



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BAZI  
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIKLI  
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA  
ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NİLÜFER YILDIRIM**

**TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. MİNE BEKAR**

**2005  
SİVAS**

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO DİZİNİ.....	IV

### BÖLÜM 1

1.1. Problemin Tanımı ve Özellikleri.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5

### BÖLÜM 2

2.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış .....	6
2.2. Sağlığın Önemi ve Sağlığın Önemini Anlama.....	8
2.3. Sağlık Davranışı .....	8
2.4. Sağlığı Koruma ve Geliştirme.....	9
2.4.1. Sağlığı Koruma.....	9
2.4.2.1. Sağlığı Geliştirme Neleri İçerir? .....	13
2.4.2.2. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri .....	14
2.4.2.3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	15
2.4.2.3.1. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri .....	16
2.4.2.3.2. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler .....	19
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	20
2.5.1. Kendini Gerçekleştirme .....	21
2.5.2. Sağlık Sorumluluğu .....	22
2.5.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite .....	23
2.5.4. Beslenme.....	24
2.5.4.1. Günlük Beslenme Rehberi .....	27

2.5.4.2. Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar.....	29
2.5.5. Kişilerarası Destek .....	29
2.5.6. Stres .....	30
2.5.6.1. Stresle Başetme Yöntemleri.....	33
2.6. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	34
2.7. Gençlik Nedir? .....	36
2.7.1. Gençlerin Fiziksel Gelişimi .....	37
2.7.2. Gençlerin Psiko-Sosyal Gelişimi .....	37
2.7.3. Gençlerin Beden Sağlığı .....	38
2.7.4. Gençlerin Ruh Sağlığı ( Mental Sağlık ).....	39
2.7.5. Gençlerin Sağlığını Olumsuz Etkileyen Faktörler .....	40
2.7.6. Gençlik ve Okul Sağlığı Hemşireliği .....	41

### **BÖLÜM 3**

#### **GEREÇ VE YÖNTEM**

3.1. Araştırmanın Tipi .....	45
3.2. Araştırmanın Yeri.....	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	45
3.4. Veri Toplama Araçları .....	46
3.4.1. Öğrenci Kişisel Bilgi Formu .....	46
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ( Health Promotion Life-Syle Profile ).....	46
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	48
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	48
3.7. Araştırmanın Süresi .....	49

## **BÖLÜM 4**

<b>BULGULAR .....</b>	<b>50</b>
-----------------------	-----------

## **BÖLÜM 5**

<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>88</b>
-----------------------	-----------

5.1. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	88
5.2. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerle Puan Ortalamaları.....	91

## **BÖLÜM 6**

<b>SONUÇLAR, ÖNERİLER ve ÖZET .....</b>	<b>102</b>
---	------------

6.1. Sonuçlar .....	102
---------------------	-----

6.2. Öneriler.....	108
--------------------	-----

6.3. Özet.....	110
----------------	-----

<b>SUMMARY.....</b>	<b>111</b>
---------------------	------------

<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>112</b>
-----------------------	------------

<b>EKLER .....</b>	<b>122</b>
--------------------	------------

Ek 1- Tablo 1: 2004-2005 Eğitim Yılı Örgün Öğretim Öğrenci Sayısı.....	123
--	-----

Ek 2: Öğrenci Kişisel Bilgi Formu.....	124
--	-----

Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ( Health Promotion Life-Style Profile ).....	126
--	-----

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	51
Tablo 2. Üniversite Öğrencilerinin Boy-Kilo Durumları ve Öz Değerlendirmeleri.....	54
Tablo 3. Üniversite Öğrencilerinin Sigara-Alkol Kullanma Davranışlarına Göre Dağılımı .....	55
Tablo 4. Üniversite Öğrencilerinin Kronik Hastalık Olup-Olmama Durumlarına Göre Dağılımı .....	56
Tablo 5. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı .....	57
Tablo 6. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	58
Tablo 7. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenim Gördükleri Fakülte ve Yüksekokullara Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	59
Tablo 8. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenim Türüne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	60
Tablo 9. Üniversite Öğrencilerinin Sınıf Dağılımına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	61
Tablo 10. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyetine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	62
Tablo 11. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	63
Tablo 12. Üniversite Öğrencilerinin Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	64
Tablo 13. Üniversite Öğrencilerinin Yaşantılarının Büyük Kısmının Geçtiği Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	65

Tablo 14. Üniversite Öğrencilerinin Sivas'ta Kaldığı Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	67
Tablo 15. Üniversite Öğrencilerinin Aile Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalaması .....	69
Tablo 16. Üniversite Öğrencilerinin Anne Eğitimine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	70
Tablo 17. Üniversite Öğrencilerinin Baba Eğitimine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	72
Tablo 18. Üniversite Öğrencilerinin Anne Mesleğine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	73
Tablo 19. Üniversite Öğrencilerinin Baba Mesleğine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	74
Tablo 20. Üniversite Öğrencilerinin Aylık Ortalama Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	75
Tablo 21. Üniversite Öğrencilerinin Aylık Gelirin Gereksinim Karşılama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	77
Tablo 22. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteye Katılma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	79
Tablo 23. Üniversite Öğrencilerinin Şu Anda Yararlandığı Sağlık Kuruluşuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	80
Tablo 24. Üniversite Öğrencilerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	82

Tablo 25. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	83
Tablo 26. Üniversite Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	84
Tablo 27. Üniversite Öğrencilerinin Vücut Ağırlıklarını Tanımlamalarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	85
Tablo 28. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları .....	86

# BÖLÜM 1

## GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları yada sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir ( 25, 63 ). Günümüzde geçerliliği olan ve Dünya Sağlık Örgütü ( DSÖ ) tarafından 1947’de yapılan sağlık tanımında ise sağlık; “sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır ( 26, 38, 89, 94, 113 ).

DSÖ, 1980 yılı başlangıç kabul edilmek üzere “2000’li Yıllarda Herkese Sağlık” hedef stratejilerini tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü “sağlığın geliştirilmesi” konusuna yer verilmiş olması ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olmasıdır ( 63,89 ). Kopenhag’da DSÖ 48.Avrupa bölge toplantısında ( 1998 ) Herkes İçin Sağlık, “21.yüzyılda 21 hedef” sloganı ile kabul edilmiştir. Sağlık 21’de, 11. maddede 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi amaçlanmıştır ( 33,109 ). Bu nedenle bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunu en üst düzeyde koruma ve geliştirme hedeflenmiştir ( 70 ).

Sağlığı koruma, nötral sağlık durumu olup hastalıkları önleme, hastalık risklerini azaltma, taramalarla hastalıkları erken tanıma ve iyileştirmeyi kapsamaktadır. Sağlığı koruma, yaşamdaki dengeyi sürdürmede aktif çabayı gerektirmektedir. Sağlığı geliştirme ise, nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, kişinin sağlık potansiyelini arttırmasına, kendini gerçekleştirmesine olanak veren, sağlıkta ulaşılabilecek en üst noktadır. Sağlığı geliştirme sağlık durumunu kuvvetlendiren, tutumları etkileyen, bilgilendirilmiş bir tercih yapabilmede bireyin alternatiflerini belirleyebilmesini sağlayan, bireylerin optimal düzeyde fiziksel ve mental sağlık düzeyine ulaşmalarında davranış değişikliğini destekleyen, bireyin sosyal ve fizik çevresini düzenleyen bir süreçtir ( 3, 42, 62, 97, 103 ). Sağlığı



geliştirme birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelinin gelişmesine ve iyilik halinin yükseltilmesine etki eder ve mevcut sağlık davranışlarından olumlu olanların pekiştirilmesine yönelik hedefleri içerir ( 3, 62, 97, 103 ). Sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir ( 3, 42, 80, 97 ).

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, bireylerin daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” çıkmakta, dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil örneğin; kalp-damar hastalıklarından, kanser ve yaşam biçimine bağlı sorunlardan (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite v.b), çevre kirliliği nedeni ile ölmektedirler ( 63, 89 ).

Vildovsky, hastalıkların ve ölümlerin %90'ının bireyin yaşam tarzı ( sigara, egzersiz, stres vb. ), sosyal koşullar ( gelir veya yeme alışkanlığı ), genetik faktörler ve fizik çevre ( hava ve su kalitesi ) gibi hekimin kontrol edemediği faktörlere bağlı olarak meydana geldiğini savunmuştur ( 75 ). Yapılmış olan birçok çalışmada olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü, buna bağlı olarak sakatlık ve yetmezliğin geliştiği belirlenmiştir ( 103 ). DSÖ'nün belirttiğine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ölümlerin % 40-50'sinin nedenini yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır ( 14 ). Örneğin, koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Erişkinlerde ölümlerin yaklaşık % 50'sinden sorumludur. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli role sahiptir ( 21, 105 ).

Sağlıklı toplum yapısına ulaşmak, her toplumun ortak amacıdır. Sağlıklı bir topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması dünya nüfusunun % 19'unu, ülkemiz nüfusunun dörtte birini oluşturan genç nüfusu ile yakından ilişkidir ( 13, 66 ). Sağlık 21'de,

4.maddede 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirmeleri amaçlanmıştır ( 66 ).

Gençlik dönemi, birey ve toplum açısından en dinamik dönem olarak bilinmektedir. Birey için gençlik dönemi, toplumsallaşma yoluyla çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluşması sürecidir. Bu süreç, gencin tüm yaşamına biçim verecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsar. Böylece genç içinde yaşadığı toplumu etkiler ve o toplumun sorunlarından etkilenir, toplumsal gelişmeye ve olaylara etkin katılır ( 57 ). Bu durum üniversite yıllarına rastlayan 17 yaş ve sonrası gençlik döneminde daha da önem kazanmaktadır. Gençliğin yaşamında üniversite yaşamı önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır ( 22 ). Bir yandan; aileden ilk ayrılış, yeni eğitim ortamı ve yaşama geçiş sürecindeki uyum zorlukları istenmeyen olumsuz davranışlara neden olabilirken; diğer yandan, mesleki eğitim dışında bireysel yaşamında ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir. Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini benimseyebilir yada hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan sağlıksız yaşam biçimi davranışları kazanabilirler. Gencin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları özelde bireysel olarak kendisini, genelde ailesini ve toplumu etkilemektedir ( 13, 22, 30, 112 ).

Geçmişte geleneksel olarak gençlere, yaşamlarının en sağlıklı dönemini yaşayan insanlar gözüyle bakılarak, halk sağlığı alanında yeterince dikkat edilmezken günümüzde, bu döneme daha farklı bir gözle bakılmaktadır. Gençlik dönemi, gençlerin daha ileriki yıllardaki gelişmeleri ve sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bugünden benimsemeleri açısından “kritik dönem” olarak görülmektedir ( 33 ). Bu nedenle sağlıklı bir toplumun oluşmasında, özellikle gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve sağlığı geliştirme, sağlık bakımı veren profesyonellerin en temel amacı olmalıdır. Pozitif sağlığın anahtarı, her bireyin eğitilmesi ve kişilerin sağlık sorumluluğu bilincine sahip olmasıdır ( 48 ). Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması,

sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak hemşirenin rolü de değişmiş ve gelişmiştir. Hemşireler toplumla işbirliği içinde bir çok alanda, okulda, evde, işyerinde, hastanede bireylere hizmet vermektedirler (36). DSÖ hemşirenin, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmiştir.

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), toplumsal politika tespitinde hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü şöyle belirlemiştir; “Hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlığını etkileyen çevreyi anlama ve sağlığı geliştiren hemşirelik müdahalelerini yapmakla ilgilenir. Tüm hemşireler uzmanlık gerektirmeksizin sağlığı geliştirir, sürdürür ve yeniden yapılandırır” ( 17 ).

Kişinin sağlık durumunu değiştirme sorumluluğu kendisindedir (36). Hemşirenin öncelikli görevi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup bu işlevini bakım verdiği bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmektedir ( 103 ). Gençler, kendi potansiyel güçlerini kullanarak yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürme, geliştirme ve sağlıklarının sorumluluğunu alma konusunda hem kendisini hem de ailesini ve toplumu etkilemekte ve diğer gruplara rol modeli olma sorumluluğunu taşımaktadırlar. Toplumun büyük bir kesimini oluşturan ve sağlık davranışlarını kolaylıkla benimseyebilen önemli bir grup olan genç kesime ulaşmak bu nedenlerle daha çok önem kazanmaktadır ( 22, 30, 112 ).

Yurt dışında farklı gruplar üzerinde ( işçiler, kadınlar, yurttan kalan öğrenciler, öğretim elemanları...) yapılan çok sayıda sağlığı geliştirme davranışını ortaya koyan tanımlayıcı çalışma bulunmaktadır ( 2, 3, 20, 31, 52, 79, 85, 111 ). Ülkemizde; sigara içme, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, aşılama, hijyenik alışkanlıklar vb. koruyucu sağlık davranışlarının belirlenmesine yönelik pek çok çalışma yapılmasına karşın, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres, egzersiz ve beslenme yönetimi gibi sağlığı geliştiren davranışlara yönelik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bu davranışlarla ilişkili faktörlerin

belirlenmesinin, toplumda gençlere yönelik bilgilendirici, eğitici sağlık programlarının ve okul sağlığı programlarının yürütülmesine ve önceliklerinin belirlenmesine katkı vereceği düşünülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Birey, kendi sağlık davranışlarına aktif olarak katılmalıdır ( 36, 80 ). Bu nedenle öncelikle toplumun sağlık yönetiminde önemli roller üstlenen gençlerin olumlu sağlık davranışları kazanması gerekmektedir.

Araştırmada, üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Sağlık Kavramına Genel Bakış

Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Günümüzde hastalık yerine sağlıkla ilgilenilmektedir; çünkü insanlar yüksek iyilik durumunu hastalık durumuna tercih etmekte, yaşamı sevmekte ve yaşama aktif olarak katılabilmeyi istemektedir ( 96 ).

Zamanla sağlığın, bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi anlaşılmış, sağlık ve hastalık durumları farklı olarak algılanmıştır. Hastalıkların oluşumunda bakteri vb. özel bir etkenin rolü olduğunun anlaşılması ile tanı koyma girişimleri başlamıştır 20.yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir. Bir uçta hastalık ve diğeri uçta yüksek düzeyde iyilik vardır. Sağlık dinamik ve değişen bir durumdur. Sağlık nicel olup ölçülebildiği gibi ( kan basıncı, vücut sıcaklığı...) kişisel değer ve inançlardan etkilendiği için aynı zamanda niteldir ( diet, egzersiz...). Sağlık ayrıca öznel ve nesnel boyutları ile de algılanmaktadır. Bireyin öznel sağlık durumu, kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Nesnel sağlık durumu ise çeşitli test ve muayene sonunda hastalık ve yetersizliğin bulunmadığının kanıtlandığı durumlardır ( 49, 96 ).

Günümüzde sağlık tanımları, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır ( 99 ). Sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan kuramcılar, sağlığı çeşitli boyutlarıyla tanımlamaktadırlar.

Betty Neuman sağlığı, iyilik hali olarak görmüş, fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumunu olumlu etkileyeceğini belirtmiştir ( 113 ). Johnson sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler tarafından etkilenen dinamik bir durum olarak tanımlamıştır. Roy sağlığı, bireyin iyilik haline başarılı bir şekilde adaptasyonu olarak belirtmiştir ( 113 ).

Halbert Dunn'a göre sağlık, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşmasıdır. Birey yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için zgr olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir. Hoyman'a göre sağlık, verimli ve yaratıcı bir çevrede bireyin yüksek düzeyde iyilik halidir. Sağlık dinamik bir süreçtir ve genetik, evre, davranış gibi durumlardan etkilenebilmektedir ( 47 ). Martha Rogers sağlığı, yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamıştır. Onlara göre, gelişme yaşam boyu sürmekte olup sağlıkla ilgili dört nokta vardır;

-Sağlık, hasta olmama durumu olarak tanımlanamaz.

-Sağlık, bireyin kendi değerleri ile oluşur.

-Sağlık, bilinçli bir gelişmedir.

-Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye giden yaşam sürecini içine alır ( 47 ).

Kuramcılardan Ren Dubois'e göre sağlık, kişinin içten gelen ve çevresinde meydana gelen dış stresörlere adapte olmasını sağlayan bir durum veya koşuldur ( 12 ). Smith sağlık kavramını tanımlarken, hastalık-sağlık kavramlarının birbirleriyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Sağlık terimine bu yönden bakıldığında, sağlığın pozitif, hastalığın ise bunun tam tersi olduğunu ifade etmiştir ( 99 ). Pozitif sağlık; sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilgilidir. Nötral bir sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışını ifade etmektedir. Nötral sağlık; herhangi bir hastalık durumu olmaksızın, dengeli bir sağlık kavramını ifade eder. Sağlığı korumak ve hastalıklardan korunmaktaki amaç nötral sağlık durumunu korumaktır ( 42, 64, 104, 106 ).

Bu tanımlara göre sağlığın, birçok boyutları olan dinamik ve pozitif bir kavram olduğu söylenebilir. Sağlığın boyutlarını ise şöyle özetlenebilir:

**1. Fiziksel Sağlık:** Vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgilidir ve belki de sağlığın en belirgin boyutudur. Fiziksel muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır.

**2. Mental Sağlık:** Açık ve tutarlı bir şekilde düşünebilmeyi ifade eder.

**3. Duygusal Sağlık:** Duygularını tanıyabilme ve uygun bir şekilde duygularını ifade edebilme yeteneğidir. Bireyin kendisiyle ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır.

**4. Sosyal Sağlık:** Diğer insanlarla etkileşim ve iletişimde bulunma, sürdürme yeteneğini ifade eder. Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir.

**5. Spiritüel (manevi) Sağlık:** Bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Sağlığın spiritüel boyutu, sıklıkla sağlık bakımında kişinin sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır ( 104, 106 ).

## **2.2. Sağlığın Önemi Ve Sağlığın Önemini Anlama**

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Amaç, bireyin sağlığını korumak için gösterdiği kararlılık düzeyini ve sağlığa verilen önemi saptamaktadır ( 12 ).

Sağlığa verilen önemin kişiler üzerindeki etkisi açıkça ortadadır. Eğer kişi sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır. Sağlık problemi olmadığını düşünerek, sağlığı geliştirmek için profesyonel kişilerin yardımını da istemeyecektir. Bundan dolayı sağlığı algılamanın önemli olduğu belirtilmektedir ( 12 ).

## **2.3. Sağlık Davranışı**

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları bir şeyleri anlatmaktadır. Gochman, sağlık davranışını şu şekilde tanımlamaktadır; “Sağlık ve sağlık

düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür” ( 9, 54 ).

Koal ve Cobb sağlıkla ilgili davranışların spesifik kategorilerini tanımlayan makalelerinde, sağlık davranışını şu şekilde tanımlamışlardır; “sağlık davranışı, kendinin iyi olduğuna inanan, bir hastalık üzerine herhangi bir belirti veya semptom göstermeyen kişilerin sağlıklı kalmak amacı ile yaptıkları eylemlerdir”( 54 ). Gochman’a göre, kişinin sağlık davranışı içine inançları, beklentileri, güduları, değerleri, algıları ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel tavırlar ve bunlara ek olarak duygusal-psikolojik özellikler, davranış biçimleri ve alışkanlıkları girmektedir ( 12, 54 ). Sağlık davranışı kısacası, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar şeklinde tanımlanmıştır ( 12 ).

#### **2.4. Sağlığı Koruma Ve Geliştirme**

1977 yılında “Herkes İçin Sağlık” tüm üye devletler, üye hükümetler ve DSÖ tarafından ana sosyal hedef olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve ortak hedeflere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu hedeflerden birisi de bireyin sağlığını koruma ve geliştirilmesine yardımcı olmak ve bizzat bireyin bu koruma ve geliştirme potansiyellerini arttırmak, sosyal ve ekonomik olarak sağlamaktır ( 66 ). 1970’li yıllardan günümüze kadar, bu hedefler gelişme göstermiş ve sağlıklı toplum için sağlıklı bireyler, sağlıklı bireyler için de sağlıklı yaşam biçimi kavramı ve olguları ele alınmıştır ( 94, 103 ).

##### **2.4.1. Sağlığı Koruma**

Sağlığı korumayı, 1953 yılında H.R Leawell ve E.G Clark tanımlamışlardır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama yada sakınmayı ifade eder. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar ( 91, 103 ). Sağlığı koruyan davranışlara örnek olarak; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma, sigara-alkol kullanmama, yaşa uygun aşılama verilebilir ( 42, 103, 115 ). Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada üç düzeyi tanımlamıştır. Bunlar:



**Birincil Koruma:** Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

**İkincil Koruma :** Erken tanı, tedavi ve koruyucu önlemleri içerir.

**Üçüncül Koruma:** Herhangi bir hastalığın gelişmesini durdurmak değil, hastalık sonucu bireyde oluşan anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ortaya çıkan sakatlığın, onun yaşamındaki olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmak söz konusudur. Üçüncül koruma bireyin bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermenin (medikal rehabilitasyon) yanı sıra sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemleri (sosyal rehabilitasyon) kapsamaktadır( 38, 89 ).

Koruma düzeyleri Şekil 1’de gösterilmiştir:

**Şekil 1. Koruma Düzeyleri**

Sağlık Durumu	Koruma Önlemleri	Hizmet Grupları	Uygulama Yeri
<b>Sağlıklı Kişi</b>	<b>Birincil Koruma</b> <b>Sağlığı Geliştirme</b> (Bireysel çabalar, sağlık eğitimi,olumlu çevre,yeterli ve dengeli beslenme, kişisel hijyen,aile planlaması) <b>Özel Koruyucu Önlemler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Biyolojik-kimyasal profilaksi</li><li>• Kazalardan, karsinojenlerden korunma</li><li>• Sanitasyon</li><li>• Vektörlerin yok edilmesi</li><li>• Genetik denetleme</li><li>• Sosyo-ekonomik destek</li></ul>	Gebe Bebek Ergen Yaşlı Yoksul	Ev Okul Endüstri Sanayi
<b>Hasta/Yaralı</b>	<b>İkincil Koruma</b> Hastalıkların gelişmesini sınırlamak, Erken sağıltım	Birey Aile Toplum	Hastane
<b>Az Görülen Hastalık</b> <b>Yaralanma</b> <b>Kronik hastalık</b>	<b>Üçüncül koruma</b> Rehabilitasyon,Readaptasyon, Komplikasyonların önlenmesi, Uğraş terapisi , Ölümcül hastalıklarda destek ve bakım	Birey Aile Toplum	Toplum Okul

Kaynak: “Temel Sağlık Hizmetleri”,Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D Yayını, No.88/11

### 2.4.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme kavramı, ilk kez 1970-1980' li yıllarda felsefe olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavram, 12 Eylöl 1978 Alma Ata da yapılan “ Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta ele alınmıştır. Avrupa ölkeleri, Alma Ata ilkeleri doğrultusunda 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” ilkelerini başarmada bölgesel sağlık stratejisi geliştirmek için, ölkelerin sağlığı geliştirmesi konusunda temel değişikliklerini yapmalarında başlıca dört gelişim alanı saptamışlardır. Bunlar:

1. Yaşam biçimi ve sağlık,
2. Sağlığı ve çevreyi etkileyen risk faktörleri,
3. Sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması,
4. Bu üç alandaki değişikleri gerçekleştirmek için siyasal, yönetimsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamak ( 89 ).

Herkes İçin Sağlık eyleminin bir parçası olarak, 1986 yılında Kanada'nın Ottawa şehrinde “1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi” konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın geliştirilmesi, “Halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanma süreci” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesinde birbirini kapsayan beş yaklaşım belirlenmiştir. Bunlar:

1. Toplum faaliyetlerinin güçlendirilmesi,
2. Sağlığı geliştirmede aracı olma,
3. Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
4. Destekleyici evre yaratılması,
5. Sağlık hizmetlerin yeniden düzenlenmesi ( 80 ).

Sağlığı geliştirilme kavramı, genel sağlığı yükselten davranışlar ile hastalık ve yetersizliğin önlenmesine ilişkin, fiziksel ve duygusal açıdan iyilik halini sağlayıcı önlemleri kapsar ( 103, 105 ). Bireylerin, fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için, davranışları değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan

bir süreçtir. Sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır ( 3, 42, 62, 91, 97, 103 ).

Shomonsky ve Clause'ye göre sağlığı geliştirme; “optimum sağlık ve kişisel gelişim ile kişinin fiziksel ve emosyonel stresörlere dayanma kapasitesini arttırmak”dır ( 104 ). Pender 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, “direkt iyilik düzeyini arttırma ve birey, aile, ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleri” olarak tanımlamıştır ( 77 ).

Sağlığı geliştirilmesindeki anahtar rolü, bu gelişmeyi sağlayan davranışlar almaktadır. Son yıllarda yaşam biçimi ve bunun önemi fark edilmiş, sağlık ile davranışların değiştirilmesi ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri, profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir (91).

#### **2.4.2.1. Sağlığı Geliştirme Neleri İçerir?**

Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam şekline uyum ve devamı için, bilgi ve yetenek sağlayarak bunları bireylere yönlendirme, sağlıklı sportif bir yaşam çevresi geliştirmeyi içerir. Sağlığı geliştirme bilgi, beceri kazandırma, hizmet sunma, pozitif yaşam biçimi değişikliklerini gereksinim olarak görme/algılama ve sürdürmede destekleme yoluyla, bireylerin ve toplumların sağlık ve iyiliğini geliştiren programlar olarak düşünülmektedir ( 81 ). Sağlığı geliştiren programlar şunları içermektedir:

- Öz sorumluluk,
- Besin alımıyla ilgili düzenlemeler,
- Fiziksel dayanıklılık ve esneklik,
- Kendi çevresini kontrol etme,
- Entelektüel kapasite,
- Stres yönetimi ( 81 ).

