaya alınmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri toplam puanı düşük bulunmuştur. Bu sonuç, öğrencilerde sağlık anksiyetesinin yüksek düzeyde olmadığını göstermektedir.

Cinsiyet, yaş ve sınıf ile sağlık anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ancak öğrencilerin kendi sağlık durumu değerlendirmeleri ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kendi sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin, sağlık anksiyete düzeylerinin diğerlerinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ toplam puanları orta düzeyde bulunmuştur.

SYBDÖ'nin alt boyut puan dağılımları incelendiğinde ise; öğrenciler arasında en düşük puanın fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır. Bu da toplumun diğer kesimlerinde olduğu gibi tıp fakültesi öğrencilerinin düzenli egzersiz yapma alışkanlıklarının olmadığını göstermektedir. Öğrenciler arasında en yüksek puanın; kişinin diğer ihtiyaçlarını karşılaması sonucunda ulaşabileceği en yüksek nokta olan kendini gerçekleştirme alt boyutuna ait olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyodemografik özellikleriyle ilişkisine bakıldığında, yaşla anlamlı bulunmamıştır. Ancak cinsiyetle ilişkisinde; erkek öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. SYDBÖ'nin alt boyut puan dağılımları incelendiğinde ise; yine erkek öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetiminde kadınlara oranla puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrencilerin sınıflarına göre ele aldığımızda ise, yalnızca alt boyutlardan sağlık sorumluluğu ile öğrencilerin sınıfları

arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin hangi sınıftan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc analizi sonucuna göre fark, altıncı sınıf öğrencilerinden kaynaklanmaktadır. Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu bilincinin diğer sınıflardan daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Kendini bedensel olarak şişman bulan öğrencilerin, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kendi sağlık durumunu iyi veya orta olarak değerlendirenlerin, SYDBÖ toplam puanlarının ve kendini gerçekleştirme, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlık durumu iyi olan öğrenciler, daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışında bulunmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin sağlık anksiyete düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Sağlık anksiyete düzeyi artan öğrencilerin, daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışında bulunduğu gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızın sonucuna göre Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyetelerinin düşük düzeyde olması mutluluk vericidir.

Diğer yandan öğrencilerin daha fazla sağlık bilinci ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasını sağlamak amacıyla, eğitim müfredatına bu davranışlarla ilgili dersler eklenmeli, seminerler verilmelidir.

Daha iyi bir beden algısı için, yeterli ve dengeli beslenme imkanları sağlanmalı, kantin/kafeterya/yemekhaneler denetlenmeli, maddi imkanı olmayan öğrenciler desteklenmelidir.

Öğrencilerin fiziksel aktivitelerini arttırmak için teşvik edilmeli, spor kulüpleri yaygınlaştırılmalı, kampüs içinde fiziksel aktivitede bulunulabilecek alanlar oluşturulmalı, futbol/voleybol/tenis sahaları vb. ile yürüyüş parkurları yapılmalıdır.

Öğrencilerin riskli sağlık davranışlarından kaçınmaları için eğitim ve seminerler düzenlenmeli, bilgilendirme afişleri asılmalıdır.

Öğrencilerin sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçlendirilmesi, kendi sağlık sorumlulukları alıp güçlenmesi konusunda mümkün olduğunca desteklenmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Aykut M, Ceyhan O, Çetinkaya F.** *Gençlik döneminin özellikleri ve sağlık sorunları* (eds: Öztürk Y, Günay O). Aile Sağlığı El Kitabı. Erciyes Üniversitesi yayınları No: 83, Kayseri, **1995:**115-9.

2. **Cohn LD, Macfarlane S, Yanez C, Imai WK.** Risk-Perception: Differences Between Adolescents and Adults. *Health Psychology* **1995;** 14:217-22.

3. **Özgüven İE.** Üniversite Öğrencilerinin Sorunları ve Baş Etme Yolları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* **1992;** 7(7):5-13.

4. **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.

5. **Tambağ H, Turan Z.** Effects of public health nursing course on the students' healthy lifestyle behaviors. *Hemşirelikte Araş Gel Derg* **2012;** 1:46-55.

6. **Dickey Janick JJ.** Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, *Endorc Pract.* **2001;** 7(5): 392-9.

7. **Spradley WB.** Health Promotion and Wellness, Community Health Nursing Concept and Practice, Lippincott, **2001**.

