

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKLI YAŞAM KONUSUNDA TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
DAVRANIŞLARI, TIP EĞİTİMİ İLE ETKİLEŞİMİ VE İLGİLİ ETMENLER:
(BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)**

Dr. Yunus MÜDÜROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ**

ZONGULDAK

2018

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKLI YAŞAM KONUSUNDA TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
DAVRANIŞLARI, TIP EĞİTİMİ İLE ETKİLEŞİMİ VE İLGİLİ ETMENLER:
(BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)**

Dr. Yunus MÜDÜROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ**

ZONGULDAK

2018

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Sağlıklı Yaşam Konusunda Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Davranışları, Tıp Eğitimi ile Etkileşimi ve İlgili Etmenler: (Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği)

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Yunus MÜDÜROĞLU

Tez Savunma Tarihi : 24/04/2018

Tez Danışmanı : Dr.Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ

Prof.Dr. Nejat DEMİRCAN
Jüri Başkanı

Dr.Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ
Jüri Üyesi

Dr.Öğr. Üyesi Ali Ramazan BENLİ
Jüri Üyesi

UYGUNDUR



ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve desteklerden faydalandığım değerli hocalarım, başta tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Günter DİLSİZ'e, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Nejat DEMİRCAN'a, Prof. Dr. Erol AKTUNÇ'a ve Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKÇA'ya; dostlukları ve yardımları için Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine; bölümümüzde görev alan tüm çalışma arkadaşlarıma; istatistik konusunda yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Fürüzan Köktürk'e; eğitim hayatım boyunca bana emek veren bütün öğretmenlerime; bugünlere gelmemde pay sahibi olan annem Şerife MÜDÜROĞLU'na, babam Aydın MÜDÜROĞLU'na, ablam Tuğba MÜDÜROĞLU'na ve ağabeyim Mehmet MÜDÜROĞLU'na teşekkür ederim.

Dr.Yunus MÜDÜROĞLU
Zonguldak, 2018

ÖZET

Müdüroğlu Y., Sağlıklı Yaşam Konusunda Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Davranışları, Tıp Eğitimi ile Etkileşimi ve İlgili Etmenler: (Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği), Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2018

Amaç: Çalışmanın amacı tıp fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları ve bunu etkileyen demografik özellikleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Bülent Ecevit Üniversitesinin Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören birinci, üçüncü ve altıncı sınıflarda bulunan 338 öğrenci oluşturmaktadır. Veriler, bir sosyodemografik anket formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları SYBDÖ-II ile toplandı.

Bulgular: Çalışmada toplamda katılımcı sayısı 338 olup birinci sınıfa giden öğrenci sayısı 140 (%41,4) üçüncü sınıfa giden öğrenci sayısı 111(%32,8) altıncı sınıfa giden öğrenci sayısı ise 87 (%25,7) idi. Katılımcıların 137'si (%40,5) erkek, 201 (%59,5) kadındır. Toplam SYBDÖ skorunda ve tüm alt kategorilerde sınıflar arasında ilişki değerlendirildi. Sınıflardaki ilişkiye bakıldığında sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi anlamlı fark görüldü. 6. sınıfta diğer sınıflara göre daha düşük saptandı. Yine toplam ölçek puanı son sınıf öğrencilerde daha düşük bulundu. Tüm alt ölçeklere bakıldığında en düşük puan fiziksel aktivite (sınıfların puanları sırasıyla; 17 ±4,2, 17,3 ±4,5, 16,6 ±5,3) en yüksek ise kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) saptandı (sınıfların puanları sırasıyla; 25,1 ±4,2, 25,5 ±3,8, 25,5 ±4,6). SYBDÖ skorlarında; öğrencilerin sınıfları, spor yapma durumu, doğum yeri, yaşadığı yer ve sağlık durum algısı konularında anlamlı fark görüldü. Bulgulara göre son sınıf öğrencilerinde sağlıklı yaşam davranışları ölçek puanının düşük olması düşündürücüydü.

Sonuç: Geleceğin hekim adayları sağlıklı yaşam davranışları konusunda, sağlığı geliştirme davranışlarının düzeyinin artırılması için teşvik edilmelidir.

Anahtar sözcükler: SYBDÖ-II, tıp fakültesi öğrencileri, sağlıklı yaşam biçimi

ABSTRACT

Müdüroğlu Y., Behaviors of the Students of Faculty of Medicine on Healthy Life, Interaction With Medical Education and Relevant Factors: (Bülent Ecevit University Example), Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Master Thesis, 2018.

Purpose: The purpose of the study is to identify healthy life behaviors of the students studying at the faculty of medicine and demographical factors affecting this issue.

Material and Method: Sample for the study includes 338 students of first, third and sixth year, who study at the faculty of medicine at Bülent Ecevit University. Data was collected by socio-demographic survey form and health life style behaviors HLBS-II.

Findings: Total participant number for the study is 334. Number of first-year students is 140 (41.4%), number of third-year students is 111 (32.8%) and number of sixth-year students is 87 (25.7%). The study includes 137 (40.5%) male and 201 (59.5%) female participants. Relationship between different years was evaluated for total HLBS-II score and all subcategories. After the relationship between different years is analyzed, significant difference was identified in health responsibility and stress management. It was identified that the values are lower with 6th-year students. Total scale score was also found lower with 6th-year students. As for all sub-scales, physical activity had the lowest score (the scores by the years of the students respectively; $17 \pm 4,2$, $17,3 \pm 4,5$, $16,6 \pm 5,3$) and self-realization (moral development) had the highest score (the scores by the years of the students respectively; $25,1 \pm 4,2$, $25,5 \pm 3,8$, $25,5 \pm 4,6$). In HLBS-II scores; significant differences were found between the students' years, sport status, place of birth, residence place and perception on health status. According to the findings, it was interesting that 6th year students had low score on healthy life behavior scale.

Result: Physicians of the future should be encouraged to increase the level of their behaviors for health improvement, in relation to healthy life behaviors.

Key words: HLBS-II, students at Medical Faculty, healthy lifestyle

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sağlık.....	2
2.1.1. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi	2
2.1.2. Sağlıkın Geliştirilmesi	3
2.2. Sağlık İnanç Modeli	3
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	5
2.3.1. Sağlıklı Beslenme	5
2.3.2. Kendini Gerçekleştirme	9
2.3.3. Sağlık Sorumluluğu	10
2.3.4. Egzersiz Alışkanlığı.....	10
2.3.5. Kişilerarası İlişkiler	12
2.3.6. Stres Yönetimi ve Stresle Baş etme.....	12
2.4. Hasta Hekim İletişimi.....	15
2.5. Tıp Eğitimi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	17
3. GEREÇ YÖNTEM	19
3.1. Örneklem Seçimi	19
3.2. Veri Toplama Araçları.....	19
3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	20
3.3.1. Sağlık Sorumluluğu	20
3.3.2. Fiziksel Aktivite.....	20
3.3.3. Beslenme.....	20
3.3.4. Manevi Gelişim	20
3.3.5. Stres Yönetimi	21
3.3.6. Kişilerarası İlişkiler	21

3.3.7. Sosyodemografik Form	21
3.3.8. İstatistiksel Yöntemler	21
4. BULGULAR	23
4.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorları	27
4.1.1. Öğrencilerin Sınıfları İle SYBDÖ arasındaki ilişki.....	27
4.1.2. BMI ile SYBDÖ İlişkisi	27
4.1.3. Doğum Yeri İle SYBDÖ İlişki	28
4.1.4. Yaşadığı Yer ile SYBDÖ İlişkisi.....	28
4.1.5. Kronik Hastalık Varlığı ile SYBDÖ İlişki	29
4.1.6. Sağlık Durumu Algısı İle SYBDÖ Arasındaki İlişki	29
4.1.7. Sigara Kullanımı ile SYBDÖ Arasında İlişki.....	30
4.1.8. Spor Yapma Durumu ve SYBDÖ Arasında İlişki	31
4.1.9. Uyku Süresi İle SYBDÖ Arasında İlişki	31
4.1.10 ‘Hekim hastaya örnek olmalı mı?’ Sorusuyla SYBDÖ Arasında İlişki	32
4.1.11. ‘Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor Mu?’ Sorusuyla SYBDÖ Arasında İlişki	33
5. TARTIŞMA	34
5.1. Katılımcıların SYBDÖ Verdiği Yanıtlar ve Ortalamaları.....	34
5.2. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Sınıflar Arasında İlişki	34
5.3. BMI İle SYBDÖ Puan Ortalama Arasında İlişki	35
5.4. Cinsiyet İle SYBDÖ Puan Ortalamaları ile İlişki	35
5.5. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Doğum Yeri Arasındaki İlişki .	35
5.6. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Yaşadığı Yer Arasındaki İlişki	35
5.7. Kronik Hastalık Varlığı ile SYBDÖ Arasında İlişki.....	36
5.8. Sağlık Durum Algısı ile SYBDÖ Arasındaki İlişki	36
5.9. Sigara kullanma ile SYBDÖ Arasındaki İlişki.....	36
5.10. Spor Yapma Durumu ve Ölçek Arasında İlişki.....	37
5.11. Uyku Süresi ile Ölçek Arasında İlişki	37
5.12. Hekim Hastaya Örnek Olmalı mı Sorusuyla Ölçek Puanı Arasında İlişki...	37
5.13. Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor mu Sorusuyla Ölçek Puanı Arasında İlişki	37

6. SONUÇ	39
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER	49
Ek 1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2	49
Ek 2: Anket Formu	55
Ek 3: Etik Kurul Onayı.....	59



TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Öğrencilerin sınıflara göre dağılımları	23
Tablo 2: Öğrencilerin coğrafi bölgeye göre dağılımları	23
Tablo 3: Öğrencilerin günlük sigara içme sayıları.....	25
Tablo 4: Öğrencilerin stresle başa çıkmak için yaptığı aktiviteler.....	25
Tablo 5: Öğrencilerin kendilerini hasta hissettiklerinde yaptıkları.....	25
Tablo 6: Öğrencilerin hekimlik hayatında başarılı olmak istedikleri konular	26
Tablo 7: Sınıflar ile SYBDÖ arasındaki ilişkiyi gösteren tablo.....	27
Tablo 8: BMI ile alt ölçeklerin değerlendirilmesi.....	28
Tablo 9: Doğum yeriyle ölçek arasındaki ilişkiyi gösteren tablo	28
Tablo 10: Yaşadığı yer ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo	29
Tablo 11: Kronik hastalık varlığının ölçek ile ilişkisi.....	29
Tablo 12: Sağlık durumu algısı ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo	30
Tablo 13: Sigara kullanımı ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo	31
Tablo 14: Spor yapma durumu ve SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo	31
Tablo 15: Uyku süresi ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo	32
Tablo 16: ‘Hekim Hastaya Örnek Olmalı mı?’ Sorusuyla SYBDÖ İlişkisini Gösteren Tablo	33
Tablo 17: ‘Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor mu?’ Sorusuyla SYBDÖ İlişkisini Gösteren Tablo	33

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlığın tanımı, sadece hastalık ya da sakatlığın olmamasından ibaret olmayıp, fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali şeklinde yapılmıştır (1). Günümüzde sağlık politikaları geliştirilmesi ve uygulanmasıyla, “sağlıklı olma” temel hakkın korunması ve sürdürülmesi sağlanmaktadır (2). Ek olarak bireyin kendi sağlık sorumluluğu konusunda üstlenici tavrının olması, sağlık konusunda davranışları kazanması önemli etmendir (3).

Sağlık, teşviki ve geliştirilmesi bağlamında bakıldığında, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir(4). Birçok tanımlamalar olmasına rağmen "sağlık riski", "bir faktör" olarak tanımlanmaktadır. Bu olumsuz sağlık sonuçlarının ortaya çıkma ihtimalini arttırmaktadır. Fakat her durumu kapsamamaktadır. Örneğin, bazı önemli risklerden bulaşıcı hastalık etkenlerine maruz kalma veya antimikrobiyal direnç dahil değildir.

Dünyada yaygın olan risk faktörlerine odaklanılmıştır. Tanımlanan beş önde gelen risk faktörü (çocuklukta kilo fazlalığı, güvensiz cinsel ilişki, alkol kullanımı, güvenilir olmayan su ve sanitasyon ve hipertansiyon) ölümlerin dörtte birinden sorumludur (2).

DSÖ tarafından belirlenen 24 risk faktörü tüm dünyada ölümlerin yaklaşık yarısından (%44'ünden); bu risk faktörlerinin en yaygın ilk on tanesi ise her yıl ölümlerin 3'te 1'inden (%33'ünden) sorumludur. Bu nedenle sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, bunlara bağlı ölüm ve sakatlık sayısını azaltacaktır (2).

Tıp fakülteleri, öğrencileri eğitmeyi amaçlamaktadır. Bu yüzden ki onlar toplumu bilgilendirebilir ve ayrıca bireylerin hastalık durumlarını tedavisini sağladığı gibi sağlıklı yaşam davranışı konusunda tavsiyelerde de bulunabilir. Bu açıdan bakıldığında tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları ve bunu etkileyen faktörlerin araştırılması önemlidir (5).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

İnsanoğlu varoluşundan bu yana yeme, içme, barınma, neslini devam ettirme gibi ihtiyaçları yaşamı boyunca tedarik etme çabası içindedir. Bu ihtiyaç duyduğu kavramlardan biri de hiç kuşkusuz sağlıktır. Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır (6).

