

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ELÇİN SEBAHAT KASAPOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANLARI
PROF. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU
YRD. DOÇ. DR. LATİFE UTAŞ AKHAN**

ZONGULDAK

2015

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ELÇİN SEBAHAT KASAPOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANLARI
PROF. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU
YRD. DOÇ. DR. LATİFE UTAŞ AKHAN**

ZONGULDAK

2015

KABUL VE ONAY

Elçin Sebahat KASAPOĞLU tarafından hazırlanan “MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

1.7.12.2015

BAŞKAN

: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ÜYE (Danışman)

: Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU

ÜYE(Ortak Danışman)

: Yrd. Doç. Dr. Latife UTAS AKHAN

ÜYE

: Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ

ÜYE

: Yrd. Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

29.12.2015

Doç. Dr. Gamze YURDAKAN

ÖNSÖZ

Bu çalışma, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Çalışmamın her aşamasında bilgi birikimleri ve deneyimleri ile bana destek veren tez danışmanım Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU'na ve Yrd. Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN'a teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim sırasında ders aldığım hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER ve Doç. Dr. Sibel KIRAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin verilerinin toplanmasında benden desteklerini esirgemeyen başta Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürü Doç. Dr. İbrahim TÜMEN olmak üzere, tüm çalışma arkadaşlarıma ve öğrencilerime teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen eşim Cihangir KASAPOĞLU'na, varlığı ile yaşama sevincim olan minik oğlum Cihangir Aras KASAPOĞLU'na ve hayatım boyunca hep yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiren aileme en içten teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

Elçin Sebahat KASAPOĞLU

Aralık 2015, Zonguldak

ÖZET

Elçin Sebahat Kasapoğlu, Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2015.

Araştırmanın amacı, meslek yüksekokulu öğrencileri arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemektir. Araştırma 2014-2015 akademik yılında Bartın Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kesitsel tiptedir. Veriler öğrencilerden Tanıtıcı Özellikler Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli veriler t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli veriler Tek yönlü (Oneway) ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek için, tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırma 711 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin % 60,3'ü kadındır. Öğrencilerin SYBD ölçeğinden almış oldukları ortalama puan 122.201 ± 20.412 'dir. Ölçeğin alt maddelerinden en yüksek puanı “kendini gerçekleştirme” ve “sağlık sorumluluğu”, en düşük puanı ise; “egzersiz” ve “beslenme” maddelerinden aldıkları saptanmıştır.

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaş, ekonomik durum, aile tipi anne eğitimi, doktora gitme sıklığı, Hepatit B aşısı olma durumu, ruh hali, düzenli egzersiz yapma ve sosyal aktivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, meslek yüksekokulu öğrencileri

ABSTRACT

Elçin Sebahat Kasapoğlu, Evaluation of Healthy Life Style Behaviours in Students of Vocational Colleges. Bulent Ecevit University, Institute of Health Science, Department of Public Health, Master of Science Thesis, Zonguldak, 2015.

The purpose of the study is to determine healthy life style behaviours and related factors between students of vocational college. The study was carried out in the Bartın University for 2014-2015 academic year.

The study design is cross-sectional. The data were collected from students using Descriptive Characteristics Form and Healthy Lifestyle Behaviors Scale. The data obtained were analyzed by SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0. The quantitative data between two independent groups were compared by t-test and the quantitative data among more than two independent groups were compared by One Way ANOVA test. Following ANOVA test, Scheffe test was used as a complementary post-hoc analysis to determine differences.

The study was carried out on 711 students. % 60.3 of students were women. The mean score achieved by students from the Healthy Life Style Behaviour Scale was 122.201 ± 20.412 . It was found that the highest scores were obtained from “self actualisation” and “health responsibility” sub-groups while the lowest scores were obtained from the “exercise” and “nutrition” sub-groups of the scale.

It was found that healthy life style behaviours of students were related to age, income level, family type, education status of mother, the frequency of inspection by doctor, Hepatitis B immunization, mood, exercising regularly and participating in social activities ($p < 0.05$).

Keywords: Health promotion, healthy life style behaviours, vocational college students.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Kavramı	4
2.1.1. Fiziksel sağlık	5
2.1.2. Spiritüel sağlık	5
2.1.3. Ruhsal sağlık	5
2.1.4. Sosyal sağlık	6
2.2. Sağlığı Koruma	6
2.2.1. Birincil korunma	7
2.2.2. İkincil korunma	7
2.2.3. Üçüncül korunma	7
2.3. Sağlığı Geliştirme	8
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	11
2.4.1. Kendini gerçekleştirme	13
2.4.2. Sağlık sorumluluğu	13
2.4.3. Fiziksel aktivite	14
2.4.4. Beslenme	14
2.4.5. Kişilerarası destek	15
2.4.6. Stres yönetimi	15
2.5. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler	16
2.5.1. Hazırlayıcı (predisposing) faktörler	16
2.5.2. Olanak (enabling) sağlayıcı faktörler	16
2.5.3. Güçlendirici (reinforcing) faktörler	17
2.6. Sağlığı Geliştirme Kuram ve Modelleri	17
2.6.1. Bireysel düzeyde model ve teoriler	17
2.6.1.1. Sağlık inanç modeli (healthbelief model)	17
2.6.1.2. Planlanmış davranış teorisi (theory of plannedbehavior)	18

2.6.1.3. Transteoretik model (transtheoretical model)	18
2.6.2. Toplum gruplarının sağlığını geliştirme üzerine odaklanan kuram ve modeller	19
2.6.3. Toplum sağlığını geliştirme üzerine odaklanan model ve teoriler	19
2.7. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Yapıldığı İşyerinin Tanıtımı, Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırma Örneklemi	22
3.3. Veri Toplama Araçları ve İzinler	22
3.3.1. Tanıtıcı özellikler formu	22
3.3.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği	22
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
7. KAYNAKLAR	112
8. EKLER	118
Ek 1: Tanıtıcı Özellikler Formu	118
Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	120
Ek 3: Etik Kurul İzni	122
Ek 4: Kurum İzni	123
9. ÖZGEÇMİŞ	124

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	:	World Health Organization
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
SYBD	:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	:	Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği
MYO	:	Meslek Yüksekokulu
SHMYO	:	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Ss	:	Standart Sapma
Ort.	:	Ortalama
BKI	:	Beden Kitle İndeksi
ANOVA	:	Tek Yönlü Varyans Analizi

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
Tablo 1.	Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı	25
Tablo 2.	Öğrencilerin Yaş Dağılımı	25
Tablo 3.	Öğrencilerin Doğum Yerlerine Göre Dağılımı (Bölge olarak)	26
Tablo 4.	Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 5.	Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKI) Dağılımları	26
Tablo 6.	Öğrencilerin Yüksekokullarına Göre Dağılımları	27
Tablo 7.	Öğrencilerin Okudukları Bölüme Göre Dağılımları	27
Tablo 8.	Öğrencilerin Okudukları Sınıflara Göre Dağılımları	28
Tablo 9.	Öğrencinin Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Bölgeye Göre Dağılımları	28
Tablo 10.	Öğrencilerin Şu An Kaldıkları Yere Göre Dağılımları	29
Tablo 11.	Öğrencilerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımları	29
Tablo 12.	Öğrencilerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları	29
Tablo 13.	Öğrencilerin Şu Anda Aileleri ile Kalma Dağılımları	29
Tablo 14.	Öğrencilerin Yaşadıkları En Uzun Bölge Türüne Göre Dağılımları	30
Tablo 15.	Öğrencilerin Anne Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	30
Tablo 16.	Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılımları	30
Tablo 17.	Öğrencilerin Aile Tipi Durumlarına Göre Dağılımları	31
Tablo 18.	Öğrencilerin Aile Gelir Durumlarına Göre Dağılımları	31
Tablo 19.	Öğrencilerin Kendi Aylık Gelir Durumlarını Tanımlamalarına Göre Dağılımları	31
Tablo 20.	Öğrencilerin Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 21.	Öğrencilerin Ailelerinde Bulunan Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 22.	Öğrencilerin Genel Sağlık Durumlarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları	32
Tablo 23.	Öğrencilerin Doktora Gitme Sıklıklarına Göre Dağılımları	33
Tablo 24.	Öğrencilerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	33
Tablo 25.	Öğrencilerin Hepatit B Aşısı Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları	33
Tablo 26.	Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları	34

Tablo 27. Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları	34
Tablo 28. Öğrencilerin Sosyal Aktivite Durumlarına Göre Dağılımları	34
Tablo 29. Öğrencilerin Psikolojik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları	35
Tablo 30. Öğrencilerin Ruh Hallerini Tanımlamalarına Göre Dağılımları	35
Tablo 31. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri	36
Tablo 32. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Beden Kitle İndeksine Göre Ortalamaları	38
Tablo 33. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Sağlık Sorumluluğu)	40
Tablo 34. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Egzersiz, Beslenme)	43
Tablo 35. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Kişilerarası destek, SYBD Toplam Puan)	44
Tablo 36. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları	46
Tablo 37. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Aile Gelir Durumuna Göre Ortalamaları	48
Tablo 38. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Aile Tipine Göre Ortalamaları	49
Tablo 39. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları	51
Tablo 40. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Anne Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları	56
Tablo 41. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencinin Aylık Gelirine Göre Ortalamaları	59
Tablo 42. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Baba Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları	61
Tablo 43. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doktora En Son Gitme Zamanına Göre Ortalamaları	66
Tablo 44. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doğum Yerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Ortalamaları (Beslenme, Kişilerarası Destek) ..	68

Tablo 45. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doğum Yerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Ortalamaları (Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Toplam Puanı)	69
Tablo 46. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Genel Sağlık Durumlarını Tanımlamalarına Göre Ortalamaları	71
Tablo 47. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Hepatit B Aşısı Tam Olma Durumuna Göre Ortalamaları	73
Tablo 48. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Ruh Hallerini Tanımlamalarına Göre Ortalamaları	79
Tablo 49. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sigara İçme Durumuna Göre Ortalamaları	81
Tablo 50. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Yaşadıkları En Uzun Yerleşim Yeri Türüne Göre Ortalamaları	83
Tablo 51. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversiteden Önce Yaşadıkları Yere Göre Ortalamaları (Beslenme. Kişilerarası Destek)	84
Tablo 52. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversiteden Önce Yaşadıkları Yere Göre Ortalamaları	86
Tablo 53. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversite Döneminde Kaldıkları Yere Göre Ortalamaları	88
Tablo 54. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları	89
Tablo 55. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sınıfa Göre Ortalamaları	89
Tablo 56. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Yüksekokula Göre Ortalamaları	90
Tablo 57. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Ailelerinde İlaç Kullanmayı Gerektiren ve Doktor Tarafından Tanısı Konmuş Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları	91
Tablo 58. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ortalamaları	93
Tablo 59. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Tanı Konmuş Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları	94

Tablo 60. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	95
Tablo 61. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerde Tanı Konan Psikolojik Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları	96
Tablo 62. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sosyal Aktivite Durumuna Göre Ortalamaları	97
Tablo 63. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Ortalamaları	98
Tablo 64. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları	99
Tablo 65. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Üniversite Döneminde Aile ile Kalma Durumuna Göre Ortalamaları	100

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlığın tanımı sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde yapılmıştır (1). Sağlıklı olmak, her insanın temel haklarından birisidir. Bu hakkın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için günümüzde sağlık bakım politikaları geliştirilmekte ve uygulanmaktadır (2). Ayrıca bireyin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve sağlığını geliştirecek davranışları kazanması da önemli faktörlerden biridir (3).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların hızlıca artan epidemiyolojisi 21. Yüzyılın en önemli halk sağlığı problemlerinden birisi olmuştur. Bu hastalıklar dünyadaki ölümlerin % 60'ından sorumludur. Bu hastalıkların oluşumuna neden olan temel faktör sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivitede bulunma gibi kişinin sağlıksız yaşam biçimi davranışlarıdır. Bireylerin yaşam biçimleri ile ilişkili olarak sağlık bakım maliyetleri de artmaktadır. Bu nedenle; sağlık davranışları nedeniyle ortaya çıkan bu hastalıklardan korunmak ve sağlığı geliştirmek için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi ve uygulaması gerekmektedir (4).

Günümüzde sağlığın bakış açısı; bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme üzerine odaklanmayı içermektedir. Sağlık kavramı; sadece hastalıkları ortadan kaldırmaktan oluşmaz, aynı zamanda bireylerin sağlığını devam ettirmek, korumak ve geliştirmek için onlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmayı da amaçlamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireylerin hastalıklardan korunmak, kendi sağlığını sürdürmek ve sağlığını geliştirmek için yapmış oldukları davranış ve tutumların tümü olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları; bireyin beslenme alışkanlıkları, sosyal bir çevrede kendini ifade edebilme yeteneği, kendi sağlığının sorumluluğunu alması, çevresinden almış olduğu destek ve stresi yönetmesi üzerine temellenmektedir (5).

Bireyler sağlıklarını korumak ve geliştirmek için birincil, ikincil ve üçüncül sağlığı korunma hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Bireylerin sağlıklarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri için destekleyici bir çevre oluşturmak, toplumun katılımını ve işbirliğini sağlamak, bireylerin yaşam becerilerini geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek gerekmektedir. İnsan sağlığı bireylerin bilgi, tutum

ve alışkanlıklarından etkilendiği gibi, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle sağlığı geliştirme politikalarının yürütülmesinde sağlık bakım profesyonelleri çevresiyle birlikte çalışmalıdır(6).

Sağlığı geliştirme stratejilerinin küresel uygulanabilmesi için; sağlığı geliştirme politikaları, modelleri ve ortaklık kurma yöntemleri geliştirilmelidir. Sağlığı geliştirme kuram ve modelleri; sağlık inanç modeli, planlanmış davranış teorisi ve transteoretik model gibi bireysel düzeyde geliştirildiği gibi, toplum sağlığını ya da toplum gruplarının sağlığını geliştirme üzerine de odaklanan model ve teoriler bulunmaktadır (7).

Sağlıklı bir yaşam tarzı edinebilmek için yaşamın erken dönemlerinde sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi gerekmektedir, gençlik dönemlerinde kazanılan sağlıksız yaşam tarzları yaşamın ileriki yıllarında da çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Eğer yaşamın erken dönemlerinde sağlıksız davranış biçimleri değiştirilirse, bireylerin sağlıklarını etkileyen risk faktörleri de ortadan kalkmış olur. Bu nedenle, toplumun genç nüfusuna sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak sağlığı geliştirme için önemlidir (8).

Üniversite öğrencileri genç nüfusun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Üniversite öğrencileri ebeveynlerinden ayrılarak yeni ve bağımsız bir döneme geçiş yapmaktadırlar. Bedenlerinde, düşüncelerinde ve sosyal ilişkilerinde değişiklikler meydana gelmektedir. Sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının oluşmasına neden olan stresli yeni bir çevre ile karşı karşıya kalmaktadırlar (8). Ülkemizde yapılan çalışmalar;üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun sağlığı geliştirme davranışlarını minimal derecede uyguladıklarını ve sigara içme, alkol ve madde kullanma, beslenme bozuklukları ve yetersiz fiziksel aktivite gibi davranışsal sağlık riskleri sergilediklerini göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi üzerine yapılan çalışmalarda, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hipertansiyon, psikolojik bulgular ve hastalıklar, obezite, fazla kilolu olmak gibi durumların üniversite öğrencileri arasında artmakta olduğuna dikkat çekilmektedir (9, 10). Sağlıksız davranışlar ve bu davranışların sonuçları, yetişkinlik döneminde bireyin, kendi sağlığını tehdit etmeye başlamaktadır. Bazı çalışmalar sağlık davranışlarının yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, etik, anne-babanın eğitim seviyesi gibi sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak değiştiğini göstermektedir. Ayrıca, sağlık eğitiminin üniversite döneminde alınması kişinin sağlıklı yaşam

biçimi davranışları geliştirmesinde oldukça etkilidir (9,11).Bu çalışmanın amacı; sağlık alanında eğitim gören üniversite öğrencileri ile sağlık alanı dışında eğitim gören üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen sosyo-demografik faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, 1947 yılında sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (1).

Sağlık kavramı evrensel bir kavramdır, sağlığa verilen anlam kişiden kişiye, toplumdan topluma ya da kültürden kültüre farklılıklar gösterir. Sağlığımız günlük yaşam aktivitelerimizi yerine getirebilmemiz için bir kaynaktır (12).

Arnold ve Breen (2006), sağlığın özelliklerini yalnızca iyilik hali olarak değil, aynı zamanda insan vücudunun denge hali, düzenli büyümesi, tüm vücut fonksiyonlarının yerine getirilebilmesi, bütünlük, üstünlük, güçlenme ve bir kaynak olarak tanımlamıştır. Sağlık başka bir deyişle birey (konak), ajanlar (bakteriler, toksinler gibi) ve çevre arasındaki dengenin sağlanması olarak da tanımlanabilir (12).

Sağlık kişilerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli bir durum ve haktır. Sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerini göz ardı ederek, sadece bireysel bir sorumluluk alanı olarak görmek etik açıdan da doğru değildir (13).

Biyolojik olarak sağlık; vücudun her hücresinin en yüksek düzeyde işlev görmesi ve hücreler arasında tam bir uyumun olmasıdır. Sosyolojik olarak sağlık; bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi, çevresi ile olumlu ilişkiler kurabilmesidir. Psikolojik olarak sağlık ise; beklenmedik bir durumla bireyin karşılaşması halinde yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleriyle durum ve çevresine uyum sağlayabilmesidir (1).

Sağlığın iyi olması durumu kendiliğinden ortaya çıkan ya da çıkabilecek olan bir durum değildir. Doğmadan anne karnındayken sahip olduğumuz genlerimiz ve dünyaya geldikten sonra da sağlık hizmetlerine erişim imkânları gibi faktörler sağlığımızı etkilemektedir. Bunların dışında yediğimiz yiyecekler, fiziksel aktivite düzeyimiz, tütün dumanına maruz kalma, sigara kullanımı, sosyal etkileşimler, yaşadığımız çevre ve diğer birçok faktör sağlığımızı etkilemektedir (12). Sağlığı etkileyen bu faktörler göz önüne alınarak; sağlığın fiziksel, spiritüel, ruhsal ve sosyal olarak bileşenleri oluşturulmuştur (14,15,16).

2.1.1. Fiziksel sağlık

Fiziksel muayene ve çeşitli tanı işlemleri sonucunda bireyde hastalık ya da herhangi bir bozukluğun olmaması durumudur. Bireyin temel fiziksel gereksinimleri beslenme, solunum, boşaltım, hareket, uyku ve cinsel yaşam gibi ihtiyaçlardır. Fiziksel olarak sağlıklı olan bir birey bu temel fiziksel gereksinimleri tam olarak yerine getirebilmelidir (14).

2.1.2. Spiritüel sağlık

Spiritüel boyut, yaşamın, sağlığın, hastalığın, acının, ağrının ve ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olur. Geçmişte bireyin spiritüel boyutu, yalnızca dini fonksiyonları ile sınırlı idi. Elison, spiritüalizmi, beden ve ruhu etkileyen ve aynı zamanda beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak tanımlamıştır. (14, 15).

2.1.3. Ruhsal sağlık

Bireyin kendisi ve çevresi ile sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Fakat bu denge durağan değildir, değişken ve esnek bir yapıya sahiptir (14). Bir kişi toplum içinde kendi rolünü tam anlamıyla yerine getirip, çevreye uyum sağlayabiliyorsa ruhsal açıdan sağlıklı olduğundan bahsedilir.

Ruh sağlığının bileşenleri: Kişinin ruh sağlığı hayatının birçok alanını etkilediği için çeşitli bileşenlere sahiptir.

1. Kendini Yönetme (self goverment): Kişinin kendi sağlığı yerinde olduğü süre içinde kendi yaşamını kendisinin yönetmesidir.

2. Gelişim Oryantasyonu (Growthorientation): Kişi kendini gerçekleştirmek ve kendi kapasitesini en üst düzeyde kullanmak için sürekli kendini geliştirmek ister.

3. Belirsizlik Toleransı (Tolerance of uncertanity): Kişi yaşamındaki belirsizlikler ile yüzleşir. Ölüm gerçeğini kabul eder. Ölümün nasıl ve ne zaman olacağı ile ilgili endişeler ile kendi dini inançları sayesinde başa çıkar.

4. Benlik saygısı (self esteem): Kişinin kendi becerilerinin ve sınırlarının farkında olması benlik saygısını belirler.

5. Çevre Yeterliliği (Mastery of the environment): Kişinin yeteneği, yeterliliği, çevresini etkileme ve çevresiyle baş edebilme etkinliğidir.

6. Gerçekçi Oryantasyon (Reality Orientation): Kişi gerçek dünyayı kendi hayal dünyasından ayırarak, gerçek dünyaya yönelik eylemlerde bulunur.

7. Stres Yönetimi (Stress Management): Kişi günlük yaşamda birçok stres, endişe ve kaygı oluşturabilecek olaylarla karşılaşır ve bunlarla başa çıkmak zorunda kalabilir (14).

2.1.4. Sosyal sağlık

Bireyin etrafında bulunan diğer insanlarla iletişimi, insanlar tarafından sevilmesi, ait olma duygusu, işte çalışıp çalışmaması, aile içi ya da iş arkadaşlarıyla olan ilişkisi, dernek, tiyatro, sinema veya sosyal etkinliklere katılması gibi faktörler kişinin sosyal sağlığını belirler (16).

Sağlığı geliştirme ise; herhangi bir davranış ya da yaşam durumu için, eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel etkenlerin bileşkesi olarak tanımlanabilir. Sağlığı geliştirme çalışmaları ya da bu yönde yapılacak olan planlamalar sırasında bütüncül sağlık kavramı içerisinde yer alan tüm bileşenler göz önünde bulundurulmalıdır (16).

2.2. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma, insanlara istedikleri elde edilebilir en yüksek sağlık seviyesine ulaşmaları için eşit fırsatlar sunar ve bu da halk sağlığı olanakları ve çevresel sağlığı koruma alanlarında yasalar, politikalar ve programlar uygulama ile elde edilir. Modern halk sağlığı yaklaşımı sağlığı koruma,

- Enfeksiyon hastalıklarını önleme ve kontrol etme
- Radyasyona, kimyasallara ve çevresel zararlara karşı koruma üzerine odaklanır (17).

Son yıllarda yapılan halk sağlığı tartışmaları ve erişilebilen literatüre göre; sağlığı koruma, hastalık risklerini sınırlandıran uygulamalardır. Sağlığı koruma, insanların çevresel zararlar ile karşılaşma ya da güvensiz ve sağlıksız davranışlarda bulunma olasılığını azaltmayı amaçlar. Bu alanda yapılan uygulamalar, koruma mekanizmaları oluşturarak insanları hastalıklardan korur. Sağlığı koruyucu bakış açısı, insanların aktif olarak yaşadıkları yerlerde, onların tutum ve davranışlarının

güçlendirilmesi ile özdeşleşmiş aktif uygulamaları kullanır. Sonuç olarak, hastalıkların negatif etkileri ve risklerini azaltarak halkın sağlığını korumak amaçlanır (17).

Sağlığı geliştirme programları, herhangi bir sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce, sorunun sebebini önlemek ya da sorunun gidişatını değiştirmek için eyleme geçen programlardır. Sağlığı geliştirme programları bu seviyede birincil korunma adımı alır (17).

2.2.1. Birincil korunma

Bireylerin, ailelerin, toplumun hastalık riskini azaltıcı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeleri ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmayı içeren aktivitelerdir. Sağlık için faydalı ve koruyucu ekolojik şartları belirlemek ve güçlendirmek, çeşitli sağlık risklerinin belirlenerek azaltılması yönündeki uygulamalar birincil korunma stratejileridir (12, 18).

2.2.2. İkincil korunma

Belirli koruyucu davranışların belirlenmesi, benimsenmesi ve desteklenmesi, mevcut sağlık sorunlarının erken teşhis edilerek azaltılması gibi uygulamalar ikincil koruma stratejileri arasında yer alır. Ciddi ilerlemeler önlenir, en aza indirilir ya da yavaşlatılır. Erken dönemde tanınabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıkların kronikleşmesini önler (12, 18).

