



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**FİZYOTERAPİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ**

Gökçe Başak AYDIN DİNÇER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ferdi BAŞKURT

Tez No: 167

ISPARTA-2019

KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05/02/2019

Tez Danışmanı

: Prof. Dr. Ferdi Başkurt

Süleyman Demirel Üniversitesi

Sağlık bilimleri Fakültesi Fizyoterapi

Ve Rehabilitasyon ABD

Üye

: Prof. Dr. Ferdi Başkurt

Süleyman Demirel Üniversitesi

Sağlık bilimleri Fakültesi Fizyoterapi

Ve Rehabilitasyon ABD

Üye:

: Doç. Dr. Zeliha Başkurt

Süleyman Demirel Üniversitesi

Sağlık bilimleri Fakültesi Fizyoterapi

Ve Rehabilitasyon ABD

Üye

: Dr. Öğretim Üyesi Cihan Caner Aksoy

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon

ONAY: Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nilgün Gürbüz

Enstitü Müdürü

BEYAN

“Fizyoterapi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Gökçe Başak AYDIN DİNÇER

İmza

Danışman

Prof. Dr. Ferdi BAŞKURT

İmza

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında Süleyman Demirel Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek istedim.

Tez konumun belirlenmesi noktasında benimde isteklerimi göz önünde bulunduran ve yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Ferdi BAŞKURT hocama teşekkürlerimi sunarım.

Gökçe Başak AYDIN DİNÇER

Isparta, Ocak 2019

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında bilgi ve tecrübeleri ile bana her zaman yol gösterici olan ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Ferdi Başkurt'a, Yüksek Lisans eğitimimde değerli bilgilerinden faydalandığım bana çok şey öğreten kıymetli hocam Doç. Dr. Zeliha Başkurt'a, Dr. Öğr. Görevlisi Tuba İnce Parpucu'ya ve Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde görev yapan tüm öğretim görevlilerine, tez çalışmam sırasında ilgi ve yardımlarını esirgemeyen Op. Dr. Ahmet Köse'ye, Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında desteğini her zaman hissettiğim her koşulda yanımda olan biricik eşim Op. Dr. Recep Dinçer'e ve canım kızım Ece'ye yürekten teşekkür ederim.

Gökçe Başak AYDIN DİNÇER

Şubat 2019, Isparta

İÇİNDEKİLER

BEYAN	ii
ÖNSÖZ	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlıkın Tanımı	3
2.2. Sağlıkın Korunması	3
2.2.1. Birincil Korunma	3
2.2.2. İkincil Koruma.....	3
2.2.3. Üçüncül Korunma.....	4
2.3. Sağlıkın Geliştirilmesi	4
2.4. Sağlık Algısı	5
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	6
2.5.1. Beslenme.....	6
2.5.2. Stres Yönetimi	8
2.5.2.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	9
2.5.3. Fiziksel Aktivite.....	9
2.5.4. Manevi Gelişim (Tinsellik).....	13
2.5.5. Kişiler Arası İlişkiler	13
2.5.6. Sağlık Sorumluluğu	14
2.6. Gençlik Dönemi	14
2.6.1. Gençlik Nedir?	14
2.6.2. Ülkemizde Gençlerin Sağlığı.....	14
2.7. Sağlıkın Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	17
3.4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler	17

3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi	18
3.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi	18
3.5.1.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	18
3.5.1.2. Sağlık Algısı Ölçeği	18
3.5.1.3. Bölüm Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	19
3.5.2. Verilerin Toplanması	20
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.5.4. Araştırmanın Süresi	21
4. BULGULAR	22
4.1. Örneklem Grubuna İlişkin Bilgiler.....	23
5. TARTIŞMA	40
5.1. Sağlık Algısı Ölçeği ve İlişkili Faktörler	40
5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Etkili Faktörler	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
6.1. Sonuçlar.....	47
6.2. Öneriler.....	48
ÖZET.....	51
ABSTRACT.....	52
KAYNAKLAR	53
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	58
EKLER.....	59
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	59
Ek 2. Sağlık Algısı Ölçeği	60
Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	61
Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu	63
ÖZGEÇMİŞ.....	64

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBSC	: Health Behaviour İn School-Aged Children
KG	: Kilogram
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For the Social Sciences for Windows
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi	5
Tablo 2. SAÖ Puanları ve Madde Sayıları	19
Tablo 3. Kişisel Bilgiler	22
Tablo 4. Cinsiyete Göre Sosyo -demografik Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 5. Sağlık Algısı Ölçeği Madde Analizi	25
Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Madde Analizi.....	26
Tablo 7. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Betimsel İstatistikleri.....	28
Tablo 8. Sağlık Algısı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki Analizi.....	29
Tablo 9. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Cinsiyete Göre Farklılık Analizi	31
Tablo 10. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıfa Göre Farklılık Analizi	32
Tablo 11. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Anne Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi	34
Tablo 12. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Baba Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi	35
Tablo 13. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Şekli Değişkenine Göre Farklılık Analizi	36
Tablo 14. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sigara İçme Durumuna Göre Farklılık Analizi	37
Tablo 15. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Doğum Yerine Göre Farklılık Analizi	38

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları ya da yapmaktan sakındıkları eylemleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı ise “Sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır (1,2). Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran ve kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsar (1,2).

Sağlık inanç modeline göre; sağlık durum algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık algısı, sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (3).

Gençlik dönemi, birey ve toplum açısından en dinamik dönem olarak bilinmektedir. Gençlik döneminde üniversite yaşamı önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini benimseyebilir ya da hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan sağlıksız yaşam biçimi davranışları kazanabilirler (4).

Bu dönemde sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, etkili iletişim ve stresle baş etme yöntemleri gibi yaşam boyu geliştirilmesi gereken yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ileri yaşlardaki bireylere göre daha kolaydır. Yaşam biçimi davranışlarının bireylerin akademik başarısı, fizyolojik ve psikolojik sağlığı üzerinde önemli etkisi vardır (5,6). Yapılan araştırma sonuçlarına göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olan bireylerin anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sağlık sorunlarını yaşama oranının düştüğü; hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklardan korunma düzeyi üzerinde önemli etkisi olduğu bulunmuştur (7). Ayrıca, egzersiz yapan, sigara kullanmayan ve normal kiloya sahip bireylerin yaşam süresini sekiz yıl uzattığı ve altı yıl gibi uzun bir süre kronik bir hastalıktan korunmayı sağlayarak yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (8).

Sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında ve sağlık davranışı değişiminde doğrudan etkili olan hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve hekimlik meslek adaylarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması ve sağlıklı yaşam biçiminin önemini kavramış olması önemlidir. Sağlığın geliştirilmesinde, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler hem gençlik döneminde olmaları hem de geleceğin sağlık çalışanı adayı olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Akranlarına, ailelerine ve gelecek dönemlerde topluma rol model olmaları bakımından bu gruptaki öğrencilere şu an ve gelecekte büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu durum, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesinin ve bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (9). Bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerle ilgili çalışmalara rastlanmıştır (9-11).

Fizyoterapistler hastalarıyla daha fazla zaman geçirdikleri ve onlara gerektiğinde psikolojik destek oldukları, kendilerinden yaşça küçük hastalara rol model oldukları için çalışmamızda üniversitemizde sağlık bilimlerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında eğitim gören öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

Bu çalışmadan elde edeceğimiz bulguların fizyoterapi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi ve iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı ve bu konuda planlanacak programlar ve projelerde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Tanımı

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında ilk tanımların “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde son derece basit bir şekilde yapıldığını görmekteyiz (13). 1900’lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler, kendi perspektifleriyle sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar, bazı tanımlarda fiziksel, biyolojik alana vurgu yapılırken, bazı tanımlarda psikolojik, bazılarında da sosyal alana vurgu yapılmıştır (13). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ), 1948 yılında kurumsal kimliği ile yaptığı tanımına göre "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir (14). DSÖ aynı zamanda sağlığı; nefes aldığının farkında olma, ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevreyi değiştirme veya başa çıkma olarak da belirtmiştir (14). Günümüzde sağlık anlayışı; bireyin sağlığını koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (15).

2.2. Sağlık Korunması

2.2.1. Birincil Korunma

Hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemeyi amaçlar (16). Birincil korunma çalışmalarında sağlığın korunmasına yönelik eğitim çalışmaları yapılır. Bunun yanı sıra sağlığın geliştirilmesi (health promotion), yani kişinin sağlık düzeyinin daha üst düzeye çıkarılması bakımından da eğitim yapılmalıdır. Bağışıklama ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, emniyet kemeri kullanımı ile araç içi yaralanmaların önlenmesi gibi koruyucu özel önlemler bu grupta yer alır (16).

2.2.2. İkincil Koruma

Birincil korunma yöntemleri çoğu kişinin iyi bildiği, fakat yeterince uymadığı durumlardır. Örneğin, sigaranın sağlığa zararlı olduğu başta sağlık personeli olmak üzere herkes tarafından iyi bilindiği halde, sigara kullanımı toplumda oldukça

yaygındır. Beslenme ve egzersiz şeklindeki diğer birincil korunma uygulamaları için de benzeri durum söz konusudur. Yani, birincil korunma yaklaşımı uygulamadaki aksaklıklar nedeniyle her zaman yeterince başarılı olamamakta, insanlarda çeşitli hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Hastalıkların erkenden tanısının konulması, tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılması ikincil korumaya girer (16).

2.2.3. Üçüncül Korunma

Önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin durdurulması, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, hastalığın oluşturduğu sakatlıkların ya da acının azaltılmasıdır. Özellikle kronik hastalıklarda ilerleme durdurulmaya çalışılır. Yaşamın kalitesinin artırılması amaçlanır (16).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (17). 17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen, Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (1986) sonucu yayınlanan "Sağlığı Geliştirme Ottawa Bildirgesi'nde", sağlığı geliştirme kavramı; "kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç" olarak tanımlanmıştır (18). Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (19). Bir başka tanım, "İnsanların, öz tutkuları ile optimal sağlıkları arasındaki sinerjiyi keşfetmelerine yardım etme, optimal sağlığa ulaşma çabalarında motivasyonlarını artırma ve optimal sağlık düzeyine doğru hareket ettirmek için yaşam biçimlerini değiştirmede onları destekleme sanatı ve bilimi" şeklindedir (18,19). Burada sözü geçen "optimal sağlık", fiziksel, emosyonel, sosyal, tinsel ve entelektüel sağlık arasındaki denge olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel alanda; egzersiz, beslenme, öz bakım, tıbbi bakım, zararlı madde kullanımı;

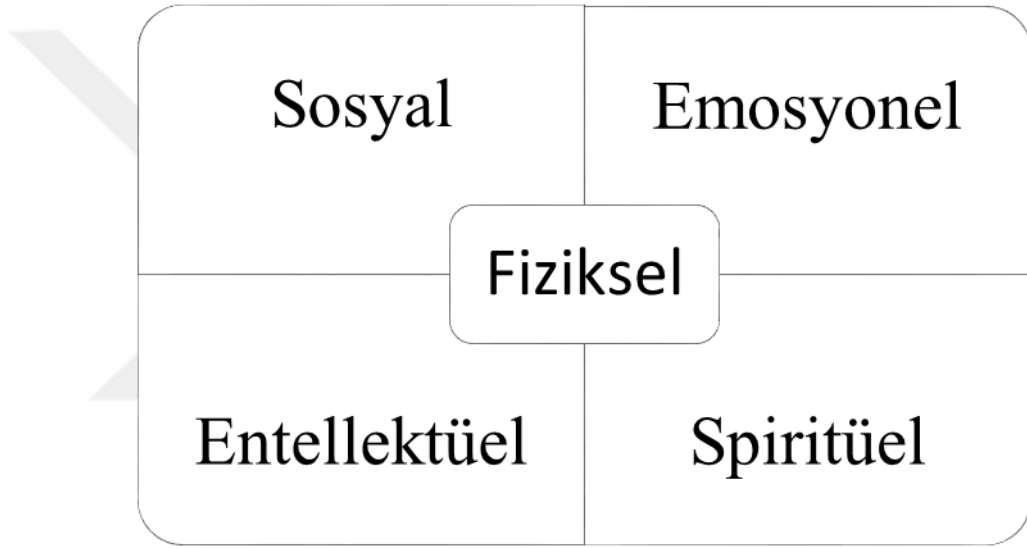
Emosyonel alanda; duygusal kriz yönetimi, stres yönetimi;

Sosyal alanda; aile, arkadaşlar, toplum;

Entelektüel alanda; eğitim, kariyer gelişimi, başarı;

Tinsel alanda; sevgi, umut, yardımseverlik vb. kavramları yer almaktadır (Tablo 1) (20).

