

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE ve YAŞAM DAVRANIŞLARI

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Zeynep ÖZBAHAR ACAR**

Samsun /2015

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE ve YAŞAM DAVRANIŞLARI

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Zeynep ÖZBAHAR ACAR**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN
Samsun /2015**

TEŐEKKÖR

Tez alıŐma sűreci ve uzmanlık eđitimim boyunca bana yol gűsteren, deneyim, bilgi ve desteđini hiçbir zaman esirgemeyen Anabilim Dalı BaŐkanımız ve tez danıŐmanım deđerli hocam Prof.Dr.Yıldız PekŐen'e; destekleri, katkıları ve emeklerinden dolayı ana bilim dalı űđretim űyelerimizden Prof. Dr. Cihad Dűndar'a, Prof. Dr. Őennur Dabak'a, Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a, Prof. Dr. Ahmet Tevfik Sűnter'e, Yrd. Doç. Dr.Özlem Terzi'ye ve Yrd. Doç. Dr. Melek CoŐkun'a; bu zorlu yolda benimle aynı sűreci paylaŐan, bana destek olan tűm asistan arkadaşlarıma; bu sűreci benimle birlikte yaŐayan anneme, kardeŐime, eŐime ve ođlum Deniz'e gűnűlden teŐekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

Teşekkür	I
İçindekiler	II
Tablo Listesi	V
Özet	VII
Anahtar Kelimeler	VIII
Abstract	IX
Key Words	X
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Sağlık/Hastalık Kavramları	4
2.2 Sağlığın Korunması	5
2.3 Sağlığın Geliştirilmesi	6
2.4 Sağlıklı Yaşam	8
2.5 Sağlıklı Yaşam İçin Yapılması Gerekenler	9
2.5.1. Beslenme	9
2.5.2. Alışkanlıklar ve hobiler	9
2.5.3. Uyku ve dinlenme süresi	9
2.5.4. Egzersiz	10
2.5.5. Stres ile baş edebilme	10
2.5.6. Kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alabilme	10
2.5.7. Etkin sağlık eğitimi	10
2.6 Gençlik Dönemi	11
2.7 Gençlik Döneminin Özellikleri	12
2.7.1. Fiziksel Büyüme	12
2.7.2. Dürtülerde Artış	12
2.7.3. Eyleme Dönüklük	12
2.7.4. Gelişimsel Görevler	13
2.7.5. Bilişsel Gelişim	13
2.8 Gençlerde Sık Karşılaşılan Sorunlar	13
2.9 Üniversite Gençliği	16
2.10 Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi	18

Davranışlarının Önemi	
3. Obezite	19
3.1 Obezitenin Oluşumu	20
3.2 Obezitenin Sınıflandırılması	21
3.3 Obezitenin Ölçüm Yöntemleri	22
3.4 Obezite Komplikasyonları	23
3.5 Obezite Tedavi Yöntemleri	24
3.6 Obezitenin Ekonomik Etkileri	24
3.7 Obeziteden Korunma	25
3.GEREÇ YÖNTEM	27
3.1.Araştırma Grubu	27
3.2.Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	28
3.2.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)	28
3.2.2 Obezitenin Belirlenmesi	29
3.3.3 İstatistiksel Analiz	30
4.BULGULAR	31
4.1 Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	31
4.2 Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri	33
4.3. Öğrencilerin BKİ değerleri ve Etkileyen Faktörler	35
4.4.Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları	40
5.TARTIŞMA	48
5. 1. BKİ Değerlerini Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	
5.2. BKİ Değerlerinin Sağlıkla İlgili Bazı Alışkanlıklar Açısından Değerlendirilmesi	49
5.3. BKİ Değerlerinin Beslenme Alışkanlıkları Açısından Değerlendirilmesi	50
5.4. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Değerlendirilmesi	51
5.5. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ve Sağlıkla	54

İlgili Bazı Durumlar Açısından Değerlendirilmesi	
5.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	56
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	
7.KAYNAKLAR	58
7.EKLER	
EK-1 Sosyodemografik Veri Formu	70
Ek-2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	73

<u>TABLO LİSTESİ</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo I. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlaması	28
Tablo II. Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	31
Tablo III. Araştırmaya katılan Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo IV. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	35
Tablo V. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı	35
Tablo VI. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Sağlık Bilimleri ve Diğer Fakültelerde Eğitim Gören Öğrencilere Göre Dağılımı	36
Tablo VII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Yaşadığı Ortama Göre Dağılımı	36
Tablo VIII . Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Egzersiz Yapma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	37
Tablo IX. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Şişman Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	37
Tablo X. Araştırmaya Katılan Öğrencilerinin BKİ Değerlerinin Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo XI. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	38
Tablo XII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Psikiyatrik Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	38
Tablo XIII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Günlük Ana Öğün Sayılarına Göre Dağılımı	39
Tablo XIV. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Haftalık Fastfood Tüketme Sıklıklarına Göre Dağılımı	40
Tablo XV. Öğrencilerin Obezite Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler	
Tablo XVI. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)Puanları	40
Tablo XVII . Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)Toplam ve Alt Ölçek Puanları	41

Tablo XVIII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları	42
Tablo XIX. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları	42
Tablo XX. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Egzersiz Yapma Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları	43
Tablo XXI . Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kronik Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları	44
Tablo XXII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Psikiyatrik Hastalığı Bulunma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanları	45
Tablo XXIII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi Değerlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları	46

ÖZET

Giriş-Amaç: Günümüzde tüm dünyada genç nüfus hızla artmaktadır. Toplumların gelişmişlik düzeyleri artmakta olan bu genç nüfusun eğitilmiş, sağlıklı ve ekonomik olarak üretken olmasıyla yakından ilişkilidir. Bir toplumda üniversite gençliği toplumun sosyokültürel yapısının en dinamik unsuru olup, üniversite öğrencilerinin sağlık alanındaki tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, gelecekteki yaşamında ailesini ve tüm toplumu etkileyecektir. Son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her yaş grubunda görülme sıklığı hızla artan obezite üniversite öğrencilerinin önemli sağlık sorunlarından birisidir. Bu çalışma ile Samsun ili üniversite öğrencilerinde obezite sıklığının saptanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma Samsun'da Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Canik Başarı Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerde yapılmıştır. Çalışma grubunu üniversite ve fakültelerde öğrenci sayılarına göre ağırlıklandırılarak, tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 1780 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri 01.03.2015-01.12.2015 tarihleri arasında ders sonlarında öğrencilere dağıtılan ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özelliklere, boy uzunluğu, vücut ağırlığı değerlerine, beslenme alışkanlıklarına ve sağlıkla ilgili bazı özelliklerine yönelik sorulardan oluşan anket formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) uygulanması ile elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerde Eğitimde Ki Kare, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunda obezite görülme sıklığı , erkek öğrencilerde %16,2, kızlarda %6,3, toplamda %11,2 olarak saptanmış olup, erkek öğrencilerde, evli olanlarda, sağlık bilimleri dışındaki fakültelerde eğitim görenlerde, egzersiz yapmayanlarda, ailesinde şişman birey bulunanlarda, kronik hastalığı olanlarda, öğünlerinde fastfood ve tahıl ağırlıklı beslenenlerde, ara öğünlerde yağlı ve şekerli besinler tüketen öğrencilerde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma sonucunda SYBDÖ toplam puanı $121,3\pm 17,7$ olarak bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu , beslenme ve kişilerarası destek alt ölçek puanları kız öğrencilerde, egzersiz alt ölçek puanı ise erkeklerde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, fazla

kilolu, obez, morbid obez olan grupta; zayıf, normal kilolu olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç-Öneriler : Çalışma sonucunda üniversite öğrencilerinde obezite görülme sıklığının yüksek olduğu, öğrencilerin dengesiz beslenme alışkanlıklarının ve yetersiz fiziksel aktivite düzeylerinin obeziteyi etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar öğrencilerde obezitenin önlenmesi için yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasının, düzenli ve yeterli fiziksel aktivite yapmayı günlük yaşamlarının bir parçası haline getirmelerinin sağlanmasının önemli olduğu; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi amacıyla eğitimin ilk aşamalarından itibaren öğrencilerin bilinçlendirilmelerinin ve konuyla ilgili derslerin öğrencilerin ders programına eklenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencileri, Obezite, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

Introduction-Aim: At the present days, young population is rapidly increasing all over the world. Development levels of communities are increasing and this situation is relevant with productivity of young population. In a community, university youth is the most dynamic factor of communities' sociocultural system. Attitudes and behaviors of university students on healthcare field will affect his/her family and whole society in the future. Recently, obesity –whose rate is rapidly increasing- has been one of the most important problems in developed and developing countries. This study is aiming to determine the rate of obesity and to evaluate healthy life forms among the students who study in the city of Samsun.

Material-Methods: This cross-sectional study was made on the students in the Samsun Ondokuz Mayıs University and Canik Başarı University. It is composed of 1780 students which are selected by using the method of bedded random sampling. Datas of the study had been collected between the dates of 01.03.2015-01.12.2015 with surveys, distributed at the end of the lessons. Students are given surveys which are prepared by researcher. This surveys are composed of some questions which are about sociodemographic features, height and weight levels, feeding habits and some medical features. Students are also carried out Healthy Lifestyle Behaviour Scale. Statistical analyses were made by using Kruskal Wallis Varyans Analysis ,Ki Kare and Mann Whitney U test and Logistic Regresyon Analysis.

Results: In the investigation group, obesity rate is detected as %11,2 (Male: %16,2- Female: %6,3). Among the male students – except the ones who study in Health Unit Faculty -, obesity rate was detected high. This situation is especially common among the ones who smoke, have fat members in family, have chronic illness, are fed with fast-foods and cereal foods in meals and go short with oily and sugared food ($p<0,05$). Health Lifestyle Behavior Scale total point was detected ($121,3\pm 17,7$). Health responsibility and interpersonal support subscale point was detected high among the female students. Among the male students exercise point was higher than female students ($p<0,001$). Among thin and normal weight students health responsibility point was detected high than overweight, obese and morbidly obese students ($p<0,05$).

Coclusion-Recommendations: In consequence of the study, obesity rate of university students was found high. It is also detected that malnutrition and insufficient physical activity one of the factors which trigger obesity. So as to avoid obesity in students, it must be raised consciousness of well-balanced habits beginning from the first stage of education and also it must be planted to people that sufficient and balanced physical exercise is a good way to avoid obesity. On the purpose of development of healthy life form attitudes, beginning from first the stage of education students must be raised awareness and related lessons must be added in lesson schedule.

Key Words: University Students, Obesity, Healty Lifestyle Behaviours

GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde tüm dünyada genç nüfus hızla artmaktadır. Toplumların gelişmişlik düzeyleri, artmakta olan bu genç nüfusun eğitilmiş, sağlıklı ve ekonomik olarak üretken olması ile yakından ilişkilidir.

Gençlik, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10–19 yaş grubunu adolesan, 15–24 yaş grubunu genç, 10–24 yaş grubunu da gençlik olarak tanımlamıştır (WHO, 2014). Yükseköğrenim yıllarına rastlayan 18–25 yaşları arası üniversite gençliği olarak tanımlanmakta olup, bu dönem bireyin ergenlik çağını geçip genç yetişkin olabilmek için çabaladığı bir dönemdir (Kılıççı Y, 2006). Sigara, alkol ve madde kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları, stres yönetimi gibi riskli davranışlar bu dönemde gençlerde karşılaşılan başlıca sorunlardır (Çimen S, 2004).

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir (Ayaz S, Tezcan S, 2005). Toplumların ve bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesi için, sağlığın korunması birincil ve en önemli faktör olup; bireylerin sağlığını ve iyilik halini olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir (Setrçelik E, 1999). Sağlığın geliştirilmesi ise; bireylere fiziksel ve mental sağlığını optimum düzeye yükseltmeleri, fiziksel ve sosyal çevrelerini geliştirmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olan; bilinç arttırma, davranış değiştirme ve alternatif seçenekler sunma süreci olup, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir (Çimen S, 2003). Dünya'da ölüm nedenlerine bakıldığında, birinci sırada kronik hastalıklar yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklar ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bireyin sağlığını olumsuz etkileyen dengesiz beslenme alışkanlıkları, madde bağımlılığı, fiziksel aktivite azlığı, stres gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörler kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Altunkaynak B.Z, Özbek E., 2006) .

Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsar (Rozmus C L, Evans R, 2005 ve Hsiao Y.C,Chen M.Y, 2005).

Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan obezite, vücutta besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan, vücut yağ kitlesinin yağsız vücut kitlesine la artması ile karakterize kronik bir hastalık olup, vücutta aşırı yağ depolanmasıyla ortaya çıkan, fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilen bir enerji metabolizması bozukluğudur (WHO, 2015). DSÖ tarafından “vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır. 2030 yılına doğru dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olması öngörülen obezitenin, kardiyovasküler hastalıklar ve inme başta olmak üzere birçok sağlık sorununa yol açtığı kanıtlanmış olup, obez kişilerde bu hastalıkların insidansının artması yanında fatalite hızının da arttığı belirtilmektedir. Küresel boyutta bir halk sağlığı sorunu olan obezite prevalansı gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan MONICA çalışmasında, 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında artış saptandığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite prevalansı gün geçtikçe artmaktadır ve yapılan “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri” (TEKHARF) çalışmasında Onat ve ark. 1990' dan 2000 yılına kadar obezite prevalansının kadınlarda % 36, erkeklerde % 75 ında arttığını, 2000 yılında 30 yaş üstü bireylerde obezite prevalansının erişkin kadınlarda % 44,2, erkeklerde % 25,2 olduğunu göstermişlerdir (Onat A, 2003).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite prevalansı erkelerde % 20,5, kadınlarda % 41,0, olmak üzere toplamda % 30,3 olarak saptanmıştır (THSK, 2012).

Hem sosyal, hem de biyolojik olarak yabancı oldukları bir ortamda, bireysel yaşam sorumluluklarını tek başlarına üstlenmek zorunda kalan üniversite öğrencileri, geç ergenlik ve yetişkinliğin ilk yılları olan bu dönemde yaşam tarzlarına yönelik çeşitli alışkanlıklar edinmektedir. Fiziksel aktivite azlığı, dengesiz ve düzensiz beslenme

alışkanlıkları sonucunda ortaya çıkan obezite gençlerin bu dönemde başlıca sorunlarından birisidir.

Bu çalışmanın amacı Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Canik Başarı Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerde obezite sıklığının saptanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık/Hastalık Kavramları

Sağlık insanlığın varoluşundan itibaren üzerinde en çok durulan kavramlardan birisi olup, en üst düzeyde iyilik halinden ölüme kadar uzanan farklı düzeyleri kapsayan bir süreçtir. Bu süreç, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, herhangi bir hastalığa sahip olmama ile özdeşleştirildiğinde, bireylerin sadece hastalıklardan korunmaya yönelik davranış biçimleri geliştirmeye çalıştıkları düşünülebilir (Ayaz S, Tezcan S, 2005). Özellikle 19. ve 20. yüzyılda meydana gelen savaşlarda çok sayıda insanın yaşadığı fiziksel kayıpların yanında, ruhsal sorunların da yoğun olarak görülmesi sonucunda DSÖ 1948 yılında sağlığı, “sadece hastalığın ve sakatlığın yokluğu değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak tanımlamıştır. Sağlık kişilerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürebilmesi için gerekli bir durum ve bir haktır (Tones K, 2002).

Günümüzde ise sağlığın tüm bu fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutuna ek olarak, her bireyin ailesi, çevresi ve toplum ile bir bütün halinde sağlıklı olması gerektiği vurgulanmaktadır (Ayaz ve Tezcan, 2005). Bu doğrultuda DSÖ 1985 yılında, sağlığın tanımını; “bireyin ya da grubun, gereksinimlerini ve isteklerini fark edebilmesi, karşılayabilmesi, sağlığı belirli bir dönemde değil, yaşam süreci boyunca çevresi ile birlikte bir bütün olarak sürdürebilmesi” şeklinde genişletmiştir (Tones K, 2002). Bu tanımda bedence ve ruhça iyilik hali sağlığın bilinen yönüdür. “Sosyal yönden tam iyilik hali” yeni ve açıklanması gereken bir kavramdır. Bu kavramı açıklayabilmek için sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtmek gerekir (Karadeniz G, Uçum EY, 2008). Günümüzde ise, DSÖ’nün son tanımı da göz önünde bulundurularak, bütüncül sağlık kavramı kapsamında, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu ve sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülemeyeceği vurgulanmaktadır.

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdüreceği ve geliştireceği davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Ayaz S, Tezcan S, 2005)

Sağlığın bir diğer tanımı da bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan, çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneğidir (Fişek HN,1983, Sağlık Bakanlığı, 2000).

Fiziksel (bedensel) sağlık: Sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, sigara kullanmama, düzenli sağlık kontrollerini yaptırma gibi bazı etkinliklerle vücudun anatomik ve fizyolojik olarak bütünselliğinin korunması ve sürdürülmesidir .

Duygusal sağlık: Bireyin düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının yaşamını etkilemesi, kısaca duygusal sağlık, duyguları kontrol edebilme yeteneğidir. Yaşamla ilgili alınan kararlarda da önemlidir.

Zihinsel sağlık: Öğrenme ve entelektüel olarak gelişme yeteneğidir. Okul gibi resmi yapılar yanında yaşam deneyimlerini de içermektedir.

Sosyal Sağlık: İnsanın yaşadığı çevre ve diğer insanlarla iyi bir etkileşimde bulunabilme yeteneğini ve kişilerarası ilişkilerden memnun olmayı kapsar. Doğrudan toplumsal alanın bireye bakışını yansıtır ayrıca kişinin toplumsal yapı içindeki konumuna göre, toplumun kişiden beklediği sosyal rolleri yerine getirmesidir.