2.2.3. Üçüncül korunma

Kronik hastalığı olan bireylerin durumlarının kötüye gitmesini engelleyerek, belirli rahatsızlıklardan kaynaklanan komplikasyonları azaltarak ve riskli davranışların tekrarlamasını önleyerek yaşam kalitelerini iyileştirme uygulamaları üçüncül korunma stratejileri arasında yer alır (12, 18).

2.3. Sağlığı Geliştirme

Doğumsal yaşanan bazı sorunlar dışında insanoğlu sağlıklı olarak dđnyaya gelir ya da gelmesi beklenir. Bireylerin sağlıklı olarak dđnyaya gelmeleri onlar için aslında bir sermayedir. İnsana doğuştan verilmiş olan bu sermayeyi iyi kullanmak ve geliştirmek önemlidir. Yaşanılan koşulların uygunsuz olması ve yaşam biçimi davranışlarının sağlıksız olması bize doğuştan verilen bu sermayenin tükenmesine neden olur. Buna karşılık doğuştan sahip olduğumuz sağlığımızı korumak, hatta arttırmak ve geliştirmek de mümkündür. Sağlık hizmetlerinin amacı sağlıklı doğan bir bireyin sağlığını koruyup geliştirerek uzun süre yaşamasını sağlamaktır (19). Sağlık hizmetlerinin bu amacını sağlamada bireylerin kişisel özellikleri, yaşam koşulları, çevresel koşullar gibi faktörler de etkilidir. Bunun yanısıra; sağlıkla ilgili uygulamalarda, kişilerin ve toplumun katılımın sağlanması, toplum yapısında bazı düzenlemelerin yapılması ve değişik sektörlerin işbirliği içinde olması gibi desteklere de gereksinim duyulur. Bu durumda, daha geniş ve bütüncül bir yaklaşım olan “sağlığı geliştirme” kavramına ihtiyaç vardır (20).

Sağlığı geliştirme kavramı sadece sağlık sektöründe çalışan kişilerin alanı olarak grlmştr. Aslında insan sağlığı bireylerin bilgi, tutum ve alışkanlıklarından etkilendiği gibi, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle; sağlığı geliştirme, sosyal sistemler ve onların sağlıklı evre içinde gelişmesini teşvik etmede aracılık etme sanatı olarak tanımlanmıştır (20).

Sağlığı geliştirme konusuna 1986 yılında “Birinci Uluslar Arası Sağlığı Geliştirme Konferansında dikkat çekilmiştir. Kanada’da yapılan konferansta Ottawa Bildirgesi yayınlanmıştır. Bildirgeye göre; sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmektir (13, 21). Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı’nın sağlığı geliştirme konusundaki önemli saptamaları şunlardır:

- Sağlığın geliştirilmesi süreci sosyal ve politik bir süreçtir.
- Bireylerin sağlık konusundaki beceri ve yeteneklerini arttırmayı amaçlar.

Bu amaca yönelik olarak bireylerin sosyal, çevresel ve ekonomik koşullarını değiştirmeye yönelik eylemler planlanarak yapılmalıdır.

- Kişilerin sağlığı belirleyiciler üzerindeki kontrollerini arttırmak ve kendi sağlıklarını geliştirmeyi olanaklı hale getirmektir.

- Sağlığı geliştirme uygulamalarını gerçekleştirirken halkın katılımı sağlanmalıdır (13, 21).

Bildirgede sağlığı geliştirmek için 3 temel strateji belirlenmiştir.

1. Savunuculuk: Sağlıklı olmak sosyal, ekonomik ve kişisel gelişim için ana kaynaktır ve yaşam kalitesinin en önemli boyutudur. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörler sağlığı olumlu etkileyebilir ya da kişinin sağlığına zarar verebilir. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi için, gerekli koşulların sağlanması ve desteklenmesi önemlidir (20, 22).

2. Olanak Tanımak: sağlığı geliştirme herkese eşit sağlık koşulları sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlık hizmetleri kaynaklarına ve fırsatlarına herkes eşit bir Şekilde ulaşabilmelidir. Bunlar da sağlıklı bir seçim yapmak için destekleyici bir evre oluşurmada, bilgi, beceri ve fırsatlara ulaşmada güvenli bir temel sağlamakla mümkün olmaktadır (20, 22)

3. İşbirliği: Sağlığı geliştirmede tek sorumlu alan sağlık alanı değildir. Sağlığı geliştirme hükümetler, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörler, gönüllü ya da sivil organizasyonlar, yerel otoriteler, endüstri ve medya tarafından koordineli çalışılarak gerçekleştirilmelidir. Bu alanlarda çalışan kişiler sağlığı geliştirme programlarına katılmalıdır. Mesleki alanda profesyonel olanlar ve sosyal gruplar ile sağlık çalışanları halkın sağlığını geliştirme konusunda esas sorumlu olan kişilerdir (20, 22).

Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın önemli saptamalarına dayanarak sağlığı geliştirmede öncelikli eğitim alanları belirlenmiştir (13, 22). Bu alanları Şöyle açıklayabiliriz:

Sağlıklı Kamu Politikaları: Ottawa Bildirgesinden önce “halk sağlığı politikaları'nın geliştirilmesine odaklanılırken, Ottawa Bildirgesinden sonra “Sağlıklı kamu politikaları'na doğru yönelmeler olmuştur. Eğitim, gelir, sosyal güvenlik, konut, iş, tarım, ulaşım, bilim ve teknoloji alanlarında politikalar geliştirilirken halkın sağlığı ön planda tutulmalı ve bu amaca yönelik politikalar gerçekleştirilmelidir. Çünkü fiziki ve sosyal çevrenin koşullarının düzeltilmesi ancak kurumlar arası işbirliği ile mümkündür (13, 22).

Sağlıklı kamu politikalarının temel amacı toplumun sağlıklı bir Şekilde yaşam sürmesine yardım eden, destekleyici fiziki ve sosyal çevreyi oluşurmaktır. Bu konuyla ilgili Ottawa Bildirgesinde Dünya Sağlık rgt (DSÖ) ve diğer uluslararası kuruluşlara, sağlığı geliştirme eylemlerinin savunuculuğunu yapmaları

için çağrıda bulunulmuştur (20). Bu kurum ve kuruluşlar aşağıda yer alan konuları gerçekleştirme kararı almışlardır:

- Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak için çalışmak ve bu çalışmalarını tüm sektörler ile işbirliği içinde eşitlik, hakkaniyet ve sağlık için savunuculuk yapmak.
- Sağlıksız beslenme, kötü yaşam koşulları, sağlığa zararlı ürünlerin tüketilmesi gibi konularla mücadele etmek.
- Toplum arasındaki eşitsizlikleri gidermek için sorumluluk almak.
- Sağlık kaynakları konusunda bireyleri bilinçlendirerek, hem kendi sağlıklarını hem de yakınlarının sağlıklarını korumada etkili rol oynamalarını sağlamak.
- Sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık hizmetlerinin ve sağlık kaynaklarının yeniden düzenlenmesi, diğer sektörler ve insanlarla işbirliği yapmak (20).

Sağlığı Geliştirmek İçin Destekleyici Çevre Oluşturmak: İçinde yaşadığımız çevre oldukça karmaşık ve birbirleri ile de ilişkili olan bir çevredir. Sağlık, hayatın diğer amaçlarından ayrılmaz. İnsanlar ve onların çevreleri arasındaki ilişki, sağlığa sosyoekolojik bir yaklaşım için temel oluşturur. İnsanların yaşamındaki değişen koşullar, iş yaşamları, boş zaman aktiviteleri gibi faktörler sağlık için önemli etkilere sahiptir. Sağlığı geliştirme; güvenli, tatmin edici, heyecan verici, zevkli yaşam ve çalışma koşullarından oluşur. Özellikle teknoloji, çalışma, enerji üretimi ve şehirleşme gibi hızlıca değişen çevre koşullarının, sağlığa olan etkilerinin sistematik değerlendirilmesi gereklidir. Bu değişen çevre koşullarını takip etmek ve onlara ayak uydurmak sağlığı geliştirme için pozitif bir eylemdir. Herhangi bir sağlığı geliştirme stratejisi; doğallığın korunmasını, insan sağlığının desteklenmesini ve bunları yaparken de doğal kaynakların korunmasını içermelidir (20).

Toplum Katılımı ve İşbirliği: Daha sağlıklı bir toplum kazanmak için sağlığı geliştirme programlarında toplumun fikirleri alınmalı, amaçlar birlikte belirlenmeli, stratejilerin planlanması ve uygulanmasına halkın katılımı sağlanmalıdır. Toplum gelişimi, sağlık sorunlarının yönetimi ve halkın katılımını güçlendirmek için varolan insan ve materyal kaynaklarını kullanmayı gerektirir. Bu tam ve doğru bilgiye ulaşmayı, sağlık için fırsatları öğrenmeyi aynı zamanda finansal kaynağı bulmayı da gerektirir (20).

Bireylerin Yaşam Becerilerinin Geliştirilmesi: Yaşam becerileri kişinin günlük yaşamına uyum sağlamak ya da herhangi bir sorun karşısında başa çıkmak için gösterdiği uyumlu davranışlar olarak tanımlanabilir. Sağlığı geliştirme; sağlık

için eğitim ve bilgi sağlama ve yaşam becerilerine katkıda bulunmak aracılığı ile sosyal ve kişisel gelişimi destekler. Böylece, kişiler sağlığı geliştirme programları ile kendi sağlıklarını daha iyi kontrol ederler ve çevrede olan değişimlere daha iyi uyum sağlayabilirler (20).

Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Düzenlenmesi: Sağlık hizmetlerinde sağlığı geliştirmek için sorumluluk bireyler, toplumdaki gruplar, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve hükümetler tarafından paylaşılmalıdır. Bireyin ihtiyaçlarından daha çok toplumun ihtiyaçlarına odaklanılmalıdır. Kurumlar ya da bireyler daha sağlıklı bir toplum için sağlık bakım hizmetleri ile birlikte çalışmalıdırlar. Sağlığı geliştirmek için yapılan yatırımlarda hastalıktan korunma, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri arasındaki uygun dengenin sağlanması gerekir (22).

Sağlığı geliştirme programları; bir toplum, okul, sağlık kuruluşu veya işyerinde var olan sağlık sorunlarının çözülmesi ya da var olan risklere yönelik önlemlerin alınması amacıyla yapılmaktadır. Birçok kişi ya da kuruluş tarafından yürütülür. Sağlığı geliştirme programlarının etkili olabilmesi için; öncelikle nüfusun bireysel ihtiyaçları değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra sağlığı geliştirme programları toplumun siyasi, sosyal, etnik, ekonomik, dini ve kültürel geçmişlerini de yansıtan programlardır (12, 23).

Günümüzde sağlığı geliştirme programları, herkes için sağlık ve yaşam kalitesinin teşvik edilmesi için hem sağlık eğitimini hem de çevresel eylemleri kullanmaktadır. Sağlığı geliştirme programlarının; sağlık eğitimi ile gelişen bileşenleri sağlık bilgisi, sağlık tutumları, sağlık becerileri, sağlık davranışları, sağlık göstergeleri ve kişinin sağlık durumudur. Çevresel eylemler ile teşvik edilen bileşenleri ise; savunuculuk, çevresel değişim, mevzuat, direktif ve düzenlemeler, kaynak geliştirme, sosyal destek, mali destek, toplum gelişimi ve örgütsel gelişimdir (12, 23).

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıklı durumunu korumak ve geliştirmek amacıyla, kişinin sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bilgiyi kullanması için bireyin yetenek ve motivasyonunu tanımlayan, sosyal ve öğrenme odaklı becerileri olarak tanımlanmıştır. İnsanların sağlık bilgisine ulaşması ve onu daha etkili bir

şekilde kullanma kapasitesini geliştirmek, sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için önemlidir (24).

Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için yapılan tüm çalışmalar, kişilerin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Sağlıklı olmaya yönelik olarak gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü sağlık davranışı olarak adlandırılır. Sağlık davranışı olumlu ise sağlığın gelişmesine, olumsuz sağlık davranışı ise (sigara içme davranışı gibi) hastalığa neden olan etkenlerden biri olabilmektedir (24).

Sağlık davranışları, bireyin kendi sağlığını ya da toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için yapmış olduğu davranışlar bütünüdür (25). Bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili risk alma davranışlarını etkileyen eksternal ve internal faktörler bulunmaktadır.

İnternal faktörler:

- Bilgi
- Tutum
- İnanç
- Değerler
- Eğitim düzeyleri

Eksternal faktörler:

- Hizmete ulaşma
- Hizmeti elde edebilme
- Maddi olarak karşılayabilme (13, 20, 26)

Pender'e göre sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması, bu nedenle davranışların sağlığı olumlu yönde etkileyecek şekilde değiştirilmesi amaçlanmalıdır. Pender, bu bağlamda sağlıklı yaşam biçiminin "sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi" şeklinde iki yönü olduğunu belirtmiştir (13).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi başlıklarını içerir (27, 28, 29, 30).

2.4.1. Kendini gerçekleştirme

İnsan davranışlarını yönlendiren en önemli etken, insanın gereksinimleridir. Maslow'a göre bu gereksinimler sırayla fiziksel gereksinimler, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimler, benlik gereksinimleri (kendini başkalarına gösterme) ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri (bireylerin sahip oldukları potansiyellerini geliştirme ve yaratıcılıklarını en üst düzeye çıkarma) olarak sıralanabilir (18, 31).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme özelliği olan bireyler gerçeği olduğu gibi algılama, içten geldiği gibi davranma, genellikle kişisel olmayan insanlıkla ilgili problemlerle ilgilenme, problem çözme yeteneğine sahip olma, bağımsız iş yapabilme, takdir etme, demokratik olma, yaratıcı olma ve sosyal sorunlara duyarlı olma özelliklerine de sahiptirler. Kendini gerçekleştirme süreci yaşamla birlikte başlar. Bu süreç aile, eğitim kurumları ve çalışma yaşamının etkili olduğu önemli bir süreçtir. Bu ortamlar, bireyin içinde varolan kendini gerçekleştirme potansiyelini açığa çıkarabilmesi için önemlidir (18, 31).

Kendini gerçekleştirme, sağlıklı insanın davranışlarının temel yönetici gücüdür. Bir kişi sağlıklı davranışlarını yapabilmesi, geliştirebilmesi ya da sürdürebilmesi için öncelikle kendini gerçekleştirme özelliğinin gelişmiş olması gerekir (18, 31).

2.4.2. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığını korumak ya da geliştirmek için, olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmesidir. Bireyin kendisinde varolan olumsuz sağlık davranışlarını değiştirebilmesi için, öncelikle bu davranışların kendi sağlığını nasıl etkilediğini bilmesi gerekir (32, 33).

Birey kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için yaşam tarzındaki sağlık davranışlarını değiştirmeli ve kendi sağlık sorumluluğunu alabilmelidir. Her birey kendi sağlığının bilincinde olursa ve kendi sağlığından sorumlu olursa sağlıklı toplumların oluşması mümkün olabilmektedir. Sağlıklı toplumları oluşturabilmek için bireyler kendilerini hastalıklardan korumalı ve sağlıklarını geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilemelidirler (32, 33).

2.4.3. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite; enerji harcaması gerektiren, iskelet kasları tarafından üretilen vücudun herhangi bir hareketi olarak tanımlanır. Fiziksel hareketsizlik ise dünyada mortalite oranının artmasına neden olan dördüncü risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (34).

Yürüme, bisiklete binme ya da herhangi bir spora katılma gibi düzenli ve orta yoğunlukta yapılan fiziksel aktivitenin sağlığa önemli faydaları bulunmaktadır. Örneğin; fiziksel aktivite, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kolon ya da meme kanseri ve depresyonun riskini azaltmaktadır. Ayrıca, yeterli seviyede yapılan fiziksel aktivite kalça ve vertebra kırıklarının riskini azaltmaktadır ve kilo kontrolüne yardım etmektedir (34).

Fiziksel aktivitenin beden sağlığı, ruhsal ve sosyal sağlık üzerine hatta gelecekteki yaşamımız üzerine birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle fiziksel aktivite sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde yer almaktadır (35).

2.4.4. Beslenme

Büyüme, yaşamı sürdürmek ve sağlığı korumak için kişiler sağlıklı beslenmek zorundadır. Beslenme gıdalardan vücudun temel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Açlığı gidermek, yeterli ve dengeli bir beslenmeyi sağlamak, yediklerimizden zevk duymak, tatmin olmak beslenmenin amaçları arasında yer almaktadır (36, 37).

Beslenme bireyin enerji gereksinimini, ana rahminde ve doğumdan sonraki büyüme ve gelişmesini, hareket etmek için gerekli enerjiyi, vücudun gelişmesini ve anne sütünün oluşmasını sağlar. Birey vücudun bu temel fonksiyonlarını yerine getirdiği takdirde sağlıklı ve üretken olabilmektedir. Bu nedenle beslenme sağlıklı yaşamın temel koşuludur. Bireyin hatta toplumun sağlığının korunmasında, hastaların iyileşme oranlarının artırılmasında yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Bu nedenle bireylerin yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilmeli ve eğitilmelidirler. Bireyler sağlıklı beslenmeyi sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak benimseyip uygulamalıdır (36, 37).

Yeterli ve dengeli beslenme sağlanamazsa, bireylerde birçok hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu durum da toplumun sağlığını etkilemektedir (36, 37).

2.4.5. Kişilerarası destek

Sağlığın geliştirilmesinde kişilerarası ilişkinin ve desteğin etkinliği oldukça büyüktür. Kişilerarası ilişki kavramı bireyin; aile ilişkilerini, arkadaş ilişkilerini, toplum grupları ile olan ilişkisini içermektedir. Burada en önemli nokta doğru ve uygun iletişimin kurulmasıdır (27).

Kişi yaşamının herhangi bir döneminde hastalık, boşanma, ölüm, ekonomik yetersizlikler gibi çeşitli sorunlar yaşayabilmektedir. Bu dönemde kişinin çevresiyle kurduğu iletişim ve çevresinden aldığı destek çok önemlidir (27).

Kişilerarası destek veren kişilerin karşılık beklemeden, güven verici bir tutumla iletişim kurup kişiye yardım etmesi yaşamında problem yaşayan bireyin baş etmesine katkıda bulunmaktadır. Çevre desteğini alan bireyin sorunlarla başa çıkması kolaylaşmaktadır ve bireyin yaşam kalitesi artmaktadır (27).

2.4.6. Stres yönetimi

Stres, bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret olarak tanımlanmaktadır (38). Stres, bireyin çevresel uyarılara karşı bireyin etkilenmesidir. Bireyde tepki yaratan çevresel uyarıcı stresör, bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepki ise; stres olarak bilinmektedir (39).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stresin; gerginlik hali, sürekli endişe duyma, aşırı derecede alkol ve sigara kullanımı, uykusuzluk, işbirliğine girmede yaşanan zorluklar, yetersizlik duygusu, duygusal dengesizlik, sindirim sorunları, yüksek tansiyon gibi bazı belirtileri vardır. Bu belirtiler kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Bu fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal belirtilerin oluştuğu strese yol açan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar bireyin kendisi ile ilgili stres kaynakları, bireyin iş çevresinin yarattığı stres kaynakları ve bireyin yaşadığı genel çevre ortamının oluşturduğu stres kaynakları olarak gruplandırılmaktadır (39, 40).

Stresle başa çıkmak ve yaşam kalitesini artırmak için durumu ya da duruma verilen tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denir. Stresle başa çıkmada bireysel olarak geliştirilen stratejiler önemlidir. Bireysel olarak stresle başa çıkmada, bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizi, meditasyon, biyofeedback (biyolojik dönüt),

gevşeme (relaxation), beslenme, toplumsal destek alma, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler yararlı olabilmektedir. Bireysel stratejilerin yanında stresle başa çıkmak için geliştirilen örgütsel stratejiler de bulunmaktadır. Örgütsel stratejiler genelde kişilerin iş yaşamlarındaki stresi kontrol etmek amacıyla kullanılmaktadır (39, 40)

Bireysel düzeyde stresörler; doğrudan bireyin görevi ve sorumlulukları ile ilişkilidir. Grup ve örgütsel düzeydeki stresörler; grup birlikteliği, gruplar arası çatışma, örgütsel iklim ve örgütsel dizayn gibi etkenleri içermektedir. Örgüt dışı stresörler ise aile, yaşam kalitesi gibi örgüt dışı etkenler yoluyla oluşan stresörlerdir (39, 40).

2.5. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlık davranışlarını etkileyen faktörler hazırlayıcı (predisposing), olanak sağlayıcı (enabling) ve güçlendirici (reinforcing) faktörler olmak üzere 3 başlıkta toplanabilir (20):

2.5.1. Hazırlayıcı (predisposing) faktörler

Hazırlayıcı faktörler bireylerin sağlık durumlarını etkileyen ve eğitim ile değiştirilebilen faktörlerdir. Bunlar bilgi, tutum ve inançlardır. Yeni değişkenler olarak bu gruba “değerler” ve “algılamalar” da eklenmiştir. Bu değişkenler kişinin sağlık davranışını etkilemektedir. Kişinin sahip olduğu değer ve algıları değiştirmek, yanlış tutum ve inançlarını düzeltmek için karşılıklı etkileşimi sağlayan, interaktif yöntemlere gereksinim duyulur (20).

2.5.2. Olanak (enabling) sağlayıcı faktörler

Kaynakların varlığı, zaman gibi daha çok yapısal faktörlerdir. Sağlık davranışlarının ortaya konmasını ve pratikte uygulanmasını sağlarlar. Sağlık davranışının uygulama alanları okullar, çalışma yerleri, sağlık kurumları, spor alanlarıdır. Bazı kaynaklarda toplumun sağlık eğitimi, aile eğitimi, personel eğitimi ya da örgütsel gelişme olarak da adlandırılır. Aslında bu kavramlar birbirleri ile ilişkilidir. Hasta, işçi ya da öğrencilerin etkinlikleri uygulayabilmeleri için sağlık kurumu, çalışma yerlerine ya da okullara gereksinim vardır (20).

2.5.3. Güçlendirici (reinforcing) faktörler

Sağlık eğitimleri verilirken son dönemlerde daha çok güçlendirici faktörler üzerinde durulmaktadır. Aile ya da toplum tarafından kabul edilen ya da edilmeyen bir davranışın sürdürülmesini etkileyen faktörlerdir. Davranışın nedeni “akran etkisi” olabileceği gibi, “sosyal nedenler” de olabilir. Sigara ve madde kullanımı, adolesan üreme sağlığı ve cinsel sağlık gibi faktörler örnek verilebilir (20).

2.6. Sağlık Geliştirme Kuram ve Modelleri

Bireyin, toplumun, ailenin sağlığını geliştirmek için birçok teori ve model geliştirilmiştir. Bu kuram ve modeller üç bölümde gruplandırılmaktadırlar:

2.6.1. Bireysel düzeyde model ve teoriler

Sağlık teorisinin en temel düzeyi bireysel düzey olduğu için, bireyin sağlık davranışı ve değişim sürecini açıklama üzerine odaklanan model ve teorilerdir (12, 41).

2.6.1.1. Sağlık inanç modeli (healthbelief model)

Modele göre, bir kişinin davranışlarını değiştirmesi, kişinin konuyla ilgili kafasındaki kurgularını değerlendirmesine bağlıdır. Öncelikle kişi belirli bir hastalık ya da duruma yatkın olduğuna karar vermekte (algılanan yatkınlık) ve bu yatkınlığı hastalık ya da ya da durumun şiddeti ile karşılaştırmaktadır. Örneğin bir kişi kendisinin herhangi bir hastalığa karşı yatkın olduğuna inanıyorsa, kendisinin yaşam biçimini değiştirmeye yatkındır. Tam tersini düşündüğümüzde eğer kişi kendisinin hastalığa yakalanma konusunda yatkın olduğunu düşünmüyorsa harekete geçmeyecektir. Ayrıca kişi değişimle ilgili faydalar ile değişimin önündeki engelleri karşılaştırır. Bu durumda kişinin davranış değişikliğini belirleyen en güçlü faktördür. Sağlık inanç modelinde; kişinin davranışını değiştirmedeki motivasyonunu etkileyebileceğinden yaş, toplumsal cinsiyet ve kişilik de dikkate alınmaktadır. Kişinin bir davranışta bulunabileceğine dair inancı olan özyeterlik, davranışın sürdürülmesinde önemlidir (12).