Tablo 1. Sağlığı Geliştirmede İdeal Sağlık Dengesi



2.4. Sağlık Algısı

Sağlık algısı; bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin duygu, düşünce, ön yargı, endişe ve beklentilerinin toplamı olarak da tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması “iyi sağlık algısı”; olumsuz inançlar taşıması durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak tanımlanmaktadır (21).

Sağlık algısı bireyden bireye, toplumdaki topluma, ülkeden ülkeye değişebilir. Zaman içerisinde teknolojinin ilerlemesi ve sosyokültürel değerlerin değişmesi sağlık algısını değiştirebilir. Bireyin yaşadığı kırsal ya da kentsel çevre bile kişilerin sağlık algısını etkileyebilmektedir (22).

Sağlık algısının değerlendirilmesi sağlığın objektif ve sübjektif yönlerini de ölçmek için kullanılabilir uygun bir yöntemdir.

Subjektif olarak sağlık; bireyin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal yönden kendi sağlık durumunu algılamasıdır. Buna göre birey kendini hasta olmadığı halde hasta, hasta olduğu halde sağlıklı olarak da algılayabilir (22).

Objektif olarak sağlık ise; tıbbi muayene ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen veya şüphe edilen bir hastalığın her hangi bir patolojik durumun olmayışıdır. Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (23).

Sağlık durumunun algılanması, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, kişinin yaşamında sağlıklı yaşam davranışların yer almasına ve bu davranışların sürdürülmesinin sağlanmasında ve ayrıca sağlığın geliştirilmesi ve devam ettirilmesi sürecinde doğrudan ilişkilidir (23).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir (24). Düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, iletişim problemleriyle baş etme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimini sağlama gibi davranışlar sağlığın geliştirilmesinde rol alan davranışlardır (24).

2.5.1. Beslenme

Sağlıklı beslenme; bireyin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır. Beslenme, büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Besin öğeleri vücudun gereksinimi düzeyinde alınamadığında yeterli enerji oluşmadığında ve vücut dokuları yapılamadığında

"yetersiz beslenme" durumu oluşur (25). Günlük beslenmede, her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları o kişinin gereksinimine uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilmiş olur (25). Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra bilim adamları, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır. Merkezi Amerika'da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir (26).

Besin grupları şunlardır;

1- Süt Grubu: Süt ve yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süt tozu gibi sütten yapılan besinlerdir. Bu besinler protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 olmak üzere birçok besin ögesinin önemli kaynağıdır. Başta yetişkin kadınlar, çocuklar ve gençler olmak üzere tüm yaş gruplarının bu grubu her gün tüketmesi gerekir (26).

2- Et - Yumurta – Kuru Baklagiller Grubu: Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Bu grup; protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa (kuru baklagiller) içerir. Et-yumurta kuru baklagiller grubundan günde iki porsiyon alınmalıdır (26).

3- Sebze ve Meyve Grubu: Bitkilerin her türlü yenebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitaminin ön ögesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Günde en az beş porsiyon sebze ya da meyve tüketilmelidir (26).

4- Ekmek ve Tahıl Grubu: Tahıllar Türk toplumunun temel besin grubudur. Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tam tahıl ürünleri günde

altı porsiyon (altı dilim ekmek veya üç dilim ekmek, bir kepçe unlu çorba, dört yemek kaşığı pilav gibi) tüketilebilir (26).

Yetişkinler ve çocuklarda, boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemek için farklı yöntemler kullanılır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) pratik bir yöntem olarak kullanılmaktadır. BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m²) formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre, BKİ'nin;

<18,5 olması zayıf,

18,5 - 24,99 arasında olması normal,

25,0 - 29,99 arasında olması kilolu,

30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez,

35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez,

40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir (26).

2.5.2. Stres Yönetimi

Stres; zarar veren etkenlere karşı organizmada ortaya çıkan olumsuz değişiklikler ve tepkilerdir. Stres iyi ya da kötü olabilir. Stresin insana ihtiyacı olan gücü ve uyanıklığı verdiği durumlar iyi, uygun şekilde yönlendirilmediği, insana zararlı olduğu ve hastalıklara neden olduğu durumlar ise kötüdür. Çoğu zamanda halk arasında stres teriminin karşılığı kötüdür (27). Stres vericiler (stresörler) genelde üçe ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Fizyolojik: Travma, sıcak, soğuk gibi

2. Psikolojik: Duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş gerilimleri

3. Sosyal: çevre etkenleri, kültürel değişim gibi (27).

Bir tehlike anında vücut, kan dolaşım sistemine adrenalin ve diğer stres hormonlarını salgılar. Bu salgılanım ile kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslarda gerginlik meydana gelir. Bu yanıtlar kişiye stres kaynağı ile mücadele ve stresten kaçma enerjisi sağlar(28). Stres durumunun uzaması sonucu organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulma meydana gelir. Bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu uyarılmışlık durumunda kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına neden olmakta,

bedenin kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır (28).

2.5.2.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stresle başa çıkmada, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir. Strese, affektif, kognitif, davranışsal, bedensel tepkiler verilir. Affektif tepkilerin arasında; huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik, kaygı, ümitsizlik, ağlama, kognitif alanda; yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık, obsesyonlar, fobiler ortaya çıkar. Davranışsal tepkiler arasında, kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme, bedensel sorunlarla aşırı uğraş vardır. Bedensel tepkiler ise, yukarıda sözü edilen fizyolojik tepkilere paralel olarak oluşan çarpıntı, titreme, sık idrar yapma, nefes açlığı, baş dönmesi ve bayılma, tikler vb. den oluşur (28).

Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir (28). Yine bireysel olarak stresle başa çıkmanın bilinen bir diğer yolu da yaşam tarzı değişikliğini içeren DKBY modelidir. Braham tarafından geliştirilen bu model D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir. Bunun yanında kognitif-davranışçı terapi yöntemleri, davranışların günlük kaydını tutarak kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, psikoterapiler ve ağır stres durumlarında psikanaliz ve dinamik psikoterapi kullanılan diğer yöntemlerdir (28).

2.5.3. Fiziksel Aktivite

Bazal seviyenin üstünde enerji harcamasını arttıran ve iskelet kaslarının kontraksiyonu ile oluşan vücut hareketleri olarak tanımlanır. Bu kavram; bir aktivite sırasında ne kadar geniş kas kütlesi aktif durumda ise, o kadar çok enerji harcaması demektir. Egzersiz, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir. Fiziksel uygunluğun bir ya da birkaç unsurunu geliştirmeyi amaçlayan planlı, yapılandırılmış, sürekli aktivitelerdir. Fiziksel uygunluk ise günlük işleri yorgunluk duymaksızın, canlı ve uyanık bir şekilde yapabilmek, boş zamanları neşeli uğraşlarla geçirebilmek

için gerekli enerjiye sahip olmak ve beklenmeyen durumları karşılayabilecek yeterliliğe sahip olmak olarak tanımlanabilir (29).

Fiziksel aktivitenin sağlığımız üzerine etkileri temelde üç başlık halinde incelenebilir (29).

1. Bedensel sağlığımız üzerine olan etkileri,
2. Ruhsal ve sosyal sağlığımız üzerine olan etkileri,
3. Gelecekteki yaşantımız üzerine olan etkileri

1. Bedensel sağlığımız üzerine olan etkileri

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlığımız üzerindeki etkileri iki ana başlık altında incelenebilir;

A. Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri:

- Kas kuvvetinin korunması ve artırılması,
- Kas tonusunun korunması ve düzenlenmesi
- Vücut segmentlerini hareket ettiren aksi grup kaslar arasındaki dengenin sağlanması,
- Kas-eklem kontrolünü artırarak stabilitenin sağlanması,
- Eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması,
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve artırılması (fleksibilite),
- Kondisyon ve dayanıklılığın geliştirilmesi
- Endüransın geliştirilmesi
- Reflekslerin ve reaksiyon zamanının gelişmesi,
- Vücut düzgünlüğünün ve postürün korunması,
- Vücut farkındalığının geliştirilmesi,
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi,
- Yorgunluğun azaltılması,

- Kemik mineral yoğunluğunun korunması ve osteoporozun önlenmesi,
- Kas dokusunca kullanılan enerji ve oksijen miktarının artması,
- Olası yaralanma, sakatlık ve kazalara karşı bedensel korunma geliştirmesi (29).

B. Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri

- Kalbin dakikadaki atım sayısı azalır,
- Bir atımda pompalanan kan miktarında artış olur,
- Kalp ritmi düzenlenir,
- Damarların kan akışına olan direnci azalır ve kan basıncı düşer,
- Damar yapısının elastikiyetini arttırır,
- Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır,
- Kalbi güçlendirerek kalbe olan kan akışını arttırır ve kalp krizi geçirme riskini azaltır. Ayrıca geçirilmiş kalp krizleriyle başa çıkma oranını arttırır,
- Akciğer solunum kapasitesinde artış meydana gelir,
- Düzenli aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığında kurtulma konusunda inaktif bireylerden daha başarılıdırlar,
- Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
- Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,
- Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler,
- Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır,

- Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans ve unutkanlık gelişim riskini azaltır,
- Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır,
- Yetişkinlerde sağlıklı cinsel aktivite üzerinde olumlu etkileri vardır (29).

2. Ruhsal ve Sosyal Sağlığımız Üzerine Etkileri

- Egzersiz zamanları bireyin kendine ayırdığı zaman dilimleridir ve yaşama karşı toleransı artırır,
- Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturur,
- Fiziksel aktivite vücut ağırlığının korunması konusundaki etkileri nedeniyle bireylerin toplum içindeki konumu açısından etkilidir,
- Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır,
- Bireyler arası iletişim becerilerini geliştirir,
- Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir,
- Her yaştan bireyler için sosyal uyum ve kabul görme oranını artırır (29).

3. Gelecekteki Yaşantımız Üzerine Etkileri

- Sağlıklı yaşlanmayı beraberinde getirerek bağımsız ve aktif yaşlı bireyler yaratır,
- Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltır,
- Kansere gelişim riskini azaltır ve kansere karşı koruma sağlar,
- Aktif yaşayan bireylerde vücudun oksijen kullanma yeteneği arttığı için vücut direnci artar ve enfeksiyonlara karşı koruma gelişir,
- Kas iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltılır,
- Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü artırır, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlar,

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

Fiziksel aktivitenin yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde sözü edilen olumlu etkilerinin görülebilmesi için, genellikle çocukluk ya da adölesan (genç erişkin) döneminden itibaren düzenli fiziksel aktivite yapılıyor olmasının önemi büyüktür. Toplumun farklı kesimlerinde fiziksel aktivite alışkanlığını değerlendirmek üzere yapılan bilimsel araştırma sonuçları, ülkemizde çocuklar, gençler ve yaşlılar arasında fiziksel aktivitenin henüz bir yaşam stili halini almadığını göstermektedir. Bu nedenle, toplum olarak, çocukluk çağından itibaren daha hareketli, aktif, düzenli egzersiz alışkanlığı edinilmesi konusunda özendirici ve cesaretlendirici olunmalıdır (29).

2.5.4. Manevi Gelişim (Tinsellik)

Tinsel kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde ruhi, manevi kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Spiritüel gereksinimler; “manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir”, “Bireyin üstün güçle/tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir (30). Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü tinsellik/inanç ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuştur. Araştırmalarda, kişinin tinsel inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini pozitif olarak etkileyebildiği gösterilmiştir (31).