Manevi sağlık: Özünde inanç kavramı vardır ve bu inanç diğer insanlara bağlanma hissi, yaşamın amacı ve anlamı kavramlarını da içermektedir. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi, kendisinin, ailesinin ve ülkesinin gönenci ve mutluluğu için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir. Tam bir iyilik hali dendiğinde ise; bireysel yeteneklerle, toplumsal gereksinimler arasında optimum bir dengenin sağlandığı süreç anlaşılmalıdır. Bu nedenle sağlık insan yaşamındaki en değerli kavramdır (Hamzaoğlu O, 2002 ve Doğan T, 2004)

2.2 Sağlıkın Korunması

Sağlığın korunması sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma, biyolojik, fizik, sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, bununla birlikte kişiye yönelik önlemlerin de ihmal edilmemesi sonucu sağlanabilir. Araştırmacılar sağlığı koruma düzeyini üç aşamada sınıflandırmışlardır (Zaybak A, Fadilloğlu C, 2004). Bunlar;

- Birincil Koruma; Sağlık geliştirilmesine yönelik uygulamaları, koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirmelerini sağlayıp, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmalarına yönelik aktiviteleri içerir.

- İkincil Koruma; Bireylerin, ailelerin ve toplumun en üst sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlayıp, hastalıkların birincil evrede yapılan taramalarla erken tanı ve tedavisini içerir.
- Üçüncül Koruma; Bireyleri hastalıkların tekrarı, komplikasyonları ve sakatlıklardan korumaya yönelik hizmetleri kapsar. Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumunda olan bireylerin, kendilerini üretken duruma getirmelerini, yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlar.

2.3 Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, temelleri 19. yüzyılda toplum sağlığı anlayışının ortaya çıkışına kadar uzanan bir kavramdır. Ancak, sağlık politikası alanında ve uygulamada tanımlanmış özel bir alan olarak ele alınması 1974'leri bulur. (Poland B D, 2000). Bu tarihten itibaren sağlığı geliştirme bir toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için sağlık politikalarında önemli bir strateji olarak yer almaya başlamıştır ve DSÖ tarafından 'Herkes İçin Sağlık ' politikasına ulaşmak için anahtar bir strateji olarak kabul edilmiştir. 1945-1975 arasındaki 30 yıllık bir dönemin sonunda "Herkes İçin Sağlık (HİS)" daha adil dolayısıyla da daha sağlıklı bir dünya için DSÖ'nün sloganı olmuştur. Bu dönem halkların ulusal kaynaklarını kontrol etme hakkı da dâhil olmak üzere, evrensel ölçekte güç ve kaynakların yeniden dağılımına, temel sağlık gereksinimlerinin karşılanması için kapsamlı halk sağlığı hizmetlerine ve buna paralel politikalara gereksinim olduğu inancına günümüze göre daha bağlı olunan bir dönemdir.

HİS hedeflerinde öne çıkan temel amaç; ülkeler arasında ve ülkelerin bölgeleri arasında sağlık yönünden farklılıkların en aza indirilmesi, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini kullanmasının sağlanması, hastalık ve sakatlıkların en aza indirilmesi ve erken ölümlerin önlenerek doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması olmuştur. Ayrıca, bu amaçları gerçekleştirmek için gereken stratejiler ve destek hizmetler de bu hedefler içerisinde yer almıştır (Özvarış Ş.B, 2011).

Yirmi birinci yüzyıla girerken, HİS yaklaşımı Kopenhag'da 1998 yılında toplanan DSÖ'nün 48. Avrupa Bölgesi Komitesi Toplantısı'nda yeniden gözden geçirilmiş 'Sağlık 21' başlığı altında HİS bu kez "21. Yüzyılda 21 Hedef " sloganıyla kabul

edilmiş ve bölge geneli için 2020 yılına kadar 21 başlıkta somut hedefler ortaya konmuştur (Özvarış Ş.B, 2011).

Uzun süre sağlığı koruma ve geliştirme kavramı insanlarda ilk olarak hekimler, hemşireler ve hastaneleri çağırıştır. Daha sonra insanların sağlıklarının yaşam biçimiyle çok fazla ilişkili olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Ancak; bu bireysel faktörler ile birlikte, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi insanların sağlıklarını etkileyen pek çok çevresel faktör keşfedilmiştir. Bunun yanı sıra, sosyal çevrenin de sağlığı ne kadar etkilediği gözlemlenmiştir. Sosyal grupların sağlık durumları arasındaki farklılıklar, sağlık ve hastalığın bireylerin bilgi, tutum ve alışkanlıkları kadar, yaşama ve çalışma koşullarının da sonucunda belirlendiğini net bir şekilde ortaya koymuştur. Bu gelişmeler, insan biyolojisi, yaşam biçimleri, sosyal ve fizik çevre gibi sağlığı etkileyen faktörlerin çoğu hakkında yeterli bilgi birikimi sağlamıştır (Özvarış Ş.B, 2011).

Alma-Ata'dan bu yana sağlıkla ilgili pek çok gelişme yaşanmıştır. Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzlarıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin sağlığı olumlu yönde etkileyebileceği gibi zararlı da olabileceğinin kavranması, bazı hastalıklara ilişkin risk faktörlerini tanımlayan bilimsel kanıtların çoğalması, mortalite ve morbiditedeki azalmanın yanı sıra, yaşam kalitesine ilginin giderek artması ve sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi, 1980'lerde entegre bir yaklaşım olan 'sağlığı geliştirme' kavramının gündeme gelmesine neden olmuştur (Özvarış Ş.B, 2011).

Sağlığın geliştirilmesi için hastalık nedenlerinin ve risk faktörlerinin bilinmesi ve tanınması önem taşımaktadır. "2002 Dünya Sağlık Raporu"na göre riskin %25 azaltılması, tüm dünyadaki hastalık yükünün büyük oranda azalmasını sağlayacaktır. (WHO, 2002)

Sağlığı geliştirme fikri yeni olmamasına karşın, 1986 yılında yapılan ilk uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, bu konuya olan ilginin artmasını ve Ottawa Sağlık Geliştirme Bildirgesi'nin onaylanmasını sağlamıştır (WHO 1998, Davies , 2004).

DSÖ tarafından sağlığı geliştirme kavramı açısından önem taşıyan Ottawa Sağlık Geliştirme Bildirgesi sonrasında sağlığı geliştirme etkinlikleri tüm dünyada gelişmeye başlamıştır.

Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi (1986)

Kanada'da 1986 yılı ekim ayında, sonucunda Ottawa Bildirgesi'nin de yayınlandığı 'Birinci Uluslar Arası Sağlığı Geliştirme Konferansı' yapılmıştır. Ottawa Bildirgesi birçok disiplin ve sosyal hareket içinde yaygın bir şekilde tartışılmış ve destek bulmuştur. Bu bildirmede yapılan tanıma göre sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıklarını üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmektir (WHO, 1998).

Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda;

- Sağlığın geliştirilmesi süreci sosyal ve politik bir süreçtir.
- Ana amaç, bireylerin becerilerini ve yeterliliklerini artırmaktır.
- Bu amaçla kişilerin sosyal, çevresel ve ekonomik koşullarını değiştirmeye yönelik eylemler yapılmalıdır.
- Kişilerin sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmak ve dolayısıyla sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmek önemlidir.
- Sağlığı geliştirme eylemlerinin yürütülmesinde toplum katılımı zorunludur şeklinde önemli saptamalar yapılmıştır.

2.4 Sağlıklı Yaşam

Tüm dünyada sağlığı korumak ve geliştirmek için, var olan hastalıkların iyileştirilmesinin yanında, sağlığın, temelde yatan riskleri olan önemli hastalıkların gerçek nedenlerinin engellenmesine daha çok önem verilmesi gerekir. Koruma en iyi şekilde temel, ortak risklerin belirlenmesi, azaltılması için ortak çabalarla ve bunların ortaya koyduğu koruma olanaklarının avantajını belirlemekle başarılacaktır (WHO, 2007).

DSÖ, sağlık açısından riski; "olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı ya da bu olasılığı arttıran faktör" şeklinde tanımlanmakta, sağlığı küresel çapta tehdit eden 10 temel önlenebilir sağlık tehdidinin olduğunu belirtmektedir (Tambağ H, 2012).

- obezite,
- güvenli olmayan seks,
- yüksek kan basıncı,
- tütün tüketimi,
- alkol tüketimi,
- güvenilir olmayan su,

- temizlik ve hijyen azlığı,
- demir yetersizliği,
- katı yakıtlardan kaynaklanan duman,
- yüksek kolesterol,
- yetersiz kilo tanımlanabilen bu önlenebilir tehdihtir.

2.5 Sağlıklı Yaşam İçin Yapılması Gerekenler

2.5.1. Beslenme: Vücudun büyüme ve gelişmesi, verimli çalışması, dış etkenlere ve hastalıklara karşı dirençli olabilmesi için sağlığın temelini oluşturan yeterli ve dengeli beslenme önemli olup insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alıp vücudunda kullanmasına denir. Sağlığın korunması ve gerçekleştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin önemi yadsınamaz. Çeşitli araştırmalarda beslenme bozukluğuna /dengesizliğine bağlı kalp-damar hastalıkları, metabolik hastalıklar, kanserler arası ilişkiler gösterilmiştir. Herkesin sağlığını koruma ve geliştirmenin ilk adımının sağlıklı beslenme örüntüsü ile gerçekleştirilebileceğini bilmesi, inanması ve bunu yaşamında uygulaması gerekmektedir (Erefe İ,1998).

2.5.2. Alışkanlıklar ve hobiler: Alışkanlık, bir şeye alışmış olma durumu veya iç ve dış etkilerle davranışların tekrarlanması ya da hep aynı biçimde gerçekleşmesi sonucu beliren şartlanmış davranış olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir yaşam için sabah kahvaltı etmek, düzenli yemek yemek ve öğün aralarında atıştırmamak, sigara içmemek, alkolü ılımlı bir ölçüde kullanmak veya hiç kullanmamak, düzenli fizik egzersiz yapmak, düzenli uyku uyumak, düzenli diş fırçalamak, emniyet kemeri takmak gibi sağlığı olumlu yönde etkileyen alışkanlıklar kazanma yoluna gidilmelidir (WHO, 2002).

2.5.3. Uyku ve dinlenme süresi: Uyku, dış uyaranlara karşı bilincin, bütünüyle veya bir bölümünün yitdiği, tepki gücünün zayıfladığı, her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu olup, dinlendirici uyku dengeli bir hayat için şarttır. Uyku esnasında vücut dinlenir, kendini temizler, saflaştırır, tamir eder, yeniden inşa eder, büyür ve kendini tedavi eder. Günlük uyku süresi dışında; kişinin dinlenme süresi, biçiminin, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde önemle ele alınması gerekir (Erefe İ, 1998).

2.5.4. Egzersiz: Günlük düzenli aktivitenin büyüme ve gelişmenin yanı sıra hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunma ve geliştirilmesinde yararları tartışmasız bir gerçektir.

Yetersiz egzersizin kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, osteoporoz gibi hastalıkların oluşumunda önemli faktör olarak yer aldığı, aynı zamanda bu hastalıkların önlenmesinde ise düzenli egzersizin yararlı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle herkesin yaş, fiziksel durum gibi özelliklerine uygun egzersiz programını alışkanlık edinmesi, düzenli olarak sürdürmesi gerekmektedir (Erefe İ, 1998).

2.5.5. Stres ile baş edebilme: Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi, zorlanmasıyla ortaya çıkan ve etkilerini fizyolojik, psikolojik ve sosyal düzeylerde gösteren bir durumdur. Stres ile insan organizması arasında etkileşim, yani stres sonucu insan vücudunda meydana gelen yıpratıcı etkiler, sağlığın bozulmasında küçümsenmeyecek derecede önemlidir. Stres, zaman zaman başarıyı artırıcı faktör olabilse de, zararlı etkileri daha fazla olup, birçok hastalığın etiolojisinde önemli bir faktör olarak yer almaktadır. Stresle mücadelede, stresin geçmesini zamana bırakmamalı, aktif mücadele etmeli ve stresi ortaya çıkaran durumun değiştirilmesi için çaba göstermek gereklidir (Erefe İ, 1998).

2.5.6. Kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alabilme: Sağlıklı bir yaşam kişinin beslenme, uyku, dinlenmesine dikkat etmesi, hobileri, egzersiz ve stres ile baş etmenin yollarını bilmesi, başka bir deyişle kişinin yaşam tarzını değiştirebilmesi, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilmesine bağlıdır (Erefe İ, 1998)

2.5.7. Etkin sağlık eğitimi: Kişi kendi sağlığının, kendi davranışlarına bağlı olduğunu etkin bir sağlık eğitimi ile kavradığında sağlığının sorumluluğunu duyacaktır. Bu nedenle, sağlıklı yaşam, etkin sağlık eğitimi sonucunda gerçekleştirilebilecektir. (Erefe İ, 1998)

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları ya da yapmaktan sakındıkları eylemler olarak tanımlanabilir. Sağlık davranışı ise “sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara, alkol kullanmama, kendi sağlık sorumluluğunu bilme, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu

ilişkiler kurma ve stres yönetimi gibi konuları içerir (Rosmus ve Evans 2005; Hsiao ve Chen, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı raporuna göre dünyada her yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık yarısından 20 risk etmeni sorumludur. Bu risk etmenlerinden 10'u dünyada her yıl oluşan ölümlerin üçte birinin nedenidir. Bu risk faktörlerinin çoğu yüksek gelirli ülkelerde görülür ancak bu faktörlerin sebep olduğu toplam küresel hastalık yükünün yarısından fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. DSÖ'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin %40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır (Rosmus ve Evans, 2005). Eskiden toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini artık; hipertansiyon, obezite, Tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır ve bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Ölümüne neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı yapılan çalışmalarda saptanmıştır. Bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin de sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme yönünde olması gerekmektedir (Karadeniz ve Uçum, 2008)). Bireyler de, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını alıp, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (Komduur ve Korthals, 2009)

2.6 Gençlik Dönemi

Birleşmiş Milletler Örgütü'nün tanımına göre “Genç, 15 ile 25 yaşları arasında, öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişidir.”Bu tanıma göre genç, cinsel olgunlaşmasını tamamlamış, ancak henüz bağımsızlığını kazanıp erişkinler arasına katılmamış kişidir (WHO, 2001). Gençlik yalnız olumsuzlukların toplandığı bir çağ olmayıp, bireylerin kendini, öz kimliğini arayış çağıdır. Yeniliğe ve ileriye doğru atılımların yapıldığı, kendini kanıtlama, kendi kimliğini arayıp bulma çabalarının yoğunlaştığı bir dönemdir. Gençlik döneminin en önemli özelliği; bütün hayatı etkileyen önemli gelişmeleri barındıran bir süreç olmasıdır. Bu dönemde kazanılan olumlu ve olumsuz özellikleri kişi ömür boyu taşıyabilir. Çocukluk yılları, özellikle ilk beş yaş oldukça önemlidir; ancak insanın karakter ve kişilik gelişimine gençlik döneminin etkisi bilinen bir bilimsel gerçektir (Karadeniz ve Uçum, 2008).

Gençlik dönemindeki değişikliklerin sonucunda gençler, toplumun kendisinden beklediği bazı özellikler kazanır. Genç yaşadığı kültürden etkilenmeden, bir biçimde ana babası ve öteki erişkinlerden bağımsız olabilmeli, ailesi dışında toplumsal ilişkilere girebilmeli ve yaşlılarıyla arkadaşlık kurup sürdürebilmelidir. Cinsel olgunlaşmasına uyum sağlayıp, cinsel kimliğini ve rolünü iyice benimsemiş olmalıdır. Zihin yeteneklerini ve el becerilerini geliştirmiş, toplum yaşamı için gerekli bilgi, görgü ve ruhsal olgunluğa erişmiş olmalıdır. Kendine özgü değerler, yaşam anlayışı ve bir dünya görüşü oluşturabilmeli, bir amaç ya da amaçlara doğru yönelebilmeli, bir iş/meslek için kendini hazırlamaya başlamalıdır.

2.7 Gençlik Döneminin Özellikleri

Erinlik cinsiyet yeteneklerinin kazanıldığı dönemdir. Ortalama olarak kızlarda 12-13, erkeklerde 13-14 yaşlarında başlayan bu dönemde fiziksel gelişme ve değişme oldukça hızlıdır. Erinlik döneminin hemen arkasından gelen ergenlik dönemi kızlarda yaklaşık olarak 18, erkeklerde ise 21 yaşına kadar sürmektedir. Boy ve kilo artışının yanı sıra bu dönemde iç organlar ve iskelet hızla büyümekte, kas dokusu gelişmekte ve yağ dokusu artmaktadır. Önce el ve ayakların büyümesi hızlanmakta, sonra önkol ve bacaklar daha sonra üstkol ve uluklar uzamaktadır. Bu nedenle bu dönemde çok fazla “sakarlıklar” görülmektedir. Uzunlamasına büyümeyi, enine büyümenin hızlanması izlemektedir. Kalçalar, omuzlar ve göğüs kemikleri genişlemektedir. Yüz kemikleri hızla büyümekte, çene uzamakta, burun büyümekte ve profil düzleşmektedir. Fizyolojik yapıda görülen değişimler örtülü dönemde sakın kalan dürtülerin, yeniden canlanmasına neden olmaktadır. Bu yüzden özellikle cinsel dürtülerden kaynaklanan çatışmalar tekrar ortaya çıkabilmektedir. Cinsel hayaller kurma, güvensizlik duyguları ve bazı toplumsal sorunlardan kaynaklanan kendi kendine cinsel doyum sağlama eğilimleri görülebilmektedir. Gençler kendisinde oluşan değişikliklerin nedenini anlamak ve bunları tanımak istemektedirler. Kendileri için ilgi duydukları gibi, dünya ve toplum için de büyük ilgi duymaktadırlar. Gençin duygusal dünyasında bazı çelişkiler görülmektedir. Yalnızlıktan haz duyan genç bir gruba üye olmayı da istemektedir, yetişkinlerden bağımsızlaşmayı isterken diğer yandan yetişkinlere ihtiyaç duymaktadır, endişe ve umutsuzluğa karşı geleceğe coşkuyla yönelmektedir. Kimlik kazanma hayat boyu devam eden bir süreç olmakla beraber bu dönemde daha çok önem kazanmaktadır ve genç daimi bir kimlik kazanma çabası içine girmektedir.