2.6.1.2. Planlanmış davranış teorisi (theory of planned behavior)

Kişilerin normlar, tutumlar ve davranışları üzerindeki kontrollerine ilişkin algılarına bağlı olarak davranışlarında motive olduklarını varsayan bir teoridir. Bu faktörler kişinin davranışını değiştirmesindeki niyetini arttırabilmektedir ya da azaltabilmektedir. Buradaki niyet davranış değişikliğine neden olmaktadır. Planlanmış davranış teorisine göre; sağlık davranışına ilişkin kişinin tutumları, davranışı gerçekleştirirken ne amaçlandığına ve sonuçlarının neler olduğuna bağlı olarak şekillenmektedir. Davranışa yönelik niyet ne kadar güçlü ise davranışın ortaya çıkma olasılığı da o kadar fazladır. Özel norm, kişinin bir davranışı gerçekleştirmeye ya da gerçekleştirmemeye yönelik algıladığı sosyal baskıyı anlamına gelmektedir. Algılanan davranış kontrolü, kişinin bir davranışı gerçekleştirmeyi ne derece kolay ya da zor bulduğunu ifade etmektedir. Bu ana bileşenler değişkenlerin davranışa etkisi, kişiye ve davranışın niteliğine göre değişiklik göstermektedir. Teorinin diğer kısmı inançlar boyutlarından (davranış inançları, normatif inançlar, kontrol inançları) oluşmaktadır. Duygu, kişilik özellikleri, zekâ, değer, yaş, cinsiyet, eğitim, bilgi, deneyim, ırk, gelir düzeyi gibi değişkenler inançların oluşumunda oldukça önemli bir yer teşkil etmektedir. Yapılan araştırmada hemşirelerin hasta güvenliği davranışlarının belirlenmesinde normatif inanışların etkili olduğunu göstermiştir (12, 42).

2.6.1.3. Transteoretik model (transtheoretical model)

Bu model davranış değişikliğinin aşamalar halinde olması gerektiğini önermektedir. Bu nedenle “değişim aşamaları” olarak da adlandırılmaktadır. Tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eyleme geçme ve sürdürme gibi aşamalardan oluşmaktadır. Bu modelin her aşamalarının belli bir zaman içinde gerçekleşmiş olması gerekmektedir (12).

Zaman kavramı olduğu için kişilerin karar dengesini tartmak amacıyla kullanılmaktadır. Modelim değişim aşamaları ve zaman kavramı şöyle tanımlanmaktadır:

Tasarlama öncesi: Kişi gelecek altı ayda herhangi bir davranış değişikliği planlamamaktadır.

Tasarlama: Kişi davranış değişikliğini düşünmeye başlar ve gelecek altı ay içinde değişmeye niyetlenir.

Hazırlık: Kişi gelecek ay içinde davranış değişikliği planlamaktadır.

Eyleme Geçme: Kişi davranış değişikliğine başlamıştır; ancak henüz altı ay veya daha az zaman geçmiştir.

Sürdürme: Kişi yaptığı davranış değişikliğini en az altı aydır sürdürmektedir; ancak daha beş yıl olmamıştır (12).

2.6.2. Toplum gruplarının sağlığını geliştirme üzerine odaklanan kuram ve modeller

Sağlık teorilerinin ikinci düzeyidir. Sosyal çevremizde etkileşimde bulunduğumuz ailemiz, iş arkadaşlarımız, arkadaşlarımız, öğretmenler, din görevlileri, sağlık çalışanları üzerine odaklanmaktadır. Teoriye göre, kendi kişisel görüşlerimizle, inanç ve düşüncelerimizle çevremizi etki altında bırakabileceğimiz vurgulanmaktadır. Sosyal Öğrenme Teorisi bu grupta yer almaktadır. Bu teori; insan davranışını; kişisel faktörler, davranış ve çevrenin etkileşimi olarak tanımlamaktadır (12, 41).

2.6.3. Toplum sağlığını geliştirme üzerine odaklanan model ve teoriler

Toplum sağlığını geliştirme üzerine odaklanan model ve teoriler; toplum organizasyon teorileri, organizasyonel değişim teorileri ve değişimin yayılması teorileri olarak sınıflandırılmaktadır (12, 41).

2.7. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Üniversite yaşamı bireylerin yaşamında önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde bireyin hem mesleki eğitimi ve gelişimi sağlanmaktadır hem de bireyin kişiliğinde, bireysel yaşamında ve sağlık davranışları geliştirmesinde de önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Oluşan değişiklikler bireyin ileriki yaşamını, ailesini ve dolayısıyla toplumu etkilediği için önemlidir. Özellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları daha sağlıklı bir toplum gelişmesinde etkilidir. Bir toplumun sağlık düzeyi, toplumdaki sağlıklı bireylerin sayısı ile ölçülmektedir (43).

Üniversite gençliği bir ülkenin sosyokültürel özelliklerini gösteren unsurlardan biridir. Üniversite gençliği genelde 18-24 yaş grubu arasında yer alan ve üniversitede eğitim gören bireyler olarak kabul edilmektedir. Bu dönem adölesan dönemin de bir kısmını içermektedir. Bireyler ergenlik döneminde fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak birçok değişiklikler yaşamaktadırlar. Ergenlik döneminden sonra üniversite yaşamının başlamasıyla da bireyin yaşamında birçok değişiklikler oluşmaktadır. Üniversite yaşamına geçiş yapan bireyler başta ailesinden ayrılma olmak üzere birçok psikolojik değişiklikler yaşamaktadırlar. Aileden ayrılma, beraberinde üniversite öğrencisinin yaşam biçiminde de önemli değişikliklere neden olmaktadır. Üniversite öğrencilerinin çocukluk dönemlerinde geliştirmiş oldukları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını üniversite döneminde de sürdürmeleri sağlıklı bir toplumun oluşması açısından önem teşkil etmektedir (43, 44, 45).

Üniversite öğrencisi toplum sorunlarına duyarlı olarak, problemleri çözme yeteneğini geliştirerek, demokratik olarak, kendine güvenerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temellerini oluşturmuş olmaktadır. Herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğu bir üniversite gençliğine sahip bir toplumun sağlık düzeyi üst seviyelere yükselecektir. Yapılan araştırmalar düzenli olarak fiziksel aktivite ya da spor yapan bireylerin ileriki yaşamlarında kardiyovasküler, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklara yakalanma risklerinin azaldığını göstermektedir. Vücudun temel gereksinimi olan beslenmeyi sağlıklı yaşamın bir parçası olarak gören, tutum ve davranışlarını sağlıklı beslenme olarak devam ettiren üniversite öğrencilerinin ileriki yaşamlarında hastalıklara yakalanma riskleri azalmaktadır. Üniversite öğrencileri bu dönemde yaşamış oldukları değişimleri ve değişimlerin kişide yarattığı stresle baş etmeyi geliştirdikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlamaktadırlar (43, 44, 45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı İşyerinin Tanıtımı, Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Bartın il merkezinde bulunan Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Bartın Üniversitesi Meslek Yüksekokulunda yapılmıştır.

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesinde Sağlık ve Bakım Hizmetleri, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri ve Çocuk ve Gençlik Hizmetleri Bölümü olmak üzere üç bölüm bulunmaktadır. Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü altında Yaşlı Bakımı ve Evde Hasta Bakımı Programı, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü altında Optisyenlik, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, İlk ve Acil Yardım Programı Çocuk ve Gençlik Hizmetleri Bölümü altında ise, Çocuk Gelişimi Programı bulunmaktadır. Bu programlardan İlk ve Acil Yardım Programı yeni açıldığı için henüz öğrencisi yoktur. Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik ile Çocuk Gelişimi Programlarının ise sadece birinci sınıf öğrencileri bulunmaktadır. Diğer programların hem birinci hem de ikinci sınıf öğrencileri bulunmaktadır. Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda 2014-2015 akademik yılında toplam 567 öğrencisi mevcuttur.

Meslek Yüksekokulu bünyesinde ise; Bilgisayar Teknolojileri, Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri, Park ve Bahçe Bitkileri, Bitkisel ve Hayvansal Üretim, Tekstil, Giyim, Ayakkabı ve Deri, Ormancılık, Tasarım, Motorlu Araçlar ve Ulaştırma Teknolojileri, Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri, Yönetim ve Organizasyon, Muhasebe ve Vergi, Pazarlama ve Reklamcılık, Ulaştırma Hizmetleri, Seyahat-Turizm ve Eğlence Hizmetleri olmak üzere toplam 14 tane bölümü bulunmaktadır. Toplam 2014-2015 akademik yılı içinde 2201 öğrencisi bulunmaktadır.

Araştırma kesitsel tipte yapılmış bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Bartın Üniversitesi Meslek Yüksekokulunda 2014-2015 akademik yılı içinde eğitim gören tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışma rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş, Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulundan 307 öğrenci ve Bartın Üniversitesi Meslek Yüksekokulundan ise 404 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma ya toplam 711 öğrenci katılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları ve İzinler

Araştırmada veriler, tanıtıcı özellikler formu (Ek 1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Öğrencilerin ders saatleri başlamadan önce anket soruları ve ölçek öğrencilere dağıtılmıştır. Doldurulan formlar tekrar öğrencilerden toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için 14.10.2014 tarihli, 2014/19 toplantı numaralı etik kurul izni (Ek 3) ile 15.10.2014 tarihli, 75084469-044-1261 sayılı gerekli kurum izni (Ek 4) ekte sunulmuştur.

3.3.1. Tanıtıcı özellikler formu

Tanıtıcı Özellikler Formu, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış toplam 33 kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Tanıtıcı Özellikler Formunda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, aile özellikleri, üniversitedeki yaşam koşulları, üniversiteye gelmeden önceki yaşam koşulları, hastalık durumları, doktora girme durumları, aşılama durumları, sigara/alkol kullanma, sosyal aktivitelere katılma, egzersiz yapma gibi alışkanlıkları sorgulanmıştır.

3.3.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği

Sağlıklı yaşam biçimi ölçeği 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Esin tarafından Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler likert tipidir. Ölçeğin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere toplam 6 alt boyutu vardır. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçekte yer alan alt boyutlar ve kısaca açıklamaları şöyledir:

- Kendini gerçekleştirme alt boyutu; bireyin hayattaki amaçlarını, bir birey olarak kendini geliştirme, kendini tanıma ve memnun edebilme yeteneğini belirler.
- Sağlık sorumluluğu alt boyutu; bireyin kendi sağlığını ne derecede önemseydiğini ve sağlıklı olmak için neleri gerçekleştirdiğini belirler.
- Egzersiz alt boyutu; bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından birisi olan egzersiz alışkanlıklarını ve bunu ne kadar uygulayabildiğini belirler.
- Beslenme alt boyutu; bireyin öğünlerini seçip, hangi besinleri tercih ettiğini belirler.
- Stres yönetimi alt boyutu; bireyin kendisinde stres oluşturan faktörleri belirleyip bunlarla baş etmek için hangi uygulamaları yaptığını belirler.

Yukarıda yer alan bu alt boyutlar ile ölçek; bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektedir. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse öğrencinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını o derece uyguladığını gösterir. Ölçekte yer alan tüm maddeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu olumlu ifadelere öğrencinin “hiçbir zaman” yanıtı için 1, “bazen” yanıtı için 2, “sık sık” yanıtı için 3, “düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192’dir.

Ölçeğin alt boyutlarında yer alan madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

- Kendini gerçekleştirme alt boyutu 13 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 13, en yüksek puan 52’dir. Ölçekte yer alan 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler bu alt boyutu oluşturmaktadır.
- Sağlık sorumluluğu alt boyutu 10 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Ölçekte yer alan 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler bu alt boyutu oluşturmaktadır.
- Egzersiz alt boyutu 5 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 5, en yüksek puan 20’dir. Ölçekte yer alan 4, 13, 22, 30, 38. maddeler bu alt boyutu

oluşturmaktadır. Beslenme alt boyutu 6 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür. Ölçekte yer alan 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler bu alt boyutu oluşturmaktadır.

- Kişiler arası destek alt boyutu 7 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir. Ölçekte yer alan 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler bu alt boyutu oluşturmaktadır.
- Stres yönetimi alt boyutu 7 maddeden oluşmakta olup, en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir. Ölçekte yer alan 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler bu alt boyutu oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (Oneway) ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA Testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan öğrencilerin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Öğrenciler cinsiyet değişkenine göre; 282'si (%39.7) erkek, 429'u (%60.3) kadın olarak dağılmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Frekans(n)	Yüzde (%)
Erkek	282	39.7
Kadın	429	60.3
Toplam	711	100.0

Öğrenciler yaş değişkenine göre; 520'si (%73.1) 18-20 yaş, 132'si (%18.6) 21-23 yaş, 59'u (%8.3) 24 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaş Dağılımı

Yaş	Frekans(n)	Yüzde (%)
18-20 Yaş	520	73.1
21-23 Yaş	132	18.6
24 Yaş ve üzeri	59	8.3
Toplam	711	100.0

Öğrenciler doğum yeri değişkenine göre; 111'i (%15.6) Marmara Bölgesi, 29'u (%4.1) Ege Bölgesi, 44'ü (%6.2) Akdeniz Bölgesi, 276'sı (%38.8) Karadeniz Bölgesi, 116'sı (%16.3) İç Anadolu Bölgesi, 71'i (%10.0) Doğu Anadolu Bölgesi, 64'ü (%9.0) Güneydoğu Anadolu Bölgesi olarak dağılmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Doğum Yerlerine Göre Dağılımı (Bölge olarak)

Doğum Yeri	Frekans(n)	Yüzde (%)
Marmara Bölgesi	111	15.6
Ege Bölgesi	29	4.1
Akdeniz Bölgesi	44	6.2
Karadeniz Bölgesi	276	38.8
İç Anadolu Bölgesi	116	16.3
Doğu Anadolu Bölgesi	71	10.0
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	9.0
Toplam	711	100.0

Öğrenciler medeni durum değişkenine göre; 22'si (%3.1) evli, 689'u (%96.9) bekar olarak dağılmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evli	22	3.1
Bekar	689	96.9
Toplam	711	100.0

Öğrenciler beden kitle indeksi (BKI) değişkenine göre; 92'si (%12.9) zayıf (<18.5den az), 507'si (%71.3) normal (18.5-24.9 arası), 85'i (%12.0) kilolu/toplu/hafif şişman (25-29.9 arası), 27'si (%3.8) şişman (30 ve üzeri) olarak dağılmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKI) Dağılımları

Beden Kitle İndeksi(BKI)	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hafif Düzeyde Zayıf: $17 \leq \text{BKI} < 18,5$	92	12.9
Normal: $18.5 \leq \text{BKI} < 25$	507	71.3
Kilou/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq \text{BKI} < 30$	85	12.0
Şişman : $30 \leq \text{BKI} < 40$	27	3.8
Toplam	711	100.0

Öğrenciler yüksekokul değişkenine göre; 307'si (%43.2) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 404'ü (%56.8) Meslek Yüksekokulu olarak dağılmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin Yüksekokullarına Göre Dağılımları

Yüksekokul	Frekans(n)	Yüzde (%)
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	307	43.2
Meslek Yüksekokulu	404	56.8
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 178'i (%25) Evde Hasta Bakımı Programında, 51'i (%7.2) Çocuk Gelişimi Programında, 60'ı (%8.4) Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon Programında, 19'u (%2.7) Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Programında, 41'i (%5.8) Bilgisayar Teknolojileri Programında, 70'i (%9.8) Yönetim ve Organizasyon Programında, 23'ü (%3.2) Muhasebe ve Vergi Programında, 16'sı (%2.3) Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri Programında, 59'u (%8.3) Tasarım Programında, 70'i (%9.8) Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri Programında, 124'ü (%17.4) Pazarlama ve Reklamcılık Programında öğrenim görmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Öğrencilerin Okudukları Bölüme Göre Dağılımları

Bölüm	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evde Hasta Bakımı	178	25.0
Çocuk Gelişimi	51	7.2
Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon	60	8.4
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	2.7
Bilgisayar Teknolojileri	41	5.8
Yönetim ve Organizasyon	70	9.8
Muhasebe ve Vergi	23	3.2
Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	2.3
Tasarım	59	8.3
Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri	70	9.8
Pazarlama ve Reklamcılık	124	17.4
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 451'i (%63.4) birinci sınıf öğrencisi, 260'ı (%36.6) ikinci (son) sınıf öğrencisidir (Tablo 8).

Tablo 8. Öğrencilerin Okudukları Sınıflara Göre Dağılımları

Sınıf	Frekans(n)	Yüzde (%)
Birinci Sınıf	451	63.4
İkinci Sınıf	260	36.6
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin üniversiteye başlamadan önce yaşadıkları bölge oranlarına bakıldığında; 126'sının (%17.7) Marmara Bölgesinde, 13'ünün (%1.8) Ege Bölgesinde, 33'ünün (%4.6) Akdeniz Bölgesinde, 287'sinin (%40.4) Karadeniz Bölgesinde, 124'ünün (%17.4) İç Anadolu Bölgesinde, 63'ünün (%8.9) Doğu Anadolu Bölgesinde, 65'inin (%9.1) Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşadığı sonucu elde edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Öğrencinin Üniversiteye Gelmeden Önce Yaşadığı Bölgeye Göre Dağılımları

Bölge	Frekans(n)	Yüzde (%)
Marmara Bölgesi	126	17.7
Ege Bölgesi	13	1.8
Akdeniz Bölgesi	33	4.6
Karadeniz Bölgesi	287	40.4
İç Anadolu Bölgesi	124	17.4
Doğu Anadolu Bölgesi	63	8.9
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	65	9.1
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 323'ü (%45.4) evde, 120'si (%16.9) pansiyonda, 268'i (%37.7) yurttadır (Tablo 10).

Tablo 10. Öğrencilerin Şu An Kaldıkları Yere Göre Dağılımları

Kalınan Yer	Frekans(n)	Yüzde (%)
Ev	323	45.4
Pansiyon	120	16.9
Yurt	268	37.7
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin; 587'sinin (%82.6) sosyal güvencesi bulunurken, 124'ünün (%17.4) sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Öğrencilerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımları

Sosyal Güvence Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	587	82.6
Hayır	124	17.4
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 43'ü (%6) bir işte çalışmaktadır, 668'i (%94) herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Öğrencilerin Çalışma Durumlarının Göre Dağılımları

Çalışma Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	43	6.0
Hayır	668	94.0
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 173'ü (%24,3) üniversite eğitimi sırasında ailesi ile kalmaktadır, 538'i (%75,7) ise üniversite eğitimi sırasında ailesi ile kalmamaktadır (Tablo 13).

Tablo 13. Öğrencilerin Şu Anda Aileleri ile Kalma Dağılımları

Şuan Aile İle Kalma Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	173	24.3
Hayır	538	75.7
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 161'i (%22.6) yaşamının en çok zamanını köyde, 261'i (%36.7) ilçede, 289'u (%40.6) ilde geçirmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrencilerin Yaşadıkları En Uzun Bölge Türüne Göre Dağılımları

Yaşanılan En Uzun Yer	Frekans(n)	Yüzde (%)
Köy	161	22.6
İlçe	261	36.7
İl	289	40.6
Toplam	711	100.0

Öğrenciler anne eğitim durumu değişkenine göre; 72'si (%10.1) okur-yazar değil, 78'i (%11.0) okur-yazar, 473'ü (%66.5) ilkokul mezunu, 74'ü (%10.4) lise mezunu, 14'ü (%2.0) üniversite ya da üzeri olarak dağılmaktadır (Tablo 15).

Tablo 15. Öğrencilerin Anne Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Anne Eğitim Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Okur-yazar Değil	72	10.1
Okur-yazar	78	11.0
İlkokul	473	66.5
Lise	74	10.4
Üniversite ve üzeri	14	2.0
Toplam	711	100.0

Öğrenciler baba eğitim durumu değişkenine göre 15'i (%2.1) okur-yazar değil, 51'i (%7.2) okur-yazar, 439'u (%61.7) ilkokul mezunu, 153'ü (%21.5) lise mezunu, 53'ü (%7.5) üniversite ve üzeri olarak dağılmaktadır (Tablo 16).

Tablo 16. Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

Baba Eğitim Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Okur-yazar Değil	15	2.1
Okur-yazar	51	7.2
İlkokul	439	61.7
Lise	153	21.5
Üniversite ve üzeri	53	7.5
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 532'si (%74.8) çekirdek aileden, 151'i (%21.2) geniş aileden, 28'i (%3.9) parçalanmış aileden olarak oluşmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Öğrencilerin Aile Tipi Durumlarına Göre Dağılımları

Aile Tipi	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çekirdek	532	74.8
Geniş	151	21.2
Parçalanmış	28	3.9
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 84'ü (%11.8) aile gelir durumunu kötü, 393'ü (%55.3) orta, 221'i (%31.1) iyi, 13'ü (%1.8) çok iyi olarak tanımlamaktadır (Tablo 18).

Tablo 18. Öğrencilerin Aile Gelir Durumlarına Göre Dağılımları

Aile Gelir Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kötü	84	11.8
Orta	393	55.3
İyi	221	31.1
Çok İyi	13	1.8
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 160'ı (%22.5) kendi aylık gelir durumunu kötü, 405'i (%57.0) orta, 140'ı (%19.7) iyi, 6'sı (%0.8) çok iyi olarak tanımlamaktadır (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin Kendi Aylık Gelir Durumlarını Tanımlamalarına Göre Dağılımları

Aylık Gelir	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kötü	160	22.5
Orta	405	57.0
İyi	140	19.7
Çok İyi	6	0.8
Toplam	711	100.0

Öğrencilerden 58'i (%8.2) sürekli olarak ilaç kullanmalarını gerektiren ve doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığa sahip olduklarını, 653'ü (%91.8) ise böyle bir hastalıklarının olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 20).

Tablo 20. Öğrencilerin Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

Hastalık Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	58	8.2
Hayır	653	91.8
Toplam	711	100.0

Öğrencilerden 216'sı (%30.4) ailelerinde (anne, baba veya kardeşler) sürekli ilaç kullanmayı gerektiren ve doktor tarafından tanı konmuş bir rahatsızlık olduğunu, 495'i (%69.6) ise böyle bir rahatsızlığın olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 21).

Tablo 21. Öğrencilerin Ailelerinde Bulunan Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

Ailede Hastalık Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	216	30.4
Hayır	495	69.6
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 27'si (%3.8) genel sağlık durumlarını zayıf, 126'sı (%17.7) orta, 420'si (%59.1) iyi, 101'i (%14.2) çok iyi, 37'si (%5.2) mükemmel olarak tanımlamaktadır (Tablo 22).

Tablo 22. Öğrencilerin Genel Sağlık Durumlarını Algılama Durumlarına Göre Dağılımları

Genel Sağlık Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Zayıf	27	3.8
Orta	126	17.7
İyi	420	59.1
Çok İyi	101	14.2
Mükemmel	37	5.2
Toplam	711	100.0

Öğrenciler, en son doktora gitme zamanı olarak; 301'i (%42.3) son bir yıl içinde cevabını, 69'u (%9.7) son 2 yıl içinde, 59'u (%8.3) son 3 yıl içinde, 62'si (%8.7) 4 yıl ya da daha fazla bir zamanda, 220'si (%30.9) ise hiç gitmedim cevabını vermiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Öğrencilerin Doktora Gitme Sıklıklarına Göre Dağılımları

Doktora En Son Gitme Zamanı	Frekans(n)	Yüzde (%)
Son bir yıl içinde	301	42.3
Son 2 yıl içinde	69	9.7
Son 3 yıl içinde	59	8.3
4 Yıl ya da daha fazla	62	8.7
Hiç gitmedim	220	30.9
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 210'u (%29.5) düzenli olarak egzersiz yapmaktadırlar, 501'i (%70.5) ise düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır (Tablo 24).