Sağlığı koruyan ve geliştiren davranış örnekleri Şekil 2’de gösterilmiştir:

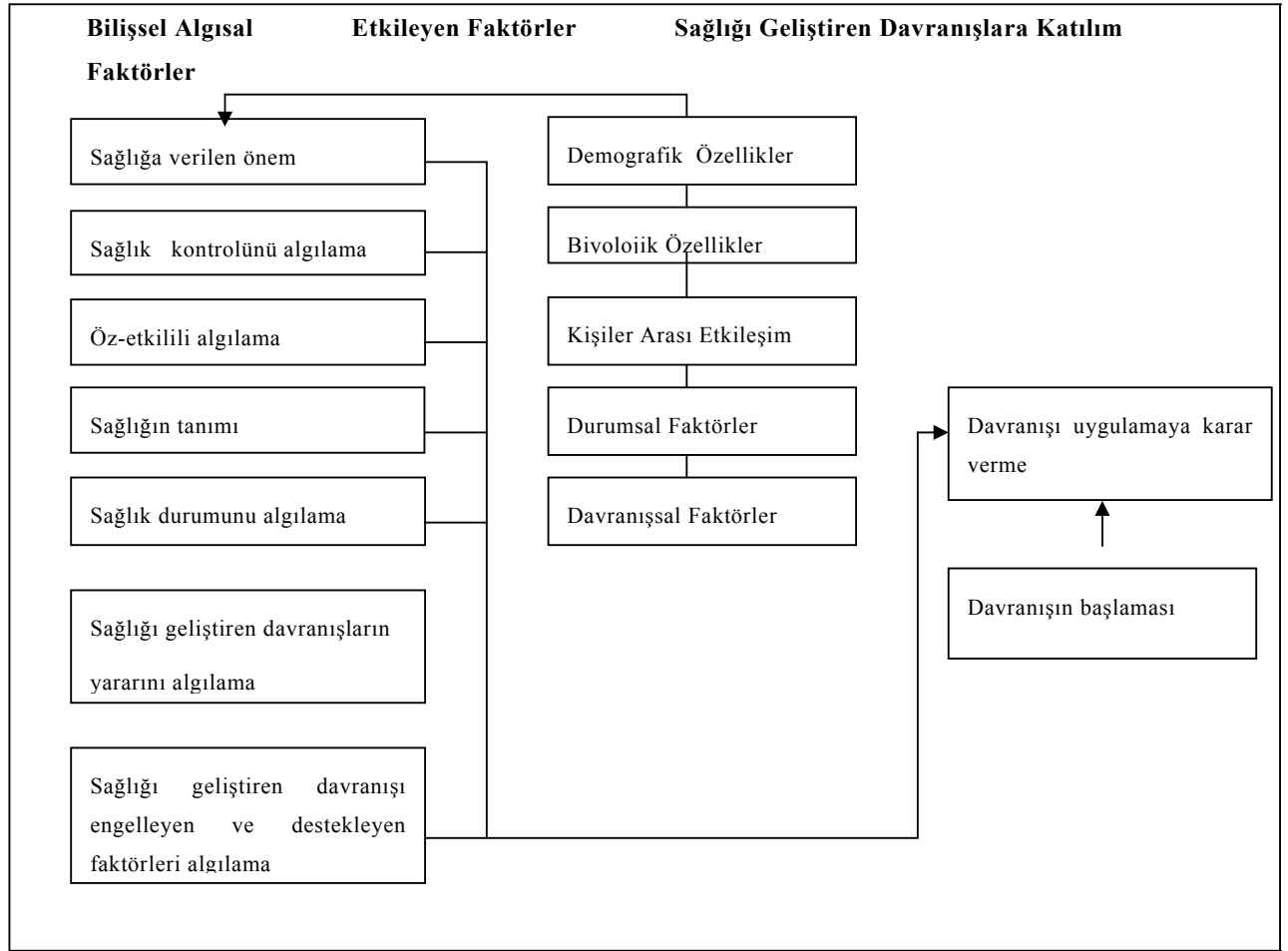
## Şekil 2. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri

Sağlığı Koruyan Davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<b>Düzenli Yapılması Gereken Uygulamalar</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Pap-Smear, TA kontrolü gibi periyodik muayeneler</li><li>2.40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan aranması,</li><li>3.İki yılda bir göz muayenesi,</li><li>4.6-12 ayda bir diş muayenesi,</li><li>5. 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi,</li><li>6. Yaşa uyan aşılama,</li><li>7.Tıbbi tedavi ile ilgili şikayetlerin değerlendirilmesi</li></ol>	<b>Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirilmesi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Büyüme değişikliklerini izlemesi,</li><li>2.Uzun hedefler geliştirilmesi,</li><li>3.Gerçek hedeflerini belirlenmesi,</li><li>4.Yaşamının amacının olması,</li><li>5.Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetmesi,</li><li>6.Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olması.</li></ol>
<b>Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Uygulamalar</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Sigara içilmemesi,</li><li>2.Alkol alınmaması yada az alınması,</li><li>3.Kolestrol den ve yağdan düşük diyet alınması</li><li>4.Lifli diyet alınması,</li><li>5.Diyette düşük veya orta oranda tuz alınması</li><li>6.Kafein alınmaması veya sınırlı oranda alınması</li></ol>	<b>Sağlık sorumlulukları</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Şikayetlerini sağlık sorumlularına iletmesi,</li><li>2.Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,</li><li>3.Sağlıkla ilgili yayın okuması,</li><li>4.Çevre sağlığı programlarına katılması.</li></ol>
<b>Egzersize Yönelik Uygulamalar</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Dengeli diyet ile haftada üç kez 20 dk egzersiz yapmak,</li><li>2.Gecede 6-8 saat uyku uyuma</li><li>3.Boş zamanlarında eğlenceli aktivitelerde bulunmak</li></ol>	<b>Egzersiz</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Nabız kontrolü ile egzersiz yapması,</li><li>2.Haftada üç kez etkili ve düzenli yapması,</li><li>3.Yeni aktiviteler yaratması.</li></ol>
<b>Diğer Uygulamalar</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Kendi kendine meme muayenesi</li><li>2.Emniyet kemeri kullanma,</li><li>3.Güneş ışınlarından korunma,</li><li>4.Günlük hijyen uygulamalar,</li><li>5.Olumlu kişiler arası ilişkiler kurma.</li></ol>	<b>Beslenme</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Gıda katkı maddesi içeren besin maddesi kullanmaması</li><li>2.Günde üç öğün dört besin grubunu tüketmesi,</li><li>3.Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan yiyecek tüketmesi,</li><li>4.Besin sanitasyonuna dikkat etmesi,</li></ol> <b>Kişiler Arası Destek</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Problemlerini başkaları ile tartışabilme,</li><li>2.Dokunmaktan kaçınmaması,</li><li>3.Sevgiyi ifade edebilmesi,</li></ol> <b>Stres Yönetimi</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Günlük gevşeme egzersizleri yapması,</li><li>2.Stres kaynaklarının farkında olması,</li><li>3.Dengeli uyku uyuması ve egzersiz yapması,</li><li>4.Stres kontrol yöntemleri kullanması,</li><li>5.Duygularını ifade etme.</li></ol>

### 2.4.2.3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen Şekil 3'deki Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamaktadır. Pender tarafından sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen bu modelde, bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır ( 80, 92, 108 ).

Şekil 3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli



Kaynak: Pender N, Barbauskas V, Hayman L ( 1992 ) "Health Promotion And Disease Prevention Toward Excellence In Nursing Practice and Education", Nursing Outlook, 40(3):106-112.

Sağlığı Geliştirme Model'inde "bilişsel-algısal faktörler" olarak gösterilen değişkenler; "sağlığa verilen önem", "z-etkililik ve yeterliliği anlama", "sağlığın kontrolünü algılama", "sağlık durumunu algılama", "sağlığı geliştiren

davranışların yararını algılama”, “sağlığı geliştiren davranışı engelleyen ve destekleyen faktörleri algılama”dır ( 97 ). Sağlığı Geliştirme Modelinde ki bilişsel algısal faktörler, sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Şekil 3’de görülen bilişsel algısal faktörlerinin her biri sağlığı geliştiren davranışın uygulanması üzerinde doğrudan etkilidir ( 92 ).

Sağlığı geliştirmeyi dolaylı etkileyen faktörler; bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerdir ( 80, 97 ).

#### **2.4.2.3.1. Sağlığı Geliştirmede Bilişsel Algılama Faktörleri:**

- **Sağlığa Verilen Önem:**

Sağlığa verilen önem, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Sağlığa verilen önem faktörüne göre kişi, sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, problem olmadığı için sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacaktır ( 27 ).

- **Sağlık Kontrolünü Algılama:**

Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Bireyin sağlık kontrolü; içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır ( 80, 92 ). Dışsal sağlık kontrolü, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin ( aile, arkadaş, hekim, hemşire ) etki düzeyini göstermektedir. Şans etkisi ise bireyin sağlığını şansa bırakma düzeyini açıklamaktadır. Dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışına sahip olma ya da kazanma düzeyinin düşük olacağını göstermektedir ( 80, 97 ).

- **Öz-Etkililik Algısı:**

Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır ( 80 ). Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Kuramda öz-etkililik,

sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel etmen olarak gösterilmiştir ( 80, 92 ). Öz-etkilik, bireyin sağlığını geliştirmede veya sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücüdür. Araştırmacılar, öz-etkililiğin olumlu davranış değişikliğinin sürekliliğinde büyük bir paya sahip olduğunu bildirmektedir. Ayrıca stresin öz-etkililiğin üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu ve yeniden sağlıksız davranışlara dönme eğilimini artırdığı da görülmüştür ( 99 ).

- **Sağlığın Tanımı:**

DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı günümüzde en yaygın kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir”. Bu tanımda iyilik kavramını açıklama güçlüğüne yanısıra, “tam”ın nasıl ölçüleceği tartışılmaktadır. Sağlık kavramını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp incelemek, iyilik halinin anlaşılmasını sağlayabilir ( 16, 113 ).

**Subjektif Olarak Sağlık:** Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir.

**Objektif Olarak Sağlık:** Doktor muayenesi ve tanı testleri sonucuna göre hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir ( 16 ).

- **Sağlık Durumunu Algılama:**

Bu faktöre göre birey sağlık durumunu iyi, kötü veya çok kötü olarak algılayabilir. Araştırmalara göre sağlık durumunu “iyi” olarak algılayanların olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyi “çok iyi”, “kötü”, “çok kötü” algılayanlara göre yüksek bulunmuştur ( 97, 98 ). Kendini “iyi hissetmenin” sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir ( 92 ).



- **Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama:**

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, "kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği" önemlidir. Bu algı, psikolojik olarak kişinin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışına hazır olmayı belirleyen faktörler arasında bir tehdit olarak algılanması, yarar algısı ve engel algısı bulunmaktadır.

Yarar Algısı: Bireylere, olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece bireyin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamalarının yararı ile ilgili bilgilenecek kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar.

Engel Algısı: Birey psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak olumlu sağlık davranışları için bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilir.

Olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürme olasılığını azaltan en önemli etken, engel algısı ile yarar algısı arasındaki farktır. Yarar algısı, engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artar ( 10, 80, 108 ).

- **Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen Ve Engelleyen Faktörler:**

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psiko-sosyal değişkenlerden etkilendiği kabul edilmektedir. Engelleyen özellikler, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Engelleyen özellikler arasında fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler sayılabilir.

Destekleyen özellikler ise sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel veya dışsal etmenlerdir. Destekleyen özellikler olarak, sağlığı geliştiren faaliyetlerin yararının algılanması, olumlu

değişikliklerin fark edilmesi ve destekleyici çevrelerin varlığı ( aile, arkadaş, sosyal kurumlar...) gösterilmektedir ( 80, 97 ).

#### **2.4.2.3.2. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler:**

- **Demografik Faktörler**

Demografik faktörler, sağlığı geliştiren davranışlara etki etmekte ancak bu etki farklı düzeylerde ve dolaylı olmaktadır. Örneğin; sosyo-ekonomik statü ve onun alt grupları olan eğitim, gelir ve mesleki durum birbirinden bağımsız olarak etkilemektedirler. Bu etkileşim tüm yaşam biçimine yansiyabileceği gibi, tek tek davranışlar şeklinde de olabilmektedir ( 11, 90, 103 ). Bazı çalışmalar, yaş ile sağlığı geliştiren davranışlar arasında olumlu ilişki olduğunu göstermiştir. Yaşın artmasıyla, uyumlu davranış gösterme arasında paralellik olduğu belirtilmektedir ( 11, 103 ). Volden, Longemo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; yaş ve medeni durum değişkenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkili olduğunu belirtmektedirler ( 76 ).

- **Biyolojik Özellikler:**

Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir ( 76 ). Battorf ve arkadaşlarının Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test ettikleri çalışmalarında, biyolojik özelliklerin sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( 61 ).

- **Kişilerarası Etkileşim:**

Bu faktöre göre aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin, bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir ( 11, 97 ). Örneğin, sigarayı bırakan kişinin bu davranıştaki sürekliliğinde, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür ( 11 ).

- **Durumsal Faktörler:**

Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranış oluşumunu etkilemektedir. Birey ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması

için, çevresi ile başedebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir ( 97 ).

- **Davranışsal Faktörler:**

Bireyin bilgi ve beceri düzeyinin davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir ( 97 ). Örneğin; daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay sonuç vermektedir ( 11, 97 ). Sosyal Bilişsel Modele göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik gibi faktörler sağlık davranışını destekleyen etmenlerdir ( 108 ).

## **2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi**

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” ( Healthy Life Style ) adı verilmektedir ( 62 ).

Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler ( 9 ). İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme ( az tuz, şeker ve sature vb.), düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günde 7-8 saat uyku, çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamalar vardır ( 62 ).

Alameda County, California’da Wingard D.L ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada uzun ve sağlıklı yaşamak için;

1. Arada atıştırma olmaksızın günde üç öğün düzenli yemek yemek,
2. Her gün kahvaltı yapmak,
3. Haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz ( uzun yürüyüşler, bisiklete binme, yüzme, bahçe işleri vb.) yapmak,
4. Gece 7-8 saat uyku uyumak,

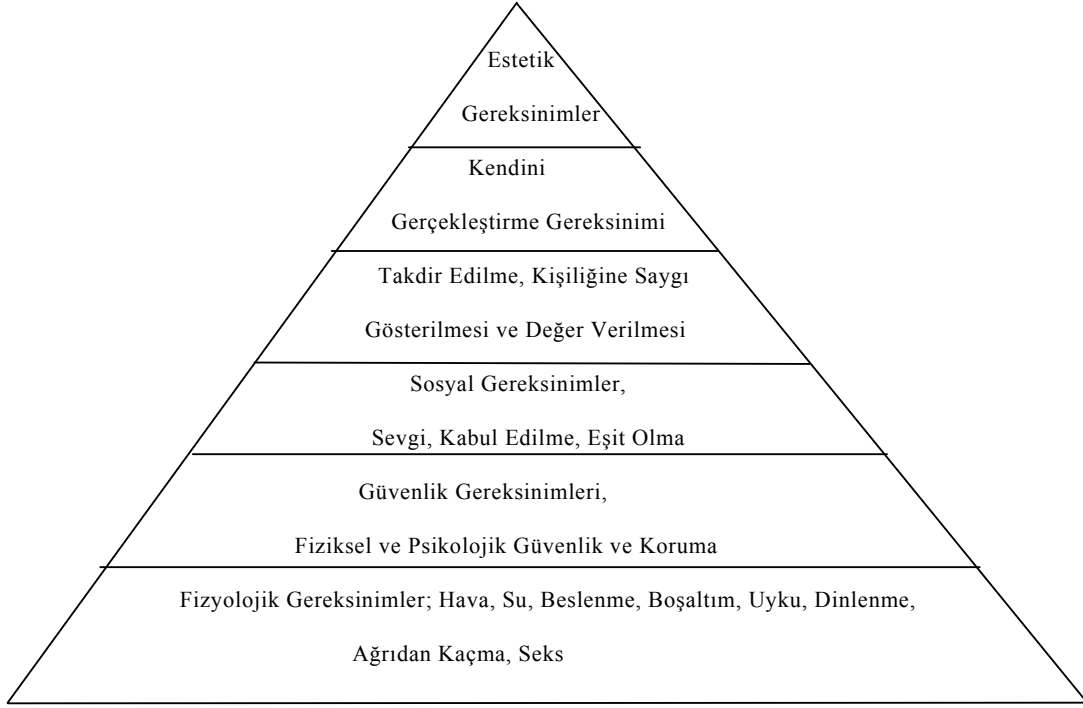
5. Normal vücut ağırlığında olmak,
6. Sigara kullanmamak
7. Alkol kullanmamak veya orta düzeyde kullanma önerilmiştir ( 114 ).

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir ( 3, 42, 80, 97 ).

### **2.5.1. Kendini Gerçekleştirme:**

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir ( 39, 92 ). Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir ( 11, 44 ).

Maslow'a göre “kendini gerçekleştirme”, bireyin tümüyle odaklaşarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır ( 44 ). Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına dizerek bir gereksinim hiyerarşisi ortaya koymuştur. Temel insan gereksinimi Şekil 4'de gösterilmiştir:



Kaynak: Açıkgöz KÜ ( 1996 ) “Maslow’un Gereksinim Kuramı” Etkili Öğrenme Ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası, 193-201, İzmir.

Kendini gerçekleştirme, gereksinim hiyerarşinin üst basamağında bulunur. Maslow’a göre fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme bireyin gereksinimleridir. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkar ( 5, 9 ).

### **2.5.2. Sağlık Sorumluluğu:**

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler ( 11,78 ). Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,

- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,

- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,

- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,

- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,

- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,

- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması

ile belirlenir ( 11, 78 ).

### **2.5.3. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite:**

Bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirebilmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemesi yalnız fizyolojik olarak değil, psikolojik olarak da bireyin sağlıklı olması ve sağlığın sürdürülmesi için gereklidir ( 98 ).

Egzersiz ile fiziksel aktivite terimleri farklı anlamlar taşırlar. Bunlar arasındaki fark; fiziksel aktivitenin günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma, gibi her türlü kas hareketlerini kapsamaması; egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel, sürekli ve düzenli kas hareketi olmasıdır ( 45 ). Amerikan Egzersiz Konseyi ( ACSM ) tarafından önerilen egzersiz; haftada en az 3-4 kez, en az 20 dk süren yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme gibi tekrarlı ve ritmik kas hareketlerini içermelidir ( 69 ).

Sağlıklı beslenme ile birlikte yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir ( 23 ). Yüksek dansiteli lipoproteini ( HDL ) artırırken, bazı durumlarda toplam düşük dansiteli lipoproteini ( LDL ) düşürerek daha yüksek HDL/LDL oranı sağlar ve buna bağlı koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır, ayrıca yüksek plazma trigiliserid düzeyini de düşürmektedir ( 23, 40, 45 ). Bunun yanında artrit, konstipasyon, strokeyi önleme gibi yararları ve

koruyuculuğu vardır. Metabolik adaptasyonu gerçekleştirerek, iskelet kaslarının oksitatif kapasitesini ve myoglobin konsantrasyonunu artırır. Yağ asitlerini enerjiye çevirerek, glikojen depolanmasında artışa neden olur. Dinlenme esnasında kalbin çalışmasını düzenler, maksimal egzersiz sırasında kalbin çalışma kapasitesini ve egzersize olan cevaptan dolayı aşırı yüklenmeyi azaltır ( 45 ). Egzersiz, geniş kas gruplarının kullanımını ve aktivasyonunu sağlar. Performansı sürekli kılar, beden ve organizmaya ritim kazandırır ( 23 ).

Yapılan araştırmalarda, egzersiz ve fiziksel aktivitenin kadın ve erkeklerde kolon kanseri riskini azaltıcı bir faktör olduğu, bunun yanı sıra stresin azalması ve motivasyonun artmasında önemli rolünün olduğu belirtilmektedir. Ev içi ve ev dışı sporlara en yüksek oranda katılım 16-24 yaş grubundadır ve eğitim düzeyi yükseldikçe bu katılım giderek artmaktadır ( 23 ).

Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan da sigara tüketiminde ve fazla kilolarda azalma sağlar. Adölesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel inaktivite, kanser, kalp-damar hastalıklarının gelişme olasılığını artırmaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel inaktivitenin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir ( 45 ).

#### **2.5.4. Beslenme:**

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir ( 110 ). Beslenme alışkanlıkları, hayatın erken dönemlerinde kazanılır ve vücudu beslemenin ötesinde sosyo-kültürel yapıdan, ekonomik düzeyden, emosyonel durumdan etkilenir (1, 6).

Beslenmenin sağlıklı olabilmesi için, yeterli ve dengeli olması gerekir. Günlük alınan besinler kalori bakımından yeterli olmalı, iyi kalitede protein içermeli, yağ (özellikle doymuş yağ), kolesterol, sodyum, rafine, şeker içeriği az olmalıdır. Buna karşılık kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır ( 23 ).

Yeme alışkanlıkları ve besin tercihlerindeki farklılıklara rağmen, bütün insanların sağlık için aynı temel besin maddelerine ihtiyaçları vardır. Beslenme ile ilgili bilimsel çalışmalara göre temel besin maddeleri;

- Kalori veren besin maddeleri,
- Proteinler ( et, süt, yumurta, balık, baklagiller vb.)
- Karbonhidratlar ( tahıllar vb. )
- Yağlar ( tereyağı, margarin vb. )
- Vitaminler ( sebze ve meyveler )
- Mineraller ( sodyum, potasyum, kalsiyum vb. ) dir ( 23 ).

Yapılan bir çok epidemiyolojik araştırmada kolesterol ve yağdan düşük besinleri kullanan popülasyonlarda, koroner kalp hastalıkları, artero skleroz ve trombüs veya emboli riski çok az sıklıkla görülmektedir ( 1 ). Özellikle doymamış yağ asitlerini içeren ( oleik asit ) bitkisel sıvı yağlar ve sterolik asit dediğimiz ve tereyağında bulunan yağ asitleri LDL'nin ( düşük yoğunlukta lipoprotein ) kan kolesterol seviyesinin düşüşünde rol oynar ( 34, 74 ).

Genç ve erişkin bireylerin, bazal metabolik kalori ihtiyacı 1200-1450 kaloridir. Kalori bakımından yetersizlik durumunda zayıflık, fazla alınması sonucu vücutta yağ oranının artması ile şişmanlık ortaya çıkar ( 12, 23 ). Araştırmalar sonucu erken ölümlere neden olan dört faktör ortaya çıkmıştır. Bu dört faktör arasında şişmanlık ilk sıradadır. Diğer üç faktör şişmanlığa eşlik eden sağlık problemleri ( koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus ) olarak belirlenmiştir ( 12 ). Beslenme, kronik hastalıkların oluşmasında rol alan, değiştirilebilir bir faktördür ( 53 ).

İnsan gereksinimleri üzerinde araştırmalar yapan Amerikan Ortak Alt Kurul'una göre, 20-74 yaşları arasındaki erkeklerin %24'ünün kendi ideal kilolarından, %20 ya da daha fazla kiloda olduğu saptanmıştır. Şişmanlığın bu oranda olması, ciddi bir halk sağlığı problemi olduğunu göstermektedir ( 12 ).

Bebeklik döneminin ardından görülen şişmanlık yetişkin dönemdeki şişmanlık için bir uyarı olmaktadır. Risk taşıyan şişmanlığın erken tanımlanması



son derece önemlidir. Foman, şişmanlığın önlenmesine bebeklikten başlamak gerektirdiğini belirtmektedir. Ailelere, bebeklik ve ilk çocukluk çağlarında aşırı ve yanlış gıda tüketiminin tehlikeleri hakkında eğitim verilmesini önermektedir ( 12 ).

Gençlerde beslenme sorunu, büyüme ve gelişme geriliğine, enerji yetersizliğine, konsantrasyon zayıflığına, zayıf bellek, baş dönmesi, bulantıya neden olup, öğrenme kapasitesini ve okul performansını olumsuz etkilemektedir ( 60,65 ). Ayrıca gençlerin beden imajlarıyla ilgili endişeler, top modellerin etkileriyle birleşince genç toplum, özellikle genç kızlar sıklıkla ince görünmek için çok uzun süre arındırılmış kronik diyetlere başvurmaktadır. Böylece gençlerde toplum ve akranlarca kabullenilmek için yaptıkları kronik diyetlerle anoreksia nevroza ve bulimia gibi yeme bozuklukları gelişmektedir ( 23, 60, 65 ).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunluğu ile ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kitle İndeksi ( B.K.İ.) çok kullanılan bir yöntemdir ( 23 )

$$\text{B.K.İ} = \frac{\text{Ağırlık(kg)}}{\text{Boy uzunluğu(m}^2\text{)}}$$

Şekil 5. B.K.İ Değerlendirme Skalası

3	2	1		1	2	3	
Kronik enerji yetmezliği			Normal ağırlık	ideal	Tombul	Şişman	Çok Şişman
16	17,5	18,5	20	25	30	35	40

B.K.İ. SKORU: 16-18,5 zayıf; 18,6-25 boya göre uygun kiloda; 25,1-30 hafif şişman; 30,1-35 arası şişman; 40 ve üstü çok şişman olarak değerlendirilir ( 23, 95 ).