2.5.5. Kişiler Arası İlişkiler

Kişiler arası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, öğrenci-öğretmen etkileşimi, duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir. Chen yaptığı çalışmada kişiler arası ilişki desteğini; “yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, kendine yakın kişilere dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir” (32). Yaşam boyu

başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişiler arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır (32).

2.5.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (33). Bireyin vücudunu ve kendini tanıması, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlık ile ilgili ufak değişiklikler ve sapmalar olduğunda dahi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi ve gerekli önlemleri alması, düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi gibi tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini ve bireysel çaba harcadığını göstermektedir (34).

2.6. Gençlik Dönemi

2.6.1. Gençlik Nedir?

DSÖ, 0-17 yaş grubunu “ergen”, 18-65 yaş grubunu “genç” ve 66-79 yaş grubunu “orta yaşlı”, 80-99 yaş arasını “yaşlı” olarak tanımlamaktadır (35).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (Birleşmiş Milletler Eğitim Bilim ve Kültür Teşkilatı) genci,“ öğrenim gören, yaşamını kazanmak için çalışmayan, kendine ait konutu bulunmayan, büyük bir hayal gücüne sahip, cesaretin çekingenliğe, macera isteğinin rahata üstün geldiği insandır” biçiminde tanımlamakta ve 15-24 yaşlar arasını gençlik dönemi olarak kabul etmektedir (36).

2.6.2. Ülkemizde Gençlerin Sağlığı

Gençlik döneminde ortaya çıkan ve sağlığı olumsuz etkileyen bazı davranışlara örnek olarak, suç işleme, sigara içme, alkol veya madde kullanımı, riskli

(alkollü, emniyet kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, evden veya okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere ilgisizlik, mesleksi veya toplumsal becerilerde yetersizlik, hareketsiz yaşam, sağlıksız yeme davranışları ve yetersiz-dengesiz beslenme sonucu büyüme ve gelişmenin bozulması, kendi ve karşı cinsin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgisinin olmaması nedeniyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ve istenmeyen gebeliklerin oluşması gibi üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkması verilebilir (37). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2010 yılı Sağlık araştırmasında genç erkeklerin %16,3'ü ile genç kadınların %15,8'i çoğu durumda veya hep "sinirli" olduklarını belirtmiştir. Erkeklerin %14,5'i, kadınların da %17,8'i kendilerini "çoğu durumda" veya hep "yorgun" hissetmektedir (38). 2010 yılında HBSC 'nin (Health Behaviour In School-Aged Children) yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de 15 yaşındaki kızların %65'inin, erkeklerin de %54'ünün son bir hafta içinde sağlık durumlarıyla ilgili şikâyetleri olmuştur (39). Düşünce kuruluşu; Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı'nın (SETA) 2012 yılında Gençlik ve Spor Bakanlığı ile birlikte gerçekleştirdiği "Türkiye'de Gençliğin Profili" araştırmasının açıklanan ilk sonuçlarına göre, bölgeye, cinsiyete, yaşa, medeni duruma ve eğitim düzeyine göre farklılıklar göstermek üzere anket sorularını yanıtlayanların %21,7'si alkol aldıklarını belirtmiştir (40). Sağlık açısından sakıncaları yaygın olarak bilinmesine karşın Türkiye'de en başta sigara, biraz da nargile olmak üzere tütün kullanımı hem genel nüfus hem de gençler arasında hayli yaygındır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 Sağlık Araştırmasına göre 15-24 yaş grubundan erkeklerin %27,1'i, kadınların ise %6,1'i sigara tiryakisidir (38).

2.7. Sağlık Geliştirilmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır (41). Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili veriler hiç de olumlu görülmemektedir. Özkan ve Yılmaz'ın

hemşirelerle yaptığı çalışmada, katılanların % 74,8'inin sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığı, % 95,7' sinin düzenli fiziksel egzersiz yapmadığı, % 46,6'sının sigara kullandığı tespit edilmiştir (42).

Çalışmamızda, üniversitemizde fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında eğitim gören öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır. Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında, bulgularımızın, fizyoterapi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı, bu konuda planlanacak programlar ve projelerde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyebilecek sosyo-demografik özelliklerinin saptanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde yer alan Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesindeki Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evrenini, 2014-2015 öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan toplam 258 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Okul yönetimlerinden gerekli izinler alındıktan sonra araştırma; bilgilendirilmiş gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul eden 258 öğrenci ile araştırma yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzinler

1. Bölüm başkanı ile yüz yüze görüşülüp, yapılması planlanan araştırma hakkında bilgi verilerek sözel onayı alındı.
2. Bu süreçte Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayla ilgili etik izin alındı.
3. Gönüllü olarak araştırmaya katılan öğrencilerin kimlik bilgileri alınmaksızın yazılı ve sözel onamları alındı.

3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aşaması üç basamakta gerçekleşmiştir. Bunlar anket formunun düzenlenmesi, anket formunun uygulanması ve verilerin değerlendirilmesi aşamasıdır.

3.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır.

3.5.1.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Çalışmamızda kullanılan sosyo-demografik bilgi formu sekiz sorudan oluşmaktadır (Ek-1). Öğrencilere cinsiyeti, okuduğu sınıf, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, ailesi ile yaşayıp yaşamadığı, sigara içme durumu ve doğum yeri (bölgesi) sorulmuştur.

3.5.1.2. Sağlık Algısı Ölçeği

Çalışmamızda 15 soruluk Sağlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır (Ek-2). Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, orijinal dili İngilizce olan beşli likert tipi bir ölçektir (43).

Ölçeğin “kontrol merkezi”, “Öz farkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın önemi” alt başlıklı dört alt faktörü bulunmaktadır. Orijinal ölçeğin cevaplama süresi 5-7 dakika olup cevaplayıcılar her bir maddeye “çok katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1) seçeneklerinden birini seçerek cevaplandırmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (44). (Tablo 2).

Tablo 2. SAÖ Puanları ve Madde Sayıları

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

3.5.1.3. Bölüm Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir (Ek-3) (45). Ölçek, 1996 yılında revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır (46).

SYBD-II ölçeği, dördümlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçek;1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) şeklinde tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika olup ölçeğin altı alt başlığı bulunmaktadır:

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

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

Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın değişmez bir parçası olan egzersizin birey tarafından ne kadar süre ve ne sıklıkla uygulandığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığını ne düzeyde önemseydiğini belirler. (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

Kişiler arası ilişki; bireyin yakın çevresi ile olan iletişimini ve bu iletişimi ne kadar süre devam ettirebildiğini belirler (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

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

3.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından etik açıdan uygun görülmüştür (EK-4). İlgili fakülte dekanlığından izin alınmış, ders öncesinde derse giren öğretim üyelerinin onayı alınmış ve araştırmaya katılan tüm öğrencilere araştırma öncesi çalışma hakkında bilgi verilip sözlü onamları alınmıştır. Bölüm yöneticileri ile araştırmanın yapılabileceği tarihler ve saatler kararlaştırıldı. Araştırma, önceden saptanan gün ve saatlerde araştırmacı tarafından yapıldı.

3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler değerlendirilirken önce gruplandırmalar ve kodlamalar yapıldı.

Microsoft Excel programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılan veriler istatistiksel paket programlar kullanılarak analiz edildi. Çalışmamızda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 17.0 istatistik analiz programı kullanıldı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, doğum yeri, sınıf, anne ve baba eğitim durumu, sigara içme davranışı olarak değerlendirilirken, bağımlı değişkenleri ise; sağlık algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ve alt ölçekler puan ortalamaları olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanılmıştır. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki kare

testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde Unpaired t testi ve tek yönlü ANOVA testi, normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskall Wallis kullanılmıştır. İstatistiksel olarak farkın önemliliği $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için Spearman Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.5.4. Araştırmanın Süresi

Araştırma Şubat 2014 tarihinden itibaren planlanmaya başlandı. Gerekli izinler alındıktan sonra Şubat 2015 tarihinde veriler toplandı. Mart 2016-2017 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve istatistiksel analizleri yapıldı. Aralık 2017 tarihinde tez yazımı tamamlandı.

4. BULGULAR

Çalışmamızda, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde okuyan öğrenciler, sosyo-demeografik bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları SYBD-II ölçeği (52 madde) ve Sağlık Algısı Ölçeği (15 madde) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Süleyman Demirel Üniversitesi fizyoterapi öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya katılan 258 öğrencinin sosyo-demografik bulguları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Kişisel Bilgiler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	123	47,7
	Kadın	135	52,3
Sınıf	1.Sınıf	64	24,8
	2.Sınıf	62	24,0
	3.Sınıf	75	29,1
	4.Sınıf	57	22,1
Anne Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	43	16,7
	İlkokul	140	54,3
	Lise	51	19,8
	Üniversitesi	24	9,3
	Yüksek Lisans	0	0,0
	Doktora	0	0,0
Baba Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	16	6,2
	İlkokul	96	37,2
	Lise	67	26,0
	Üniversite	78	30,2
	Yüksek Lisans	1	0,4
	Doktora	0	0,0
Yaşam şekli	Ailesiyle yaşayan	98	38,0
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	62,0
Sigara İçme Durumu	Hiç içmedim	67	26,0
	Hergün içerim	191	74,0
	Ara sıra içerim	0	0,0
	Bıraktım	0	0,0
Doğum Yeri	Marmara	18	7,0
	Ege	35	13,6
	Akdeniz	78	30,2
	İç anadolu	46	17,8
	Karadeniz	22	8,5
	Doğu Anadolu	23	8,9
Güneydoğu Anadolu	36	14,0	

Yaşam şekli değişkeni: 1-Ailesiyle birlikte yaşayan, 2-Ailesinden ayrı yaşayan Doğum Yeri Değişkeni:1-Marmara bölgesi, 2-Ege Bölgesi, 3-Akdeniz Bölgesi, 4-İç Anadolu Bölgesi, 5-Karadeniz Bölgesi, 6-Doğu Anadolu Bölgesi,7-Güneydoğu Anadolu Bölgesi.

4.1. Örneklem Grubuna İlişkin Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %47,7'si erkek, %52,3'u kadındır. Öğrencilerin % 24,8'i 1.sınıf, %24,0'ü 2. sınıf, % 29,1'i 3.sınıf ve %22,1'i 4. sınıfta okumaktadır.

Öğrencilerin anne eğitim düzeyi incelendiğinde %16,7'sinin okur-yazar değil, %54,3'nün ilkokul, %19,8'inin lise ve %9,3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Baba eğitim düzeyi incelendiğinde ise %6,2'sinin okuryazar değil, %37,2'sinin ilkokul, %26,0 sının lise, %30,2'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin %38'i ailesiyle birlikte yaşarken %62'si ailesinden ayrı ikamet etmektedir. (Tablo 3).

Öğrencilerin %26'sı hiç sigara içmediğini belirtmişken, %74'ü her gün sigara içtiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Öğrenciler doğum yerlerine göre değerlendirildiklerinde; %7'sinin Marmara, %13,6'sının Ege, %30,3'ünün Akdeniz, 17,8' inin İç Anadolu, %8,5'inin Karadeniz, %8,9'unun Doğu Anadolu, %14'ünün Güneydoğu Anadolu bölgesinde doğduğu belirlenmiştir. Buna göre dağılımda en yüksek değer Akdeniz Bölgesine, en düşük değer ise Marmara bölgesine ait bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Cinsiyete Göre Sosyo -demografik Özelliklerin Dağılımı

		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
Sınıf	1.sınıf	31	25,2%	33	24,4%
	2.sınıf	25	20,3%	37	27,4%
	3.sınıf	33	26,8%	42	31,1%
	4.sınıf	34	27,6%	23	17,0%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%
Anne Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	30	24,4%	13	9,6%
	İlkokul	61	49,6%	79	58,5%
	Lise	20	16,3%	31	23,0%
	Üniversite	12	9,8%	12	8,9%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%
Baba Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	12	9,8%	4	3,0%
	İlkokul	46	37,4%	50	37,0%
	Lise	27	22,0%	40	29,6%
	Üniversite	38	30,9%	41	30,4%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%
Yaşam şekli	Ailesiyle Yaşayan	53	43,1%	45	33,3%
	Ailesinden ayrı yaşayan	70	56,9%	90	66,7%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%
Sigara İçme Durumu	Hiç içmedim	53	43,1%	14	10,4%
	Hergün içerim	70	56,9%	121	89,6%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%
Doğum Yeri	Marmara	8	6,5%	10	7,4%
	Ege	16	13,0%	19	14,1%
	Akdeniz	25	20,3%	53	39,3%
	İç anadolu	21	17,1%	25	18,5%
	Karadeniz	12	9,8%	10	7,4%
	Doğu Anadolu	16	13,0%	7	5,2%
	Güneydoğu Anadolu	25	20,3%	11	8,1%
	Toplam	123	100,0%	135	100,0%

Kadın öğrencilerin %66,7'si ailesinden ayrı yaşarken, erkek öğrencilerin %56,9'u ailesinden ayrı yaşamaktadır (Tablo 4).