Tablo 24. Öğrencilerin Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	210	29.5
Hayır	501	70.5
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 353'ü (%49.6) Hepatit B aşısı yaptırmıştır, 171'i (%24.1) yaptırmamıştır, 187'si (%26.3) ise yaptırap yaptırmadığını bilmemektedir (Tablo 25).

Tablo 25. Öğrencilerin Hepatit B Aşısı Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları

Hepatit B Aşısı	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	353	49.6
Hayır	171	24.1
Bilmiyorum/Emin Değilim	187	26.3
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin sigara içme durumunu belirlemek amacıyla sorulan soruya; 354'ü (%49.8) “hiç içmedim”, 201'i (%28.3) “her gün içerim”, 130'u (%18.3) “ara sıra içerim”, 26'sı (%3.7) ise “bıraktım” şeklinde cevap vermiştir (Tablo 26).

Tablo 26. Öğrencilerin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Sigara İçme Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hiç İçmedim	354	49.8
Her Gün İçerim	201	28.3
Ara Sıra İçerim	130	18.3
Bıraktım	26	3.7
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin alkol kullanma durumunu belirlemek amacıyla sorulan soruya; 508'i (%71.4) “hiç içmedim”, 41'i (%5.8) “her gün içerim”, 137'si (%19.3) “ara sıra içerim”, 25'i (%3.5) ise “bıraktım” şeklinde cevap vermiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Öğrencilerin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Alkol Kullanma Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Hiç İçmedim	508	71.4
Her Gün İçerim	41	5.8
Ara Sıra İçerim	137	19.3
Bıraktım	25	3.5
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 609'u (%85.7) yaşamları boyunca herhangi bir sosyal aktivitede bulduklarını, 102'si (%14.3) ise hayatları boyunca hiçbir sosyal aktiviteye katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 28).

Tablo 28. Öğrencilerin Sosyal Aktivite Durumlarına Göre Dağılımları

Sosyal Aktivite Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	609	85.7
Hayır	102	14.3
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 37'sinin (%5.2) tanı konmuş bir psikolojik hastalığı bulunmaktadır, 674'ünün (%94.8) ise böyle bir hastalığı bulunmamaktadır (Tablo 29).

Tablo 29. Öğrencilerin Psikolojik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

Psikolojik Hastalık Durumu	Frekans(n)	Yüzde (%)
Evet	37	5.2
Hayır	674	94.8
Toplam	711	100.0

Öğrencilerin 39'u (%5.5) ruh hallerini zayıf, 164'ü (%23.1) orta, 343'ü (%48.2) iyi, 119'u (%16.7) çok iyi, 46'sı (%6.5) mükemmel olarak tanımlamışlardır (Tablo 30).

Tablo 30. Öğrencilerin Ruh Hallerini Tanımlamalarına Göre Dağılımları

Ruh Hali	Frekans(n)	Yüzde (%)
Zayıf	39	5.5
Orta	164	23.1
İyi	343	48.2
Çok İyi	119	16.7
Mükemmel	46	6.5
Toplam	711	100.0

Araştırmaya katılan öğrencilerin “kendini gerçekleştirme” düzeyi (36.646 ± 6.143); “sağlık sorumluluğu” düzeyi (22.387 ± 6.012); “egzersiz” düzeyi (10.731 ± 3.332); “beslenme” düzeyi (14.772 ± 3.164); “kişilerarası destek” düzeyi (20.271 ± 3.992); “stres yönetimi” düzeyi (17.402 ± 4.008); “sağlıklı yaşam biçimi davranışı” düzeyi; (122.210 ± 20.412)olarak saptanmıştır. Bu bulgular Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyleri	N	Ortalama (Ort)	Standart Sapma (Ss)	Minimum (Min.)	Maximum (Max.)
Kendini Gerçekleştirme	711	36.646	6.143	13.000	52.000
Sağlık Sorumluluğu	711	22.387	6.012	10.000	40.000
Egzersiz	711	10.731	3.332	5.000	20.000
Beslenme	711	14.772	3.164	7.000	24.000
Kişilerarası Destek	711	20.271	3.992	9.000	28.000
Stres Yönetimi	711	17.402	4.008	7.000	28.000
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	711	122.210	20.412	51.000	192.000

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının beden kitle indeksi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.545$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq \text{BKI} < 30$ olanların sağlık sorumluluğu puanları (24.718 ± 7.121), beden kitle indeksi Hafif Düzeyde Zayıf: $17 \leq \text{BKI} < 18.5$ olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.033 ± 5.048) yüksek bulunmuştur. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq \text{BKI} < 30$ olanların sağlık sorumluluğu puanları (24.718 ± 7.121), beden kitle indeksi Normal: $18.5 \leq \text{BKI} < 25$ olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (21.996 ± 5.907) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılmış olan öğrencilerin egzersiz puan ortalamalarının beden kitle indeksi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.630$; $p=0.013$). Ortaya çıkan farkın neden kaynaklandığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq \text{BKI} < 30$ olanların egzersiz puanları (11.800 ± 3.866), beden kitle indeksi Hafif Düzeyde Zayıf: $17 \leq \text{BKI} < 18.5$ olanların egzersiz puanlarından (10.348 ± 3.336) yüksek bulunmuştur. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq \text{BKI} < 30$ olanların egzersiz puanları (11.800 ± 3.866), beden kitle indeksi Normal: $18.5 \leq \text{BKI} < 25$ olanların egzersiz puanlarından (10.610 ± 3.218) yüksek olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamalarının beden kitle indeksi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.766$; $p=0.041$). Ortaya çıkan farkın neden kaynaklandığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq BKI < 30$ olanların stres yönetimi puanları (18.459 ± 4.037), beden kitle indeksi Hafif Düzeyde Zayıf: $17 \leq BKI < 18.5$ olanların stres yönetimi puanlarından (17.163 ± 2.790) yüksek bulunmuştur. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq BKI < 30$ olanların stres yönetimi puanları (18.459 ± 4.037), beden kitle indeksi Normal: $18,5 \leq BKI < 25$ olanların stres yönetimi puanlarından (17.227 ± 4.111) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının beden kitle indeksi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.188$; $p=0.023$). Ortaya çıkan farkın neden kaynaklandığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq BKI < 30$ olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (128.541 ± 23.521), beden kitle indeksi Hafif Düzeyde Zayıf: $17 \leq BKI < 18.5$ olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (120.554 ± 14.748) yüksek bulunmuştur. Beden kitle indeksi Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: $25 \leq BKI < 30$ olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (128.541 ± 23.521), beden kitle indeksi Normal: $18.5 \leq BKI < 25$ olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.456 ± 20.485) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek puanları ortalamalarının beden kitle indeksi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yukarıda yer alan tüm bulgular Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Beden Kitle İndeksine Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Beden Kitle İndeksi	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	36.772	5.078	1.211	0.305	
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	36.600	6.117			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	37.365	6.617			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	34.815	8.081			
Sağlık Sorumluluğu	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	22.033	5.048	5.545	<0.001	3 > 1 3 > 2
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	21.996	5.907			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	24.718	7.121			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	23.593	5.686			
Egzersiz	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	10.348	3.336	3.630	0.013	3 > 1 3 > 2
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	10.610	3.218			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	11.800	3.866			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	10.963	3.132			
Beslenme	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	14.696	2.618	0.658	0.578	
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	14.726	3.146			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	15.212	3.639			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	14.519	3.641			
Kişilerarası Destek	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	19.544	3.707	1.991	0.114	
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	20.298	4.087			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	20.988	3.853			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	20.000	3.223			
Stres Yönetimi	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	17.163	2.790	2.766	0.041	3 > 1 3 > 2
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	17.227	4.111			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	18.459	4.037			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	18.185	4.985			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Hafif Düzeyde Zayıf: 17≤BKI<18.5	92	120.554	14.748	3.188	0.023	3 > 1 3 > 2
	Normal: 18.5≤BKI<25	507	121.456	20.485			
	Kilolu/Toplu/Hafif Şişman: 25≤BKI<30	85	128.541	23.521			
	Şişman: 30 ≤BKI<40	27	122.074	22.590			

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Test sonucunda fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.698$; $p=0.003$). Kaynaklarını belirlemek için tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.899 ± 6.283), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.083 ± 5.664) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.643 ± 5.572), bölümü Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.083 ± 5.664) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.786 ± 5.370), bölümü Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.083 ± 5.664) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.540 ± 6.193), bölümü Tıbbi Sekreterlik ve Dokümantasyon olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.083 ± 5.664) yüksek bulunmuştur. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.899 ± 6.283), bölümü Tasarım olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.627 ± 6.161) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.643 ± 5.572), bölümü Tasarım olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.627 ± 6.161) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.786 ± 5.370), bölümü Tasarım olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.627 ± 6.161) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.540 ± 6.193), bölümü Tasarım olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.627 ± 6.161) yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 33).

Tablo 33. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Sağlık Sorumluluğu)

SYBDÖ	Program	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	Evde Hasta Bakımı	178	22.899	6.283	2.698	0.003	1 > 3 6 > 3 10 > 3 11 > 3 1 > 9 6 > 9 10 > 9 11 > 9
	Çocuk Gelişimi	51	22.020	6.058			
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	60	20.083	5.664			
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	20.895	3.999			
	Bilgisayar Teknolojileri	41	21.878	5.797			
	Yönetim ve Organizasyon	70	23.643	5.572			
	Muhasebe ve Vergi	23	21.913	6.921			
	Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	20.563	4.163			
	Tasarım	59	20.627	6.161			
	Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri	70	22.786	5.370			
	Pazarlama ve Reklamcılık	124	23.540	6.193			

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin egzersiz puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.604$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986 ± 2.846), bölümü Evde Hasta Bakımı olanların egzersiz puanlarından (10.494 ± 3.372) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların egzersiz puanları (11.586 ± 2.764), bölümü Evde Hasta Bakımı olanların egzersiz puanlarından (10.494 ± 3.372) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710 ± 3.312), bölümü Evde Hasta Bakımı olanların egzersiz puanlarından (10.494 ± 3.372) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986 ± 2.846), bölümü Çocuk Gelişimi olanların egzersiz puanlarından (9.824 ± 3.071) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların egzersiz puanları (11.586 ± 2.764),

bölümü Çocuk Gelişimi olanların egzersiz puanlarından (9.824±3.071) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710±3.312), bölümü Çocuk Gelişimi olanların egzersiz puanlarından (9.824±3.071) yüksek bulunmuştur. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların egzersiz puanları (10.494±3.372), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların egzersiz puanlarından (9.417±2.812) yüksek bulunmuştur. Bölümü Bilgisayar Teknolojileri olanların egzersiz puanları (10.756±3.498), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların egzersiz puanlarından (9.417±2.812) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986±2.846), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların egzersiz puanlarından (9.417±2.812) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların egzersiz puanları (11.586±2.764), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların egzersiz puanlarından (9.417±2.812) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710±3.312), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların egzersiz puanlarından (9.417±2.812) yüksek bulunmuştur. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların egzersiz puanları (10.494±3.372), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Bilgisayar Teknolojileri olanların egzersiz puanları (10.756±3.498), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986±2.846), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri olanların egzersiz puanları (10.938±3.108), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların egzersiz puanları (11.586±2.764), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710±3.312), bölümü Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama olanların egzersiz puanlarından (8.474±3.323) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986±2.846), bölümü Muhasebe ve Vergi olanların egzersiz puanlarından (10.261±4.126) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710±3.312), bölümü Muhasebe ve Vergi olanların egzersiz puanlarından

(10.261±4.126) yüksek bulunmuştur. Bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların egzersiz puanları (11.986±2.846), bölümü Tasarım olanların egzersiz puanlarından (9.848±3.488) yüksek bulunmuştur. Bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların egzersiz puanları (11.586±2.764), bölümü Tasarım olanların egzersiz puanlarından (9.848±3.488) yüksek bulunmuştur. Bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların egzersiz puanları (11.710±3.312), bölümü Tasarım olanların egzersiz puanlarından (9.848±3.488) yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 34).

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin beslenme puan ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılmış olan tek yönlü varyans analizinde (ANOVA) grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (F=2.089; p=0.023). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların beslenme puanları (15.292±3.308), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların beslenme puanlarından (13.950±2.988) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların beslenme puanlarından (13.950±2.988) yüksek bulunmuştur. Bölümü Bilgisayar Teknolojileri olanların beslenme puanları (15.220±3.978), bölümü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik olanların beslenme puanlarından (13.950±2.988) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Yönetim ve Organizasyon olanların beslenme puanlarından (14.529±2.580) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Muhasebe ve Vergi olanların beslenme puanlarından (14.130±4.267) yüksek bulunmuştur. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların beslenme puanları (15.292±3.308), bölümü Tasarım olanların beslenme puanlarından (14.271±3.145) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Tasarım olanların beslenme puanlarından (14.271±3.145) yüksek bulunmuştur. Bölümü Evde Hasta Bakımı olanların beslenme puanları (15.292±3.308), bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların beslenme puanlarından (14.200±2.411) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri olanların beslenme puanlarından (14.200±2.411) yüksek bulunmuştur. Bölümü Çocuk Gelişimi olanların beslenme puanları (15.824±3.235), bölümü Pazarlama ve Reklamcılık olanların beslenme puanlarından (14.669±2.873) yüksek bulunmuştur (Tablo 34).

Tablo 34. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Egzersiz, Beslenme)

SYBDÖ	Program	N	Ortalama	Ss	F	P	Fark				
Egzersiz	Evde Hasta Bakımı	178	10.494	3.372	5.604	<0.001	6 > 1				
	Çocuk Gelişimi	51	9.824	3.071			10 > 1				
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	60	9.417	2.812			11 > 1				
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	8.474	3.323			6 > 2				
	Bilgisayar Teknolojileri	41	10.756	3.498			10 > 2				
	Yönetim ve Organizasyon	70	11.986	2.846			11 > 2				
	Muhasebe ve Vergi	23	10.261	4.126			1 > 3				
	Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	10.938	3.108			5 > 3				
	Tasarım	59	9.848	3.488			6 > 3				
	Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri	70	11.586	2.764			10 > 3				
	Beslenme	Pazarlama ve Reklamcılık	124	11.710			3.312	2.089	0.023	11 > 3	
										Evde Hasta Bakımı	178
Çocuk Gelişimi					51	15.824				3.235	2 > 3
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik					60	13.950				2.988	5 > 3
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama					19	14.737				3.331	2 > 6
Bilgisayar Teknolojileri					41	15.220				3.978	2 > 7
Yönetim ve Organizasyon					70	14.529				2.580	1 > 9
Muhasebe ve Vergi					23	14.130				4.267	2 > 9
Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri					16	14.750				3.924	1 > 10
Tasarım					59	14.271				3.145	2 > 10
Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri					70	14.200				2.411	2 > 11
Pazarlama ve Reklamcılık					124	14.669				2.873	

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$ Tablo 35).

Tablo 35. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Bölüme Göre Ortalamaları (Kişilerarası destek, SYBD Toplam Puan)

SYBDÖ	Program	N	Ortalama	Ss	F	P	Fark
Kişilerarası Destek	Evde Hasta Bakımı	178	20.640	3.825	1.087	0.369	
	Çocuk Gelişimi	51	19.745	4.108			
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	60	19.917	3.310			
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	21.842	3.610			
	Bilgisayar Teknolojileri	41	20.268	3.892			
	Yönetim ve Organizasyon	70	20.214	4.270			
	Muhasebe ve Vergi	23	19.000	4.503			
	Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	19.188	3.188			
	Tasarım	59	20.797	3.890			
	Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri	70	20.314	3.951			
	Pazarlama ve Reklamcılık	124	20.024	4.425			
	Çocuk Gelişimi	51	17.588	4.031			
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	60	16.167	3.604			
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	16.895	3.430			
	Bilgisayar Teknolojileri	41	17.390	3.924			
	Yönetim ve Organizasyon	70	17.900	4.058			
	Muhasebe ve Vergi	23	17.391	4.387			
	Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	17.500	3.077			
	Tasarım	59	16.542	4.280			
	Otel, Lokanta ve İkram Hizmetleri	70	17.543	3.907			
Pazarlama ve Reklamcılık	124	17.766	4.364				
SYBD	Evde Hasta Bakımı	178	124.140	20.639	1.210	0.281	
	Çocuk Gelişimi	51	122.333	20.225			
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	60	115.617	18.112			
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	19	121.579	19.732			
	Bilgisayar Teknolojileri	41	124.098	22.177			
	Yönetim ve Organizasyon	70	124.071	19.510			
	Muhasebe ve Vergi	23	118.435	25.404			
	Malzeme ve Malzeme İşleme Teknolojileri	16	118.000	14.473			

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7.782$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 24 yaş ve üzeri olanların sağlık sorumluluğu puanları (25.305 ± 6.519), yaşı 18-20 yaş aralığında olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.083 ± 5.932) yüksek bulunmuştur. Yaşı 24 yaş ve üzeri olanların sağlık sorumluluğu puanları (25.305 ± 6.519), yaşı 21-23 yaş aralığında olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.280 ± 5.785) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dâhil olan öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılmış olan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.427$; $p=0.033$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 24 yaş ve üzeri olanların stres yönetimi puanları (18.678 ± 4.129), yaşı 18-20 yaş aralığında olanların stres yönetimi puanlarından (17.244 ± 4.000) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.363$; $p=0.035$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 24 yaş ve üzeri olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (127.525 ± 21.226), yaşı 18-20 yaş arasında olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.115 ± 20.353) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulguların tümü Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Yaş	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	18-20 Yaş	520	36.485	5.990	1.352	0.260	
	21-23 Yaş	132	37.432	6.768			
	24 Yaş ve üzeri	59	36.305	5.978			
Sağlık Sorumluluğu	18-20 Yaş	520	22.083	5.932	7.782	<0.001	3 > 1 3 > 2
	21-23 Yaş	132	22.280	5.785			
	24 Yaş ve üzeri	59	25.305	6.519			
Egzersiz	18-20 Yaş	520	10.610	3.242	1.301	0.273	
	21-23 Yaş	132	11.083	3.573			
	24 Yaş ve üzeri	59	11.017	3.545			
Beslenme	18-20 Yaş	520	14.615	3.123	2.799	0.062	
	21-23 Yaş	132	15.061	3.183			
	24 Yaş ve üzeri	59	15.509	3.375			
Kişilerarası Destek	18-20 Yaş	520	20.079	4.029	2.280	0.103	
	21-23 Yaş	132	20.833	3.898			
	24 Yaş ve üzeri	59	20.712	3.769			
Stres Yönetimi	18-20 Yaş	520	17.244	4.000	3.427	0.033	3 > 1
	21-23 Yaş	132	17.455	3.914			
	24 Yaş ve üzeri	59	18.678	4.129			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	18-20 Yaş	520	121.115	20.353	3.363	0.035	3 > 1
	21-23 Yaş	132	124.144	19.906			
	24 Yaş ve üzeri	59	127.525	21.226			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının öğrencilerin ailelerinin gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.804$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Aile gelir durumu “orta” olanların kendini gerçekleştirme puanları (36.519 ± 6.120), aile gelir durumu “kötü” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.488 ± 6.919) yüksek bulunmuştur. Aile gelir durumu “iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.701 ± 5.783), aile gelir durumu “kötü” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.488 ± 6.919) yüksek bulunmuştur. Aile gelir durumu “iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.701 ± 5.783), aile gelir durumu “orta” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.519 ± 6.120) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının aile gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.105$; $p=0.026$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek için tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Aile gelir durumu “iyi” olanların egzersiz puanları (11.177 ± 3.165), aile gelir durumu “orta” olanların egzersiz puanlarından (10.402 ± 3.420) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının aile gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=8.560$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Aile gelir durumu “iyi” olanların stres yönetimi puanları (18.389 ± 3.796), aile gelir durumu “kötü” olanların stres yönetimi puanlarından (16.167 ± 4.147) yüksek bulunmuştur. Aile gelir durumu “iyi” olanların stres yönetimi puanları (18.389 ± 3.796), aile gelir durumu “orta” olanların stres yönetimi puanlarından (17.076 ± 4.024) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının aile gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.560$; $p=0.014$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Aile gelir durumu “iyi” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (125.561 ± 18.317), aile gelir durumu “kötü” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından ($118,488\pm 23,967$) yüksek bulunmuştur. Aile gelir durumu “iyi” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (125.561 ± 18.317), aile gelir durumu “orta” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (120.998 ± 20.697) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek puanları ortalamalarının aile gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bu bulgular Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Aile Gelir Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Aile Gelir	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Kötü	84	34.488	6.919	5.804	<0.001	2 > 1 3 > 1 3 > 2
	Orta	393	36.519	6.120			
	İyi	221	37.701	5.783			
	Çok İyi	13	36.462	3.382			
Sağlık Sorumluluğu	Kötü	84	22.464	6.152	1.189	0.313	
	Orta	393	22.053	6.127			
	İyi	221	22.851	5.799			
	Çok İyi	13	24.077	4.838			
Egzersiz	Kötü	84	10.952	3.347	3.105	0.026	3 > 2
	Orta	393	10.402	3.420			
	İyi	221	11.177	3.165			
	Çok İyi	13	11.692	2.287			
Beslenme	Kötü	84	14.536	3.388	1.039	0.375	
	Orta	393	14.679	3.191			
	İyi	221	14.964	3.042			
	Çok İyi	13	15.846	2.824			
Kişilerarası Destek	Kötü	84	19.881	4.281	0.681	0.564	
	Orta	393	20.267	4,002			
	İyi	221	20.480	3,917			
	Çok İyi	13	19.385	2,959			
Stres Yönetimi	Kötü	84	16.167	4,147	8.560	<0.001	3 > 1 3 > 2
	Orta	393	17.076	4,024			
	İyi	221	18.389	3,796			
	Çok İyi	13	18.462	2,259			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Kötü	84	118.488	23,967	3.560	0.014	3 > 1 3 > 2
	Orta	393	120.998	20,697			
	İyi	221	125.561	18,317			
	Çok İyi	13	125.923	12,926			

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3.492; p=0.031). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Aile tipi çekirdek olanların stres yönetimi puanları (17.617±4.044), aile tipi geniş olanların stres yönetimi puanlarından (16.887±3.769) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının aile tipi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgular Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Aile Tipine Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Aile Tipi	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Çekirdek	532	36.673	6.398	0.287	0.751	
	Geniş	151	36.709	4.975			
	Parçalanmış	28	35.786	6.994			
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek	532	22.479	5.928	1.341	0.262	
	Geniş	151	22.397	6.276			
	Parçalanmış	28	20.571	6.082			
Egzersiz	Çekirdek	532	10.825	3.313	1.144	0.319	
	Geniş	151	10.536	3.332			
	Parçalanmış	28	10.000	3.682			
Beslenme	Çekirdek	532	14.893	3.125	1.585	0.206	
	Geniş	151	14.444	3.178			
	Parçalanmış	28	14.250	3.728			
Kişilerarası Destek	Çekirdek	532	20.235	4.143	0.653	0.521	
	Geniş	151	20.517	3.406			
	Parçalanmış	28	19.643	4.030			
Stres Yönetimi	Çekirdek	532	17.617	4.044	3.492	0.031	1 > 2
	Geniş	151	16.887	3.769			
	Parçalanmış	28	16.107	4.219			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Çekirdek	532	122.722	20.946	1.414	0.244	
	Geniş	151	121.490	18.013			
	Parçalanmış	28	116.357	21.943			