8. **Cirhinlioğlu Z.** *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara, Nobel Kitabevi, **2001:**4-11.

9. **Oran NT, San Turgay A.** *Hemşirelik eğitiminin öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirmeye etkisi*. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (uluslar arası katılımlı), 24-26 Kasım, Ankara, **2004**.

10. **Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S.** Health promotion: current status in the world and Turkey. *İstanbul Tıp Fak Derg* **2009;** 72:29-35.

11. **Pasinlioğlu T, Gözüm S.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **1998;** 2(2):60-8.

12. **Altun İ.** Kocaeli'nde yaşayan halkın sağlıkla ilgili tutumlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum Dergisi* **2002;** 12(3):41-51.

13. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.** The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* **1987;** 36(2):76-81.

14. **Aytan AS.** Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **1998.**

15. **Bahar Z.** Sigaraya karşı sağlık personeli, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **1993;** 9(2):87-114.

16. **Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.** Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, **1994;** 8:32.

17. **Dirican R, Bilgel N.** Halk Sağlığı. II. Baskı. Bursa. Uludağ Üniversitesi Basımevi, **1993**.

18. **Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F.** Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*. **2005;** 9(2):26-34.

19. **Sunderland M, Newby JM, Andrews G.** Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability, and service use. *Br J Psychiatry*, **2013;** 202:56-61.

20. **Güleç H, Sayar K, Yazıcı Güleç M.** Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* **2007;** 20:16-24.

21. **Gül Aİ, Özdemir T, Börekçi E.** Health Anxiety Levels in Patients admitted to Internal Medicine Outpatient Clinic For Several Times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, **2016;** 7(4):437-9.

22. **WHO.** *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents, Forty- fifth edition, Supplement, **2006:**1-2.

23. **WHO.** The Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 17-21 November, **1986**.

24. **Edelman CL, Mandle CL.** Health Promotion throughout the life span,. Philadelphia: Mosby Comp, **1998**.

25. **Fertman CI, Allensworth DD.** *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe* (Çev. Ed: Işıtman NM), Sağlık Bakanlığı, Ankara, **2012:**4-27.

26. **Kostak AM.** Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007;** 6(2):105-115.

27. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2004:**11-33.

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

29. **Ferreira PL.** Conceptual Framework Concerning Evaluation of Functional Status Groningen, **1995**.

30. **Kayı İ, Özgülnar N.** Sağlığın sosyal belirleyicileri içinde ara halka: sosyal sermaye. *Toplum ve Hekim Dergisi*, **2015;** 30(1):29-41.

31. **Hapçıoğlu B.** Sağlığın sosyal belirleyicileri. Ders Notları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, **2015**.

32. **Elmacı N.** Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ders Notları, **2013**.

33. **Araz A, Harlak H, Meşe G.** Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *Koruyucu Hekimlik*, **2007;** 6(2):113.

34. **Altıparmak S, Koca Kutlu A.** 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **2009;** 8(5):421-426.

35. **Black MJ, Hawks JH.** *Medikal-Surgical Nursing*, Usa: Saunders, Elsevier Publishing, **2009**.

36. **Bozhüyük A.** Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, **2010**.

37. **Porche DJ.** Public and Community Health Nursing Practice: A Population-Based Approach. *SAGE* **2004;** 10-14.

38. **Stanhope M, Lancaster J.** *Public Health Nursing - Revised Reprint: Population- Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences **2013:**260-267.

39. **Öztürk A, Günay O.** Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniv. **2010:**17-22.

40. **World Health Organization**, Regional Office fort he Eastern Mediterranean, Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity, **2019.**

41. **T.C. Sağlık Bakanlığı,** Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Anıl Matbaacılık, Ankara, **2011**.

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

43. **Aktan CC, Işık AK.** Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış. Erişim adresi: http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sagligin-korunmasi.pdf Erişim tarihi: 04.05.2019.

44. **World Health Organization.** Milestones in health promotion statements from global conferences, **2009.**

45. **Kıvanç MM.** Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye'de sağlık reformları, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2015;** 3(2):162-166.

46. **Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S.**. Sağlığın geliştirilmesi: Dünyada ve Türkiye'de mevcut durum, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, İstanbul, **2009;** 72(1):29-35.

47. **TC Sağlık Bakanlığı.** Stratejik plan 2010-2014. Erişim adresi: http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/spflash/flashbrosur/files/stratejikplan.pdf Erişim tarihi: 20.05.2019.