Kadın öğrencilerin %89,6'sı her gün sigara içtiğini belirtirken, erkek öğrencilerin %56,9'u her gün sigara içtiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlık Algısı Ölçeği Madde Analizi

	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Çok Katılıyorum		Ort.	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SA.1	3	1,2%	20	7,8%	31	12,0%	149	57,8%	55	21,3%	3,90	0,86
SA.2	36	14,0%	112	43,4%	47	18,2%	42	16,3%	21	8,1%	3,39	1,16
SA.3	42	16,3%	123	47,7%	30	11,6%	49	19,0%	14	5,4%	3,50	1,13
SA.4	11	4,3%	29	11,2%	23	8,9%	98	38,0%	97	37,6%	2,07	1,14
SA.5	2	0,8%	4	1,6%	23	8,9%	143	55,4%	86	33,3%	4,19	0,72
SA.6	25	9,7%	91	35,3%	60	23,3%	69	26,7%	13	5,0%	3,18	1,09
SA.7	15	5,8%	36	14,0%	38	14,7%	129	50,0%	40	15,5%	2,45	1,09
SA.8	15	5,8%	76	29,5%	55	21,3%	82	31,8%	30	11,6%	2,86	1,14
SA.9	6	2,3%	37	14,3%	57	22,1%	113	43,8%	45	17,4%	3,60	1,01
SA.10	5	1,9%	23	8,9%	54	20,9%	128	49,6%	48	18,6%	3,74	0,93
SA.11	7	2,7%	30	11,6%	49	19,0%	110	42,6%	62	24,0%	3,74	1,04
SA.12	45	17,4%	104	40,3%	56	21,7%	40	15,5%	13	5,0%	3,50	1,10
SA.13	51	19,8%	144	55,8%	34	13,2%	26	10,1%	3	1,2%	3,83	0,90
SA.14	12	4,7%	64	24,8%	92	35,7%	66	25,6%	24	9,3%	3,10	1,03
SA.15	31	12,0%	105	40,7%	58	22,5%	57	22,1%	7	2,7%	3,37	1,04

Ss: Standart Sapma, SA: Sağlık Algısı Ölçeği (Ek-2)

Not: Ölçekte olumsuz sorulara katılım arttıkça ortalama puan azalacaktır. Buna göre olumsuz maddelerde puanı düşük olan ifadelerde katılım daha yüksektir.

Katılım durumu cevabı dikkate alındığında en fazla katılım gösterilen ifadeler SA.5, SA.1 ve SA.4 maddeleridir. Bu maddeler “Egzersiz yaparsam sağlıklı kalırım”, “sağlığımı çok düşünürüm” ve “sağlıklıysam bu Allah’ın bir lütfudur” maddeleridir (Tablo 5).

“Hiç katılmıyorum” ifadesi ele alındığında ankette; SA.13, SA.12 ve SA.3 maddeleri en yüksek oranı almıştır. Bu maddeler sırasıyla “Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem”, “sağlıklı olmak şans işidir” ve “ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı yada hasta olacaksam zaten olan olur” maddeleridir (Tablo 5).

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Madde Analizi

	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık sık		Düzenli Olarak		Ort.	Ss
	n	%	n	%	N	%	n	%		
YBD.1	7	2,7%	121	46,9%	102	39,5%	28	10,9%	2,59	0,72
YBD.2	59	22,9%	129	50,0%	55	21,3%	15	5,8%	2,10	0,82
YBD.3	12	4,7%	127	49,2%	90	34,9%	29	11,2%	2,53	0,75
YBD.4	85	32,9%	138	53,5%	23	8,9%	12	4,7%	1,85	0,77
YBD.5	13	5,0%	92	35,7%	109	42,2%	44	17,1%	2,71	0,81
YBD.6	8	3,1%	104	40,3%	113	43,8%	33	12,8%	2,66	0,74
YBD.7	7	2,7%	53	20,5%	141	54,7%	57	22,1%	2,96	0,73
YBD.8	65	25,2%	129	50,0%	41	15,9%	23	8,9%	2,09	0,87
YBD.9	81	31,4%	128	49,6%	39	15,1%	10	3,9%	1,91	0,78
YBD.10	72	27,9%	108	41,9%	53	20,5%	25	9,7%	2,12	0,93
YBD.11	71	27,5%	126	48,8%	36	14,0%	25	9,7%	2,06	0,90
YBD.12	17	6,6%	42	16,3%	83	32,2%	116	45,0%	3,16	0,92
YBD.13	16	6,2%	55	21,3%	132	51,2%	55	21,3%	2,88	0,81
YBD.14	92	35,7%	120	46,5%	29	11,2%	17	6,6%	1,89	0,85
YBD.15	18	7,0%	134	51,9%	82	31,8%	24	9,3%	2,43	0,76
YBD.16	43	16,7%	106	41,1%	72	27,9%	37	14,3%	2,40	0,93
YBD.17	31	12,0%	119	46,1%	80	31,0%	28	10,9%	2,41	0,84
YBD.18	5	1,9%	72	27,9%	106	41,1%	75	29,1%	2,97	0,81
YBD.19	8	3,1%	72	27,9%	99	38,4%	79	30,6%	2,97	0,84
YBD.20	53	20,5%	153	59,3%	37	14,3%	15	5,8%	2,05	0,76
YBD.21	30	11,6%	128	49,6%	83	32,2%	17	6,6%	2,34	0,77
YBD.22	46	17,8%	145	56,2%	45	17,4%	22	8,5%	2,17	0,82
YBD.23	29	11,2%	99	38,4%	93	36,0%	37	14,3%	2,53	0,87
YBD.24	17	6,6%	84	32,6%	113	43,8%	44	17,1%	2,71	0,82
YBD.25	10	3,9%	98	38,0%	94	36,4%	56	21,7%	2,76	0,83
YBD.26	54	20,9%	155	60,1%	44	17,1%	5	1,9%	2,00	0,68
YBD.27	20	7,8%	125	48,4%	89	34,5%	24	9,3%	2,45	0,77
YBD.28	100	38,8%	106	41,1%	35	13,6%	17	6,6%	1,88	0,88
YBD.29	33	12,8%	131	50,8%	74	28,7%	20	7,8%	2,31	0,79
YBD.30	12	4,7%	65	25,2%	125	48,4%	56	21,7%	2,87	0,80
YBD.31	8	3,1%	63	24,4%	123	47,7%	64	24,8%	2,94	0,78
YBD.32	49	19,0%	136	52,7%	57	22,1%	16	6,2%	2,16	0,80
YBD.33	51	19,8%	136	52,7%	49	19,0%	22	8,5%	2,16	0,84
YBD.34	27	10,5%	94	36,4%	89	34,5%	48	18,6%	2,61	0,91

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Madde Analizi (devam)

YBD.35	19	7,4%	111	43,0%	92	35,7%	36	14,0%	2,56	0,82
YBD.36	29	11,2%	151	58,5%	56	21,7%	22	8,5%	2,28	0,77
YBD.37	57	22,1%	106	41,1%	69	26,7%	26	10,1%	2,25	0,91
YBD.38	38	14,7%	160	62,0%	53	20,5%	7	2,7%	2,11	0,67
YBD.39	47	18,2%	132	51,2%	68	26,4%	11	4,3%	2,17	0,77
YBD.40	76	29,5%	120	46,5%	43	16,7%	19	7,4%	2,02	0,87
YBD.41	75	29,1%	113	43,8%	52	20,2%	18	7,0%	2,05	0,88
YBD.42	20	7,8%	63	24,4%	119	46,1%	56	21,7%	2,82	0,86
YBD.43	31	12,0%	99	38,4%	95	36,8%	33	12,8%	2,50	0,87
YBD.44	54	20,9%	90	34,9%	77	29,8%	37	14,3%	2,38	0,97
YBD.45	81	31,4%	130	50,4%	36	14,0%	11	4,3%	1,91	0,79
YBD.46	55	21,3%	112	43,4%	67	26,0%	24	9,3%	2,23	0,89
YBD.47	49	19,0%	126	48,8%	67	26,0%	16	6,2%	2,19	0,81
YBD.48	27	10,5%	53	20,6%	80	31,1%	97	37,7%	2,96	1,00
YBD.49	8	3,1%	73	28,3%	121	46,9%	56	21,7%	2,87	0,78
YBD.50	12	4,7%	77	29,8%	84	32,6%	85	32,9%	2,94	0,90
YBD.51	16	6,2%	94	36,4%	105	40,7%	43	16,7%	2,68	0,82
YBD.52	10	3,9%	48	18,6%	109	42,2%	91	35,3%	3,08	0,83

YBD:Yaşam Biçimi Davranışları

Düzenli olarak cevabının en fazla verildiği sorular YBD.12, YBD.48, YBD.52, YBD.50 ve YBD.19 maddeleridir. Bu maddeler sırasıyla; “yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım”, “ilahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğumu hissedirim”, “yeni deneyimlere ve durumlara açığım”, “kahvaltı yaparım” ve “yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım” maddeleridir. Ölçekte ters kodlu soru bulunmamaktadır. Bu nedenle ortalama puanın artması “sık sık” ya da “düzenli olarak” cevabının daha yüksek oranda verildiği şeklinde yorumlanmalıdır (Tablo 6).

Tablo 7. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Betimsel İstatistikleri

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss	Çarpıklık	Basıklık
Sağlık Algısı	258	34,00	69,00	50,41	6,86	0,235	-0,192
Sağlık Sorumluluğu	258	10,00	31,00	20,59	3,97	0,003	-0,112
Fiziksel Aktivite	258	8,00	29,00	17,28	4,45	0,299	-0,301
Beslenme	258	11,00	28,00	19,71	3,49	0,075	-0,156
Manevi Gelişim	257	9,00	36,00	25,52	4,64	-0,305	0,246
Kişilerarası İlişkiler	258	13,00	35,00	24,71	4,34	0,000	-0,165
Stres Yönetimi	258	8,00	31,00	18,83	3,56	0,335	0,382

Araştırmaya katılan 258 kişinin sağlık algısı puanları ortalaması $50,41 \pm 6,86$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu faktörü puanlarının ortalaması $20,59 \pm 3,97$; fiziksel aktivite puanlarının ortalaması $17,28 \pm 4,45$; beslenme puanlarının ortalaması $19,71 \pm 3,49$; manevi gelişim puanlarının ortalaması $25,52 \pm 4,64$; kişilerarası ilişkiler puanlarının ortalaması $24,71 \pm 4,34$ ve stres yönetimi puanlarının ortalaması $18,83 \pm 3,56$ 'dır. En yüksek puan ortalaması "manevi gelişim" alt boyutuna (25,52) aittir. En düşük puan ortalaması ise 17,28 değeriyle "fiziksel aktivite" alt boyutuna aittir. (Tablo 7).