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.761$; $p=0.011$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Alkol kullanma durumuna “Her gün içerim” cevabını verenlerin

egzersiz puanları (11.683 ± 2.573), alkol kullanma durumuna “Hiç içmedim” cevabını verenlerin egzersiz puanlarından (10.526 ± 3.279) yüksek bulunmuştur. Alkol kullanma durumuna “Bıraktım” cevabını verenlerin egzersiz puanları (12.280 ± 4.316), alkol kullanma durumuna “Hiç içmedim” cevabını verenlerin egzersiz puanlarından (10.526 ± 3.279) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.818$; $p=0.038$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Alkol kullanma durumuna “Her gün içerim” cevabını verenlerin kişilerarası destek puanları (21.634 ± 3.878), alkol kullanma durumuna “Hiç içmedim” cevabını verenlerin kişilerarası destek puanlarından (20.030 ± 3.873) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının alkol kullanma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bu bulgular Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Alkol Kullanma	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Hiç İçmedim	508	36.421	5.893	1.466	0.223	
	Her Gün İçerim	41	36.951	5.958			
	Ara Sıra İçerim	137	36.985	6.702			
	Bıraktım	25	38.840	7.899			
Sağlık Sorumluluğu	Hiç İçmedim	508	22.419	5.736	0.069	0.976	
	Her Gün İçerim	41	22.195	5.423			
	Ara Sıra İçerim	137	22.409	6.884			
	Bıraktım	25	21.920	7.505			
Egzersiz	Hiç İçmedim	508	10.526	3.279	3.761	0.011	2 > 1 4 > 1
	Her Gün İçerim	41	11.683	2.573			
	Ara Sıra İçerim	137	10.927	3.427			
	Bıraktım	25	12.280	4.316			
Beslenme	Hiç İçmedim	508	14.809	3.057	0.204	0.894	
	Her Gün İçerim	41	14.488	2.694			
	Ara Sıra İçerim	137	14.774	3.496			
	Bıraktım	25	14.480	4.144			
Kişilerarası Destek	Hiç İçmedim	508	20.030	3.873	2.818	0.038	2 > 1
	Her Gün İçerim	41	21.634	3.878			
	Ara Sıra İçerim	137	20.693	4.257			
	Bıraktım	25	20.640	4.600			
Stres Yönetimi	Hiç İçmedim	508	17.270	3.716	1.715	0.163	
	Her Gün İçerim	41	18.732	4.353			
	Ara Sıra İçerim	137	17.482	4.600			
	Bıraktım	25	17.480	5.347			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Hiç İçmedim	508	121.474	19.194	0.974	0.404	
	Her Gün İçerim	41	125.683	20.029			
	Ara Sıra İçerim	137	123.270	23.297			
	Bıraktım	25	125.640	27.359			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=5.619; p<0.001). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanları (38.667±4.386), anne eğitim durumu “okur-yazar

olmayanların” kendini gerçekleştirme puanlarından (34.125±6.556) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “ilkokul” olanların kendini gerçekleştirme puanları (36.708±6.203), anne eğitim durumu “okur-yazar olmayanların” kendini gerçekleştirme puanlarından (34.125±6.556) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların kendini gerçekleştirme puanları (36.257±6.331), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.125±6.556) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların kendini gerçekleştirme puanları (38.286±5.180), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.125±6.556) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanları (38.667±4.386), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.708±6.203) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanları (38.667±4.386), anne eğitim durumu “lise” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.257±6.331) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.261$; $p=0.012$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlık sorumluluğu puanları (24.154±6.347), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.819±5.395) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “ilkokul” olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.459±6.089), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.819±5.395) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlık sorumluluğu puanları (24.154±6.347), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.459±6.089) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlık sorumluluğu puanları (24.154±6.347), anne eğitim durumu “lise” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (21.635±5.802) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=8.129$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların egzersiz puanları (11.987 ± 3.077), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların egzersiz puanlarından (9.569 ± 2.973) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “ilkokul” olanların egzersiz puanları (10.535 ± 3.305), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların egzersiz puanlarından (9.569 ± 2.973) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların egzersiz puanları (11.338 ± 3.559), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların egzersiz puanlarından (9.569 ± 2.973) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların egzersiz puanları (13.143 ± 2.770), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların egzersiz puanlarından (9.569 ± 2.973) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların egzersiz puanları (11.987 ± 3.077), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların egzersiz puanlarından (10.535 ± 3.305) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların egzersiz puanları (11.338 ± 3.559), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların egzersiz puanlarından (10.535 ± 3.305) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların egzersiz puanları (13.143 ± 2.770), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların egzersiz puanlarından (10.535 ± 3.305) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=2.791$; $p=0.026$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların beslenme puanları (15.795 ± 3.025), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların beslenme puanlarından (14.528 ± 3.026) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların beslenme puanları (15.795 ± 3.025), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların beslenme puanlarından (14.670 ± 3.164) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların beslenme puanları (15.795 ± 3.025), anne eğitim durumu “lise” olanların beslenme puanlarından (14.419 ± 3.327) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup

ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=5.719$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kişilerarası destek puanları (21.577 ± 4.024), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların kişilerarası destek puanlarından (19.167 ± 4.039) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “ilkokul” olanların kişilerarası destek puanları (20.163 ± 3.927), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların kişilerarası destek puanlarından (19.167 ± 4.039) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların kişilerarası destek puanları (21.108 ± 3.798), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların kişilerarası destek puanlarından (19.167 ± 4.039) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kişilerarası destek puanları (21.577 ± 4.024), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların kişilerarası destek puanlarından (20.163 ± 3.927) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların kişilerarası destek puanları (21.77 ± 4.024), anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların kişilerarası destek puanlarından (17.929 ± 4.122) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu ilkokul olanların kişilerarası destek puanları (20.163 ± 3.927), anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların kişilerarası destek puanlarından (17.929 ± 4.122) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların kişilerarası destek puanları (21.108 ± 3.798), anne eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların kişilerarası destek puanlarından (17.929 ± 4.122) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.925$; $p=0.020$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanları (18.654 ± 3.407), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların stres yönetimi puanlarından (16.653 ± 3.624) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanları (18.654 ± 3.407), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların stres yönetimi puanlarından (17.364 ± 4.149) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanları (18.654 ± 3.407), anne eğitim durumu “lise” olanların stres yönetimi puanlarından (16.932 ± 3.946) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının anne eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6.099$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.833 ± 18.702), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından ($114,861\pm 19,136$) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “ilkokul” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (121.899 ± 20.595), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (114.861 ± 19.136) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “lise” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (121.689 ± 20.085), anne eğitim durumu “okur-yazar değil” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (114.861 ± 19.136) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.833 ± 18.702), anne eğitim durumu “ilkokul” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.899 ± 20.595) yüksek bulunmuştur. Anne eğitim durumu “okur-yazar” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.833 ± 18.702), anne eğitim durumu “lise” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.689 ± 20.085) yüksek bulunmuştur. Bulguların tümü Tablo 40’da gösterilmiştir.

Tablo 40. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Anne Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Anne Eğitim Durumu	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Okur-yazar Değil	72	34.125	6.556	5.619	<0.001	2 > 1
	Okur-yazar	78	38.667	4.386			3 > 1
	İlkokul	473	36.708	6.203			4 > 1
	Lise	74	36.257	6.331			5 > 1
	Üniversite ve üzeri	14	38.286	5.180			2 > 3
							2 > 4
Sağlık Sorumluluğu	Okur-yazar Değil	72	20.819	5.395	3.261	0.012	2 > 1
	Okur-yazar	78	24.154	6.347			3 > 1
	İlkokul	473	22.459	6.089			2 > 3
	Lise	74	21.635	5.802			2 > 4
	Üniversite ve üzeri	14	22.143	2.413			
Egzersiz	Okur-yazar Değil	72	9.569	2.973	8.129	<0.001	2 > 1
	Okur-yazar	78	11.987	3.077			3 > 1
	İlkokul	473	10.535	3.305			4 > 1
	Lise	74	11.338	3.559			5 > 1
	Üniversite ve üzeri	14	13.143	2.770			2 > 3
							4 > 3
							5 > 3
Beslenme	Okur-yazar Değil	72	14.528	3.026	2.791	0.026	2 > 1
	Okur-yazar	78	15.795	3.025			2 > 3
	İlkokul	473	14.670	3.164			2 > 4
	Lise	74	14.419	3.327			
	Üniversite ve üzeri	14	15.643	2.898			
Kişilerarası Destek	Okur-yazar Değil	72	19.167	4.039	5.719	<0.001	2 > 1
	Okur-yazar	78	21.577	4.024			3 > 1
	İlkokul	473	20.163	3.927			4 > 1
	Lise	74	21.108	3.798			2 > 3
	Üniversite ve üzeri	14	17.929	4.122			2 > 5
							3 > 5
							4 > 5
Stres Yönetimi	Okur-yazar Değil	72	16.653	3.624	2.925	0.020	2 > 1
	Okur-yazar	78	18.654	3.407			2 > 3
	İlkokul	473	17.364	4.149			2 > 4
	Lise	74	16.932	3.946			
	Üniversite ve üzeri	14	18.071	3.198			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Okur-yazar Değil	72	114.861	19.136	6.099	<0.001	2 > 1
	Okur-yazar	78	130.833	18.702			3 > 1
	İlkokul	473	121.899	20.595			4 > 1
	Lise	74	121.689	20.085			2 > 3
	Üniversite ve üzeri	14	125.214	16.082			2 > 4

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.628$; $p=0.003$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kendi aylık geliri “orta” olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (36.822 ± 5.678), aylık geliri “kötü” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (35.438 ± 6.825) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.257 ± 6.368), aylık geliri “kötü” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (35.438 ± 6.825) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (42.667 ± 6.532), aylık geliri “kötü” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (35.438 ± 6.825) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (42.667 ± 6.532), aylık geliri “orta” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.822 ± 5.678) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanları (42.667 ± 6.532), aylık geliri “iyi” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından ($37.257\pm 6,368$) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.263$; $p=0.021$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlık sorumluluğu puanları ($28,500\pm 4.970$), aylık geliri kötü olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (23.038 ± 6.636) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlık sorumluluğu puanları (28.500 ± 4.970), aylık geliri “orta” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.010 ± 5.669) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlık sorumluluğu puanları (28.500 ± 4.970), aylık geliri “iyi” olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (22.471 ± 6.119) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.382$; $p=0.018$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Kendi aylık geliri “iyi” olanların kişilerarası destek puanları (21.000±3.898), aylık geliri “kötü” olanların kişilerarası destek puanlarından (19.750±3,962) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “iyi” olanların kişilerarası destek puanları (21.000±3.898), aylık gelir “orta” olanların kişilerarası destek puanlarından (20.188±4.009) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=4.621; p=0.003). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kendi aylık geliri “iyi” olanların stres yönetimi puanları (18.164±4.357), aylık geliri “orta” olanların stres yönetimi puanlarından (17.012±3.652) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların stres yönetimi puanları (20.833±3.869), aylık geliri “orta” olanların stres yönetimi puanlarından (17.012±3.652) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3.620; p=0.013). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (146.000±19.079), aylık geliri kötü olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.588±23.436) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (146.000±19.079), aylık geliri orta olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (121.328±18.768) yüksek bulunmuştur. Kendi aylık geliri “çok iyi” olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (146.000±19.079), aylık geliri iyi olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (124.450±20.757) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz, beslenme puanları ortalamalarının aylık gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Tüm bu bulgular Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencinin Aylık Gelirine Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Öğrenci Aylık Gelir	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Kötü	160	35.438	6.825	4.628	0.003	2 > 1
	Orta	405	36.822	5.678			3 > 1
	İyi	140	37.257	6.368			4 > 1
	Çok İyi	6	42.667	6.532			4 > 2 4 > 3
Sağlık Sorumluluğu	Kötü	160	23.038	6.636	3.263	0.021	4 > 1
	Orta	405	22.010	5.669			4 > 2
	İyi	140	22.471	6.119			4 > 3
	Çok İyi	6	28.500	4.970			
Egzersiz	Kötü	160	10.888	3.738	1.937	0.122	
	Orta	405	10.595	3.168			
	İyi	140	10.821	3.237			
	Çok İyi	6	13.667	4.131			
Beslenme	Kötü	160	14.881	3.330	1.628	0.181	
	Orta	405	14.701	3.109			
	İyi	140	14.736	3.111			
	Çok İyi	6	17.500	3.017			
Kişilerarası Destek	Kötü	160	19.750	3.962	3.382	0.018	3 > 1
	Orta	405	20.188	4.009			3 > 2
	İyi	140	21.000	3.898			
	Çok İyi	6	22.833	3.189			
Stres Yönetimi	Kötü	160	17.594	4.405	4.621	0.003	3 > 2
	Orta	405	17.012	3.652			4 > 2
	İyi	140	18.164	4.357			
	Çok İyi	6	20.833	3.869			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Kötü	160	121.588	23.436	3.620	0.013	4 > 1
	Orta	405	121.328	18.768			4 > 2
	İyi	140	124.450	20.757			4 > 3
	Çok İyi	6	146.000	19.079			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2.784; p=0.026). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Baba eğitim durumu “ilkokul” olanların kendini

gerçekleştirme puanları (37.034 ± 6.320), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.235 ± 4.352) yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu “lise” olanların kendini gerçekleştirme puanları (36.360 ± 6.119), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.235 ± 4.352) yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.000 ± 5.526), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (34.235 ± 4.352) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.121$; $p=0.015$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Baba eğitim durumu “ilkokul” olanların stres yönetimi puanları (17.581 ± 4.074), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanlarından (15.510 ± 3.591) yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu “lise” olanların stres yönetimi puanları (17.497 ± 3.995), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanlarından (15.510 ± 3.591) yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu “üniversite ve üzeri” olanların stres yönetimi puanları (17.453 ± 3.549), baba eğitim durumu “okur-yazar” olanların stres yönetimi puanlarından (15.510 ± 3.591) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının baba eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulguların tümü Tablo 42’de gösterilmiştir.

Tablo 42. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Baba Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Baba Eğitim Durumu	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Okur-yazar Değil	15	35.133	6,854	2.784	0.026	3 > 2 4 > 2 5 > 2
	Okur-yazar	51	34.235	4,352			
	İlkokul	439	37.034	6,320			
	Lise	153	36.360	6,119			
	Üniversite ve üzeri	53	37.000	5,526			
Sağlık Sorumluluğu	Okur-yazar Değil	15	21.733	8,779	0.693	0.597	
	Okur-yazar	51	21.490	6,494			
	İlkokul	439	22.658	5,824			
	Lise	153	22.039	6,089			
	Üniversite ve üzeri	53	22.189	6,023			
Egzersiz	Okur-yazar Değil	15	11.467	3.681	1.307	0.266	
	Okur-yazar	51	10.745	2.799			
	İlkokul	439	10.529	3.283			
	Lise	153	11.039	3.609			
	Üniversite ve üzeri	53	11.302	3.238			
Beslenme	Okur-yazar Değil	15	15.467	4.340	0.650	0.627	
	Okur-yazar	51	14.431	2.443			
	İlkokul	439	14.859	3.123			
	Lise	153	14.712	3.404			
	Üniversite ve üzeri	53	14.359	3.058			
Kişilerarası Destek	Okur-yazar Değil	15	20.600	4.405	1.398	0.233	
	Okur-yazar	51	19.647	3.486			
	İlkokul	439	20.399	4.016			
	Lise	153	19.824	4.207			
	Üniversite ve üzeri	53	21.019	3.366			
Stres Yönetimi	Okur-yazar Değil	15	17.467	3.889	3.121	0.015	3 > 2 4 > 2 5 > 2
	Okur-yazar	51	15.510	3.591			
	İlkokul	439	17.581	4.074			
	Lise	153	17.497	3.995			
	Üniversite ve üzeri	53	17.453	3.549			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Okur-yazar Değil	15	121.867	26.984	1.442	0.218	
	Okur-yazar	51	116.059	15.508			
	İlkokul	439	123.059	20.670			
	Lise	153	121.471	21.141			
	Üniversite ve üzeri	53	123.321	17.609			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.246$; $p=0.002$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son, son bir yıl içinde gidenlerin kendini gerçekleştirme puanları (37.591 ± 6.172), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (35.377 ± 5.704) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.591 ± 6.172), doktora en son gitme zamanı 4 yıl veya daha fazla olanların kendini gerçekleştirme puanlarından (35.871 ± 5.855) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların kendini gerçekleştirme puanları (37.591 ± 6.172), doktora en son gitme zamanına “hiç gitmedim” cevabını verenlerin kendini gerçekleştirme puanlarından (35.755 ± 5.967) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9.011$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.601 ± 6.181), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların sağlık sorumluluğu puanlarından (21.913 ± 5.212) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.601 ± 6.181), doktora en son gitme zamanına “hiç gitmedim” cevabını verenlerin sağlık sorumluluğu puanlarından (20.564 ± 5.736) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.339 ± 6.291), doktora en son gitme zamanına “hiç gitmedim” cevabını verenlerin sağlık sorumluluğu puanlarından (20.564 ± 5.736) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların sağlık sorumluluğu puanları (22.581 ± 5.136), doktora en son gitme zamanına “hiç gitmedim” cevabını verenlerin sağlık sorumluluğu puanlarından (20.564 ± 5.736) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7.504$; $p<0,001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların egzersiz puanları (12.814 ± 3.026), doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların egzersiz puanlarından (10.714 ± 3.427) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların egzersiz puanları (12.814 ± 3.026), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların egzersiz puanlarından (10.725 ± 2.995) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların egzersiz puanları (12.814 ± 3.026), doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların egzersiz puanlarından (9.855 ± 2.969) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların egzersiz puanları (12.814 ± 3.026), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların egzersiz puanlarından (10.446 ± 3.283) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.985$; $p=0.003$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların beslenme puanları (15.226 ± 3.422), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların beslenme puanlarından (14.118 ± 3.042) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7.036$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (22.034 ± 3.363), doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların kişilerarası destek puanlarından (20.738 ± 3.727) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (20.738 ± 3.727), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde

olanların kişilerarası destek puanlarından (19.652±4.832) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (22.034±3.363), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların kişilerarası destek puanlarından (19.652±4.832) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (22.034±3.363), doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların kişilerarası destek puanlarından (19.984±3.380) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (20.738±3.727), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların kişilerarası destek puanlarından (19.436±4.150) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların kişilerarası destek puanları (22.034±3.363), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların kişilerarası destek puanlarından (19.436±4.150) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=8.294; p<0.001). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların stres yönetimi puanları (19.593±4.414), doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların stres yönetimi puanlarından (17.774±4.077) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların stres yönetimi puanları (19.593±4.414), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların stres yönetimi puanlarından (17.174±3.523) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların stres yönetimi puanları (19.593±4.414), doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların stres yönetimi puanlarından (16.807±2.448) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların stres yönetimi puanları (17.774±4.077), doktora en son gitme zamanına “hiç gitmedim” cevabını verenlerin stres yönetimi puanlarından (16.546±4.037) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların stres yönetimi puanları (19.593±4.414), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların stres yönetimi puanlarından (16.546±4.037) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının doktora en son gitme zamanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=8.963$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (125.645 ± 21.153), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (119.580 ± 20.255) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.085 ± 21.769), doktora en son gitme zamanı son 2 yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (119.580 ± 20.255) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (125.645 ± 21.153), doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (119.936 ± 15.045) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.085 ± 21.769), doktora en son gitme zamanı 4 yıl ya da daha fazla olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (119.936 ± 15.045) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son bir yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (125.645 ± 21.153), doktora en son gitme zamanı “hiç gitmedim” cevabını verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (116.864 ± 18.883) yüksek bulunmuştur. Doktora en son gitme zamanı son 3 yıl içinde olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (130.085 ± 21.769), doktora en son gitme zamanı hiç gitmedim olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (116.864 ± 18.883) yüksek bulunmuştur. Bu bulguların tümü Tablo 43’de gösterilmiştir.

Tablo 43. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doktora En Son Gitme Zamanına Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Doktora Gitme Sıklığı	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Son Bir Yıl İçinde	301	37.591	6.172	4.246	0.002	
	Son 2 Yıl İçinde	69	35.377	5.704			1 > 2
	Son 3 Yıl İçinde	59	37.441	6.745			1 > 4
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	35.871	5.855			1 > 5
	Hiç Gitmedim	220	35.755	5.967			
Sağlık Sorumluluğu	Son Bir Yıl İçinde	301	23.601	6.181	9.011	<0.001	
	Son 2 Yıl İçinde	69	21.913	5.212			1 > 2
	Son 3 Yıl İçinde	59	23.339	6.291			1 > 5
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	22.581	5.136			3 > 5
	Hiç Gitmedim	220	20.564	5.736			4 > 5
Egzersiz	Son Bir Yıl İçinde	301	10.714	3.427	7.504	<0.001	
	Son 2 Yıl İçinde	69	10.725	2.995			3 > 1
	Son 3 Yıl İçinde	59	12.814	3.026			3 > 2
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	9.855	2.969			3 > 4
	Hiç Gitmedim	220	10.446	3.283			3 > 5
Beslenme	Son Bir Yıl İçinde	301	15.226	3.422	3.985	0.003	
	Son 2 Yıl İçinde	69	14.739	2.785			
	Son 3 Yıl İçinde	59	14.864	2.874			1 > 5
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	14.839	2.575			
	Hiç Gitmedim	220	14.118	3.042			
Kişilerarası Destek	Son Bir Yıl İçinde	301	20.738	3.727	7.036	<0.001	
	Son 2 Yıl İçinde	69	19.652	4.832			3 > 1
	Son 3 Yıl İçinde	59	22.034	3.363			1 > 2
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	19.984	3.380			3 > 2
	Hiç Gitmedim	220	19.436	4.150			3 > 4
Stres Yönetimi	Son Bir Yıl İçinde	301	17.774	4.077	8.294	<0.001	
	Son 2 Yıl İçinde	69	17.174	3.523			3 > 1
	Son 3 Yıl İçinde	59	19.593	4.414			3 > 2
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	16.807	2.448			3 > 4
	Hiç Gitmedim	220	16.546	4.037			1 > 5
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Son Bir Yıl İçinde	301	125.645	21.153	8.963	<0.001	
	Son 2 Yıl İçinde	69	119.580	20.255			3 > 2
	Son 3 Yıl İçinde	59	130.085	21.769			1 > 4
	4 Yıl veya Daha Fazla	62	119.936	15.045			3 > 4
	Hiç Gitmedim	220	116.864	18.883			1 > 5
							3 > 5

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının doğum yeri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.233$; $p=0.004$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doğum yeri Karadeniz Bölgesi olanların beslenme puanları (15.268 ± 3.137), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların beslenme puanlarından (14.550 ± 3.340) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Karadeniz Bölgesi olanların beslenme puanları (15.268 ± 3.137), doğum yeri Ege Bölgesi olanların beslenme puanlarından (14.000 ± 2.699) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Karadeniz Bölgesi olanların beslenme puanları (15.268 ± 3.137), doğum yeri Akdeniz Bölgesi olanların beslenme puanlarından (13.977 ± 3.084) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Karadeniz Bölgesi olanların beslenme puanları (15.268 ± 3.137), doğum yeri İç Anadolu Bölgesi olanların beslenme puanlarından ($14,026\pm 3.199$) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Doğu Anadolu Bölgesi olanların beslenme puanları (15.000 ± 2.942), doğum yeri İç Anadolu Bölgesi olanların beslenme puanlarından (14.026 ± 3.199) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Güneydoğu Anadolu Bölgesi olanların beslenme puanları (15.016 ± 3.052), doğum yeri İç Anadolu Bölgesi olanların beslenme puanlarından (14.026 ± 3.199) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının doğum yeri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.636$; $p=0.016$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Doğum yeri Ege Bölgesi olanların kişilerarası destek puanları (21.310 ± 2.953), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların kişilerarası destek puanlarından (19.009 ± 3.679) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Akdeniz Bölgesi olanların kişilerarası destek puanları (20.727 ± 3.973), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların kişilerarası destek puanlarından (19.009 ± 3.679) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri Karadeniz Bölgesi olanların kişilerarası destek puanları (20.504 ± 4.199), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların kişilerarası destek puanlarından (19.009 ± 3.679) yüksek bulunmuştur. Doğum yeri İç Anadolu Bölgesi olanların kişilerarası destek puanları (20.586 ± 3.777), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların kişilerarası destek puanlarından (19.009 ± 3.679) yüksek bulunmuştur.

Doğum yeri Güneydoğu Anadolu Bölgesi olanların kişilerarası destek puanları (20.375±3.799), doğum yeri Marmara Bölgesi olanların kişilerarası destek puanlarından (19.009±3.679) yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 44’de yer almaktadır.