Beslenme konusu içinde ele alınacak diğer bir konuda, Gıda Katkı Maddeleri ( G.K.M. ) dir. Günümüzde endüstrinin gelişmesi besinlerin üretim ve tüketim ilişkileri ile besin üretimi ve işlenmesinin artması, gıda katkı maddelerinin kullanımı teknolojik bir zorunluluk olarak ortaya koymaktadır ( 119 ). Teknolojide besin değerini artırma, mikrobiyolojik bozulmaları önleme, fiziksel yapıyı düzeltme, işlemeyi kolaylaştırma, kaliteyi geliştirme gibi pek çok işlevi vardır. G.K.M'nin gerektirdiği miktardan fazla kullanımı, sağlığa zararlı olabilmektedir ( 23, 119 ). G.K.M'ne duyarlı kişilerde allerjik reaksiyonlara, deri döküntülerine ve astıma neden olabilir. Katkı maddeleri zıt reaksiyonları teşvik etmekten çok, önceden varolan duyarlılığı artırmaktadır ( 23 ).

G.K.M'nin yasaların öngördüğü ve teknolojinin gerektirdiği miktarda kullanımı zorunludur ( 24 ). Her gıda katkı maddesinin uluslararası kabul görmüş bir numarası vardır. Örneğin; 621: Monosodyumglutamat ( MSG ), 102: Tartrazin vb. Ayrıca Avrupa Topluluğu'nunda kullanımına izin verilen katkı maddelerine "European" kelimesinin baş harfi olan E kodu verilmiştir. E621: MSG, E102: Tartrazin gibi. Aroma maddelerine E kodu verilmemiştir. Çünkü bu grup çok geniştir. Yaklaşık olarak 340 gıda katkı maddesi varken, aroma maddelerinin sayısı 1700 civarındadır ( 23, 119 ). Ayrıca ürün etiketi üzerinde gıdanın adı, üretici firmanın adı ve adresi ile üretildiği yerin belirtilip belirtilmediğine bakılmalıdır. Herhangi bir istenmeyen durumla karşılaşıldığında tüketici, kimi şikayet edeceğini bilmelidir. Tarım ve Köyişleri Bakanlığınca üretim izni verilip verilmediği kontrol edilmelidir. Ürünün net gramajına, hazırlama ve kullanma talimatı bilgisine, depolama ve saklama koşullarına dikkat edilmelidir ( 23 ). Gıda katkı maddeleri uygun şekilde kullanıldığında yani izin verilen katkı maddesi, izin verilen besinlerde, izin verilen miktarlarda ve yasalara uygun şekilde kullanıldığında sağlık riskleri minimize edilir. Bu nedenlerle tüketiciler gıda katkı maddeleri konusunda bilinçlendirilmelidir ( 23, 119 ).

#### **2.5.4.1. Günlük Beslenme Rehberi**

Besinler, içerdikleri besin öğelerinin türleri ve miktarları yönünden farklıdır. Bazı besinler proteinden, bazıları herhangi bir vitaminden zengindir. Her

besini yeme olanağımız yoktur. Bu nedenle besinler, besleyici değerleri yönünden dört grup altında toplanabilir. Bir grup içinde yer alan besinler, birbirinin yerini tutar. Günlük diyet de her grupta besin bulunur ve bunların miktarları gereksinmemize uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilir ( 23 ).

**Grup 1: Süt ve süttten yapılan yiyecekler:** Bu grup kalsiyum için en iyi kaynaktır. Süt, yoğurt, peynir, çökelek ve süt ile yapılan tatlılar bu gruba girer. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya birkaçından günde iki porsiyon yenilmelidir. Bir büyük bardağı süt veya yoğurt, iki kibrit kutusu büyüklükte peynir, bir küçük kase muhallebi veya sütlac bir porsiyon kabul edilir ( 23 ).

**Grup 2: Et, tavuk, balık, yumurta, kuru nohut, kuru fasulye, mercimek ve bu besinlerden yapılan ürünler:** Bu gruptaki besinler protein, B vitaminleri ve demirden zengindir. Enerji de verirler. Herhangi birinden yada birkaçından her gün iki porsiyon yenilmelidir. Bu grup besinler, öğle ve akşam birinci yemeği oluşturur. Sabah bir yumurta yenirse yarım porsiyon alınmış demektir. Öğünlerden birinde kuru baklagil, birinde de etli sebze yemeği yeterlidir. Etin yerine balık veya tavuk da yenilebilir. Gençler bu gruptan günde üç porsiyon almalıdırlar ( 23 ).

**Grup 3: Taze sebze ve meyveler:** C vitamini gereksinimiz bu gruptan karşılanır. Patates, karnabahar, kereviz, patlıcan, enginar, pancar, kabak, domates, salatalık, biber, yeşil yapraklı sebzeler, havuç ve her türlü meyveler bu gruba girer. Bu gruptaki yiyeceklerin herhangi birinden veya bir kaçının karışımından her gün beş-yedi porsiyon yenilmelidir. Alınan sebze ve meyvenin bir porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden veya portakal, limon gibi turunçgillerden veya domates olmalıdır. Portakal, elma armut, muz gibi meyvelerin orta büyüklükte bir tanesi, kayısı ve erik gibi meyvelerin üç-altı adedi, çilek, kiraz gibi olanların 10-15 adedi bir porsiyon sayılır. Yeşil sebzelerin doğrandığı zaman iki-üç su bardağını dolduran miktarı, bir orta büyüklükte patates, bir orta boy havuç, bir küçük yeşil kabak bir porsiyon olarak kabul edilir ( 23 ).

**Grup 4: Tahıllar ve tahıllardan yapılan yiyecekler:** Bu grup temel enerji kaynağımızı oluşturur. Ekmek, makarna, şehriye, pirinç, bulgur, börekler, un ve irmikten yapılan tatlılar bu gruptandır. Yetişkin bir kişi için öğünlerde bir-iki

orta dilim ekmek yeterli kabul edilmektedir. Fazla hareketli kişiler bunun iki üç katını yiyeceği gibi, daha çok oturarak iş gören kişilerin bir porsiyondan fazla yememeleri önerilmektedir. Ekmeğe ilaveten bu gruptaki besinlerden bir-üç porsiyon yenilmesi önerilmektedir. Üç-beş yemek kaşığı pilav veya makarna bir porsiyon sayılmaktadır. İrmik helvasının üç-dört silme yemek kaşığı, sigara böreğinin üç-dört tanesi ve tepsi böreğinin normal bir dilimi bir porsiyon kabul edilmektedir ( 23 ).

Bu gruplarda belirtilmeyen yağ, şeker, salça ve baharat besinlere lezzet vermek için kullanılırlar. Şeker vücuda sadece enerji sağladığına göre fazla şeker yemek kişiyi dengesiz beslenmeye götürür. Bal, pekmez, reçel ve marmelat gibi yiyecekler şeker yerini tutar ( 23 ).

#### **2.5.4.2. Sağlıklı Beslenme Konusundaki Uyarılar**

Açlıktan ve fazla yemekten kaçınıp yaşa, cinsiyete, yapılan aktiviteye, içinde bulunulan özel duruma ( genç, çocuk, yaşlı...) göre uygun şekilde yeterli ve dengeli beslenme için;

- Öğün atlanmaması,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün tüketimi,
- Yiyeceklerin yavaş yenilmesi, iyi çiğnenmesi,
- Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi,
- Günlük şeker tüketiminin azaltılması,
- Günlük tuz tüketiminin azaltılması,
- Posalı yiyecek tüketiminin arttırılması,
- Her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi önerilmektedir ( 45 ).

#### **2.5.5. Kişilerarası Destek:**

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği önemli bir olgudur.

Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır ( 88 ).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler hem de asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin başatme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar. Başatdebilme biçimi bireyden bireye farklılık taşır. Her bireyin dini ve kültürel özellikleri yada çocukluk deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkiler ( 88 ).

Bireyin sağlığını sürdürme ve geliştirmede kullandığı destek sistemlerini bilmek uygulanacak sağlığı geliştirme programları için önemlidir ( 80 ). Chen'in çalışmasında, bireylerin kişiler arası destek davranışı, "kendine yakın arkadaşları ile zaman geçirmek için zaman ayırma, başkaları ile anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını takdir etme, yakın bulduğu (aile, arkadaş...) bireylere dokunmaktan hoşlanma, başkaları ile fikir ayrılıklarını tartışma ve uzlaşma yolu ile çözme" sorularını içeren bir ölçekte değerlendirilmiştir. Verilen danışmanlık hizmetinden sonra deney grubundaki bireylerin kişiler arası destek bilgi puan ortalamaları, kontrol grubundaki bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( 19 ).

#### **2.5.6. Stres Yönetimi:**

Stres, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, savaşım veya tehlike olarak algıladığı, uygun başatme yolları kullanıldığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, uygun başatme yolları kullanamadığı durumlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreçtir ( 10 ). Paksoy'a göre stres, "bireyin çevreden gelen talep/talepleri karşılama durumunda kendini yetersiz hissetmesi ve bunun sonucunda oluşan kaygı ve gerilim durumu"dur.

Stres, hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Çünkü, insana çevredeki uyaranlar karşısında daha iyi davranma fırsatı verir. Sıfır stres ölümdür. Bu durumda birey, çevreden gelen etkilere tepki vermeye yetecek enerjiden yoksun demektir. Aşırı stres de ölümcül olabilir. Bu durumda ise birey aşırı enerji sarf etmekte ve tükenmektedir. Çözüm, her bireyin kaldıracağı ölçüde stres ile doyumlu ve olumlu bir hayat sürdürebilmesidir. İki tür stres vardır:

**1. Pozitif Stres (Eustress):** Bireye kazanç sağlayan, yaşanması istenen durumlardır. Bu tür stres, fiziksel ve ruhsal dayanıklılığın artmasında önemli rol oynamaktadır.

**2. Negatif Stres (Distress):** Bireyin kaynaklarını ve başatme yeteneklerini tüketen durumlardır. Kişinin kendine güvenini kaybetmesine neden olan, yetersizlik duygularına sevk eden, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı yaratan streştir ( 7, 10 ).

Stres, bireyin sağlığını geliştirmesine etki eden bir faktör olup, stresle başa çıkma yolları veya güçlüğü karşı uyum sağlaması, stresörlerin bir tehdit olarak algılanmasına engel olur. Uyum; bireyin kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan stresöre karşı verdiği tepkide tüm vücudunda ya da kişiliğinde meydana gelen değişiklikler sürecidir. Stresör, stres doğuran olay veya etmendir. Stresörler, içsel ve dışsal olmak üzere iki grupta ele alınabilir. İçsel stresörler, bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler, fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Örneğin; mükemmelliyetçilik, başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme içsel stresörlerdir. Dışsal stresörlerden başkaları tarafından sevilme ve kabullenilmeme, başkalarının sorununu üstlenme, seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir ev örnek olarak verilebilir ( 7, 10 ).

Selye, bedenın stresörlere hücre ve doku düzeyinde lokal olarak tepki verebileceğini (Lokal Adaptasyon Sendromu) ya da kan basıncında, kalp hızında, beden ısısında ve sıvı elektrolit dengesindeki değişikliklere yol açan sistematik bir tepki vereceğini ( Genel Adaptasyon Sendromu ) açıklamıştır ( 7 ).

Selye, Genel Adaptasyon Sendromu'nu, "organizmanın fiziksel ve ruhsal sorunlarının zorlanması ve tehdit edilmesine karşılık olarak bedenın verdiği tepki biçimi" şeklinde açıklamıştır. Selye'ye göre, stresin nedeni ne olursa olsun, stres her hastalıkta rol oynamaktadır. Birey, uzun süre stres altında kaldığında Genel Adaptasyon Sendromu ortaya çıkar ve üç aşamada gerçekleşir:

**1. Alarm Dönemi:** Dış uyarının, stres olarak algılandığı durumdur. Vücudun stresörle baş edebilmesi için çeşitli savunma mekanizmalarının harekete geçirilmesini içerir. Organizma bu dönemde şoka girer. Şok döneminde vücut ısısı ve kan basıncı düşer. Hemen ardından organizma aktif fizyolojik girişimlerde

bulunur ve otonom sinir sistemi faaliyete geçerek strese karşı savaşıma ve kaçma tepkisi ortaya çıkar. Bu tepkilerde bedende nabız sayısı artar, kan basıncı artar, kas gerilimi artar, sindirim yavaşlar, göz bebekleri büyür, bütün duyular artar. Alarm dönemi birkaç dakika ya da birkaç saat sürebilir.

**2. Direnç Dönemi:** Birey strese adapte olmaktadır. Diğer stresörlere karşı ise direnci düşüktür. Eğer direnç dönemi başarı ile aşılsa beden normal koşullarına döner, başarısız olunursa tükenme dönemi ortaya çıkar.

**3. Tükenme Dönemi:** Stres verici olay çok ciddi ve uzun sürerse organizma için tükenme basamağına gelinir. Uyum enerjisi biter, tükenme görülür. Bu dönem hastalıklara çok açık olunan dönemdir ( 10 ).

Stres durumunda, bireylerde hem bedensel hem de psikolojik düzeyde bir dizi olay ortaya çıkar. Bedensel değişiklikler, bütün insanlarda aynı basamaklardan geçmesine karşın psikolojik düzeyde olaylar, kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı olarak da birçok değişiklik gösterir. Bu değişiklikler ayrı ayrı ya da bedensel, psikolojik yapıların her ikisinde birden de ortaya çıkabilir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde, kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar ( 10 ). Bireylerde stres nedeni ile hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi bedensel rahatsızlıklar görülebilir. İnsanlar bireysel özelliklere göre, stres karşısında psikolojik tepki olarak geri çekilme, kabullenme, karşı koyma veya korku, endişe, depresyon gibi duygusal problemler geliştirebilirler. Ayrıca, dikkati bir konu üzerinde toplama güçlüğü, aşırı unutkanlık, obsesif düşünceler zihinsel düzeydeki problemlere örnek olarak verilebilir ( 93 ).

T.C. Devlet Planlama Teşkilatı adına Ankara Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin % 28'i karamsarlık, % 29'u isteksizlik, % 34.9'u yorgunluk, % 33.5'i huzursuzluktan yakınmaktadır. Öğrencilerin bu yakınmalarına yabancı bir çevrede ailelerinden uzak oluşları ( % 34.3 ), yeni arkadaşlıklar ve karşı cinsle arkadaşlık kuramama ( % 22.9 ), ekonomik sorunlar ( % 67 ), istediği okulu kazanmama ( % 34.9 ), okula uyum ( % 72.4 ) stresörlere eklenmesi, ruhsal sorunlarını arttırıcı etmenler olarak gösterilmektedir ( 86 ).

15-24 yaş grubundaki gençlerin ölüm nedenlerinden birinin de intihar olduğu üzerinde durulmakta ve geçen birkaç yıl içinde 5 ile 6 bin gencin intihar ederek öldükleri belirtilmektedir. Elde edilen veriler 1980'li yıllardan günümüze kadar yaklaşık olarak gençlerin %10-20'sinin intihar girişiminde bulunulan riskli bir grup olduğunu göstermektedir ( 112 ).

Kişi stres etkisi altında iken, önemli veya önemsiz daha önceden verilebilen kararları vermekte güçlük çekmektedir. Stres altındaki kişi değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terkedilmişlik duygularını yaşamaktadır. Bu kişiler en iyi olanı değil, garanti olanını seçmeye çalışmaktadır. Stres altındaki kişiler uygun olmayan durumlarda öfkelenerek ve kızarak duygularını ortaya çıkarır. Sigara ve alkol kullanım eğilimi artmaktadır. Stres durumunda kişiler kişisel hatalarını ve başarısızlıklarını sürekli düşünürler, aşırı hayal kurarlar, sık sık düşünceye dalıp giderler, duygusal ve cinsel hayatta olumsuz davranışlar gösterirler ve sağlığa aşırı ilgi göstermektedirler ( 72 ).

#### **2.5.6.1. Stresle Başetme Yöntemleri**

Yaşam içinde stresin etkin bir biçimde yönetilmesi, öğrenilen bir davranıştır. Kişinin stresle başedebilmesi veya strese karşı kişilerin tutum belirlemesindeki amaç, hem problem çözme becerisini hem de savunma mekanizmasını kullanmasını içerir ( 12 ).

Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır ( 10 ). Bireyin, stresten fazla etkilenmemeleri için adaptasyon kabiliyetlerini belirlemeleri ve başetme teknikleri kullanmaları gerekmektedir. Genel olarak stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler Şekil 6'da gösterilmiştir:



## Şekil 6. Stresle Başetme Yolları

<b>Etkili Yöntemler</b>	<b>Etkisiz Yöntemler</b>
<p><b>Bedene Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Fizik egzersiz</li><li>* Nefes alma egzersizi</li><li>* Meditasyon</li><li>* Biyofeed-back</li><li>* Doğru beslenme</li></ul> <p><b>Duygulara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Olumlu düşünme</li><li>* Duyguları paylaşma</li></ul> <p><b>Davranışlara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Zamanı iyi kullanma</li><li>* Sosyal destek sistemleri geliştirmek</li><li>* Etkili iletişim becerileri geliştirmek</li><li>* Etkili problem çözme</li><li>* Stres yaratacak bir durumu tahmin edilebilir hale gelmek için bilgi toplama, sosyal karşılaştırmalar.</li></ul>	<p><b>Bedene Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* İlaç, alkol, sigara bağımlılığı</li><li>* Kötü beslenme</li></ul> <p><b>Duygulara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Psikolojik savunma mekanizmaların aşırılığı</li><li>* Bilişsel çarpıtmalar</li></ul> <p><b>Davranışlara Yönelik Olanlar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* İçer kapanma</li><li>* Saldırganlık</li><li>* Kaçma davranışları</li></ul>

Kaynak: Batlaş A, Batlaş Z ( 1996 ) Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul.

### 2.6. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü, tıbbi bir hizmet değil bir sağlık aktivitesidir ( 103 ). Şimdiki sağlık bakım sistemine göre hemşirelik, hemşirelik felsefesi ve uygulamaları içinde sağlığı geliştirme kavramı ve bu kavramı gerçekleştirmeye yönelik önemli bir konumdadır.

Hemşirenin, sağlığı geliştirmede yedi önemli rolü vardır. Bunlar;

1. Hemşire bireysel, ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümü için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar ( Durumun Tanımlanması ).

2. Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin önemini algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur. Burada bireyin sorumlulukları, hemşire tarafından belirlenebilir ve desteklenebilir.

3. Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir.

4. Birey yada hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanımlarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme hakkına sahiptir. Yine kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakları da vardır. Hemşire, bireyin savunuculuğu ve haklarını bildirici role sahiptir.

5. Hemşire, vakanın yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemelerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır.

6. Hemşire, yapılması gereken aktiviteleri bir sistem ve program içinde gözden geçirir. Öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimde bulunur.

7. Hemşire, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici role sahiptir. Burada; sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde ihtiyaç duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir ( Sağlık Eğitimi ) ( 83 ).

Özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini direkt etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bilgi vermek yetisine sahiptir ( 1, 103 ).

Hemşire bu rollerini, gençlerin bulunduğu tüm ortamlarda kullanabilir.

## 2.7. Gençlik Nedir?

Adölesan, genç toplum ve gençlik terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmakta ve bazı karışıklıklara neden olmaktadır. Aslında her birim spesifik belli yaş gruplarını kapsamaktadır. WHO, 10-19 yaş grubunu “adölesan”, 15-24 yaş grubunu “gençlik” ve 10-24 yaş grubunu “genç toplum” olarak tanımlamaktadır ( 18, 33, 65, 68 ). UNESCO genci,“ öğrenim gören, yaşamını kazanmak için çalışmayan, kendine ait konutu bulunmayan, büyük bir hayal gücüne sahip, cesaretin çekingenliğe, macera isteğinin rahata üstün geldiği insandır” biçiminde tanımlamıştır. UNESCO gençlik dönemini de, 15-25 yaşlar arası olarak benimsemiştir. Bu nedenle Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), adölesan ve gençlik terimlerini de kapsayan “genç toplum” ifadesinin kullanılmasını önermektedir ( 18, 33, 65 ).

Gençlik dönemi, toplumsallaşma yolu ile çocukluk çağından erişkinlik çağına geçişte yer alan cinsel olgunlaşma ve bedensel gelişmelerin yaşandığı dönemdir ( 41 ). Bu süreç, gencin yaşamına biçim verecek olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsar. Böylece genç içinde bulunduğu toplumun izlerini taşır ve o toplumun sorunlarından etkilenir, toplumsal gelişmeye ve olaylara etkin katılır ( 22, 41 ).

Gencin, bu gelişim süreci içinde ortaya çıkan sorunlara getirilecek çözümleri toplum açısından son derece önemlidir. Çünkü gençlik, bir ülkenin geleceği ve güvencesidir. Sağlıklı bir topluma ulaşmak her toplumun ortak amacıdır. Sağlıklı bir topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılır. Gelecek nesillerin sağlıklı olması ise toplam dünya nüfusunun % 19’unu, ülkemiz nüfusunun dörtte birini oluşturan genç nüfus ile yakından ilişkilidir ( 13, 33 ). Bundan dolayı gencin sorunlarına ve gereksinimlerine yönelik hizmetlerin tüm ilgili birimlerce sistemli ve planlı olarak verilmesi gerekmektedir ( 18, 33 ).

### **2.7.1. Gençlerin Fiziksel Gelişimi**

Adölesan dönemi puberte ile başlayıp, olgunlaşma ile son bulmaktadır. Erken adölesan döneminde hızlı büyürler. Sıklıkla sakar, tembel, çekici olmayan bir görünüştedirler. Genital organdaki değişimin farkındadırlar. Diğer arkadaşlarıyla kapasitelerini karşılaştırmaya başlarlar.

Orta adölesan döneminde genç hızlı fiziksel değişim nedeniyle, “Ben kimim?”, “Yaşamımda neler oluyor?” diye düşünmeye başlar. Bu dönemde seksüel ilgi ve aktiviteler artmış ve romantikleşmişlerdir.

Geç adölesan döneminde fiziksel değişim azalmıştır. Yetişkin yaşam biçimi için hazırlıklar olup, seçim yapma ve maddi bağımsızlığa doğru gidiş vardır. Kalabalık akran gruplarının yerini küçük arkadaş grupları almıştır ( 13 ).

### **2.7.2. Gençlerin Psiko-Sosyal Gelişimi**

Erken adölesan döneminde genç, büyüyen ve gelişen vücuduyla ilgilenmeye ve uyum sağlamaya çalışmaktadır. Dış görünüşüne ve giyimine özen gösterirler. Hayal kurmaya eğimli olduğundan yalnız kalmaya isteklidirler. Zaman zaman çekingen ve içe kapanık davranış göstermektedirler. Ailesine bağımlı olup, sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşmayı uygun görürler.

Orta adölesan dönemi gencin en bunalımlı ve çalkantılı geçen dönemdir. Sosyal yaşantısını ve ailesinin davranışlarını sürekli eleştirir. Yasa ve kurallara karşı gelir. Heyecanı kontrol edemez ve çoğu saldırgan bir kimlik gösterir. Önder olmak ister ve olaylara aşırı tepki gösterir. Duygusal, entelektüel ve zihinsel işlevlerinde belirgin bir artış vardır. Genç, gruplara katılır ve cinsel yönden karşı cinse yaklaşma eğilimlidir. Ailesine karşı gelir, evini terk edebilir. Bu çağlarda gencin sigara, alkol kullanma ve benzeri kötü alışkanlıklar edinmesi çok kolaydır.

Geç adölesan döneminde genç ailesiyle tekrar bütünleşmeye başlar, sosyal çevresini belirler. Uyumlu bir davranış gösterir. Sosyal açıdan özgür ama ekonomik yönden kısmen bağımlı bir kimlik kazanmıştır. Cinsel kimliği tamamen gelişmiş, profesyonel eğitime yönelmiş, yaşam planını oluşturmuş, görev ve amaçlarını belirlemişlerdir ( 59, 71 ).

### 2.7.3. Gençlerin Beden Sağlığı

Gencin beden sağlığı, içinde yaşadıkları çevrenin fizik koşulları ile yakından ilintilidir. Bu durumda gencin yaşadığı yer, ailesinin ekonomik durumu, okul koşulları, barındığı yurt, pansiyon, ev gibi yerler önem kazanır. Özellikle okul, yurt gibi kalabalık ortamlardaki aydınlatma, ısıtma, havalandırma, temizlik durumları yeterli düzeyde değilse ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir ( 71 ).

Gencin, beden sağlığını etkileyen fizik koşulların yanı sıra sağlık konusundaki yanlış yönlendirmeler de gencin sağlığını tehdit edici unsurlar arasındadır. Bu unsurlar; reklamlar aracılığıyla veya filmlerle verilen yanlış beslenme mesajlarından, geleneksel tek yönlü tahılla beslenmeye kadar varan alışkanlıklardır. Bunlara ek olarak, gencin hastalıklardan korunabilmedeki sağlık bilgisinin eksikliği, geleneksel sağlık alışkanlıklarının sürdürölmesi, alkol ve sigara kullanımı beden sağlığını tehdit edici unsurlar arasında sayılabilir ( 65 ).