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri -3 ile +3 arasındadır. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (47). Buna göre çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi analiz edilirken Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterme durumu bağımsız gruplar t testi ve one -way anova testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 8. Sağlık Algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki Analizi

		Sağlık Algısı	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Sağlık Algısı	r	1	,235**	,318**	0,055	,317**	,365**	,188**
	p		0,000	0,000	0,383	0,000	0,000	0,002
	n	258	258	258	258	257	258	258
Sağlık Sorumluluğu	r		1	,432**	,501**	,551**	,596**	,544**
	p			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	n		258	258	258	257	258	258
Fiziksel Aktivite	r			1	,385**	,390**	,383**	,465**
	p				0,000	0,000	0,000	0,000
	n			258	258	257	258	258
Beslenme	r				1	,377**	,409**	,442**
	p					0,000	0,000	0,000
	n				258	257	258	258
Manevi Gelişim	r					1	,738**	,627**
	p						0,000	0,000
	n					257	257	257
Kişilerarası İlişkiler	r						1	,611**
	p							0,000
	n						258	258
Stres Yönetimi	r							1
	p							
	n							258

**p<0,01

Sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları tabloda verilmiştir (Tablo 8).

Sağlık algısı ile sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,235$; $p<0,05$). Buna göre sağlık algısı yüksek olan kişilerin sağlık sorumluluğu puanları da yüksektir (Tablo 8).

Sağlık algısı ile fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,318$; $p<0,05$). Buna göre sağlık algısı yüksek olan kişilerin fiziksel aktivite puanları da yüksektir (Tablo 8).

Sağlık algısı ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=0,055$; $p>0,05$) (Tablo 8).

Sağlık algısı ile manevi gelişim arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,317$; $p<0,05$). Buna göre sağlık algısı yüksek olan kişilerin manevi gelişim puanları da yüksektir (Tablo 8).

Sağlık algısı ile kişilerarası ilişkiler arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,365$; $p<0,05$). Buna göre sağlık algısı yüksek olan kişilerin kişilerarası ilişkiler puanları da yüksektir (Tablo 8).

Sağlık algısı ile stres yönetimi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,188$; $p<0,05$). Buna göre sağlık algısı yüksek olan kişilerin stres yönetimi puanları da yüksektir (Tablo 8).

Analiz sonucuna göre Sağlık algısı ile en yüksek ilişki kişilerarası ilişkiler arasındadır (Tablo 8).

Tablo 9. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Cinsiyete Göre Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	t	P
Sağlık Algısı	Erkek	123	51,22	7,01	1,824	0,069
	Kadın	135	49,67	6,66		
Sağlık Sorumluluğu	Erkek	123	20,42	4,37	-0,622	0,535
	Kadın	135	20,73	3,56		
Fiziksel Aktivite	Erkek	123	18,37	4,53	3,861	0,000*
	Kadın	135	16,29	4,15		
Beslenme	Erkek	123	19,38	3,45	-1,442	0,151
	Kadın	135	20,01	3,50		
Manevi Gelişim	Erkek	123	25,39	4,55	-0,433	0,665
	Kadın	134	25,64	4,74		
Kişilerarası İlişkiler	Erkek	123	24,49	4,49	-0,796	0,427
	Kadın	135	24,92	4,21		
Stres Yönetimi	Erkek	123	18,77	3,36	-0,262	0,793
	Kadın	135	18,89	3,74		

*p<0,05

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının cinsiyete göre farklılık durumunun incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 9).

Analiz sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite boyutu puanı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Sağlık Algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğer alt boyutları, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 10. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sınıfa Göre Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	F	P
Sağlık Algısı	1.sınıf	64	50,09	6,98	0,444	0,722
	2.sınıf	62	49,74	7,19		
	3.sınıf	75	50,80	7,02		
	4.sınıf	57	50,96	6,22		
Sağlık Sorumluluğu	1.sınıf	64	21,42	3,89	4,163	0,007*
	2.sınıf	62	19,13	4,17		
	3.sınıf	75	20,73	3,65		
	4.sınıf	57	21,04	3,90		
Fiziksel Aktivite	1.sınıf	64	18,52	4,31	4,998	0,002*
	2.sınıf	62	15,85	4,27		
	3.sınıf	75	16,77	4,36		
	4.sınıf	57	18,12	4,45		
Beslenme	1.sınıf	64	20,05	3,42	2,528	0,058
	2.sınıf	62	18,69	3,62		
	3.sınıf	75	20,21	3,45		
	4.sınıf	57	19,77	3,32		
Manevi Gelişim	1.sınıf	64	25,66	4,39	5,001	0,002*
	2.sınıf	62	23,69	5,12		
	3.sınıf	75	26,01	4,22		
	4.sınıf	56	26,73	4,42		
Kişilerarası İlişkiler	1.sınıf	64	24,81	4,25	2,630	0,051
	2.sınıf	62	23,42	5,06		
	3.sınıf	75	25,27	3,81		
	4.sınıf	57	25,28	4,06		
Stres Yönetimi	1.sınıf	64	18,95	3,37	6,847	0,000*
	2.sınıf	62	17,19	3,68		
	3.sınıf	75	19,77	3,26		
	4.sınıf	57	19,25	3,50		

*p<0,05

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sınıfa göre farklılık durumunun incelenmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 10).

Analiz sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Sağlık Sorumluluğu boyutu puanı öğrenim görülen sınıfa göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde 1.sınıf ve 4.sınıf öğrencilerinin “Sağlık Sorumluluğu” puanlarının diğer sınıf öğrencilerinden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının “Fiziksel Aktivite” boyutu puanı öğrenim görülen sınıfa göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde 1.sınıf ve 4.sınıfların Fiziksel Aktivite puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının “Manevi Gelişim” boyutu puanı öğrenim görülen sınıfa göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde 3.sınıf ve 4.sınıfların Manevi Gelişim puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının “Stres Yönetimi” boyutu puanı sınıfa göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde 3.sınıf ve 4.sınıfların Stres Yönetimi puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 11. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Anne Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	F	P
Sağlık Algısı	Okur-yazar değil	43	50,56	6,02	1,060	0,367
	Okur-yazar	140	50,28	6,74		
	İlkokul	51	49,61	7,53		
	Lise	24	52,58	7,42		
Sağlık Sorumluluğu	Okur-yazar değil	43	19,91	4,96	1,557	0,200
	Okur-yazar	140	20,99	3,85		
	İlkokul	51	19,86	3,68		
	Lise	24	20,96	2,97		
Fiziksel Aktivite	Okur-yazar değil	43	16,58	5,01	0,500	0,682
	Okur-yazar	140	17,53	4,46		
	İlkokul	51	17,24	4,13		
	Lise	24	17,21	4,10		
Beslenme	Okur-yazar değil	43	19,40	3,21	0,558	0,643
	Okur-yazar	140	19,82	3,55		
	İlkokul	51	19,98	3,60		
	Lise	24	19,04	3,46		
Manevi Gelişim	Okur-yazar değil	43	25,58	5,02	1,623	0,185
	Okur-yazar	139	25,71	4,27		
	İlkokul	51	24,39	5,37		
	Lise	24	26,71	4,14		
Kişilerarası İlişkiler	Okur-yazar değil	43	24,53	4,68	1,741	0,159
	Okur-yazar	140	24,95	4,29		
	İlkokul	51	23,67	4,25		
	Lise	24	25,88	3,93		
Stres Yönetimi	Okur-yazar değil	43	18,65	3,51	0,553	0,647
	Okur-yazar	140	19,05	3,45		
	İlkokul	51	18,33	4,06		
	Lise	24	18,96	3,24		

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anne eğitim durumuna göre farklılık göster durumunun incelenmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 11).

Analiz sonucuna göre annesinin eğitim durumu farklı olan öğrencilerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, anne eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 11).

Tablo 12. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Baba Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	F	P
Sağlık Algısı	Okur-yazar değil	16	50,38	5,33	1,732	0,161
	Okur-yazar	96	49,96	6,04		
	İlkokul	67	49,40	7,60		
	Lise	79	51,81	7,29		
Sağlık Sorumluluğu	Okur-yazar değil	16	21,31	4,76	0,214	0,886
	Okur-yazar	96	20,47	4,43		
	İlkokul	67	20,64	3,96		
	Lise	79	20,53	3,20		
Fiziksel Aktivite	Okur-yazar değil	16	18,00	5,14	1,367	0,253
	Okur-yazar	96	16,58	4,42		
	İlkokul	67	17,48	4,64		
	Lise	79	17,82	4,13		
Beslenme	Okur-yazar değil	16	19,44	3,14	0,369	0,775
	Okur-yazar	96	19,67	3,26		
	İlkokul	67	20,07	3,97		
	Lise	79	19,51	3,42		
Manevi Gelişim	Okur-yazar değil	16	26,75	3,36	1,568	0,198
	Okur-yazar	95	24,87	4,47		
	İlkokul	67	26,25	4,83		
	Lise	79	25,43	4,84		
Kişilerarası İlişkiler	Okur-yazar değil	16	25,69	4,64	0,491	0,689
	Okur-yazar	96	24,48	4,53		
	İlkokul	67	25,00	4,54		
	Lise	79	24,56	3,89		
Stres Yönetimi	Okur-yazar değil	16	19,44	4,41	1,419	0,238
	Okur-yazar	96	18,31	3,27		
	İlkokul	67	19,40	3,95		
	Lise	79	18,86	3,32		

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının baba eğitim durumuna göre farklılık göster durumunun incelenmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 12).

Analiz sonucuna göre babasının eğitim durumu farklı olan öğrencilerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, baba eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yaşam Şekli Değişkenine Göre Farklılık Analizi

YŞD		n	Ort.	ss	t	P
Sağlık Algısı	Ailesiyle yaşayan	98	50,07	6,74	-0,614	0,540
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	50,61	6,95		
Sağlık Sorumluluğu	Ailesiyle yaşayan	98	20,56	4,04	-0,076	0,939
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	20,60	3,94		
Fiziksel Aktivite	Ailesiyle yaşayan	98	16,89	4,66	-1,117	0,265
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	17,53	4,31		
Beslenme	Ailesiyle yaşayan	98	20,05	3,71	1,233	0,219
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	19,50	3,34		
Manevi Gelişim	Ailesiyle yaşayan	98	25,15	4,98	-0,999	0,319
	Ailesinden ayrı yaşayan	159	25,75	4,42		
Kişilerarası İlişkiler	Ailesiyle yaşayan	98	24,86	4,47	0,416	0,677
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	24,63	4,27		
Stres Yönetimi	Ailesiyle yaşayan	98	18,65	3,58	-0,636	0,525
	Ailesinden ayrı yaşayan	160	18,94	3,55		

YŞD: Yaşam Şekli Değişkeni

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam şekli değişkenine göre farklılık göstermesi durumunun incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 13).

Analiz sonucuna göre 1.grup ile 2.grup arasında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam şekli değişkenine göre farklılık göstermemektedir (Tablo-13).

Tablo 14. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Sigara İçme Durumuna Göre Farklılık Analizi

Sigara İçme Durumu		n	Ort.	ss	t	P
Sağlık Algısı	Hiç içmedim	67	51,21	7,04	1,113	0,267
	Hergün içerim	191	50,13	6,79		
Sağlık Sorumluluğu	Hiç içmedim	67	20,03	4,42	-1,334	0,183
	Hergün içerim	191	20,78	3,79		
Fiziksel Aktivite	Hiç içmedim	67	17,96	4,55	1,441	0,151
	Hergün içerim	191	17,05	4,40		
Beslenme	Hiç içmedim	67	18,94	3,39	-2,113	0,036
	Hergün içerim	191	19,98	3,49		
Manevi Gelişim	Hiç içmedim	67	25,52	5,38	0,002	0,999
	Hergün içerim	190	25,52	4,37		
Kişilerarası İlişkiler	Hiç içmedim	67	25,04	5,03	0,657	0,513
	Hergün içerim	191	24,60	4,08		
Stres Yönetimi	Hiç içmedim	67	18,67	3,96	-0,431	0,666
	Hergün içerim	191	18,89	3,42		

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sigara içme durumuna göre farklılık göster durumunun incelenmesi amacıyla yapılan t testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 14).