Bu dönemde “ben kimim” sorusuna cevap aramakta ayrıca meslek seçimi, karşı cinse duyulan ilgi gibi çeşitli problemlerle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu dönemi başarıyla atlatan kişiler kimlik duygusu edinebilmekte, başarıyla atlatamayanlar İse rol karma şasına düşmektedirler. Bu dönemde arkadaş grubuna yö nelen genç, arkadaşlarında da kendi bedenindeki değişikliklerin olup olmadığını araştırmaktadır. Gençler bu dönemde yetişkinler gibi düşünebilme özelliklerini kazanmakta ve soyut düşünebilmeye başlamaktadırlar. Zihinden İşlemler yapabilmekte, hipotezler geliştirebilmektedirler. Genç herkesin ona baktığını, onu izlediğini düşünmektedir. Bu “ergen benmerkezci- liğf”dir. Ergen benmerkezciliği çocuk benmerkezci- ğinden farklıdır. Çünkü genç başkalarının perspektifini alabilmeye başlamıştır. Bu dönemde gencin her iki cinsiyetteki akranlarıyla olgun ilişkiler kurabilmesi, cinsel rolünü gerçekleştirebilmesi, bedensel özelliklerini kabullenmesi, yetişkinlerden duygusal bağımsızlığı gerçekleştirebilmesi, ideal eş kavramını geliştirmesi, sosyal sorumluluklar alması ve bir mesleğe hazırlanması gerekmektedir. (Alisinoğlu F, 2002)

2.8 Gençlerde Sık Karşılaşılan Sorunlar

Gençler arasında yaygın görülen sağlıkla ilgili çeşitli sorunlar, durum ve davranışlar gelecekteki sağlık durumları üzerinde etkili olabilir.Yaygınlık açısından bir ülkeden diğerine farklılık gösteren bu sağlık sorunları arasında istenmeyen gebelikler, HIV dâhil cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklar, ruh sağlığı sorunları, uyuşturucu kullanımı, yaralanmalar ve intihar girişimleri yer almaktadır. Bu sorunların çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer özellikler sergilemekte, böylece geleceğin yetişkinlerini etkilemektedir. Bireyler, sonucunda ölüm getirebilecek yüksek riskli davranışları gençlik yaşlarında edinmektedirler. Bunun en bilinen örneğini sigara oluşturmaktadır. Tüm dünyadaki sigara tiryakilerinin çoğu bu alışkanlığa 19 yaşından önce başlamıştır. Kötü beslenme, alkol, uyuşturucu gibi tehlikeli alışkanlıklar da bu dönemde başlamaktadır. (WHO, 1998).

Gençlerin fiziksel etkinliklerinin azalması gelişmekte olan ülkelerde giderek önem kazanmaktadır. Obezite, özellikle gençler arasında yaygınlaşmakta, beslenme sorunları ve obeziteye bağlı diğer hastalıklar açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (WHO, 1998). Gençlik arasında bir başka önemli sorun ise cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (CYBH). DSÖ'nün tahminlerine göre her yıl 20 gençten biri CYBH'a

yakalanmaktadır. Bunlar arasında AIDS, Bel Soğukluğu, Frengi, Klamidya Enfeksiyonu, Herpes yer almaktadır. Erken önlem alınmadığında bu hastalıklar infertilite ve ölüm gibi sorunlara yol açabilmektedir (WHO,1998).

Alkol kullanımı, trafik kazaları, kaza sonucu ölüm, sakatlıklar ve suç işlemenin yanı sıra zamanla ciddi karaciğer sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Alkol kullananların %50'si bu alışkanlığa 15 yaşından önce başladıklarını belirtmektedir. Tüm dünyada uyuşturucu kullanımının sık görüldüğü bir dönem gençlik dönemidir. Uyuşturucu kullanımına çok genç yaşta başlayanlarda daha ileri yaşlarda, diğer uyuşturuculara daha yoğun biçimde yönelme eğilimi de artmaktadır.

Gençlik dönemi, psikolojik açıdan ve uyum sağlamak bakımından da çok zor bir dönemdir. Gençlik sağlığı araştırmalarına göre depresyon, başka bir deyişle haftada en az bir kez kendilerini bunalımda hissetme oranı kızlara göre erkeklerde daha yüksektir ve bu oran ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Gençler arasında intihar olayları giderek artış göstermektedir. Kızlar arasında intihar girişiminde bulunanlar erkeklerden üç kat fazla iken, intihar girişiminde başarılı olan erkek sayısı kadınların üç katı olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.

Uluslararası Sağlık ve Sosyal Bilimler Forumu'nun yaptığı araştırma sonuçlarına göre:

- Dünyada küresel hastalık yükünün yaklaşık %10'unu 10–19 yaş grubundaki gençlerin sorunları oluşturmaktadır.
- Gençler arasında beslenme bozuklukları (obezite, bulimia, anoreksiya) giderek artmaktadır.
- Dünyada ilk cinsel ilişki yaşı düşmektedir. Gençler arasında kontraseptif kullanım oranı oldukça düşük olup, kullanılanlar da genellikle geleneksel yöntemlerdir.
- Her yıl güvenli olmayan 20 milyon düşük olgusunun %25'ini 15–19 yaş kızlar oluşturmaktadır.
- Dünyadaki 340 milyon cinsel yolla bulaşan hastalığın üçte biri, gençler arasında görülmekte olup, her gün yaklaşık yarım milyon genç insan bu hastalıklara yakalanmaktadır.
- Dünyada, yılda görülen 2,4 milyon yeni HIV enfeksiyonunun yaklaşık yarısı 15–24 yaşlar arasında görülmektedir. Her gün, 4 bin gencin HIV/AIDS ile teması olduğu tahmin edilmektedir.

- Dünyada, gençlerde intiharlar ikinci sırada olup geçen her 5 dakika içinde 40 genç insanın intihara teşebbüs ettiği tahmin edilmektedir.
- Alkol kullanmaya 15 yaş ve altında başlamış olan gençlerin ileride alkolik olma olasılığı 21 yaş ve sonrasında başlayanlara göre dört kat daha fazladır.
- Kötü sosyoekonomik koşullarda yaşayan gençler arasında, davranışsal sorunların görülmesi ve psikiyatrik bozukluklara yakalanma olasılığı daha yüksektir.
- Güneydoğu Asya'da 13–15 yaş arası erkeklerin %30'u tütün ürünleri kullanmaktadır. Bu da, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tütün endüstrisinin gençleri sigaraya alıştırmaya çabalarının ne kadar başarılı olduğunun bir göstergesidir.
- Kitle iletişim araçları tarafından yaratılan rol modelleri de gençlerin ahlaki ve etik değerlerinin gelişimini etkileyerek, gençlerin şiddet ve risk alma davranışlarını arttırabilmektedir (Akın, 2006).

DSÖ'nün Avrupa Bölgesi için "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri" arasında "4. ve 12. Hedefler" gençlerin sağlığına, "9. Hedef" şiddet ve kazalar sonucu yaralanmaların azaltılmasına, "11. hedef"de sağlıklı yaşama yöneliktir .

Hedef 4: 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olması ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelerinin sağlanmasıdır.

Bu hedefe;

- Çocuklar ve gençler daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olmaları sağlandığında,
- Gençlerin karıştığı şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlıkların en az %50 azaltıldığında,
- Madde, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranı azaltıldığında,
- Adölesan gebeliklerin insidansı en az üçte bir azaltıldığında ulaşılabileceği belirtilmektedir (WHO,1998)

Hedef 9: 2020 yılına kadar şiddet ve kazalar sonucu oluşan yaralanmalar, sakatlık ve ölümlerde sürekli ve belirgin bir azalma olmalıdır.

Bu hedefe;

- Trafik kazalarına bağlı ölüm ve sakatlık en az % 30 azaltıldığında,

– Kazalara bağlı ölümlerin halen çok yüksek olduğu ölkelerde daha fazla azalma olmakla birlikte, tüm iş, ev ve diğer yerlerde olan kazalara bağlı ölüm ve sakatlık en az %50 azaltıldığında,

– Ev içi, cinsiyetle ilgili ve organize şiddetten doğan ölüm ve insidans ile sağlık üzerine olan etkileri en az %25 azaltıldığında ulaşılabacaktır (WHO, 1998).

Hedef 11:2015 yılına kadar, toplumdaki insanlar sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelidirler.

Bu hedefe;

– Beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili sağlıklı davranışlar önemli ölçüde arttırıldığında,

– Sağlıklı ve güvenilir gıda maddelerinin mevcudiyetinde, ulaşılabirliğinde ve elde edilebilirliğinde önemli ölçüde artış sağlandığında erişilmiş olacaktır (WHO, 1998)

Hedef 12: 2015 yılına kadar, bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaçların tüketimi ve sağlık üzerindeki olumsuz etkileri belirgin şekilde azaltılmalıdır.

Bu hedef;

– Tüm ölkelerde sigara içmeyenlerin oranı, 15 yaş üzerinde en az % 80, 15 yaş altında % 100'e yakın olduğunda,

– Tüm ölkelerde kişi başına alkol tüketimi artmadığında ya da yılda 6 litreyi geçmediğinde ve bu miktar 0–15 yaş grubunda yaklaşık 0 litre olduğunda,

– Tüm ölkelerde yasadışı psikoaktif ilaç kullanımı prevalansı en az % 25 ve buna bağlı ölümler en az % 50 azaltıldığında gerçekleşmiş olacaktır (WHO, 1998).

2.9 Üniversite Gençliği

Türkiye'de üniversite öğrencileri sağlık yönünden dikkate alınması gereken geniş bir grubu oluşturmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ölkemizde 2013-2014 öğretim yılında yükseköğretim çağı nüfusu 5 472 521 olup, nüfusumuzun %7'sini oluşturmaktadır (TÜİK, 2015).

Bir toplumda üniversite gençliği, toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik unsuru olup, üniversite gençliğini, diğer genç gruplarından ayıran en önemli özellik, onların geleceğin bilgili yönetici ve karar verici adayları olmasıdır. Başka bir ifade ile üniversite gençliği, gelecekte alacağı görevlerle ölkenin üst yönetimini, eğitim ve öğretim bakımından üst sosyal tabakasını oluşturacaktır (Uygun, 2004).

Üniversite yaşamı, gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde stres ve kaygı yaratan bir ortam niteliği taşımaktadır ve üniversite öğrencisi, ne yetişkin ne de çocuk olan, birey olarak kendi sorunlarıyanında gelişme sorunları da olan bir kişidir. Çocukluktan yetişkinliğe geçme döneminin sıkıntılarını taşımaktadır. Üniversite gençleri, sosyal olgunluğa erişmenin iki önemli boyutu olan bağımsızlık ve cinsel kimliğine uygun olan davranışları kazanmak zorundadır. Bağımsızlık, kişinin otonom hale gelebilmesi, kendi kendini yönetmesi, toplumun genel ve evrensel değerlerine, kişisel niteliklerine, mevcut durum ve koşullara uygun bağımsız ve gerçekçi kararlar alabilmesi demektir. Çoğunlukla yanlış yorumlandığı şekilde, bağımsızlık kişinin aklına estiği gibi davranması, toplumun, diğer insanların ve ailesinin aksine düşünce üretmek ve davranmak değildir. Aksine bağımsızlık, rasyonel düşünme, topluma karışma ve toplumun bir üyesi haline gelme, kültürlenme ve sosyalleşme sürecidir (Doğan, 2004).

Bağımsızlık yanında diğer önemli bir konu da bu dönemde üniversite öğrencilerinin cinsel kimliklerini kazanmalarıdır. Cinsel kimliğin kazanılması, ergenlik döneminde ortaya çıkan cinsiyete özgü fiziksel ve hormonal değişiklikleri, iki cins arasındaki belirgin farkları psikolojik olarak kabul etmek, kendi cinsine ilişkin davranış biçimlerini, cinsiyet rollerini benimsemek, karşı cinsle yakın, sağlıklı ilişkiler kurabilmek anlamını taşımaktadır (Doğan, 2004).

Benlik, kişinin “ben neyim?” ve “ben kimim?” gibi sorulara verdiği cevaptır. Üniversite öğrencilerinin önemli bir sorunu da kendi “benliğine” ilişkin kimliğini kazanmasıdır. Bireyin kimliğini bulma süreci, hemen her gencin yaşadığı bir çaba, bir mücadeledir (Doğan, 2004).

Üniversiteli genç için nerede ne yiyeceği, alkol, sigara, uyuşturucu hakkındaki kararı, hangi sosyal gruplara gireceği ne zaman ve nereden tıbbi yardım alabileceği gibi birçok konuda kişisel kararlarını verme sorumluluğu başlıca sorunlardır. Bunun yanında gençlerin birçoğu yeterli fiziksel aktivitede bulunmamakta, akademik yaşantılarında artan talepler nedeniyle yoğun stres yaşamakta ve beslenmelerine gereken özeni göstermemektedirler. Öğrencilerin yaşam tarzını oluşturan davranışlar optimal sağlıkla ilişkili olmayıp, tüm bu koşullar gencin fiziksel ve ruhsal sağlığını dolayısıyla iyilik halini olumsuz olarak etkilemektedir (Doğan, 2004).

Yüksek öğrenim yılları, geç ergenlik ve yetişkinliğin ilk yılları olup, birçok yaşam tarzı kararının alındığı bir zaman dilimidir. Bu dönemde doğru davranışlar kazanıldığında, gelecekte sağlığa zararlı davranışlar yerine sağlığı güçlendirici seçimler yapılabilir (Doğan, 2004).

2.10 Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Gençlik dönemi, birey ve toplum açısından en dinamik dönem olarak bilinmektedir. Birey için gençlik dönemi, toplumsallaşma yoluyla çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluşması sürecidir. Bu süreç, gencin tüm yaşamına biçim verecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsar.

Gençliğin yaşamında üniversite yaşamı önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Ülkelerin geleceği için güvence olan üniversite gençliği ile genelde 18-24 yaş grubunda yer alan ve üniversitelerde öğrenim gören gençler ifade edilmektedir. Üniversite yılları, gençlerin yaşamında önemli değişimlerin yaşandığı yeni bir dönemdir. Bu dönem, hem sosyal, hem de biyolojik olarak bir geçiş dönemi kabul edilen ergenliğin son evresine rastlaması nedeniyle, üzerinde özenle durmayı ve araştırmayı gerektirmektedir. Üniversite eğitimi mesleki eğitimin yanı sıra kişilik gelişiminde, bireysel yaşamda ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir; çünkü öğrencinin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir. Toplumların sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür (Tambağ ve Turan, 2012). Üniversiteye yeni bir şehirde başlayan öğrenciler, kendilerini aniden farklı bir akademik ve sosyal çevre içinde bulmaktadırlar. Bu yeni yaşam, eğitim yaşantıları, insan ilişkileri ve sosyal yaşam açısından geçmiş yaşantılara göre farklılıklar göstermekte ve öğrenciler yabancı oldukları bu sosyal ortamda, bütün bireysel yaşam sorumluluklarını tek başlarına üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini benimseyebilir ya da hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan sağlıksız yaşam biçimi davranışları kazanabilirler (Tambağ ve Turan, 2012).

Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için, kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekir. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle

üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (Tambağ ve Turan, 2012).

3. Obezite

Latince'de obezite “obesiteus” kelimesinden türemiş olup şişman ve iyi beslenmiş anlamındadır. İngilizce de ‘obesity’ şişmanlık, tartıda fazla gelen miktar, fazla yüklenme anlamına gelmektedir (Arslan, 1996). Türkçe’de şişman sözcüğü “kabarıklık”, “ur” anlamına gelen “şiş” kökünden türetilmiştir.

Beslenme anne karnında başlayarak yaşamın sonlandığı ana kadar devam eden, yaşamın vazgeçilmez bir gereksinimidir. İnsanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarda alıp vücutta kullanabilmesidir. Günlük yaşamda bireylerin (gebe, emzikli, bebek, okul çocuğu, genç, yaşlı, işçi, sporcu, kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, solunum yolu hastalıkları vb.) yaşa, cinsiyete, yaptığı işe, genetik, fizyolojik özelliklerine ve hastalık durumuna göre değişen miktarlarda günlük enerjiye ihtiyaçları vardır. Obezite, alınan ve tüketilen kalori arasındaki dengesizlik sonucu oluşan bir durum olup, eski dönemlerde zenginlik, refah ve sağlık göstergesi olarak bilinir iken günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak bilinmektedir. Obezite, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucunda fenotipi belirgin, üzerine birçok çalışma yapılan bir klinik sendromdur, basit ifade ile vücuttaki trigliserid formunda depolanan yağ fazlalığı olarak da tanımlanabilmektedir. Bazen bir hastalık nedeniyle gelişir. Olguların çoğunda ise belirlenmiş bir hastalık saptanmamıştır.

Çocukluk ve gençlik döneminde prevalansı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bireylerin yetişkin hayatı boyunca yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. DSÖ tarafından vücutta insan sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek düzeyde aşırı veya anormal yağ depolanması olarak tanımlanan obezite, fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilen bir enerji metabolizması bozukluğudur. DSÖ obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul etmiş ve dünya çapında bir epidemi olarak nitelemiştir (Tounian, 2008; Shelia 2013).

Obezite, başlangıçta gelişmiş ülkelerin sorunu olarak kabul edilirken, gelir düzeylerinin artması, enerji alımının artmasına karşın enerji harcanmasının azalması, kırsaldan kente göç olgusu ile birlikte gelişmekte olan ülkelerde de kaçınılmaz olmuştur. Günümüzde obezite prevalansı, dünyada doğu-batı ya da zengin-yoksul

ayırımı gözetmeksizin giderek artmaktadır ve önlenabilir ölümlerin, sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedenidir. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olan ve erken ölümlerin önemli nedenlerinden birisi olan obezite, hemen hemen tüm yaş gruplarında değişen oranlarda artış göstermektedir. Küresel pandemiye dönüşen obezite bugün dünya nüfusunun % 7'sini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa Bölgesinde fazla kiloluluğun yetişkinlerin %30-80' ini etkisi altına aldığı, çocukların ve adölesanların yaklaşık %20'sinin fazla kilolu olduğu ve bunların üçte birinin obez olduğu belirtilmektedir (THSK, 2014). ABD'de, Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) tarafından çocuklarda ve adölesanlarda yürütülen NHANES çalışmasında 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanların % 16,3'ünün obez olduğu bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de; 0-5 yaşta obezite prevalansı % 8,5 (erkek %10,1, kız %6,8), 6-18 yaşta obezite prevalansı % 8,2 (erkek %9,1, kız %7,3) bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Üniversite öğrencilerinde ise Ankara, Adıyaman, Sivas gibi farklı illerde yürütülen çalışmalarda obezite prevalansının % 9-21 aralığında değiştiği saptanmıştır (Kazma, 2013; Murathan, 2013)

3.1 Obezitenin Oluşumu

Obezitenin en karakteristik özelliği vücutta yağ doku oranının artmasıdır (Berköz, 2008). Vücut yağ dokusunun erkeklerde %25'in, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması obezite oluşumunu göstermektedir (Özpınar, 2011).