2.1.1. Sağlık Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi

Hekimler hastaların sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada mühim yere sahiptirler. Her bir hastasını yılda ortalama üç ya da dört kez görür. Bu ziyaretlerin çoğunun nedeni sağlıklı olan kişilerdeki kendini sınırlayan sorunlardır. Böylece aile hekimleri sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken tanısında önemli bir fırsat elde ederler. Kişiler ve aileleri hakkında sahip oldukları kişisel bilgi sayesinde sağlığın sürdürülmesi veya yeniden kazanılması için hastanın sahip olduğu iç ve dış kaynakların farkındadırlar. Hekimler ikincil korumada, tetkikler sonucunda hastalığı tespit etmekten soruna yaklaşıma kadar olan tüm sürecin sorumluluğunu alabilirler (9).

Genel ilkeler

Koruyucu önlemler 3 sınıfa ayrılır (7,8)

1. Birincil koruma insanların dirençlerini artırarak hasta olmamalarını sağlar
2. İkincil koruma hastalıkların veya ön belirtilerinin erken saptanmasını sağlayarak kalıcı hasar oluşmadan başlanabilmesidir.
3. Üçüncül koruma hastalığın, komplikasyonları en aza indirebilecek şekilde yönetilmesidir.

Tüm bu önlemler bireyler için olan koruyucu hizmetlerdir. Ayrıca belli bir topluluk ya da tüm toplumun sağlığını korumak için uygulanan bazı önlemler mevcuttur. Bunlar arasında, temiz su sağlanması, besinlerin kontrolü, kirli su

kontrolü, atıkların yok edilmesi, çevre kirliliği kontrolü, kazaların önlenmesi veya yoksulluğu azaltıcı, çocukları koruyan ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırıcı sosyal hizmetler sayılabilir. Birçok toplumda güvenilir bir altyapı, halk sağlığını temel olarak korumada yeterli olmaktadır. Bir kurumdaki gıda zehirlenmesi salgını oradaki kötü besin hijyeninin göstergesi olabilir. Bu tür vakaların bölgesel olarak birikimi ise çevre kirliliğinden şüphelenilmesine yol açabilir. Bu yüzden aile hekimleri, birincil korumada önemli rol almaktadır (8).

2.1.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, bireyin genel direnç kaynakları geliştirilmesidir. Sağlık; sağlıklı bir çevre dengeli beslenme ve fiziksel egzersiz kadar sorunlarla baş etme kendine güven ve kendini kontrol etmelerinin geliştirilmesi ile sağlanır. Antonosky bu yaklaşımı salutogenezis olarak tanımlamıştır. Koruyucu hizmetleri daha kapsamlı bir terminolojiyle açıklamak için “Kanada Tıp Birliği” aşağıdaki sınıflamayı kullanmaktadır (9,10).

1. Sağlığı geliştirme: danışmanlık ve bilgilendirme
2. Riskten kaçınma: düşük riskteki insanların düşük riskte kaldıklarında emin olma; Örneğin; bağışıklama ve kazaların önlenmesi
3. Risklerin azaltılması: bir hastalık için yüksek riski olan insanları tanımlayarak risklerini azaltmada yardımcı olma
4. Bulgu çıkmadan önceki dönemde hastalıkların erken tanısı (ikincil koruma ile eşdeğer)
5. Hastalık tanısı almış olan hastaların komplikasyonlarının azaltılması (üçüncül korumaya eşdeğer)

2.2. Sağlık İnanç Modeli

1950’li yıllarda Amerikan Halk Sağlığı Servisi’nde çalışan psikologlar tarafından geliştirilmiş ve sağlık davranışı üzerine tüm dünyada en çok bilinen kavramsal

çerçeveyi oluşturmuştur. Geliştirilme nedeni Amerikan Halk Sağlığı Servisi'nce verilen tarama program hizmetlerinin başarısızlığının araştırılmasıdır (16,17).

Bu psikologların teorisine göre, insanlar ciddi hastalıklardan korkmaktadır ve sağlık davranışları, bir kişinin algıladığı tehdit düzeyine dayanan korku düzeyini yansıtır ve bu korku harekete geçme potansiyeline engel olmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumların saptanarak, bunlara yönelik uygulanacak sağlık eğitimi ve sağlık hizmetleri bireye daha uygun olacaktır (13,16,17).

Bu modelin çatısını 4 temel algı oluşturmaktadır; algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve algılanan engeller. Daha sonra; bunlara aksiyon işareti, öz-yeterlik ve çeşitli değişkenler eklenmiştir.

Algılanan ciddiyet: Kişinin bir hastalığın ciddiyet ya da şiddeti hakkındaki inancıdır. Kişinin ciddiyet algısı medikal bilgiye dayanabileceği gibi hastalığın kişinin genel yaşantısında yarattığı etkilere ya da oluşturabileceği güçlüklerle olan inancından da kaynaklanabilir.

Algılanan yarar: Bireyin edineceği yeni davranışın öncekine göre daha faydalı olup olmayacağına dair inancıdır. Özellikle sağlık taramaları gibi ikincil koruma davranışlarına uyumun en önemli belirleyicisidir.

Algılanan duyarlılık: Bireyin hastalığı geçirme olasılığına ait değerlendirmesidir. Olasılığın yüksek olduğunu düşünen bireyler sağlıklı yaşam davranışlarına daha çabuk ve kolay uyum gösterirler.

Algılanan engel: Bireyin yeni davranışa uyum sağlamasına neyin engel olacağı hakkındaki görüşüdür. Davranış değişikliğini etkileyen en önemli faktördür.

Aksiyon İşareti: Bireyi yaşam tarzını değiştirmeye itebilecek olaylar, bireyler gibi durumlardır. Bunlara örnek olarak, aileden birinin ölümü, sağlık kampanyaları verilebilir.

Öz yeterlik: Kişinin bir şeyler yapabilme konusunda kendisine olan inancıdır.

Çeşitli değişkenler: Bireyin değişikliğe uyum sağlayıp sağlamaması konusunda etkili olabilecek yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi gibi kişisel faktörlerdir (20,21).

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.3.1. Sağlıklı Beslenme

UNESCO, kötü beslenmeyi bir eğitim israfı olarak tarif etmektedir. Beslenme konusundaki araştırmalar, yetersiz beslenme kadar, aşırı beslenmenin de sağlığı ve yaşam süresini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. İnsanlar zenginleştikçe kronik beslenme yetersizliği durumundan, aşırı beslenme durumunda geçmektedir. Bunun sonucunda daha önce o toplumlarda ender görülen hastalıkların sıklığında artış olmaktadır. Başka bir deyişle beslenme şekline göre sağlık sorunları şekil değiştirmektedir (15).

Beslenme, beyin gelişimini ve çalışmasını etkilemektedir. İnsan beyni anne karnında ve doğumdan sonraki ilk üç yılda gelişimini büyük ölçüde tamamlamaktadır. Bu dönemde, beslenmede yapılan hatalar, beyin yapısında ve çalışmasında bazı eksikliklere neden olmakta, bu da zihin yeteneklerini olumsuz etkilemektedir. Beyinde üretilen uyarı ileticileriyle etkileşimleri sonucu öğrenme diğer zihni faaliyetler gerçekleşmektedir. Gerek hücrelerin oluşumu ve çalışması, gerekse uyarı ileticilerinin yapımı; beyne, düzenli, gereken miktar ve kalitede enerji kaynağı 12 protein, vitamin ve minerallerin sağlanması ile mümkün olmaktadır. Bunların gereğinden az ya da çok olması, beynin çalışmasını dolayısıyla bireyin çalışmasını olumsuz yönden etkilemektedir (15,16,24).

Besin ve Besin Öğeleri

Yenilebilen ve yenildiğinde yaşam için gerekli besin öğelerini sağlayan bitki ve hayvan dokuları besin olarak tanımlanır. Besinlerin içinde bulunan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere de besin öğeleri denir.

Besin Öğeleri ve Vücut Çalışmasındaki Etkinlikleri

Besinlerin bileşiminde yer alan 50 ye yakın besin ögesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre 6 grupta toplanabilir. Bunlar; proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur.

Proteinler

Yetişkin insan vücudunun ortalama %16'sı proteinlerden oluşmuştur. Proteinler sindirim kanalında yapı taşları olan aminoasitlere ayrılarak kana geçerler ve kanla karaciğere taşınırlar. Burada tekrar belirli düzen içinde birleşerek vücut doku proteinlerini yaparlar. Protein aynı zamanda vücutta enerji kaynağı olarak da kullanılır. Proteinler hücrelerin esas yapısını oluştururlar. Belirli hücreler birleşerek vücut dokuları ve organları yapılırlar. Böylece, protein, büyüme ve gelişme için başta gelen besin ögesidir. Birçok hücre zamanla ölür ve yenileri yapılırlar. Bu nedenle proteinler, hücrelerin sürekliliği için de başta gelen besin ögesidir. Vücudun savunma sistemlerinin, vücut çalışmasını düzenleyen enzimlerin, bazı hormonların da esas yapıları proteindir.

Yağlar

Yetişkin insan vücudunun ortalama %18'i yağdır. İnsan, harcadığından çok yediğinde vücudun yağ oranı artar, harcadığından az yediğinde ise azalır. Bu nedenle vücut yağı insanın başlıca enerji deposudur. Enerji yeterli alınmadığında vücut bu depoyu kullanır. Yağ en çok enerji veren besin ögesidir. Vitaminlerin bir bölümü vücutta yağla alınır. Yağ mideyi yavaş terk ettiğinden doyumluk verir. Deri altı yağı vücut ısısının hızlı kaybını önler. Yağın yapı taşlarının bazıları, vücudun düzenli çalışmasında etkinliği olan bazı hormonların yapımı için gereklidir.

Karbonhidratlar

Yetişkin insan vücudundaki toplam karbonhidrat miktarı %1'in altındadır. Karbonhidratların başlıca etkinliği enerji sağlamalarıdır. Günlük enerjinin çoğu karbonhidratlardan sağlanır. İnsan vücudunda karbonhidratlar çok az miktarda glikojen olarak depolanır ve gerektiğinde glikoz olarak salınır. Glikojen en çok karaciğerde yer alır. Diğer oranlarda ve kaslarda da bir miktar glikojen bulunur. Depo şeklinde bulunan glikojen vücut dokuları için kesintisiz enerji kaynağı olan kan glikozunun belirli düzeyde tutulması için gereklidir.

Mineraller

Yetişkin insan vücudunun ortalama %6'sı minerallerden oluşmaktadır. Başta kalsiyum ve fosfor olmak üzere minerallerin bir bölümü iskelet ve dişlerin yapı taşıdır.

Diğer bir bölümü (sodyum, potasyum gibi) vücut sıvılarının dengede tutulmasını sağlar. Bazı mineraller örneğin demir, vücutta besin öğelerinden enerji oluşması için zorunlu olan oksijenin taşınmasında gereklidir. Bazı mineraller de vücudun çalışmasını düzenleyen enzimlerin bileşiminde yer alırlar. Bazıları da (çinko, selenyum) immün sisteminin yeterliliğinde kullanılırlar.

Vitaminler

İnsan vücudunda oldukça az miktarlarda bulunmasına karşın vitaminlerin vücuttaki etkinlikleri oldukça fazladır. Bunların bir bölümü (B grubu), besinlerle aldığımız karbonhidrat, yağ ve proteinden enerji ve hücrelerin oluşması ile ilgili biyokimyasal olayların düzenlenmesine yardımcı olurlar. D vitamini, kalsiyum ve fosfor gibi minerallerin kemik ve dişlerde yerleşmesine yardımcıdır. Bazı vitaminler de (A, E, C) vücut hücrelerinin hasarını önleyerek normal işlevlerini sürdürmeleri ve bazı zararlı maddelerin etkilerinin azaltılmasında (Antioksidan etki) yardımcıdırlar.

Su

Besinlerin sindirimi, dokulara taşınması, hücrelerde kullanılması sonucu oluşan zararlı atıkların atılması ve vücut ısısının düzenlenmesi için gereklidir. Vücutta bütün kimyasal olaylar çözelti içinde olduğundan, vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur.

Besin grubu örnek gıdalar

Merkezi Amerika'da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Besinlerin dört grup altında toplanması ve bu gruplardan tüketilecek miktarların belirlenmesi ve günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlamaktadır.

Süt grubu

Süt yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süt tozunda yapılan besinlerdir. Bu besinler protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır

Et-Yumurta-Kurubaklagil Grubu

Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kurufasulye, nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu grup protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa (kurubaklagiller) içerir.

Sebze ve meyve grubu

Bitkilerin her türlü yenilebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitaminin ön ögesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler.

Ekmek ve Tahıl Grubu

Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tahıllar, protein de içerir. Bu proteinin kalitesi düşük olmakla birlikte kurubaklagiller ya da et, süt, yumurta gibi besinlerle bir arada tüketildiklerinde protein kalitesi arttırılabilir.