Analiz sonucuna göre hiç sigara içmeyenler ile her gün sigara içenler arasında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sigara içme durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 14).

Tablo 15. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Doğum Yerine Göre Farklılık Analizi

	DYGB	n	Ort.	Ss	F	P
Sağlık Algısı	Marmara	18	52,39	8,53	0,993	0,430
	Ege	35	50,80	7,48		
	Akdeniz	78	49,33	6,60		
	İç anadolu	46	49,87	6,98		
	Karadeniz	22	52,27	5,28		
	Doğu anadolu	23	50,00	4,90		
	Güneydoğu anadolu	36	51,17	7,58		
Sağlık Sorumluluğu	Marmara	18	21,39	3,01	1,052	0,392
	Ege	35	20,94	3,61		
	Akdeniz	78	20,28	3,69		
	İç anadolu	46	20,76	3,91		
	Karadeniz	22	19,73	3,68		
	Doğu anadolu	23	19,48	4,28		
	Güneydoğu anadolu	36	21,50	5,14		
Fiziksel Aktivite	Marmara	18	17,44	4,55	0,233	0,966
	Ege	35	17,46	3,98		
	Akdeniz	78	17,19	4,40		
	İç anadolu	46	17,17	4,53		
	Karadeniz	22	18,23	3,94		
	Doğu anadolu	23	16,87	5,41		
	Güneydoğu anadolu	36	17,06	4,73		
Beslenme	Marmara	18	18,44	3,18	1,600	0,148
	Ege	35	20,77	3,75		
	Akdeniz	78	20,00	3,24		
	İç anadolu	46	19,28	3,22		
	Karadeniz	22	19,14	3,09		
	Doğu anadolu	23	18,83	3,79		
	Güneydoğu anadolu	36	20,14	4,03		

DYGB: Doğum Yerine Göre Bölgeler

Tablo 15. Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Doğum Yerine Göre Farklılık Analizi (devam)

Manevi Gelişim	Marmara	17	25,76	5,47	0,518	0,794
	Ege	35	24,69	4,64		
	Akdeniz	78	25,23	4,53		
	İç anadolu	46	26,22	4,30		
	Karadeniz	22	26,09	3,57		
	Doğu anadolu	23	25,17	5,72		
	Güneydoğu anadolu	36	25,83	4,87		
Kişilerarası İlişkiler	Marmara	18	23,94	3,67	0,605	0,726
	Ege	35	24,51	4,22		
	Akdeniz	78	24,63	3,94		
	İç anadolu	46	25,04	4,52		
	Karadeniz	22	25,73	3,63		
	Doğu Anadolu	23	23,70	5,10		
	Güneydoğu anadolu	36	25,08	5,27		
Stres Yönetimi	Marmara	18	18,33	3,31	0,861	0,525
	Ege	35	19,03	3,39		
	Akdeniz	78	18,72	3,90		
	İç anadolu	46	18,76	3,06		
	Karadeniz	22	19,45	3,29		
	Doğu anadolu	23	17,70	4,17		
	Güneydoğu anadolu	36	19,58	3,43		

DYGB: Doğum Yerine Göre Bölgeler.

Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının doğum yerine göre farklılık göstermesi durumunun incelenmesi amacıyla yapılan ANOVA testi sonucu tabloda verilmiştir (Tablo 15).

Analiz sonucuna göre doğum yeri farklı olan kişiler arasında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Buna göre sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, doğum yerine göre farklılık göstermemektedir (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada SAÖ ve SYBD II ölçeği kullanılarak Süleyman Demirel Üniversitesi fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlık algıları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etki edebilecek bazı sosyo-demografik faktörler değerlendirilmiştir.

Araştırmamıza 1. 2. 3. ve 4. Sınıfta okuyan 258 öğrenci dahil edilmiştir. Diğer farklı çalışmalarda farklı fakültelerin sadece 1. ve 4. sınıfları (49) ya da farklı fakültelerin tüm sınıfları dahil edilmiştir (50).

Akdeniz bölgesinde yer alan Süleyman Demirel Üniversitesi'nde çalışmamıza dahil edilen öğrencilerin % 38'i ailesiyle birlikte yaşarken %6 2'si ailesinden ayrı ikamet etmektedir. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrenci profili açısından da genellikle Akdeniz bölgesinden gelen öğrencilerin tercih ettiği bir üniversitedir.

5.1. Sağlık Algısı Ölçeği ve İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan 258 kişinin sağlık algısı puanları ortalaması $50,41 \pm 6,86$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). SAÖ ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 75 olduğu düşünülürse bu değer "orta" olarak bulunmuştur.

Alkan ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmasında SAÖ toplam puanı $42,3 \pm 6,3$ bulunmuştur (51). Yine Efteli ve ark.'nın yaptığı başka bir çalışmada bu oran hemşirelik öğrencilerinde $43,8 \pm 5,5$, mühendislik öğrencilerinde ise $43,8 \pm 6,5$ olarak bulunmuştur (52).

Çalışmamızda sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Tablo 8). Bu sağlık algısı yüksek olan öğrencilerin; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsediğini göstermektedir. Olumlu sağlık davranışı kazanmada sağlık durumunu iyi olarak algılamanın önemli olduğu ve sağlığını daha olumlu algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu olarak etkilendiği belirtilmektedir (10,11).

Çalışmamızda diğer bazı çalışma sonuçlarına benzer şekilde öğrencilerin cinsiyetleri ile SAÖ puanları arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 9) (53).

Çalışmamızda SAÖ ile sınıf değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu daha önce yapılan çalışmayla benzer şekildedir (Tablo 10) (53).

Çalışmamızda öğrencilerin yaşam şekli ile SAÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sağlık algısı, aile ve toplumsal destekten etkilenebilmektedir. Nitekim üç farklı Avrupa ülkesinde yapılan çalışmaya göre aileleriyle beraber kalanlarda kendi değerlendikleri sağlık algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (54).

5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Etkili Faktörler

SYBDÖ'nden alınabilecek puanlar 52-208 arasında değişmekte olup alınan yüksek puanlar bireylerin sağlıklı yaşam davranışları kazandığını göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması $126,64 \pm 24$ olarak orta düzeyde bulunmuştur. İstanbul'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $126,4 \pm 18,5$ ve hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise $126,5 \pm 18,8$ ile çalışmamıza yakın değerlerde bulunurken, üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması $133,2 \pm 20,6$ olarak bizimkinden yüksek değerlerde bulunmuştur (50,55,56).

Öğrencilerin, SYBD ölçeği ve alt ölçeklerine verdikleri yanıtlar, işaretlenen madde ortalamasına göre değerlendirildiğinde, sıralama, en yüksekten en düşüğe doğru; manevi gelişim alt ölçeği ($25,52 \pm 4,64$), kişiler arası ilişkiler alt ölçeği ($24,71 \pm 4,34$) sağlık sorumluluğu alt ölçeği ($20,59 \pm 3,97$), beslenme alt ölçeği ($19,71 \pm 3,49$), stres yönetimi alt ölçeği ($18,83 \pm 3,56$) ve fiziksel aktivite alt ölçeği ($17,28 \pm 4,45$) şeklindedir. Benzer olarak, İstanbul, Kayseri, Sivas ve Kocaeli'ndeki çalışmalarda da ilk sırayı manevi gelişimin, son sırayı fiziksel aktivitenin aldığı görülmüştür (9,69,70,71). Meksika'da psikoloji bölümü öğrencileriyle yapılan çalışmanın, alt ölçek madde puan ortalamalarına göre sıralaması; tinsellik, kişiler arası ilişki, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite şeklindedir (68). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hemşirelik öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada ise bu sıralama kişiler arası ilişki, tinsellik, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu şeklindedir (72). Manevi gelişimin ilk

sırayı almasında inanç sistemi ve kültürel yapının, fiziksel aktivitenin son sırayı almasında ise öğrencilerin günlerinin büyük bir kısmını okulda geçirmeleri, spor yapılacak sahalarının yetersizliği ve spor merkezlerinin yüksek maliyetli oluşu gibi faktörlerin etkisinin olduğu düşünülmüştür.

Manevi gelişim, bireyin güçlü ve zayıf yönlerinin bilincinde olması ve planlı bir şekilde hedeflerine yönelik sorumluluk üstlenerek bu doğrultuda yaşam sürmesi adına gösterdiği çabalar olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda manevi gelişim alt boyutu 36 puan üzerinden 25,15 olarak düşük bulunmuştur. Literatürde genellikle çalışmamızdan yüksek değerlerin (50,57,58,59) olduğu görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu bireyin, bedensel, ruhsal ve sosyal alanda kendi tutum ve davranışlarını değiştirme konusunda üzerine düşen görevleri yerine getirmesi anlamına gelmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutu 36 puan üzerinden 20,59 olarak düşük bulunmuştur. Türkiye’de Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada ve Malezya’da yine Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada bizim çalışmamıza yakın olarak sağlık sorumluluğu alt boyutu benzer değerlerde bulunmuştur (60,61). Sağlık sorumluluğu; bireyin kendisi kadar yaşadığı toplumun ve çevresinin de sağlıkla ilgili tutumlarının ve davranışlarının şekillenmesini etkileyen bir kavramdır. Sağlık sorumluluğu boyutunun düşük olması öğrencilerin yaşadıkları çevreden, ailesel ve geleneksel bir takım kalıplardan ve ekonomik koşullardan da etkilenebildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın en dikkat çekici ve en önemli sonuçlarından biri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon öğrencilerinin fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puan ortalamasıdır. Fiziksel aktivite ve egzersiz alt boyutu bireyin düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite yapma durumunu belirlemektedir. Fiziksel aktivite ve egzersiz sağlıklı bir yaşamın sağlanması için bireylerin kazanması gereken en önemli davranışlardan biridir. Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutu 32 puan üzerinden 17,28 puan almıştır. Bu diğer alt boyutlar içinde en düşük puanı alan alt boyuttur. Kırıkkale’de ve İstanbul’da üniversite öğrencilerinde yapılan farklı çalışmalarda sırasıyla egzersiz alt boyutu $9,2\pm 2,9$ ve $10,6\pm 3,5$ olarak bizim çalışmamızdan çok daha düşük değerlerde bulunmuştur (50,57). Yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda

da fiziksel aktivite alt ölçek puanı diğer alt boyutlara göre en düşük olarak bulunmuş ve sonuçlarımızın bu çalışmalara yakın değerlerde olduğu görülmüştür (61,62). Farklı ülkelerde, değişik gruplara yapılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmalarında fiziksel aktivite ve egzersiz alt boyutunu puanı en düşük boyut olarak bulunmuştur. Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde egzersizin en düşük puan alması fiziksel aktivitenin yeteri kadar önemsenmediğini ya da davranış olarak kazanılmadığını göstermektedir. Fizyoterapi öğrencileri meslekleri gereği egzersiz ve fiziksel aktivite konusunda rol model olma özelliğine sahip oldukları için öncelikle bunu yaşam tarzı haline getirmeleri gerekmektedir. Çalışmamız doğrultusunda bununla ilgili önlemlerin alınacağı ve gerekli düzenlemelerin yapılacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda beslenme alt boyutu 36 puan üzerinden 19.71 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Literatürde Malezya’da Tıp Fakültesi öğrencilerinde, İran’da Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yapılan yurt dışındaki diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza yakın değerler bulunduğu gibi bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan düşük değerler de bulunmuştur (50,57,61,63). Çalışmamızda öğrencilerin beslenme alt boyutunun genel olarak iyi düzeyde bulunması, öğrencilerin %38 inin ailesinin yanında kalıyor olması nedeniyle ailesel bazı yeme alışkanlıklarını sürdürdüğünü göstermektedir.