Obezitenin oluşumunda, birçok değişik etiyolojik faktörden söz edilebilir (Bodur ve Uğuz, 2007; Ersoy ve Çakır, 2007).

Obezite etyolojisinde, tüketilenden daha fazla enerji alınması önemli yer tutar. Enerji alımı = bazal metabolizma hızı + fiziksel aktivite + vücutta ısı oluşumu (termogeneze) denklemini son derece karışık hale getiren, tüm bunların birbirleriyle etkileşimi ve her bir bileşenin genetik olarak değişiklik gösterebilmesidir. Obezite, tüm bunları etkileyen henüz bilinmeyen genetik ve bilinen çevresel etkenlerin değişik oranda rol

oynaması ile ortaya çıkmaktadır (Woo ve Chook, 2004). Organizmada kalori alımı, alınan kaloringin harcanması ve depo edilmesi belli bir denge içinde olmaktadır. Bu dengenin bozulması ile obezite oluşmaktadır. Obezitenin daha çok artmış alım ile ilgili olduğu, olguların büyük bir bölümünde altta yatan başka bir hastalığın olmadığı görülür. Bu tip obeziteye basit, idiopatik, ekzojen, ya da primer obezite denir. Obez kişilerin büyük kısmı bu gruptadır. Özellikle çocukluk yaş grubunda endokrin nedenlerin ve genetik sendromların tüm olguların %10'undan azını oluşturduğu görülmektedir (Woo ve Chook, 2004). Obezite prevalansında görülen artışın nedenleri, artan teknoloji ile beraber özellikle ulaşım, üretim ve tarım alanlarında kolaylaşan yaşam biçimine bağlı fiziksel aktivitede azalma ve modern yaşamdaki beslenme alışkanlıklarındaki değişimdir. Ayaküstü (fastfood), hızlı yenen sağlıksız besinlerle karbonhidrattan ve rafine şekerden zengin, bitkisel liflerden fakir, aşırı yağlı beslenme şekli obeziteye yol açan önemli faktörlerden birisidir. Günümüzde cep telefonu, televizyon, bilgisayar, ev sineması gibi ileri teknolojik araçların kullanımının yaygınlaşması obezitenin artmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur.

Obezite ile ilgili genetik faktörler, yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum tartısı, annede diyabet olması, beslenme şekli, fiziksel aktivite ve çevresel etmenler, İntrauterin etkiler gibi çeşitli risk faktörleri söz konusudur.

3.2 Obezitenin Sınıflandırılması

Özelliklerine göre obezite bir kaç farklı şekilde sınıflandırılır. (Lustig ve Weis, 2008; Levin, 2009). Etiyolojide rol alan faktörlere göre:

a) Basit Obezite (Ekzojen Obezite)

Bu bireylerde genellikle altta yatan tıbbi bir problem yoktur ve obezitenin çoğunluğunu bu grup oluşturur. Basit obezitesi olan bu bireylerin besin alım miktarları fazladır.

b) Sekonder Obezite (Metabolik ve Hormonal Bozukluklara Sekonder Obezite)

Bu hastalarda genellikle genetik, hormonal bir probleme bağlı obezite gelişimi söz konusudur. Sıklıkla altta yatan bir neden vardır.

1) Endokrin Nedenler

a-Hipotalamik bozukluklar

-Forslich sendromu

-Travma

- Tümör (kraniofaringioma)
- Enfeksiyon (ensefalit, tüberküloz)
- İnfiltrasyon (lösemi, histiyositoz)

b-Cushing hastalığı ve sendromu

c-Hipotiroidizm

d-Büyüme hormonu eksikliği

e-Psödohipoparatiroidizm

f-İnsülinoma, hiperinsülinizm

g-Polikistik over sendromu

e-Hipogonadal sendromlar (Turner sendromu, Klinefelter sendromu)

2) İlaçlar

a-Glukokortikoidler

b-Amitriptilin

c-Fenotiazin

d-Östrojen, progesteron

e-Lityum

3) Genetik Sendromlarla Birlikte Olan Obezite

a-Prader Willi sendromu

b-Bardet-Biedl sendromu

c-Cohen sendromu

d-Carpenter sendromu

e-Turner sendromu

f-Alström sendromu

g-Beckwith-Wideman sendromu

h-Down sendromu-Borjeson-Forssmann-Lehmann sendromu

3.3 Obezitenin Ölçüm Yöntemleri

Obezite, bireyin ağırlık, boy, cinsiyet ve ırksal özelliklere göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üstünde olmasıdır. Belirlenmesinde direkt ve indirekt olmak üzere çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. İndirekt ölçüm yöntemleri (Antropometrik Ölçüm Yöntemleri) direkt yöntemlere göre daha kolay ve ekonomik olduğu için, obezitenin belirlenmesinde daha çok tercih edilmektedir (Güler ve Günöner, 2009).

Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Obezitenin toplumda çok yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğu göz önüne alınırsa ucuz, kolay uygulanabilir ve doğruluk oranı yüksek bir yöntemin tanı ve takipte kullanılması ihtiyacı vardır. BKİ bu anlamda en çok kullanılan ve vücut yağ dokusu miktarı ile iyi korele olan bir parametredir . Vücut bileşimini en iyi yansıtan indeks olarak BKİ vücut yağı ile koreledir. Vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesi sonucu bulunan matematiksel oran BKİ olarak tanımlanmaktadır:

$$\text{BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ)} = \text{AĞIRLIK (kg)} / \text{BOY}^2(\text{m}^2)$$

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ
Zayıf(düşük ağırlıklı)	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99
Şişmanlık Öncesi(pre-obez)	25,00-29,99
Obez	≥30,00
Obez 1. Derece	30,00-34,99
Obez 2. Derece	35,00-39,99
Obez 3. Derece	≥40,00

(WHO, 2001)

BKİ'nin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilir. Aşırı kilo ve obezitenin sağlık riskleri BKİ ≥25 'ten itibaren progresif olarak artmaktadır (WHO, 2012).

3.4 Obezite Komplikasyonları

Obezite, morbidite ve mortalite için başlı başına bir risk faktörüdür. BKİ arttıkça mortalite riskinde artış oluşur.

Fazla Kiloluluk ve Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları:

- İnsülin direnci - Hiperinsülinemi

- Tip 2 Diyabet
- Hipertansiyon
- Koroner arter hastalığı
- Hiperlipidemi - Hipertrigliseridemi
- Metabolik sendrom
- Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, over ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri)
- Osteoartrit
- İnme
- Uyku apnesi
- Gastrointestinal sistem ve hepatobilyer sistem hastalıkları
- Astım
- Solunum güçlüğü
- Gebelik komplikasyonları
- Menstruasyon düzensizlikleri
- Hipertrikoz
- Ameliyat öncesi ve sonrası komplikasyon riskinin artması
- Ruhsal sorunlar: Anoreksiya nevroza, Bulimia nevroza , Binge eating (tıkanırcasına yeme), gece yeme sendromu veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma
- Toplumsal uyumsuzlukalar
- Özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları, kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları
- Kas-iskelet sistemi problemleri

3.5 Obezite Tedavi Yöntemleri

1. Diyet Tedavisi
2. Egzersiz tedavisi
3. Davranış değişikliği tedavisi
4. İlaç tedavisi
5. Cerrahi Tedavi

3.6 Obezitenin Ekonomik Etkileri

Yirmi yıldan uzun bir süredir obezite büyük bir global salgın haline gelmiştir. Bugüne kadar yapılan araştırmalar obezite salgınının neden olduğu direkt sağlık harcamaları, verimlilik harcamaları, ulaşım harcamaları ve insani sermaye maliyeti olmak üzere en az dört ciddi ekonomik durum belirlemiştir. Obezite, hipertansiyon, tip 2 diyabet, kolesterol yüksekliği, koroner kalp rahatsızlığı, felç, astım ve osteoartrit gibi hastalıkların riskini artırmaktadır. Bu hastalıkların tanı ve tedavisi için yapılan direkt sağlık harcamaları artan obezite Prevalansı ile artmaktadır. Thampson ve arkadaşları BKİ ile obeziteye bağlı beş hastalığın ilişkisini ortaya koyan dinamik bir model ortaya koymuştur. Bu hastalıklar hipertansiyon, hiperkolesterolemi, tip 2 diyabet, koroner kalp hastalıkları ve inmedir. Bu model obezitenin sağlık sorunlarına direkt ve indirekt etkisini ortaya koymuştur. Çeşitli çalışmalarda obeziteye bağlı hastalıkların tanı ve tedavisinin maliyeti tahmini olarak kohort çalışmaları, kesitsel çalışmalar, metodolojik çalışmalar, regresyon analizi, simülasyon çalışmalarıyla saptanmıştır. Thampson ve arkadaşlarının Oregon'da 15-64 yaş arası, BMI 20'nin üzerinde, sigara içmeyen, kalp hastalığı hikâyesi olmayan katılımcılarda yaptığı çalışmada katılımcılar sağlıklı, fazla kilolu ve obez olarak üç gruba ayrılmıştır. Her grup dokuz yıl boyunca izlenmiştir. Bütün yatan hastalar, ayaktan tedavi edilen hastalar ve reçeteler için elektronik kayıtlar, yerel fiyatlandırma ile gerçek maliyet hesaplanmıştır. Fazla kilolu ve obezlerde anlamlı olarak yüksek maliyetler saptanmıştır. Obez (BKI \geq 30) olan grupta ortalama yıllık sağlık masraflarının normal kilolu olan gruba göre %36 daha fazla, reçete harcamalarının %105 daha fazla ve temel sağlık hizmeti maliyetinin ise %39 daha fazla olduğu saptanmıştır. Fazla kilolularda (BKI:25-29) saptanan daha fazla reçete ve %13 daha fazla temel sağlık hizmeti maliyeti ise bir başka ekonomik obezite gider göstergesidir.(Hammond ve Levine, 2010)

Wolf ve Punk 'un Minnesota'da 40 yaş üstü 5689 kişide yaptığı sağlık bakım hizmetleri ile ilgili çalışmada 18 ay boyunca BMI değerlerine göre sağlık bakım hizmetleri maliyetini yaş, ırk, cinsiyet ve kronik hastalık durumuna göre incelenmiş, araştırma sonucu elde edilen veriler BKİ' de bir birim yükselmenin ortalama sağlık harcamalarında %19 artışa yol açtığını göstermiştir .(Hammond ve Levine,2010)

Obezite direkt medikal maliyetlerine ek olarak; işgücü piyasası üretkenlik maliyeti kaybı, obeziteye bağlı hastalıklar nedeniyle işine devam edemeyen çalışanların

(absenteizm) üretkenlik maliyeti, çalışanların işte üretkenliğinin azalması (presenteizm), erken ölümler, QALY, engellilik, ücret oranlarının artması ve sigorta kurumlarının zararı gibi indirekt maliyetlere de yol açmaktadır (Hammond ve Levine, 2010).

3.7 Obeziteden Korunma

Günümüzde, uzun ve sağlıklı bir yaşam için her bireyin sağlıklı beslenmeye, düzenli bir egzersiz programını sürdürmeye ve normal vücut ağırlığını korumaya özen göstermesi gerekmektedir. Egzersiz yapmayı teşvik edici uygulamaların erken yaşlarda başlatılması ve bu mesajların çeşitli kitle iletişim araçları ile sürekli verilmesi önemli ve gereklidir. Kilo almayı genç yetişkinlik döneminden itibaren önleyerek, fiziksel aktiviteyi artırarak, beslenme alışkanlıkları açısından kişileri bilinçlendirerek obezite ile ilişkili mortalite ve morbiditenin önemli bir bölümünü engellemek mümkün olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Obezitenin nedeninin birden fazla faktörden oluşması, obezite ile mücadelenin de multidisipliner yaklaşımla sürdürülmesi gereğini ortaya koymaktadır. Günümüzde obezite ile mücadelede, bireysel mücadelenin yanı sıra kurumsal mücadele de önem kazanmış ve kurumsal düzeyde çok sektörlü yaklaşımla gerekli önlemlerin alınması zorunlu hale gelmiştir (TEMD, 2014).

3.GEREÇ- YÖNTEM

3.1 Araştırma Grubu

Araştırma Evrenini 2014-2015 eğitim-öğretim yılında Samsun İli Ondokuz Mayıs Üniversitesi ile Canik Başarı Üniversitesi 1. Öğretiminde öğrenim gören toplam 21940 öğrenci oluşturmaktadır. Bu öğretim döneminde 1. öğretimde eğitim veren fakülte sayısı Ondokuz Mayıs Üniversitesinde 16, öğrenci sayısı 20603; Canik Başarı Üniversitesi'nde fakülte sayısı 4, öğrenci sayısı ise 1337'dir. Araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Canik Başarı Üniversitesi Rektörlükleri'nden kurumsal izin; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan da etik onay alınmıştır (13.02.2015-1448). Araştırmanın örneklem büyüklüğü PASS programı kullanılarak, çalışmanın gücü %90, d: % 10 hata ve literatürde saptanan en yüksek prevalans olan %21 beklenen prevalans olarak alındığında, 1750 olarak bulundu. Çalışma sırasında veri kaybı düşünülerek örnekleme 1780 öğrenci dahil edildi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi ve Canik Başarı Üniversitesindeki öğrenciler sayılarına göre ağırlıklandırılarak, tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle her fakülteden örnekleme dahil edilecek öğrenci sayısı belirlendi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde Hukuk Fakültesinden 60, Diş Hekimliği Fakültesinden 49, Eğitim Fakültesinden 436, Fen edebiyat Fakültesinden 252, Güzel Sanatlar fakültesinden 20, İktisadi İdari Bilimler Fakültesinden 90, İlahiyat Fakültesinden 101, İletişim Fakültesinden 17, Mimarlık Fakültesinden 11, Mühendislik Fakültesinden 271, Tıp Fakültesinden 134, Veterinerlik Fakültesinden 43, Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesinden 76, Ziraat Fakültesinden 112 öğrenci; Canik Başarı Üniversitesinde Eğitim Fakültesinden 32, Fen Edebiyat Fakültesinden 21, İktisadi İdari Bilimler Fakültesinden 19, Mimarlık-Mühendislik Fakültesinden 36 öğrenci alınmasına karar verildi. Öğrencilerin öğretim üyeleri ile görüşülüp, ders saatleri öğrenilerek , anket formu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ders sonrasında öğrencilere dağıtılarak uygulandı. Ondokuz Mayıs ve Canik Başarı Üniversitelerinde bazı fakültelerde öğrencilerin derslere devam zorunluluğu olmadığı için 1, 2, 3 ve 4. sınıflarda derslere devam eden öğrenci sayısının azlığı nedeni ile ulaşılabilen sınıflardaki öğrencilere anket formu uygulandı.

3.2. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma 01.03.2015-01.12.2015 tarihleri arasında ankete dayalı olarak yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik özellikler, boy uzunluğu, vücut ağırlığı değerleri, beslenme alışkanlıkları ve sağlıkla ilgili bazı özelliklere yönelik 26 soru, ikinci bölümünde ise 48 sorudan oluşan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği yer almaktadır.

3.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir.

Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Esin (1997) tarafından yapılmış olup, ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.79–0.94 arasında değişmektedir.

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt ölçeği vardır. Her bir alt ölçeğin puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

Tablo 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlaması

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Madde Sayısı	Toplam Puan(min-max)
Kendini gerçekleştirme	13	13-52
Sağlık Sorumluluğu	10	10-40
Egzersiz	5	5-20
Beslenme	6	4-24
Kişilerarası ilişkiler	7	7-28
Stres yönetimi	7	7-28
Toplam	48	48-192

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Seçenekler dördümlük likert tipi şeklindedir.

“Hiçbir zaman” yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “Sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli olarak” yanıtı için “4” puan verilir. Ölçekte toplamda en düşük 48 puan, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt ölçekleri farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmuştur.

Alt ölçeklerin madde sayıları ve puanları tablo 1’de gösterilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Alt Ölçeklerdeki Maddelerin Dağılımı:

Kendini Gerçekleştirme: 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48

Sağlık Sorumluluğu: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46

Egzersiz: 4, 13, 22, 30, 38

Beslenme: 1, 5, 14, 19, 26, 35,

Kişilerarası Destek: 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47

Stres Yönetimi: 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45

Alt Ölçekler:

Kendini gerçekleştirme: Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını, memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Egzersiz: Sağlıklı yaşamın vazgeçilmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme: Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Kişilerarası Destek: Bireyin yakın çevresi ile iletişimi ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi: Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.

3.2.2 Obezitenin Belirlenmesi

Öğrencilerde obezitenin belirlenmesi amacıyla Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmıştır. Anket formunda sorgulanarak elde edilen boy uzunluğu ve vücut

ağırlıkları kullanılarak vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesi ile BKİ değerleri hesaplanmıştır. BKİ değerlerine göre;

<18,5 Zayıf,

18,5-24,9 Normal kilolu

25-29,9 Fazla kilolu

30-39,9 Obez

≥40 Morbid Obez olarak alınmıştır.