Ayrıca Tahıllar B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden zengin, özellikle B1 vitaminin (tiamin) en iyi kaynağıdır. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunur (19). Besin öğeleri vücudun gereksinim düzeyinde alınmadığında yetersiz beslenme oluşur

Yetersiz beslenmenin yol açtığı sağlık sorunları şöyle özetlenebilir

- Verimsizlik, tembellik, işe ve okula devamsızlık.
- Dikkat azalması, öğrenme güçlüğü ve iş kazaları
- Hastalıklara direncin azalması,
- Hastalıkların iyileşme süresinin uzaması,
- İlaç etkinliğinin azalması,

- Büyüme ve gelişme geriliği
- Gereğinden çok alınan besinlerdeki enerji, yağ olarak birikerek, bedenin fiziksel uygunluğunu bozar. Bunun sonucunda organların çalışma düzeni bozulur (18).

Aşağıda bazı beslenme alışkanlıklarının zemin hazırladığı (risk oluşturduğu) sağlık bozuklukları özetlenmiştir:

- Tuzlanmış, tütsülenmiş, yakılmış besinlerin fazla tüketimi, mide kanserleri,
- Nitrit ve nitratlarla muamele edilmiş besinlerin fazla tüketimi sindirim sistemi kanserleri.
- Küflü besinlerin tüketimi, karaciğer kanserleri ve sinir sisteminde bozukluklar.
- Taze sebzelerin yanlış pişirilmesi C vitamini yetersizliği,
- İyotlu tuzun kullanılmaması endemik guatr (23).

2.3.2. Kendini Gerçekleştirme

Psikologlara göre insan davranışlarını yöneten en önemli güdü "Kendini Gerçekleştirme" güdüsüdür. Hümanistik psikologlar beslenme, korunma, nesli sürdürme gibi fizyolojik ihtiyaçların önemini inkâr etmemekle, hatta bunları temel saymakla birlikte, insanın insan olarak daha üst düzeyde bazı ihtiyaçları olup bunları doyumaya çalıştığını ileri sürerler. Bu üst düzeydeki ihtiyaçlar, saygı görmek, bilgi edinmek, güzellikten zevk almak gibi salt insana özgü ihtiyaçlardır. Maslow'un tümüne "gelişme ihtiyaçları" (growthneeds) dediği bu yüksek seviyedeki ihtiyaçlar ancak temel ihtiyaçlar doyurulduktan sonra ortaya çıkabilirler (24, 25).

Psikologlara göre sağlıklı insan, benliğini toplumsal otorite içinde eriten, yok eden, topluma pasif uyum gösteren insandan farklı olarak, kendi öz duygu ve ihtiyaçlarını doğrultusunda hareket eden, sahip olduğu gizil güçleri gerçekleştirmeye çalışan, fakat bunu yaparken toplumla ciddi olarak çatışma haline düşmeyen insandır (25,26).

2.3.3. Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk, kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi anlamına gelmektedir. Hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Örneğin, kişiler aşılmanın önemini kavramış olurlarsa, aşılama talebi ile sağlık kuruluşlarına kendiliklerinden gelirler ve bu hizmet kolaylıkla verilir. Ters durumda, sağlık personelinin aşılammamış kişileri bulması ve evlerine giderek onları aşılması gerekir ki, bu uygulama bağışıklama hizmetlerini aksatır ve bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınamaz (26).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Bu kavram, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması,
- Tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir (27).

2.3.4. Egzersiz Alışkanlığı

Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, “spor” kelimesi ile eşanlamlı olarak algılanmaktadır. Oysa fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı

şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanısıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir.

Fiziksel aktivite, her yaşta sağlığa yararlıdır. Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, yaşlılıklarında aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında bir başka deyişle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir.

A- Kas İskelet Sistemi Üzerindeki Etkileri:

- Kas kuvvetinin korunması ve artırılması,
- Kas tonusunun korunması ve düzenlenmesi
- Vücut segmentlerini hareket ettiren aksi grup kaslar arasındaki dengenin sağlanması,
- Kas - eklem kontrolünü artırarak stabilitenin sağlanması,
- Eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması,
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin korunması ve artırılması (fleksibilite),
- Hareket alışkanlığının ve fiziksel aktivite toleransının artması (kondisyon ve dayanıklılık),

B- Diğer Vücut Sistemleri Üzerine Etkileri:

- Kalbin dakikadaki atım sayısı azalır, kalbin ritmi düzenlenir,
- Kalbin boşluklarında genişleme meydana gelir ve bir atımda pompalanan kan miktarında artış olur,
- Damarların kan akışına olan direnci azalır ve kan basıncı düşer,
- Damar yapısının elastikiyetini artırır,
- Kadınlarda menopoza girme başlangıç yaşını geciktirir, menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde yardımcıdır
- Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans (bunama) ve unutkanlık gelişim riskini azaltır (28).

2.3.5. Kişilerarası İlişkiler

İnsanlar iletişimi kendilerini anlayabilmek, başkalarına anlatabilmek, başkalarını tanımak ve etkilemek amacıyla kullanırlar. İletişim kişilerarası ilişkileri, örgütleri, toplumları oluşturan ve bir arada tutan temel etkidir. Toplumsal yaşam içinde bireyin benliğini var edebilmesi ve başkalarıyla birlikte bir işi gerçekleştirebilmesi ancak iletişimle olanaklıdır. Birey kendi deneyimleri kadar, iletişim yoluyla başkalarının deneyimlerinden de yararlanarak yeni bilgi ve becerilere ulaşır (29).

Kişilerarası etkileşimde önemli bir çok faktör vardır. En önemlilerinden biri de duygu olan “öfke”dir (70). Öfke uyandıran durumlara karşı her bireyin kendine özgü bir baş etme ve duyguyu ifade etme şekli bulunmaktadır. Buna göre, uyumlu ve etkili bir kişiler arası tarzı olan bireyler öfkeye neden olan durumları çözümlayebilmektedirler (71). Öfke, gerek ruhsal iyilik hali açısından, gerekse depresyon açısından önemli bir sorun olarak ele alınmaktadır (72). Kuramsal yaklaşımlar ve özellikle de psikoanalitik görüş, bastırılmış öfkenin depresyona yol açabileceğini ifade ederken, ilgili çalışmalarda genellikle içe ve dışa yönelik öfke incelenmiştir (30)

Bireyin kendisiyle ve çevresiyle sağlıklı/dengeli kişilerarası ilişkiler kurabilmesi, bu özelliklerinin uyumlu olmasına bağlıdır. Bu bağlamda uygun ya da uygun olmayan yöntemlere dayalı problem çözme becerileri kişilerarası ilişkilerde farklı içeriklere sahiptir (31). Problem çözme konusunda yeterli beceriye sahip kişiler; başarısızlıklarının nedenlerini araştıran, başarısızlıkla sonuçlanan çabalarından dolayı ümitsizliğe düşmeyen, problemi çözmede etkili olan faktörleri belirleyen kimselerdir (31).

2.3.6. Stres Yönetimi ve Stresle Baş etme

Modern stresle başa çıkma araştırmaları, 19. yüzyılın sonundaki psikoanalitik teori çalışmalarına ve özellikle de Freud’a dayanır. Freud’un çalışmalarının çoğu, bireylerin hoş gitmeyen hislerini ve duygularını bastırarak ya da savunma mekanizmalarını kullanarak aşmaya yönelik olmuştur (32).

Stres, bireyin, elindeki mevcut imkanlarla basa çıkmasının zor ve imkansız olduğunu değerlendirdiği durumlarda ortaya çıkan ve sağlığını tehdit eden, kendisi ile çevresi arasındaki özel bir ilişki olarak tanımlamaktadır (32).

Stres tepkisi uyarıcının algılanması ile değil, uyarıcının zihinsel bir yorum sonucunda tehlikeli olduğu kararına varılması ile başlamaktadır (30). Ardından ortaya konacak stres tepkisi, çevresel ve kişisel özellikler çerçevesinde, bu zihinsel değerlendirme ve başa çıkma süreçleri ile şekillenmektedir (41).

Stres kaynaklarından bahsedecek olursak şu şekilde sıralayabiliriz.

- Fiziki çevreden kaynaklanan stres ,
- İş ve meşguliyet konusundan kaynaklanan stres,
- Psiko-sosyal özelliklerden kaynaklanan stres,
- Olumlu ve olumsuz stresler,
- Kısa süreli ve uzun süreli stres

Birey stres altında iken üç aşamadan geçmektedir. Bunlar; alarm, direnç ve tükenme aşamalarıdır. Bu bölümde bu üç aşama ayrı ayrı incelenecektir. Alarm aşaması; periferik sempatik-adrenal medulla sistem ve hipotalamik hipofiz-adrenokortikol sistemin aktivasyonunu içerir. Bu aşama Cannon'un yıllar önce belirttiği "savaş ya da kaç" tepkisinin olduğu aşamadır (33,34). Hipotalamus stresi algıladıktan sonra adrenokortikotop adı verilen hormonu salgılar. Bu hormon en önemli stres hormonudur. Ayrıca adrenal korteksten kortizol adı verilen hormon da salgılanır. Tüm bunlar beynin hipotalamik hipofiz adrenal salgı aktivitesini etkiler (33,34). Stresle mücadele edebilmek için; kan basıncı artar, kalp atışı ve soluk alıp verme hızlanır, daha iyi görmek için göz bebekleri küçülür, vücutta depo olarak bulunan glikojen glukoza dönüşür, adrenal ve noradrenalin salgısı artar, kaslara oksijen taşımak üzere alyuvarlar organizmaya dağılır, sindirim sistemi yavaşlar, saçlar ve vücut kılları dikilir (34).

Direnç aşaması ikinci aşama olup, burada vücut strese karşı direnir. İkinci tepkide ise, vücut stresin etkilerine uyum sağlar. Bu aşama alarm aşamasının karşı aşaması olarak bilinir. Yani organizmanın alarm tepkisi sırasındaki belirtileri ortadan kaldır (35,36). Direnç aşaması serbest bırakılan hormonların yol açtığı ve çevresel stres altındaki homeostatik bakımı yansıtan lokal doku adaptasyon tepkilerini içeren

bir aşamadır (33). Yüz yüze olduğu bu stres verici duruma karşı direncini yükseltmiştir. Bu durumdan kaçmak ya da ona uyum sağlamak zorunda olduğundan başka stres vericilere direnci düşer. Organizmanın direnme aşamasında geçirdiği belirgin özellikler, sürrenal korteksin hacminde büyüme ve hareketinde artış, timüs ve diğer lenflerle ilgili organlarda küçülme ve birinci evreye ait belirgin özelliklerin çoğunda bir yön değiştirme olarak ortaya çıkmaktadır (31).

Üçüncü aşama olarak tükenme aşamasında, parasempatik sinir sistemi etkindir. Birey tükenmiştir ve stres kaynağı hala mevcuttur. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez ve birey başka stres kaynaklarının etkilerine de açık hale gelir (39,40).

Tükenme aşamasının belirtileri; kronik baş ağrıları ve yorgunluk duygusu, uyuyamama ve uyanma zorluğu, aşırı yeme, kas ağrıları, göğüs ağrıları, kabus görme, hazımsızlık, aşırı alkol tüketimi, bitkinlik, baş dönmesi, bulantı, yüksek kan basıncı, sinirli hareketler, paniğe kapılma, olaylar karşısında aşırı duyarlılık ve kalp çarpıntısı gibi belirtilerdir (37,39).

Stresle başa çıkma Lazarus ve Folkman'a (1984) göre, stres veren durum karşısında, bireyin kaynaklarını aşan, özgül, içsel ve dışsal taleplerin üstesinden gelmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (41). Stres, bireyin, elindeki mevcut imkanlarla başa çıkmasının zor ve imkansız olduğunu değerlendirdiği durumlarda ortaya çıkan ve sağlığını tehdit eden, kendisi ile çevresi arasındaki özel bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (42).

Bireysel olarak kullanılan bazı yollar, stresle başa çıkmada önemli bir yer tutmaktadır. Bu yolların ortak yönü, neredeyse tümünün bireysel alışkanlıklar ile fiziksel, psikolojik ve davranışsal yapıların kontrol altına alınmasını öngörmeleridir. Böylece bedende başlayan ve zararlı olan stres tepkisi karşı önlemler alınarak etkisiz kılınmaya çalışılmaktadır (39). Beden ile ilgili olarak yapılacak olan başa çıkma yolları santral sinir sistemi ve sempatik sinir sistemi üzerine etki ederek, stresin beden üzerindeki olumsuz etkilerini kontrol altına almaya yararlar. Bu yollar; fizik egzersizi, solunum egzersizi, gevşeme teknikleri, biyolojik geri besleme, beslenme alışkanlıkları, dinlenme ve uykudur (43). Stresle başa çıkma konusunda öne sürülen ve etkili olan zihinsel yollar; problem çözme becerileri, bilişsel yeniden yapılandırma, zaman yönetimi ve iletişim becerileridir. Problem çözme becerilerinin

yeteri kadar iyi bilinmemesi birtakım sorunlara yol açmaktadır. Özellikle depresyon, kaygı, umutsuzluk gibi olumsuz duygularla birebir ilişkilidir.

Zaman yönetimi, stres yaşantısını azaltmada etkilidir, çünkü zaman çoğu birey için önemli düzeyde strese yol açmaktadır. Zaman, sahip olduğumuz diğer kaynaklardan farklıdır. Üzerinde kontrol sahibi olabildiğimiz, gerektiğinde kullanmak için az harcayarak biriktirebildiğimiz diğer kaynaklara benzememektedir. Geçen zamanın yakalanması ve yeniden sahiplenilmesi mümkün değildir. Bu özelliği nedeniyle zaman, özellikle ulaşılmak istenen belli amaçlar ve yerine getirilmesi gereken belli görevler olduğu durumlarda önemli bir stres kaynağı haline gelmektedir. Böyle bir durumda olaylar, yapılacak işler gerçekte olduğundan çok daha tehdit edici olarak algılanabilir (44).