48. **Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al.** EUROPREV Network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* **2005;** 40:595-601.

49. **WONCA EUROPE.** *Aile Hekimliği Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı*. **2002,** https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf, Erişim tarihi: 15.05.2019.

50. **Akdeniz M, Kavukçu E.** Dördüncül koruma: Önce zarar verme, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* **2017;** 21(2):74-81.

51. **Oberg EB, Frank E.** Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *JR Coll Physicians Edinb* **2009;** 39:290-291.

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

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

54. **Özcan S, Bozhüyük A.** Sağlığın Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Rol. *TJFMPC* **2013;** 7(3):46-51.

55. **American Academy of Family Physicians (AAFP).** Curriculum guideline reprint no. 267: Health promotion and disease prevention, **2010.**

56. **Işık E.** *Nevrozlar*. Kent Matbaası, Ankara **1996:**31-45.

57. **Pietrongelo A.**. Recognizing Anxiety: Symptoms, Sign, and Risk Factors retrieved Şubat 27,2018, frım http:// www.clinicalnews.org *Preventive Medicine Bulletin*, **2014;** 12(3),219-224

58. **Gül Aİ, Özdemir T, Börekçi E.** Health Anxiety Levels in Patients admitted to Internal Medicine Outpatient Clinic For Several Times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, **2016;** 7(4):437-9.

59. **Kara N.** Bilişsel Davranışçı, *Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* **2014;** 3:99-108 https://www. ejmanager.com/mnstemps/77/5_Olgu_sunumu_kara.pdf?t=1559075291

60. **Rachman S.** Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther*, **2012;** 50:502-12.

61. **Noyes RJR, Kathol RG, Fisher MM.** The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry*, **1993;** 12:961-70.

62. **Barrett B, Tyrer P, Tyrer H.** An examination of the factors that influence costs in medical patients with health anxiety. *J Psychosom Res*, **2012;** 73:56-62.

63. **Fallon BA, Klein BW, Liebowitz MR.** Hypochondriasis: Treatment strategies. *Psychiatr Ann*, **1993;** 23:374-81.

64. **Warwick HMC, Clark DM, Cobb AM.** A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, **1996;** 169:189-95.

65. **Clark DM, Salkovskis PM, Hackman A.** Two psychological treatments for hypochondriasis: A randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, **1998;** 173:218-25.

66. **Visser S, Bouman TK.** The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav Res Ther*, **2001;** 39:423-42.

67. **Greeven A, Balkom AJLM, Leeden R. (**Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, **2009;** 40:487-96.

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

69. **Arslan C, Ceviz D.** Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2007;** 21(5):211-20.

70. **Aksoy T.** Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2010**.

71. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2008;** 12(1):1-13.

72. **Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf MG.** Health promotion behaviors of jordanian women. *Health Care for Women International*. **1999;** 20:533-546.

73. **Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M.** Healthy life-style promoting behaviour in turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. **2012;** 13:1241-1245.

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

75. **Soylu M.** *Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt*. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım, **2006:**37.

76. **Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M.** *Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER)*, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara **2016**.

77. **Tayar M, Korkmaz NH.** *Beslenme Sağlıklı Yaş*am. 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın, **2007**.

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

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

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

81. **Baysal A.** Giriş - Genel Tanımlar. Diyet El Kitabı, s.7-39. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, **2002**.

82. **Beden Kitle İndeksi Hesaplama.** Erişim:(https://www.sbn.gov.tr/ BKindeksi. aspx) Erişim Tarihi: 03.06.2019.

83. **World Health Organization.** Physical Activity. http://www.who.int/topics/ physical_activity/en/: Erişim Tarihi: 21.05.2019

84. **World Health Organization,** http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/ Erişim tarihi: 06.03.2017.

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

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

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

88. **Fişek NH.** http://www.abveteriner.org/dosyalar/nfisek.doc: Günümüzde Halk Sağlığı Anlayışı. Erişim tarihi: 21.04.2019.

89. **Ünsar S, Akgün M, Kurt S, Erol Ö.** Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2011;** 4(1):2-6.

90. **Ünal M.** Sağlıklı Yaşam: sağlığın Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, Eskişehir, **2013**.

91. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N.** Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkısh Journal Of Family Medicine And Primary Care*, **2012;** 1:13-21.