Tütün ve sigara kullanımının, akciğer hastalıklarına, kalp hastalıklarına neden olduğu bilinmektedir. Sigara kullanımının devam etmesiyle bu hastalıkların ilerlemesi ve ölüm meydana gelebilmektedir. 2020 yılında her yıl 10 milyon kişinin sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir ( 8, 37 ).

Gelişmiş ölkelerde tütün tüketiminde, son yıllarda bir düşüş olmasına rağmen, Türkiye’de sigara tüketimi giderek artmaktadır. Çok güçlü bağımlılık oluşturan sigara, insan sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gençlik dönemi sigaraya başlama açısından riskli bir dönem olup, dünyada her gün 80-100 bin genç sigaraya başlamaktadır ( 84 ). Ölkemizde yapılan çalışmalarda elde edilen veriler, üniversiteli gençlerin yaklaşık yarısının sigara kullanma alışkanlığı olduğunu göstermektedir ( 112 ).

Alkol, taşikardiye neden olarak miyokardın oksijen gereksinimini ve damar direncini artırıcı etkisiyle miyokardın kanla beslenmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Alkollü içkinin uzun süre kullanıldığında mide, duodenum ülseri, siroz, pankreatit, beyin hasarı, epilepsi nöbeti, özefagus kanserleri meydana gelmektedir ( 117 ).

Ölkemizde alkol ve madde kullanımında hızlı bir artış söz konusudur. İstanbul’da 1991 yılında bu konuda yapılan çalışmada düzenli olarak kullanan

öğrencilerin oranı %2 olarak saptanmış, bu oran 1995 yılında %4 olarak bulunmuştur. Yaşamları süresince en az bir kez herhangi bir uyuşturucu madde kullanan gençlerin oranı 1991 yılında %3 iken, 1995 yılında %7'ye çıkmıştır. Gözlenen artış oldukça ciddi olarak değerlendirilebilir ( 87 ).

DSÖ sigara, alkol ve madde kullanımının kontrol altına alınmaması durumunda Avrupada yaşayan gençlerin 330 milyonunun erken yaşta kaybedileceğini tahmin etmektedir ( 13 ).

#### **2.7.4. Gençlerin Ruh Sağlığı (Mental Sağlık)**

Gençlerin ruh sağlığını, sosyal ve psikolojik faktörler etkilemektedir. Ruh sağlığı problemlerinin yaygın nedenleri; şiddet, aile yapısı, fiziksel, duygusal veya seksüel kötüye kullanım, psikoaktif ilaçların kötüye kullanımı olarak sayılabilir. Gençlerdeki mental bozukluklardan bazıları şunlardır:

- **Depresyon:** Gençlerde depresyon fiziksel yetersizlik, emosyonel yönden hayal kırıklıkları durumlarıyla ilişkili olup, sıklıkla depresyona öfke eşlik etmektedir.

- **Şizofreni:** Genellikle şizofreni belirtileri yeni başlamıştır. İçine kapanma reaksiyonları ile karakterize olup;

--- Kişilerarası ilişkileri zorlaşmıştır.

--- İnzivaya çekilip, hayal kurarlar.

--- Hata yapmaya eğilimlidirler. Halusinasyonları olabilir, ancak halusinasyonları mantıklı ve ihtiyaçlarına yöneliktir.

- **Hipokondriazis:** Hipokondriazis sağlığıyla ilgili kronik şikayetler olup, yakınlarına bağımsızlığını gösterme ihtiyacına karşı, onlardan çocukça ilgi görme ihtiyacının yarattığı çatışmanın bir uyarısı olabilir. Bunu adölesanlar sıklıkla ebeveynlerinden sempati, ilgi görme isteğiyle yapmaktadır.

- **Enürezis:** Çatışmaya karşı görülen fiziksel-psiko-sosyal reaksiyondur. Gençlerde % 1-4 oranında enürezis görülmektedir. Diğer insanların bu durumu anlamasından korkarlar ve zamanla utanma duygusu gelişir.

- **İçine Kapanma, Geri Çekilme Reaksiyonları:** Gençlerde çatışma ve karışıklara tepki olarak, içine kapanma reaksiyonları ortaya çıkmaktadır. Bu negatif duygu durumu çatışmalardaki karar verme ve çözümleme potansiyelini azaltmaktadır.

- **Zorlayıcı Davranış:** Zorlayıcı davranış, çatışmalara karşı savunmaya yardım eder. Sıklıkla temizlik veya el yıkama, kognitif olarak istemeden kontrolsüz ortaya çıkar. Zorlayıcı davranışların tedavisi gençlerin karar verme yeteneğinin desteklenmesi ile son bulur ( 51, 118 ).

Hızla büyüme ve çocukluktan gençliğe geçiş dönemi olan gençlik, bazı özel stresörler ( vücut imajı, cinsel çatışma, okulla ilgili baskı, ebeveynle ilişkiler, gelecek endişesi, ideolojik çatışma ) altındadırlar. Gençler bu nedenlerle birçok uyarının etkisinde kalmaktadırlar. Gerginlikler, eğer sağlıklı bir çözüme ulaştırılamazsa gençte ve ailede ciddi sonuçlar doğurabilmektedir ( 14 ).

#### **2.7.5. Gençlerin Sağlığını Olumsuz Etkileyen Faktörler**

Genç toplumun kendine özgü problemleri ve sağlık ihtiyacı vardır. Gençlerin ihtiyaçlarına yanıt verecek yeterli sağlık hizmetlerinin olmaması nedeniyle genç toplum bu ihtiyaçlardan minimum yararlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sıklıkla gençler için ulaşılmaz durumdadır. Örneğin, sağlık hizmetleri okul saatlerinde ve diğer uygunsuz saatlerde sunulmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti verenlerin, eleştirici davranışları nedeniyle gençler sağlık hizmeti almak istememektedirler. Gençlerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki temel engeller aşağıda belirtilmiştir:

- **Gençlere Öncelik Verilmemesi:** Genç toplumun sağlık bakımını ihmal etmesi, ulaşılabilir hizmetlerden yararlanmaya hazır olmaması, danışmanlığın, düzenli sağlık kontrolleri ve sağlığı korumanın önemini anlamamış olmaları olumsuz yönde etkilemektedir ( 57, 65 ).

- **Sağlık Hizmetlerinin Kullanımının Az Olması:** Aile ve yakınlarına bağımlı olan gençler ilaç kullanma, üreme sağlığı gibi sağlık problemleriyle ilgili olarak formal olmayan kaynaklardan aldıkları öğütlere göre hareket etmektedirler. Bu durum, gençlerin erken dönemde tedavi olmalarını engellemektedir. Gençlerin yaşam biçiminin sağlık çalışanlarınca onaylanmaması

veya negatif tavırlar, onların güvenlerini kaybetmelerine ve isteksiz olmalarına neden olabilmektedir. Gençlerin sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri;

.. Sağlık hizmetlerinin gençlerin ihtiyaçlarını fark etmede yetersiz oluşu,

.. Hizmetlerin kullanılması ve yararları ile ilgili bilgi yetersizliği,

.. Var olan hizmetlerin yeri, ücreti ve hakkındaki bilgilenmede yetersizlik,

.. Gençlerin ceza ve kınanma korkusu,

.. Tedavi maliyetinin yüksek oluşu,

.. Cinsellik ve üreme sağlığı konularındaki kültürel değerlerin etkisi,

.. Sağlık çalışanlarının gizli bilgileri açıklama korkusu.

- **Bakım İle İlgili Eğitimin Yetersizliği:** Bazı sağlık çalışanları, gençlerin sağlık ihtiyaçlarını belirleme ve tanılamada yetersizdir. Gençlerin deneyimlediği bazı davranışları, yetişkin sağlık çalışanları farklı algılamakta, dolayısıyla öğüt vererek, kendi terminolojileriyle anlaşılabilir bir dil kullanmaktadırlar ( 49, 118 ).

#### **2.7.6. Gençlik ve Okul Sağlığı Hemşireliği**

Ülkemiz, sağlık sorunlarının çözümlenmesinde temel sağlık hizmeti modelini benimsemiş ve hemşire bu sistemde esas güç unsuru olarak kabul edilmiştir. Eğitici, yönetici, uygulayıcı ve araştırmacı toplum sağlığı hemşireliği ( TSH ), sağlığı koruma ve geliştirme programlarını destekler. TSH'nin işlevleri birey, aile, toplum grupları ve toplumun gereksinimlerine dayanır ( 43, 96 ).

Ülkelerin kalkınmasının temel ilkesi insanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi nedeniyle, Türk toplumunun büyük bir bölümünü kapsayan gençlere yönelik hizmetler daha çok önem kazanmaktadır. Gençlere yönelik hemşirelik hizmetleri, okul sağlığı kapsamında ele alınmaktadır. Okul sağlığı hizmetleri sadece genci değil okul personeli ve aileyi de kapsayan, geleceğe yönelik sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesinde kapsamlı bir hizmettir ( 13 ).



Okul, öğrencilere verdiği bilgi ve becerinin yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında aileden sonra gelen temel ünite olup, nüfusun büyük bir bölümüne sağlık hizmeti götürme imkanı da sağlamaktadır. Okul ortamı, gencin ileriki yaşam kalitesini artırarak, sağlıklı erişkin olabilmesine fırsat sağlar ( 28 ).

Okul sağlığı hemşirelik programları, aşağıda belirtilen konuları içermektedir. Benzer programlar tüm kurumlarda gençlere uygulanabilir:

### **Okul Sağlığı Programları**

#### **-- Okula Kabul Muayenesi:**

- . . Özel eğitim-yardım gerektirenler
- . . Normal bulunanlar
- . . Gözlem gerektirenler

#### **-- Dönemsel Sistemik Muayeneler**

. . **Taramalar:** Büyüme-gelişme, görme-işitme, anemi, skolyoz, kalp-damar hastalıkları, ağız-diş sağlığı, parazit enfeksiyonları vb.

. . **Kronik hastalıkların bakım ve yönetimi**

. . **Enfeksiyon hastalıkları ve parazitolozların önlenmesi:**

- Koruma önlemleri
- Özgün önlemler
- Bağışıklama, kemoprofilaksi, sağlık kontrolleri gibi.

. . **Kazalardan korunma**

- Çevre denetimi
- Eğitim ve danışmanlık

. . **Sağlıklı okul çevresi çalışmaları**

. . **Ruh sağlığı çalışmaları**

## **- - Sağlığı Geliştirme Programları**

- Sağlıklı beslenme
- Egzersiz, uyku ve dinlenme
- Stres ile başa ıkma
- Kişilerarası ilişkiler
- Üreme ve cinsel sağlık
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara, alkol ve madde bağımlılığı
- Çevresel zararlar
- Bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi ( 41 ).

Okul sağlığı hemşiresi, tüm bu faaliyetleri birincil, ikincil, üçüncül korumaya yönelik faaliyetler olarak planlar. Okul sağlığı hemşiresi, sağlığı geliştirmede ki rollerini okul ortamında uygular. Bunlar:

1. Yöneticilik rolü,
2. Rol modeli rolü,
3. Okul sağlığı liderlik rolü,
4. Uygulayıcı rolü,
5. Eğitici rolü,
6. Danışman rolü,
7. Savunucu rolü( 43 ).

Bugün Türkiye’de gençlerin hasta olmadan başvurabileceği ülke düzeyinde yaygınlaştırılmış ve ücretsiz hizmet veren programlardan söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerine, çok sorumluluk düşmektedir. Üniversite gençlerinin, hasta olduklarında ücretsiz tıbbi tedavi ve ilaç almak için başvurdukları Mediko-Sosyal Merkezleri bulunmaktadır.

Mediko-Sosyal Merkezleri üniversite öğrencilerine sağlık, kültür ve sportif faaliyetler vermek için üniversiteler bünyesinde kurulan ünitelerdir.

Amaçları; öğrencileri beden ve ruhen hastalıklardan, zararlı alışkanlıklardan korumak ve hasta olanları tedavi etmektir. Ayrıca sorunlara yönelik sağlık eğitimi de verilmektedir. Eğitimin hedefi ise öğrencilerin sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmektir.

Ülkemizde bulunan Mediko-Sosyal Merkezleri'nin amaçları yabancı ülkelerdeki öğrenci sağlık merkezleriyle aynıdır. Ancak sağlıkla ilgili olarak verilen hizmetler, tedavi edici yönüyle sınırlı kalmakta ve koruyucu sağlık hizmeti vermekten uzaktır ( 43, 109 ).

Gençlerin konumu tüm dünyada kalkınma açısından çok önemlidir. Dolayısıyla gençliğin sağlık sorunlarının çözülmesi ile bireylerin yetişkinliğe daha iyi koşullarda ulaşması mümkün olmaktadır ( 57 ). Gençlerin sağlığına ve gelişimsel ihtiyaçlarına yatırım yapmak geleceğe ve uzun dönemde topluma yatırım yapmaktır. Bu nedenle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin gerekliliği tartışılmaz olup, Türkiye'nin koşul ve gereksinimlerine uygun sağlık eğitim programlarının ve okul sağlığı eğitiminin yaşama geçirilmesi sağlıklı gelecek için gereklidir ( 70 ).

## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde öğrenim gören öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde yer alan fakülte ve yüksekokullarında yapılmıştır.

Cumhuriyet Üniversitesi'nde 2004-2005 öğretim yılında 8 fakülte, 4 yüksekokul, 12 meslek yüksekokulu bulunmaktadır. Meslek yüksekokullarından sadece 3'ü Sivas ili belediye sınırları içinde bulunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

**Araştırmanın Evreni:** Cumhuriyet Üniversitesi 2004-2005 öğretim yılında kampüs sınırları içerisinde öğrenim gören 6484 kız öğrenci ve 9771 erkek öğrenci olmak üzere toplam 16255 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır

**Araştırmanın Örnekleme:** Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içinde öğrenim gören 16255 öğrenciden 1001 öğrenci örnekleme alınmıştır. Araştırma örnekleme girecek öğrenci sayısı;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

formülü ile bulunmuştur ( $p=0.50$ ,  $q=0.50$ ,  $d=0.03$ ,  $t=1.96$ ). Kız ve erkek öğrenciler değişik fakültelerde ve yüksekokullarda eğitim gördükleri için her bir fakülte ve yüksekokul bir tabaka kabul edilmiştir. Her tabakadan ne kadar sayıda kız ve erkek öğrencinin örnekleme alınacağı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin 602'si, kız öğrencilerin 399'u örnekleme alınmıştır ( Ek 1, Tablo 1 ). Fakültelere ve yüksekokullara bağlı çok sayıda bölüm olduğu için bu

bölümlerin her biri bir küme kabul edilmiştir ( 107 ). Örnekleme alınan bölümlerdeki kız ve erkek öğrencilere soru formları uygulanmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri iki form aracılığı ile toplanmıştır. Bunlar:

- Örnekleme alınan 1001 öğrencinin sosyo-demografik özelliklerini boy ve kilo durumlarını belirleyen soru formu, ( Ek2 )

- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ( Health Promotion Lifestyle Profile ) ( Ek 3 ).

#### **3.4.1. Öğrenci Kişisel Bilgi Formu**

Formda araştırmaya alınan öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, okuduğu fakülte/yüksekokul, sınıfı, medeni durumu, aile tipi, anne-babanın öğrenim durumu, anne-babanın mesleği, ekonomik durumu, aylık gelirin gereksinimleri karşılama durumu, sigara ve alkol kullanımı, kilo, kiloya göre öz değerlendirme, sağlık sorunları, sağlık güvencesi, sosyal etkinliklere katılma durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Sağlık durumunu algılama için “sizinle aynı sosyo ekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu kullanılmıştır. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çok sayıda araştırmada algılanan sağlık durumu bu soru ile değerlendirilmiştir ( 11, 55 ). Sağlık durumunu algılama sorusuna verilen yanıtlar, “çok iyi” yanıtı için 1, “iyi” yanıtı için 2, “kötü” yanıtı için 3, “çok kötü” yanıtı için 4 puan olarak değerlendirilmiştir.

#### **3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ( Health Promotion Life-Style Profile )**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçek, Türkiye’de 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır ( 46 ).

Ölçek, toplam olarak 48 maddeden oluşmuş ve altı alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına

kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

- **Kendini gerçekleştirme alt grubu;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

- **Sağlık sorumluluğu alt grubu;** bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

- **Egzersiz alt grubu;** sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

- **Beslenme alt grubu;** bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

- **Kişilerarası destek;** bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

- **Stres yönetimi;** bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir.

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir.

- **Kendini gerçekleştirme ( 13 madde ):** 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler

- **Sağlık sorumluluğu ( 10 madde ):** 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler

- **Egzersiz ( 5 madde ):** 4, 13, 22, 30, 38. maddeler

- **Beslenme ( 6 madde ):** 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler

- **Kişilerarası Destek ( 7 madde )**: 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler

- **Stres Yönetimi ( 7 madde )**: 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler

**Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ( 48 madde )**: 1'den 48'e kadar. Ölçeğin uygulanması 8-10 dk. sürmektedir.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmada veriler soru formuyla toplanmıştır. Hazırlanan anketin ön uygulanması, Cumhuriyet Üniversitesi'nde öğrenim gören 60 öğrenciye uygulanmıştır. Gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir. Soru formu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Soru formu, araştırmacı tarafından tüm örnekleme alınan öğrencilere sınıf ortamında uygulanmıştır. Gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra dersin sorumlu öğretim elemanları ile birlikte soru formları dağıtılıp, uygulandıktan sonra toplanmıştır.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler bilgisayarda SPSS yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü fakülte, sınıf, medeni durum, aile tipi, anne-babanın öğrenim durumu, anne-babanın mesleği, ekonomik durumu, aylık gelirin gereksinimleri karşılama durumu, sigara ve alkol kullanımı, kilo, kiloya göre öz değerlendirme, sağlık sorunları, sağlık güvencesi, sosyal etkinliklere katılma durumu, sağlık durumunu algılamadır. Bağımlı değişken ise; "sağlığı geliştirici yaşam biçimi düzeyi"dir.

Sosyo-demografik değişkenlerle ve sağlık durumunu algılama durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklılık; varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Tukey testi ile incelenmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Süresi**

Araştırma, Kasım 2003'den itibaren planlanmaya başlanmış, Ekim 2004 tarihinde tez önerisi sınavında sunulmuştur. Tez önerisinin kabulünden sonra, Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. 2004 yılı Kasım, Aralık aylarında veriler toplanmış; 2005 yılı Ocak, Şubat aylarında değerlendirilmiştir. 2005 yılı Haziran ayında da tez yazımı tamamlanmıştır.



## **BÖLÜM 4**

### **BULGULAR**

Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 1. Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo_Demografik Özellikler (N=1001)	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	399	39.8
Erkek	602	60.2
Yaş		
17-20	470	47.0
21-24	445	44.5
25 ve Üstü	86	8.5
Medeni Durum		
Bekar	964	96.3
Evli	37	3.7
Sivas'ta Barındığı Yer		
Evde, yalnız	30	3.0
Evde, arkadaşlarla	282	28.1
Evde, ailesiyle	341	34.1
Yurtta	315	31.5
Diğer	33	3.3
Yaşantının En Çok Geçtiği Yer		
Köy	58	5.7
İlçe	161	16.1
Şehir	776	77.6
Metropol	6	0.6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	810	80.9
Geleneksel Aile	156	15.6
Parçalanmış Aile	35	3.5
Anne Eğitimi		
Okur_Yazar Değil	130	13.0
İlkokul Mezunu	459	45.8
Ortaokul Mezunu	121	12.1
Lise Mezunu	210	21.0
Üniversite/Yüksekokul Mezunu	81	8.1
Baba Eğitimi		
Okur_Yazar Değil	35	3.5
İlkokul Mezunu	282	28.1
Ortaokul Mezunu	156	15.6
Lise Mezunu	310	31.0
Üniversite/Yüksekokul Mezunu	218	21.8
Anne Mesleği		
Çalışmıyor	849	84.7
Çalışıyor	152	15.3

Baba Mesleği		
Memur	284	28.4
İşçi	150	15.0
Serbest Meslek	175	17.5
İşsiz	55	5.5
Emekli	272	27.1
Diğer	65	6.5
Aylık Ortalama Gelir		
350-549 YTL	304	30.3
550-749 YTL	277	27.7
750-999 YTL	370	37.0
1000 ve üstü YTL	50	5.0
Aylık Gelirin Gereksinim Karşılama Durumu		
Yeterli	324	32.3
Kısmen Yeterli	397	39.7
Yetersiz	280	28.0
Sosyal Aktiviteye Katılma Durumu		
Hayır	701	70.0
Evet	300	30.0
Sosyal Aktiviteler N=300		
Spor	131	43.5
Müzik, Halk Oyunları	55	18.4
Resim, Heykel	6	2.0
Geziler	20	6.7
Basın Yayın, Sinema, Tiyatro	88	29.4
Şu Anda Yaralandığı Sağlık Kuruluşu		
Yok	109	10.9
Mediko Sağlık Hizmetleri	25	2.5
Diğer Sağlık Kuruluşları	867	86.6

Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1’ de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin % 39.8’i kız ve % 60.2’si erkektir. Üniversite öğrencilerin yaş grubu dağılımı incelendiğinde, % 47’ sı 17-20 yaş grubunda, % 44.5’i 21-24 yaş grubunda, % 8.5’i 25 ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin % 96.3’ü bekar , % 3.7’si evlidir.

Üniversite öğrencilerinin Sivas’ta yerleşim yeri incelendiğinde, % 34.1’i evde ailesiyle, % 31.5’i yurttta, %28.1’i evde arkadaşlarıyla, % 3’ü evde tek başına kaldıklarını belirtmişlerdir. Üniversite öğrencilerinin yaşamlarının büyük bir bölümünü (2/3’lük kısmını) nerede geçirdikleri incelendiğinde; % 77.6’sı şehirde, % 16.1’i ilçe de, % 5.7’si köyde, % 0.6’sı metropolde yaşamlarının geçtiği saptanmıştır. Üniversite

öğrencilerinin % 80.9'u çekirdek aile, % 15.6'sı geleneksel aile, % 3.5'i parçalanmış ailelerde yaşamaktadırlar ( Tablo 1 ).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin anne ve babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde, % 45.8'inin annesi, % 28.1'inin babası ilkokul mezunu, % 21'inin annesi, % 31'inin babası lise mezunudur. Üniversite öğrencilerinin % 15.6'sının babası, % 12.1'inin annesi ortaokul mezunu iken % 3.5'inin babası, % 13'ünün annesi okur yazar değildir. %21.8'inin babası üniversite/yüksekokul mezunu iken %8.1'inin annesi üniversite/yüksekokul mezunudur ( Tablo 1 ).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin anne ve babalarının mesleği incelendiğinde, % 84.7'sinin annesinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin % 28.4'ünün babası memur, % 27.1'inin babası emekli, % 17.5'inin babası serbest meslek, % 15'inin babası işçi, % 5.5'inin de işsiz olduğu belirlenmiştir ( Tablo 1 ).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin aylık gelirleri incelendiğinde, % 30.3'ünün aylık ortalama gelirleri 350-549 YTL, % 37.0'ının aylık ortalama gelirleri 750-999 YTL olduğu saptanmıştır ( Tablo 1 ). Üniversite öğrencilerin aylık gelirlerinin gereksinimleri karşılama durumları incelendiğinde; % 39.7' si kısmen yeterli bulurken, % 32.3'ü yeterli, % 28' i yetersiz bulmaktadır ( Tablo 1 ).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin sosyal aktiviteye katılma durumları incelendiğinde, % 70'inin sosyal aktivitelere katılmadığı, % 30'unun sosyal aktivitelere katıldığı saptanmıştır. Sosyal aktiviteye katılanların % 43.5'inin spor, % 29.4'ünün basın yayın, sinema, tiyatro, % 18.4'ünün müzik, halk oyunları, % 6.7'sinin gezilerle, % 2'sinin resim ve heykelle uğraştıkları belirlenmiştir ( Tablo 1 ).

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin şu anda yararlandıkları sağlık kuruluşları incelendiğinde, % 86.6'sı Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağkur, Emekli Sandığı Sağlık Hizmetleri'nden yararlandığını, % 10.9'unun hiçbir sağlık kuruluşundan yararlanmadığını, % 2.5'inin Mediko Sosyal Hizmetler'den yararlandığını belirtmiştir ( Tablo 1 ).