Hem öğrencilikte hem mesleki yaşamda, mesleki danışma gereksinimi de olabilir. Eğer bir hekim veya tıp öğrencisi kendi kendine stresle başa çıkma tekniklerini yeterince uygulayamıyorsa, psikoanaliz veya destekleyici psikoterapi alabilmelidir. Hekimler genelde profesyonel yardımdan çekinirler ancak önemli bir zararı önlemekten kaçınmamaları gerekir (45).

2.4. Hasta Hekim İletişimi

Tıp uygulamasındaki hataların çoğu iletişim eksikliğinden kaynaklanır. Bunlardan biri hekimin hastanın ne demek istediğini anlamakta yetersiz kalmasıdır. Bir diğeri de kendisinin ne söylemek istediğinin hastaya iletmesinde yetersiz kalmasıdır. Bu yanlış anlamalar hekim ve hastalarda düş kırıklığı, moral bozukluğu, hastanın memnuniyetsizliği, tıbbın etkinliğinde azalmasına neden olur. Etkin iletişim esastır. Öncelikle hastanın sorunun anlamışsak bunu izleyen öykü tetkik tanı ve tedavi ve vb her şey yanlış olabilir. Tanı ve tedavi teknik olarak doğru olsa bile bunların hastaya iletme biçimi hastaların vereceği yanıt açısından önem taşımaktadır. Daha fazla iletişim tedavi edici ilişkinin temel taşıdır.

Hekim ve hasta arasındaki iletişim bazen önemli ayırt edici özelliklere sahiptir. İletişim genellikle birini tanıyan daha önce benzer deneyimleri paylaşmış ve ailenin diğer üyeleri ile olan ilişkileri gibi başka ortak ilişkilere sahip bir hasta ve hekim arasında kurulur.

Hekim ve hasta arasındaki birçok görüşme hastanın belirtilerini açıklamasıyla başlar. Bununla birlikte gördüğümüz kadarıyla hastaların çok büyük bir kısmında fizik bulgular ve test sonuçları normal olmasına rağmen bazı semptomlar vardır. Fizik bulguların ve anormal test sonuçlarının varlığında bile, doğru tanının yolu fizik bakı ve tetkiklerden çok öyküye dayanır. Bu nedenle hastanın belirtilerini anlamak esastır.

Semptomlar, anormal olarak algılanan duyuların hasta tarafından tanımlanmasıdır. Tanımı gereğince, semptomlar öznel ve deneysel yöntemlerle doğrulukları kısıtlamaz biz hastaların gerçekten ağrı duyduğunu kanıtlayacak nesnel bir tanı yoktur. Ancak bu hastanın semptomlarının ne anlama geldiğini anlamaya yönelik kesin yöntemler uygulayamayacağımız anlamına gelmez, bu yöntemlerin dikkatli dinleme karşılıklı konuşma yardımıyla anlamın ayrıştırması ve seçim yanlılığından kaçınılmasıdır (46,47,48).

Semptomlar -hastanın hastalık, stres ya da rahatsızlık duygularını yansıttığı - bir iletişim biçimidir. Vücut işlevleriyle ilgili bilgi sürekli olarak sinir sistemi aracılığıyla vücudun ön düzenlenmesine temel oluşturan bilgide kimyasal iletiler yardımıyla beyne iletilmektedir. Normal olarak biz bu mesajların farkında değiliz. Kalp hızı, kan basıncı ve postürde düzenlemelere yardımcı olan sinyaller, olağan koşullarda bilinçaltı düzeyde algılanır ve temsil eder. Benzer şekilde normalde sindirim ve solunum gibi vücut işlevlerinin de farkında olmayız. Olağandışı durumlarda sinyaller bilinç düzeyine ulaşır ve yorumlanmaları ya da şifrelerin çözülmesi gerekir. Sinyallerin şifresinin nasıl çözüldüğü hastanın geçmişteki deneyim ve kültür de dahil olmak üzere, bir dizi faktöre dayanır.

Sabah uyanma sırasında hissedilen bir göğüs ağrısıyla bozulduğunu varsayalım, önce bir kaygı anı yaşanır. Sonra göğüs bölgesinde düşme sonucunda bir darbe aldığını anımsar. Bu açıklama bir rahatlama sağlar. Diğer yandan böyle bir açıklama var olmayabilir. Belki de bunun yerine belleğimizde bir meslektaşın göğüs ağrısını izleyen ciddi bir kalp krizi geçirdiği bilgisi vardır. Duyulan kaygı sonucu hekim başvurusu gerçekleşir. Başvuru yakınması kaygı olmayıp büyük olasılıkla ağrıdır. Fakat işler daha çok karışık olabilir. Kaygı sözcüklerle ifade edilmese bile vücut diliyle -yüz ifadesi, mimikler, kalp hızı ve benzeri gibi-ifade edilebilir. İyi bir gözlemci olan hekim bu işaretlerden duyguyu tanıyabilir (49,50).

Semptomlara, göğüs ağrısının myokard enfarktüsünün belirtisi olduğu şekilde başka anlamlar verilmesi sık görülen bir durumdur. Öte yandan tolerans az olan ve en ufak bir rahatsızlıkta hekime başvurular da vardır. Elbette, arkadaşı myokard enfarktüsünden öldüğü için tipik olmayan bir göğüs ağrısıyla hekime başvuran örneğinde olduğu gibi başvuru için çok neden bulunabilir (51). Hekimin iyi anamnez alması ve hastaya yarar sağlaması, etkin hasta-hekim iletişimi olmasıyla mümkündür.

2.5. Tıp Eğitimi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ülkemizde ve tüm dünyada tıp eğitiminin niteliği konusunda tartışmalar sürmektedir. Yaşam boyu süren tıp eğitiminin temeli, mezuniyet öncesi dönemde atıldığından bu dönemin titizlikle belirlenmiş, ulaşılabilir, ölçülebilir amaç ve hedefleri olmalıdır.(52)1988 Edinburg Bildirgesi'nde uygun eğitim ortamının sağlanması, eğitimin aktif, sürekli, multidisipliner ve yeterliliğe dayalı olması, teorik ve klinik uygulamaların entegre edilmesi, tıp öğrencilerinin seçiminde bütüncül yaklaşım gibi konularda ciddi önerilerde bulunduğu bildirilmiştir (52). Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi Sağlık ve Eğitim Bakanlıkları temsilcileri 1988 Lizbon toplantısında ulusal tıp eğitimi politikalarının tanımlanması, sağlık ve eğitim sektörlerinin sıkı bir iş birliği yapması, hizmet içi sürekli eğitimin sağlanması, sağlık hizmetlerinin verildiği birimlerin kullanılması gerekliliğini rapor edildiği bildirilmiştir (54).

Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitiminin temel amacı 1988 Edinburg Bildirgesi'nde belirtildiği gibi “tüm insanların sağlık düzeylerini yükseltecek hekimler yetiştirmektir.”(55). Öğrencilere aktarılacak bilginin niteliği, veriliş şekli ve sonuçta bu bilginin davranış şekline yansıtacak şekilde olması bu eğitimin başarılı olduğunun göstergesi olacaktır (54).

2000 yılında, yaklaşık 4,8 milyon insanın sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Genç erişkinler bağımlılık oluşturan sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı açısından en riskli grubu oluşturmaktadır (55).

Sigara ile olan mücadelede ilerleme gösteren ülkelerin tamamında, hekimlerin sigara ile mücadelede aktif bir şekilde görev aldığı görülmektedir. Bu nedenle sigara ve tütün bağımlılığı ile yapılan mücadeleye ilk olarak topluma örnek olması gereken hekimlerle başlanması önemlidir. Sigara içme davranışı açısından topluma rol model

olmada kritik pozisyonda olan hekimlerin sigara bıraktırma konusunda verecekleri danışmanlıklar, kendi sigara içme davranışlarıyla birlikte değerlendirileceği dūřünölmelidir (56).



3. GEREÇ YÖNTEM

Çalışmamız, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi bölümünde okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları ve hekimlik ile ilişkisi, ilgili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmış kesitsel bir çalışmadır. Çalışma Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan (22/11/2017 tarih ve 2017/19 karar numarası) alınan onay doğrultusunda yapılmıştır.

3.1. Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni, 2017-2018 eğitim-öğretim yılı içinde Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler alınmıştır. Sağlıklı yaşam davranışlarına bakış açısında farklılık olabileceğinden fakültenin farklı sınıftaki grupları alınmıştır. Bunlar birinci, üçüncü ve altıncı sınıf öğrencileri olarak belirlenmiştir.

Örneklem olarak bu sınıftaki tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

1. sınıfta eğitim gören 204 öğrencinin 140'ına, 3.sınıftan 147 öğrencinin 111'ine ve 6. sınıfta 94 öğrencinin 87'sine ulaşılmıştır.

Toplam 445 öğrencinin 338'ine ulaşılmıştır

Verilerin toplanmasında öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hekimlik ile görüşleri sorgulayan bir anket ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeği kullanıldı.

3.2. Veri Toplama Araçları

52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği- II (Health Promotion Life-Style Profile-II) ile sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları ve hekimlik ile ilgili görüşlerini içeren 42 sorudan oluşan anket formu öğrencilere dağıtılarak veri toplanmıştır. Anketler, öğrencilerin eğitim gördüğü alanlarda belirlenen tarihlerde ön bilgilendirme yapılması ve ankete katılma konusunda fikirleri alındıktan sonra toplu halde dağıtılıp öğrencilerce doldurulmuştur. Anketler Kasım 2017–Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği II olarak adlandırılmıştır (68). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam 52 sorudan oluşmaktadır. 4'lü Likert şeklinde olup, “hiçbir zaman”, “bazen”, “sıklıkla” ve “daima” olarak yanıtlanmaktadır. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sıklıkla 3 ve daima 4 puana karşılık gelmektedir. Testte toplamda en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Ölçek 6 alt faktörden oluşmaktadır.

3.3.1. Sağlık Sorumluluğu

Bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

3.3.2. Fiziksel Aktivite

Hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. (Fiziksel aktivite alt ölçeği numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

3.3.3. Beslenme

Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

3.3.4. Manevi Gelişim

İç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma,

evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir (Manevi gelişim alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

3.3.5. Stres Yönetimi

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

3.3.6. Kişilerarası İlişkiler

Başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. (Kişilerarası ilişkiler alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

3.3.7. Sosyodemografik Form

İçerik olarak bakıldığında formda, öğrencilerin kaçınıcı sınıfta öğrenim gördüğü, yaş, cinsiyet, boy, kilo, aile gelir durumu, sağlığı hakkında görüşü, ilaç kullanıp kullanmadığı, ailede ve kendisinde kronik bir hastalık olup olmadığı, beslenme alışkanlığı, sigara-alkol alışkanlığı, fiziksel aktivite yapıp yapmadığı, stresle başa çıkma yolları, hasta-hekim ilişkisiyle ilgili görüşleri içeren 42 soru bulunmaktadır.

3.3.8. İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel değerlendirme SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama±standart sapma, sözel yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,

sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler bakımından üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlanıyor ise tek yönlü varyans analizi, sağlanmıyor ise Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Tek yönlü varyans analizinde gruplar arasında fark bulunduğunda grupların ikişerli karşılaştırılması çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey Testi ile, Kruskal-Wallis varyans analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması ise Dunn testi ile yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki doğrusal ilişki parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson korelasyon analizi ile, sağlanmadığında ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi ve tüm değerlendirmeler için $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmada toplamda katılımcı sayısı 338 olup; birinci sınıfa giden öğrenci sayısı 140 (%41,4), üçüncü sınıfa giden öğrenci sayısı 111 (%32,8), altıncı sınıfa giden öğrenci sayısı ise 87 (%25,7) idi. Tablo1 de gösterilmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin sınıflara göre dağılımları

	N	Yüzde (%)
1.Sınıf	140	41,4
3.Sınıf	111	32,8
6.Sınıf	87	25,7
Toplam	338	100,0

Katılımcıların 137'si (%40,5) erkek, 201 (%59,5) kadındır. Öğrencilerin 1'i evli (%0,3) 332'si bekar (%98,2), 5'i (%1,5) ise diğer tercihi işaretleyenlerdir (nişanlı vb). Öğrencilerin yaş ortalaması $21,2 \pm 2,5$ cm, boy ortalaması $169,5 \pm 8,2$ cm, kilo ortalaması ise $64,5 \pm 12,1$ kg vücut kitle indeksi (BMI) ortalaması $22,3 \pm 3,1$ idi. BMI hesaplaması sonucu, öğrencilerin 57'i (%16,8) zayıf, 231'si (%68,3) normal, 39'u (%11,5) aşırı kilolu ve 11'i (% 3,2) ise obez olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin doğum yerlerine göre en fazla öğrenci sayısı 103 öğrenci ile Marmara Bölgesi'nde (%30,5), en az öğrenci ise 6 öğrenci (%5,3) ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndendir. Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Öğrencilerin coğrafi bölgeye göre dağılımları

Bölge	N	Yüzde (%)
Karadeniz Bölgesi	76	22,5
Marmara Bölgesi	103	30,5
İç Anadolu Bölgesi	60	17,8
Ege Bölgesi	42	12,4
Akdeniz Bölgesi	26	7,7
Doğu Anadolu Bölgesi	15	4,4
Güneydoğu Anadolu bölgesi	6	1,8
Yurtdışı	10	3
Toplam	338	100,0

Öğrencilerin yaşadıkları yere bakıldığında; 77'si (%27,8) devlet yurdunda, 84'ü (%24,9) özel yurttta, 41'i (%12,1) ailesi ile evde, 52'si (%15,4) arkadaşları ile evde, 84'ü (%24,9) tek başına evde ikamet etmektedir.