3.3.İstatistiksel Analiz

Çalışmada istatistiksel analizler SPSS (version 15) kullanılarak yapıldı. Gruplar arası sayı ve yüzde ile elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Eğitimde Ki-kare Testi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Ölçümlerin normal dağılım göstermediği belirlendiğinden ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grupta, grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanıldı. Anlamlı fark bulunan gruplarda ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi kullanılarak Mann –Whitney U Testi ile değerlendirildi. Çok değişkenli analizde belirlenen olası faktörler kullanılarak sonucu öngörmedeki bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1 Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden 1672'si (%93,9) Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden (OMÜ) olup, bunların 823'ü erkek (%49,2), 849'u kadın (%50,8), yaş ortalaması 21,7±2,7; 108'i (%6,1) ise Canik Başarı Üniversitesi'nden (CBÜ) olup, 47'si erkek (%43,5), 61'i kadın (%56,5), yaş ortalaması 20,1±1,8 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		Canik Başarı Üniversitesi	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Erkek	823	49,2	47	43,5
Kadın	849	50,8	61	56,5
Medeni Durum				
Bekar	1642	98,2	95	88,0
Evli	30	1,8	13	12,0
Anne Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil	76	4,5	0	0,0
Okur yazar	81	4,9	2	1,8
İlkokul	624	37,4	27	25,0
Ortaokul	252	15,1	12	11,1
Lise	378	22,6	34	31,5
Üniversite	259	15,5	33	30,6
Baba Eğitim Düzeyi				
Okur yazar değil	10	0,5	0	0,0
Okur yazar	25	1,5	0	0,0
İlkokul	367	21,9	13	12,0
Ortaokul	258	15,5	3	2,8
Lise	482	28,9	35	32,4
Üniversite	530	31,7	57	52,8
Anne Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	1188	71,1	37	34,3
İşçi	80	4,8	2	1,9
Memur	161	9,7	45	41,6
Serbest meslek	79	4,7	13	12,0
Emekli	144	8,6	11	10,2
Diğer	18	1,1	0	0,0

Baba Çalışma Durumu	36	2,1	0	0,0
Çalışmıyor	248	15,0	3	2,8
İşçi	426	25,7	53	49,1
Memur	371	22,4	19	17,6
Serbest meslek	524	31,6	32	29,6
Emekli	53	3,2	1	0,9
Diğer				
Kaldığı yer	437	26,1	40	37,0
Ev (ailesiyle)	499	29,9	35	32,4
Ev (arkadaşlarıyla)	447	26,7	9	8,3
Devlet yurdu	269	16,1	24	22,3
Özel yurt	20	1,2	0	0,0
Diğer				

Medeni durumlarına göre bakıldığında; OMÜ’de öğrenim gören öğrencilerin 1642’si (%98,2) bekar, 30’u (%1,8) evli; CBÜ’ de öğrenim gören öğrencilerin ise 95’i (%88,0) bekar, 13’ü (%12,0) evlidir.

OMÜ öğrencilerinde anne eğitim düzeyi incelendiğinde 76’sının (%4,5) okuryazar olmadığı, 378’inin (%22,6) lise mezunu olduğu, CBÜ öğrencilerinde 2’sinin (%1,8) okur yazar olmadığı, 34’ünün (%31,5) lise mezunu; baba eğitim düzeyinde ise OMÜ’de 10’unun (%0,5) okuryazar olmadığı, 530’u (%31,7) üniversite mezunu olduğu, CBÜ öğrencilerinde ise 3’ünün (%2,8) ilkokul, 57’sinin (%52,8) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

OMÜ’de öğrenim gören öğrencilerin 1188’inin (%71,1) annelerinin çalışmadığı, 161’inin (%9,7) memur olduğu, CBÜ öğrencilerinde ise 2’sinin (%1,9) işçi, 45’nini (%41,6) memur olduğu saptanmıştır.

OMÜ öğrencilerinde baba meslek durumu incelendiğinde 36’sının (%2,1) çalışmadığı, 524’ünün (%31,6) emekli olduğu, CBÜ öğrencilerinde ise 3’ünün (%2,8) işçi, 32’sinin (%29,6) emekli olduğu bulunmuştur.

OMÜ öğrencilerinin 269’unun (%16,1) özel yurtda, 499’unun (%29,9) evde ailesiyle kaldığı, CBÜ öğrencilerinin 9’unun (%8,3) devlet yurtda, 40’ının (%37) evde ailesiyle kaldığı saptanmıştır.

4.2 Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri

Araştırmaya katılan öğrencilerin 830'unun (%46,6) ailesinde şişman birey bulunduğu, bu bireylerin 164 'ünün (%19,8) anne, 141'inin (%17,1) baba, 86 'sının (%10,4) kardeş olduğu bulunmuştur. Sağlıkla ilgili özellikler Tablo 3 'te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=1780)

Özellikler	Sayı	%*
Ailede Şişman Birey		
Var	830	46,6
Yok	950	53,4
Kronik Hastalık		
Var	102	5,7
Yok	1678	94,3
İlaç Kullanma		
Evet	96	5,4
Hayır	1684	94,6
Psikiyatrik Hastalık		
Var	60	3,4
Yok	1720	96,6

*Sütun yüzdeleri alınmıştır.

102'sinde (%5,7) kronik hastalık varlığı saptanan öğrencilerde bu hastalıkların dağılımı chron hastalığı %0,1, diyabet %0,2, kalp hastalığı %0,2, insülin direnci %0,1, alerjik rinit %0,2, alerjik astım %0,8, aritmi %0,1, tiroid fonksiyon bozukluğu %0,2, epilepsi %0,1, ürtiker %0,1, migren %0,1, ankilozan spondilit %0,2 şeklindedir. Öğrencilerin 60'ında (%3,4) psikiyatrik hastalık bulunduğu, bu hastalıkların panik atak %0,3, bipolar bozukluk %0,3, anksiyete bozukluğu %0,2, obsesif kompulsif bozukluk %0,2 olduğu saptanmıştır.

İlaç kullanma durumu sorgulandığında öğrencilerin 96'sı (%5,4) düzenli olarak ilaç kullandıklarını, bu ilaçların dideral (%0,1), ventolin inhaler (%0,2), sipraktin(%0,1), ve levotiron (%0,1) olduğunu ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin egzersiz yapma durumları sorgulandığında 518'inin (%29,1) egzersiz yaptığı, %24,9'unun haftada en az üç gün, 20 dakika egzersiz yaptığı saptanmıştır. Yapılan egzersizler türlerine göre değerlendirildiğinde ; öğrencilerin 422'sinin (%44,4) yürüyüş, 139'unun (%14,6) koşu, 32'sinin yüzme, 26'sının (%2,7) bisiklet kullanma, 190'nın (%20,0) diğer egzersizleri (fitness, basketbol, futbol, voleybol, tenis, dağcılık, hepsi) yaptıkları öğrenilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler günlük ana öğün tüketim sıklıklarına göre sorgulandığında; 15'i (%0,8) günde bir öğün, 466'sı (%26,2) günde iki öğün, 1052'si (%59,1) günde üç öğün, 16'sı ise (%0,9) günde altı öğün beslenmekte olup, öğünlerde tükettikleri besinler sorgulandığında 742'sinin (%41,9) tahıl ağırlıklı (ekmek, pilav, makarna, şehriye, un ve undan yapılmış yiyecekler), 601'inin (%33,9) et ağırlıklı, 511'inin (%28,8) sebze meyve ağırlıklı, 287'sinin (%16,2) fast food ağırlıklı, 163'ünün (%9,2) süt ve süt ürünleri ağırlıklı beslendiği saptanmıştır. Ara öğünlerde tükettikleri besin çeşitleri sorgulandığında ise öğrencilerin ara öğünlerde 884'ünün (%49,9) bisküvi, şeker, çikolata, patates kızartması 570'inin (%32,2) kuruyemiş, 480'inin (%27,1) yoğurt ve süt ürünleri tükettiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerinin 271'inin (%15,2) günde 1-3 kez, 684'ünün (%38,4) haftada 2-6 kez, 694'ünün (%39,0) haftada bir yada daha az sıklıkta fastfood (ayaküstü beslenme) tükettiği bulunmuştur.

4.3 Öğrencilerin BKİ değerleri ve Etkileyen Faktörler

Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerlerine göre araştırma kapsamına alınan öğrenciler değerlendirildiğinde 133'ünün (%7,5) zayıf, 1021'inin (%57,6) normal kiloda; 416'sının (%23,4) fazla kilolu, 198'inin (%11,2) obez, 6'sının ise (%0,3) morbid obez olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerleri cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=123,7$, $p < 0,001$). Erkek öğrencilerde obezite görülme sıklığı %16,3, kız öğrencilerde %6,3 olup, erkek öğrencilerde kız öğrencilerden yüksek saptanmıştır. Öğrencilerin beden kitle indeksi değerlerinin cinsiyete göre dağılımı tablo 4' de görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	BKİ değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	16	1,8	475	54,7	235	27,0	141	16,2	3	0,3	870	100
Kadın	117	12,9	546	60,5	181	20,00	57	6,3	3	0,3	904	100
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100

χ^2 :123,7; p<0,001

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerde BKİ değerleri medeni duruma göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=7,5$ p>0,05) (Öğrencilerin medeni duruma göre BKİ değerleri tablo 5' de görülmektedir).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Medeni Duruma Göre Dağılımı

Medeni durum	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	129	7,4	1002	57,9	406	23,5	188	10,9	6	0,3	1726	100,0
Evli	4	9,2	19	44,2	10	23,3	10	23,3	0	0,0	43	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

χ^2 :7,5; p>0,05

Araştırmaya alınan üniversite öğrencilerininin 226'sı (%12,7) sağlık bilimleri fakültelerinde (tıp, diş hekimliği, veterinerlik), 1554'ü (%87,3) diğer fakültelerde eğitim görmekte olup, BKİ değerlerine göre sağlık bilimlerinde ve diğer fakültelerde eğitim gören öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11,6$; p<0,05). (Tablo 6)

Tablo 6. BKİ Değerlerinin Sağlık Bilimleri ve Diğer Fakültelerde Eğitim Gören Öğrencilere Göre Dağılımı

Fakülte	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bilimleri	17	7,5	139	61,5	59	26,1	11	4,9	0	0,0	226	100,0
Diğer Fakülteler	116	7,5	882	57,0	357	23,1	187	12,1	6	0,3	1548	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:11,6; p<0,05$

Öğrenciler yaşadığı ortama göre karşılaştırıldığında evde ailesi, arkadaşları ile yaşayan öğrencilerle devlet yurdu, özel yurt ve diğer yerlerde yaşayan öğrenciler arasında BKİ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. ($X^2=5,5$ $p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Yaşadığı Ortama Göre Dağılımı

Öğrencinin yaşadığı ortam	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde aile, arkadaşı ile	68	6,7	569	56,4	255	25,3	114	11,3	3	0,3	1009	100,0
Devlet, Özel yurt, Diğer	65	8,6	452	59,1	161	21,0	84	11,0	3	0,3	765	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:5,5; p>0,05$

Egzersiz yapma alışkanlığı olan öğrencilerle, egzersiz yapma alışkanlığı olmayan öğrenciler karşılaştırıldığında BKİ değerleri açısından istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2=15,1; p<0,01$). Obezite görülme sıklığı egzersiz yapmayan öğrencilerde %12,8 olup, egzersiz yapan öğrencilerden yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Egzersiz Yapma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Egzersiz Yapma Durumu	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapan	32	6,2	321	61,8	125	24,1	38	7,3	3	0,6	519	100,0
Yapmayan	101	8,1	700	55,7	291	23,2	160	12,8	3	0,2	1255	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,5	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:15,1; p<0,01$

Tablo 9' de ailede şişman birey olan ve olmayanlar BKİ değerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2: 33,9; p<0,001$). Ailesinde şişman birey bulunanlarda obezite görülme sıklığı % 12,4 olup, bulunmayanlardan yüksek saptanmıştır.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Ailesinde Şişman Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Ailede Şişman Birey	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	46	5,6	436	52,9	237	28,8	102	12,4	3	0,3	824	100,0
Yok	87	9,2	585	61,6	179	18,8	96	10,1	3	0,3	950	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,5	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2: 33,9; p<0,001$

Kronik hastalığı olan ve olmayan öğrenciler BKİ değerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2=9,834; p<0,05$) Kronik hastalığı olanlarda obezite görülme sıklığı % 19,5 olup, kronik hastalığı olmayanlardan yüksek saptanmıştır(Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Öğrencilerinin BKİ Değerlerinin Kronik Hastalığı Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	7	6,9	48	47,1	27	26,5	20	19,5	0	0	102	100,0
Yok	126	7,5	973	58,2	389	23,3	178	10,6	6	0,4	1672	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,5	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2=9,8$; $p<0,05$

İlaç kullanan ve kullanmayan öğrenciler BKİ değerlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır ($X^2=2,6$; $p>0,05$).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

İlaç Kullanma	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	8	8,3	52	54,2	21	21,9	15	15,6	0	0,0	96	100,0
Yok	125	7,4	969	57,7	395	23,5	183	10,9	6	0,4	1678	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:2,559$ $p>0,05$

Tablo 12 'te araştırmaya alınan öğrencilerin BKİ değerlerinin psikiyatrik hastalığı bulunma durumuna göre dağılımı sunulmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan öğrenciler arasında BKİ değerleri açısından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($X^2=1,2$; $p>0,05$).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Psikiyatrik Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Psikiyatrik Hastalık	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	5	8,3	33	55,0	13	21,7	9	15,0	0	0,0	60	100,0
Yok	128	7,5	988	57,6	403	23,5	189	11,0	6	0,4	1614	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:1,242$ $p>0,05$

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerlerinin günlük ana öğün sayılarına göre dağılımı karşılaştırıldığında günde 3 öğünden az ve 3 öğünden fazla beslenen öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Günlük Ana Öğün Sayılarına Göre Dağılımı

Günlük Ana Öğün Sayısı	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
3'den az	25	5,2	280	58,0	115	23,8	61	12,6	2	0,4	483	100,0
3 ve üzeri	108	8,4	741	57,4	301	23,3	137	10,6	4	0,3	1291	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0

$X^2:6,2$; $p>0,05$

Haftada iki ve üzeri ve iki ve az sıklıkta fastfood tüketen öğrenciler BKİ değerleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. ($X^2=28,7$; $p<0,05$) O obezite görülme sıklığı haftada iki ve daha fazla sıklıkta fastfood tüketen öğrencilerde %11,5 olup, haftada 2'den az fastfood tüketen öğrencilerden yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo14. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerlerinin Haftalık Fastfood Tüketme Sıklıklarına Göre Dağılımı

Haftalık Fastfood Tüketme Prevalansı	BKİ Değerleri										TOPLAM	
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla kilolu		Obez		Morbid obez			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2 ve üzeri	55	6,7	441	53,9	223	27,3	94	11,5	5	0,6	918	100,0
2'den az	78	8,2	580	60,8	193	20,1	104	10,8	1	0,1	856	100,0
TOPLAM	133	7,5	1021	57,6	416	23,4	198	11,2	6	0,3	1774	100,0
$X^2:28,734$		p<0,001										

BKİ değerleri öğrencilerin ara öğünlerde atıştırdığı besinlerin çeşitlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($X^2 =10,4$; $p<0,05$). Ara öğünlerde yağlı ve şekerli besinler tüketen öğrencilerde obezite görülme sıklığı sağlıklı besinler tüketen öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur

Fastfood ve tahıl ağırlıklı (ekmek, pilav, makarna, şehriye, un ve undan yapılan yiyecekler) yiyeceklerle beslenen öğrencilerle, öğünlerinde sebze, meyve, et, süt ve süt ürünleri ağırlıklı beslenen öğrenciler arasında BKİ değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=13,6$; $p<0,001$). Fastfood ve tahıl ağırlıklı beslenen öğrencilerde obezite görülme sıklığı yüksek bulunmuştur.

Tablo15: Öğrencilerde Obezite Görülme Sıklığını Etkileyen Risk faktörleri

Risk Faktörü	RR(%95 GA)	P değeri
Cinsiyet (kadın ve erkek)	2,36 (1,20-4,66)	0,01
Medeni Durum	0,59 (0,11-2,83)	0,47
Anne Eğitim Düzeyi	0,86 (0,39-1,92)	0,72
Baba Eğitim Düzeyi	0,72 (0,18-2,96)	0,65
Egzersiz yapma durumu	0,66 (0,28-1,60)	0,36
Ailede şişman birey bulunma	0,87 (0,44-1,65)	0,64
Kronik hastalık varlığı	4,67 (0,39-55,9)	0,22
Psikiyatrik hastalık varlığı	2,00 (0,22-17,84)	0,53
İlaç kullanma durumu	0,36 (0,08-1,68)	0,19
Fastfood tüketim sıklığı	0,76 (0,21-2,75)	0,68

Obezite görülme sıklığını etkileyen risk faktörleri değerlendirildiğinde erkek öğrencilerde obezite görülme sıklığı 2,36 kat daha fazla bulunmuştur.