Stres yönetimi alt boyutu, bireylerin strese neden olan etkenlerin farkına varması ve stresle baş edebilme yeteneğini belirlemektedir. Çalışmamızda stres yönetimi alt boyutu 32 puan üzerinden 20,59 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalarda örnek olarak Kırıkkale’de ve İstanbul’da üniversite öğrencilerinde sırasıyla $17,2\pm 3,2$ ve $18,2\pm 3,4$ bulunmuştur (50,57). Çalışmamızda öğrencilerin %38 inin ailelerinin yanında kaldığı göz önüne alınırsa, stresle baş etme konusunda aile üyelerinden destek alınmış olabileceği de düşünülmektedir.

Kişiler arası destek; bireyin arkadaşları, dostları ve yakın çevresiyle olan iletişimini ve bu iletişimi ne kadar süre devam ettirebildiğini göstermektedir. Çalışmamızda kişilerarası destek alt boyutu 36 puan üzerinden 24,71 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. İstanbul’da tüm üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada $21,8\pm 4,5$, İran’da yine üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir

çalışmada $26,4 \pm 3,2$ olarak bulunmuştur (50,64). Çalışmamızda öğrencilerin kişiler arası destek alt boyutundan yüksek puan almış olmaları, öğrencilerin sosyal çevreleriyle uyum içinde olduklarının bir göstergesidir.

Analiz sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Sağlık Sorumluluğu boyutu puanı sınıfa göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde 1.sınıf ve 4.sınıfların Sağlık Sorumluluğu puanlarının en yüksek olduğu görülmektedir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada son sınıflarda toplam ölçek puanını daha yüksek bulmuşlardır (59). Bu sonuca benzer şekilde Japonya'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ilk sınıfta öğrencilerin diğer sınıflara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (65). Bu puan türünün 1. ve 4. sınıflarda daha yüksek olmasının nedeninin ders programı yoğunluğunun Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde 1. ve 4. sınıflarda daha az yoğun olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamız analiz sonucuna göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite boyutu puanı, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 9).Yine ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan farklı bir çalışmada fiziksel aktivite puanı erkeklerde yüksek bulunmuştur. İran'da hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise yine fiziksel aktivite erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (67,68). Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite boyutu puanının kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının nedenleri; bu tür aktivitelerin genellikle ders programlarından sonra akşam saatlerinde yapılabilmesi nedeniyle kız öğrencilerin ülkemizde akşam saatlerinde dışarıya çıkma konusunda kısıtlılıklar yaşaması, erkeklerin akşam saatlerinde yapabilecekleri egzersiz imkanlarının daha çok olması (ülkemiz için halı sahada futbol maçları gibi), erkeklerin egzersizi aynı zamanda sosyalleşmek ve stres atmak için tercih ediyor olmaları olabilir.

Çalışmamızda fiziksel aktivite boyutunun erkeklerde yüksek olması, toplumun geleneklerinden ve kültürel olarak ailelerin erkekler üzerinde daha az baskı uygulamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet eşitsizliğinin bir

sonucu olarak erkek öğrencilerin daha özgür bırakılmaları fiziksel aktivite için daha çok zaman ayırmalarını beraberinde getirmektedir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kız öğrencilerin egzersiz yapmalarının önündeki engellerin araştırılması ve bu sonuçların yol göstericiliğinde gerekli girişimlerde bulunulması gerektiği düşünülmüştür.

Bulgularımıza göre annesinin eğitim durumu farklı olan öğrencilerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 11). Buna göre Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, anne eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Analiz sonucuna göre babasının eğitim durumu farklı olan öğrencilerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 12). Buna göre Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, baba eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir. Meksika’da yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi arttıkça beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde ve ölçek toplamında puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (68). Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada ise toplam ölçek puanı anne ve babası lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan grupta, ortaokul ve altı olan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (60). Ebeveynlerin eğitim durumları ile ilgili ortaya çıkan bu farklı sonuçların, sağlığı geliştirme modelini etkileyen diğer faktörlerin etkisi nedeniyle oluştuğu ve bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmüştür. Anne baba eğitim durumlarının SYBD üzerinde etkili olmaması, eğitilmiş ailelerden gelen öğrencilerin de eğitimsiz ailelerden gelen öğrenciler gibi SYBD’nin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu gösterebilir.

Öğrencilerin doğum yerlerine göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını doğdukları yerden ziyade, yaşadıklarının büyük kısmını geçirdikleri yerde kazandıkları düşünülmektedir. Dolayısıyla, öğrencilerin “yaşadıklarının büyük kısmını geçirdikleri yer” yerine “doğum yerlerinin” sorulması çalışmamızın kısıtlılıklarından olmuştur.

Öğrencilerin sigara kullanma durumunun SYBDÖ puanlarıyla ilişkisine bakıldığında; ölçek toplam puanına etkisi görülmezken sigara kullananlarda, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek boyutları daha düşük bulunmuştur. Özbaşaran ve ark. Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında sigara kullanan öğrencilerde beslenme alt ölçek puanını daha düşük, Kostak ve ark. yaptıkları başka bir çalışmada ise toplam ölçek puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçek boyutlarının düşük olduğu görülmüştür (56,73). Çalışmamızda bu değerlere yakın sonuçların bulunması sigara kullanan öğrencilerin fiziksel aktivite ve beslenmelerine de dikkat etmediklerini aynı zamanda sağlık sorumluluklarını almada yetersiz olduklarını göstermektedir. Ergenlik ve gençlik dönemlerinde kazanılan sigara alışkanlığının sağlığa olumsuz etkileri yaşamın daha sonraki yıllarında ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin %26 sı hiç sigara içmediğini belirtmişken, % 74'ü her gün sigara içtiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Sağlık bilimleri öğrencilerinin aldıkları eğitimler sonucunda, sigaranın zararları ile ilgili farkındalıklarının daha yüksek olması beklenmektedir. Bu doğrultuda öğrencilerin eksiklerinin tamamlanması ve farkındalık düzeyinin geliştirilmesi için daha fazla çalışma ve eğitim yapılması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık algısı ve sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyo-demografik özelliklerin saptanması amacıyla yaptığımız çalışmaya 258 öğrenci katılmıştır.

Öğrencilerin 135 (%52,3)'i kadın, 123 (%47,7)'ü erkektir.

Öğrencilerin %24,8'ini 1. Sınıf, % 24'ünü 2. Sınıf, %29,1'ini 3. Sınıf, %22,1'ini ise 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Öğrencilerin % 38'i aileleriyle birlikte yaşarken ; %62'si ailelerinden ayrı yaşamaktadır.

Çalışmamızda, fizyoterapi öğrencilerinin sağlık algısı puanları ortalaması orta düzeyde bulunmuştur ($50,41 \pm 6,86$). Katılım durumu cevabı dikkate alındığında en fazla katılım gösterilen madde “Egzersiz yaparsam sağlıklı kalırım” ifadesidir (4.19 ± 0.72). Hiç katılmıyorum” ifadesi ele alındığında ankette; “Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem” maddesi en yüksek oranı almıştır (3.83 ± 0.90).

Çalışmamızda öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması $126,64 \pm 24$ olarak orta düzeyde bulunmuştur.

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu faktörü puanlarının ortalaması $20,59 \pm 3,97$; fiziksel aktivite puanlarının ortalaması $17,28 \pm 4,45$; beslenme puanlarının ortalaması $19,71 \pm 3,49$; manevi gelişim puanlarının ortalaması $25,52 \pm 4,64$; kişilerarası ilişkiler puanlarının ortalaması $24,71 \pm 4,34$ ve stres yönetimi puanlarının ortalaması $18,83 \pm 3,56$ 'dır.

Öğrencilerin, SYBD ölçeğinde en yüksek puan ortalamasını manevi gelişim alt ölçeğinde aldığı saptanmıştır. En yüksek puanı yine aynı alt ölçekte bulunan “Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım” (3.16 ± 0.92) maddesi almıştır. Öğrenciler, SYBD ölçeğinde en düşük puan ortalamasını fiziksel aktivite alt ölçeğinde almış olup, bu alt ölçekte bulunan 28. sıradaki “Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.” ($1,88 \pm 0.88$) maddesi en düşük puanı almıştır.

SYBD alt ölçeklerinde, cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt ölçeğinde erkeklerin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bulunmuştur.

Çalışmamızda öğrencilerin yaşam şekli ile SAÖ ve SYBDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda sağlık algısı ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. SAÖ puanları arttıkça SYBDÖ puanlarının da arttığı görülmüştür.

1.sınıf ve 4.sınıf öğrencilerinin Sağlık Sorumluluğu puanlarının en yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutu diğer alt boyutlar içinde en düşük puanı alan alt boyuttur.

Çalışmamızda beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları iyi olarak bulunmuştur.

Türkiye’de, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmaların çoğunlukla hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencileri ile yapılmış olması, fizyoterapi öğrencileriyle yapılmış çalışmanın olmaması araştırmamızın güçlü yanı olarak değerlendirilebilir.

6.2. Öneriler

Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlamakta ve gençlik döneminde özellikle de üniversite eğitimi yıllarında şekillenmeye devam etmektedir. Bu nedenle, geleceğin sağlık profesyonelleri ve aynı zamanda rol modelleri olan fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarının orta düzeyden, iyi veya çok iyi düzeye çıkarılabilmesi açısından fakültelerine ve genel olarak üniversite yönetimine önemli görevler düşmektedir.

Öneriler;

- Öğrencilerin sağlık algılarının artırılması ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması için eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Geliştirilen bu eğitim programlarına fakültenin tüm sınıflarının katılımının sağlanması ve eğitim programına müfredatta yer verilip tüm bir eğitim dönemine yayılması,
- Seminer, konferans ve çalıştaylar düzenlenerek sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirilmesi,
- Sağlık algılarının ve sağlıklı yaşam davranışlarının gelişmesinde öncülük ve örnek teşkil edebilecek öğretim üyelerinin ve meslek büyüklerinin desteğinin sağlanması ve bu kişilerle öğrencilerin bir araya getirilerek onların bilgi ve tecrübelerinden faydalanmalarının sağlanması,
- Öğrencilerin fiziksel aktivite ve spor yapmaya teşvik edilmesi ve bu konuda gerekli sosyal destek programlarının, hafta sonları yapılabilecek doğa yürüyüşlerinin, fakülteler arası çeşitli spor müsabakalarının yapılması, kampüs içinde yeterli fiziksel aktivite için ayrılmış özel alanların oluşturulması, yürüyüş parkurlarının düzenlenmesi ve özellikle kadın öğrencilerin fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırması ve uygulaması için ayrıca teşvik edilmesi ve böylece cinsiyet eşitsizliklerinin önüne geçilmesi,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi ve sağlıklı öğün hazırlamayla ilgili öğrencilere eğitim verilmesi, maddi imkanları olmayan öğrencilere destek olunması,
- Fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencilerine sağlığı geliştirici davranışlar ve fiziksel aktivitenin önemi ile ilgili materyaller hazırlanması, bu konuda diğer fakültelerde okuyan öğrencilere “akran eğitimi” yapmalarını sağlayacak programlar oluşturulması,

- Kampüs içerisinde sağlığı geliştirici davranışları destekleyecek programların oluşturulması ve var olanların geliştirilmesi (spor alanlarının arttırılması, ücretsiz egzersiz programları yapılması, yemekhane ve kantinlerde sağlıklı seçeneklerin bulunması vb),
- Sigara ve alkolün zararlarının farkındalığı için eğitimler düzenlenmesi, bu konuda öğrencilerin aktif olarak katılabilecekleri ortamların oluşturulup, bröşür, poster gibi materyallerin hazırlanmasında aktif rol almalarının sağlanması,
- Üniversiteye yeni başlayan öğrenciler için etkin bir danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmesi ve bunun mezuniyete kadar devam ettirilmesi.
- Üniversiteye yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarını değerlendiren tanımlayıcı araştırmaların yapılması ve bunun belirli aralıklarla tekrarlanması,
- Sağlığı geliştirici davranışları değerlendiren araştırmaların sonucunda bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik programlar oluşturulması,
- Cinsiyet ve bazı sosyo-demografik özelliklerin, sağlığı geliştirici davranışları etkilediği saptandığından eğitimler ve programlar planlanırken bu faktörlerin de göz önüne alınması öneri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Fizyoterapi Öğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi

Amaç: Çalışmanın amacı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyo- demografik özelliklerin saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 2014-2015 öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta eğitim gören toplam 258 Öğrencinin katılımıyla oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan tüm öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiş,yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmaya karar veren öğrencilere, araştırmacı gözetiminde sosyo-demografik anket formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 258 kişinin sağlık algısı puanları ortalaması $50,41 \pm 6,86$ olarak “orta” değerinde bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamız analiz sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite boyutu puanı, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutu 32 puan üzerinden 17,28 puan almıştır. Bu diğer alt boyutlar içinde en düşük puanı alan alt boyuttur.