Tablo 44. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doğum Yerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Ortalamaları (Beslenme, Kişilerarası Destek)

SYBDÖ	Doğum Yeri	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Beslenme	Marmara Bölgesi	111	14.550	3.340	3.233	0.004	4 > 1 4 > 2 4 > 3 4 > 5 6 > 5 7 > 5
	Ege Bölgesi	29	14.000	2.699			
	Akdeniz Bölgesi	44	13.977	3.084			
	Karadeniz Bölgesi	276	15.268	3.137			
	İç Anadolu Bölgesi	116	14.026	3.199			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	15.000	2.942			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	15.016	3.052			
Kişilerarası Destek	Marmara Bölgesi	111	19.009	3.679	2.636	0.016	2 > 1 3 > 1 4 > 1 5 > 1 7 > 1
	Ege Bölgesi	29	21.310	2.953			
	Akdeniz Bölgesi	44	20.727	3.973			
	Karadeniz Bölgesi	276	20.504	4.199			
	İç Anadolu Bölgesi	116	20.586	3.777			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	20.028	4.232			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	20.375	3.799			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının doğum yeri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bulguların tümü Tablo 45’de gösterilmiştir.

Tablo 45. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Doğum Yerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Ortalamaları (Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Toplam Puanı)

SYBDÖ	Doğum Yeri	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Marmara Bölgesi	111	36.432	5.709	0.903	0.492	
	Ege Bölgesi	29	37.138	5.160			
	Akdeniz Bölgesi	44	36.409	6.128			
	Karadeniz Bölgesi	276	37.221	6.236			
	İç Anadolu Bölgesi	116	35.785	6.164			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	36.451	6.845			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	36.250	6.045			
Sağlık Sorumluluğu	Marmara Bölgesi	111	21.802	5.728	0.561	0.761	
	Ege Bölgesi	29	21.931	5.744			
	Akdeniz Bölgesi	44	21.750	6.206			
	Karadeniz Bölgesi	276	22.435	5.951			
	İç Anadolu Bölgesi	116	22.422	6.228			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	22.958	6.070			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	23.141	6.394			
Egzersiz	Marmara Bölgesi	111	10.739	3.523	0.641	0.697	
	Ege Bölgesi	29	11.345	3.062			
	Akdeniz Bölgesi	44	10.409	3.052			
	Karadeniz Bölgesi	276	10.522	3.307			
	İç Anadolu Bölgesi	116	11.078	3.209			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	10.845	3.675			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	10.813	3.275			
Stres Yönetimi	Marmara Bölgesi	111	17.469	3.866	0.374	0.896	
	Ege Bölgesi	29	16.655	3.062			
	Akdeniz Bölgesi	44	16.886	3.949			
	Karadeniz Bölgesi	276	17.558	4.076			
	İç Anadolu Bölgesi	116	17.310	4.525			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	17.423	3.628			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	64	17.453	3.883			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Marmara Bölgesi	111	120.000	18.866	0.546	0.773	
	Ege Bölgesi	29	122.379	15.967			
	Akdeniz Bölgesi	44	120.159	20.285			
	Karadeniz Bölgesi	276	123.507	21.342			
	İç Anadolu Bölgesi	116	121.207	20.470			
	Doğu Anadolu Bölgesi	71	122.704	21.484			
	Güneydoğu Anadolu	64	123.047	19.804			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının genel sağlık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.917$; $p=0.021$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Genel sağlık durumunu “çok iyi” olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme puanları (38.406 ± 5.967), genel sağlık durumunu “orta” olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.222 ± 5.759) yüksek bulunmuştur. Genel sağlık durumunu “çok iyi” olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme puanları (38.406 ± 5.967), genel sağlık durumunu “iyi” olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme puanlarından (36.267 ± 5.941) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının genel sağlık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.337$; $p=0.002$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Genel sağlık durumunu “zayıf” olarak tanımlayanların egzersiz puanları (12.000 ± 3.363), genel sağlık durumunu “orta” olarak tanımlayanların egzersiz puanlarından (9.857 ± 3.239) yüksek bulunmuştur. Genel sağlık durumunu “iyi” olarak tanımlayanların egzersiz puanları (10.736 ± 3.333), genel sağlık durumunu “orta” olarak tanımlayanların egzersiz puanlarından (9.857 ± 3.239) yüksek bulunmuştur. Genel sağlık durumunu “çok iyi” olarak tanımlayanların egzersiz puanları (11.109 ± 3.043), genel sağlık durumunu “orta” olarak tanımlayanların egzersiz puanlarından (9.857 ± 3.239) yüksek bulunmuştur. Genel sağlık durumunu “mükemmel” olarak tanımlayanların egzersiz puanları (11.703 ± 3.763), genel sağlık durumunu “orta” olarak tanımlayanların egzersiz puanlarından (9.857 ± 3.239) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının genel sağlık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulguların tümü Tablo 46’da gösterilmiştir.

Tablo 46. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Genel Sağlık Durumlarını Tanımlamalarına Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Sağlık Durumu	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Zayıf	27	36.519	6.762	2.917	0.021	4 > 2 4 > 3
	Orta	126	36.222	5.759			
	İyi	420	36.267	5.941			
	Çok İyi	101	38.406	5.967			
	Mükemmel	37	37.676	8.622			
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	27	24.556	4.909	1.263	0.283	
	Orta	126	21.897	6.160			
	İyi	420	22.474	6.166			
	Çok İyi	101	22.337	5.050			
	Mükemmel	37	21.622	6.726			
Egzersiz	Zayıf	27	12.000	3.363	4.337	0.002	1 > 2 3 > 2 4 > 2 5 > 2
	Orta	126	9.857	3.239			
	İyi	420	10.736	3.333			
	Çok İyi	101	11.109	3.043			
	Mükemmel	37	11.703	3.763			
Beslenme	Zayıf	27	13.852	2.670	1.829	0.121	
	Orta	126	14.524	3.546			
	İyi	420	14.738	3.047			
	Çok İyi	101	15.158	3.062			
	Mükemmel	37	15.622	3.530			
Kişilerarası Destek	Zayıf	27	19.667	3.063	1.416	0.227	
	Orta	126	20.913	3.712			
	İyi	420	20.267	4.069			
	Çok İyi	101	19.832	4.018			
	Mükemmel	37	19.784	4.423			
Stres Yönetimi	Zayıf	27	17.074	2.319	1.622	0.167	
	Orta	126	17.087	3.952			
	İyi	420	17.267	4.118			
	Çok İyi	101	18.149	3.593			
	Mükemmel	37	18.216	4.756			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Zayıf	27	123.667	15.191	0.906	0.460	
	Orta	126	120.500	20.361			
	İyi	420	121.748	21.037			
	Çok İyi	101	124.990	17.527			
	Mükemmel	37	124,622	23.767			

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının hepatit B aşısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=13.028$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hepatit B aşısı tam olanların sağlık sorumluluğu puanları (23.057 ± 6.148), Hepatit B aşısını tam olarak yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.492 ± 5.399) yüksek bulunmuştur. Hepatit B aşısı tam olmayanların sağlık sorumluluğu puanları (23.076 ± 5.953), Hepatit B aşısını tam olarak yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından (20.492 ± 5.399) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin egzersiz puan ortalamalarının Hepatit B aşısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=9.374$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hepatit B aşısı tam olanların egzersiz puanları (11.011 ± 3.323), Hepatit B aşısını tam olarak yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların egzersiz puanlarından ($9.840\pm3,351$) yüksek bulunmuştur. Hepatit B aşısı tam olmayanların egzersiz puanları (11.129 ± 3.165), Hepatit B aşısını tam olarak yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların egzersiz puanlarından (9.840 ± 3.351) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının Hepatit B aşısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.942$; $p=0.007$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hepatit B aşısı tam olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (123.535 ± 20.797), Hepatit B aşısını tam olarak yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (118.209 ± 18.558) yüksek bulunmuştur. Hepatit B aşısı tam olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (123.848 ± 21.065), Hepatit B aşısını tam olarak

yaptırdıklarını bilmeyen veya emin olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (118.209±18.558) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi puanları ortalamalarının Hepatit B aşısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tüm bulgular Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Hepatit B Aşısı Tam Olma Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Hepatit B	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Evet	353	36.856	6.235	1.179	0.308	
	Hayır	171	36.860	6.141			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	36.054	5.961			
Sağlık Sorumluluğu	Evet	353	23.057	6.148	13.028	<0.001	1 > 3 2 > 3
	Hayır	171	23.076	5.953			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	20.492	5.399			
Egzersiz	Evet	353	11.011	3.323	9.374	<0.001	1 > 3 2 > 3
	Hayır	171	11.129	3.165			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	9.840	3.351			
Beslenme	Evet	353	14.932	3.356	1.055	0.349	
	Hayır	171	14.714	2.934			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	14.524	2.986			
Kişilerarası Destek	Evet	353	20.264	3.855	0.031	0.969	
	Hayır	171	20.333	4.608			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	20.230	3.645			
Stres Yönetimi	Evet	353	17.416	4.187	1.243	0.289	
	Hayır	171	17.737	3.958			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	17.070	3.690			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	353	123.535	20.797	4.942	0.007	1 > 3 2 > 3
	Hayır	171	123.848	21.065			
	Bilmiyorum/Emin Değilim	187	118.209	18.558			

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=28.319$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (36.020 ± 5.439), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (33.821 ± 6.793) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (40.025 ± 5.930), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (33.821 ± 6.793) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (41.913 ± 6.025), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (33.821 ± 6.793) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (36.020 ± 5.439), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (34.695 ± 5.775) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (40.025 ± 5.930), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (34.695 ± 5.775) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (41.913 ± 6.025), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (34.695 ± 5.775) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (40.025 ± 5.930), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (36.020 ± 5.439) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (41.913 ± 6.025), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (36.020 ± 5.439) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.090$; $p=0.003$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla

tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (22.116 ± 6.300), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (19.795 ± 5.535) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (22.207 ± 5.752), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (19.795 ± 5.535) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (23.933 ± 5.914), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (19.795 ± 5.535) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (22.891 ± 6.677), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (19.795 ± 5.535) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ($23.933 \pm 5,914$), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (22.116 ± 6.300) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (23.933 ± 5.914), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (22.207 ± 5.752) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7.728$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.773 ± 3.193), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (13.821 ± 3.060) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.935 ± 3.524), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (13.821 ± 3.060) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (14.711 ± 3.075), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14.073 ± 2.990) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.773 ± 3.193), ruh hali “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14.073 ± 2.990) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.935 ± 3.524), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme

puanlarından (14.073±2.990) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.773±3.193), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14.711±3.075) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanları (15.935±3.524), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14,711±3,075) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=6.218; p<0.001). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.639±3.907), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.897±4.285) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.639±3.907), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.781±4.075) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.522±4.451), ruh hali orta olanların kişilerarası destek puanlarından (19.781±4.075) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.639±3.907), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.907±3.758) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.522±4.451), ruh halini “iyi” olanların kişilerarası destek puanlarından (19.907±3.758) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=11.397; p<0.001). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (18.908±3.784), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (16.872±3.600) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (19.587±4.369), ruh

halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (16.872±3.600) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (17.128±3.831), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (16.396±4.036) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (18.908±3.784), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (16.396±4.036) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (19.587±4.369), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (16.396±4.036) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (18.908±3.784), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (17.128±3.831) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanları (19.587±4.369), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin stres yönetimi puanlarından (17.128±3.831) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=14.468; p<0.001). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (131.126±20.321), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (114.590±18.516) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (133.891±19.173), ruh halini “zayıf” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (114.590±18.516) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (131.126±20.321), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (117.543±21.459) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (133.891±19.173), ruh halini “orta” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (117.543±21.459) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları

(131.126±20.321), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (120.647±18.735) yüksek bulunmuştur. Ruh halini “mükemmel” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları (133.891±19.173), ruh halini “iyi” olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından (120.647±18.735) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının ruh hali değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulguların tümü Tablo 48’de gösterilmiştir.

Tablo 48. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Ruh Hallerini Tanımlamalarına Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Ruh Hali	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Zayıf	39	33.821	6.793	28.319	<0.001	3 > 1
	Orta	164	34.695	5.775			4 > 1
	İyi	343	36.020	5.439			5 > 1
	Çok İyi	119	40.025	5.930			3 > 2
	Mükemmel	46	41.913	6.025			4 > 2
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	39	19.795	5.535	4.090	0.003	5 > 2
	Orta	164	22.116	6.300			2 > 1
	İyi	343	22.207	5.752			3 > 1
	Çok İyi	119	23.933	5.914			4 > 1
	Mükemmel	46	22.891	6.677			5 > 1
Egzersiz	Zayıf	39	10.385	3.718	2.196	0.068	4 > 2
	Orta	164	10.482	3.198			4 > 2
	İyi	343	10.674	3.310			4 > 2
	Çok İyi	119	10.849	3.275			4 > 2
	Mükemmel	46	12.044	3.596			4 > 2
Beslenme	Zayıf	39	13.821	3.060	7.728	<0.001	4 > 1
	Orta	164	14.073	2.990			5 > 1
	İyi	343	14.711	3.075			3 > 2
	Çok İyi	119	15.773	3.193			4 > 2
	Mükemmel	46	15.935	3.524			5 > 2
Kişilerarası Destek	Zayıf	39	19.897	4.285	6.218	<0.001	4 > 3
	Orta	164	19.781	4.075			4 > 2
	İyi	343	19.907	3.758			5 > 2
	Çok İyi	119	21.639	3.907			4 > 3
	Mükemmel	46	21.522	4.451			5 > 3
Stres Yönetimi	Zayıf	39	16.872	3.600	11.397	<0.001	4 > 1
	Orta	164	16.396	4.036			5 > 1
	İyi	343	17.128	3.831			3 > 2
	Çok İyi	119	18.908	3.784			4 > 2
	Mükemmel	46	19.587	4.369			5 > 2
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Zayıf	39	114.590	18.516	14.468	<0.001	4 > 3
	Orta	164	117.543	21.459			4 > 1
	İyi	343	120.647	18.735			5 > 1
	Çok İyi	119	131.126	20.321			4 > 2
	Mükemmel	46	133.891	19.173			5 > 2

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının sigara içme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.503$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (37.494 ± 6.383), her gün sigara içen öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (35.861 ± 5.652) yüksek bulunmuştur. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (37.494 ± 6.383), ara sıra sigara içen öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (35.369 ± 5.722) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının sigara içme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2.837$; $p=0.037$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (22.658 ± 6.019), her gün sigara içen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (21.483 ± 5.284) yüksek bulunmuştur. Ara sıra sigara içen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları (23.231 ± 6.578), her gün sigara içen öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanlarından (21.483 ± 5.284) yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının sigara içme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.901$; $p<0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin beslenme puanları (15.254 ± 3.088), her gün sigara içen öğrencilerin beslenme puanlarından (14.149 ± 2.936) yüksek bulunmuştur. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin beslenme puanları (15.254 ± 3.088), ara sıra sigara içen öğrencilerin beslenme puanlarından (14.469 ± 3.204) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının sigara içme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5.656$; $p=0.001$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Sigara hiç içmeyen öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.396±4.084), ara sıra sigara içen öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.092±4.110) yüksek bulunmuştur. Her gün sigara içen öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.876±3.671), ara sıra sigara içen öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.092±4.110) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının sigara içme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yukarıda yer alan bulguların tümü Tablo 49’da gösterilmiştir.

Tablo 49. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sigara İçme Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Sigara Kullanma	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Hiç İçmedim	354	37.494	6.383	5.503	0.001	1 > 2 1 > 3
	Her Gün İçerim	201	35.861	5.652			
	Ara Sıra İçerim	130	35.369	5.722			
	Bıraktım	26	37.539	6.889			
Sağlık Sorumluluğu	Hiç İçmedim	354	22.658	6.019	2.837	0.037	1 > 2 3 > 2
	Her Gün İçerim	201	21.483	5.284			
	Ara Sıra İçerim	130	23.231	6.578			
	Bıraktım	26	21.462	7.501			
Egzersiz	Hiç İçmedim	354	10.593	3.527	0.709	0.547	
	Her Gün İçerim	201	10.796	3.022			
	Ara Sıra İçerim	130	10.862	3.176			
	Bıraktım	26	11.462	3.690			
Beslenme	Hiç İçmedim	354	15.254	3.088	5.901	0.001	1 > 2 1 > 3
	Her Gün İçerim	201	14.149	2.936			
	Ara Sıra İçerim	130	14.469	3.204			
	Bıraktım	26	14.539	4.554			
Kişilerarası Destek	Hiç İçmedim	354	20.396	4.084	5.656	0.001	1 > 3 2 > 3
	Her Gün İçerim	201	20.876	3.671			
	Ara Sıra İçerim	130	19.092	4.110			
	Bıraktım	26	19.808	3.383			
Stres Yönetimi	Hiç İçmedim	354	17.670	3.825	1.056	0.367	
	Her Gün İçerim	201	17.134	4.068			
	Ara Sıra İçerim	130	17.115	4.278			
	Bıraktım	26	17.269	4.566			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Hiç İçmedim	354	124.065	20.648	2.017	0.110	
	Her Gün İçerim	201	120.299	18.558			
	Ara Sıra İçerim	130	120.139	21.621			
	Bıraktım	26	122.077	23.337			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları ortalamalarının yaşanılan en uzun yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.060$; $p=0.048$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölge türü olarak en uzun zaman ilde yaşayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları (37.332 ± 6.365), ilçede yaşayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanlarından (36.184 ± 5.554) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının yaşanılan en uzun yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3.733$; $p=0.024$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölge türü olarak en uzun zaman ilçede yaşayan öğrencilerin egzersiz puanları (11.027 ± 3.124), köyde yaşayan öğrencilerin egzersiz puanlarından (10.130 ± 3.609) yüksek bulunmuştur. Bölge türü olarak en uzun zaman ilde yaşayan öğrencilerin egzersiz puanları (10.799 ± 3.323), köyde yaşayan öğrencilerin egzersiz puanlarından (10.130 ± 3.609) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının yaşanılan en uzun yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.355$; $p=0.013$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bölge türü olarak en uzun zaman ilde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.741 ± 4.040), köyde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.609 ± 4.179) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının yaşanılan en uzun yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulguların tümü Tablo 50'de gösterilmiştir.

Tablo 50. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Yaşadıkları En Uzun Yerleşim Yeri Türüne Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Yerleşim Yeri	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Köy	161	36.162	6.556	3.060	0.048	3 > 2
	İlçe	261	36.184	5.554			
	İl	289	37.332	6.365			
Sağlık Sorumluluğu	Köy	161	22.180	6.502	0.123	0.884	
	İlçe	261	22.441	5.669			
	İl	289	22.453	6.048			
Egzersiz	Köy	161	10.130	3.609	3.733	0.024	2 > 1 3 > 1
	İlçe	261	11.027	3.124			
	İl	289	10.799	3.323			
Beslenme	Köy	161	15.012	3.676	1.249	0.287	
	İlçe	261	14.540	2.813			
	İl	289	14.848	3.153			
Kişilerarası Destek	Köy	161	19.609	4.179	4.355	0.013	3 > 1
	İlçe	261	20.161	3.763			
	İl	289	20.741	4.040			
Stres Yönetimi	Köy	161	16.988	4.383	2.602	0.075	
	İlçe	261	17.215	3.681			
	İl	289	17.803	4.052			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Köy	161	120.081	22.808	2.093	0.124	
	İlçe	261	121.567	18.531			
	İl	289	123.976	20.545			

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının üniversiteden önce yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2.472; p=0.023). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Üniversiteye gelmeden önce Karadeniz Bölgesinde yaşayan öğrencilerin beslenme puanları (15.206±3.039), üniversiteye gelmeden önce Marmara Bölgesinde yaşayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14.341±3.215) yüksek bulunmuştur. Üniversiteye gelmeden önce Karadeniz Bölgesinde yaşayan öğrencilerin beslenme puanları (15.206±3.039), üniversiteye gelmeden önce İç Anadolu Bölgesinde yaşayan öğrencilerin beslenme puanlarından (14.153±3.160) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının üniversiteden önce yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2.419; p=0.025). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Üniversiteye gelmeden önce Akdeniz Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (21.061±4.562), üniversiteye gelmeden önce Marmara Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.230±3.538) yüksek bulunmuştur. Üniversiteye gelmeden önce Karadeniz Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.565±3.849), üniversiteye gelmeden önce Marmara Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.230±3.538) yüksek bulunmuştur. Üniversiteye gelmeden önce İç Anadolu Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.734±3.889) üniversiteye gelmeden önce Marmara Bölgesinde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.230±3.538) yüksek bulunmuştur (Tablo 51).

Tablo 51. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversiteden Önce Yaşadıkları Yere Göre Ortalamaları (Beslenme, Kişilerarası Destek)

SYBDÖ	Üniversiteden Önce Yaşadıkları Bölge	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Beslenme	Marmara Bölgesi	126	14.341	3.215	2.472	0.023	4 > 1 4 > 5
	Ege Bölgesi	13	14.385	3.404			
	Akdeniz Bölgesi	33	14.182	3.340			
	Karadeniz Bölgesi	287	15.206	3.039			
	İç Anadolu Bölgesi	124	14.153	3.160			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	15.095	3.256			
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	65	14.939	3.176			
Kişilerarası Destek	Marmara Bölgesi	126	19.230	3.538	2.419	0.025	3 > 1 4 > 1 5 > 1
	Ege Bölgesi	13	20.846	3.132			
	Akdeniz Bölgesi	33	21.061	4.562			
	Karadeniz Bölgesi	287	20.565	3.849			
	İç Anadolu Bölgesi	124	20.734	3.889			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	19.841	4.330			
	Güneydoğu Anadolu	65	20.015	4.804			

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının üniversiteden önce yaşanan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 52’de gösterilmiştir.

Tablo 52. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversiteden Önce Yaşadıkları Yere Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Üniversiteden Önce Yaşadıkları Bölge	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Marmara Bölgesi	126	36.564	5.622	0.785	0.582	
	Ege Bölgesi	13	36.231	6.220			
	Akdeniz Bölgesi	33	37.727	6.635			
	Karadeniz Bölgesi	287	37.066	5.881			
	İç Anadolu Bölgesi	124	36.065	6.411			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	35.873	6.980			
	Güneydoğu Anadolu	65	36.339	6.643			
Sağlık Sorumluluğu	Marmara Bölgesi	126	21.540	5.199	0.913	0.485	
	Ege Bölgesi	13	22.154	6.108			
	Akdeniz Bölgesi	33	23.333	6.918			
	Karadeniz Bölgesi	287	22.240	5.969			
	İç Anadolu Bölgesi	124	22.653	6.093			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	22.921	6.092			
	Güneydoğu Anadolu	65	23.215	6.904			
Egzersiz	Marmara Bölgesi	126	10.540	3.074	0.870	0.517	
	Ege Bölgesi	13	10.231	3.632			
	Akdeniz Bölgesi	33	10.697	2.867			
	Karadeniz Bölgesi	287	10.533	3.285			
	İç Anadolu Bölgesi	124	11.250	3.275			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	10.841	3.899			
	Güneydoğu Anadolu	65	11.000	3.700			
Stres Yönetimi	Marmara Bölgesi	126	17.262	3.533	0.907	0.489	
	Ege Bölgesi	13	15.000	2.483			
	Akdeniz Bölgesi	33	17.727	4.118			
	Karadeniz Bölgesi	287	17.460	3.975			
	İç Anadolu Bölgesi	124	17.411	4.421			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	17.429	3.872			
	Güneydoğu Anadolu	65	17.692	4.489			
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Marmara Bölgesi	126	119.476	16.754	0.629	0.707	
	Ege Bölgesi	13	118.846	17.368			
	Akdeniz Bölgesi	33	124.727	22.539			
	Karadeniz Bölgesi	287	123.070	20.513			
	İç Anadolu Bölgesi	124	122.266	19.984			
	Doğu Anadolu Bölgesi	63	122.000	23.196			
	Güneydoğu Anadolu	65	123.200	23.865			

(Kendini Gerçekleştirme. Sağlık Sorumluluğu. Egzersiz. Stres Yönetimi. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Toplam Puanı)

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişilerarası destek puanları ortalamalarının şu an kalınan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4.433$; $p=0.012$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Üniversite döneminde evde kalan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.629 ± 3.825), yurttan kalan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.702 ± 4.058) yüksek bulunmuştur. Üniversite döneminde pansiyondakalan öğrencilerin kişilerarası destek puanları (20.583 ± 4.166), yurttan kalan öğrencilerin kişilerarası destek puanlarından (19.702 ± 4.058) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının şu an kalınan yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).Tüm bulgular Tablo 53’de gösterilmiştir.