4.4 Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçeklerine ait veriler tablo 16’de sunulmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları incelendiğinde “kendini gerçekleştirme” alt ölçek puan ortalamasının 36,3±6,2, ‘sağlık sorumluluğu’ alt ölçek puan ortalamasının 19,4±4,9, ‘egzersiz’ alt ölçek puan ortalamasının 10,2±3,4, ‘beslenme’ alt ölçek puan ortalamasının 15,5±3,3, ‘kişilerarası destek’ alt ölçek puan ortalamasının 20,1±3,6, ‘stres yönetimi’ alt ölçek puan ortalamasının 17,9±3,7, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamasının 121,3±17,7 olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin cinsiyet değişkenine sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri puanları değerlendirildiğinde erkeklerde ve kızlarda ölçek toplam puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek alt ölçek puanları kız öğrencilerde erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup ($p<0,001$), egzersiz alt

ölçek puanı erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Stres yönetimi alt ölçek puanları açısından erkek ve kız öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)Puanları

SYBDÖ	Erkek		Kadın		TOPLAM	
	n	Puan	n	Puan	n	Puan
Alt Ölçekleri						
Kendini Gerçekleştirme	862	36,3±6,4	902	36,3±5,9	1764	36,3±6,2
Sağlık Sorumluluğu**	870	19,0±5,0	906	19,7±4,5	1776	19,4±4,7
Egzersiz**	864	10,8±3,4	908	9,6±3,2	1772	10,2±3,3
Beslenme*	868	15,2±3,3	906	15,8±3,1	1774	15,5±3,2
Kişilerarası Destek*	870	20,0±3,7	902	20,4±3,4	1772	20,1±3,6
Stres Yönetimi	866	17,9±3,5	906	17,9±3,8	1772	17,9±3,7
Ölçek Toplam Puanı	852	120,9±18,2	898	121,5±17,2	1750	121,3±17,7

* $p<0,01$ ** $p<0,001$

Bekâr ve evli öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Evli öğrencilerde ölçek toplam puanı ($p=0,022$), kendini gerçekleştirme ($p=0,004$) ve beslenme ($p=0,002$) alt ölçek puanları bekâr öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)Toplam ve Alt Ölçek Puanları

SYBDÖ			
Alt Ölçekleri	Evli (n=43)	Bekar (n:1707)	p
Kendini Gerçekleştirme	38,6±4,6	36,3±6,2	0,004
Sağlık Sorumluluğu	20,4±3,0	19,4±4,8	0,111
Egzersiz	10,0±3,4	10,3±3,4	0,813
Beslenme	17,3±4,0	15,5±3,2	0,002
Kişilerarası Destek	20,5±3,3	20,2±3,6	0,361
Stres Yönetimi	17,3±3,7	17,9±3,7	0,351
Ölçek Toplam Puanı	126,0±15,4	121,2±17,8	0,022

Tablo 18 'de araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı anne eğitim durumu açısından irdelendiğinde, okuryazar olmayan, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde ve ortaokul ve üstü eğitim düzeyinde ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,078). Alt ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde ise sağlık sorumluluğu puanı (p=0,007), egzersiz puanı (p=0,000), kişilerarası destek puanı (p=0,043) anne eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda, ilkokul ve altı eğitim düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları

SYBDÖ Alt ölçekleri	Anne Eğitim Durumu	n	Puan	X^{2*}	P
Kendini Gerçekleştirme	Okur yazar değil	76	36,4±4,8	0,534	0,762
	İlkokul, okur yazar	728	36,4±5,7		
	Ortaokul ve üzeri	958	36,3±6,6		
Sağlık Sorumluluğu	Okur yazar değil	76	20,2±3,9	9,786	0,007
	İlkokul, okur yazar	732	20,7±5,0		
	Ortaokul ve üzeri	964	21,3±5,3		
Egzersiz	Okur yazar değil	74	12,6±3,1	30,510	0,000
	İlkokul, okur yazar	730	12,4±3,5		
	Ortaokul ve üzeri	966	13,5±3,8		

Beslenme	Okur yazar değil	76	15,9±2,2	1,027	0,598
	İlkokul, okur yazar	732	15,6±3,2		
	Ortaokul ve üzeri	964	15,5±3,3		
Kişilerarası Destek	Okur yazar değil	76	20,5±3,8	6,304	0,043
	İlkokul, okur yazar	732	20,0±3,5		
	Ortaokul ve üzeri	962	20,4±3,6		
Stres Yönetimi	Okur yazar değil	76	18,4±3,2	3,465	0,177
	İlkokul, okur yazar	730	18,0±3,5		
	Ortaokul ve üzeri	964	17,8±3,9		
Ölçek Toplam Puanı	Okur yazar değil	74	121,7±13,5	5,100	0,078
	İlkokul, okur yazar	724	120,3±16,5		
	Ortaokul ve üzeri	950	122,0±18,8		

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam ve alt ölçek puanları baba eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde sağlık sorumluluğu puanı ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde, okuryazar olmayan, ilkokul ve altı eğitim düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,000). Egzersiz alt ölçek puanı okuryazar olmayanlarda, ilkokul ve altı, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları

SYBDÖ Alt ölçekleri	Baba eğitim durumu	n	Puan	X²	P
Kendini Gerçekleştirme	Okur yazar değil	10	39,7±3,8	0,367	0,832
	İlkokul, okur yazar	405	36,3±5,8		
	Ortaokul ve üzeri	1343	36,3±6,3		
Sağlık Sorumluluğu	Okur yazar değil	10	17,5±4,7	17,867	0,000
	İlkokul, okur yazar	405	20,5±4,9		
	Ortaokul ve üzeri	1343	21,2±5,2		
Egzersiz	Okur yazar değil	10	13,5±4,9	19,714	0,000
	İlkokul, okur yazar	405	12,3±3,6		
	Ortaokul ve üzeri	1343	13,2±3,7		
Beslenme	Okur yazar değil	10	15,2±2,4	2,356	0,308
	İlkokul, okur yazar	405	15,6±3,1		

	Ortaokul ve üzeri	1343	15,5±3,3		
	Okur yazar değil	10	22,2±3,5		
Kişilerarası Destek	İlkokul, okur yazar	405	20,1±3,6	0,144	0,930
	Ortaokul ve üzeri	1343	20,2±3,6		
	Okur yazar değil	10	18,5±3,4		
Stres Yönetimi	İlkokul,okur yazar	405	17,9±3,5	0,045	0,978
	Ortaokul ve üzeri	1343	17,9±3,8		
	Okur yazar değil	10	124,2±14,9		
Ölçek Toplam Puanı	İlkokul, okur yazar	405	120,0±16,8	3,725	0,155
	Ortaokul ve üzeri	1343	121,6±18,0		

Tablo 20’ de öğrencilerin egzersiz yapma alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları görülmektedir. Buna göre egzersiz yapan öğrencilerde ölçek toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup ($p=0,001$), alt ölçek puanlarında ise sağlık sorumluluğu ($p=0,000$), egzersiz ($p=0,000$), beslenme ($p=0,000$), kendini gerçekleştirme ($p=0,017$) ve stres yönetimi ($p=0,000$) alt ölçek puanları egzersiz yapan öğrencilerde yapmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Egzersiz Yapma Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Egzersiz				P
	n	Puan	n	Puan	
Kendini Gerçekleştirme	510	36,8±6,2	1258	36,1±6,2	0,017
Sağlık Sorumluluğu	514	22,0±5,0	1258	20,5±5,1	0,000
Egzersiz	514	16,2±3,2	1256	11,6±2,9	0,000
Beslenme	516	16,4±3,2	1258	15,1±3,1	0,000
Kişilerarası Destek	514	20,3±3,6	1256	20,1±3,5	0,382
Stres Yönetimi	514	18,5±3,5	1256	17,6±3,7	0,000
Ölçek Toplam Puanı	508	127,4±17,5	1242	118,7±17,1	0,000

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin kronik hastalığı olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları tablo 24'de görülmektedir. Buna göre alt ölçeklerden egzersiz ($p=0,013$) ve beslenme ($p=0,002$) alt ölçekleri puanları kronik hastalığı bulunmayanlarda, kronik hastalığı bulunanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kronik Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Kronik Hastalık Durumu		p
	Var (n=102)	Yok(n=1672)	
Kendini Gerçekleştirme	36,0±5,6	36,3±6,2	0,359
Sağlık Sorumluluğu	20,5±5,7	21,0±5,1	0,150
Egzersiz	12,1±3,6	13,0±3,6	0,013
Beslenme	14,5±3,0	15,5±3,2	0,002
Kişilerarası Destek	20,4±3,1	20,2±3,6	0,944
Stres Yönetimi	17,5±3,2	17,9±3,7	0,118
Ölçek Toplam Puanı	118,6±15,2	121,4±17,8	0,145

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları öğrencilerin psikiyatrik hastalığının bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde ölçek toplam puanı açısından psikiyatrik hastalığı bulunan ve bulunmayan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Alt ölçeklerden kendini gerçekleştirme alt ölçeği puanı psikiyatrik hastalığı bulunan öğrencilerde bulunmayan öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş olup ($p=0,001$), beslenme ($p=0,000$), kişilerarası destek ($p=0,027$) ve stres yönetimi ($p=0,042$) alt ölçeklerinin puanları psikiyatrik hastalığı

bulunmayan öğrencilerde, bulunan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Psikiyatrik Hastalığı Bulunma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Psikiyatrik Hastalık		p
	Var(n=60)	Yok(n=1714)	
Kendini Gerçekleştirme	33,6±6,6	36,4±6,1	0,001
Sağlık Sorumluluğu	22,7±6,1	20,9±5,1	0,051
Egzersiz	12,3±2,9	13,0±3,7	0,388
Beslenme	14,0±3,6	15,5±3,2	0,000
Kişilerarası Destek	19,2±3,9	20,2±3,5	0,027
Stres Yönetimi	17,0±3,1	17,9±3,7	0,042
Ölçek Toplam Puanı	116,5±17,6	121,4±17,7	0,079

Tablo 23’de araştırma grubunun beden kitle indeksi değerleri zayıf, normal kilolu ve fazla kilolu, obez, morbid obez olarak gruplandırılarak bu gruplar açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları görülmektedir. Buna göre sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı ise zayıf, normal kilolu olan grupta fazla kilolu obez, morbid obez olan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,046).

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Beden Kitle İndeksi Değerlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Beden Kitle İndeksi	n	Puan	p
	Zayıf, normal kilolu	1144	36,4±6,2	
Kendini Gerçekleştirme	Fazla kilolu, obez, morbid obez	614	36,1±6,1	0,255
	Zayıf, normal kilolu	1150	21,1±5,0	
Sağlık Sorumluluğu	Fazla kilolu, obez, morbid obez	618	20,7±5,3	0,046
	Zayıf, normal kilolu	1147	12,9±3,6	
Egzersiz	Fazla kilolu, obez, morbid obez	619	13,0±3,6	0,714
	Zayıf, normal kilolu	1149	15,5±3,1	
Beslenme	Fazla kilolu, obez, morbid obez	619	15,5±3,3	0,918
	Zayıf, normal kilolu	1146	20,2±3,6	
Kişilerarası destek	Fazla kilolu, obez, morbid obez	620	20,1±3,8	0,509
	Zayıf, normal kilolu	1146	17,9±3,8	
Stres yönetimi	Fazla kilolu, obez, morbid obez	620	17,8±3,4	0,526
	Zayıf, normal kilolu	1148	121,5±17,9	
Ölçek Toplam Puanı	Fazla kilolu, obez, morbid obez	618	120,6±17,3	0,340

5. TARTIŞMA

Beden kitle indeks değerlerine göre araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin %23,4'ünün fazla kilolu, %11,2'sinin obez olduğu saptanmıştır. Adıyaman'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada fazla kilolu olma %25,6, obezite prevalansı %9,8 (Murathan F, 2013), İstanbul'da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda ise obezite prevalansı %31,3 (Kazma E, 2013) bulunmuştur. Kuzey Sırbistan'da yapılan bir araştırma sonucuna göre, yaş ortalaması 22,9 olan öğrenciler arasında fazla kilolu olma prevalansı %21, obezite prevalansı ise %1,1 dir (Crnobrnja ve ark, 2012). Kuveytte yapılan bir çalışmada genç kızlarda fazla kilolu olma prevalansı %18,3, obezite prevalansı ise %25,8 olarak bildirilmiştir (al-Awadhi, 2013). Dünya'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinde obezite görülme sıklığı farklı değerlerde bulunmuştur. Bu durum obezitenin kişilerin fizyolojik, genetik, psikolojik ve davranışsal yapılarının ve toplumların sosyal ve kültürel durumlarının etkileşimi sonucu oluşmasına bağlanabilir. Çalışmamızda üniversite öğrencilerinde obezite görülme sıklığının yüksek olması genetik faktörlerle birlikte, öğrencilerin dengesiz, sağlıksız ve yüksek kalorili gıdalarla beslendiğini, fiziksel aktivite düzeylerinin yeterli olmadığını olduğunu ortaya koymuştur.

5.1 BKİ Değerlerinin Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, araştırma grubundaki öğrencilerde obezite görülme sıklığı erkek öğrencilerde, kız öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Bu sonuç üniversite öğrencileri ile yapılan çeşitli çalışmalarla uyumludur (Yıldız Ü, 2014; Murathan F, 2013; Avşar P ve ark, 2012; Yahia N.ve ark, 2008; Peltzer ve ark, 2013). Günümüzde güzellik anlayışının kişilerin beden yapısıyla ve kilosuyla ilişkilendirilmesi, zayıf olmanın güzel olmaya eşdeğer kabul edilmesi ve çalışmamızda öğrencilerin boy ve kilo değerlerinin beyana dayalı olarak elde edilmesi, kız öğrencilerde obezite oranlarının erkek öğrencilere göre daha düşük bulunmasını açıklayıcı niteliktedir.

Tıp, diş hekimliği ve veterinerlik gibi sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler ile diğer fakültelerde eğitim gören öğrenciler BKİ açısından değerlendirildiğinde anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Avşar P. ve ark. (2013) 'nın Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde hemşirelik bölümü ve tıp fakültesi 1. ve 2. Sınıf öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada da obezite görülme sıklığını %2,4 bulunmuştur. Obezite

görülme sıklığının sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerde diğer fakültelerde eğitim gören öğrencilere göre daha düşük bulunması, sağlık bilimlerindeki öğrencilerin aldıkları eğitim ile sağlık konusunda oluşan farkındalık düzeyleri sayesinde beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivite düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha iyi olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

5.2 BKİ Değerlerinin Sağlıkla İlgili Durumlar Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamızda BKİ değerleri karşılaştırıldığında egzersiz yapmayan öğrencilerde, egzersiz yapan öğrenciler arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Obezite görülme sıklığı egzersiz yapmayan öğrencilerde yüksek bulunmuştur. Obezite alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan metabolik bir hastalıktır ve düzenli fiziksel aktivitenin obezitenin önlenmesinde önemli rolü olduğu birçok çalışmada ortaya koyulmuştur (Thibault ve ark, 2010; Church, 2011; Johnston ve ark., 2012). Çalışmamızda egzersiz yapmayan öğrencilerde obezite görülme sıklığının yüksek bulunması literatürde yer alan bu bilgilerle uyumludur.

Araştırma grubunda kronik hastalığı olan öğrencilerle, olmayan öğrenciler BKİ değerleri açısından karşılaştırıldığında obezite görülme sıklığı kronik hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur. Literatürde obezite oluşumuna yol açan Cushing hastalığı ve sendromu, hipotiroidizm ,hiperinsülinizm, hipotalamik bozukluklar, travma, tümörler ,ensefalit gibi çok sayıda hastalık bildirilmektedir (Lustig ve Weis, 2008; Levin, 2009). Çalışma grubumuzda kronik hastalığı olan öğrencilerde obezite görülme sıklığının yüksek saptanması, hem hastalığın neden olduğu metabolik bozukluk sonucu ortaya çıkmış, hem de kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı olarak gerçekleşmiş olabilir.

Öğrencilerin ailelerinde şişman birey bulunma durumlarına göre BKİ değerleri incelendiğinde obezite görülme sıklığı ailesinde şişman birey bulunan öğrencilerde olmayan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Ankara'da beslenme ve diyet polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada ailesinde obez birey bulunanlarda obezite prevalansı yüksek bulunmuştur (Çayır A, 2009). İstanbul'da adölesanlarda yapılan bir çalışmada annenin BKİ değerleriyle adölesanların BKİ değerleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur Genetik faktörlerin obezite prevalansını önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda evlatlık verilen ve kendi ailesiyle yetişen ikizlerin, ayrı çevrede

yetişmesine rağmen şişman olduğu belirlenmiştir. Çocuklardaki yağ oranının ailelerinin yağ oranı ile benzer olduğu ve obez bir kişinin çocuklarının obez olma olasılığının, obez olmayanlardan 2-3 kat fazla olduğu saptanmıştır (Jain, 2013). Çalışmamızda ailesinde şişman birey bulunan öğrencilerde obez ve fazla kilolu olma oranlarının yüksek bulunması literatürde yer alan obezitenin genetik olarak aktarıldığı bilgisini desteklemektedir.

5.3 BKİ Değerlerinin Beslenme Alışkanlıkları Açısından Değerlendirilmesi

Araştırma bulgularından obezite oluşumunda söz konusu olabilecek bir diğer konu da öğrencilerin öğünlerinde tükettikleri besinlerin çeşitleridir. Günde üç ana öğün ve üç ara öğün beslenme düzeni sağlık ve vücut ağırlığının korunması açısından önerilmektedir. Ancak öğünlerde alınan gıdaların fastfood ve tahıl ağırlıklı (ekmek, pilav, makarna, şehriye, un ve undan yapılmış yiyecekler) ve ara öğünlerde alınan gıdaların şekerli ve yağlı gıdalar gibi yüksek kalorili yiyeceklerden oluşması günlük alınan kalori miktarının artmasına neden olmakta, fazla kilo ve obeziteye yol açmaktadır. Bunun yanında günümüzde özellikle çocuklar ve gençler başta olmak üzere her yaş grubunda gittikçe yaygınlaşan fastfood tüketimi obezite oluşumuna yol açan faktörlerden birisidir. Sağlıklı bir diyetle olması gereken enerjinin %55'inin karbonhidratlardan, %30'unun yağlardan ve %15'inin proteinden gelmesidir (TEMĐ, 2011). Fastfood beslenme ile bir öğündeki toplam enerjinin %45'inin karbonhidratlardan, %40'ının yağlardan ve %15'inin proteinden aldığı düşünülürse öğrenciler bu durumda kalori ve yağ içeriği yüksek gıdalarla beslenmektedir. Böylelikle sürekli fastfood tüketimi ile vücuda alınması gerekenden fazla yağ alınmış olacak ve bu durum obezitenin oluşumunu tetikleyecektir. Çalışmamızda haftada iki kez ve daha fazla sıklıkta fastfood tüketen öğrencilerde fazla kilolu olma, ara öğünlerinde şekerli ve yağlı besinler alan öğrencilerde obezite görülme sıklığı yüksek bulunmuştur. Lübnan'da 13-19 yaş arasındaki adölesanların beslenme alışkanlıklarının araştırıldığı çalışmada fastfood ağırlıklı ve şekerli gıdalarla beslenen adölesanlarda fazla kilolu olma ve obezite prevalansı yüksek bulunmuştur (Farah N ve ark, 2009). Güney Asya'daki ülkelerde fazla kilolu ve obez adölesanlarda risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada obezite prevalansının fast food tüketenlerde yüksek olduğu bulunmuştur (Mistry SK ve ark, 2013). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar literatürde yer alan bu bulgularla uyumludur.