Öğrencilerin annelerinin meslekleri şu şekilde; 197'si (%58,3) ev hanımı, 81'i (%24) memur, 9'u (%2,7) işçi, 13'ü (%3,8) serbest meslek, 29'u (%8,6) emekli, 9'u (%2,7) ise diğer mesleklerdendir.

Öğrencilerin babalarının meslek durumları sorulmuştur. 136'sı (%42,2) memur, 42'si (%12,4) işçi, 4'ü (%1,2) çiftçi, 56'sı (%16,6) serbest meslek, 86'sı (%25,4) emekli, 7'si (%2,1) ise diğer mesleklerdendir. 7 baba (%2,1) işsizdir.

Öğrencilere aile gelir durumları şu şekilde; 214'ü (%63,4) gelirlerin gidere denk olduğunu, 93'ü (%27,5) gelirin giderden fazla olduğunu, 31'i (%9,2) ise aile gelirinin giderden az olduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilerde kronik hastalığın varlığı durumuna bakıldığında; 276 öğrencide (%81,6) kronik bir hastalık bulunmadığını, 38 öğrencide (%11,2) var olduğu bildirilmiştir, 24 öğrenci (%7,1) ise bu soruya bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Kronik hastalıkları için ilaç kullanan öğrenciler 35 (%10,4), 303 öğrenci (%89,6) ise herhangi bir ilaç kullanmadığını bildirmektedir.

Sağlık durumlarını nasıl algıladığı konusunda, 50'si (%14,8) mükemmel, 180'i (%53,3) iyi, 102'si (%30,2) ortalama ve 6'sı (%1,8) sağlıklarının kötü yanıtını vermiştir. Çok kötü şıkkını hiçbir öğrenci işaretlememiştir.

Ailesindeki kronik hastalık varlığı sorgulandığında, 114'ü (%33,7) ailelerinde kronik hastalık olduğunu, 186'sı (%55) olmadığını ve 38'i (%11,2) bu konuda bilgisinin olmadığını ifade etmiştir.

76 öğrenci (%22,5) sigara içmekte, 259'u (%76,6) içmemektedir. 3 öğrenci (%0,9) ise sigarayı bırakmıştır. Günlük sigara içme sayıları Tablo 3'de belirtilmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin günlük sigara içme sayıları.

Sigara Sayısı	N*	Yüzde (%)
0	261	77,2
1-5	17	5,0
6-10	23	6,8
11-20	32	9,5
20'den fazla	5	1,5
Toplam	338	100,0

Katılımcıların 182'si (%53,8) stresli olduğunu, 141'i (41,7) zaman zaman stres yaşadığını söylemektedir. 15'i (%4,4) hiç stres yaşamadığını belirtmiştir.

Stresle başa çıkmak için en yüksek oranda (%57,4) sevdikleriyle vakit geçirdikleri görülmüştür. Diğer sonuçlar Tablo 4'dedir.

Tablo 4: Öğrencilerin stresle başa çıkmak için yaptığı aktiviteler.

	N	Yüzde (%)
Düşünmemeye Çalışırım	157	46,4
Hobilerimle Uğraşırım	157	46,4
Sevdiklerimle Vakıt Geçiririm	194	57,4
Alkol, sigara kullanırım	56	16,6
İlaç Kullanırım	5	1,5
Yemek Yerim	132	39,1

*Birden fazla seçim yapılabilirdi için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Öğrenciler kendilerini hasta hissettiklerinde ne yaptıkları konusunda en sık oranda (%44,7) doktora başvurma olduğu belirtilmiştir. Ayrıntılı şekilde Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5: Öğrencilerin kendilerini hasta hissettiklerinde yaptıkları

	N	Yüzde (%)
Doktora başvurmak	151	44,7
İlaç Kullanmak	27	8
Bitkisel Tedavi Uygulamak	20	5,9
İstirahat Etmek	121	35,8
Hiçbir şey yapmam	18	5,3
Diğer	1	0,3

Hekimlik hayatında başarılı olmak istedikleri konu ise en yüksek oranda (%93,5) tanı ve tedavide, en az oranda ise (%38,2) sağlık sistemine uyumdur (Tablo 6).

Tablo 6: Öğrencilerin hekimlik hayatında başarılı olmak istedikleri konular

	N	Yüzde (%)
Tanı ve tedavi	316	93,5
İletişim	254	75,1
Sağlıklı yaşam için motivasyon	195	57,7
Sağlık sistemine uyum	129	38,2
Meslektaşlarla uyum	129	38,2
Etik konular	153	45,3
Sosyal prestij	139	41,1

Hastaların hekimlerin davranışlarından etkilenip etkilenmediği sorusunu, öğrencilerin 332'si (%98,2) hastaların hekimlerden etkilendiğini, 6'sı (%1,8) etkilenmediği seçeneğini tercih etmiştir.

“Hekim hastasına örnek olmalı mıdır?” sorusuna ise öğrencilerin 315'i (%93,2) eveti, 23'ü (%6,8) hayır seçmiştir..

Tıp fakültesinde sağlıklı yaşamla ilgili konularda yeterli ele alınma durumu sorusuna, 105'i (%31,1) evet, 176'sı (%51,2) hayır, 57'si (%16,9) ise bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir.

Tıp fakültesinde okumanın kendi sağlık davranışlarında ne yönde etki ettiği sorusuna ise öğrencilerin 179'u (%53) olumlu yönde, 49'u (%14,5) olumsuz yönde etki ettiğini söylemiştir. 110 (%32,5) öğrenci ise yaklaşımını değiştirmedini söylemiştir.

Hekim olarak çevrenizde değişiklik yapma inancı konusunda 277 (%82) öğrenci olumlu yönde görüş bildirmiştir. 15 öğrenci (%4,4) değişiklik yapamayacağını, 46 (%13,6) öğrenci bilgisi olmadığını söylemiştir.

4.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorları

4.1.1. Öğrencilerin Sınıfları İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Toplam SYBDÖ skorunda ve tüm alt kategorilerde sınıflar arasında ilişki değerlendirildi. Sağlık sorumluluğu puanı bakımından sınıflar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.002$). İkili karşılaştırmalar sonucunda fark yaratan sınıfın 3. Sınıf olduğu gözlemlendi.

Stres yönetimi puanı bakımından sınıflar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.015$). İkili karşılaştırmalar sonucunda fark yaratan sınıfın 6. Sınıf olduğu gözlemlendi.

Diğer alt ölçekler (kişilerarası iletişim, fiziksel aktivite, manevi gelişim, beslenme) ve toplam ölçek puanı sınıflar ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Ayrıntılı bilgi tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Sınıflar ile SYBDÖ arasındaki ilişkiyi gösteren tablo

	1.sınıf	3.sınıf	6.sınıf	p değeri
Sağlık sorumluluğu	19,5 ±3,5	21,1 ±4,1	19,4 ±4,1	0,002
Fiziksel aktivite	17 ±4,2	17,3 ±4,5	16,6 ±5,3	0,335
Beslenme	20,7 ±3,7	21,3 ±3,7	20,3 ±4,3	0,090
Manevi gelişim	25,1 ±4,2	25,5 ±3,8	25,5 ±4,6	0,748
Kişilerarası iletişim	24,8 ±3,5	24,8 ±3,3	25,1 ±3,6	0,799
Stres yönetimi	19,5 ± 3,5	19,7 ±3,7	18,3 ±3,7	0,015
Toplam	126 ±15,3	129 ±,16,5	125,1 ±18,1	0,146

4.1.2. BMI ile SYBDÖ ilişkisi

BMI değerinin değişmesiyle sağlıklı yaşam biçimi alt ölçek puanları değerlendirildiğinde korelasyon gözlenmedi (Tablo 8).

Tablo 8: BMI ile alt ölçeklerin değerlendirilmesi

	r	p
Sağlık sorumluluğu	-0,004	0,942
Fiziksel aktivite	0,052	0,344
Beslenme	-0,041	0,449
Manevi gelişim	-0,064	0,241
Kişilerarası iletişim	-0,039	0,476
Stres yönetimi	-0,001	0,981
Toplam	-0,017	0,753

4.1.3. Doğum Yeri İle SYBDÖ İlişki

Alt ölçek puanları ile katılımcıların doğduğu yer ile aralarında anlamlı fark gözlenmedi.

Tablo 9: Doğum yeriyle ölçek arasındaki ilişkiyi gösteren tablo

	Karadeniz	Marmara	İç. Anadolu	Ege	Akdeniz	Doğu Anadolu	Güneydoğu Anadolu	Yurtdışı	p değeri
Sağlık sorumluluğu	20±3,6	20,1±3	20,1±4,0	19,4±3,6	21,1±4,5	20,4±4,3	18,3±3,1	18,8±6,3	0,607
Fiziksel aktivite	16,5±4,2	17,1±4,6	16±4,5	17,5±5	19,6±6	16,6±3	18,8±2,7	17,1±3,7	0,151
Beslenme	21,1±3,3	20,7±4,1	20,1±3,6	20,3±4	21,2±4	21,7±4	20±5,1	21,2±5,2	0,776
Manevi gelişim	25,3±4,2	25,1±4	26±4	24,5±3,6	25,2±5,6	27±4,1	28,3±1,4	24,4±4,1	0,112
Kişilerarası iletişim	25,2±3,2	24,5±3,5	24,7±3,6	24,1±3,5	24,9±3,8	26,2±3,1	27,8±4,3	26,1±3,5	0,095
Stres yönetimi	19,3±3,7	19,2±3,6	18,9±3,7	19,2±3,5	19,8±3,5	19,5±4,5	21,2±3,4	19,2±3,7	0,926
Toplam	127,5±13,9	126,8±17,4	125,5±16,7	124,8±15,3	131,7±21,2	131,5±17,2	134,5±8,2	126,6±125,5	0,618

4.1.4. Yaşadığı Yer ile SYBDÖ İlişkisi

Sağlık sorumluluğu puanı açısından kategoriler arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,006$) Fark yaratan kategori özel yurt ile devlet yurdu arasında gözlemlendi. Özel yurtda kalanların ölçek puanı anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tablo 10: Yaşadığı yer ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo

	Devlet Yurdu	Özel Yurt	Aile ile Evde	Arkadaşlarla Evde	Tek Başına Evde	p değeri
Sağlık sorumluluğu	20,4±4,4	20,8±3,4	18,5±3,6	20,3±3,3	19,2±4,1	0,006
Fiziksel aktivite	16,7±4,3	17,4±4,1	15,8±4,1	16,5±4,7	17,5±4,7	0,334
Beslenme	21,1±4,1	20,6±3,3	20,5±3,6	21±3,8	20,6±4,4	0,885
Manevi gelişim	25,8±3,5	25,3±3,3	24,6±5,2	25,2±4,4	25,3±4,7	0,913
Kişilerarası iletişim	25±3,8	24,8±3,3	24,2±3,5	25,0±3,3	24,9±3,4	0,929
Stres yönetimi	19,6±3,3	19,8±3,8	18,3±3,4	18,3±3,6	19,3±3,7	0,076
Toplam	128,7±16,3	128,8±15,1	122±14,7	126,5±17,3	127±18,1	0,235

4.1.5. Kronik Hastalık Varlığı ile SYBDÖ İlişki

Kronik hastalığı olan öğrencilerin SYBDÖ ortalaması 125,32±16; olmayanların ortalaması 126,7±16,5 olup gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,594). Alt kategorilerde de herhangi bir farklılık görülmemektedir (Tablo 11).

Tablo 11: Kronik hastalık varlığının ölçek ile ilişkisi

	Evvet	Hayır	p
Sağlık sorumluluğu	20,7±3,3	19,7±3,8	0,971
Fiziksel aktivite	16±5,5	17±4,4	0,073
Beslenme	20±4	20,7±3,8	0,294
Manevi gelişim	25,3±4,1	25,3±4,2	0,807
Kişilerarası iletişim	24,7±2,7	24,8±3,6	0,938
Stres yönetimi	18,5±3,1	19,1±3,6	0,615
Toplam	125,2±16	126,7±16,5	0,594

*Bilmiyorum yanıtı verenler dahil edilmemiştir.