Tablo 53. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Üniversite Döneminde Kaldıkları Yere Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Kaldıkları Yer	N	Ortalama	Ss	F	p	Fark
Kendini Gerçekleştirme	Ev	323	37.118	6.181	1.786	0.168	
	Pansiyon	120	36.375	5.358			
	Yurt	268	36.198	6.402			
Sağlık Sorumluluğu	Ev	323	22.632	5.784	1.533	0.217	
	Pansiyon	120	21.525	5.772			
	Yurt	268	22.478	6.365			
Egzersiz	Ev	323	10.774	3.269	0.087	0.916	
	Pansiyon	120	10.767	3.500			
	Yurt	268	10.664	3.343			
Beslenme	Ev	323	14.845	3.192	0.545	0.580	
	Pansiyon	120	14.500	3.057			
	Yurt	268	14.806	3.182			
Kişilerarası Destek	Ev	323	20.629	3.825	4.433	0.012	1 > 3 2 > 3
	Pansiyon	120	20.583	4.166			
	Yurt	268	19.702	4.058			
Stres Yönetimi	Ev	323	17.728	4.111	2.074	0.126	
	Pansiyon	120	16.983	3.943			
	Yurt	268	17.198	3.894			
SYBDÖ	Ev	323	123.725	20.014	1.643	0.194	
	Pansiyon	120	120.733	20.609			
	Yurt	268	121.045	20.747			

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için t-testi yapılmıştır. Test sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=5.219$; $p<0.001$). Erkeklerin egzersiz puanları ($x=11.521$), kadınların egzersiz puanlarından ($x=10.212$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 54’de gösterilmiştir.

Tablo 54. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Erkek	282	36.610	6.559	-0.125	0.903
	Kadın	429	36.669	5.862		
Sağlık Sorumluluğu	Erkek	282	21.848	6.100	-1.943	0.052
	Kadın	429	22.741	5.935		
Egzersiz	Erkek	282	11.521	3.243	5.219	<0.001
	Kadın	429	10.212	3.292		
Beslenme	Erkek	282	14.752	3.392	-0.139	0.889
	Kadın	429	14.786	3.009		
Kişilerarası Destek	Erkek	282	20.351	4.087	0.431	0.667
	Kadın	429	20.219	3.931		
Stres Yönetimi	Erkek	282	17.745	4.194	1.850	0.069
	Kadın	429	17.177	3.870		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Erkek	282	122.826	21.669	0.653	0.514
	Kadın	429	121.804	19.557		

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 55).

Tablo 55. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sınıfa Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Sınıf	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Birinci Sınıf	451	36.514	6.050	-0.750	0.454
	İkinci Sınıf	260	36.873	6.306		
Sağlık Sorumluluğu	Birinci Sınıf	451	22.109	5.871	-1.626	0.104
	İkinci Sınıf	260	22.869	6.232		
Egzersiz	Birinci Sınıf	451	10.776	3.255	0.471	0.644
	İkinci Sınıf	260	10.654	3.468		
Beslenme	Birinci Sınıf	451	14.603	3.064	-1.880	0.061
	İkinci Sınıf	260	15.065	3.315		
Kişilerarası Destek	Birinci Sınıf	451	20.131	4.047	-1.238	0.216
	İkinci Sınıf	260	20.515	3.890		
Stres Yönetimi	Birinci Sınıf	451	17.348	3.933	-0.474	0.636
	İkinci Sınıf	260	17.496	4.141		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Birinci Sınıf	451	121.481	20.073	-1.254	0.210
	İkinci Sınıf	260	123.473	20.966		

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin egzersiz puan ortalamalarının yüksekokul değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini saptamak için t-testi yapılmıştır. Test sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-4.859$; $p<0.001$). Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin egzersiz puanları ($x=11.253$). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin egzersiz puanlarından ($x=10.046$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının yüksekokul değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.206$; $p=0.028$). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin beslenme puanları ($x=15.072$). Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin beslenme puanlarından ($x=14.545$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının yüksekokul değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 56'da gösterilmiştir.

Tablo 56. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Yüksekokula Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Yüksekokul	N	Ort	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	SHMYO	307	37.104	6.434	1.738	0.083
	MYO	404	36.297	5.897		
Sağlık Sorumluluğu	SHMYO	307	22.065	6.094	-1.244	0.214
	MYO	404	22.631	5.945		
Egzersiz	SHMYO	307	10.046	3.263	-4.859	<0.001
	MYO	404	11.253	3.294		
Beslenme	SHMYO	307	15.072	3.277	2.206	0.028
	MYO	404	14.545	3.059		
Kişilerarası Destek	SHMYO	307	20.430	3.791	0.923	0.356
	MYO	404	20.151	4.138		
Stres Yönetimi	SHMYO	307	17.270	3.855	-0.765	0.445
	MYO	404	17.503	4.123		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	SHMYO	307	121.987	20.240	-0.253	0.800
	MYO	404	122.379	20.565		

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının öğrencilerin ailelerinde ilaç kullanmayı gerektiren ve doktor tarafından tanısı konmuş bir hastalığın varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-3.052$; $p=0.002$). Ailesinde düzenli ilaç kullanmayı gerektiren herhangi bir hastalığı olmayan öğrencilerin egzersiz puanları ($x=10.982$), ailesinde böyle bir hastalığı olan öğrencilerin egzersiz puanlarından ($x=10.157$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının ailede hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 57’de gösterilmiştir.

Tablo 57. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Ailelerinde İlaç Kullanmayı Gerektiren ve Doktor Tarafından Tanısı Konmuş Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Ailede Hastalık	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	216	36.361	6.445	-0.815	0.415
	Hayır	495	36.770	6.009		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	216	22.213	6.224	-0.509	0.611
	Hayır	495	22.463	5.922		
Egzersiz	Evet	216	10.157	3.267	-3.052	0.002
	Hayır	495	10.982	3.333		
Beslenme	Evet	216	14.653	3.402	-0.664	0.525
	Hayır	495	14.824	3.056		
Kişilerarası Destek	Evet	216	20.463	3.914	0.845	0.398
	Hayır	495	20.188	4.026		
Stres Yönetimi	Evet	216	17.241	3.808	-0.709	0.478
	Hayır	495	17.473	4.094		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	216	121.088	21.206	-0.968	0.333
	Hayır	495	122.699	20.058		

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.245$; $p<0.001$). Egzersiz yapanların sağlık sorumluluğu puanları ($x=23.848$), egzersiz yapmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=21.775$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin egzersiz puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=10.353$; $p<0.001$). Egzersiz yapanların egzersiz puanları ($x=12.595$), egzersiz yapmayanların egzersiz puanlarından ($x=9.950$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($t=3.080$; $p=0.003$). Egzersiz yapanların beslenme puanları ($x=15.333$), egzersiz yapmayanların beslenme puanlarından ($x=14.537$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.585$; $p=0.010$). Egzersiz yapanların stres yönetimi puanları ($x=18.000$), egzersiz yapmayanların stres yönetimi puanlarından ($x=17.152$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.238$; $p<0.001$). Egzersiz yapanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ($x=127.162$), egzersiz yapmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından ($x=120.134$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek puanları ortalamalarının düzenli egzersiz yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).Tüm bulgular Tablo 58’de gösterilmiştir.

Tablo 58. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Egzersiz	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	210	37.014	6.389	1.036	0.300
	Hayır	501	36.491	6.037		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	210	23.848	6.439	4.245	<0.001
	Hayır	501	21.775	5.721		
Egzersiz	Evet	210	12.595	3.028	10.353	<0.001
	Hayır	501	9.950	3.141		
Beslenme	Evet	210	15.333	3.362	3.080	0.003
	Hayır	501	14.537	3.050		
Kişilerarası Destek	Evet	210	20.371	4.432	0.432	0.685
	Hayır	501	20.230	3.796		
Stres Yönetimi	Evet	210	18.000	4.275	2.585	0.010
	Hayır	501	17.152	3.868		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	210	127.162	22.486	4.238	<0.001
	Hayır	501	120.134	19.122		

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 59’da gösterilmiştir.

Tablo 59. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerin Tani Konmuş Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Hastalık	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	58	36.983	6.815	0.436	0.663
	Hayır	653	36.616	6.085		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	58	23.328	6.525	1.244	0.214
	Hayır	653	22.303	5.963		
Egzersiz	Evet	58	9.948	3.109	-1.871	0.062
	Hayır	653	10.801	3.345		
Beslenme	Evet	58	15.293	3.444	1.309	0.191
	Hayır	653	14.726	3.136		
Kişilerarası Destek	Evet	58	21.172	3.821	1.797	0.073
	Hayır	653	20.191	3.999		
Stres Yönetimi	Evet	58	17.207	3.071	-0.387	0.625
	Hayır	653	17.420	4.083		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	58	123.931	18.711	0.670	0.503
	Hayır	653	122.057	20.562		

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.258$; $p=0.024$). Evlilerin sağlık sorumluluğu puanları ($x=25.227$), bekârların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=22.296$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.405$; $p=0.016$). Evlilerin beslenme puanları ($x=16.364$), bekârların beslenme puanlarından ($x=14.721$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 60'da gösterilmiştir.

Tablo 60. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Medeni Durum	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evli	22	37.818	4.563	0.909	0.363
	Bekar	689	36.608	6.186		
Sağlık Sorumluluğu	Evli	22	25.227	7.303	2.258	0.024
	Bekar	689	22.296	5.951		
Egzersiz	Evli	22	10.727	3.355	-0.006	0.995
	Bekar	689	10.732	3.334		
Beslenme	Evli	22	16.364	4.100	2.405	0.016
	Bekar	689	14.721	3.120		
Kişilerarası Destek	Evli	22	21.091	3.250	0.978	0.328
	Bekar	689	20.245	4.012		
Stres Yönetimi	Evli	22	18.773	3.308	1.631	0.103
	Bekar	689	17.359	4.023		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evli	22	130.000	20.112	1.821	0.069
	Bekar	689	121.961	20.387		

Araştırmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi puanları ortalamalarının psikolojik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2.362$; $p=0.018$). Psikolojik bir hastalığı olmayanların stres yönetimi puanları ($x=17.485$), psikolojik bir hastalığı olanların stres yönetimi puanlarından ($x=15.892$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının psikolojik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Öğrencilerde Tanı Konan Psikolojik Hastalık Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Psikolojik Hastalık	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	37	35.405	6.327	-1.262	0.207
	Hayır	674	36.714	6.131		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	37	21.649	5.360	-0.767	0.443
	Hayır	674	22.427	6.047		
Egzersiz	Evet	37	11.243	3.890	0.960	0.413
	Hayır	674	10.703	3.300		
Beslenme	Evet	37	14.622	3.121	-0.297	0.767
	Hayır	674	14.780	3.168		
Kişilerarası Destek	Evet	37	19.865	3.728	-0.636	0.525
	Hayır	674	20.294	4.007		
Stres Yönetimi	Evet	37	15.892	3.596	-2.362	0.018
	Hayır	674	17.485	4.016		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	37	118.676	15.988	-1.082	0.280
	Hayır	674	122.404	20.619		

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ortalamalarının sosyal aktivite durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.131$; $p=0.033$). Yaşamı boyunca herhangi bir sosyal aktivitede bulunanların sağlık sorumluluğu puanları ($x=22.583$), sosyal aktivitede bulunmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=21.216$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının sosyal aktivite durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2.503$; $p=0.013$). Yaşamı boyunca herhangi bir sosyal aktivitede bulunanların beslenme puanları ($x=14.893$), sosyal aktivitede bulunmayanların beslenme puanlarından ($x=14.049$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının sosyal aktivite durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=1.977$; $p=0.048$). Yaşamı boyunca herhangi bir sosyal aktivitede bulunanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı

puanları ($x=122.828$), aktivitede bulunmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarından ($x=118.520$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi puanları ortalamalarının sosyal aktivite durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 62’de gösterilmiştir.

Tablo 62. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sosyal Aktivite Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Sosyal Aktivite	N	Ort	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	609	36.828	6.184	1.934	0.053
	Hayır	102	35.559	5.805		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	609	22.583	5.967	2.131	0.033
	Hayır	102	21.216	6.178		
Egzersiz	Evet	609	10.795	3.348	1.240	0.215
	Hayır	102	10.353	3.226		
Beslenme	Evet	609	14.893	3.148	2.503	0.013
	Hayır	102	14.049	3.176		
Kişilerarası Destek	Evet	609	20.314	3.936	0.688	0.492
	Hayır	102	20.020	4.324		
Stres Yönetimi	Evet	609	17.415	3.947	0.214	0.830
	Hayır	102	17.324	4.374		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	609	122.828	20.157	1.977	0.048
	Hayır	102	118.520	21.608		

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının sosyal güvence durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 63’de gösterilmiştir.

Tablo 63. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Sosyal Güvence Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Sosyal Güvence	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	587	36.673	5.996	0.258	0.813
	Hayır	124	36.516	6.820		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	587	22.607	5.835	2.125	0.054
	Hayır	124	21.347	6.717		
Egzersiz	Evet	587	10.797	3.256	1.148	0.290
	Hayır	124	10.419	3.669		
Beslenme	Evet	587	14.838	3.125	1.211	0.226
	Hayır	124	14.460	3.338		
Kişilerarası Destek	Evet	587	20.278	3.944	0.091	0.928
	Hayır	124	20.242	4.228		
Stres Yönetimi	Evet	587	17.521	3.722	1.725	0.162
	Hayır	124	16.839	5.135		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	587	122.714	19.319	1.434	0.225
	Hayır	124	119.823	24.898		

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=1.983$; $p=0.048$). Çalışanların beslenme puanları ($x=15.698$), çalışmayanların beslenme puanlarından ($x=14.713$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Tüm bulgular Tablo 64’de gösterilmiştir.

Tablo 64. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Çalışma Durumu	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	43	35.930	7.022	-0.788	0.431
	Hayır	668	36.692	6.085		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	43	23.279	6.663	1.004	0.316
	Hayır	668	22.329	5.969		
Egzersiz	Evet	43	11.023	3.827	0.592	0.554
	Hayır	668	10.713	3.300		
Beslenme	Evet	43	15.698	3.745	1.983	0.048
	Hayır	668	14.713	3.117		
Kişilerarası Destek	Evet	43	20.140	4.459	-0.223	0.823
	Hayır	668	20.280	3.963		
Stres Yönetimi	Evet	43	17.535	4.615	0.224	0.823
	Hayır	668	17.394	3.970		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	43	123.605	24.958	0.462	0.704
	Hayır	668	122.120	20.103		

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanları ortalamalarının üniversite döneminde aile ile kalma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tüm bulgular Tablo 65’de gösterilmiştir.

Tablo 65. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin Üniversite Döneminde Aile ile Kalma Durumuna Göre Ortalamaları

SYBDÖ	Aile ile Kalma	N	Ortalama	Ss	t	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	173	36.983	5.786	0.830	0.407
	Hayır	538	36.537	6.255		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	173	22.497	5.918	0.277	0.782
	Hayır	538	22.351	6.047		
Egzersiz	Evet	173	10.595	3.281	-0.617	0.538
	Hayır	538	10.775	3.350		
Beslenme	Evet	173	15.104	3.262	1.588	0.113
	Hayır	538	14.665	3.127		
Kişilerarası Destek	Evet	173	20.358	3.729	0.329	0.742
	Hayır	538	20.244	4.075		
Stres Yönetimi	Evet	173	17.168	4.016	-0.885	0.376
	Hayır	538	17.478	4.007		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı	Evet	173	122.705	20.177	0.367	0.714
	Hayır	538	122.050	20.503		

5. TARTIŞMA

Araştırma Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ile Meslek Yüksekokulu öğrencileri arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tanımlamak ve ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Aynı amacı içeren birçok çalışma yapılmıştır (43, 45). Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ortalaması 122.2 ± 20.41 'dir. Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama toplam puan 134.4 ± 9.7 'dir (46, 47). Araştırmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının "kendini gerçekleştirme" alt boyutunun ortalama puanı 36.6 ± 6.14 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olan başka bir çalışmada "kendini gerçekleştirme" alt puanı 35.6 ± 6.4 olarak bulunmuştur (48). Sınıf öğretmenleri ile yapılan araştırmada bu değer 37.9 ± 5.61 olarak bulunmuştur (50). Sertçelik'in gençler üzerine yaptığı çalışmada kendini gerçekleştirme puanı 36.25 ± 6.3 bulunmuştur (49). Araştırmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının "sağlık sorumluluğu" alt boyutunun ortalama puanı 22.3 ± 6.01 , "egzersiz" düzeyi ortalama puanı 10.7 ± 3.33 , "beslenme" düzeyi ortalama puanı 14.7 ± 3.16 , "kişilerarası destek" düzeyi ortalama puanı 20.2 ± 3.99 , "stres yönetimi" düzeyi ortalama puanı 17.4 ± 4.00 'dir. Ölçeğin alt maddelerinden en yüksek puanı "kendini gerçekleştirme" ve "sağlık sorumluluğu", en düşük puanı ise; "egzersiz" ve "beslenme" maddelerinden aldıkları saptanmıştır. Türkiye'de gençler üzerinde yapılan araştırmalarda da benzer ortalama puanlar elde edilmiştir (46,47,48,49, 50).

Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları ile beden kitle indeksi arasında ($p=0.013$) anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu konuda Tortumoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu; yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan egzersiz puanları ile beden kitle indeksi arasında da ($p<0.001$) anlamlı bir fark bulunmuştur (51). Bu iki çalışma kişi her ne yaşta olursa olsun egzersiz yaptığı takdirde beden kitle indekslerinin normal ya da normale yakın olduğu sonucu çıkarılabilir.

Öğrencilerin sağlık sorumlulukları ve stres yönetimleri ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının öğrencilerin yaşlarıyla arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır ($p=0.035$). Ünalın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da öğrencilerin yaşları sağlık sorumlulukları arasında anlamlı bir

fark bulunmuştur ($p=0.025$). Yaş arttıkça sağlık sorumluluğu puan ortalaması da artmıştır (52). Bu durum; yaşın ilerlemesi sonucunda kişinin sağlık bilinci artmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulaması gibi nedenlerle açıklanabilir. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemleri bireyin sağlık konusunda bilgilenme ve bilinçlenme ihtiyacının arttırmasına neden olabilir. Walker ve arkadaşlarının çalışmasında da yaşlılarda toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi skorları gençlerden ve orta yaş erişkinlerden daha yüksek bulunmuştur (53).

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile gelir düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ($p=0.014$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Aile gelir durumu “iyi” ve “çok iyi” olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ($37.7\pm 5.78 / 36.4\pm 3.38$), egzersiz yapma ($11.1\pm 3.16 / 11.6\pm 2.28$), stresi yönetebilme ($18.3\pm 3.79 / 18.4\pm 2.25$) gibi sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yılmazel ve arkadaşlarının yapmış olduğu hemşirelik öğrencileri üzerindeki çalışmada da gelir durumu iyi olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (54). Tıp fakültesi öğrencilerinde de yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğrencinin ailesinin gelir durumu ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (45). Ailesinin gelir durumu iyi olan öğrencilerde maddi imkanların daha iyi olmasına bağlı olarak kendilerine olan güven duygularının daha fazla olduğu söylenebilir. Bu öğrencilerin aynı zamanda egzersiz alışkanlıklarının maddi durumları kötü olan öğrencilere göre daha fazla olduğu sonucuna varılabilir. Ailenin gelir düzeyi sağlık davranışlarını açıklamakta tek başına yeterli bir değişken olmamakla birlikte aylık gelir durumunun artışı ile birlikte sosyokültürel durum gelişmekte, bu da sağlık davranışlarının olumlu yönde gelişmesinde etkili olabilmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile tiplerinin çekirdek, geniş ya da parçalanmış aile olması ile öğrencilerin sağlıklı yaşam biçim davranışlarından stres yönetimi ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu bulunmuştur ($p=0.031$). Öğrencilerden çekirdek aile tipine sahip olanların; parçalanmış ve geniş aile tipine sahip öğrencilere göre stresle daha iyi baş ettikleri sonucuna varılabilir. Ergenlerle yapılan araştırmada aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (55). Zaybak ve Fadiloğlu'nun yapmış olduğu araştırmada da aynı sonuçlar bulunmuştur (56).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara içme durumları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sigara hiç içmeyen ya da bırakan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve beslenme puan ortalamaları sigara içen öğrencilere göre daha yüksektir. Yılmazel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da sigara içmeyen öğrencilerin SYBDÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (54). Bireylere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam davranışlarından biri sigara ve alkolün kullanılmaması veya bırakılmasıdır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimleri toplam puan ortalamaları ve tüm alt gruplarının ortalama puanları ile öğrencilerin annelerinin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Anne eğitim durumuna okur-yazar olarak cevap veren öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Baba eğitim durumu ile karşılaştırıldığında; kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ergenler yapılan çalışmada anne eğitim durumu ile SYBDÖ alt gruplardan egzersiz ($p=0.008$) ve kişilerarası destek ($p=0.046$) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Baba eğitim durumu ile alt gruplardan egzersiz ($p=0.005$) ve kişilerarası destek ($p=0.018$) puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (55, 57).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanları ile doktora en son gittikleri zaman arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarına baktığımızda; öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumlulukları, egzersiz yapma, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları ile en son doktora gitme zamanları arasında anlamlı bir fark olduğunu görmekteyiz. Aksoy'un yapmış olduğu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin sağlık merkezine gitme sıklığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (27). Yapılan başka bir çalışmada Şanlıurfa ilinde lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarına bakılmıştır. Bu araştırma sonucunda öğrencilerin hastalık karşısında hemen doktora gitme durumları ile sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (58). Doktora kontrol için giden öğrencilerin yaptıkları davranışların sağlıklılarını nasıl etkilediğinin farkında olduklarını söyleyebiliriz.

Araştırmada öğrencilerin kendi sağlık durumlarını algılamaları ile egzersiz yapma ve kendini gerçekleştirme ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Dağdevire ve Şimşek'in yapmış olduğu çalışmada da öğrencilerinin sağlığını değerlendirme durumları ile sağlıklı yaşam biçimi puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu sonucuna varılmıştır (58). Tuğut ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını algılamalarına bakılmıştır. Araştırma sonuçlarında egzersiz ve kendini gerçekleştirme ile anlamlı fark bulunmuştur (59). Kendi özelliklerinin farkında olan özgüveni yüksek bir bireyin sağlık durumunu iyi olarak algıladığı sonucuna varabiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Hepatit B aşısı yaptırma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt gruplar ile de anlamlı bir fark bulunmuştur. Bozhüyük'ün yapmış olduğu uzmanlık tezinde sağlık sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (18).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplam puan ortalaması ile öğrencilerin ruh halleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ruh halini “çok iyi” ya da “mükemmel olarak tanımlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin hayatlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yerleşim yeri sorgulanmıştır ve yerleşim yeri türü ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutu olan kendini gerçekleştirme ile öğrencilerin en uzun süre yaşamlarını geçirdikleri yer arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hayatının büyük bir bölümünü ilde geçirenlerin kendini gerçekleştirme puanları ilçe ya da köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Egzersiz yapma ile öğrencilerin yaşamlarını en uzun geçirdikleri yerleşim türü arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İlçede yaşayan öğrencilerin egzersiz yapma puan ortalamaları ilde ya da köyde yaşayan öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Kişilerarası destek ile yaşadıkları en uzun yerleşim yeri türü arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İlde yaşayan öğrencilerin kişilerarası destek puan ortalamaları ilçe ve köyde yaşamış olan öğrencilerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

İllerde yaşayan kişiler sosyal anlamda daha aktif ve birbirleri ile olan ilişkileri daha yoğun olduğunu düşünebiliriz. Şanlıurfa il merkezinde lise öğrencileri ile yapılan çalışmada en uzun yaşanan bölge türü ile sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (58).