Sonuç: Geleceğin fizyoterapist adayları ve rol-modelleri olan fizyoterapi öğrencileri; sağlık algısı ve sağlıklı geliştirme davranışlarının düzeyinin artırılması için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.

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

ABSTRACT

Investigation of Health Perceptions and Healthy Lifestyle Behaviors of Physiotherapy Students

Aim: The purpose of this study is to evaluate the health perception and health lifestyle behaviors of the students in the Department of Physiotherapy and Rehabilitation and to determine the socio-demographic characteristics affecting these behaviors.

Materials and Methods: The research was attended by the participation of 258 students in the first, second, third and fourth year students in the Department of Physiotherapy and Rehabilitation of the Faculty of Health Sciences of Süleyman Demirel University in the 2014-2015 academic year. All students who participated in the study were informed about the study beforehand and verbal approvals were obtained. The socio-demographic questionnaire form, Health Perception Scale (HPS) and Healthy Life Style Behavior Scale (HLSBC) were applied to the students who decided to participate in the study.

Results: The average of the health perception scores of 258 individuals who participated in the study was 50.41 ± 6.8 'moderate'. In our study, a positive relationship was found between health perception and healthy lifestyle behaviors. According to the results of our study, physical activity dimension score of healthy lifestyle behaviors varies according to gender. When the mean scores were examined, it was observed that the physical activity scores of the males were higher than the females. In our study, physical activity subscale gained 17,28 points over 32 points. This is the sub-dimension that has the lowest score among other sub-dimensions.

Conclusion: Physiotherapist candidates and role models of physiotherapy students of the future; be encouraged and supported to increase the level of health perception and health promotion behavior.

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

KAYNAKLAR

1. E. Health promotion and client learning needs. In Arnold E and Boggs KU (Eds.), *Inter-personal Relationships Professional Communication Skills for Nurses* (3rd ed.), United States of America: W.B. Saunders Company, 1999: 347-367.
2. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme (Güler Ç, Akın L Çev.). *Halk sağlığı temel bilgiler*. Ankara Hacettepe Üniversitesi Y Arnold yayınları, 2006
3. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1997
4. Diem E, McKay L. Health concerns of adolescent girls. *Journal of Pediatric Nursing* 1995; 10(1): 19-27
5. McIsaac JL, Kirk SF, Kuhle S. The Association Between Health Behaviours and Academic Performance in Canadian Elementary School Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(11): 14857-71.
6. Sánchez-Ojeda MA, De Luna-Bertos E. [Healthy lifestyles of the university population]. *Nutr Hosp* 2015; 31(5): 1910-9
7. Saneei P, Esmailzadeh A, Keshteli AH, Roohafza HR, Afshar H, Feizi A, et al. Combined healthy lifestyle is inversely associated with psychological disorders among adults. *PloS One* 2016; 11(1): 1-14.
8. Stenholm S, Head J, Kivimäki M, Kawachi I, Aalto V, Zins M, et al. Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *Int J Epidemiol* 2016; 45(4): 1260- 70.
9. Can G, Ozdilli K, Erol O, et al. Comparison of the health promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci* 2008; 10: 273-280.
10. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* 2005; 9(2): 26-34
11. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniv Hemşire YO Derg* 2004; 20 (1): 77-95.
12. Tekin A. Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur örneği). Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Isparta, 2007
13. World Health Organization (WHO) Mental Health: www.who.int/topics/mental_health/en/. 1996; Erişim tarihi: 12.03.17
14. World Health Organization (WHO) Health Promotion: A discussion document on the concept and principles, *Public Health Rev*, 1986; 14: 245-254
15. Kong, R. Building community capacity for health promotion; A Challenge for public health nurses. *Public Health Nursing*, 1995; 12(5): 312-318.

16. İrgil E. Sağlık Koruma Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlık Ders Notları. Erişim:23.03.2017(http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_birinci_sinif/sagligi_koruma.pdf)
17. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Geliştirme. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Halk Sağlık Vakfı Yayın No: 01/18, Kum Baskı Hizmetleri, 2001:7–18.
18. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlık geliştirilmesi (Healthpromotion): Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. İstanbul Tıp Fak Derg 2009; 72: 29-35.
19. OWENS, L. (2006). The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy degree The University of Memphis
20. O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. Am J Health Promot 2009; 24:iv.
21. Şenol V, Çetinkaya F, Ünal D, Balcı E, Öztürk A. Kayseri İlinde Genel Popülasyonda Algılanan Sağlık Belirleyicileri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010; 30(1): 88–96.
22. Lee J-A, Park J, Kim M. Social and physical environments and self-rated health in urban and rural communities in Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health 2015; 12(12): 14329–41.
23. Efteli E, Khorshid L. İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2016; 32(2): 1–10.
24. Ocakçı A. Sağlık Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Erişim: (<http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>) Erişim tarihi: 14.03.2017
25. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın, 2007.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye’ye özgü beslenme rehberi. Erişim:14.03.2017 (<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE378E26063129A875&Vurgulanacak=beslenme%20rehberi>) Erişim tarihi:
27. Aydın Ş, Örnek AŞ. Kriz ve Stres Yönetimi. 2. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2008: Stres yönetimi, stresin kavramsal boyutu
28. Balcıoğlu İ. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47, 2005.
29. BEK, N. Fiziksel aktivite ve sağlığımız Erişim tarihi: 15.03.2017 <http://www.sbfftr.hacettepe.edu.tr/incele.php?id=NjY=>
30. Tuncay T. Spirituality in coping with HIV/AIDS. International Journal of HIV-Related Problems, HIV & AIDS Review 2007; volume 8 number3:10-16.

31. O'Neill DP, Kenny OE. Spirituality and chronic illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, Third Quarter 1998; 30(3): 275-280.
32. Chen M. The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers. *Public Health Nurs* 1999; 16(2): 125-132.
33. Veliöglu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları* 1991; Yayın No: 102/HKİ. Erişim: ([http:// www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf](http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf)) Erişim tarihi
34. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. (1996). The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res*, 45(1):30-36.
35. Müftüoğlu Osman ,66-79 artık orta yaş,<http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/osman-muftuoglu/66-79-artik-orta-yas-40542267> erişim tarihi: 11.09.2017
36. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. UNESCO and youth – strategy. Erişim: (http://portal.unesco.org/shs/en/ev.phpURL_ID=11075&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html) Erişim tarihi: 12.9.2017
37. Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım; Cilt: 11 Sayı: 2002; 10:374-377.
38. Türkstat: İstatistiklerle Gençlik, 2011, p-s.29
39. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf) Erişim Tarihi: 14.09.201
40. *Nüfus Derneği/UNFPA: 2007 Türkiye Gençler Cinsel ve Üreme Sağlığı Araştırması.*
41. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg.* 2005; 9(2): 26-34
42. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008 cilt: 3 sayı: 7.
43. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology* 2007; 35(5): 557-561
44. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science* 2012; 32(1); 47-53.
45. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile University of Michigan 1995:1-3
46. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014; 7(1): 59-67.

47. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *J Nurs Educ* 2005; Vol. 44, No. 6:266-270.
48. Oral B. Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Kayseri 2018.
49. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 3 (3): 34-44.
50. Alkan S. A, Özdelikara A, Boğa N. M. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(2): 11-21
51. Efteli E, Khorshid L. İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016; 32(2): 1-10.
52. Çaka SY, Topal S, Suzan Ö.K, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. *Journal of Human Rhythm* 2017; 3(4); 199-203.
53. Mikolajczyk RT, et al. Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health* 2008; 8(215): 1-10
54. Örnek ÖK, Kürklü A. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 2017; 9(3): 207-217
55. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014; 13(3): 189-196.
56. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 14(2): 1-7.
57. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011; 18(2): 47-58.
58. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2011; 16(2): 78-83.
59. Nacar M, ve ark. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014; 15(20): 8969-8974
60. Bhuiyan M, et al. Health-promoting lifestyle habits among preclinical medical students. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences* 2017; 11(2): 490-495.
61. Lee RLT, Loke AJTY. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial WellBeing of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing* 2005; 22(3): 209-220.

62. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of medical sciences. *Journal of Education Health Promotion* 2013; 2(11): 29-32
63. Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sighaldehy SS. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. *International Journal of Preventive Medicine* 2016; 7(65): 1-6.
64. Wei CN, et al. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health Preventive Medicine* 2012; 17(3): 222– 227.
65. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2011; 17(1): 43–51.
66. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH, Vardanjani AE, Rafiei H. Healthpromoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013. *Global Journal of Health Science* 2015; 7(2): 264-272.
67. Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int (Electronic Journal)* 2009; October 29. Erişim: (<http://heapro.oxfordjournals.org/>) Erişim tarihi: 03.05.2010.
68. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14(2): 101-109.
69. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2005.
70. Altun İ. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. *EMHJ* 2008; Vol. 14, No. 4:880-887
71. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *J Nurs Educ* 2005; Vol. 44, No. 6:266-270.
72. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7(3): 43–55.

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tezi Hazırlayan

Gökçe Başak AYDIN DİNÇER

İmza

Danışman

Prof. Dr. Ferdi BAŞKURT

İmza

EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz 1.Kadın 2.Erkek

2.Sınıfınız

3.Anne eğitim durumu Okur –yazar değil

İlkokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans

Doktora

4.Baba eğitim durumu..... Okur –yazar değil

İlkokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans

Doktora

5.Yaşam şekliniz..... 1.Ailemle yaşıyorum 2.Ailemden ayrı yaşıyorum

6.Sigara içer misiniz ?1.hiç içmedim

2.hergün içerim

3.arasıra içerim

4. bıraktım

7.Doğum Yeriniz 1-Marmara bölgesi

2-Ege Bölgesi,

3-Akdeniz Bölgesi

7-Güneydoğu Anadolu Bölgesi

4-İç Anadolu Bölgesi

5-Karadeniz Bölgesi

6-Doğu Anadolu Bölgesi

Ek 2. Sağlık Algısı Ölçeği

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

Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

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

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

Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın adı: Fizyoterapi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi.

Sayın gönüllü,

Süleyman Demirel Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmamız, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde okuyan öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyebilecek sosyo-demografik özelliklerinin saptanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma evrenini, 2014-2015 öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta okuyan toplam 258 öğrenci oluşturacaktır. Öğrencilere sosyodemografik bilgi formu, sağlık algısı ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği uygulanacaktır. Anketlerin toplam cevaplama süresi 15-20 dk. sürecektir. Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir risklerle karşılaşmayacaksınız ve araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir olumsuz sonuçla karşı karşıya kalmayacaksınız.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

Evet.....

Hayır.....

İmza/Tarih
Araştırmacının Adı/Soyadı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gökçe Başak AYDIN DİNÇER
Doğum Yeri ve Tarihi : Kadıköy- 1987
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim (Telefon/e-posta) : 554300979- gkcbsk07@gmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : H.M.M. Bileydi Anadolu Lisesi 2005

Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon 2010

Yüksek Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Medical Park Hastaneler Kompleksi Antalya
(2010-2012)

Özel Isparta Hastanesi (2012-2014)

Sağlık Bakanlığı Erciş Dev. Hastanesi (2014)

Sağlık Bakanlığı Isparta Devlet Hastanesi (2014-2015)

Sağlık Bakanlığı Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi (2015-2018)

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi (2018-2019)

Seminer: Konjenital Muscular Tortikollis ve Rehabilitasyonu (S.D.Ü. 2011)