5.4Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı $121,3 \pm 17,7$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin puanı ise kendini gerçekleştirme puanı $36,3 \pm 6,2$; sağlık sorumluluğu puanı $19,4 \pm 4,8$; egzersiz puanı $10,2 \pm 3,4$; beslenme puanı $15,5 \pm 3,3$; kişilerarası destek puanı $20,2 \pm 3,6$; stres yönetimi puanı ise $17,9 \pm 3,7$ saptanmıştır. Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılan diğer çalışmalarda ölçeğin toplam puanı $116,1- 135,1$ arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı; Ayaz ve ark.’nın (2005) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada $122,0 \pm 17,2$; Ünal ve ark.’nın (2007), yaptıkları çalışmada $127,8 \pm 17,5$; Beydağ D.K ve ark.’nın (2012) üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada ölçek toplam puanını $130,4 \pm 17,2$ bulmuştur. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuç bu bulgularla uyumludur. Bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren tutum ve davranışları değerlendirmeye yönelik olup ölçekten alınabilecek en yüksek puan 192 ‘dir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda ölçek toplam puanlarının düşük olması öğrencilerin sağlıklı yaşamla ilgili sorumluluklarını ve davranışlarını gerçekleştirmede yeterli düzeyde olmadığı sonucuna ulaştırmaktadır. Bu sonuç öğrencilerin üniversite ortamında aile ortamından uzaklaşıp farklı bir sosyal ve akademik bir çevreye girdiklerinde, birçok konuyla tek başına uğraşmak zorunda kalmalarına ve aile ortamından uzaklaşmaya bağlı olarak görece düzensiz bir yaşam tarzı benimsemelerine bağlanabilir.

Alt ölçek puanları değerlendirildiğinde ise kendini gerçekleştirme alt ölçeği puanı $36,3 \pm 6,2$ bulunmuştur. Beydağ D ve ark.(2012) çalışmalarında kendini gerçekleştirme alt ölçek puanını $23,7 \pm 3,5$; Şimşek H ve ark.(2012) ise tıp fakültesi öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada bu puanı $23,4 \pm 3,3$ bulmuşlardır. Kendini gerçekleştirme, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmektir. Çalışmamızda kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek bulunması öğrencilerin iç kaynaklarının gelişiminin diğer öğrencilere göre daha iyi seviyede olduğunu, gelişme ve iç huzurunu sağlamakta nispeten yeterli olduğunu düşündürmektedir. İç huzurun sağlanması ve bireylerin gelişerek yaşamla ve evrenle sağlıklı bir ilişki içerisinde olduğunu düşünmesi mutluluğu ve yaşamda dengeyi

sağlayan unsurlardır, bu sonuç öğrencilerin ruh sağlığının korunması açısından önemlidir.

Alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu puanı öğrencilerde $19,4 \pm 4,8$ bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda bu alt ölçeğin puanı $22,2 \pm 3,1$ (Şimşek H ve ark, 2012), $19,8 \pm 4,2$ (Beydağ D. ve ark, 2012)'dir ve bu sonuçlar çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla benzerdir. Sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde on soru vardır ve alınabilecek en yüksek puan 40'tır. Elde ettiğimiz sonuçlarda ortalama puanın düşük olması öğrencilerin kendi sağlıklarıyla ilgili bireysel sorumluluklarını yerine getirmede özensiz davrandığını ve sağlıkla ilgili bir problem yaşadıklarında profesyonel yardım aramadığını düşündürmekte, bu durum bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmesine engel olmakta ve gelecek yaşantıları açısından risk oluşturmaktadır.

Öğrencilerin egzersiz alışkanlığı puan ortalaması $10,2 \pm 3,4$ bulunmuştur. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Genç F. ve ark, (2013) sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada egzersiz alışkanlığı alt ölçek puan ortalaması $9,5 \pm 2,9$, Murathan F, (2013)'nin Adıyaman Üniversitesi öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada egzersiz alışkanlığı alt ölçek puan ortalamasını $8,9 \pm 3,3$ bulmuştur. Hacıhasanoğlu R ve ark., (2008) Erzincan 'da yapmış olduğu çalışmasında egzersiz alışkanlığı puanı $9,2 \pm 3,0$ dur. Wang D ve ark., (2013)'in Çin'de 4809 üniversite öğrencisinde yapmış oldukları çalışmada egzersiz alışkanlığı alt ölçek puanı $11,8 \pm 3,0$ olarak saptanmıştır. Televizyon izleme, internet kullanma, bilgisayar oyunları gibi hareketsiz yapılan boş zaman aktivitelerinin adölesanlarda ve gençler arasında yaygınlığı hızla artmaktadır ve bu durum gençlerde enerji kaybının azalmasına ve obeziteye yol açmaktadır (Yıldız Ü, 2014). Elde ettiğimiz sonuçlar öğrencilerin sağlıklı bir yaşamın vazgeçilmez unsuru olan egzersiz alışkanlıklarının düzenli ve yeterli olmadığını, egzersiz yapmayı ve aktif bir yaşam tarzını günlük yaşamın bir parçası olarak benimsemediklerini göstermektedir.

Araştırma verilerimize göre öğrencilerin beslenme alışkanlıkları alt ölçeği puanı $15,5 \pm 3,2$ 'dir. Murathan F, (2013) çalışmasında beslenme alışkanlıkları alt ölçeği puanını $14,3 \pm 3,1$; Genç F ve ark, (2013) $15,2 \pm 3,3$; Hacıhasanoğlu ve ark, (2008) $15,1 \pm 3,5$; Wang D ve ark, (2013) $13,9 \pm 3,2$ bulmuşlardır. Öğrencilerin beslenme öğünlerini seçme ve düzenleme ve değerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan bu alt ölçekten aldıkları puanlar orta düzeydedir. Çoğunluğunun aile ortamından

uzaklaşarak görece daha düzensiz bir ortamda yaşayan üniversite öğrencilerinde öğün atlama, öğünlerinde yüksek kalorili, yağlı ve şekerli besinlerle beslenme sık görülmektedir. Bu durum öğrencilerde fazla kilo oluşumuna ve obeziteye yol açmakta, obezitenin yol açtığı sağlık sorunları açısından risk oluşturmaktadır. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş dönemi olan ve bu dönemde kazanılan alışkanlıkların gelecekte öğrencilerin tüm yaşamını etkileyeceği düşünülürse, beslenme konusunda alınan puanların orta düzeyde olması öğrencilerin bu açıdan ele alınması ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi amacıyla yönlendirilmeleri ve yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim almaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden elde edilen kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puan ortalaması $20,2 \pm 3,6$ olarak bulunmuştur. Bu alt ölçeğin puan ortalamasını çalışmalarında Hacıhasanoğlu R ve ark, (2008), $20,1 \pm 4,0$; Murahan F, (2013) $20,7 \pm 3,8$; Wang D. Ve ark, (2013) $22,8 \pm 4,0$ olarak saptamışlardır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, yapılmış diğer çalışmalarla uyumludur. Kişilerarası ilişkiler bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Üniversite döneminde ana babadan ayrılmak, otonom, bağımsız ve ayrı bir kimlik edinmek, diğer insanlarla olgun ve yakın ilişkiler kurabilmek, gerçekleştirilmesi gereken bazı durumlardır. İlişkilerin odağı, gençlik döneminde aileden ve ana babadan arkadaş ve akran gruplarına doğru kayar. Karşılıklı ve destekleyici akran ilişkileri kurulur. Bu dönemde akran ve arkadaş grubunun değerleri ve kuralları öncelik kazanır bunun yanında onlardan gelen baskılar ve yönlendirmeler öne geçer. Kişilerarası destek alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 28 'dir. Çalışmada elde edilen sonucun iyi düzeyde olması çalışma grubundaki öğrencilerin ilişkilerinin iyi olduğunu yansıtmakta, arkadaş grubu ve diğer bireylerle olan ilişkilerden gelen yönlendirmeler, olumlu ve toplumsallaşmayı arttırıcı yönde olabileceği için gençlerin gelecek yaşantıları açısından olumlu bir sonuç ortaya koymaktadır.

Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeğinden elde edilen puan ortalaması $17,9 \pm 3,7$ 'dir. Yapılan bazı çalışmalarda, bu puan $17,1 \pm 3,6$ (Genç F ve ark, 2013); ve $17,9 \pm 3,7$ (Hacıhasanoğlu R ve ark, 2008) olarak bulunmuştur. Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. Stres yönetimi alt ölçeğinden elde edilebilecek en yüksek puan 28'dir ve bu çalışmada orta düzeyde bir sonuç elde edilmesi psikolojik açıdan zor bir dönem olan ve gençlerin bireysel

sorumlulukların arttığı üniversite döneminde gençlere stresle baş edebilme ve iç kaynaklarını geliştirebilmeleri yönünde destek olunması gerektiğini göstermektedir.

5.5 Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ve Sağlıkla İlgili Bazı Durumlar Açısından Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından erkek ve kız öğrenciler arasında fark bulunmamıştır. Bu bulgular yapılan bazı çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. (Murathan F, 2013, Şimşek H ve ark, 2012) Cinsiyet açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında fark olmaması, bu davranışları düzenlemek ve bireylere yönelik uygulanacak önlemlerin her iki cinse de aynı koşullarda verilebileceğini göstermektedir.

Bekar ve evli öğrencilerde arasında ölçek puanlarına incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Evli öğrencilerde ölçek toplam puanı, kendini gerçekleştirme ve beslenme alt ölçek puanları bekar öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Evlilikle birlikte beslenme ve sosyal destek açısından düzenli bir yaşama geçilmesinin bu sonuçları desteklediği düşünülmektedir.

Sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri puanları anne eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda, ilkokul ve altı eğitim düzeyine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu açısından sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanlarına bakıldığında ise sağlık sorumluluğu, egzersiz puanları ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi olanlarda yüksek bulunmuştur. Tuğut N. ve ark.,(2008)' nin çalışmasında anne ve babası lise ve üniversite mezunu olanlarda tüm alt ölçekler anlamlı olarak yüksektir. Bireylerin duygusal ve psikolojik durumu bebeklikten itibaren anne ile kurulmuş olan ilişkiler sonucu biçimlenmektedir. Anne ile sağlam ve destekleyici ilişkiler kuramayan çocuklarda yetişkinlik döneminde duygusal sorunlar daha sık görülmekte ve bu durum sosyal yaşamı ve ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Ayrıca anne ve babanın bebeklikten itibaren çocuğu yetiştirme biçimi, verdiği eğitim ve yönlendirmeler çocuğun davranışlarını biçimlendirmektedir. Çalışmamızda anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek toplam puanının ve

alt ölçek puanlarının yüksek bulunması, gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzenlenmesinde anne ve babadan aldığı eğitimin önemini yansıtmaktadır.

Öğrencilerin egzersiz yapma alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde egzersiz yapan öğrencilerde ölçek toplam puanı, yapmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçek puanlarında ise sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt ölçek puanları düzenli egzersiz yapan öğrencilerde anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Günlük düzenli aktivitenin büyüme ve gelişmenin yanı sıra, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yararları tartışmasız bir gerçektir ve herkesin yaş, fiziksel durum gibi özelliklerine uygun egzersiz programını alışkanlık edinmesi , düzenli olarak sürdürmesi gerekmektedir (Erefe İ, 1998). Çalışmamızda egzersiz yapan öğrencilerde ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanlarının yüksek bulunması egzersizin sağlığa olan olumlu etkilerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da etkilediğini ortaya koymuştur. Düzenli egzersizin bireylerin ruh halinin iyileştirilmesinde, depresyondan korunmada önemli etkileri vardır. (Martinsen and Stephens 1994, Mutrie 2001). Öğrencilerde stres yönetimi ve kişilerarası ilişkiler puanlarının yüksek bulunması literatürde yer alan bu bilgilerle uyumludur.

Kronik hastalığı bulunan öğrencilerde alt ölçeklerden egzersiz ve beslenme alt ölçekleri puanları kronik hastalığı bulunmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan öğrencilerde ise kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçeği puanı, psikiyatrik hastalığı bulunmayan öğrencilere göre düşük bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıklarla mücadele bireylerin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesinin düşmesine, toplumsal ilişkilerde sorunlara, sigara alkol kullanımı gibi alışkanlıkların fazla olmasına yol açmaktadır (İnce A. ve ark, 2002). Kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi önemli durumların puanlarının bu öğrenciler arasında düşük bulunması beklenen bir sonuç olup, bu bireylerin özel olarak ele alınması gerektiği düşüncesini desteklemektedir.

Sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı fazla kilolu, obez ,morbid obez olan grupta, zayıf ve normal kiloda olan gruba göre göre düşük bulunmuştur. Murathan F, (2013) çalışmasında üniversite öğrencilerinin obezite ve fazla kilolu olması ile sağlıklı

yaşam biçimi davranışları arasında negatif bir korelasyon saptamıştır. Fazla kiloluluk ve obezite yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle önemli sağlık sorunlarıdır. Bir risk grubunu oluşturan fazla kilolu ve obez öğrencilerin sağlıklarına daha dikkat etmesi, düzenli sağlık kontrollerini yaptırması , gerektiğinde profesyonel yardım alması gerekirken, çalışmamızda fazla kilolu ve obez olan öğrencilerde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının düşük olması olumsuz bir sonuçtur. Bu sonuç fazla kilolu ve obez öğrencilerin özellikle değerlendirilip, sağlıkları ile ilgili sorunlarda neler yapması gerektiği, nasıl yardım alabileceği gibi konularda ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması amacıyla bilinçlendirilip, eğitilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın başlıca kısıtlılığı obezite oranlarını belirlemek amacıyla elde edilen boy uzunluğu ve kilo değerlerinin beyana dayalı olarak elde edilmesidir. Kullandığımız Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin bir cut off değerinin olmaması sonuçların yorumlanmasında güvenilirliği etkilemiş olabilir. Kullanılan ölçeğin 4'lü likert tipinde sorular içermesinin bazı öğrencilerde yarattığı anlam karmaşası bir diğer kısıtlılıktır.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma sonucunda araştırma kapsamına alınan öğrencilerden elde edilen

A.OBEZİTE VERİLERİNE GÖRE;

- 1)Erkeklerde,
- 2)Evlilerde
- 3)Sağlık bilimleri (Tıp,Diş Hekimliği,Veterinerlik) dışındaki fakültelerde eğitim gören öğrencilerde,
- 4) Egzersiz yapmayanlarda,
- 5)Kronik hastalığı olanlarda,
- 6) Ailesinde şişman birey bulunanlarda,
- 7)Fastfood ve tahıl ağırlıklı beslenenlerde,
- 8) Ara öğünlerde yüksek enerjili gıdalarla beslenenlerde obezite görülme sıklığının yüksek olduğu görülmüştür.

B.SYBDÖ VERİLERİNE GÖRE:

- 1) Sağlıklı yaşam tutum ve davranışlarının orta düzeyde olduğu,
- 2) Yaşam amaçlarını belirleme, bireysel olarak kendinlerini gerçekleştirme açısından yeterli oldukları,
- 3) Kendi sağlıklarına yeterince özen göstermedikleri, sağlıkla ilgili bireysel sorumluluklarını yerine getirmede özensiz davrandıkları,
- 4) Egzersiz alışkanlıklarının düzenli ve yeterli olmadığı,
- 5) Besin öğünlerini seçmede ve beslenme alışkanlıkları açısından orta düzeyde oldukları,
- 6) Arkadaşları ve diğer bireylerle olan ilişkilerinin iyi düzeyde olduğu,
- 7) Stres kaynaklarını tanıma düzeyinin ve stres kontrol mekanizmalarının orta düzeyde olduğu,
- 8) Evli öğrencilerde beslenme ve kişilerarası desteğin, bekar öğrencilere göre daha iyi düzeyde olduğu,
- 9) Anne eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olmasının sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı ve kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkilediği,
- 10) Baba eğitim düzeyinin ortaokul ve üstünde olmasının, sağlık sorumluluğunu olumlu yönde etkilediği,

- 11) Egzersiz yapan öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi için tutum ve davranışların iyi düzeyde olduğu ve egzersizin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme alışkanlıkları ve stres yönetimini olumlu yönde etkilediği,
- 12) Psikiyatrik hastalık varlığının kendini gerçekleştirme, beslenme alışkanlıkları, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini olumsuz yönde etkilediği,
- 13) Fazla kilolu ve obez olanların sağlık sorumluluklarını gerçekleştirmede yetersiz düzeyde oldukları görülmüştür.

Yüksek öğrenim yıllarına rastlayan ve genç yetişkinlik olarak tanımlanan üniversite çağındaki öğrencilerinde obezite görülme sıklığı yüksek olup, gittikçe artan bir sağlık sorunudur. Ayrıca sağlık ve sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar kazandırabilmek, kendi sağlık sorumluluğunu bilme, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, hijyenik önlemler alabilme, kişiler arası olumlu ilişkiler kurabilme ve stres yönetim konularında verilecek sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla;

- Üniversite içinde obezite ve obeziteye bağlı oluşan sağlık risklerinin oluşumunun önlenmesi, obez ve morbid obez öğrencilerin için diyet ve fiziksel aktiviteleri düzenlenmesi, gerektiğinde ilaç tedavisi veya cerrahi tedavi alabilmeleri sağlanması amacıyla üniversitelerde bir diyetisyen, psikolog, hekimden oluşan obezite birimlerinin kurulmasının sağlanması önem taşımaktadır.
- Yeterli ve dengeli beslenme konularında öğrencilerin bilinçlendirilmeli, eğitimin ilk aşamalarından itibaren okullarda öğrencilerin kolaylıkla ulaşabileceği ve bilgi edinebileceği uzman kişiler bulundurulması gerekmektedir.
- Aile bireyleri, okul ve yaşanan çevre yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmelidir.
- Fastfoodla beslenmeyi önleyebilmek amacıyla okul kantinlerinde sağlıklı yemeklerin, süt ve süt ürünlerinin, ara öğünler için meyve bulunması sağlanmalıdır.