Tablo 2. Üniversite Öğrencilerinin Boy /Kilo Durumları Ve Öz Değerlendirmeleri ( N=1001 )

Boy Uzunluğu	Sayı	%
1.45 -1.55 cm	39	3.9
1.56 -1.65 cm	271	27.1
1.66 -1.75 cm	383	38.3
1.76 -1.85 cm	272	27.1
1.86 ve Üzeri	36	3.6
Kilo Durumu		
44 -55 kg	279	27.9
56 -65 kg	348	34.7
66 -75 kg	246	24.6
76 -85 kg	103	10.3
86 ve Üzeri	25	2.5
Vücut Ağırlığına Yönelik Öz Değerlendirme		
Zayıf	185	18.5
Şişman	79	7.9
Normal	737	73.6

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin boy uzunlukları incelendiğinde, % 38.3'ünün boy uzunluğu 1.66-1.75 cm, % 27.1'inin boy uzunluğu 1.56-1.65, 1.76-1.85 cm, % 3.9'unun boy uzunluğu 1.45-1.55 cm, % 3.6'sının boy uzunluğu 1.86 cm ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin vücut ağırlıkları incelendiğinde, % 34.7'sinin vücut ağırlığı 56-65 kg, % 27.9'unun vücut ağırlığı 44-55 kg, % 24.6'sının vücut ağırlığı 66-75 kg, % 10.3'ünün vücut ağırlığı 76-85 kg, % 2.5'inin vücut ağırlığı 86 kg ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin vücut ağırlığına yönelik öz değerlendirmeleri incelendiğinde, % 73.6'sı normal, % 18.5'i zayıf, % 7.9'u şişman bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3. Üniversite Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanma Davranışlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma Durumu ( N=1001 )	Sayı	%
Evet	367	36.8
Hayır	634	63.2
Kullanılan Sigara Miktarı ( N=367 )		
Günde 1-10 tane	151	41.1
Günde 11 ve üzeri	216	58.9
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	121	12.0
Hayır	880	88.0
Alkol Kullanma Sıklığı ( N=121 )		
Her gün	20	16.5
Haftada 2-3 gün	46	38.0
Ayda 1 gün	33	27.3
Yılda 1-2 gün	22	18.2

Üniversite öğrencilerinin sigara kullanma durumları Tablo 3’de gösterilmiştir. Üniversite öğrencilerinin % 63.2’sinin sigara kullanmadığı, % 36.8’inin sigara kullandığı saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanma miktarları incelendiğinde; % 41.1’inin günde 1-10 tane, % 58.9’unun günde 11 ve üzeri sigara kullandıkları belirlenmiştir.

Üniversite öğrencilerinin alkol kullanma durumları incelendiğinde; % 88’i alkol kullanmadığını, % 12’si alkol kullandığını; alkol kullananların % 38’i haftada iki-üç gün, % 27.3’ü ayda bir, % 18.2’si yılda bir-iki gün, % 16.5’inin her gün kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Üniversite Öğrencilerinin Kronik Hastalık Olup-Olmama Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık Olup -Olmama Durumu ( N=1001 )	Sayı	%
Var	127	12.6
Yok	874	87.4
Kronik Hastalıklar (N=127)		
Solunum Sistemi Hastalıkları	18	14.1
Sindirim Sistemi Hastalıkları	30	23.6
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	7	5.6
Sinir Sistemi Hastalıkları	6	4.7
Deri ve Deri Altı Dokusu Hastalıkları	15	11.8
Duyu Organları Hastalıkları	16	12.6
Sistemik Kan Hastalıkları	22	17.4
Akıl Hastalıkları	1	0.8
Endokrin Hastalıkları	6	4.72
Kemik ve Kas Hastalıkları	6	4.72

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin kronik hastalık olup-olmaması incelendiğinde, % 87.4'ünün kronik hastalığının olmadığını ve % 12.6'sının kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar kapsamında tabloda görüldüğü gibi listeye göre, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, deri ve deri altı dokusu hastalıkları, duyu organları hastalıkları, sistemik kan hastalıkları, akıl hastalıkları, endokrin hastalıkları, kemik ve kas hastalıkları olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin % 23.6'sı sindirim sistemi hastalığı, % 17.4'ü sistemik kan hastalığı, %14.1'i solunum sistemi hastalığı, % 12.6'si duyu organları hastalığı, %11.8'i deri ve deri altı dokusu hastalığı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 5. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı

Sağlığı Algılama Düzeyi (Yaşlıları ile karşılaştırdıklarında)	Sayı	%
Çok İyi	161	16.0
İyi	776	77.6
Kötü	58	5.8
Çok kötü	6	0.6
Toplam	1001	100

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin kendileri ile aynı sosyo-ekonomik düzeyde olan yaşlıları ile sağlık durumlarını karşılaştırdıklarında, % 16'sı çok iyi, % 77.6'sı iyi, % 5.8'i kötü olarak değerlendirmişlerdir.



Tablo 6. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİN PUAN ORTALAMALARI				
Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	$\bar{X}$	SD
Kendini Gerçekleştirme	13-52	13-52	35.6	6.4
Sağlık Sorumluluğu	10-40	10-40	20.3	5.7
Egzersiz	5-20	5-20	9.5	3.5
Beslenme	6-24	6-22	14.9	3.5
Kişilerarası Destek	7-28	7-28	19.4	3.6
Stres Yönetimi	7-28	7-28	17.4	3.6
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	48-192	48-192	117.9	19.5

Üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 6’da gösterilmiştir. En yüksek işaretlenen madde ortalamasından en düşük işaretlenen madde ortalamasına göre sıralama şöyledir; kendini gerçekleştirme alt ölçeği  $35.6 \pm 6.4$ , sağlık sorumluluğu alt ölçeği  $20.3 \pm 5.7$ , kişilerarası destek alt ölçeği  $19.4 \pm 3.6$ , stres yönetimi alt ölçeği  $17.4 \pm 3.6$ , beslenme alt ölçeği  $14.9 \pm 3.5$ , egzersiz alt ölçeği  $9.5 \pm 3.5$  olarak saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$ ’dir.

Tablo 7. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenim Gördükleri Fakülte ve Yüksekokullara Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ÖĞRENİM GÖRDÜKLERİ FAKÜLTE VE YÜKSEKOKUL						
Alt Ölçekler	*Fen Bilimleri n =328 X±SD	**Sosyal Bilimleri n =297 X±SD	***Sağlık Bilimleri n =108 X±SD	****Meslek Yüksekokulları n =268 X±SD	Anlamlılık Derecesi F p	
Kendini Gerçekleştirme	35.1±6.4	36.0 ±6.3	36.0±6.2	35.8±6.4	1.3	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.4±5.9	19.8±5.3	22.7±6.2	19.5±5.5	10.2	p<0.05
Egzersiz	9.9±3.5	9.3±3.3	9.4±3.5	9.4±3.2	2.3	p>0.05
Beslenme	14.6±3.7	14.9±3.4	15.1±3.5	15.3±3.5	2.2	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.5±3.8	19.4±4.0	20.1±3.7	20.1±3.8	1.7	p>0.05
Stres Yönetimi	18.5±3.7	17.2±3.5	16.8±3.8	14.2±5.5	8.0	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	116.6±19.0	118.1±20.6	120.9±20.4	117.7±17.8	1.6	p>0.05

\*Fen Bilimleri:Mühendislik Fakültesi,Fen Edebiyat Fakültesi.\*\*Sosyal Bilimleri:Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İlahiyat Fakültesi, Güzel Sanatlar Fakültesi\*\*\*Sağlık Bilimleri: Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Sağlık Yüksekokulu, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu\*\*\*\*Meslek YO: Sivas MYO, Sağlık Hizmetleri MYO, Cumhuriyet MYO

Üniversite öğrencilerinin, öğrenim gördükleri fakülte ve yüksekokullara göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, öğrenim gördükleri bölümler ile alt ölçek olan sağlık sorumluluğu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Sağlık sorumluluğu puan ortalamaları ikişerli olarak karşılaştırıldığında Fen Bilimleri ile Sosyal Bilimler arasında, Sosyal Bilimler ile Sağlık Bilimleri arasında, Sağlık Bilimleri ile Meslek Yüksekokulu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), diğer bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Üniversite öğrencilerinin öğrenim gördükleri fakülte ve yüksekokullara göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin diğer parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 8. Üniversite Öğrencilerinin Öğrenim Türüne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ÖĞRENİM TÜRÜ				
Alt Ölçekler	Örgün Eğitim n =712 X±SD	İkinci Öğretim n =289 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.8±6.1	35.3±6.9	1.1	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.6±6.7	21.1±10.5	1.4	p>0.05
Egzersiz	9.6±3.3	9.5±3.4	0.2	p>0.05
Beslenme	14.9±3.7	15.0±3.8	0.4	p>0.05
Kişilerarası Destek	20.0±3.8	19.6±4.0	1.2	p>0.05
Stres Yönetimi	17.5±3.5	17.2±3.9	1.2	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.9±18.4	117.7±1.3	0.2	p>0.05

Tablo 8’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin öğrenim türüne göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 9. Üniversite Öğrencilerinin Sınıf Dağılımına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SINIFLARA GÖRE DAĞILIM							
Alt Ölçekler	1.Sınıf n =323 X±SD	2. Sınıf n =306 X ±SD	3.Sınıf n =180 X ±SD	4.Sınıf n =181 X ±SD	5.Sınıf / ↑ n =11 X ± SD	Anlamlılık Derecesi	
						F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.9 ± 6.1	35.8 ± 6.7	35.5 ± 6.3	35.0 ± 6.4	36.6 ± 5.2	0.7	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.4 ± 9.8	21.1 ± 8.1	19.8 ± 5.6	21.0 ± 6.0	26.0 ± 4.1	2.5	p>0.05
Egzersiz	9.4 ± 3.2	9.6 ± 3.5	9.3 ± 3.1	9.9 ± 3.7	11.4 ± 3.6	1.7	p>0.05
Beslenme	15.1 ± 3.7	14.9 ± 3.5	14.9 ± 3.5	14.6 ± 3.4	16.2 ± 2.6	1.0	p>0.05
Kişilerarası Destek	20.0 ± 3.8	20.0 ± 3.8	20.0 ± 3.8	19.2 ± 3.7	19.6 ± 3.6	1.7	p>0.05
Stres Yönetimi	17.3 ± 3.6	17.5 ± 3.8	17.3 ± 3.6	17.2 ± 3.3	18.6 ± 3.0	0.7	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.7 ± 19.4	118.8 ± 20.8	117.0 ± 17.7	116.8 ± 19.1	127.8 ± 15.1	1.1	p>0.05

Tablo 9’da görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin sınıf dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 10. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyetine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

CİNSİYET				
Alt Ölçekler	Erkek n =602 X±SD	Kız n =399 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	35.7±6.3	35.6±6.4	0.1	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.4±9.2	20.8±5.7	1.1	p>0.05
Egzersiz	9.9±3.5	9.0±3.2	4.1	p<0.05
Beslenme	14.8±3.4	15.1±3.7	1.1	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.8±3.9	19.9±3.7	0.2	p>0.05
Stres Yönetimi	17.5±3.8	17.2 ±3.5	1.1	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.5±18.7	118.2±20.0	0.4	p>0.05

Üniversite öğrencilerinin, cinsiyetine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Üniversite öğrencilerinin cinsiyetine göre egzersiz alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (  $p<0.05$  ).

Tablo 11. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI			Anlamlılık Derecesi	
	17-20 n=470 X±SD	21-24 n=445 X±SD	25 ve üstü n=86 X±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.5±6.2	35.8±6.3	35.3±7.3	0.3	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.7±7.1	21.0±9.0	22.9±6.0	7.2	p<0.05
Egzersiz	9.3±3.3	9.7±3.4	10.2±3.6	3.5	p<0.05
Beslenme	14.8±3.4	14.8±3.6	16.2±3.4	6.3	p<0.05
Kişilerarası Destek	20.0±3.7	19.9±3.9	19.1±4.1	2.0	p>0.05
Stres Yönetimi	17.2±3.5	17.4±3.6	17.8±4.2	0.9	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	116.5±19.0	118.6±20.0	121.5±20.8	2.9	p>0.05

Üniversite öğrencilerinin, yaş gruplarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, beslenme alt ölçeği ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Yaş gruplarına göre beslenme puanları karşılaştırıldığında, 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken (  $p>0.05$  ), 17-20 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu; 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Egzersiz puanları karşılaştırıldığında, 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunmazken (  $p>0.05$  ), 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Yaş gruplarına göre sağlık sorumluluğu puanları ikişerli karşılaştırıldığında, 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu, 17-20 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Yaş gruplarının diğer parametreler üzerine anlamlı bir etki göstermediği saptanmıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 12. Üniversite Öğrencilerinin Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

MEDENİ DURUM				
Alt Ölçekler	Bekar n =964 X±SD	Evli n =37 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	14.9 ±3.5	15.8±3.1	1.6	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	9.5±3.4	10.2±3.3	1.2	p>0.05
Egzersiz	35.7±6.3	34.1±6.8	1.5	p>0.05
Beslenme	19.9±3.8	18.4±4.0	2.4	p<0.05
Kişilerarası Destek	20.5±8.0	22.4±5.7	1.4	p>0.05
Stres Yönetimi	17.4±3.6	17.7±3.8	0.6	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.8±19.5	118.6±18.3	0.2	p>0.05

Tablo 12’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin medeni durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, medeni durum ile alt ölçek olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Buna karşın medeni duruma göre beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ).

Tablo 13. Üniversite Öğrencilerinin Yaşantılarının Büyük Kısmının Geçtiği Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

YAŞANTILARININ BÜYÜK KISMININ GEÇTİĞİ YER						
Alt Ölçekler	Köy n =58 X±SD	İlçe n =161 X±SD	Şehir n =776 X±SD	Metropol n =6 X±SD	Anlamlılık Derecesi F p	
Kendini Gerçekleştirme	35.0±5.4	35.3±6.5	35.5±6.3	37.6±6.5	3.6	p<0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.1±5.5	20.5±9.3	20.7±8.0	20.4±6.6	0.1	p>0.05
Egzersiz	8.7±3.0	9.5±3.4	9.6±3.4	9.6±3.2	1.3	p>0.05
Beslenme	14.7±3.0	14.6±3.7	15.0±3.5	15.2±3.6	0.9	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.3±3.6	19.9±4.0	19.8±3.8	20.8±3.6	2.4	p>0.05
Stres Yönetimi	16.6±3.7	17.3±3.7	17.4±3.6	17.6±3.6	1.0	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	113.5±17.1	117.0±20.2	118.0±19.3	121.2±20.6	2.0	p>0.05



Tablo 13’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin yaşantının büyük kısmının geçtiği yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, yaşantının büyük kısmının geçtiği yer ile alt ölçeklerden kendini gerçekleştirme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Üniversite öğrencilerinin yaşantılarının büyük kısmının geçtiği yere göre kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, ilçede yaşayanlar ile metropolde yaşayanlar; şehirde yaşayanlar ile metropolde yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer yerleşim yerleri yönünden puanlar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Yaşantılarının büyük kısmının geçtiği yere göre genel ölçek ve diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

Tablo 14. Üniversite Öğrencilerinin Sivas'ta Kaldıkları Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SİVAS'TA KALDIKLARI YER							
Alt Ölçekler	Evde, yalnız n =30 X±SD	Evde, arkadaşlarla n =282 X ±SD	Evde, aileyle n =341 X ±SD	Yurtta n =315 X ±SD	Diğer n =33 X ± SD	Anlamlılık Derecesi	
						F	p
Kendini Gerçekleştirme	34.2±7.0	36.0±6.5	36.0± 6.5	35.1±5.9	35.8±6.0	1.2	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	23.0±7.6	20.6±5.9	21.1±9.8	19.9±7.5	18.7±5.2	2.1	p>0.05
Egzersiz	2.0±4.5	9.7±3.2	9.8±3.6	9.0±3.0	9.0±3.1	7.6	p<0.05
Beslenme	15.1±4.6	14.7± 3.5	15.3±3.4	14.7±3.6	14.7±3.4	1.5	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.8±4.0	20.2±20.0	20.0±3.9	19.4±3.5	19.6±3.5	1.5	p>0.05
Stres Yönetimi	18.9±4.1	17.5±3.4	17.5± 3.6	16.9±3.7	18.3±4.9	3.5	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	123.0 ± 26.6	118.7 ± 19.2	119.5 ± 20.4	115.1 ± 17.6	116.1 ± 19.2	2.9	p>0.05

Tablo 14’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin Sivas’ta kaldıkları yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, Sivas’ta kaldıkları yere göre alt ölçeklerden egzersiz yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Üniversite öğrencilerin Sivas’ta kaldıkları yere göre egzersiz alt ölçeği puan ortalaması ikiyeşerli karşılaştırıldığında, evde arkadaşları ile evde ailesiyle yaşayanlar arasında, evde ailesi ile yurttan yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer kaldıkları yerler yönünden puanlar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Sivas’ta kaldıkları yere göre genel ölçek ve diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

Tablo 15. Üniversite Öğrencilerinin Aile Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalaması

AİLE TİPİ					
Alt Ölçekler	Çekirdek Aile n=810 X±SD	Geniş Aile n=156 X±SD	Parçalanmış Aile n=35 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
				F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.6±6.5	35.6±5.6	36.0±7.4	0.1	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.2±8.4	19.7±5.3	20.8±5.9	1.1	p>0.05
Egzersiz	9.5±3.4	9.3 ±3.8	10.7 ±4.1	2.6	p >0.05
Beslenme	15.0±3.6	14.4 ±3.4	15.1±3.0	2.1	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.9±3.4	19.9±3.9	19.1±4.1	2.0	p>0.05
Stres Yönetimi	17.3±3.5	19.8±3.7	20.0±3.1	1.1	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	118.1±20.1	115.9±16.3	120.4±18.2	2.9	p>0.05

Tablo 15’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin aile tipine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde, aile tipine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 16. Üniversite Öğrencilerinin Anne Eğitimine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ANNE EĞİTİMİ							
Alt Ölçekler	Okur-Yazar Değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Yüksekokul Mezunu	Anlamlılık Derecesi	
	n =130 X±SD	n =459 X ±SD	n =121 X ±SD	n =210 X ±SD	n =81 X ±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.8±6.4	35.3±6.0	35.3±5.9	35.8±7.3	37.4±6.6	2.0	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.6±10.0	19.2±5.2	21.4± 5.5	22.4±11.8	22.2±6.1	7.4	p<0.05
Egzersiz	9.1±2.9	9.1±3.2	10.0±3.4	10.2±3.8	10.1±3.8	5.2	p<0.05
Beslenme	14.9± 3.5	14.8±3.3	14.7±3.6	15.2±3.9	15.5± 3.7	1.2	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.9±4.0	19.9±3.7	19.6± 3.8	20.0±4.3	19.8±3.4	1.8	p>0.05
Stres Yönetimi	17.4± 3.5	17.1±3.5	17.5±3.2	17.8±4.3	17.8±3.4	1.8	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.7 ± 18.5	115.3 ± 17.2	118.5 ± 17.9	121.4 ± 23.9	122.8 ± 20.8	5.1	p<0.05

Üniversite öğrencilerinin, anne eğitimlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Anne eğitimine göre sağlık sorumluluğu puanları ikiyeşerli karşılaştırıldığında, ilkokul mezunu ile lise mezunu arasında, ilkokul mezunu ile üniversite/yüksekokul mezunu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer eğitim durumları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları ile anne eğitimleri ikiyeşerli karşılaştırıldığında okur\_yazar olmayanlar ile lise mezunu olanlar arasında, ilkokul mezunu ile lise mezunu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer eğitim durumları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Anne eğitimleri ile genel ölçek puan ortalaması ikiyeşerli karşılaştırıldığında ilkokul mezunu ile lise mezunu arasında, ilkokul mezunu ile üniversite/yüksekokul mezunu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer eğitim durumları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Anne eğitim durumunun diğer parametreler üzerine anlamlı bir etki göstermediği saptanmıştır (  $p > 0.05$  ).

Tablo 17. Üniversite Öğrencilerinin Baba Eğitimine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

BABA EĞİTİMİ							
Alt Ölçekler	Okur-Yazar Değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite / Yüksekokul Mezunu	Anlamlılık Derecesi	
	n =35 X±SD	n =282 X ±SD	n =156 X ±SD	n =310 X ±SD	n =218 X ±SD	F	p
Kendini Gerçekleştirme	36.4± 6.1	35.6±5.9	35.0±5.9	35.5±6.9	36.3±6.5	1.2	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.7±5.4	19.5±5.5	20.0±5.4	21.2±8.0	21.6±11.5	3.1	p>0.05
Egzersiz	8.2±2.5	9.6±3.3	8.9±3.1	9.9±3.6	9.8±3.5	3.9	p>0.05
Beslenme	14.8±3.9	15.1±3.2	14.5±3.3	15.0±3.8	14.8± 3.7	1	p>0.05
Kişilerarası Destek	18.2±4.6	19.8±3.6	19.7±3.6	20.0±4.1	20.2±3.7	2.1	p>0.05
Stres Yönetimi	16.3±3.7	17.4±3.5	17.2±3.3	17.6±4.0	17.4±3.5	1.2	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	111.8 ± 17.9	117.0 ± 17.1	115.2 ± 17.0	119.1 ± 20.0	120.0 ± 22.0	2.7	p>0.05

Tablo 17’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin baba eğitimine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde, baba eğitimine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 18. Üniversite Öğrencilerinin Anne Mesleğine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ANNE MESLEĞİ				
Alt Ölçekler	Çalışıyor n =152 X±SD	Çalışmıyor n =849 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	36.5 ±6.9	35.5±6.2	1.8	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	21.5±6.3	20.0±5.6	1.6	p>0.05
Egzersiz	10.0±3.7	9.5±3.3	1.7	p>0.05
Beslenme	15.1±3.6	14.9±3.5	0.7	p>0.05
Kişilerarası Destek	20.8±3.9	20.0±.3.8	0.9	p>0.05
Stres Yönetimi	17.5±3.5	17.3±3.7	0.4	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	120.6±21.2	117.4±19.1	1.8	p>0.05

Tablo 18’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin anne mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, anne mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).



Tablo 19. Üniversite Öğrencilerinin Baba Mesleğine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

BABA MESLEĞİ								
Alt Ölçekler	Memur n =284 X±SD	İşçi n =150 X ±SD	S.Meslek n =175 X ±SD	Emekli n =272 X ±SD	İşsiz n =55 X ±SD	Diğer n =65 X ±SD	Anlamlılık Derecesi F p	
Kendini Gerçekleştirme	36.0±6.5	35.0±5.4	35.7±7.1	36.1±6.2	34.2±6.7	34.5±5.6	1.7	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	21.7±11.8	20.6±5.2	20.0±5.6	20.1±5.8	19.7±6.2	19.3±5.8	2.1	p>0.05
Egzersiz	9.7±3.5	9.9±3.4	10.1±3.6	9.2±3.1	9.3±3.6	8.5±2.8	2.4	p> 0.05
Beslenme	14.7±3.6	15.1±3.7	15.2±3.5	14.7±3.3	15.3±3.6	15.2±3.6	0.8	p>0.05
Kişilerarası Destek	20.0±3.8	20.0±3.4	20.0±3.8	20.2±4.0	19.0±4.2	19.0±3.9	1.9	p>0.05
Stres Yönetimi	17.4±3.6	17.5±3.8	17.7±3.5	17.4±3.5	16.4±3.6	16.5±4.2	2.0	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	119.6 ± 21.9	119.6 ± 17.2	118.7 ± 19.7	117.7 ± 18.0	113.3 ± 19.2	112.0 ± 17.9	1.8	p>0.05

Tablo 19’da görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin baba mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, baba mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 20. Üniversite Öğrencilerinin Aylık Ortalama Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

AYLIK ORTALAMA GELİR DURUMU						
Alt Ölçekler	350-549 YTL n =304 X±SD	550-749 YTL n =277 X ±SD	750-999 YTL n =370 X ±SD	1000 YTL ve ↑ n =50 X ±SD	Anlamlılık Derecesi	
					F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.7±6.1	35.3±6.1	35.6±6.8	37.7±5.8	2.0	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.6±9.9	20.6 ±8.3	21.1 ±5.8	22.3±5.8	2.7	p>0.05
Egzersiz	9.4±3.2	9.3 ±3.2	9.7 ±3.5	11.0±3.9	4.0	p<0.05
Beslenme	14.8±3.2	14.7 ±3.7	15.1 ±3.7	15.6 ±3.2	2.4	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.9±3.8	19.8±3.8	19.8±3.9	20.4 ±3.6	0.4	p>0.05
Stres Yönetimi	17.4±3.6	17.0±3.7	17.5 ±3.7	18.3 ±3.5	2.1	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	116.7±19.4	116.7 ±18.7	118.7±20.3	125.3±18.9	3.4	p<0.05

Üniversite öğrencilerinin, aylık ortalama gelir durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, aylık ortalama gelir durumları ile egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Aylık ortalama gelir durumlarına göre egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında, aylık ortalama geliri 350-549 YTL olanlar ile aylık ortalama geliri 1000 YTL olanlar arasında, aylık ortalama geliri 550-999 YTL olanlar ile aylık ortalama geliri 1000 YTL olanlar arasında ki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ). Aylık ortalama gelir diğer parametreler yönünden incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

Tablo 21. Üniversite Öğrencilerinin Aylık Gelirin Gereksinim Karşılama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

AYLIK GELİRİN GEREKSİNİM KARŞILAMA DURUMU					
Alt Ölçekler	Yeterli n =324 X ±SD	Kısmen Yeterli n =397 X ±SD	Yetersiz n =280 X ±SD	Anlamlılık Derecesi F p	
Kendini Gerçekleştirme	36.5 ± 6.7	35.5 ± 5.9	34.8 ± 6.5	5.2	p<0.05
Sağlık Sorumluluğu	21.6 ± 6.2	19.9± 5.5	20.2 ± 11.7	4.5	p<0.05
Egzersiz	9.7 ± 3.5	9.4 ± 3.2	9.5 ± 3.4	1.1	p>0.05
Beslenme	15.2± 3.6	14.8 ±3.5	14.7 ± 3.5	1.2	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.9 ± 3.9	20.0 ± 3.7	19.6± 3.9	1.0	p>0.05
Stres Yönetimi	17.7 ± 3.8	17.3 ± 3.4	17.2± 3.4	1.5	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	120.6 ±21.1	116.9 ± 17.9	116.1 ±19.5	4.8	p<0.05

Tablo 21’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin aylık gelirin gereksinim karşılama durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, aylık gelirin gereksinim karşılama durumu ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Aylık gelirin gereksinim karşılama durumu ile kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması ikişerli karşılaştırıldığında, yeterli olduğunu düşünenler ile yetersiz olduğunu düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Genel ölçek puan ortalaması ile aylık gelirin gereksinim karşılama durumu ikişerli karşılaştırıldığında, yeterli olduğunu düşünenler ile kısmen yeterli olduğunu düşünenler, yeterli olduğunu düşünenler ile yetersiz olduğunu düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Yaş grupları diğer parametreler yönünden incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 22. Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Aktiviteye Katılma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SOSYAL AKTİVİTEYE KATILMA DURUMU				
Alt Ölçekler	Hayır n =701 X±SD	Evet n =300 X ±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	34.9 ± 6.2	37.3 ± 6.5	5.5	p<0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.1 ± 6.8	21.5 ± 10.1	2.6	p<0.05
Egzersiz	9.2 ± 3.2	10.5 ±3.5	5.7	p<0.05
Beslenme	14.8 ±3.5	15.0 ±3.5	1.0	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.4 ±3.8	20.9 ±3.7	5.9	p<0.05
Stres Yönetimi	17.1±3.7	18.1 ±3.6	3.9	p<0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	123.4 ±20.6	125.5±18.5	5.9	p<0.05

Tablo 22’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sosyal aktiviteye katılma durumlarına “evet” ve “hayır” cevabını verenler ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Sosyal aktiviteye katılma durumuna “evet” ve “hayır” cevabını verenler arasında beslenme puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 23. Üniversite Öğrencilerinin Şu Anda Yararlandıkları Sağlık Kuruluşlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ŞU ANDA YARARLANDIKLARI SAĞLIK KURULUŞLARI					
Alt Ölçekler	Yok n =109 X±SD	Mediko Sosyal Hizmetleri n =25 X ±SD	Diğer Sağlık Kuruluşları n =867 X ±SD	Anlamlılık Derecesi	
				F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.1± 6.4	34.5±4.6	35.7 ± 6.4	0.8	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	18.8± 5.3	19.8 ± 5.1	20.8 ± 8.3	3.3	p<0.05
Egzersiz	9.3 ±3.5	9.6 ± 3.2	9.6 ± 3.4	0.4	p>0.05
Beslenme	14.9± 3.6	14.8 ± 3.1	14.9 ± 3.5	0.1	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.1 ± 4.1	19.8 ± 3.5	20.0 ± 3.8	2.3	p>0.05
Stres Yönetimi	16.9± 3.7	17.5 ± 3.1	17.4 ± 3.6	0.9	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	114.1±19.3	116.0±14.0	118.4±20.0	2.4	p>0.05

Tablo 23’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin şu anda yararlandıkları sağlık kuruluşu dağılımlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, şu anda yararlandıkları sağlık kuruluşu ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Üniversite öğrencilerinin, şu anda yararlandığı sağlık kuruluşu ile sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması ikiyeşerli karşılaştırıldığında, sağlık kuruluşundan yararlanamayanlar ile sağlık kuruluşundan yararlananlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Şu anda yararlandıkları sağlık kuruluşuna göre diğer parametreler yönünden incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).