Araştırmaya katılan öğrencilerin üniversite döneminde kaldıkları yer ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları karşılaştırıldığında kişilerarası destek ortalama puanları ile anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Evde kalan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları pansiyon ve yurttaki kalan öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Zaybak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesi ile kalan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinde yer alan beslenme ve kişiler arası ilişki alt boyutlarında daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (56). Araştırmada öğrencilerin aileleri ile birlikte kalıp kalmadıkları sorgulanmamıştır. Bu araştırmanın kısıtlılığıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları aile içinde geliştirilen ve sürdürülmesinde ailenin büyük katkısı olan davranışlardır. Aile, davranışların değiştirilmesinde de büyük önem taşımaktadır (60).

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından egzersiz alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamızda kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Erkek öğrencilerin ise egzersiz düzeyi puan ortalamasının karşı cinsiyete kıyasla yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları ile cinsiyet farklılıkları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla Peltzer tarafından yurtdışında yapılan bir çalışmada; öğrencilerin cinsiyetleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (61). Şanlıurfa il merkezinde lise öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada ise; sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (58). Kuveyt'te hemşirelik öğrencileri arasında yapılan bir diğer çalışmada da öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puanları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (62). Türkiye'de Nacar ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada da cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (63). Bu sonuçlar kızlarla erkekler arasında çalışmanın yapıldığı bölge, yaş grubu gibi farklılıklar nedeniyle çalışmadan çalışmaya farklılıklar gösteriyor olabilir. Erkeklerde egzersiz düzeyi yüksek bulunmuştur. Erkeklerin

egzersiz yapmaları toplum içinde daha rahat hareket etme serbestliğine sahip olmalarını düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile kaçınıcı sınıfta okudukları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Açıksöz ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerine yapmış olduğu araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları sınıflarına göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur (64). Ecevit Alpar ve arkadaşlarının yine hemşirelik öğrencileri arasında yapmış olduğu bir diğer çalışmada da anlamlı fark bulunmuştur (65). Ünalın ve arkadaşlarının yapmış olduğu meslek yüksekokulunun sağlık ve sosyal programları arasında yapmış olduğu çalışmada ise öğrencilerin sınıf karşılaştırmasını yapan bir bilgi yoktur (52). Araştırmamızda öğrenciler meslek yüksekokulunda sadece 2 yıl eğitim görmektedirler. Bu nedenle sağlıkla ilgili davranış ve tutumlarında sınıflar arasında farklılıklar olmayabilir. Fakat hemşirelik öğrencileri toplam 4 yıl eğitim aldıkları için birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri arasında anlamlı farklılıklar görülmüş olabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda (SHMYO) okuyan öğrenciler ile Meslek Yüksekokulunda (MYO) okuyan öğrenciler arasında sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna karşılık öğrencilerin beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının SHMYO ve MYO karşılaştırılmasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Ünalın ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları ile sağlık ve sosyal alanlarda eğitim gören öğrenciler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (52). Sağlık ve sağlık olmayan diğer alanlarda okuyan öğrencilerin arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını net cevaplamak için bu alanları karşılaştıran daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Ailesinde ilaç kullanmayı gerektiren ve doktor tarafından tanı konan herhangi bir hastalığın var olup olmadığı ile öğrencilerin egzersiz yapma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ailesinde böyle bir hastalığı olmayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerden düzenli olarak egzersiz yapma alışkanlığı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur. Bu nedenle egzersiz yapan öğrencilerin sağlık sorumluluklarının daha fazla olduğunu ve anlamlı bir fark olduğu sonucu çıkarılmaktadır. Düzenli egzersiz yapan öğrenciler, düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip olan öğrenciler ve stres yönetimini iyi yapan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Özkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyi ile kişilerarası destek, kendini gerçekleştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (66). Fiziksel egzersizin birey üzerinde psikolojik, sosyal ve fiziksel birçok faydaları bulunmaktadır. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da olumlu yönde gelişmesini sağladığını düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin medeni durumları ile sağlık sorumlulukları ve beslenmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları bekar öğrencilerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Evlilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanları bekarların puanlarından daha yüksektir. Nacar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları ile medeni durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (63). Al-Kandari ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada evli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (67). İspanya’da Ulla ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da evli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (68). Evliliğin kişinin yaşamında birçok farklılığı getirdiğini, kişinin daha düzenli bir yaşam biçimi davranışları sergilediğini söyleyebiliriz. Olumlu sağlık davranışları da kişinin ileriki yaşamındaki hastalıklara yakalanma riskini azaltacaktır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları ile öğrencilerin sosyal aktivitelere katılma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal bir aktivitesi olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puan ortalamaları; sosyal aktivitesi olmayan öğrencilerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Ebelik öğrencileri ile Duran ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da sosyal aktivitesi olan öğrencilerin

daha sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdikleri sonucu çıkmaktadır (69). Öğrencilerin çeşitli sosyal aktivitelere katılmaları, farklı insan ve çevrelerle tanışmaları, doğru orantılı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığını dūřünebiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerden bir iřte çalışanlar ile beslenme puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. alışan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. alışan öğrencilerin vücut dirençlerini dūřürmemeleri ve çalışırken daha fazla enerji harcadıklarından dolayı sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduklarını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan öğrencilerin üniversite yaşamı sırasında aileleri ile kalma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Aksoy ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada da üniversite eğitimi boyunca evde ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin puanları daha yüksek bulunmuştur (27). Tıp fakóltesi öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları ile öğrencilerin üniversite eğitimi döneminde kaldıkları yer arasında anlamlı bir fark olmadığı görölmüştür. Ailesi ile kalan tıp fakóltesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları, yurttta ya da evde yalnız kalan öğrencilerin puanlarından yüksek bulunmuştur (45).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonucuna göre; bireylerin sahip oldukları potansiyellerini geliştirme ve yaratıcılıklarını en üst düzeye çıkarmada birçok faktör etkilidir. Kendini gerçekleştirme olarak ifade ettiğimiz bu durumu etkileyen faktörler; meslek yüksekokulu öğrencilerinin aile gelir durumları, anne ve baba eğitim durumu, öğrencinin aylık gelir durumu, doktora gitme sıklığı, ruh hali, sigara içme durumları veya yaşadıkları yerleşim yeri türüdür.

Öğrencilerin beden kitle indeksi, doktora gitme sıklığı, Hepatit B bağışıklaması, sigara kullanma durumu, düzenli egzersiz yapması, sosyal aktivitelere katılması gibi faktörler meslek yüksekokul öğrencisinin sağlık sorumluluğuna sahip olup olmadığını gösteren faktörlerdir. Sağlık sorumluluğunu etkileyen faktörler ise; öğrencinin yaşı, anne eğitim durumu, aylık gelir durumu, ruh hali, medeni durumudur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından olan egzersiz yapmayı etkileyen faktörler; öğrencinin aile gelir durumu alkol kullanma durumu, anne eğitim durumu, doktora gitme sıklığı, aşılanması, yaşadığı yerleşim türü, cinsiyeti, sağlıkla ilgili bir alanda okuyor olması, ailesinde herhangi bir hastalığa sahip olan bireyin bulunması gibi faktörlerdir.

Öğrencilerin sağlıklı beslenmelerini etkileyen faktörler; anne eğitim durumu, doktora gitme sıklıkları, doğdukları yer, ruh halleri, sigara kullanma durumları, sağlık alanında okuyor olmaları, düzenli egzersiz yapmaları, medeni durumları, sosyal aktivitelere katılma durumları ve çalışıp çalışmadıkları gibi faktörlerdir.

Öğrencilerin kişiler arası destek alma durumunu; öğrencinin alkol kullanıp kullanmadığı, annenin eğitim durumu, öğrencinin aylık gelir durumu, doktora gitme sıklığı, doğdukları yer, ruh hali, sigara kullanma durumları, yaşadıkları bölge türü, üniversite döneminde kaldığı yer gibi durumlar etkilemektedir.

Meslek yüksekokulu öğrencilerinin stres yönetiminde yaşları, aile gelir durumları, anne eğitim durumları, aylık gelirleri, baba eğitim durumları, doktora gitme sıklıkları, ruh halleri, düzenli olarak egzersiz yapmaları, psikolojik hastalıklarının olup olmadığı etkilidir.

Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşları, aile gelir durumları, annelerinin eğitim durumu, kendi aylık gelir durumları, doktora gitme sıklıkları, Hepatit B aşısı olma durumları, ruh halleri, düzenli egzersiz yapmaları ve sosyal aktivitelere katılmaları gibi faktörler etkilemektedir.

Hafif şışman kategorisine giren öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçęinin sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutundaki ortalama puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum daha sağlıklı bir yaşama sahip olmak için öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışı geliştirdiklerini göstermektedir.

25 yaş ve üzeri öğrencilerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bireyler yaşın ilerlemesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmektedirler.

Aile gelir durumu "iyi" olanların kendini gerçekleştirme puanları daha yüksek bulunmuştur. Aile gelir durumu "çok iyi" olanların stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir. Bu durum maddi kaynakların sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Aile tipinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çekirdek ailede, parçalanmış aile tipine göre daha yüksektir. Bu durum sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde ailenin büyük bir önemi olduğunu göstermektedir.

Alkol almayı tamamen bırakan öğrencilerin egzersiz yapma ile ilgili ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu öğrenciler alkolü bırakarak sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterdiklerinde diğer bir sağlık davranışı olan egzersiz yapmayı da seçtikleri söylenebilir.

Öğrencilerden aylık gelirlerini çok iyi olarak tanımlayanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir. Maddi değerlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olduğunu tekrar görmekteyiz.

Öğrencilerden doktora gitme sıklığı daha fazla olanların sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Düzenli olarak doktor kontrollerine gitmek, sağlık hizmetlerinden yararlanmak sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmekte oldukça etkilidir.

Ruh halini "mükemmel" ya da "çok iyi" olarak tanımlayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmede bireyin psikolojik durumunun etkisinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

En fazla ilde yaşamış olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve kişilerarası destek ortalama puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda illerde var olan imkanların sağlığı geliştirmede daha etkili olduğunu görmekteyiz.

Sağlık alanında okuyan öğrencilerin sağlık alanında okumayan öğrencilere göre beslenme puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Düzenli olarak egzersiz yapan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları diğer öğrencilere göre daha yüksek çıkmıştır.

Evli olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve beslenme puan ortalamalarının bekâr öğrencilere göre daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu sonuç aile hayatının sağlığa verilen önemi arttırmakta olduğunu göstermektedir.

Üniversite öğrencileri arasında sağlığı koruma ve geliştirme çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmaları yapabilmek için öncelikle üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tanımlamak ve bu davranışları etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak gerekmektedir. Amaca yönelik üniversite öğrencileri arasında daha çok bilimsel araştırma yapılması bu alandaki eksiklikleri giderecektir. Özellikle sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin olumsuz sağlık davranışları konusundaki farkındalıkları ve bu konuda baş etme yöntemleri çok önemlidir. Kendileri için uyguladıkları baş etme yöntemlerini meslek hayatlarında halkın sağlığını korumak ve geliştirmek için kullanabilirler. Sağlığı koruma ve geliştirme konusunda halk sağlığı çalışmaları yapabilirler. Bu çalışmalar sırasında karşıdaki kişinin yerine kendini koyarak daha kolay empatiyaparak, kendileri için uyguladıkları baş etme yöntemlerini meslek hayatlarında hizmet verdikleri bireylere önerebilirler. Bu nedenle sağlık alanında okuyan öğrencilere, öğrenimleri sırasında bu yöntemleri öğrenme ve öğretme etkinlikleri sağlanması önerilmektedir. Bu amaca yönelik sağlık eğitimi dersleri tüm programlara konulmalı ve öğrenciler sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bilinçlendirilmelidir. Öğrencilerin bu yönde eğitilmeleri sağlık alanında daha kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacaktır.

Öğrencilerin üniversite döneminde baş etmek de zorlandıkları ya da yetersiz kaldıkları alanlar belirlenmelidir. Bu alana yönelik öğrencilerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik seminerler planlanabilir. Halkın sağlığını korumak ve geliştirmek için, üniversitenin bulunduğu ildeki Halk Sağlığı Müdürlüğü ile iletişimde bulunulmalı, bu konuda düzenlenecek olan projelere öğrencilerin de katılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akça Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 4. Baskı, s.7-25, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.
2. Öncel S. 2001 yılı ebelik teması: Bütün kadınlar uygun sağlık bakımı almada eşittir. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6 (1):49-53, 2002.
3. Kong R. Building community capacity for health promotion: a challenge for public health nurses. Public Health Nursing 12(5):312-318, 1995.
4. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni 25(3):1-6, 2006.
5. Tagoe HA, Dake FAA. Healthy lifestyle behaviour among Ghanaian adults in the phase of a health policy change. Globalization and Health 7(7):1-9, 2011.
6. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sosyal Çevre. 1. Baskı, 11-13, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994.
7. Green J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. Health Education Research 15(2):125-129, 2000.
8. Ah DV, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang DH. Predictors of health behaviours in college students. Journal of Advanced Nursing 48(5):463-474, 2004.
9. Oyur Çelik G, Tuna Malak A, Bektaş M, Yılmaz D, Sami Yümer A, Öztürk Z, Demir E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig 3(3):164-169, 2009.
10. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 8(2):277-332, 2011.
11. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş ZG, Sayar HC, Skrijelj E, Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. . Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 24(3):95-104, 2010.
12. Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe (Çev. Ed: Işırtman NM) s. 4-27, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.
13. Özvarış BŞ. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2011.
14. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. s.11-33, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004.

15. Kostak AM. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(2):105-115, 2007.
16. Aksungur A, Göktaş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 10(1):1-12, 2011.
17. Madi HH, Hussain SJ. Health protection and promotion. Eastern Mediterranean Health Journal 14(Special Issue):15-22, 2015.
18. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.
19. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. s.531-532, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2014.
20. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler III. Cilt. S.1677-1700, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
21. World Health Organization, Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion.<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>: Erişim Tarihi: 10.04.2015.
22. World Health Organization, Health Promotion, The Ottawa Charter for Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>: Erişim Tarihi: 10.04.2015.
23. World Health Organization. Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers, Report of the World Health Organization European Working Group on Health Promotion Evaluation, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, World Health Organization, 1998.
24. World Health Organization, Health Promotion, Health Literacy and Health Behaviour. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>: Erişim Tarihi: 14.04.2015.
25. Alıcı Ulupınar S, Sarıkaya Ö. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yaşantılayarak öğrenme uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2(3): 95-101, 2009.
26. Esin NM, Aktaş E. Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 20(2): 166-176, 2012.

27. Aksoy T. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
28. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ın'nın geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1):1-13, 2008.
29. Al Ma'aitah R, Haddad L, Umlauf MG. Health promotion behaviors of jordanian women. Health Care for Women International. 20:533-546, 1999.
30. Sönmezer H, Çetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in turkish women aged 18-64. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 13: 1241-1245, 2012.
31. Ünsar S, Akgün M, Kurt S, Erol Ö. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 4 (1):2-6, 2011.
32. Fişek NH. <http://www.abveteriner.org/dosyalar/nfisek.doc>: Günümüzde Halk Sağlığı Anlayışı. Erişim tarihi: 21.04.2015
33. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 45(1):30-36, 1996.
34. World Health Organization, Physical Activity. http://www.who.int/topics/physical_activity/en/: Erişim Tarihi: 21.04.2015
35. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1.Basım, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Ankara, 2008.
36. Tayar M, Korkmaz HN. Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2. Baskı s.1-10, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.
37. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler III. Cilt. S.1210-1234, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
38. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları. s.321, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1994.
39. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 21(1):91-109, 2001
40. Eren Gümüştekin G, Öztemiz AB. Örgütsel stres yönetimi ve uçucu personel üzerinde bir uygulama. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23:61-85, 2004.

41. Esin MN. Sağlığı geliştirme modellerinin sağlığa yansması. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı, s.101-105. Antalya, 27-31 Ekim 2013.
42. Javadi M, Kadkhodae M, Yaghoubi M, Maroufi M, Shams A. Applying Theory of Planned Behavior in Predicting of Patient Safety Behaviors of Nurses Mat Soc Med 25(1): 52-55, 2013.
43. İlhan N, Batmaz M, Utaş Akhan L. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3(3):34-44, 2010.
44. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, Sanderman R. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries. Preventive Medicine 35:97-104, 2002.
45. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 26(3):151-157, 2012.
46. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 20:75-79, 2004.
47. Ayaz, S, Tezcan, S, Akıncı, F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 9(2):2005.
48. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005.
49. Sertçelik E. Üniversiteli gençlerin sağlık davranışlarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
50. Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2006.
51. Tortumoğlu G, Hacıhasanoğlu R, Yılmaz S, Yazıcı M. Yaşlılara verilen planlı egzersiz eğitiminin beden kitle indeksi (BKİ), arteriyel kan basıncı (AKB) ve egzersiz davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1):1-9, 2005.

52. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 14(2):101-109, 2007.
53. Walker SN,Volkan K, Sechrist KR, Pender NJ. Health- promoting life styles of older adults: comparison with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Adv Nurs Sci. 11(1):76-90, 1988.
54. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. Hemşirelik öğrencilerinde sağlığı geliştirme davranışları. TAF Prev Med Bull 12(3):261-270, 2013.
55. Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 17(3), 131-139, 2014.
56. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi.
57. Senjam S, Singh A. Health promoting behavior among college students in Chandigarh, India. Indian Journal of Community Health. 24(1):58-62,2012.
58. Dağdevire Z, Şimşek Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 12(2):135-142, 2013.
59. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(3): 17-26, 2008.
60. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Aileler hastalığı nasıl etkiler: Sağlığa ailenin etkisi üzerine araştırmalar (Çev.Ed: Yaman H) s. 16-27, Yüce Yayın, İstanbul, 2007.
61. Peltzer K. Health-promoting and personality among black south african students. Social Behavior and Personality. 30 (4):417-22, 2002.
62. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. Nursing and Health Sciences. 9: 112-119, 2007.
63. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coşkun O, Bati H, Karaoglu N, Elmali F, Yilmaze G. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention. 15(20): 8969-8974, 2014.

64. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 55:181-187, 2013.
65. Ecevir Alpar Ş, Şenturan L, Karabacak Ü. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice* 8: 382-388, 2008.
66. Özkan A, Bozkuş T, Kul M, Türkmen M, Öz Ü, Cengiz C. Halk oyuncularının fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)*. 1 (3):24-28, 2013.
67. Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D. Healthpromoting lifestyle and body mass index among college of nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences*, 10:43-50, 2008.
68. Ulla Diez SM, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in mexican college students. *Health Promotion International*. 25:85-93, 2009.
69. Duran Ö, Sümer H. Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(1):40-49, 2014.

8. EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Özellikler Formu

MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:
1. Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız:
3. Doğum Yeriniz:
4. Medeni durumunuz:
1. Evli 2. Bekar 3. Dul
5. Vücut Ağırlığınız:kg
6. Boy uzunluğunuz:cm
7. Beden Kitle İndeksi (Taraşımızdan hesaplanacaktır.):
8. Yüksekokulunuzun Adı ve Bölümünüz:
9. Kaçınca sınıfta okuyorsunuz:
10. Üniversiteye gelmeden önce hangi ilde yaşıyordunuz?
11. Şu anda nerede kalıyorsunuz?(Ev, yurt, pansiyon vb)
12. Sosyal Güvenceniz var mı? (SSK, Yeşil kart, Emekli sandığı, Bağkur, Özel sağlık sigortası vs.):
1. Evet 2. Hayır
13. Çalışıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
14. Şu an ailenizle birlikte mi kalıyorsunuz?
1. Evet 2. Hayır
15. Annenizin Mesleği:
16. Babanızın Mesleği:
17. Yerleşim bölgesi açısından bakıldığında en uzun yaşadığınız bölge türü nedir?
1. Köy 2. İlçe 3. İl
18. Annenizin Eğitim Durumu:
1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Yüksek lisans, Doktora
19. Babanızın Eğitim Durumu:
1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Yüksek lisans, Doktora
20. Aile tipi:
1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış
21. Ailenizin gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1. Kötü 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi
22. Siz kendi aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız? (kredi, burs, ailenizden gelen harçlık, ek iş vb hepsi dahil)
1. Kötü 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi

23. Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren ve doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı?
1.Evet 2.Hayır
24. Ailenizde (anne, baba veya kardeşler) sürekli ilaç kullanmayı gerektiren ve doktor tarafından tanı konmuş bir rahatsızlığınız var mı?
1.Evet 2.Hayır
25. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1.Zayıf 2.Orta 3.İyi 4.Çok iyi 5.Mükemmel
26. Genel sağlık durumunuzu kontrol ettirmek için en son ne zaman doktora gittiniz? (herhangi bir sakatlık ya da hastalık oluşmadan)
1. son 1 yıl içinde
2. son 2 yıl içinde
3. son 3 yıl içinde
4. 4 yıl ya da daha fazla
5. hiç gitmedim
27. Düzenli egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?
1.Evet 2.Hayır
28. Hepatit B aşınız tam mı?
1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum/Emin değilim
29. Sigara içme davranışınız:
1.Hiç içmedim
2.Her gün içerim
3.Ara sıra içerim
4. Bıraktım
30. Alkollü içki kullanma durumunuz:
1.Hiç içmedim
2.Her gün içerim
3.Ara sıra içerim
4. Bıraktım
31. Yaşamınız boyunca herhangi bir sosyal aktiviteye katıldınız mı?
1.Evet 2.Hayır
32. Tanısı konmuş herhangi bir psikolojik hastalığınız var mı?
1.Evet 2.Hayır
32. 1. Varsa nedir?
.....
33. Ruh halinizi nasıl tanımlarsınız?
1.Zayıf 2.Orta 3.İyi 4.Çok iyi 5.Mükemmel

Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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

		Hicbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Sabahları kahvaltı ederim.				
2	Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3	Kendimi beğenirim.				
4	Haftada en az üç kez beden hareketleri yaparım.				
5	Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim.				
6	Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7	Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8	Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9	Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10	Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11	Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerinin bilirim.				
12	Kendimi mutlu ve memnun hissedirim.				
13	Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14	Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15	Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16	Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17	Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21	Geleceğe ümitle bakarım.				
22	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				

23	Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan vebana dokunmalarından hoşlanırım.				
25	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27	Her gün, rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk zaman ayırırım.				
28	Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29	Kendi başarılarımla övünürüm.				
30	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34	Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35	Her gün dört besin grubu (protein, karbohidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36	Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim.				
37	Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38	Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40	Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşıyorum.				
41	Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum.				
42	Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43	Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44	Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45	Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46	Sağlığımla ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47	Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48	Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

Ek 3: Etik Kurul İzni



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

TOPLANTI TARİHİ : 14/10/2014
TOPLANTI NO : 2014/19

KARARLAR :

- 2- B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2014-163-14/10 Protokol no'lu "Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 4: Kurum İzni



T.C.
BARTIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

Sayı : 75084469-044- 1261
Konu : Anket İzni

15 -10- 2014

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Yüksekokulumuz Öğretim Görevlilerinden Elçin Sebahat KASAPOĞLU'nun öğrencilerimizin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla "MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı çalışmasını yapabilmesi için öğrencilerimizden anket yolu ile veri toplamasına izin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Adnan ÖZDEMİR
Yüksekokul Sekreteri

EKLER :

- 1-Dilekçe (1 Sayfa)
- 2-Anket Formu (4 Sayfa)

OLUR
15.10/2014


Doç. Dr. İbrahim TÜMEN
Müdür

9. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Bandırma’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Bandırma’da tamamladıktan sonra 2001 yılında girdiği Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan 2005 yılında mezun oldu. 2005 – 2010 yılları arasında İstanbul’da Amerikan Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. 2012 yılında Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Programında öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı üniversitede öğretim görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.