- Egzersiz yapmayı günlük yaşamın bir parçası haline getirmeleri sağlanmalı, bu amaçla öğrencilerin spor yapabileceği tesislerin fakültelerde kurulması, aktif bir yaşam için günlük olarak yapılabilir basit aktiviteler konusunda bilinçlendirilmeleri gereklidir.
- Obezitenin oluşum nedenleri, sağlıkla ilgili sonuçları ve nasıl önleneceği konusunda fakültelerde öğrenci gazeteleri, radyoları yardımıyla öğrencilerin bilgi sahibi olmaları sağlanmalı, afişler ve broşürler yardımıyla öğrencilerin konuya olan dikkati artırılmalıdır.
- Obezitenin nedeninin birden fazla faktörden oluşması, obezite ile mücadelenin de multidisipliner yaklaşımla sürdürülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Günümüzde üniversite öğrencilerinde obezitenin önlenmesinde, bireysel mücadelenin yanı sıra üniversiteler, Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı tarafından da kamusal önlemler alınmalıdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazanılabilmesi amacıyla ilgili dersler öğrencilerin ders programına eklenmelidir.
- Öğrencilerin stres kaynaklarını kontrol edebilmeleri ve etkin bir şekilde yönetebilmeleri amacıyla dersler ve okul dışında hobiler edinmeleri sağlanmalı, sosyal aktiviteler konusunda yönlendirilmeli, üniversiteler tarafından kampüslerde sosyal aktiviteler için uygun ortamlar oluşturulmalıdır.
- Kişilerarası iletişim ve ilişkilerin düzenlenebilmesi amacıyla öğrenciler için üniversiteler tarafından fakültelerde toplu olarak yapılabilir sosyal aktiviteler düzenlenmesi, psikiyatrik hastalık veya başka nedenlerle kişilerarası ilişkilerde kısıtlı ve iletişim sorunları yaşayan öğrencilere gerekirse yardım alabileceği birimlerin her fakültede bulunmasının sağlanması destekleyici olacaktır.

7.KAYNAKLAR

Abalı O., (2006). Ergenlik Dönemi ve Sorunları. 2. Baskı, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 13-16.

ACSM's Guidelines For Exercise Testing and Prescription (2006). Fifth Ed. Williams& Wilkins, Baltimore.

Akbulut G., Özmen M., Besler T., (2007). Çağın Hastalığı Obezite. TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, 2-15.

Al-Awadhi N., Al-Kandari N., Al-Hasan T., (2013). Age At Menarche and Its Relationship to Body Mass Index Among Adolescent Girls in Kuwait. BMC Public Health, 13(1): 29.

Altunkaynak Berrin Z., Özbek E., (2006). Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13(4): 138-142.

Arslan M., Bakal N., Çorakçı A ., (1999). Ulusal Obezite Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını.

Arslan P., Bozkurt N., Karaağaoğlu N., (2001). Yeterli Dengeli Beslenme ve Sağlıklı Zayıflama Rehberi, Ankara, 144-149.

Aslan D., ve Attila, S., (2002). Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı A.D. Dergisi, 11(5): 169-170.

Avşar, P., Kazan EE., Pınar G., (2013). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ile Obezite ve Kronik Hastalıklara İlişkin Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik e-dergisi.

Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F., (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2): 26-34.

Bağrıaçık N., Görpe U., Yiğit H., (2003). Obezite Tedavisinde ve İlaç kullanımında Yeni Ufuklar. T.C. Sağlık Bakanlığı "Ulusal Diyabet ve Obezite Programı" Kapsamında Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Türk Diabet Cemiyeti - Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Türk Diabet ve Obezite Vakfı Yayını, İstanbul, 204-207.

Berköz M., Yalın S., (2008). Yağ Dokusunun İmmünolojik ve İnflamatuvar Fonksiyonları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1): 1-9.

Beydağ K.D., Uğur E., (2014). Sağlık ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (1).

Bilge A., Çam A., (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. TAF Prev Med Bull, 9(1): 71-78.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri (2003). Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, 2.baskı, Ankara, 277-280.

Bodur S., Uğuz M., (2007). 11-15 Yaş Çocuklarda Vücut Yağ Yüzdesinin Beden Kitle İndeksi ve Biyoelektriksel İmpedans ile Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 17(1): 21-27.

Bray GA., Wilson J.F., (2008). Obesity. Ann Intern Med, 149 (7): 1-15.

Britz B., Siegfried W., Ziegler A., (2000). Rates of Psychiatric Disorders in a Clinical Study Group of Adolescents With Extreme Obesity and in Obese Adolescents Ascertained via a Population Based Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2: 1707-1714 .

Castelnuovo-Tedesco P., Schievel D., (1975). Studies of Super Obesity, I: Psychological Characteristics of Super Obese Patients. *Int J Psychiatry Med*, (6): 465-480.

Chiolero A., Faeh D., (2008). Consequences of Smoking For Body Weight, Body Fat Distribution and Insulin Resistance. *Am J Clin Nutr*, 87: 801–9.

Church T., (2011). Exercise in Obesity, Metabolic Syndrome and Diabetes Prog *Cardiovasc Dis*, 53 (6), 412- 415.

Crnobrnja V., Srđi B., Stoki E., (2012). Analysis of Obesity Prevalence in Students From Novi Sad. *Med Pregl*, 65(3-4): 133-137.

Çayır A., Atak N., (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1).

Davies J.K., (2004) Recent Developments in Health Promotion Policy and Practice in Europe ,Plenary Presentation 1. National Conference on Health Promotion and Health Education ,Ankara .

Dong Wang., Xiao-Hui Xing., Xian-Bo Wu., (2013). Healthy Lifestyles of University Students in China and Influential Factors. *The Scientific World Journal*, 41- 295.

Doğan T., (2004). Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi . H. Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez.

Duran P., Robert E., (2002). Pediatric Obesity: Concerns and Controversies. Lippincot Williams& Wilkins, Inc. July, 168- 179.

Dünya Sağlık Örgütü., (2004). Hastalıkların Küresel Yüku: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/ (Erişim Tarihi 08/12/2015)

Erefe İ., (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1. Baskı, 1-47.

Ergüven M., Koç S., (2008). Obez Adolesanlarda Metabolik Sendrom ve Obezite Gelişiminde Rol Oynayan Risk Faktörlerinin Araştırılması. Türkiye Çocuk Hast Dergisi, 2(3) :26-36.

Ersoy R., Çakır B., (2007). Obezite. Turkish Medical Journal, 1:109-11.

Farah N., Nahla H.,(2015). A Western Dietary Pattern is Associated With Overweight and Obesity in a National Sample of Lebanese Adolescents (13-19 years): a Cross-Sectional Study, Br J Nutr, 114 (11): 1909-1919.

Geme JS., Schor N., Richard E., (2013). Nelson Textbook of Pediatrics, 19:179-188.

Genç F., Yeşilyurt G., (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1).

Güler Y., Gönener D., Altay B., (2009). Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10): 165-174.

Güngör Ğ., Hotun ğahin N., (2004). Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değişirme Kuram ve Modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6-13.

Hacıhasanoğlu R., Yıldırım A., (2008). Healthy Lifestyle Behaviour in University Students and İnfluential Factors in Eastern Turkey International Journal of Nursing Practice , 17(1): 43-51.

Hammond R. A., Levine R., (2010). The Economic İmpact of Obesity in the United States, Diabetes Metobolic Syndrome and Obesity, 3: 285-295.

Han J.C., Lawlor D.A., Kimm S.Y., (2010). Childhood Obesity. Lanset 375(9727):1737-48.

Hsiao Y.C., Chen M.Y., Gau Y.M., (2005). Short-term Effects of a Health Promotion Course for Taiwanese Nursing Students. Public Health Nursing, 22 (1):74–81.

İnce A., Doğruer Z., Türkçapar M.H., (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, (5) :82-91.

Jain R., Strickler H.D., Fine E., Sparano J.A ., (2013). Clinical Studies Examining The İmpact of Obesity on Breast Cancer Risk and Prognosis. Jornal of Mammory Gland Biology and Neoplasia. 18(3): 257-266.

Jakicic JM., Otto A D., (2005). Physical Activity Considerations For the Treatment and Prevention of Obesity. The American Journal of Clinical Nutrition, 82(1): 226-229.

Johnston J.D., Massey A.P., ve Devaneaux C.A., (2012). Innovation in Weight Loss Programs: a 3-Dimensional Virtual-World Approach. J Med Internet Res, 20: 14(5): 120.

Kandemir N., (2000). Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21 (4): 500-506.

Karadeniz G., Yanikkerem E.,(2008). The Health Life Style Behaviours of University Students . *TAF Prev.Med.Bull*, 7(6):497-502.

Kazma E., (2013) Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi.

Kılıççı Y.,(2006). Okulda Ruh Sağlığı, 5. Baskı, 113–115.

Kır T, Kılıç S., (2004). Describing the Prevalence of Obesity and Affecting Factors in Soldiers. *Gülhane Med J*, 46(3): 219-225.

Komduur R.H., Korthals M., Molder H., (2009). The Good Life: Living For Health and a Life Without Risks? On a Prominent Script of Nutrigenomics. *Br J Nutr*, 101 (3): 307-316.

Köksal E., Küçükerdönmez Ö., (2008). Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını*, Ankara, 35-70.

Leonardo T., Yinghua L., (2009). Effects Of Childhood Obesity On Hospital Care And Costs. *Health Affairs*, (28): 751- 760.

Levin B.E, (2009). Synergy of Nature ant Nurture inTthe Development of Childhood Obesity. *Int J Obes (Lond)*, (33): 53-6.

Lustig R.H., Weis, R., (2008). Disorder of Energy Balance. *Pediatric Endocrinology*. Philadelphia, 788-838. Martinsen E., Stephens T., (1994). Exercise and Mental Health in Clinical and Free-Living Populations, 55–72.

Mistry S.K., Puthussery S., (2015). Risk Factors of Overweight and Obesity in Childhood and Adolescence in South Asian Countries: a Systematic Review of the Evidence. *Public Health*, 129 (3): 200-9.

Murathan F., (2013). Üniversite Öğrencilerinde Obezite Prevalansı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Doktora Tezi.

Mutrie N., Biddle S.J.H., (2001). The Relationship Between Physical Activity and Clinically-Defined Depression. In: *Physical Activity, Mental Health and Psychological Well-Being*.

Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, (2014). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara.

Ogden CL., Carroll MD., Kit B.K., Flegal K.M. (2012). Prevalence of Obesity in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, 82.

Onat A., (2003). Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi, *Türk Kardiyoloji Dergisi*, 31 (5): 279-289.

Özpınar H., (2011). Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri, 2. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, Türkiye.

Özvarış Ş.B., (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

Pekcan G., (2001). Şişmanlığın Tanımı ve Saptanması. III. Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Bildirileri, 12-15 Nisan, Ankara.

Peltzer K., Pengpid S., (2014). Prevalence of Overweight/Obesity and Its Associated Factors among University Students from 22 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7): 7425-7441.

Rozmus C. L., Evans R., Wysochansky M. (2005). An Analysis of Health Promotion and Risk Behaviors of Freshman College Students in a Rural Southern Setting. *Journal of Pediatric Nursing*, 20 (1): 25-33.

Sağlık Bakanlığı Yayınları, (2002). Şişmanlık (Obezite) ve Beslenme, 246.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2011). Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014), Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2010-2014). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı.

Esin M.N, (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması *Hemşirelik Bülteni* 12(45).

Sertçelik E., Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, Tez. İstanbul: İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Suter PM., (2005). Is Alcohol Consumption a Risk Factor For Weight Gain and Obesity. *Clin Lab Sci*, 42 (3): 197-227.

Şimşek H., Öztoprak D., (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(3): 151 – 157.

Tambağ H., (2011) Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58.

Tambağ H., Turan Z., (2012). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1: 46-55.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2009). "Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi" Araştırma Raporu.

TEMED (2011): Diyabet ve Kalp-Damar Hastalıkları. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi:10, İstanbul.

Thibault H., Contrand B., (2009). Risk Factors For Overweight and Obesity in French Adolescents Physicalactivity, Sedantery Behaviour and Parental Caharacteristics. Nutrition 26: 192-200.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, (2012) Obezite Prevalansı, <http://beslenme.gov.tr/> Erişim Tarihi:30/11/2015

Tokuç B., (2004). Özel Sağlık Sigortacılığı ve Halk Sağlığı (tez). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Edirne.

Tones K, (2002) Health Promotion,Health Education, and Publiv Health ,Chapter 73,Oxford Textbook of Public Health, Oxford University Press.

Tounian P.,(2011). Programming Towards Childhood Obesity. Ann Nutr Metab (58): 30-41.

Tuğut N., Bekar M., (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (11): 17-26.

Uygun S. Üniversite Gençliğinin Yabancılaşması (2004). Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi,(57)

Ünalın D., Şenol V., Öztürk A., (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14: 101-109.

Weitzman W., Cook S., (2005). Smoke Exposure Is Associated With the Metabolic Syndrome in Adolescents, 112: 862-869.

WHO, (2003). Promoting the Health of Young People in Custody <http://www.euro.who.int/> Erişim Tarihi: 30/11/2015

WHO, (1998) World Health Report,Geneva <http://www.who.int/> Erişim Tarihi: 30/11/2015

WHO, (1998), 21. Yüzyıla Yönelik Herkes İçin Sağlık Politikası http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf (Erişim tarihi: 30/11/2007)

Williams J. W.M., (2005). Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. Journal of the American Medical Association,, 293:70–6.

WHO (World Health Organization) (2012). Obesity and Overweight. Media Center :311 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi:30/11/2015

WHO (World Health Organization), (2014). <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> (Erişim Tarihi:

WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/) Erişim Tarihi: (30/11/2015)

Woo K.S., Chook P., Yu C.W., (2004). Effects of Diet and Exercise in Obesityrelated Vaskular Disfonction in Children. Circulaton, 109: 1981- 1986.

Yahia N., Achkar A., (2008). Eating Habits and Obesity Among Lebanese University Students. Nutrition Journal, 7:32.

Yıldız Ü.,(2014). Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması, Uzmanlık Tezi

Yılmaz M., Aykut M., (2012). Sigaranın Beslenme ve Besin Tüketimi Üzerine Etkileri Turkiye Klinikleri J Med Sci, 32 (3): 644-51.

8.EKLER

EK-1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, Üniversite Öğrencilerinde Obezite Prevalansının Saptanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi adlı uzmanlık tezi için planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü artıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacak ve adınızı belirtmeniz istenmediğinden verdiğiniz yanıtlar kesinlikle saklı tutulacaktır. **Lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız.** Çok seçenekli sorulara sizin için uygun seçenek kutularına çarpı işareti koyarak yanıt veriniz. Araştırmamıza verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

1. Fakülte/ Yüksek Okul Adı: 2. Bölümünüz:
3. Sınıfınız: 4. Yaşınız: 5. Boyunuz.....cm 6. Kilonuz.....kg
7. Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2)Kadın
8. Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli 3)Dul/Boşanmış
9. Annenizin eğitim durumu: 10. Babanızın eğitim durumu
1. Okur- yazar değil 1. Okur- yazar değil
2. Okur-yazar 2. Okur-yazar
3. İlkokul 3. İlkokul
4. Ortaokul 4. Ortaokul
5. Lise 5. Lise
6. Üniversite 6. Üniversite
11. Anneniz çalışıyor mu? 12. Babanız çalışıyor mu?
1. Çalışmıyor 1. Çalışmıyor
2. İşçi 2. İşçi
3. Memur 3. Memur
4. Serbest Meslek 4. Serbest Meslek
5. Emekli 5. Emekli
6. Diğer(belirtiniz)..... 6. Diğer(belirtiniz).....
13. Nerede kalıyorsunuz?
- 1.Evde-ailemle
- 2.Evde-arkadaşlarımla
- 3.Devlet yurdu
- 4.Özel yurt
- 5.Diğer(belirtiniz).....

- (Lütfen üç kolondan birini işaretleyiniz) Hiç içmedim İçtim bıraktım Halen içiyorum
14. Sigara İçme Durumunuz
15. Alkol Alma Durumunuz
16. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? a)Evet b)Hayır
17. Düzenli egzersiz yapıyorsanız haftada kaç gün ve ortalama kaç dakika yapıyorsunuz?
.....gün/haftada.....dk/gün
18. Yaptığınız egzersiz türü nedir?
a) Yürüyüş b) Koşu c) Yüzme
d) Bisiklet e) Diğer (lütfen yazınız).....
19. Ailenizde şişman birey var mı?) a)Evet b)Hayır Varsa Kim? (Lütfen Yazınız)
20. Kronik hastalığınız var mı? a)Evet(Hangi Hastalık?)..... b)Hayır
21. İlaç kullanıyor musunuz? a)Evet(Hangi İlaç?)..... b)Hayır
22. Psikiyatrik hastalığınız var mı? a)Evet(Hangi Hastalık?)..... b)Hayır
23. Günde kaç öğün besleniyorsunuz?öğün/gün
24. Ayaküstü(fastfood) beslenme sıklığınız nedir?
a)Günde 1-3
b)Haftada 2-6 defa
c)Haftada 1 veya daha az
d)Hiç tüketmiyorum
25. Ara öğünlerde neler atıştırıyorsunuz? Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.
a) Atıştırma alışkanlığım yoktur
b) Bisküvi, şeker ,çikolata
c) patates kızartması
d) Hamburger, sosisli ve benzeri ekmek arası sandviç
e)Kuruyemiş
f) Meyve
g) Salatalık, havuç benzeri sebzeler
h) Yoğurt, süt
ı) Diğer(lütfen yazınız).....
26. Nasıl besleniyorsunuz?
a)Sebze meyve ağırlıklı
b)Et ağırlıklı
c) Fast food
e) Süt ve süt ürünleri ağırlıklı
f) Tahıl ağırlıklı(ekmek, pilav, makarna, şehriye, un ve undan yapılan yiyecekler)
e)Diğer(lütfen yazınız).....

EK-2 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seceneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı (x) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tammak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ, sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dk. zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleyle değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bildi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarımı önemserim.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				