Tablo 24. Üniversite Öğrencilerinin Kronik Hastalık Olup Olmama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

KRONİK HASTALIK OLUP OLMAMA DURUMU				
Alt Ölçekler	Yok n =874 X±SD	Var n =127 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	35.6 ±6.3	35.9±6.7	0.1	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.2 ±5.7	20.7±5.8	0.9	p>0.05
Egzersiz	9.6 ±3.4	9.4 ±3.4	0.7	p>0.05
Beslenme	14.8 ±3.5	15.5±3.8	1.9	p>0.05
Kişilerarası Destek	19.8±3.9	20.2±3.6	0.9	p>0.05
Stres Yönetimi	17.3 ±3.6	17.6 ±3.7	0.8	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117.7±19.4	119.3±20.3	0.8	p>0.05

Üniversite öğrencilerinin, kronik hastalığı olup olmamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, kronik hastalığı olup olmaması ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, beslenme, stres yönetimi, egzersiz ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( p>0.05 ).

Tablo 25. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SİGARA KULLANMA DURUMLARI				
Alt Ölçekler	Evet n =367 X±SD	Hayır n =634 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	35.3±6.7	35.8 ±6.1	1.1	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	20.2±6.0	20.8±8.9	1.0	p>0.05
Egzersiz	9.5±3.4	9.6 ±3.4	0.5	p>0.05
Beslenme	14.2±3.7	15.3±3.4	4.7	p<0.05
Kişilerarası Destek	20.2±4.1	29.7±3.7	2.0	p<0.05
Stres Yönetimi	17.3±3.6	17.4 ±3.6	0.8	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	116.7±20.3	118.6±19.0	1.5	p>0.05

Üniversite öğrencilerinin, sigara kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Buna karşın sigara kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ).

Tablo 26. Üniversite Öğrencilerinin Alkol Kullanma Durumlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

ALKOL KULLANMA DURUMLARI				
Alt Ölçekler	Evet n =121 X±SD	Hayır n =880 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
			t	p
Kendini Gerçekleştirme	34.5±6.0	35.8±6.4	1.9	p>0.05
Sağlık Sorumluluğu	19.7±6.0	20.7 ±8.2	1.2	p>0.05
Egzersiz	9.0±3.1	9.6±3.4	1.9	p>0.05
Beslenme	13.5±3.9	15.1 ±3.5	5.0	p<0.05
Kişilerarası Destek	19.7±3.9	19.9±3.8	0.4	p>0.05
Stres Yönetimi	16.5±3.4	17.5 ±3.7	2.9	p<0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	113.0±18.1	118.5±19.6	2.9	p<0.05

Üniversite öğrencilerinin, alkol kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, alkol kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Buna karşın alkol kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ).

Tablo 27 . Üniversite Öğrencilerinin Vücut Ağırlıklarını Tanımlamalarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

VÜCUT AĞIRLIKLARINI TANIMLAMALARI					
Alt Ölçekler	Zayıf n =185 X±SD	Şişman n =79 X±SD	Normal n =737 X±SD	Anlamlılık Derecesi	
				F	p
Kendini Gerçekleştirme	35.1±5.9	34.8±6.2	35.9±6.5	2.0	p> 0.05
Sağlık Sorumluluğu	18.9±5.2	20.5±5.8	20.6±5.8	6.8	p<0.05
Egzersiz	8.7±2.9	9.0±3.4	9.8 ±3.4	9.0	p<0.05
Beslenme	14.2±3.4	14.6±3.5	15.1±3.5	4.9	p<0.05
Kişilerarası Destek	20.0±3.7	19.7±4.0	19.8±3.8	0.3	p>0.05
Stres Yönetimi	17.0±3.5	16.9±3.3	18.0±3.7	1.9	p>0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	114.0±16.3	117.3±24.4	118.9±19.8	4.8	p<0.05

Üniversite öğrencilerinin, vücut ağırlığına göre kendilerini tanımlamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, vücut ağırlığına göre kendilerini tanımlamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Kendini tanımlamaları yönünden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında zayıf ile normal olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), şişman olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Vücut ağırlığına göre kendilerini tanımlamaları yönünden diğer parametreler incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Tablo 28. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumlarını Algılamalarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

SAĞLIK DURUMLARINI ALGILAMA						
Alt Ölçekler	Çok İyi n =161 X±SD	İyi n =776 X±SD	Kötü n =58 X±SD	Çok Kötü n =6 X±SD	Anlamlılık Derecesi F p	
Kendini Gerçekleştirme	38.4±6.0	35.2±6.3	34.0±6.2	32.4±12.3	13.5	p<0.05
Sağlık Sorumluluğu	21.5±6.3	20.2±5.6	19.3±6.2	15.0±6.0	4.3	p<0.05
Egzersiz	10.4±3.7	9.5±3.3	7.9±2.9	7.6±3.4	8.7	p<0.05
Beslenme	15.9±3.6	14.8±3.5	14.4±3.6	11.0±4.2	7.9	p<0.05
Kişilerarası Destek	20.6±3.9	19.7±3.8	20.3±3.6	16.4±7.1	4.2	p<0.05
Stres Yönetimi	18.5±3.7	17.2±3.5	16.8±3.8	14.2±5.5	8.0	p<0.05
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	126.2±21.8	116.6±18.4	112.8±18.0	96.6±33.9	14.8	p<0.05

Tablo 28’de görüldüğü gibi, üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını algılamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık durumlarını algılama ile genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları ikiyeşerli karşılaştırıldığında kendini ‘çok iyi’ hissedenler ile ‘iyi’ hissedenler arasında, kendilerini ‘çok iyi’ hissedenler ile ‘kötü’ hissedenler arasında, kendilerini ‘çok iyi’ hissedenler ile ‘çok kötü’ hissedenler arasında istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunurken (  $p < 0.05$  ), diğerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi üzere planlanan çalışmanın bulguları, bu bölümde ilgili literatür ve benzer çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

#### 5.1. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Üniversite öğrencilerinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine verdikleri yanıtlar işaretlenen madde ortalamasına göre değerlendirildiğinde, en yüksek işaretlenen madde ortalamasına göre sıralama şöyledir; kendini gerçekleştirme alt ölçeği  $35.6 \pm 6.4$ , sağlık sorumluluğu alt ölçeği  $20.3 \pm 5.7$ , kişilerarası destek alt ölçeği  $19.4 \pm 3.6$ , stres yönetimi alt ölçeği  $17.4 \pm 3.6$ , beslenme alt ölçeği  $14.9 \pm 3.5$ , egzersiz alt ölçeği  $9.5 \pm 3.5$  olarak saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$  olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Kendini gerçekleştirme, Maslow'un gereksinimlerinde en üst kademede yer almaktadır. Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin yaşamı dolu ve coşkuyla yaşamasıdır. Birey kendisini olduğu gibi kabul eder. Kendisinden şikayetçi olmaz. Kendisini gerçekleştirmiş birey kendisini tanır. Belli bir program çerçevesinde hedef ve amaç doğrultusunda yaşam sürer ( 5, 11, 44 ). Bu gerçekten yola çıkarak öğrencilerin yaratıcı, kararlı ve etkin davranışlarda bulunacağı beklenir ve eğitim/öğretim yaşamına olumlu yansıtacağı açıktır. Kendini gerçekleştiren birey, kapasitesini tam olarak kullanan kişidir ( 16 ). Birey aldığı eğitimle kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirir ( 5 ). Çalışmamızı yaptığımız genç grubun kendini gerçekleştirme puanı  $35.6 \pm 6.4$  olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, Sertçelik'in ( 101 ) gençler üzerine yaptığı çalışmadan (  $36.25 \pm 6.37$  ) biraz düşük bulunmuştur. Sayan'ın ( 100 ), Akça'nın ( 4 ), Tokgöz'ün ( 110 ) yaptığı çalışmalarda, eğitilmiş bireylerin kendini gerçekleştirme puanları yüksek bulunmuştur. Yurt dışında yapılmış çalışmalarda, eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışların alt gruplarını olumlu bir şekilde etkilediği belirtilmiş olup, bu durum bizim araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir ( 31, 50, 78 ). Üniversite öğrencileri, öğrenme ilkesini benimsemiş, eğitimle kendilerini sürekli yenilemeye ve kendilerini geliştirmeye çalışan

bireylerdir. Üniversite öğrencilerinin bu nitelikleri, kendini gerçekleştirme düzeyini etkilemiş olabilir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır ( 100 ). Çalışmamızı yaptığımız genç grubun, sağlık sorumluluğu puanı  $20.3 \pm 5.7$  olarak saptanmıştır. Bu sonuç, Sertçelik'in (101) gençler üzerine yaptığı çalışmadan (  $19.15 \pm 5.03$  ) yüksek bulunmuştur. Araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlık sorumluluk düzeylerinin yüksek olması, kendi sağlıklarını izleme, kendi bakım sorumluluklarını alma, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusunda kendi potansiyel güçlerini kullanmaları ayrıca içsel kontrollerinin gelişmesinden kaynaklanabilir. Sağlık sorumluluğu puan ortalaması yetişkinler üzerine yapılan çalışmalarda, Sayan'ın (  $24.74 \pm 4.22$  ), Tokgöz'ün (  $21.55 \pm 4.40$  ), Esin'in (  $22.30 \pm 4.98$  ) çalışmalarında daha yüksek bulunmuştur ( 47, 100, 110 ). Bu çalışmalar sonucunda, sağlık sorumluluğu düzeyinin yetişkin grupta daha yüksek olduğu ve genç grupta daha düşük seyrettiği söylenebilir. Yaşla birlikte artan sağlık problemlerinin, bireyin kendi sağlığı konusunda daha duyarlı olmasına neden olduğu ve bunun sağlık sorumluluğu düzeyinde artışa yol açtığı düşünülebilir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim, sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir ( 91 ). Olumlu etkileşim, bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin kişilerarası destek puanı  $19.4 \pm 3.6$  olarak belirlenmiştir. Kişilerarası destek düzeylerinin yüksek olması, aile, arkadaş, akrabaları ile olumlu kişilerarası ilişki içerisinde olduklarını düşündürmektedir. Bu sonuç, Sertçelik'in ( 101 ) gençler üzerine yaptığı çalışmadan (  $20.25 \pm 3.80$  ) düşük bulunmuştur. Kişilerarası destek puanı, Sayan'ın ( 100 ) çalışmasına göre (  $18.86 \pm 2.87$  ) yüksek, Esin'in ( 47 ) çalışmasına göre de (  $19.56 \pm 3.64$  ) düşük bulunmuştur.

Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları düzenler. Araştırma grubumuzdaki üniversite öğrencilerinin stres yönetimi puanı  $17.4 \pm 3.6$  olarak belirlenmiştir. Sertçelik ( 101 ) gençler üzerine yaptığı çalışmada, stres yönetimi düzeyini  $17.09 \pm 3.44$  olarak bulmuştur. Çalışma bulguları, bizim araştırmamız ile paralellik göstermektedir. Stres yönetimi puanının düşük olması yabancı bir çevrede ailelerinden uzak oluşları, yeni arkadaşlıklar, ekonomik sorunlar, okula uyum stresörlerin etken olduğu düşünülebilir. Stres yönetimi puanı Sayan'ın (  $17.71 \pm 3.11$  ),



Akça'nın (  $20.35 \pm 3.85$  ), Tokgöz'ün (  $19.89 \pm 3.70$  ) çalışmalarında yüksek saptanmıştır ( 4,100,110 ). Bulgularımız, üç çalışma sonucuna göre düşük bulunmuştur. Yapılan bu üç çalışmanın yetişkin gruba uygulanması, yaş ilerledikçe stresle daha rahat başa çıkabildiklerini düşündürmektedir. Bunun nedeni bireyin fiziksel ve zihinsel olarak gelişme göstermesinin, günlük yaşamdaki sıkıntılara ve stresörlere karşı daha dirençli hale gelmesine yardımcı olmasından, yaşam deneyimlerinin bireyleri olgunlaştırması ve güçlü hale getirmesinden kaynaklanabilir. Çalışma sonucumuz, yapılmış araştırma sonuçları ile uygunluk göstermektedir ( 11, 31, 47, 61 ).

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir ( 110 ). Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin beslenme puanı  $14.9 \pm 3.5$  olarak saptanmıştır. Sertçelik'in ( 101 ) çalışmasında beslenme puanı (  $14.10 \pm 2.97$  ) bizim sonucumuza benzerlik göstermektedir. Beslenme puanı Sayan'ın (  $16.19 \pm 2.83$  ), Akça'nın (  $22.40 \pm 3.94$  ), Tokgöz'ün (  $22.69 \pm 4.01$  ) çalışmalarında yüksek bulunmuştur ( 4, 100, 101, 110 ). Bu durum gençlerin beslenmeye önem vermemeleri, ailelerinden uzak oluşları, ekonomik zorluklar, yurt olanaklarının olumsuzluğuna bağlı olabilir.

Yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu, lipid yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir ( 23 ). Fiziksel iyilik açısından organizmanın en üst olduğu genç toplumda, gençlerin egzersiz yapma düzeylerinin yüksek olması beklenirken, çalışmamızda egzersiz puanı  $9.5 \pm 3.5$  olarak bulunmuştur. Bu sonuç Sertçelik'in ( 101 ) çalışmasına (  $9.22 \pm 3.44$  ) göre yüksek, Sayan'ın (  $10.73 \pm 2.99$  ), Tokgöz'ün (  $21.55 \pm 4.40$  ), Akça'nın (  $15.91 \pm 4.52$  ) çalışmalarına göre de düşük olması düşündürücüdür ( 4, 100, 101, 110 ). Bu durumun eğitim sisteminde egzersize yeterli önemin verilmeyişine, kampüs ve yurt olanaklarının spor yapmaya uygun olmayışına, üniversite öğrencilerinin yoğun oldukları gerekçesi ile egzersize zaman ayıramamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenleri içerisinde bulunan durumsal faktörlere göre bireyin içinde bulunduğu çevre, sağlığı geliştirme davranışını etkilemektedir ( 91 ).

Üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$  olarak saptanmıştır ( Tablo 6 ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması, Sertçelik'in yapmış olduğu çalışmada  $116.08 \pm$

17.9, Tokgöz'ün çalışmasında  $131.81 \pm 17.53$ , Akça'nın çalışmasında  $133.29 \pm 18.16$  olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bulgular, öğretim elemanları üzerinde yapılan bulgulara göre düşük bulunmuştur. Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sosyal Bilişsel Model'e göre bilgi, sağlık davranışını destekleyen faktörlerden birisidir ve davranış değişikliği için ön koşuldur ( 108 ). Öğretim elemanlarının üniversite düzeyinde eğitilmiş ve üst düzeyde eğitilmiş bireyler olarak sağlık davranışı konusunda bilgi sahibi oldukları, bunu bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmamızdaki üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamasının düşük olması bu konuda, yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürülebilir.

## **5.2. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerle Puan Ortalamaları**

Üniversitesi öğrencilerinin okudukları fakülte ve yüksekokullara göre alt ölçek olan sağlık sorumluluğu puan ortalamaları ikiyeşerli olarak karşılaştırıldığında ( Tablo 7 ), Fen Bilimleri, Sosyal Bilimlerine göre; Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler'e göre; Sağlık Bilimleri, Meslek Yüksekokulları'na göre yüksek bulunmuştur. Sertçelik'in çalışmasında sağlık sorumluluğu puanının, Sağlık Bilimlerinde okuyan öğrencilerde, Fen Bilimleri'nde ve Sosyal Bilimleri'nde okuyan öğrencilere göre yüksek olduğu belirtilmektedir. Yapılan diğer araştırmalara göre ise ( 4, 100, 110 ) sağlık personeli grubunun, diğer meslek gruplarına göre puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin, sağlık sorumluluk düzeyinin yüksek olması, sağlığı korumak ve geliştirmek konusunda verilen bilgilerin etkili olduğunu, bilgilerin davranışa dönüştürülmesi konusunda öğretim sürecinin, eğitim sürecine geçtiğini düşündürmektedir. İlgili birçok literatürde eğitimin her alanda olduğu gibi sağlıkla ilgili alanlarda da olumlu değerlerin, bilimsel ve sağlıklı gelişmelerin benimsenmesi ve bunları geliştirmek için bireye katkıda bulunabilecek yeterliliğe ulaşmasına aktif bir şekilde destek verdiği belirtilmektedir ( 78, 91, 105 ) Yurt dışında yapılmış çalışmalarda, eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bu davranışların alt gruplarının olumlu bir şekilde etkilediği belirtilmiş olup, bu durum bizim araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir ( 31, 50, 78, 102 ).

Üniversite öğrencilerinin, öğrenim türüne göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 8 ), öğrenim

türüne göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Üniversite öğrencilerinin sınıf dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 9 ), sınıf dağılımına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

Üniversite öğrencilerinin, cinsiyetine göre alt ölçeklerden olan egzersiz puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo10 ), erkek öğrencilerin puan ortalamaları kız öğrencilerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel inaktivitenin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir ( 45 ). İnönü Üniversitesi'nde öğrencilerin fizik aktivite düzeyi araştırılmış ve elde edilen bulgular ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir ( 58 ). Fiziksel egzersiz, kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, diğer yandan sigara tüketiminde ve fazla kilolarda azalma sağlar. Adölesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel inaktivite, kanser, kalp-damar hastalıklarının gelişme olasılığını artırmaktadır ( 40, 45 ). Kız öğrencilerin bu nedenlerle risk grubunda olduğu söylenebilir. Walker ve arkadaşlarının ( 93 ), Akça'nın ( 4 ) çalışmasında ise kadınların, egzersiz alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre yaş ilerledikçe kadınların erkeklere göre biyolojik iç yapı özelliğiyle daha fazla hastalıklara yakalanmaları nedeniyle sağlıklarına daha fazla özen gösterdikleri söylenebilir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi artmaktadır ( 11, 91, 104 ). Üniversite öğrencilerinin yaş gruplarına göre beslenme puanları karşılaştırıldığında ( Tablo 11 ), 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken (  $p>0.05$  ), 17-20 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu; 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Yaş arttıkça sağlık davranışlarının olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir ( 100 ). Sayan'ın çalışması incelendiğinde yaş ile beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunduğu ve 18-24 yaş grubuna göre, 25-31, 32-38 ve 39 ve üstü yaş grubunda beslenme alt ölçeğini puan ortalamasında artış olduğu saptanmıştır ( 100 ). Esin de çalışmasında 18-25 yaş grubuna göre 26-31 ve 34-41 yaş grubunda beslenme alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulmuştur ( 47 ). Johnson ve arkadaşlarının araştırma sonuçları da artan yaşla birlikte beslenmeye ilişkin olumlu davranışlarda artış olduğu belirtilmektedir

( 61 ). Herron, ilerleyen yaşla birlikte özellikle beslenme tarzından kaynaklanan bir çok hastalığın ( diabetes mellitus, hipertansiyon ) ortaya çıkması ve bu durumda bireyin kendi beslenmesi ile ilgili sorumluluğunu arttırdığını, yetişkin bireyin beslenme konusunda daha dikkatli davranmak durumunda kaldığını ifade etmektedir ( 67 ). Karaoğlu ve arkadaşları, üniversite öğrencilerinin yaklaşık üçte ikisinin yetersiz ve dengesiz beslendiğini, kronik hastalıklardan korunmada da etkili olan sebze-meyve tüketiminin ise çok düşük düzeyde olduğunu belirtmişlerdir ( 53 ). Beş araştırmacının bulguları, bizim sonuçlarımızı desteklemektedir.

Üniversite öğrencilerin yaş gruplarına göre egzersiz puanları incelendiğinde ( Tablo 11 ), 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (  $p>0.05$  ), 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Yaş arttıkça, egzersiz düzeyinin arttığı söylenebilir. Esin çalışmasında ( 47 ), yaş ile egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve egzersizin 18-25 yaş grubuna göre 26-33 ve 34-41 yaş grubunda daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Lusk ve arkadaşları ( 78 ), yetişkin bireylerde egzersiz alt ölçeği puanının daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Üniversite öğrencilerin yaş gruplarına göre sağlık sorumluluğu puanları incelendiğinde ( Tablo 11 ), 17-20 yaş grubu ile 21-24 yaş grubu, 17-20 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken (  $p<0.05$  ), 21-24 yaş grubu ile 25 ve üstü yaş grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Yaş arttıkça, sağlık sorumluluğu alt ölçeğin puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Esin ( 47 ), Lusk ( 78 ), Kuster ve Fong ( 50 ), Duff ve arkadaşları ( 31 ), yapmış olduğu çalışmalar sonucunda sağlık sorumluluğu düzeyinin yetişkinlerde daha yüksek olduğunu ve genç yaştakilerde düşük seyrettiğini saptamışlardır. Her dört araştırmacının bulguları ile bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir.

Üniversite öğrencilerinin medeni durumlarına göre beslenme alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 12 ), beslenme alt ölçeği puan ortalamasının bekarlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sayan'ın çalışmasında medeni durum ile beslenme alt ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( 100 ). Esin ( 47 ), Akça ( 4 ), bizim çalışmamızdan farklı olarak evlilerde beslenme düzeyini daha yüksek bulmuştur. Pender'in yaptığı çalışmada da beslenme alt ölçeği puan ortalaması, evlilerde bekarlara göre daha yüksek olduğunu belirtmektedir ( 31 ). Yapılan çalışmalarda medeni durumun sağlıklı

yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu saptanmıştır ( 4, 31, 61 ). Bu farklılığın araştırma grubumuzdaki öğrencilerin sadece % 3.7'sinin evli olmasından ( Tablo 1 ) kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Yaşantının büyük kısmının geçtiği yere göre üniversite öğrencilerinin kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 13 ), metropolde yaşayanların puan ortalaması, ilçede yaşayanlara göre; metropolde yaşayanların puan ortalaması, şehirde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gelişmiş şehirlerde yaşamış olmak sağlık davranışlarını olumlu etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Nitekim bu bölgelerde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim ve bunun gibi hizmetlerin çağdaş düzeyde sunulması bireyin kendisi ile olan uyumu, kendini kabul düzeyi, öz güveni ve öz saygıyı etkilediği söylenebilir.