4.1.6. Sağlık Durumu Algısı İle SYBDÖ Arasındaki İlişki

Öğrencilerin sağlık durumları konusundaki algılarına göre oluşan gruplarda tüm kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark görülmüştür

Tablo 12: Sağlık durumu algısı ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo

	Mükemmel	İyi	Ortalama	Kötü	p
Sağlık sorumluluğu	22±4,3	19,8±3,8	19,4±3,3	17±4,4	0,002
Fiziksel aktivite	19,4±4,5	17,2±4,8	15,5±3,6	13,3±3,6	<0,001
Beslenme	22±3,5	20,8±3,9	20,1±3,7	19 ±5,6	0,040
Manevi gelişim	26,8±3,6	25,7±4	24,2±3,8	18,3±5,3	<0,001
Kişilerarası iletişim	25,2±2,9	25,1±3,6	24,3±3,3	24,8±3,5	0,153
Stres yönetimi	21,6±3,5	19,3±3,6	18,1±3,1	16,3±2,8	<0,001
Toplam	137,1±15,9	128,1±16,5	121,7±13,4	107,3±16,3	<0,001

Fiziksel aktivite puanı açısından sağlık durumu algısı, mükemmel olanlarda diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). İyi olanlar ile ortalama ve kötü olanlar arasında fiziksel aktivite puanı açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Ortalama ve kötü olanlar arasında anlamlı derece ortalama lehine yüksek bulundu.

Beslenme puanı açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,040$).

Mükemmel ile tüm kategoriler arasında fark anlamlıydı (mükemmel, iyi; $p=0,001$ mükemmel, ortalama; $p<0,001$ mükemmel, kötü; $p<0,001$). İyi ve ortalama olanlar arasında ve iyi, kötü arasında fark anlamlıydı. Ortalama ve kötü olanlar arasında da far anlamlı bulundu ($p:0,016$).

Stres yönetimi puanları bakımından gruplar arasında fark anlamlı bulundu ($p<0,000$). Mükemmel ile diğer gruplar arasında fark anlamlıydı. İyi ve ortalama kıyaslandığında iyi lehine anlamlı fark saptandı.

Toplam puan dikkate alındığında, mükemmel ile diğer kategoriler karşılaştırıldığında mükemmel lehine arasında fark anlamlıydı ($p<0,000$). İyi ve ortalama arasında ve buna ek olarak iyi, kötü arasında ise iyi lehine anlamlı fark saptandı.

4.1.7. Sigara Kullanımı ile SYBDÖ Arasında İlişki

Sigara kullanma durumuna evet ve hayır diyenler ölçek puanı açısından karşılaştırıldı; beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları hayır diyenlerde anlamlı derecede yüksek bulundu.

Tablo 13: Sigara kullanımı ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo

	Evet	Hayır	p değeri
Sağlık sorumluluğu	16,3±3,4	20,2±4,1	0,085
Fiziksel aktivite	16,3±3,9	17,1±4,7	0,183
Beslenme	19,8±3,5	21±3,9	0,016
Manevi gelişim	24,2±3,7	25,6±4,2	0,007
Kişilerarası iletişim	24,6±2,8	24,9±4,2	0,415
Stres yönetimi	18,1±3,4	19,5±3,6	0,010
Toplam	122,5±13,1	128,5±17,1	0,010

4.1.8. Spor Yapma Durumu ve SYBDÖ Arasında İlişki

Fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve toplam puan bakımından bakıldığında spor yapanlar, yapmayanlara kıyaslandı ve yapanlar lehine anlamlı derecede fark bulundu.

Tablo 14: Spor yapma durumu ve SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo

	Evet	Hayır	p değeri
Sağlık sorumluluğu	20,2±3,9	19,5±3,7	0,141
Fiziksel aktivite	18,5±4,2	14,1±3,8	<0,001
Beslenme	21,3±3,9	19,6±3,6	<0,001
Manevi gelişim	25,8±4	24,5±4,2	0,003
Kişilerarası iletişim	25±3,3	24,5±3,7	0,262
Stres yönetimi	19,9±3,5	17,9±3,5	<0,001
Toplam	130,8±15,7	120,4±15,8	<0,001

4.1.9. Uyku Süresi İle SYBDÖ Arasında İlişki

Uyku süreleri açısından değerlendirildiğinde beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu (sırasıyla; p=0,009, p=0,049, p=0,001).

Tablo 15: Uyku süresi ile SYBDÖ ilişkisini gösteren tablo

	Uyku süresi				p değeri
	<5	5-6	7-8	>8	
Sağlık sorumluluğu	18,1±3,9	20,0±3,5	20,2±4,1	19,1±4,5	0,197
Fiziksel aktivite	16,2±2,9	16,8±4,4	17,4±4,7	14,7±5,3	0,056
Beslenme	20,5±5,1	20,1±3,7	21,5±3,8	19,5±4,3	0,009
Manevi gelişim	22,6±6,0	25,1±3,8	25,8±4,0	24,4±4,7	0,049
Kişilerarası iletişim	23,3±4,2	24,6±3,2	25,2±3,5	24,7±4,5	0,102
Stres yönetimi	16,7±2,9	18,7±3,7	19,8±3,4	19,9±4,0	0,001
Toplam	117,6±13,5	125,4±15,5	130,2±16,6	122,4±19,9	0,001

Beslenme ölçek puanları açısından kıyaslandığında 5 saatten az olanlar ile tüm kategoriler arasında anlamlı fark bulunmadı. 5-6 saat ile 7-8 saat arası uyuyanlar arasında fark 7-8 saat lehine anlamlıydı ($p=0.010$). Diğer kategoriler arasında anlamlı fark saptanmadı.

Manevi gelişim ölçek puanları açısından karşılaştırıldı. 5saatten az uyuyanlar ile 7-8 saat arasında uyuyanlar arasında anlamlı fark saptandı. Ve yine 5 saatten az uyuyanlar ile 5-6 saat uyuyanlar arasında anlamlı fark saptandı.

Stres yönetimi ölçek puanları açısından karşılaştırıldı ($p=0,001$) ve 5saatten az uyuyanlar 7-8 saat uyuyanlar arasında 7-8 saat lehine anlamlı fark bulundu. 5 saatten az ile 5-6 saat ve 8 saatten fazla uyuyanlar kıyaslandığında anlamlı fark yoktu. 5-6 saat ile 7-8 saat uyuyanlar arasında anlamlı fark saptandı. Fark yaratan grup 7-8 saat uyku süresi olanlardı.

Toplam ölçek puanı bakımından kıyaslandı ve 5 saatten az uyuyanlar ile 7-8 saat uyuyanlar arasında fark saptandı. Yine fark yaratan grup ise 7-8 saat uyku süresi olanlardı.

4.1.10 ‘Hekim hastaya örnek olmalı mı?’ Sorusuyla SYBDÖ Arasında İlişki

“Hekimler hastaya örnek olmalı mıdır?” sorusuna evet diyen öğrencilerin SYBDÖ toplam skor ortalaması $126,90±16,2$; hayır diyenlerin $131,2±19,2$ saptanmıştır.

Tüm alt ölçekler ve toplam ölçek puanı açısından kıyaslandığında, evet ve hayır grupları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,197$).

Tablo 16: ‘Hekim Hastaya Örnek Olmalı mı?’ Sorusuyla SYBDÖ İlişisini Gösteren Tablo

	Evet	Hayır	p değeri
Sağlık sorumluluğu	20±3,8	18,9±4,7	0,284
Fiziksel aktivite	16,7±4,5	17,6±3,9	0,203
Beslenme	20,7±3,7	21,9±4,9	0,719
Manevi gelişim	25,3±4,1	25,7±4,2	0,144
Kişilerarası iletişim	24,8±3,4	24,8±3,9	0,836
Stres yönetimi	19,1±3,6	20,3±3,9	0,159
Toplam	126,8±16,2	131,2±19,2	0,197

4.1.11. ‘Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor Mu?’ Sorusuyla SYBDÖ Arasında İlişki

“Tıp Fakültede sağlık yaşam konuları yeterince ele alınıyor mu?” sorusuna verilen yanıtlara göre oluşan gruplar arasında stres yönetimi ve toplam SYBDÖ puan açısından anlamlı fark bulundu.

Tablo 17: ‘Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor mu?’ Sorusuyla SYBDÖ İlişisini Gösteren Tablo

	Evet	Hayır	p değeri
Sağlık sorumluluğu	20,5±4,4	19,7±3,6	0,121
Fiziksel aktivite	17,3±4,5	17,1±4,7	0,728
Beslenme	21,1±3,2	20,7±4,1	0,352
Manevi gelişim	25,7±3,9	25,1±4,4	0,272
Kişilerarası iletişim	25,5±3,4	24,6±3,3	0,210
Stres yönetimi	20,2±3,6	19,2±3,7	0,007
Toplam	130,5±17,5	126,3±16,3	0,044

5. TARTIŞMA

Çalışmada, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1-3-6.sınıfta bulunan öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları SYBDÖ-II değerlendirilmiştir. Ülkemizde farklı fakültelerde benzer çalışmalar yapılmasına karşın bazı çalışmalarda SYBDÖ-I 48 soru içerdiği için çalışmaları karşılaştırırken bu durum kısıtlılık yaratmıştır.

5.1. Katılımcıların SYBDÖ Verdiği Yanıtlar ve Ortalamaları

Öğrencilerin, SYBD ölçeği ve alt ölçeklerine verdikleri yanıtlar, puan ortalamasına göre değerlendirildiğinde, sıralama en yüksekten en düşüğe doğru manevi gelişim (25,1±4,2), kişilerarası iletişim (24,8±3,5), beslenme (20,7±3,7), sağlık sorumluluğu (19,5±3,5), stres yönetimi (19,5±3,5) ve fiziksel aktivite (17±4,2) şeklindedir. Benzer sonuç, Sivas ve Adana'da yapılan çalışmalarda en yüksek manevi gelişim, en düşük fiziksel aktivitenin bulunmuştur (16,57). Japonya'da öğrencilerde yapılan çalışmada kişiler arası iletişim en yüksek, sağlık sorumluluğu ise en düşük bulunmuştur. Tayland'da hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise en yüksek alt ölçek puanı stres yönetimi, en düşük sağlık sorumluluğu bulunmuştur (58,59). Manevi gelişim ilk sırada yer almasında kültürel ve inanç yapısındaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

5.2. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Sınıflar Arasında İlişki

Çalışmada toplam SYBDÖ skoru ve tüm alt kategorilere bakıldığında sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puanı üçüncü sınıf öğrencilerinininki, birinci ve altıncı sınıflara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ceylan ve arkadaşlarının (2016)'da yaptığı çalışmada ise 6. Sınıf öğrencilerin 1. ve 3. sınıftakilere göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Soğuksu ve arkadaşlarının (2014)'de yaptığı bir çalışmada son sınıf öğrencilerinde ölçek puanı 1. sınıf öğrencilerine göre anlamlı yüksek bulunmuş.

Çalışmamızda 3.sınıf öğrencilerinde SYBDÖ ölçek puanı ve fark yaratan alt ölçek puanının yüksek bulunmasında öğrencilerin kliniğe henüz başlamamış olması

ve son sınıftakiler kadar yoğun çalışma programının olmaması düşünülebilir. Altıncı sınıfların ise yoğun çalışma programları ve gelecek kaygılarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. BMI İle SYBDÖ Puan Ortalama Arasında İlişki

Sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen bir etken olarak BMI olduğunu söyleyebiliriz. Fakat katılımcıların verdiği yanıtlara göre BMI açısından değerlendirildiğinde korelasyon saptanmadı. Yapılan bir çalışmada da Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş olup korelasyon saptanmamıştır (59).

5.4. Cinsiyet İle SYBDÖ Puan Ortalamaları ile İlişki

Çalışmada cinsiyet ile SYBDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde öğretim elemanlarında yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (73).

5.5. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Doğum Yeri Arasındaki İlişki

Doğum yerine göre yapılan değerlendirilmede ölçek puanları bakımından anlamlı fark gözlenmedi. Beslenme ölçek puanı, doğum yeri Güneydoğu Anadolu bölgesi olanlarda en yüksek saptandı. Bölgesel yemek alışkanlıkları ve sosyokültürel farklılıkların olması nedenlerden biri olarak sayabiliriz. Fiziksel aktivite ölçek puanı diğer bölgelere göre en yüksek Akdeniz Bölgesinde idi. Genel olarak fiziksel aktivite puanı açısından bölgeler değerlendirildiğinde anlamlı bir fark yoktu.

5.6. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Yaşadığı Yer Arasındaki İlişki

Toplam ölçek puanı bakımından gruplar arasında fark anlamlı değildi. Farklılık sadece sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı, özel yurt ve devlet yurdu arasında gözlemlendi. Özel yurttaki kalanların ölçek puanı anlamlı derecede yüksek bulundu. Literatürde benzer sonuçları olan bilgi bulunamadı. Toplam ölçek puanı bakımından

bakıldığında en yüksek puanı devlet yurdu ve özel yurt olduğu görülmüştür. Hatay'da yapılan çalışma da benzer şekilde özel yurttaki kalanlarda ölçek puanı yüksek saptanmış fakat gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiş (63). Bunda yurttaki fiziksel egzersiz imkanının ve arkadaş çevresiyle sosyal faaliyetlerin olması, öğünlerin düzenli olması olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

5.7. Kronik Hastalık Varlığı ile SYBDÖ Arasında İlişki

Katılımcıların yanıtlarına göre SYBDÖ ve alt kategorileri kronik hastalık varlığı ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. En düşük ölçek puanı $16 \pm 5,5$ olarak fiziksel aktivite saptandı. Şimşek ve arkadaşlarının (2012)'de yaptığı çalışmada ölçek puanı kronik hastalığı durumu açısından fark anlamlı değildi. En düşük alt ölçek puanı bu çalışmada da fiziksel aktivite olarak bulunmuş.