92. **Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T.** Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları **1991;** Yayın No: 102/HKİ. Erişim http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1208/unite01.pdf, Erişim tarihi: 15.03.2019

93. **Chen M.** The Effectivenes of Health Promotion Counseling To Family Caregivers. *Public Health Nurs* **1999;** 16(2):125-132.

94. **Güçlü N.** Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* **2001;** 21(1):91-109.

95. **Eren Gümüştekin G, Öztemiz AB.** Örgütsel stres yönetimi ve uçucu personel üzerinde bir uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2004;** 23:61-85.

96. **Walker SN, Hill-Polerecky DM.** Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, **1996**.

97. **Tutar H.** *Kriz ve Stres Yönetimi*. 1.Baskı Ankara: Seçkin Yayıncılık, **2004**.

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

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

100. **Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C.** Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Archives of Neuropsychiatry* **2013;** 50:325-331.

101. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.** The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* **1987;** 36(2):76-81.

102. **Esin MN.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, *Hemşirelik Bülteni* **1999;** 2:87-96.

103. **Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ.** Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: HealthPromoting Lifestyle Profile University of Michigan **1995:**1-3.

104. **Özdamar K.** *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1 (Vol. 1)*. Eskişehir: Kaan Kitabevi. **2011:**605

105. **Gül A, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E.** Miyofasyal Ağrı Sendromu ve Sağlık Anksiyetesi Arasındaki İlişki. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi*, **2016;** 2(3):89-92.

106. **Yıldız N.** HIV ile yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesinin yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikle ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2018.**

107. **Esen AD, Kafadar D, Arıca S.** Sigara bırakma polinikliğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi, *Euras J Fam Med* **2018;** 7(1):5-13.

108. **Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO.** Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of International Medical Research* **2015;** 43(5):679-85.

109. **Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al.** Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res,* **2011;** 71(6):392-4.

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

111. **Çelik Oyur G, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yumer A.** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* **2009;** 3:164-169.

112. **Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö.** Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Prev Med Bull* **2008;** 7:497-502.

113. **Larouche R.** Determinants of college students' health- promoting lifestyles. *Clin Excell Nurse Pract* **1998;** 2:35- 44.

114. **Özbaşaran F, Çetinkaya AÇ, Güngör N.** Celal Bayar Üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2004;** 7:43-55.

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

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

117. **Özkan S, Yılmaz E.** Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2008;** 3(7):89-105.

118. **Karadağ M, Yıldırım N.** Health behaviours in health sciences university students in Turkey. *Social Behaviour And Personality,* **2010;** 38(1):43-52.

119. **Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ.** Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* **2015;** 8(1).

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

121. **Can G, Özdilli K, Erol Ö, Ünsar S, Tülek Z, Savaşer S, et al.** Comparison of the health-promotion lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nursing And Health Sciences, **2008;** 10:273-280.

122. **Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G.**. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2000;** 3(1):10-15.

123. **Güner Cİ, Demir F.** Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2006;** 9(3):17-25.

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. **Özkan S, Yılmaz E.** Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* **2008;** 3(7):89-105.

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

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

8. EKLER

8.1. Ek 1. Bilgilendirme, Anket ve Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmamızın amacı; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini değerlendirmektir. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Yardım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Esra Saatçı	Arş. Gör. Dr. Özge Orhan
Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:.....
2. Kaçıncı sınıfsınız:……
3. Cinsiyetiniz:

Kadın( ) Erkek( )

4. Medeni durumunuz:

Evli( ) Bekar( ) Nişanlı( ) Sözlü( )

5. Ailenizin maddi durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?:

İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

6. Ortalama aylık geliriniz (TL):

0-500 ( ) 500-1000( ) 1000-1500( ) 1500 ve üzeri( )

7. Nerede yaşıyorsunuz?:

Aile ile ev( ) Yurt( ) Arkadaşlarla ev( ) Tek başına ev( )

8. Annenizin eğitim düzeyi nedir?: (Son bitirdiği okul düzeyini yazınız)

İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite( ) Okur-yazar değil( )

9. Babanızın eğitim düzeyi nedir?: (Son bitirdiği okul düzeyini yazınız)

İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite( ) Okur-yazar değil( )

10. Annenizin mesleği nedir?:

Çalışıyor/Emekli( ) Çalışmıyor( )

11. Babanızın mesleği nedir?:

Çalışıyor/Emekli( ) Çalışmıyor( )

12. Boyunuz:…..... cm
13. Kilonuz:……kg
14. Kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?:

Zayıf( ) Normal( ) Kilolu( ) Şişman( )

15. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?:

İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

16. Geçirmekte olduğunuz ya da geçirmiş olduğunuz hastalık/hastalıklar: Var( ) Yok( )

a. Kaza: Geçirdim( ) Geçirmedim( )
b. Ameliyat: Oldum( ) Olmadım( )

17. Ailenizde önemli hastalığı olan, geçiren var mı?:

Var( ) Yok( )

18. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları:

a. Beslenme alışkanlığınız (Karbonhidrat, yağ, protein dengeli, meyve-sebze tüketimi düzenli mi?):

İyi( ) Orta( ) Kötü( )

b. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Haftada 150 dk tempolu yürüyüş, her hafta düzenli fitness, tenis, takım sporları vb.):

Evet( ) Hayır( )

c. Aşılarınız tam mı, erişkin aşılama yaptırıyor musunuz?:

Evet( ) Hayır( )

d. Periyodik sağlık muayenesi yaptırıyor musunuz? (Henüz hastalık belirtisi göstermezken tarama testleri veya fizik muayene ile danışmanlık almak, sağlık durumunun korunması): Evet( ) Hayır( )

19. Ne sıklıkta çay-kahve tüketirsiniz?:

Az(1-2 fincan)( ) Orta(3-4 fincan)( ) Sık(>5 fincan)( )

20. Madde kullanma alışkanlığınız var mı?:

Yok( ) Tütün/Tütün ürünleri(Sigara, nargile vb.)( ) Alkol( ) Uyuşturucu( )

21. Herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk tercih ettiğiniz sağlık kurumu hangisi?:

Aile Sağlığı Merkezi( ) Devlet Hastanesi( ) Üniversite Hastenesi( ) Özel Tıp Merkezi( )

22. Herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk tercih ettiğiniz kimdir?:

Doktor( ) Hemşire( ) Anne-Baba( ) Arkadaş( )

23. Ailede kriz ve travmaya neden olan durumlardan hangilerini yaşadınız?

Ölüm( ) boşanma( ) hastalık( ) hastaneye yatış( ) göç( ) ekonomik kayıp/kazanç( ) aile içi şiddet( ) Yaşamadım( )

24. Sıkıntılı zamanlarınızda kimden/neden destek alırsınız:

Yakın arkadaş( ) aile( ) maneviyat( ) sağlık personeli( )

8.2. Ek 2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri (Kısa Versiyon)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
   (b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
   (c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
   (d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
   (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
   (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
   (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
   (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
   (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
   (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
   (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
   (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
   (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
   (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
   (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.

(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.

(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.(a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.(a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

8.3. Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

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

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Sabahları kahvaltı ederim.				
2	Sağlığımla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3	Kendimi beğenirim.				
4	Haftada en az üç kez beden hareketleri yaparım.				
5	Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim.				
6	Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7	Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11	Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerinin bilirim.				
12	Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13	Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				

14	Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15	Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16	Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17	Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21	Geleceğe ümitle bakarım.				
22	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23	Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan vebana dokunmalarından hoşlanırım.				
25	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27	Her gün, rahatlamak ve gevşemek için15-20 dk zaman ayırırım.				
28	Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29	Kendi başarılarımla övünürüm.				
30	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				

31	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34	Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35	Her gün dört besin grubu (protein, karbohidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim.				
37	Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38	Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40	Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41	Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum.				
42	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43	Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44	Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45	Stresimi kontrol altına almak için belirli				

	yöntemler kullanırım.				
46	Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

8.4. Ek 4. Etik Kurul Onay Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
82		2 Kasım 2018

KARAR NO 25- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Esra Saatçı yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Özge Orhan tarafından yürütülmesi öngörülen, "Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkilendirilmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Prof Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	**:** Özge ORHAN
Doğum Tarihi ve Yeri	**:** 05.06.1991/ADANA
Medeni Durumu	**:** Bekar
Adres	**:** Güzelyalı mah. 81162 sk. Gülen Apt. No: 3 Kat: 5 Daire: 9 Çukurova/Adana
Telefon	**:** 538 5250496
E posta	**:** drozgeorhan@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi Ve Yılı	**:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi-2015
Dernek Üyelikleri	**:** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Yabancı Dil	**:** İngilizce