Sivas'ta kaldıkları yere göre alt ölçeklerden egzersiz puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 14 ), evde ailesiyle yaşayanların puan ortalaması, evde arkadaşlarıyla yaşayanlara göre; evde ailesiyle yaşayanların puan ortalaması, yurttaki yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur. Evde ailesiyle kalan öğrencilerin kendilerine ve sağlıklarına daha fazla zaman ayırdıkları, bunun sonucunda da egzersiz gibi sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmede olumlu etki yaptığı, yurttaki kalanların olanaklarının yetersiz olduğu düşünülebilir.

Üniversite öğrencilerinin aile tipine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 15 ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Sertçelik'in çalışması ile bizim çalışmamız paralellik göstermektedir ( 101 ). Ancak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam puan ortalaması, parçalanmış ailelerde daha yüksek bulunmuştur. Kişi sayısının az olması ve kişilerin sağlıklarına ayırdıkları zamanın fazla olması sağlıklarını geliştirmede etkili olabilir. Ailedeki kişi sayısının artması ile sağlığı geliştirici davranışlarda sorumluluğunun artacağı beklenmektedir. Bir çok literatürde birey sayısının artışı ile bireyin sağlıklı davranışlarının olumsuz yönde etkileneceği belirtilmektedir ( 9, 31, 82 ).

Üniversite öğrencilerinin, anne eğitimine göre sağlık sorumluluğu puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 16 ), lise mezunu, ilkokul mezununa göre; üniversite/yüksekokul mezunu, ilkokul mezununa göre yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin anne eğitimine göre egzersiz alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 16 ), lise mezunu olanlar, okur-yazar olmayanlara göre; lise mezunu olanlar, ilkokul mezunu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin anne eğitimine göre

genel ölçek puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 16 ), lise mezunu, ilkokul mezununa göre, üniversite/yüksekokul mezunu, ilkokul mezununa göre yüksek bulunmuştur.

İlgili birçok literatürde eğitimin her alanda olduğu gibi sağlığı geliştiren davranışları benimsemesi ve bunları geliştirmek için bireye katkıda bulunabilecek yeterliliğe ulaşmasına aktif bir şekilde destek verdiği belirtilmektedir ( 78, 91, 105 ). Yurt dışında yapılmış çalışmalarda eğitimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışların alt grupları olumlu bir şekilde etkilediği belirtilmiş olup ( 31, 50 ), bu durumu bizim araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Sertçelik'in çalışması ile bizim araştırmamız paralellik göstermektedir ( 101 ).

Üniversite öğrencilerinin, baba eğitimine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 17 ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Sertçelik'in çalışması ile bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir ( 101 ).

Üniversite öğrencilerinin, anne mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 18 ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Sertçelik'in çalışması ile bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir ( 101 ).

Üniversite öğrencilerinin, baba mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 19 ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Sertçelik'in çalışması ile bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir ( 101 ).

Üniversite öğrencilerinin, aylık ortalama gelir durumlarına göre egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 20 ), aylık ortalama gelir 350-549 YTL olanlar ile 1000 YTL olanlar arasında, 550-999 YTL olanlar ile 1000 YTL olanlar arasında ki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Aylık ortalama gelir yükseldikçe egzersiz ve genel ölçek puan ortalamasının arttığı ve ekonomik düzeydeki iyileşme konfor düzeyinin artmasına neden olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği söylenebilir.

Duff ve arkadaşları ( 31 ) ile Kuster ve Fong da ( 50 ) gelir seviyesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediğini, Ahijevch ve Bernard ( 3 ) ekonomik durumun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kısmen etkilediğini belirtmektedirler. Aylık ortalama gelir durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu seyir göstermesi açısından sonuçlarımız yurt içinde ( 47 ) ve yurt dışında ( 31, 50, 61 ) yapılmış olan çalışma sonuçlarıyla uygunluk göstermektedir.

Üniversite öğrencilerinin, aylık gelirin gereksinimlerini karşılama durumlarına göre genel ölçek puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 21 ), yeterli olduğunu düşünenler, kısmen yeterli olduğunu düşünenlere göre; yeterli olduğunu düşünenler, yetersiz olduğunu düşünenlere göre yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin, aylık gelirin gereksinimlerini karşılama durumlarına göre kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 21 ), yeterli olduğunu düşünenler, yetersiz olduğunu düşünenlere göre yüksek bulunmuştur. Esin ( 47 ), aylık gelir miktarı ile kendini gerçekleştirme düzeyi arasında paralel bir artış olduğunu belirtmiştir

Üniversite öğrencilerinin, sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre incelendiğinde ( Tablo 22 ), sosyal aktiviteye katılma durumlarına “evet” cevabını verenler, “hayır” cevabını verenlere göre alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe sağlık davranışını benimseme artmaktadır ( 108 ). Üniversite öğrencilerinin yarar algısını benimsediklerini ve sağlık davranışlarına yansıttıkları söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin, şu anda yararlandığı sağlık kuruluşuna göre sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalaması incelendiğinde ( Tablo 23 ), sağlık kuruluşundan yararlananlar, sağlık kuruluşundan yararlanamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu sonucun sağlık hizmetleri veren kaynaklardan, öğrencilerin nasıl yararlanacağı bilmesi ve uygulamasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Üniversite öğrencilerinin, kronik hastalığı olup olmamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 24 ), kronik hastalığı olup olmamasına göre alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, beslenme, stres yönetimi, egzersiz ve genel ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ). Bu sonucun, hastalığı olan öğrenciler için kronik hastalık türünün henüz ciddi sorunlar

yaşatmamasından kaynaklanıyor olabilir. Akça'nın çalışmasına kronik hastalığı olanla olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( 4 ). Buna karşın Ahijevych ve Bernhard'ın çalışmasında, tıbbi bir hastalık tanısı almış bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ( 3 ). Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışının kazandırılmasında etkili olan faktörlerden birisi de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır ( 108 ). Bu çalışmada öğrencilerin hastalığı tehdit olarak algılamadığı, kronik hastalığı olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına hastalıkları gereği önem vermedikleri söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin % 36.8'inin sigara kullandığı, sigara kullananların % 58.9'unun da günde ortalama miktarın 11 ve üzeri olduğu belirlenmiştir ( Tablo 3 ). Sezer ve arkadaşlarının Cumhuriyet Üniversitesi'nde yaptığı araştırmada ise % 43.5'inin sigara kullandığı belirtilmektedir ( 29 ). Çalışmamızda öğrencilerin sigara içme oranının Sezer'in yapmış olduğu araştırma sonuçlarından düşük bulunması sevindirici bir durumdur. Ege Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, % 33.6'sının sigara içtiği saptanmıştır ( 73 ). Durmuş ve arkadaşlarının Fırat Üniversitesinde yaptığı araştırmada, öğrencilerin % 46.5'inin sigara kullandıkları belirtilmektedir ( 32 ). Ülkemizde yapılan çalışmalarda elde edilen veriler, üniversiteli gençlerin yaklaşık yarısının sigara kullanma alışkanlığı olduğunu göstermektedir ( 112 ). Sigara, toplumlarda önlenemeyen tek ölüm nedeni olmasına rağmen, dünyada her yıl 3 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. İleriye yönelik tahminlerde ise 2000-2025'li yıllarda 120 milyon ve 2025-2050'li yıllarda 250 milyon insanın sigara nedeni ile öleceği hesaplanmaktadır ( 73 ). Bu gerçeklerden yola çıkarak sigara kullanımının artması, sigara kullanımının devam etmesiyle gençler, akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, kanser gibi hastalıkların ilerlemesi yönünden büyük risk altında oldukları söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin, sigara kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışların Ölçek puan ortalaması ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 25 ), sigara kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara kullananlar, kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışlarını, bu davranışları uygulamanın yararını algılama ve sağlık davranışını uygulamada bireysel ve toplumsal düzeyde algılanan engeller etkilemektedir. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe sağlık davranışını benimseme artmaktadır ( 108 ). Buna göre, sigara kullanan öğrenciler, sigara



kullanmanın sağlıkları için bir tehdit olarak algılamamaları ve sigara kullanma davranışlarında yarar algısının üstün gelmemesi ile ilişkili olduğu söylenebilir. Ayrıca sigara kullanan öğrencilerin, sigaranın iştahsızlığa etkisi ile ileride beslenme sorunu yaşayacakları açıkça görülmektedir. Çamrı'nın araştırmasında Dokuz Eylül Üniversitesi öğrenci ve çalışanlarında yaptığı araştırma sonucu ile bizim araştırma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir ( 112 ). Akça'nın çalışmasında sigara kullanma tutumu ile beslenme davranışları düşük düzeyde bulunmuştur ( 4 ).

Üniversite öğrencilerinin % 12'sinin alkol kullandığı, alkol kullananların % 16.5' inin hergün, % 38'inin haftada 2-3 gün alkol kullandığı saptanmıştır ( Tablo3 ). Tümerdem ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinin % 18'inin devamlı alkol kullandığı tespit edilmiştir ( 112 ). Birinci derecede gelişmiş illerde yaşayan gençler arasında alkol kullananların oranı % 22.4, ikinci derecede gelişmiş illerde bu oran % 13.5'tir ve çalışmamız yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir ( 112 ). Alkol kullanımının kontrol altına alınmaması durumunda Avrupa da yaşayan gençlerin 330 milyonunun erken yaşta kaybedileceği tahmin edilmektedir ( 13 ). Alkol kullanımı sosyal ilişkileri azaltıp, riskli davranışları artırmaktadır. Fazla alkol tüketimi karar verme yeteneğini ve psiko-motor aktiviteleri azaltmakta, suicid girişimlerini ve yaralanmaları artırmaktadır ( 117 ). Gözle görülür ciddi sağlık problemlerine neden olabilen alkol kullanım oranı, diğer yapılan araştırma sonuçlarından düşük bulunmuştur, ancak gençlik döneminde arkadaş grubunun davranışları yönlendirmede etkin olabileceği düşüldüğünde ve alkolün bağımlılık yapıcı özelliğinin olması nedeniyle, alkol kullanmayan öğrencilerin alkol kullanım açısından riskli olabileceğini düşündürmektedir.

Üniversite öğrencilerinin, alkol kullanma durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puan ortalaması ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 26 ), alkol kullanma durumları ile alt ölçeklerden olan beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, alkol kullanmayanlar, alkol kullananlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Buna göre alkol kullanan üniversite öğrencileri, alkol kullanmanın sağlıkları için bir tehdit olarak algılamamaları ve alkol kullanma davranışlarında, engel algısının yarar algısına üstün gelmesi ile puan ortalamaları alkol kullanmayanlara göre düşük olduğu söylenebilir. Üniversite öğrencilerinin bu konuda riskli bir grup olduğu söylenebilir. Alkol kullanan öğrencilerin, alkol kullanımının sindirim sistemi hastalıklarını ortaya çıkarması nedeni ile ileride beslenme sorunu yaşayacakları açıkça görülmektedir.

Tokgöz'ün ( 110 ), Akça'nın ( 4 ) çalışmasında ise alkol kullanan bireylerin alkol kullanımı ile sağlığı geliştirme davranışlarda anlamlı fark bulunmamıştır.

Üniversite öğrencilerinin, vücut ağırlığına göre kendilerini tanımlamalarına göre alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme puan ortalamaları ( Tablo 27 ), kendini normal olarak algılayanlar, zayıf olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kendilerini normal kiloda olarak algılayan öğrencilerin, içsel kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Battorf ve arkadaşlarının 1339 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada beden kitle indeksinin dolaylı olarak sağlık kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama gibi bilişsel algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirme davranışlarını etkilediği belirtilmektedirler ( 11 ). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre biyolojik özelliklerden özellikle vücut ağırlığı bireyin sağlık davranışını etkilemektedir ( 93 ). Sertçelik'in çalışmasında obez ve morbid obezlerde içsel kontrol düzeyi düşük bulunmuştur ( 101 ). Bizim çalışmamız ile bu bulgular paralellik göstermektedir. Kendilerini normal kiloda olarak algılayan öğrencilerin, kendini zayıf olarak algılayanlara göre stresle daha iyi baş edebilmeleri kendini gerçekleştirmeleri nedeni ile olabilir.

Üniversite öğrencilerinin, sağlık durumlarını algılamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 28 ), sağlık durumlarını algılamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında kendini 'çok iyi' hissedenler 'iyi' hissedenlere göre, kendilerini 'çok iyi' hissedenler, 'kötü' hissedenlere göre; kendilerini 'çok iyi' hissedenler, 'çok kötü' hissedenlere göre yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin kendini çok iyi hissetmeleri sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarfedecekleri söylenebilir. Sertçelik'in ( 101 ), Tokgöz'ün ( 110 ), Akça'nın çalışması bizim araştırmamız ile paralellik göstermektedir. Battorf ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık durumunu algılama düzeyinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz üzerinde etkisi saptanmış ve bir yıl sonunda tekrar yapılan analizlerde bu etkinin az da olsa devam ettiği bulunmuştur ( 11 ). Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı, sağlık davranışlarının uygulamasında olumlu ya da olumsuz yönde etkiler ( 81 ).

## BÖLÜM 6

### SONUÇLAR, ÖNERİLER VE ÖZET

#### 6.1. Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirleyip, bazı sosyo-demografik değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

Üniversite öğrencilerinin % 39.8'i kız ve % 60.2'si erkektir. Üniversite öğrencilerinin % 47'sinin 17-20 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin % 96.3'ü bekadır ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin % 34.1'inin Sivas'ta evde ailesiyle, % 31.5'inin Sivas'ta yurttta kaldıkları bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin % 77.6'sının şehirde yaşamlarının büyük bir bölümünü ( 2/3'lük kısmını ) geçirdikleri saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin % 80.9'unun çekirdek aile tipine sahip olduğu görülmüştür ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin % 48.8'inin annesinin ilkokul mezunu, % 31'inin babasının lise mezunu olduğu, % 84.8'inin annesinin ev hanımı, % 28.4'ünün babasının memur olduğu bulunmuştur ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin aylık gelirleri incelendiğinde, % 37'sinin aylık ortalama gelirleri 750-999 YTL olduğu saptanmıştır ( Tablo 1 ). Üniversite öğrencilerinin % 39.7' sinin aylık gelirlerinin gereksinimleri karşılamada kısmen yeterli bulunduğu, % 32.4'ünün yeterli, % 28' inin yetersiz olarak bulunduğu saptanmıştır ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin % 70'inin sosyal aktivitelere katılmadığı, % 30'unun sosyal aktivitelere katıldığı saptanmıştır. Sosyal aktiviteye katılanların % 43.5'inin sporla uğraştıkları belirlenmiştir ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin % 86.6'sının Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağkur, Emekli Sandığı Sağlık Hizmetleri'nden yararlandığı, % 10.9'unun hiçbir sağlık kuruluşundan yararlanmadığı, % 2.5'inin Mediko Sosyal Hizmetler'den yararlandığı belirlenmiştir ( Tablo 1 ).

Üniversite öğrencilerinin % 38.3'ünün boy uzunluğunun 1.66-1.75 cm olduğu, % 34.7'sinin vücut ağırlığının 56-65 kg olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin

% 73.6'sı vücut ağırlığını normal, % 18.5'i zayıf, % 7.9'u şişman olarak değerlendirdiği bulunmuştur ( Tablo 2 ).

Üniversite öğrencilerinin % 63.2'sinin sigara kullanmadığı, % 36.8'inin sigara kullandığı; kullananların % 58.9'unun günde 11 ve üzeri sigara kullandıkları belirlenmiştir. Öğrencilerinin % 88'inin alkol kullanmadığı, % 12'sinin alkol kullandığı; alkol kullananların % 38'inin haftada iki-üç gün, % 27.3'ünün ayda bir kullandığı saptanmıştır ( Tablo 3 ).

Üniversite öğrencilerinin % 87.4'ünün kronik hastalığının olmadığı ve % 12.6'sının kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin % 23.6'sının sindirim sistemi hastalığı, %17.4'ünün sistemik kan hastalığı, % 14.1'inin solunum sistemi hastalığı olduğu bulunmuştur ( Tablo 4 ).

Üniversite öğrencilerinin % 16'sının kendileri ile aynı sosyo-ekonomik düzeyde olan yaşlıları ile sağlık durumlarını karşılaştırdıklarında çok iyi, % 77.6'sının iyi, %5.8'inin kötü olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir ( Tablo 5 ).

Üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$ 'dir. En yüksek işaretlenen madde ortalaması kendini gerçekleştirme alt ölçeğinde (  $35.6 \pm 6.4$  ), en düşük işaretlenen madde egzersiz alt ölçeğinde (  $9.5 \pm 3.5$  ) saptanmıştır ( Tablo 6 ).

Üniversite öğrencilerinin, okudukları fakülte ve yüksekokullara göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt ölçeği olan sağlık sorumluluğu puan ortalamaları Fen Bilimleri, Sosyal Bilimlere göre; Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler ve Meslek Yüksekokuluna göre yüksek bulunmuştur (  $p < 0.05$  ) ( Tablo 7 ).

Üniversite öğrencilerinin, öğrenim türüne göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ) ( Tablo 8 ).

Üniversite öğrencilerinin sınıf dağılımlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ) ( Tablo 9 ).

Üniversite öğrencilerinin, cinsiyete göre egzersiz alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (  $p < 0.05$  ). Erkek öğrencilerin egzersiz puan ortalamaları kız öğrencilere göre yüksek bulunmuştur ( Tablo 10 ).

Üniversite öğrencilerinin, 25 ve üstü yaş grubunda olanların beslenme puan ortalaması, 17-20 yaş grubuna göre; 25 ve üstü yaş grubunda olan öğrencilerin beslenme puan ortalamaları, 21-24 yaş grubuna göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ). 25 ve üstü yaş grubundaki öğrencilerin egzersiz puan ortalamaları, 21-24 yaş grubuna göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ). 21-24 yaş grubunda olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları, 17-20 yaş grubuna göre; 25 ve üstü yaş grubunda olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları, 17-20 yaş grubuna göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 11 ).

Üniversite öğrencilerinin, medeni durumlarına göre beslenme alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (  $p<0.05$  ). Bekarların beslenme puan ortalamaları evlilere göre yüksek bulunmuştur ( Tablo 12 ).

Metropolde yaşayan üniversite öğrencilerinin, kendini gerçekleştirme puan ortalaması, ilçede yaşayanlara göre; metropolde yaşayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması şehir de yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 13 ).

Sivas'ta evde ailesiyle yaşayan üniversitede öğrencilerin egzersiz puan ortalamaları, evde arkadaşlarıyla yaşayanlara göre; evde ailesiyle yaşayan öğrencilerin, yurttan yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 14 ).

Üniversite öğrencilerinin, aile tipine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ) ( Tablo 15 )

Annesi lise mezunu olan üniversite öğrencilerin sağlık sorumluluğu, annesi ilkokul mezunu olanlara göre; annesi üniversite/yüksekokul mezunu olanların sağlık sorumluluğu, ilkokul mezunu olanlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları annesi lise mezunu olanların, annesi okur-yazar olmayanlara göre; annesi lise mezunu olanların, annesi ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ). Anne eğitim durumu ile genel ölçek puan ortalaması ikişerli karşılaştırıldığında lise mezunu annenin, ilkokul mezunu olan anneye göre; üniversite/yüksekokul mezunu annenin, ilkokul mezunu olan anneye göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 16 ).

Üniversite öğrencilerinin baba eğitim durumlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ) ( Tablo 17 ).

Üniversite öğrencilerinin, anne mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (  $p>0.05$  ) ( Tablo 18 ) .

Üniversite öğrencilerinin, baba mesleğine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ) ( Tablo 19 ) .

Üniversite öğrencilerinin, aylık ortalama gelir durumlarına göre egzersiz alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarının gelir düzeyindeki artışla arttığı bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 20 ) .

Üniversite öğrencilerinin, aylık gelirin gereksinim karşılamada yeterli olduğunu düşünenlerin genel ölçek puan ortalamaları, kısmen yeterli olduğunu düşünenlere göre; yeterli olduğunu düşünenlerin genel ölçek puan ortalamaları, yetersiz olduğunu düşünenlere göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) . Aylık gelirin gereksinim karşılamada yeterli olduğunu düşünenlerin kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puan ortalaması, yetersiz olduğunu düşünenlere göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 21 ) .

Sosyal aktiviteye katılma durumlarına “evet” cevabını veren üniversite öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalaması, “hayır” cevabını veren öğrencilere göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 22 ) .

Sağlık kuruluşundan yararlanan üniversite öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puan ortalaması, sağlık kuruluşundan yararlanamayanlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 23 ) .

Üniversite öğrencilerinin, kronik hastalığı olup olmasına göre alt ölçeklerden olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, beslenme, stres yönetimi, egzersiz ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ) ( Tablo 24 ) .

Sigara kullanmayan üniversite öğrencilerinin beslenme, kişilerarası destek puan ortalamaları sigara kullananlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 25 )

Alkol kullanmayan üniversite öğrencilerinin beslenme, stres yönetimi ve genel ölçek puan ortalamaları, alkol kullanan üniversite öğrencilerine göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 26 ) .

Üniversite öğrencilerinin vücut ağırlığına göre, kendilerini normal olarak algılayanların sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme puan ortalamaları zayıf olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 27 ).

Sağlık durumunu ‘çok iyi’ algılayan üniversite öğrencileri, ‘iyi’ algılayan üniversite öğrencilerine göre; kendilerini ‘çok iyi’ algılayan üniversite öğrencileri, kendilerini ‘kötü’ algılayan üniversite öğrencilerine göre; kendilerini ‘çok iyi’ algılayan üniversite öğrencileri, kendilerini ‘çok kötü’ algılayan üniversite öğrencilerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (  $p<0.05$  ) ( Tablo 28 ).

Sonuç olarak; üniversite öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$ 'dir. Üniversite öğrencilerin en düşük ortalama puan egzersiz davranışında, en yüksek ortalama puan ise kendini gerçekleştirme davranışında olduğu saptanmıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli çerçevesinde biyolojik faktör olarak vücut ağırlığının, bilişsel algısal faktörlerden sağlık durumunu algılamanın, davranışsal faktörlerden sigara/alkol kullanımının, durumsal faktör olarak sosyal aktivitenin ve sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyetin, yaşın, medeni durumun, öğrenim gördükleri alanın, anne eğitiminin, yaşantının büyük kısmının geçtiği yerin, Sivas'ta barındıkları yerin, gelir düzeyinin, gelir düzeyinin gereksinim karşılama durumunun, sosyal güvencenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri ayrıca toplum gruplarına örnek olabilmelerini sağlayacak yaşam tarzlarını benimsemeleri için aşağıdaki öneriler sunulabilir:

Üniversite öğrencilerin sağlıklarını geliştirmek ve korumak için, sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır. Öğrencilerin sağlık konusunda eksik kaldıkları konular saptanmalı, eğitim programlarının zamanı öğrencilere danışılarak belirlenmelidir.

Üniversite öğrencileri için, spor ve fiziksel faaliyet programları yaygınlaştırılmalı ve kişilerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmelidir. Beden Eğitimi ve Spor Bölümü'nün katkısı ile öğrenciler için, eğlendirici aktiviteler düzenlenerek egzersiz özendirilmelidir. Egzersiz ve fiziksel faaliyetlerin yararının algılanması için eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Egzersiz yapmayı sağlayacak alt yapı hazırlanmalı ( kampus içi ) ve bu hizmetlerden yararlanması sağlanmalıdır.

Üniversite öğrencilerinin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için, beslenme ve egzersiz davranışları birlikte yürütülmelidir. Eğitici seminerler düzenlenmeli ve üniversite içindeki iletişim araçları ( panolar, dergiler vs. ) vasıtasıyla bilgilendirilmelidir.

Üniversite öğrencilerine, stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir. Üniversite ortamında, strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik üniversite yönetimince araştırmalar yapılabilir.

Sigara ve alkol kullanımına bağlı olarak sigaranın/alkolün sağlığa zararlı etkileri, eğitim programları içinde işlenmelidir. Sigara ve alkol kullanımını azaltmasına yönelik “Sigaraya ve Alkole Hayır” kampanyası başlatılmalıdır.

Sağlığı geliştirmek amacıyla, sağlık eğitimi programları geniş kapsamlı, yerel, sosyal ve kültürel özelliklere dayalı ve bireylerin değer sistemlerinin oluşumuna yakın ölçüde olmalıdır.

Üniversite öğrencilerine uygulanacak sağlığı geliştirme programlarında, sosyo-demografik faktörler göz önüne alınmalıdır.



Çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin Milli Eğitim Bakanlığınca kanunlaştırılıp, örgün eğitim içinde yaygınlaştırılması ve buna bağlı olarak okul sağlığı ekibi içinde hemşirenin işlerliğini, görev ve fonksiyonlarının belirlenmesi önerilebilir.

Üniversite öğrencilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'inde açıklanan sağlık kontrolünü algılama, öz-etkililik gibi değerışkenlerin bulunduğu çalışmaları uygulanması ve bu çalışmanın ülkemiz genelinde tekrarlanması önerilebilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaşmasını amaçlayan ve sosyal politikalarla desteklenen toplum düzeyindeki programların ülke çapında yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

### 6.3. Özet

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Öğrencilerin sağlık davranışları Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli'ne ( Health Promotion Life-Style Profile ) göre araştırılmıştır.