5.8. Sağlık Durum Algısı ile SYBDÖ Arasındaki İlişki

Öğrencilerin sağlık durumları konusundaki algılarına göre oluşan gruplarda tüm kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark görülmüştür. Sağlık algısı mükemmel doğru geçtikçe ölçek ve alt ölçek puanları da artış göstermektedir. Başka çalışmada benzer şekilde sağlığını kötü diye algılayanların ölçek alt puanları, sağlığını mükemmel diye algılayanlardan düşüktür (65). Gökten ve arkadaşlarının (2011)'de yaptığı çalışmada bizim çalışmanın aksine sağlık durumu algısı ile anlamlı fark yoktu.

5.9. Sigara kullanma ile SYBDÖ Arasındaki İlişki

Sigara kullanma durumuna bakıldığında ve beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları anlamlı farklılık bulundu. Sigara kullanmayan kişilerde belirtilen ölçek puanları anlamlı yüksek saptanmış. Günlük sigara miktarı ile ölçek puanı arasında fark anlamlı değildi. Bakır ve ark.'nın (2015)'deki çalışmasında sadece beslenme alt ölçeği anlamlı fark saptanmış. Soğuksu 'nun (2014)'de yaptığı çalışmada ölçek puanlarında sadece fiziksel egzersiz anlamlı fark yaratmış olup, sigara kullanmayanların toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek saptanmış.

5.10. Spor Yapma Durumu ve Ölçek Arasında İlişki

Spor yapanlarda toplam ve alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Özellikle beslenme, manevi gelişim ve stresle başa çıkma ön plandadır. Bu bağlamda bakıldığında; spor yapmanın beslenme, kendini gerçekleştirme ve stresle başa çıkmada önemli bir unsur olduğu söyleyebiliriz. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılmamış olsa da; fiziksel aktivite puanı en düşük ölçek puanı saptanmış olan Tayland'da bir çalışma mevcut ($12\pm3,2$). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da en düşük alt ölçek puanı fiziksel aktivite saptandı ($17\pm4,2$).

5.11. Uyku Süresi ile Ölçek Arasında İlişki

Toplam ve alt ölçek puanları uyku süresi ile karşılaştırıldığında, >5 saat uyuyanlar ile 7-8 saat uyuyanlar arasında fark anlamlıydı. Uyku süresi 7-8 saat olanlarda ölçek puanları anlamlı yüksek bulundu. 7-8 saat ile >8 saat uyuyanlar karşılaştırıldığında, >8 saat uyuyanlarda ölçek anlamlı derecede düşük bulundu. Uyku süresi etkileyecek durum olarak, öğrencilerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının önemli bir faktör olduğunu söyleyebiliriz. Benzer şekilde Ceylan (2016)'da tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, >8 saat uyku süresi olanlarda ölçek puanları anlamlı düşük saptanmıştır.

5.12. Hekim Hastaya Örnek Olmalı mı Sorusuyla Ölçek Puanı Arasında İlişki

“Hekimler hastaya örnek olmalı mıdır?” sorusuna evet diyen öğrencilerin SYBDÖ arasında anlamlı fark yoktu. Fakat ilginç bir şekilde soruya hayır cevabı veren öğrencilerin ölçek puanları biraz daha yüksek saptanmıştı.

5.13. Fakültede Sağlıklı Yaşam Konusu Yeterince Ele Alınıyor mu Sorusuyla Ölçek Puanı Arasında İlişki

“Tıp Fakültede sağlık yaşam konuları yeterince ele alınıyor mu?” sorusuna verilen yanıtlarda, stres yönetimi ve toplam SYBDÖ puan açısından anlamlı fark bulundu. Sağlıklı yaşam konusunun yeterince ele alındığını düşünenlerin puan ortalaması daha

yüksek saptandı ($130,5 \pm 17,5$). Ceylan (2016)'da yaptığı çalışmada ise bizim çalışmanın aksine toplam ve alt ölçeklerde fark bulunmadı.



6. SONUÇ

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi bölümünde okuyan öğrencileri sağlıklı yaşam davranışları ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanması amacıyla yaptığımız çalışmaya, birinci, üçüncü ve altıncı sınıftaki 338 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların 137'si (%40,5) erkek, 201 (%59,5) kadındır.

- Çalışmamızda katılımcıların SYBDÖ puan ortalaması 1.sınıfta $126 \pm 15,3$, 3.sınıfta $129 \pm 16,5$, 6.sınıfta $125,1 \pm 18,1$ saptanmıştır.
- Alt ölçeklere bakıldığında en düşük ortalama tüm sınıflarda fiziksel aktivite saptanmıştır (puan ort.1.sınıf: $17 \pm 4,2$, 3.sınıf: $17,3 \pm 4,5$, 6.sınıf: $16,6 \pm 5,3$). En yüksek alt ölçek puanı ise tüm sınıflarda manevi gelişim olarak bulunmuştur. (puan ort.1.sınıf: $25,1 \pm 4,2$, 3.sınıf: $25,5 \pm 3,8$, 6.sınıf: $25,5 \pm 4,6$)
- Öğrenim görülen sınıflardaki ilişkiye bakıldığında sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi anlamlı fark görüldü. 6 sınıfta diğer sınıflara göre daha düşük saptandı. Yine toplam ölçek puanı son sınıf öğrencilerde daha düşük bulundu.
- BMI değerinin değişmesiyle sağlıklı yaşam biçimi alt ölçek puanları değerlendirildiğinde korelasyon gözlenmedi.
- Doğum yerine göre bakıldığında ölçek puanı en yüksek olan Güneydoğu Anadolu Bölgesi sahipti ve en yüksek alt ölçek ise beslenmeydi.
- Yaşadığı yer ile ölçek kıyaslanıldığında sağlık sorumluluğu alt ölçeği fark yarattı. Özel yurtda kalanların sağlık sorumluluğu ve toplam ölçek puanı devlet yurduna oranla yüksek saptandı. Genel olarak bakıldığında toplam ölçek puanı yüksek bulunanların özel yurt ve devlet yurdunda kalan öğrenciler aitti.
- Katılımcıların yanıtlarına göre SYBDÖ ve alt kategorileri kronik hastalık varlığı ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. En düşük ölçek puanı $16 \pm 5,5$ olarak fiziksel aktivite saptandı.
- Öğrencilerin sağlık durumları konusundaki algılarına göre oluşan gruplarda tüm kategorilerde ve toplam puanda anlamlı fark görülmüştür. Sağlık algısı mükemmelle doğru geçtikçe ölçek ve alt ölçek puanları da artış göstermektedir.

- Sigara kullanma durumuna bakıldığında; beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek puanları anlamlı farklılık bulundu. Sigara kullanmayan kişilerde belirtilen ölçek puanları anlamlı yüksek saptanmış.
- Spor yapanlarda toplam ve alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Özellikle beslenme, manevi gelişim (kendini gerçekleştirme) ve stresle başa çıkma ön plandadır. Bu sonuca göre spor yapmanın beslenme, kendini gerçekleştirme ve stres yönetiminde, hiç şüphe yoktur ki önemli bir unsur olduğu söyleyebiliriz.
- ‘Hekimlerin hastalara örnek olmalı mı?’ sorusuna evet ve hayır diyenler arasında ölçek puanı bakımından fark saptanmadı.
- ‘Fakültede sağlıklı yaşam konusu yeterince ele alınıyor mu?’ sorusunun yanıtları arasında ölçek puanı fark anlamalı değildi. Fakat hayır cevabı veren öğrencilerin toplam ölçek puanı, evet diyenlere göre düşük saptanmıştır. (126,3±16,3).

Sağlıklı yaşam biçim davranışlarının geliştirilmesinde hem toplumun hem de topluma örnek teşkil etmede önemli yeri olan biz hekimlerin yeri büyüktür. Bu yüzdendir ki geleceğin hekim adaylarının, farklı sınıfların davranışları etkileyen durumları inceledik. Öğrencilerin, özellikle 1.sınıf ve son sınıflarda sağlıklı davranış puanları düşük saptanması üzerinde durmamız gereken durumdur.

Yine öğrencilerin kaldıkları yer, sağlıklı yaşam davranış puanlarını etkilemiştir. Özel yurtda ve devlet yurtda kalanların daha yüksek saptanmıştır. Evde tek başına kalan öğrencilerde ise daha düşük saptanmıştır. Öğrencilerin kişilerarası iletişimi artıracak etkinlikler, seminerler, sosyal sorumluk projelerine katılmaları teşvik edilip kendini gerçekleştirme gibi özellikleri geliştirmesi mümkündür.

Katılımcıların verdiği yanıtlar göre spor yapanların sağlıklı yaşam davranışları puanı yüksek bulunmuştur. Spor yapmaya yönlendirecek klüplerin olması, spor yapabilecekleri olanakların sağlanması ile gerçekleşebilir.

Hem öğrencilikte hem mesleki yaşamda, mesleki danışma gereksinimi de olabilir. Eğer bir hekim veya tıp öğrencisi örneğin stresle başa çıkmayı yeterince yapamıyorsa, yardım veya destekleyici psikoterapi alabilmelidir. Hekimler genelde

profesyonel yardımdan çekinirler ancak önemli bir zararı önlemekten kaçınmamaları gerekir. Tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda algıları, bilinç düzeylerini şekillendirmeleri gerekmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. WHO Definition of Health. Erişim: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Erişim Tarihi:10.11.2017)
2. Global Health Risks, mortality and burden of disease to selected major risks Erişim: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44203/1/9789241563871_eng.pdf.
3. Kong R. Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses. *PublicHealthNursing* 12(5):312-318, 1995.
4. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi DSÖ, Cenevre, 1986
5. Melis Nacar, Zeynep Baykan Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Studyfrom Turkey *Assian Pacific Journal of Cancer Preventin* vol 15 2014 page:2
6. Sağlığın Teşviki veGeliştirilmesi Sözlüğü 1. Baskı Nisan 2011, Ankara
- 7.The Canadian guide to clinical preventive healthcare the Canadian task force on the periodic health examination Ottawa; Canada med. Associated journal july 15,1995; 153 (2) 1994
8. Canadian medical association Office for public health (2001) health promotion and injury prevention. Retrieved august 8, 2008, http://cma.ca/index.cfm/ci_id/3391/la_id/1.html
9. Aoran Antonovsky, health, stress and coing; The Jossey-Bass social and behavioral science series xv, 255 p 1ST ed. San Fraciscoca:jossey-bass 1979
10. Aoran Antonovsky unraveling the mystery of health 1st, page 140-168 published 1987 by ca:jossey-bass in San francisco
11. Aksungur A., Göktaş B., Cankul İ.H., “Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, C.10, S.1, Ankara, 2011

12. Altay B. Çavuşoğlu F., Güneştaş İ., “Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Davranışı ve Etkileyen Faktörler”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, C.8, S.1, İzmir, 2015
13. Ay F., Ertem Ü., Özcan N., Ören B., Sarvan S. Eds: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, s.5-47, 2008.
14. Ballıel N., Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler, Ankara Üniversitesi, SABE, YYLT, Ankara, 2009
15. Baysal A., Aksoy M. ve ark. Diyet El Kitabı, Yenilenmiş 5. Baskı. Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, 2008.
16. Bozhüyük A., Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Adana, 2010
17. Green EC, Murphy E. Health belief model. In: Cockerham WC, Dingwall R, Quah SR (eds). The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Wiley&Blackwell;2014 p: 766-9
18. Baysal, A. 1993 Beslenme Kültürümüz, Kültür Bakanlığı Yayını.
19. Türkiye’ ye Özgü Beslenme Rehberi, (2004). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
20. Ünalın D., Şenol V., Öztürk A., Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2):101-109, 2007.
21. Yalçınkaya M., Özer F.G., Karamanoğlu A.Y., “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, C.6, S.6, Ankara, 2007

22. Şahin P., Hipertansif Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aile İşlevselliği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik İlişkisinin İncelenmesi, Okan Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2012
- 23 Prof. Dr. Ayşe Baysal Gençliğin Beslenme Sorunları Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü sayı:3 Eylül-Aralık 1993 Erişim: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/198210>
24. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/34/970/11942.pdf>,
25. Maslow A. Toward a Psychology of Being. New York: Van Nostr and ReinholdCo. 1968. s. 21
- 26 Fişek N. H. Günümüzde halk sağlığı anlayışı.Erişim: (<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/T R/D3/7/3020.doc>) Erişim tarihi: 17.02.2010
27. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. Theeffects of cognitive-perceptual factors on healthpromotion behavior maintenance. NursRes 1996; 45(1):30-36.
- 28.<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t43.pdf>
29. The Predictors of Interpersonal Relationship StylesIn High School Students Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 21 / 2009
30. Nesrin Hisli Şahin, Ayşegül Durak Batıgün Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon 1,2 Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):17-25
31. D'zurilla, T. J. &Nezu, A. M. (1990). Development andpreliminary evaluation of the social problem-solvinginventory: A psychological assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2, 156-163.
32. Jones, Fiona and Bright, Jim; Stress: Myth, Theory And Research, Prentice Hall, New York, 2001, s.134.
33. James, Gary D. and Brown, Daniel E.; "The Biological Stress Response And Lifestyle: Catechalamines And Blood Pressure", Annual Reviews, V. 26, N. 1, 1997, s.3.