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içerisinde öğrenim gören 16255 öğrenciden küme yöntemi ile örnekleme çıkan bölümlerden, tabakalı örnekleme yöntemi ile 399 kız ve 602 erkek öğrenci belirlenip, anket uygulanmıştır.

Sosyo-demografik değişkenlerle ve sağlık durumunu algılama ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklılık; varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Tukey testi ile incelenmiştir.

Sonuç olarak; üniversite öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$ 'dir. Üniversite öğrencilerinin, sağlık durumlarını genelde iyi olarak algıladıkları, biyolojik faktör olarak beden kitle indeksi ve demografik değişkenlerin ( cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim gördükleri alan, anne eğitimi, yaşantının büyük kısmının geçtiği yer, Sivas'ta barındıkları yer, gelir düzeyi, gelir düzeyinin gereksinim karşılama durumu, sosyal güvence ), davranışsal faktörlerden sigara/alkol kullanımının, durumsal faktör olarak sosyal aktivitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bulunmuştur.

## SUMMARY

This study was done as sectional about the students who get an education within the campus field of the Cumhuriyet University and in order to indicate their healthy life-style behaviour and the correlation of this behaviours with same socio-demographic variables . It has been studied the students' health behaviours according to the Health Promotion Life Styl Profile developed by Pender.

The study has been carried out on 399 girl-students and 602 boy-students was chosen from 16255 students who get an education within the campus field of the Cumhuriyet University by practicing a grup method and a layeved-arbitrary example method.

The socio-demographic variables, health state is perceive, the Health Promotion Life Styl Profile and the profiles of sub-groups among the differences have been examined by a variance analysis, the importance test between the to averages and Tukey test.

In conclusion, it has been found that the total point avarage of the health life-style behaviours of student were  $117.9 \pm 19.5$ . They have perceive well their healty states as generally, the body mass index as biological factor and demographic variables (gender, age, mamital status, education field , mother education, habitation mostly, accomodation place in Sivas, income level, the meet status of need of the income level, social security ), behavioural factorys ie. use of cigarette/alcohol as a status factory the social activities have had effected the healty life stlye.

## KAYNAKLAR

- 1- Abdussalam M, Kaefenkeih F ( 1996 ) Food beliefs and taboos, Word Health Forum, March/ April, 49(2):10-12.
- 2- Adoker S, Felton GM, Miesener T.R, Porson MA (1997) “Health promoting behaviors of black and white college women”, Health Care Women, May-Apr: 18(2): 149-163, USA.
- 3- Ahijevycy K, Bernhard L (1994) “Health promoting behaviors of African Amerikan women”, Nursing Research, 43(2): 86-89.
- 4- Akça Ş ( 1998 ) Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
- 5- Açıkgöz KÜ ( 1996 ) “Maslow’un Gereksinim Kuramı” Etkili Öğrenme Ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası, 193-201, İzmir.
- 6- Aksak M, Besler H.T ( 1991) “A vitamini ve immun sistem etkileşimi”, Sendrom Dergisi, 3(10):15-17.
- 7- Allen H, Mitchell AF ( 1995 ) “ Stres”, Basic Nursing Theory And Practice, Potter P, Perry A ( Ed ), by Mosby Year Book, St Louis.
- 8- Bahar Z ( 1993 ) “Kadınların sigaraya ilişkin bilgi ve tutumları, sigarayı bırakmada verilen eğitimin değerlendirilmesi”, E.Ü. HYO Dergisi, 9:3, 105-124.
- 9- Bal ( Hans ) RGN ( 1995 ) “ Health Promotion: A Concept Analysis”, Journal of Advenced Nursing, 22, 1158-1165.
- 10- Batlaş A, Batlaş Z ( 1996 ) Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- 11- Battorf JL, Johnson JL (1996) “The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintanence”, Nursing Research, 45(1): 30-36.
- 12- Beckmann M (1989) Nursing Assesment Health Promotion Strateqies Through The Life Span, Fourth Edition, Jodith Procter Zentner Apele Large.
- 13- Bertan M, Güler Ç (1995) “Adölesan ve Okul Sağlığı”, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Yayınları, Ankara.
- 14- Bilgen N, Dirican R (1993) Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II. Baskı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 339-360.

- 15- Bilir N ( 1993) “ Beslenme, diyet ve kronik hastalıklardan korunma II” Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2( 10), 350-351.
- 16- Birol L ( 1990 ) Hemşirelik Süreci, Şafak Yayınevi, Ankara.
- 17- Black JM, Matossorin JE (1997) Medical Surgical Nursing, 5th Edition WB Sounder Company Phidelphia, Pensilvania, 161-167.
- 18- Bulut I, Dağdaş C, Ünver Ö (1986) “12-24 Yaş Gençliğinin Sosyo-Ekonomik Sorunları”, Gazi Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü, Gazi Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- 19- Chen M ( 1999 ) “The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers”, Public Health Nursing, 16(2):125-132
- 20- Choudhry VK (1998) “Health promoting among immigrant women from India living in Kanada”, Journal of Nursing, 30(3).
- 21- Crawford MH, Dimarco J (2003) Kardiyoloji, Nihat D.A (Ed), AND Danışmanlık Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., 1.Baskı, Cilt 1, İstanbul.
- 22- Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık\_Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, “Öğrencilerin Sosyal, Kültürel ve Psikolojik Gereksinimleri, Öneri ve Beklentileri”, Ankara, Önder Matbaa, Yayın No: 3, 1990.
- 23- Çakır B, Toprak İ, Yüksel B (Eds ) ( 2002 ) Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Sti., 3. Baskı, Ankara.
- 24- Çelik Ş ( 1990 ) Farklı Sosyo- Ekonomik Ve Eğitim Düzeylerindeki Çalışan Erkek Ve Kadın Tüketicilerin Gıda Kontrolü İle İlgili Bilgileri Ve Uygulamaları, Beslenme Ve Diyetetik Programı. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara..
- 25- Çakırcalı E (1996) Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- 26- Dedeoğlu N (2002) Dünya Sağlık Örgütü, Toplum Hekim Dergisi, 17:2, 88:90.
- 27- Delaney FG (1994 ) “Nursing and health promotion: Conceptual concerns”, Journal Of Adv. Nursing, 20: 193-201.

- 28- Demirezen E ( 1999) 11-17 Yaş Grubu Okul Çocuklarında Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 29- Demirel Y, Sezer E. (2001) Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencilerinin sigara içme durumu. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara.
- 30- Diem E, Kay L (1995) Health concerns of adolescent girls, Journal of Pediatric Nursing, 10:1.
- 31- Duffy M, Hernandez M, Rossow R (1996) “Correlates of health promotion activities employed Mexican American Women”, Nursing Research, 45(1): 18-24.
- 32- Durmuş B, Pirinççi E. (2003) Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO öğrencilerinin sigara içme durumu araştırması. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara.
- 33- Dünya Sağlık Raporu (1998) 21. yy’da Yaşam; Herkes İçin Bir Vizyon, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- 34- Efe S ( 1992 ) Koroner Kalp Hastalıkları. İç Hastalıkları Tedavi Yıllığı, 6.Baskı, Uycan Yayınları A.Ş., 6. Baskı, 3-4, İstanbul.
- 35- Elizabeth K, Taner W (1991 ) Assesment of a health-promotive lifestyle. Nursing Clinics Of North America, December, 1991; 26(4):845-847.
- 36- Endelman C, Mandle C.L (2002) Health Promotion Throught The Lifespan, Mosby Company.
- 37- Emmi S (1995 ) “Sigara ile ilgili acı gerçekler”, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2( 4 ):115.
- 38- Erbaydar T (2002) “Sağlık kim için?”, Toplum Hekim Dergisi, 17:4, 304-307.
- 39- Erden M, Akman Y ( 1985 ) “Kendini Gerçekleştirme”, Eğitim Psikolojisi, Arkadaş Yayınları,s.s.236,Ankara.
- 40- Ergen E ( 1992 ) Spor Hekimliği, 143-145, Ankara.
- 41- Erdoğan S ( 1995 ) “ Sağlıklı genç için hemşirelik”, Hemşirelik Bülteni, 9:38.
- 42- Erdoğan S, Nahçıvan N ve ark (1994) “Sağlığı sürdürme, geliştirme ve hemşirelik”, Hemşirelik Bülteni, 6(32): 29-35.

- 43- Erdoğan S, Özabacı N, Özkan N ( 1994 ) Toplum sağlığı hemşireliğinde gelişmiş rol ve işlevler, Hemşirelik Bülteni, 6:23.
- 44- Erkan G (1990 ) Ortopedik özürlü çocukların kendini kabul düzeyi üzerine yapılan bir araştırma, 1-11, İstanbul.
- 45- Ersoy G (1995) Sağlıklı Yaşam, Spor ve Beslenme, Gençlik ve Spor Müdürlüğü Yayını, Ankara.
- 46- Esin N (1999) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni, Cilt XII, Sayı 15.
- 47- Esin N ( 1997 ) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- 48- Fish C, Hies A (1996) Health promotion needs of students in a collage environment, Public Health Nursing, 13:2.
- 49- Flora R, Lang AT (1982 ). Health Behaviors, West Publishing Co, USA.
- 50- Fong CM, Kuster AE ( 1993 ) Further psychometric evaluation of the spanish language health promoting lifestyle profile, Nursing Research, 42(5):266-269.
- 51- Fow T, Beklin SG (1998) Child Psychology, Mc Graw Hills Collage, Seftcover.
- 52- Frank D, Pettaway Z (1999) “Health promotion behaviors of urban African American female heads of hosehold”, Social Health, 119(1): 11-6, USA.
- 53- Genç FM, Karaoğlu L (2003) İnönü Üniversitesi I. sınıf öğrencilerinin diyet alışkanlıkları. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara.
- 54- Gochmon DS (1988) Neath Behavior Emerging Reasearch Perspectives Plenum Pres, New York.
- 55- Gözüm S, Tezel A (2000) Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin path analizi ile açıklanması. I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ofset Matbaacılık.
- 56- Gülesen O ( 1981 ) Epidemiyoloji, Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa Üniversitesi Basınevi, Bursa.

- 57- Günay O, Öztürk Y (1992) Gençlerin Sağlık Sorunları Nedenleri ve Çözüm Önerileri, Erciyes Üniversitesi Yayınları, No: 31, Erciyes Üniversitesi Basımevi, Kayseri.
- 58- Güneş G, Eğri M (2002) İnönü Üniversitesi II. sınıf öğrencilerin fizik aktivite düzeyi. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Kongre Kitabı, Ankara.
- 59- Günöz H, Bundak R ( 1996 ) Okul çocuğu ve adölesan döneminde sağlık, İ.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., 7. Pediatri Günleri Raporları, Kervan Basın, İstanbul.
- 60- Jacobs B ( 1998 ) Ailenizin Sağlık Kılavuzu. Çeviren: A.B. Dicleli, Acar Matbaacılık, İstanbul.
- 61- Jhonson L ve ark (1993 ) “An exploration of Pender’s Health Promotion Model using lirsell”, Nursing Research, 42(3):132-137.
- 62- Hardrick G, Lindsey E (1996) “Health promotion nursing practice: The demise of nursing process”, Journal of Adv. Nursing, 23: 106-112.
- 63- Hayran O, Sur H (1997) “Sağlık ve Hastalık Kavramları”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, ss.1-32, İstanbul.
- 64- Haward RJ ( 1990 ) A Study and Learning Tool, Springhouse Corporation, Pennsylvania.
- 65- Health Young People: A Brighter Tomorrow, İnternational Nurses Day, 1997.
- 66- Herkes İçin Sağlık Hedefleri (2000) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, Ankara.
- 67- Herron DG ( 1991 ) Strategies for promoting a health dietary intake, Nursing Clinics of NorthAmerica, 26(4):875-884.
- 68- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- 69- Kaplan R, Patterson T, Sallis J ( 1993 ) “ Health Lifestyle”, Health And Human Behavior, Mc Graw-Hill, İnc.
- 70- Karaoğlu L, Pehlivan E (1996 ) Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin sağlıkla ilgili bilgi ve davranışlarının incelenmesi. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Ekim, İstanbul.



- 71- Kavaklı A, Üstkan H ( 1992 ) Adölesan hastaların hastalığa-hastaneye-hemşireye gösterdikleri tepkiler ve bu tepkileri etkileyen faktörlerin incelenmesi, Hemşirelik Bülteni, 6:23.
- 72- Kerr MJ, Schrist R, Walker SN (1990) “A. Spanisch language version of the health-promoting lifestyle profile”, Nursing Research, Sep/October, 39:5,268-273.
- 73- Khorshid L (1997) Ege Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Alışkanlığının İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 74- Koçoğlu G (1992) “Koyuncu Sağlık Ocağı bölgesindeki 20 yaş üzeri kadınlarda şişmanlık prevelansı ve bunu etkileyen faktörler”, 3. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Sağlık Bakanlığı Basımevi, Sivas.
- 75- Lancaster J, Stonhope M (1993) Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health, Mosby Company, Washington, 578-591.
- 76- Longemo P, Volden C ( 1990 ) “The Relationship Of Age, Gender And Exercise Practices To Measure Of Health, Lifestyle, Self Esteem”, Appl.Nurs.Res., 3( 1)20-6.
- 77- Lowenberg SJ ( 1995 ) Health promotion and the ideology of choice, Public Health Nursing, 12(5).
- 78- Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL ( 1994 ) Test of health promotion model as a causal model of worker’s use of hearing protection, Nursing Research, May/June, 43(3):151-157.
- 79- Madeleine JK, Pender JK, Walker NW ( 1990) “A Spanish Language Version of The Health Promoting Lifestyle Profile”, Nursing Research, 39(5):268-272.
- 80- Maurer F, Smith C (2000) Community Health Nursing Theory and Practice, WB Saunders Company.
- 81- Matossorin JE, Black JM ( 1997 ) Medical Surgical Nursing, 5.Th Edition, Wb Sounder Comphany Philedelphia Pansilvania.
- 82- Mc Carthy NC ( 1986 ) Health promotion and family. The CV Mosby Company, 210-234.
- 83- Metraux JC, Fleury F ( 1996 ) Health promotion for immigrants. Word Health Forum, 17(3):249-251.

- 84- Nahçıvan N (1994) Sağlığı geliştirme programı: Adölesanlarda sigara tüketimi, önlenmesi ve öz bakım gücü ilişkisi, Hemşirelik Bülteni, Cilt 7, Sayı 33, ss. 30-41.
- 85- Newell-Witrow C (2000) "Health protecting and health promoting behaviors of African Americans living in Appalachia", Public Health, Aug: 24(4): 356-9, USA.
- 86- Orhan E (1985) "Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Sosyal ve Psikolojik Sorunları", T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Yayın ve Temsil Dairesi Matbaası, Ankara.
- 87- Ögel K (1996) Alkol ve madde kullanımında önleme çalışmaları, Kriz Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, ss.77-81.
- 88- Özcan A ( 1996 ) Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim, 1. Baskı, Bassaray Yayınevi, s.s.1-22, İzmir.
- 89- Öztekin Z (2001) Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, 7:39, 204-205.
- 90- Öztürk O ( 1995 ) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 6.Basım, s.s.421-453.
- 91- Pahalank C ( 1991 ) Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research . Nursing Clinics of North America, December, 26(4):815-832.
- 92- Pender N, Barbauskas V, Hayman L ( 1992 ) "Health Promotion And Disease Prevention Toward Excellence İn Nursing Practice and Education", Nursing Outlook, 40(3):106-112.
- 93- Pender N, Sechrist KR, Walker SN (1987) "The Health Promoting Lifestyle Profile Development Psychometric Characteristics", Nursing Research, 36(2):76-80.
- 94- Perry AG, Potter AP (1995) Basic Nursing Teory and Practice, Mosby, Third Edition, 26-40.
- 95- Pekcan G ( 1992 ) Şişmanlık Ve Saptama Yöntemleri:Şişmanlık, Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi Ve Diğer Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar, P Arslan ( Ed ), Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını:4, Ankara.
- 96- Perk M, Şanlı T, Tuncel N ( 1992 ) Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları No:568, Etem A.Ş.Web-Ofset Eskişehir.

- 97- Pholank C (1991) "Determinant of health promotive behavior; A. Review of current research", Nursing Clinic North America, December.
- 98- Radmacher S, Sheridan C ( 1992 ) " Developing Healthy Lifestyle Behaviors", Health Psychology, John Willey@ Sons.
- 99- Redland AR, Stufbergen AK (1993) "Strateqies for maintanence of health-promoting behavior", Advences in Clinical Nursing Research Nursing, Clinies of North America, 28:2.
- 100- Sayan A ( 1998 ) Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 101- Sertçelik E ( 1999 ) Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- 102- Simmons SJ ( 1990 ) The health promotion self-care system model direction for nursing research and practice, Journal of Advenced Nursing, 15:1162-1166.
- 103- Spellbring M (1991) "Nursing role in health promotion", Nursing Clinic North Amerika, 26(4): 805-813.
- 104- Stachawiah B, Tripp S ( 1992 ) Health maintanence, health promotion: Is there a difference?, Public Health Nursing, 8:2.
- 105- Spradley BW (1990) Community Health Nursing: Concepts and Practic, Third Edition, Glenview, İllinius London, England, A Division of Scott Prosman and Company: 8-13.
- 106- Swanson MJ, Albrecht M ( 1993) Community Health Nursing: Promotion The Health Of Aggregates. WB. Saunders Co., USA.
- 107- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (2002) Araştırma Yöntemleri, Hatipoğlu Yayını, Ankara.
- 108- Tabak RS ( 2000 ) " Sağlık, Sağlık Davranışı İle İlgili Modeller", Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, s.s.1-2, Ankara.
- 109- T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık", BMS Matbaacılık, Ankara.
- 110- Tokgöz P ve ark. (1995) "Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma", Beslenme ve Diyet Dergisi, 24:2, 229-238.

- 111- Toshiro J (2000) “Exploring Health Promoting Lifestyle Behaviors of Japanese Calloge Women Perception Practices and İssues”, 11(5): 8-123, Japon.
- 112- Türk Ailesinde Adölesanların Sorunları, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Bilim Serisi, Takav Matbacılık, Ankara, 1997.
- 113- Velioğlu P (1999) Hemşirelikte Temel Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, 18:90.
- 114- Wingard DL. and et all ( 1992) “A multivarite analysis of health related practice”, Am J Of Epidemiology, 116( 5), 765-775.
- 115- World Health Organization, “Promoting Health Behavior Targets For Health For All”, Geneva, 1985.
- 116- [www.kgv.org/proje\\_tanimi.htm](http://www.kgv.org/proje_tanimi.htm).
- 117- Yılmaz A (1992 ) “Alkol ve etikleri”, Sendrom Dergisi, Eylül, 4(9);48-50.
- 118- Yörükoğlu A (1993 ) Gençlik Çağı-Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 8.Baskı, İstanbul.
- 119- Yurttagül M (1991) “ Tüketicilerin gıda katkı maddeleri ile ilgili bilgi ve tutumları”, Beslenme ve Diyet Dergisi, 20:2, 199-208.

# **EKLER**

<b>EK 1-Tablo 1: 2004-2005 EĞİTİM YILI ÖRGÜN ÖĞRETİM ÖĞRENCİ SAYISI</b>				
<b>LİSANS</b>		<b>ÖĞRENCİ SAYISI</b>		
<b>FAKÜLTE / YÜKSEKOKUL</b>	<b>Toplam Kız Sayısı</b>	<b>Örnekleme Alınan Kız Sayısı</b>	<b>Toplam Erkek Sayısı</b>	<b>Örnekleme Alınan Erkek Sayısı</b>
- Tıp Fakültesi	295	18	416	26
- Diş Hekimliği Fakültesi	67	4	86	5
- Mühendislik Fakültesi	503	31	2117	130
- Fen-Edebiyat Fakültesi	1272	78	1450	89
- İlahiyat Fakültesi	118	7	192	12
- İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	856	53	1382	85
- Eğitim Fakültesi	1001	62	1075	66
- Güzel Sanatlar Fakültesi	104	6	78	5
- Hemşirelik Yüksekokulu	357	22	14	1
- Sağlık Yüksekokulu	141	9	0	0
- Beden Eğitim ve Spor Yüksekokulu	131	8	245	15
<b>MESLEK YÜKSEKOKULLARI</b>				
- Sivas Meslek Yüksekokulu	442	27	1743	107
- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	487	30	263	16
- Cumhuriyet Meslek Yüksekokulu	710	44	710	44
<b>TOPLAM</b>	<b>6484</b>	<b>399</b>	<b>9771</b>	<b>602</b>

**Değerli Öğrenciler,**

*Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve tüm maddelere cevap vermeye özen gösteriniz. Katkularınızdan dolayı teşekkür ederim.*

*Nilüfer YILDIRIM*

**EK 2: ÖĞRENCİ KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

- 1. Okuduğunuz fakülte veya yüksekokulunuz (yazınız):** .....
- 2. Sınıfınız (işaretleyiniz):** ( ) I. Sınıf ( ) II. Sınıf  
( ) III. Sınıf ( ) IV. Sınıf  
( ) V. Sınıf ve Üzeri
- 3. Cinsiyetiniz (işaretleyiniz):** 1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )
- 4. Yaşınız (yazınız):** .....
- 5. Medeni durumunuz (işaretleyiniz):** 1. Bekar ( ) 2. Evli ( )
- 6. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu (2/3'lük kısmını) nerede geçirdiniz? (işaretleyiniz):**  
1. Köy ( ) 2. İlçe ( ) 3. Şehir ( ) 4. Metropol ( )
- 7. Sivas'ta kaldığınız yer (işaretleyiniz):**  
1. Evde, yalnız ( ) 2. Evde, arkadaşlarla ( )  
3. Evde, ailemle ( ) 4. Yurtta ( )  
5. Diğer (yazınız): .....
- 8. Ailenizin tipi (işaretleyiniz):**  
1. Çekirdek aile ( )  
2. Geleneksel aile ( )  
3. Parçalanmış aile ( )
- 9. Annenizin eğitimi (işaretleyiniz):**  
1. Okur-yazar değil ( )  
2. İlkokul mezunu ( )  
3. Ortaokul mezunu ( )  
4. Lise mezunu ( )  
5. Üniversite/yüksekokul mezunu ( )
- 10. Babanızın eğitimi (işaretleyiniz):**  
1. Okur-yazar değil ( )  
2. İlkokul mezunu ( )  
3. Ortaokul mezunu ( )

4. Lise mezunu ( )

5. Üniversite/yüksekokul mezunu ( )

**11. Anne ve babanızın mesleği:**

Anne (yazınız): .....

Baba (yazınız): .....

**12. Aylık ortalama geliriniz (yazınız): .....**

**13. Size göre aylık geliriniz gereksinimlerinizi karşılamaya yeterli mi? (işaretleyiniz):**

1. Yeterli ( )      2. Kısmen yeterli ( )      3. Yetersiz ( )

**14. Okul içinde ve dışında katıldığınız herhangi bir sosyal aktivite var mı?**

**(işaretleyiniz):**

1. Evet ( )      2. Hayır ( )

**15. Cevabınız “Evet” ise neler? (yazınız): .....**

**16. Sağlık güvenceniz (yazınız): .....**

**17. Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? (yazınız): .....**

**18. Sigara kullanıyor musunuz? (işaretleyiniz):**

1. Evet ( )      2. Hayır ( )

**19. Cevabınız “Evet” ise günde kaç tane (yazınız): .....**

**20. Alkol kullanıyor musunuz? (işaretleyiniz):**

1. Evet ( )      2. Hayır ( )

**21. Cevabınız “Evet” ise günde/haftada kaç duble (yazınız): .....**

**22. Boyunuz (yazınız): .....**

**23. Kilonuz (yazınız): .....**

**24. Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız? (işaretleyiniz):**

1. Zayıf ( )      2. Şişman ( )      3. Normal ( )

**25. Sizinle aynı sosyo-ekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? (işaretleyiniz):**

1. Çok iyi ( )      2. İyi ( )      3. Kötü ( )      4. Çok kötü ( )



### EK 3: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (HEALTH PROMOTION LIFE-STYLE PROFILE)

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1.Sabahları kahvaltı ederim	( )	( )	( )	( )
2.Sağlığımıla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim	( )	( )	( )	( )
3.Kendimi beğenirim	( )	( )	( )	( )
4.Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım	( )	( )	( )	( )
5.Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim	( )	( )	( )	( )
6.Hergün 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 sebeplerini bilirim	( )	( )	( )	( )
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim	( )	( )	( )	( )
13.Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım	( )	( )	( )	( )
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim	( )	( )	( )	( )
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum	( )	( )	( )	( )
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım	( )	( )	( )	( )
17.Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım	( )	( )	( )	( )
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim	( )	( )	( )	( )
19.Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum	( )	( )	( )	( )
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım	( )	( )	( )	( )
21.Geleceğe ümitle bakarım	( )	( )	( )	( )
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım	( )	( )	( )	( )
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim	( )	( )	( )	( )
24.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım	( )	( )	( )	( )

Hiçbir Bazen Sık Düzenli

	Zaman	Sık	Olarak
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 dakika 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, 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım	( )	( )	( )
36.Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim	( )	( )	( )
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum	( )	( )	( )
38.Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum	( )	( )	( )
39.Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm	( )	( )	( )
40.Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım	( )	( )	( )
41.Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum	( )	( )	( )
42.Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım	( )	( )	( )
43.Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	( )	( )	( )
44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım	( )	( )	( )
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım	( )	( )	( )
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım	( )	( )	( )
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim	( )	( )	( )
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	( )	( )	( )