34. Pertev, Erkan; A Tipi ve B Tipi Kişilik Özellikleri İle Stres Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006.
35. Sabuncuoğlu, Zeyyat ve Tüz, Melek; Örgütsel Psikoloji, 3. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2001.
36. Stranks, Jeremy; Stress At Work Management And Prevention, 1. Publish, Elsevier Book Aid International, London, 2005.
37. Baltaş, Acar ve Baltaş, Zuhâl; Stres ve Başa Çıkma Yolları, 21. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002, s.23.
38. Ceylan, Mine; Stresle Başa Çıkma Bilişsel Stratejilerinin Kullanılmasında Cinsiyet ve Kişilik Değişkeninin Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2005, s.2.
39. Güçlü, Nezahat; “Stres Yönetimi”, Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, C. 21, S. 1, 2001, s.94.
40. Tutar Hasan; “Kişilik-Psikolojik Şiddet (Mobbing) ilişkisi”, (Erişim: <http://www.canaktan.org/yonetim/psikolojik-siddet/kisilik.htm> 24.01.2009)
41. Lazarus S, Richard and Folkman, Susan; Stress, Appraisal And Coping, Springer Publishing Company, New York, 1984’ten aktaran Aksaç, Sinem; “Ergenlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve C
42. Jones, Fiona and Bright, Jim; Stress: Myth, Theory And Research, Prentice Hall, New York, 2001.
43. Şahin, Betül; Hemşirelik Öğrencilerinin Kendilerini Anlatma ve Baş Etme İlişkilerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.33.
44. Onbaşıoğlu, Meriç; “Stresle Baş Etmede Zihinsel Yöntemler”, Türk Psikoloji Bülteni, C. 10, S. 34-35, Eylül-Aralık 2004.
45. Profession- Payne, R and Firth-Cozens, (editors). Stress in Health Professionals. John V Wiley and Sons Ltd, 1997.

46. Michael Balint 1964. The doctor, his patient and illness. Page:101-194 london: Pitman Churchill livinstone
47. Michael Balint, Huntj, Joyce R Marinker M, Woodcook J. 1970, Treatment ordiagnosis: Study of Repeat Prescriptiosin Generl Practise, london: Tavistock Publications
48. Balint M, Balint E, 1973 Six Minutesfor the Patient. london: Tavistock publicatiios
49. Bateson G, 1979 Mindand Nature: A Necessary Unity newyork: E. P. Dutton
50. Beckmanhb, frankelrn 1984 theeffect of physician behaviour on the collection of data Annals of Internal Medicine 101:692
51. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB 1999, Soliciting thepatient'sgenda: haveweimproved? Journal of American Medicl Assocciation 281(3): 283-287
52. Sayek İ, Kılıç B, mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporu 2000, türk tabipleri birliği yayınları Ankara,2000
53. F. Yarış, M. Topbaş, G. Çan ,Y. Özorun Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi Hakkındaki Düşünceleri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 18(4):233-241.2001
54. A.Çetin Tanrıkulu1, Kürşat Bora Çarman Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörler: Tur Toraks Der 2009;10:101-6
55. Martin Raw. Thephysician's role: threemodules on tobacco fornational medica lassociations. Smokefree Europe: 1. WHO Regional Office for Europe, 1988. Available from: http://whqlibdoc.who.int/euro/sfe/SEE_1.pdf
56. Dr. Ali Bozhüyük Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi Adana 2010 Erişim: Library.cu.edu.tr/tezler/8018.pdf

57. Güngör Güler, Nuran Güler, Semra Kocataş, Ferda Yıldırım, Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi 200812(3)
58. Hong JF, Sermsri S, Keiwkarnka B. Health-Promoting Lifestyles of Nursing Students in Mahidol University. Journal of Public Health and Development 2007; 5(1): 27-40.
59. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students Koichi Harada, Kimiyo Ueda, Kumiko Fukumoto, Keiko Minamoto and Atsushi Ueda Environ Health Prev. Med. (2012) 17,222-227 Received 9 March 2011
60. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, ve ark. Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008; 7: 59-64.
61. Alper Ceylan Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tıp Eğitimi ile İlişkisi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi Bursa 2016
62. Sonnur Soğuksu, Hemşirelik 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 2, Sayı2 (2014)
63. Dr. Hatice Tambağ Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay Sağlık Yüksekokulu, Antakya/Hatay, Türkiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 47-58
64. Hatice Şimşek, Dilek Öztoprak Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlişkili Etmenler Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2012 DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 26, Sayı 3, (Aralık) 2012, 151 – 157
65. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, DEUHFED, 8, 1, 1 / 2015

66. A. Aksungur, B. Gökten, Ö.R. Önder, İ.H. Cankul tarafından “Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi” adlı araştırma Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisinin 10. Cilt, 1. Sayısı 2011
67. Pınar Irmak Vural Nazife Bakır Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 6 • Sayı: 1 • Ocak 2015
68. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
69. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Univ. Hemsire Derg 2008; 12(1):1-12.
70. Wiseman H, Metz E, Barber JP (2006) Anger, guilt and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation holocaust survivors. Am J Orthopsychiatry, 76: 176-184
71. Lench HC (2004) Anger Management: Diagnostic Differences and Treatment Implications. J Soc Clin Psychol, 23: 512-531.
72. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK (2005) Relationship of Anger and Anger Attacks with Depression: a Brief Review. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255: 215-222.
73. Kaya, R., Ünüvar, A., Bıçak, E., Yorgancı, B., Çınar Öz, F., Kankaya, F.C. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi: 7(1), 59-64.

8. EKLER

Ek 1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

1) Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

2) Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

3) Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

4) Düzenli bir egzersiz programı yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

5) Yeterince uyurum

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

6) Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

7) İnsanları başarıları için takdir ederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

8) Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

9) Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

10) Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi.)

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

11) Her gün gevşemek için zaman ayırırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

12) Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

13) İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

14) Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

15) Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

16) Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

17) Yaşamımda değiştirmeyeceğim şeyleri kabullenirim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

18) Geleceğe umutla bakarım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

19) Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

20) Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

21) Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

22) Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

23) Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

24) Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

25) Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

26) Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

27) Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

28) Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

29) Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

30) Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

31) Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

32) Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

33) Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

34) Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

35) İş ve eğlence zamanımı dengelerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

36) Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

37) Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

38) Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

39) Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

40) Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

41) Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

42) Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

43) Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

44) Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

45) Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

46) Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

47) Yorulmaktan kendimi korurum.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

48) İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

49) Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

50) Kahvaltı yaparım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

51) Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

52) Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.

Hiçbir zaman () Bazen() Sık sık () Düzenli olarak ()

Ek 2: Anket Formu

Sağlıklı Yaşam Davranışları Ve Tıp Eğitimi ile İlişkisinin Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Araştırılması

Yaşınız :

1. Kaçınıcı sınıftasınız ?

1. Sınıf () 3. Sınıf () 6.sınıf ()

2. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek () Kadın()

3. Medeni durumunuz nedir ?

Evli () Bekar () Diğer

4. Boyunuz ? cm

5. Kilonuz ? kg

6. Doğum Yeriniz :

7. Nerede yaşıyorsunuz ?

Devlet Yurdu () Özel Yurt () Aile ile evde () Arkadaşlarla evde() Tek başına evde() 6-) Diğer

8. Annenizin mesleği nedir?

Ev Hanımı () Memur() İşçi() Serbest Meslek() Emekli () 6-) Diğer

9. Babanızın mesleği nedir ?

Memur () İşçi () Serbest Meslek () Çiftçi () İşsiz () Emekli () Diğer

10. Ailenizin aylık gelirini nasıl tanımlarsınız ?

Gelir giderden az() Gelir gidere denk() Gelir giderden fazla ()

11. Kronik bir hastalığınız var mı? (Varsa noktalı bölüme hastalığınızı lütfen yazınız.)

Var Yok() Bilmiyorum()

12. Sürekli kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı? (Varsa noktalı bölüme ilacın ismini lütfen yazınız.)

Evet() Hayır ()

13. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Mükemmel () İyi () Ortalama () Kötü () Çok kötü ()

14. Ailenizde kronik hastalığı olan biri var mı? *(Varsa noktalı bölüme hastalığı lütfen yazınız.)*

Var Yok () Bilmiyorum ()

15. Sigara içer misiniz? *(İçmiyorsanız 20. Soruya geçiniz)*

Evet () Hayır () Bıraktım ()

16. Günde kaç sigara içersiniz?

1-5 adet () 6-10 adet () 11-20 adet () 20 adetten fazla ()

17. Sigarayı bırakmayı hiç düşündünüz ya da bırakmaya çalıştınız mı?

Evet () Hayır ()

18. Alkollü içki tüketiminiz ne kadardır ?

Hiç alkollü içki içmem. () Nadiren () Ayda 1-2 kez () Haftada 1-2 kez ()
Her gün ()

19. Herhangi bir uyuşturucu/uyarıcı madde kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır () Bıraktım ()

20. Spor yapar mısınız?

Evet () Hayır ()

21. Haftanın kaç günü egzersiz / spor yaparsınız ? *(en az 30 dakika)*

Hiç yapmıyorum () 1-2 gün () 3 gün ve fazlası () Belli olmuyor / düzensiz ()

22. Spor yapmak için çevrenizde imkânın yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

23. Günde ortalama kaç saat uyursunuz?

5 saatten az () 5-6 saat () 7-8 saat () 8 saatten fazla ()

24. Genelde saat kaçta yatarsınız?

22.00 ' den önce () 22.00-24.00 arası () 24.00-02.00 arası () 02.00'den sonra ()

25. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Tek öğün () 2 öğün () 3 öğün () 4 öğün ve üzeri ()

26. Hangi sıklıkla kahvaltı yaparsınız?

Kahvaltı yapmam () Haftada 1-3 gün () Haftada 4-6 gün () Haftanın her günü ()

27. Yemeklerinizi genelde nerde yersiniz?

Ev () Okul / yurt yemekhanesi () Kafe – kantin () Restoran() Diğer
.....

28. TV/Bilgisayar başında günde ortalama ne kadar zaman geçirirsiniz?

Hiç zaman geçirme() Bir saatten az () 1-2 saat () 3-4 saat () 5 saat ve üzeri ()

29. Kendinizi iyi hissetmek için aşağıdakilerden hangisini yaparsınız? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

İbadet / dua gibi dini ritüeller () Meditasyon, yoga vs (). Gezmek, seyahat etmek () Sohbet etmek() Kitap okumak() Film – dizi izlemek() Müzik dinlemek() İnternet , bilgisayar oyunu vs() Spor yapmak () Diğer
.....

30. Günlük hayatınızda stres yaşar mısınız ?

Evet() Hayır () Bazen ()

31. Stresli olduğunuzda, stresle başa çıkmak için ne yaparsınız ?*(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

Düşünmemeye çalışırım() Hobilerimle uğraşırım() Sevdiklerimle vakit geçiririm() Alkol, sigara vs. kullanırım() İlaç kullanırım() Yemek yerim() Diğer.....

32. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne yaparsınız ?*(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

Doktora başvururum() İlaç kullanırım() Bitkisel tedavi uygularım() İstirahat ederim () Herhangi bir şey yapmam() Diğer

33. Hekim adayı olarak hangi konularda daha başarılı olmak istersiniz? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)*

Hastalık tanı ve tedavisinde() Hastalarla iletişimde() Hastaları sağlıklı yaşam için motive etmede()

Sağlık sistemine uyum sağlamada () Meslektaşlarla uyumda () Etik ile ilgili konularda () Sosyal prestij ()

Diğer

34. Hastalar hekimlerinin davranışlarından olumlu olarak etkilenir mi ?

Evet etkilenir() Hayır etkilenmez() Diğer

.....

35. Hekimler hastalarına örnek olmalı mıdır?

Evet() Hayır() Diğer.....

36. Tıp Fakültesi eğitiminde sağlıklı yaşam ile ilgili konular sizce yeterli olarak ele alınıyor mu?

Evet() Hayır() Bilmiyorum ()

37. Tıp Fakültesinde okuyor olmak kendi sağlığınıza ilgili yaklaşımınızı nasıl etkiledi?

Olumlu yönde etkiledi() Yaklaşımımı değiştirmedim () Olumsuz yönde etkiledi.()

38.Hekim adayı olarak çevrenizdeki insanların sağlıklarında olumlu değişiklikler yapabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Evet() Hayır() Bilmiyorum() Diğer

39. Kendinizde gördüğünüz sağlıksız davranışlar nelerdir?

.....
.....

40. Hastanızda gördüğünüz sağlıksız davranışları nasıl değiştirmeyi düşünürsünüz?.....

.....

Ek 3: Etik Kurul Onayı



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 22/11/2017
TOPLANTI NO : 2017/19

KARARLAR :

- 4- 20/09/2017 tarih ve 2017/16 sayılı toplantıda onay verilen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2017-96-20/09 Protokol no'lu "Sağlıklı Yaşam Konusunda Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Davranışları, Tıp Eğitimi ile Etkileşimi ve İlgili Etmenler: (BEÜ Örneği)" konulu çalışma başlığının "Sağlıklı Yaşam Konusunda Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Davranışları, Tıp Eğitimi ile Etkileşimi ve İlgili Etmenler: (Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği)" olarak değiştirilmesinin uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı