

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RUH SAĞLIĞI,
SAĞLIK KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Erkin ÜNALAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN

İSTANBUL, Ocak 2014

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RUH SAĞLIĞI,
SAĞLIK KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Erkin ÜNALAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN

İSTANBUL, Ocak 2014

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RUH SAĞLIĞI,
SAĞLIK KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Erkin ÜNALAN
(112005121)

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :14.01.2014

Tezin Savunulduğu Tarih :26.12.2013

Tez Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Ahmet TOSUN

Diğer Jüri Üyeleri :Yrd. Doç. Dr. İrem Erdem ATAK
Dr. Hatice GÜNEŞ

İSTANBUL, Ocak 2014

TEŞEKKÜR

BitirmiŐ olduğum tez çalıŐmam için;

Tez danıŐmanım olarak çalıŐmamın plan ve uygulamasında bana elinden geldiği kadar zaman ayırabildiği ve tez s¼recinde geçirmiŐ olduğum zor d¼nemlerde bana destek olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tosun'a,

AraŐtırmamı y¼r¼tmüŐ olduğum üniversitelerdeki veri toplama s¼recinde bana yardımcı olan değerli akademisyenlere,

AraŐtırmama katılarak çalıŐmama değer katan t¼m niversite oğrencilerine,

EĞitim s¼recimde hep yanımda olan ve benden sevgi, ilgi ve desteğini esirgemeyen ailem ve sevdiklerime,

Y¼ksek lisans eğitimim boyunca, "2210 Doğrudan Yurtiçi Y¼ksek Lisans Burs Programı" aracılığıyla bana karŐılıksız burs sağlayarak, akademik çalıŐmalarımı maddi kaygılar yaŐamaksızın özenle devam ettirmemi sağlayan T¼BİTAK'a,

Çok teŐekk¼r ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
BÖLÜM 1. GİRİŞ	1
1.1. RUH SAĞLIĞI	6
1.2. SAĞLIK KAYGISI	12
1.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	17
1.4. ALGILANAN SAĞLIK	28
BÖLÜM 2. GEREÇ ve YÖNTEM	37
2.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	37
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	37
2.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE PROSEDÜR	42
BÖLÜM 3. BULGULAR	43
3.1. BETİMLEYİCİ VERİLER	43
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİYLE İLGİLİ BULGULAR	47

3.3. SAĞLIK ANKSİYETESİ PUANLARINDA GRUPLAR ARASI FARKLILIKLAR	52
3.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINDA GRUPLAR ARASI FARKLILIKLAR	56
3.5. RUH SAĞLIĞI VE SAĞLIK ANKSİYETESİ GRUPLARI ARASINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI AÇISINDAN FARKLAR	62
3.6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ALT FAKTÖRLERİ ARASINDA RUH SAĞLIĞI VE SAĞLIK ANKSİYETESİ AÇISINDAN FARKLAR	67
BÖLÜM 4.TARTIŞMA	69
4.1. RUH SAĞLIĞI ANALİZLERİ	70
4.2. SAĞLIK ANKSİYETESİ ANALİZLERİ	72
4.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ANALİZLERİ	73
4.4. ÖNERİLER	79
KAYNAKLAR	81
EKLER	89
ÖZGEÇMİŞ	101

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE RUH SAĞLIĞI, SAĞLIK KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Ünalın, E. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013. Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı ve sağlık kaygısı düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla betimleyici bir çalışma olarak hazırlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Okan Üniversitesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Yakın Doğu Üniversitesi, Doğu Üniversitesi, Kadir Has Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi'nde Hukuk, İktisadi ve İdadi Bilimler, Fen-Edebiyat, İletişim, Mühendislik ve Hemşirelik fakültelerinde okumakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Veriler Genel Sağlık Anketi, Sağlık kaygısı Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve bir adet kişisel bilgi formu ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde t testi, tek yönlü ve çift yönlü varyans analizi ile Post Hoc testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ruh sağlığı düzeyi yüksek olan öğrenciler ile sağlık kaygısı düzeyi düşük olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorlarının, diğer bağımsız değişken gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu sonucuna varılmıştır. Elde edilen sonuçlar, algılanan sağlık düzeyi yüksek olan katılımcıların, diğer katılımcılara göre daha düşük psikolojik sorun düzeyi ve sağlık kaygısı skoruna ve daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışları skoruna sahip olduklarını göstermiştir. Bu sonuçların doğrultusunda toplum için ruh sağlığı ve sağlık kaygısı düzeyini optimum seviyelere getirmek adına bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik psikolojik danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimiyle ilgili bilgilendirilmesine yönelik üniversite içi ve dışı faaliyetlerin nitelik ve niceliğinin artırılması ve alanla ilgili akademik çalışmaların sayılarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ruh sağlığı, sağlık kaygısı, sağlık davranışları

Tarih: 2014

SUMMARY

THE RELATIONSHIPS BETWEEN MENTAL HEALTH, HEALTH ANXIETY AND HEALTH BEHAVIORS IN UNIVERSITY STUDENTS

Ünalan, E. The relationships between mental health, health anxiety and health behaviors in university students, Okan University, Institute of Social Sciences, Master Thesis in Clinical Psychology, Istanbul, 2013. This descriptive study was done in order to define the relationship of the levels of mental health and health anxiety with healthy lifestyle behaviors in university students. 400 students from Okan University, Istanbul Bilgi University, Near East University, Doğuş University, Kadir Has University and Istanbul University in departments of Law, Economics and Administrative Sciences, Arts and Sciences, Communication, Engineering and Nursing who accepted to participate created the sample of the study. Data was collected by General Health Scale, Health Anxiety Scale, Healthy Lifestyle Behaviors Scale and one personal information form. In the analysis of the research, t test, one way and two way ANOVA and Post Hoc test were operated. According to the results of the study, the students who have high level of mental health and students who have low level of health anxiety have significantly higher healthy lifestyle behavior total scores than the other independent variable groups. The results also showed that participants who have high level of perceived health have lower psychological problem and health anxiety levels and higher level of healthy lifestyle behavior total scores. In direction of the results, the establishment of the university students who need individual support and the organization of psychological consultancy services for those students in order to balance the level of mental health and health anxiety in an optimum level for the society, increasing the quality and the quantity of the events for informing university students about healthy lifestyle and enlarging the academic studies which are related to the area are the main suggestions of this study.

Keywords: Mental health, health anxiety, health behaviors

Date: 2014

SİMGELER VE KISALTMALAR

n: Sayı

%: Yüzde

Min: Minimum

Maks: Maksimum

X: Aritmetik Ortalama

Ss: Standart Sapma (Standard Deviation)

TABLO LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 3.1 Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri	42
Tablo 3.2 Cinsiyet Gruplarının Ruh Sağlığı Skor Ortalamaları	46
Tablo 3.3 Algılanan Sağlık Seviyelerine Göre Ruh Sağlığı Toplam Skorlarının Ortalamaları	47
Tablo 3.4 Tukey's Post Hoc Sonuçlarına Göre Gruplar Arası Ruh Sağlığı Farklılıklarının Anlamlılık Düzeyleri	48
Tablo 3.5 Farklı Barınma Türü Gruplarının Ruh Sağlığı Skorlarının Ortalamaları	49
Tablo 3.6 Akademik Başarı Ortalaması ve Ruh Sağlığının Korelatif İlişkisi	49
Tablo 3.7 Farklı Cinsiyet Gruplarının Sağlık Kaygısı Skorlarının Ortalamaları	50
Tablo 3.8 Gelir Seviyesine Göre Sağlık Kaygısı Toplam Skorlarının Ortalamaları	51
Tablo 3.9 Algılanan Sağlık Seviyesine Göre Sağlık Kaygısı Skor Ortalamaları	52
Tablo 3.10 Tukey's Post Hoc Sonuçlarına Göre Algılanan Sağlık Grupları Arasındaki Sağlık Kaygısı Farklılıkları	52
Tablo 3.11 Barınma Türü Gruplarındaki Sağlık Kaygısı Ortalamaları	53
Tablo 3.12 Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlık Kaygısının Korelatif İlişkisi	54
Tablo 3.13 Cinsiyete Göre Sağlık Davranışları Toplam Skor Ortalamaları	55
Tablo 3.14 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Faktörlerinin Farklı Cinsiyetlerdeki Ortalamaları	55

Tablo 3.15 Sağlık Davranışları Toplam Skorlarının Gelir Seviyesine Göre Ortalamaları	56
Tablo 3.16 Algılanan Sağlık Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Skor Ortalamaları	57
Tablo 3.17 Algılanan Sağlık Durumuna Göre Gruplar Arası Sağlık Davranışı Farklılıkları	57
Tablo 3.18 Barınma Türü Gruplarına Göre Sağlık Davranışları Skor Ortalamaları	58
Tablo 3.19 Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki Korelatif İlişkiler	59
Tablo 3.20 Ölçek Skoruna Göre Örneklem Ortalamaları	59
Tablo 3.21 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyonlar	60
Tablo 3.22 Ruh Sağlığı ve Sağlık Kaygısı Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Dağılımları	61
Tablo 3.23 Ruh Sağlığı ve Sağlık Kaygısı Grupları Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Skoru Açısından Farklar	62
Tablo 3.24 Ruh Sağlığı Grupları Arasındaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Farklılıkları	63
Tablo 3.25 Bağımsız Değişken Grupları Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Faktörleri Açısından Farklar	64

BÖLÜM 1 GİRİŞ

Sağlık, kişinin herhangi bir hastalığının veya sağlık sorununun olmamasının yanı sıra bedensel, zihinsel ve sosyal iyi oluşun bireyde tam bir uyum içerisinde olması olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1947). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “*yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2001a, s. 10). Bu tanım çerçevesinde DSÖ'nün sağlığı fiziksel kapasitenin yanı sıra sosyal ve kişisel kaynaklar bağlamında değerlendirdiğini söylemek mümkündür. DSÖ, ruhsal iyi oluş tanımının içine bireyin kendi yeterliliklerinin farkına varmasını, günlük hayat stresiyle baş etme becerilerini, üretken ve verimli bir şekilde çalışmayı ve topluma katkı sağlamayı eklemektedir (DSÖ, 2001b).

Üniversiteye yeni başlayan bireyler, bir yandan içinde buldukları yaş döneminin getirdiği sorunlarla yüzleşirken bir diğer yandan da yeni girmiş oldukları üniversite çevresine uyum sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu tür problemlerin ortaya çıkmasına sebebiyet veren birçok etken bulunabilmektedir. Bunlardan en önemlileri olarak aileden uzakta ayrı bir şehirde yaşamak, üniversite yaşamının farklılıklarıyla karşılaşmak, farklı kültürlerden gelen diğer öğrencilerle etkileşime girmek, ekonomik sorunlar, arkadaşlarla bazı değerlerin örtüşmemesi ve bir gruba ait hissetmek sayılabilir (Cihangiroğlu, 2011). Yaşanan deneyime göre bu etkenler üniversite öğrencisinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü fiziksel ve ruhsal sağlığın birbirinden ayrı düşünülmesi mümkün değildir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevsellik birbirine bağımlı etkenlerdir (Sartorius, 1990).

Sağlığı koruyucu ve sürdürücü belli başlı davranışlar vardır. Bu davranışlar bireylerin hastalık oranlarını düşürmekte ve daha uzun yaşamalarını sağlamaktadır. Bunların içerisinde sigara içmemek, makul miktarda alkol tüketmek, her gün ortalama 7-8 saat uyumak, meyve-sebze ağırlıklı beslenmek, düzenli olarak spor yapmak, kondomla cinsel ilişkiye girmek, düzenli olarak egzersiz yapmak, uygun miktarda bir vücut ağırlığına sahip olmak, aşırı yağlı ve şekerli yiyeceklerden uzak durmak ve

düzenli olarak kahvaltı yapmak sayılabilir. Sağlık davranışları, olası kronik rahatsızlıkları önlediği gibi bireyin ömrünü de uzatmaktadır (Conner, 2002).

Bu araştırma ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkileri bazı demografik değişkenler çerçevesinde incelemeye ve elde edilen verilere yönelik değerlendirmelere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Araştırmanın başlıca soruları aşağıda yer almaktadır:

- Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa ne düzeydedir?
- Üniversite öğrencilerinde sağlık kaygısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa ne düzeydedir?
- Bu kavramlar arasındaki ilişkiler öğrencinin cinsiyet, okuduğu fakülte, gelir düzeyi, kimlerle yaşadığı gibi demografik etkenlere bağlı olarak anlamlı düzeyde değişmekte midir?

Araştırmanın başlıca amacı ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları bağlamında üniversite öğrencilerinden oluşan popülasyonu incelemek ve elde edilen sonuçlar neticesinde Türkiye’de oldukça sınırlı düzeydeki sağlık psikolojisi literatürüne klinik psikoloji çerçevesinde yeni bir araştırma kazandırmaktır. Araştırmanın değişkenleri ve bu değişkenlerin alt boyutlarına ait tüm bilgiler bu çalışmada incelenmiş, istatistiksel analizden geçirilmiş ve değerlendirilmiştir. Bu araştırma; ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışlarını başlıca demografik değişkenler bağlamında incelenmesi açısından Türkiye’de sağlık psikolojisi alanında hazırlanan bilimsel çalışmalar arasında özgün bir nitelik taşımaktadır.

Yüzyıllar boyunca bedensel bütünlük hali, sağlığın başlıca belirleyicisi olmuştur. İlerleyen dönemlerde ise ruh sağlığı düzeyi, bedensel bütünlüğün yanında başlıca sağlık kriterlerinden biri haline gelmiştir. Geçen zaman içerisinde sağlığı belirlemede bireyin toplumla etkileşimi ve toplumdaki işlevselliği de hesaba katılmıştır.

Geçtiğimiz yüzyıldan itibaren ise hastalığın değil, sağlığın olup olmaması sorusunun cevabı daha çok önemsenir hale gelmiştir. Bunda geçen yüzyıllar içerisinde insanların ömürlerinin uzaması ve yaşam standartlarının yükselmesinin büyük payı vardır (Dalak, 2010).

Sağlığı geliştirme kavramının içerisinde bireyin sağlığını korumaya yönelik uyguladığı davranışlar yer almaktadır. Bu mekanizmayı anlamak için bireyi sağlık davranışına iten veya sağlık davranışından uzaklaştıran etmenleri iyi analiz etmek gerekmektedir. Sağlık psikolojisi literatüründe bu faktörleri inceleyen model ve kuramlar bulunmaktadır. Sağlığı geliştirme kavramını sosyal öğrenme kuramından faydalanarak geliştiren ilk model olan Sağlığı Geliştirme Modeli, bilişsel algılama, değiştirilebilir faktörler ve davranış gibi etkenlerden oluşmaktadır. Bireyin sağlığa verdiği önem, bireyin sağlık davranışı üzerindeki içsel kontrolü, bireyin sağlığıyla ilgili sorunlarını çözümlenmede gösterdiği öz-etkililik, bireyin sağlığa yüklediği anlam, bireyin mevcut sağlık durumunu nasıl algıladığı gibi etkenler, sağlık davranışının en belirleyici özelliklerindedir. Sağlığı geliştirmeye ilgili değiştirilebilir faktörler arasında ise demografik özellikler, kişilerarası etkileşim ve bireyin içinde yaşadığı çevre bulunmaktadır (Dalak, 2010; Çepni, 2010).

Genellikle daha genç, daha varlıklı, daha eğitilmiş, daha az stres altında kalan, daha fazla sosyal destek alma imkânı olan bireyler sağlıklarını korumaya daha eğilimli haldedirler. Yüksek risk altındaki bireylerin sağlığı daha büyük risk altındadır. Bu tip bireyler, yaşamış oldukları stresle baş edebilmek için daha fazla sigara, alkol vb. maddeler tüketmekte ve böylece sağlıklarını riske etmektedirler. Sağlığa zarar verendavranışlarda bulunmak yalnızca maruz kalınan stresle açıklanamamaktadır. Aynı zamanda ebeveyn, kardeş ve akran etkileri de önemlidir. Kültürel veriler de aynı şekilde mevcut davranışların temel belirleyicilerinden biridir (Conner, 2002).

Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesini amaçlayan çalışmalarda, söz konusu alanlardaki gelişmelerin olması için, bu çalışmaların uygulanacağı yerlerde belli başlı asgari şartların oluşması beklenmektedir. Bu şartlardan bazıları sosyal adalet ve barış

ortamının oluşturulması, bireylerin beslenme, giyinme ve barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması ile ekonomik ve politik desteklerin alınmasıdır (Koçoğlu, 2006). Ayrıca, sağlığı önleme ve kontrol etme çabaları bireysel farklılıklara, inanç sistemlerine, tutumlara, davranışlara ve çevresel etkiye göre değişim gösterebilmektedir.

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramı daha çok mevcut sağlık seviyesini arttırmayı ve daha iyiye götürmeyi işaret ederken, hastalık önleme ise hastalıklardan kaçınmayı ve bu kaçınma için gerekli önlemleri almayı içermektedir. Ruh sağlığı ve hastalığı tamamıyla birbiriyle çelişen kavramlar değil, birbiriyle örtüşen ve birbirini tamamlayan kavramlardır. (DSÖ, 2001).

Kişiyi belirli sağlık davranışlarına yönlendiren çeşitli motivasyonlar bulunmaktadır. Bu motivasyonları belirlemek adına sağlık psikolojisi literatürüne giren sağlık model ve kuramları oluşturulmuştur. Sağlık davranışlarını inceleyen sağlık model ve kuramlarının çoğunun sekiz ortak bileşeni vardır:

- Kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmek için güçlü bir niyeti ve yönelimi vardır.
- Sağlık davranışının olmasını engelleyen güçlü çevresel baskılar bulunmamaktadır.
- Kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmek için yeterli becerileri mevcuttur.
- Kişinin mevcut sağlık davranışını değiştirmesinin avantajları, dezavantajlarından fazladır.
- Kişi, sağlık davranışını gerçekleştirmek için gerekli sosyal etki altında kalmıştır.
- Kişi, mevcut sağlık davranışını uygulamanın, uygulamamaya nazaran kişisel değerlerine ve standartlarına daha fazla uyduğuna inanmaktadır.
- Kişinin mevcut sağlık davranışını uygulamaya yönelik duygusal reaksiyonu olumsuzdan çok olumlu yöndedir.
- Kişi farklı koşul ve hallerde mevcut sağlık davranışını uygulayabileceğine inanmaktadır.

Sağlık kuramcıları ilk üç maddenin sağlık davranışında değişikliğe gitmek için gerekli ve yeterli olduğunu, geriye kalan beş maddenin ise değişimi etkileyen ve yönlendiren niteliğe sahip olduğunu belirtmişlerdir (Frost, 2008).

Sağlık davranışlarını açıklayan kuramların çoğu korelasyonel verilere dayanmaktadır. Bu nedenle söz konusu kuramların güvenilirlik oranı yetersiz kalmaktadır. Özellikle sürekli tekrar gerektiren ilaç tedavisi uyumu, diyet, egzersiz ve kondom kullanımı gibi konularda söz konusu kuramların sağlık davranışlarını anlatmadaki etkililiği azalmaktadır. Davranışa etki ettiği belirtilen bazı yapılar ile davranışın kendisi arasında çoğu zaman yalnızca korelasyonel bir ilişki kurulduğundan, literatürdeki kuramların çeşitli sağlık davranışlarını tamamıyla açıklayabilen yapılar olduklarını söylemek güçtür. Sağlık kuramlarının etkinliğini arttırmak için bu kuramların etkililiğini ölçen sağlık müdahaleleri ile birlikte deney, gözlem ve takibe dayalı uygulamaların nitelik ve niceliğinin artırılması gerekmektedir (Weinstein, 2007).

Üniversite öğrenciliği, sosyal değişikliklerin yanında duygusal, davranışsal, akademik, cinsel, ekonomik ve toplumsal alanlarda farklı türden çatışmaların deneyimlendiği bir dönemdir. Aynı dönemde bireyin sağlığı ile ilgili bazı kararların sorumluluğunu giderek daha fazla üstlendiği bir süreç başlamaktadır. Bu dönemin sonunda yetişkin kimliği de son şeklini almaktadır. Böyle bir dönemdeki bireyin ruh sağlığı çeşitli sebeplerden dolayı olumsuz bir kimliğe bürünebilmektedir. Bu durum kişinin kendine dair tutumlarını değiştirebilir. Bu değişimler kişinin sağlık davranışlarına yansımaktadır (Bahadır, 2009). DSÖ, ruh sağlığının bireyin öznel iyi oluş düzeyine ve ardından da eylemlerinin tümüne yansıdığını birçok çalışmada belirtmektedir (2003). Bu eylemlerin içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları da bulunmaktadır. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, cinsiyet, yaş, eğitim gördükleri sınıf gibidemografik değişkenlerin yanı sıra sosyal aktiviteye katılma durumları ve fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma gibi değişkenlerden etkilenmektedir.

Kamusal sağlık uygulamaları ve bunlardan söz eden literatür çalışmaları göz önünde bulundurulduğunda, psikolojik değişkenleri değiştirmek, sosyo-demografik değişkenleri değiştirmeye nazaran daha müsait bir yapıdadır. Bu nedenle sağlık davranışının sosyal ve bilişsel bileşenlerini değiştirme yollarına dair kuram/modeller inşa etmek ve ilgili uygulamaları hayata geçirmek, sağlık psikologlarının başlıca eğilimi haline gelmiştir (Conner ve Norman, 1996).

1.1. Ruh Sağlığı

Duygular insanlığın evrimi boyunca gelişim gösteren ve organizmayı dış uyarılara karşı uyarıcı ve koruyucu bir sistemin sonucudur (Kring ve Bachorowski, 1999). Psikolojik sorun düzeyi de bu duyguların işlevsel olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. İnsanın çevreye adaptasyonuna bir katkı sağlamaktan çok bulunduğu çevreyle uyumunu bozan duygular, psikolojik sorun düzeyi kavramının temelini oluşturmaktadır. Bu çerçevede ruh sağlığı, bireyin kendi yetilerinin farkına vardığı, günlük hayatın stresiyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışmalar yapabildiği, içinde bulunduğu topluma uyum içerisinde çeşitli katkılarda bulunabildiği bir tür iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2005). Ruh sağlığı kavramını açıklamak için yaygın olarak kullanılan iki yaklaşım vardır. Bunlar hazcı yaklaşım ve gelişimci yaklaşımdır. Hazcı yaklaşım mutluluğun peşinden giderken, gelişimci yaklaşım optimum düzeyde psikolojik ve sosyal işlevselliğe önem verir (Hu, Brown, Twigg ve Weich, 2007).

Psikolojik sorun düzeyide birey bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Ruh sağlığı ifadesinde ruh kavramı ağırlıklı olarak bilincin kendisini işaret etmektedir. Ruh nihai bir kavram olarak değil var olmanın, büyümenin ve gelişimin birleşiminden oluşan bütünleşik bir sistem olarak ele alınır. Psikolojik sorun düzeyinin varlığı da algılanan nesne ve olaylara yüklenen olumsuz anlamlarda başlamaktadır. Ruh sağlığı da bunun tam tersi yönde bir süreçte büyümekte ve gelişmektedir. Bu anlamlandırma süreci meydana gelirken içinde bulunulan koşullar ve neden-sonuç ilişkileri olaylara verilen tepkileri önemli ölçüde etkilemektedir (Jaspers; akt. Musalek, Walters, Lepine, Millet ve Gaebel, 2010).

Kişinin duygu kontrol düzeyi de ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu süreç kişinin yaşamış olduğu stresli durumlarla nasıl ve ne şekilde baş edebildiğine bağlı olarak sonuçlanmaktadır. Ruh sağlığı düzeyi iyi düzeyde olan bir bireyin yetilerinin farkında olduğunu, günlük yaşamın stresiyle baş edebildiğini, üretken bir şekilde çalışabildiğini ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiğini söylemek mümkündür (DSÖ, 2001).

İyi düzeyde bir ruh sağlığı bireyi, toplulukları ve toplumun bütünü bir arada tutan önemli etkenlerden biridir (Pollet, 2007). Genel popülasyonun ruh sağlığı gelir/sosyal statü, sosyal destek ağları, eğitim, iş/çalışma koşulları, sosyal çevre, bedensel/genetik sağlık, alınan sağlık hizmetleri, cinsiyet ve kültür gibi çok çeşitli faktörlere bağlıdır (Public Health Agency of Canada, 2007). Sayılan bu temel faktörlere göre ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi üç ana temaya bağlıdır. Bu temalar sosyal katılım (destekleyici ilişkiler ve topluma dahil olma), ayrımcılıktan ve şiddetten ayrı olmak (bedensel güvenlik, özgür irade ve kişinin kendi hayatını kontrol edebilmesi) ve ekonomik kaynaklara (iş, eğitim, ev, para) ulaşımıdır (Victorian Department of Human Services, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ottawa Planı'na göre, ruh sağlığını korumak ve geliştirmeye yönelik beş farklı eylem alanı bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla:

- Sağlık politikası oluşturmak,
- Destekleyici bir çevre yaratmak,
- Toplumsal eylemi güçlendirmek,
- Bireysel becerileri geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirmektir (DSÖ, 2005b).

Yaş, psikoloji literatüründe ruh sağlığı düzeyini yordama gücüne sahip önemli bir değişken olarak yer almaktadır. Genellikle yaş artışının psikolojik sorun düzeyi sıklığını ve düzeyini azalttığı görülmektedir (Mirowsky, 1996). Bu durumun geç yaşta yaşanan eğitimi tamamlama, ev-iş bulma, evlilik hayatına uyum, çocukların bakımı gibi streslerle yakında ilgili olduğu söylenebilmektedir (Dökmen, 2003).

Ruh sağlığı, bireylerin dünyayla ilişkileri neticesinde şekillenmekte olan bir yapıdadır. Çeşitli yaşam olayları bireyin ruh sağlığı düzeyini önemli ölçüde düşürebilmekte veya arttırabilmektedir. Örneğin, ağır düzeydeki psikolojik sorun düzeyilerin geçmiş öykülerinde son derece olumsuz yaşam olayları yer almaktadır (Johnson, 2003). İnsanın yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bir iyilik hali içinde olması gerekmektedir. Ruh sağlığı bireyin kendi benliğiyle, sosyal çevresiyle ve toplumla dengeli, düzenli ve uyumlu bir ilişki kurması

için gerekli çabayı gösterebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bahadır, 2009). Bu tanıma göre bireyin benliği ve çevresi ile uyum halinde olması ruh sağlığının göstergeleri olarak değerlendirilmiştir. 1978 Alma-Ata Bildirgesi'nde, temel sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerini de içeren bütüncül bir yaklaşımla şekillendirilmesinin gerekliliği belirtilmektedir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında bütüncül yaklaşım, ruh sağlığı yönünden önlenebilecek rahatsızlıkların azaltılmasını sağlayacaktır. Bütüncül yaklaşım kapsamında ruh sağlığı ve hastalıklarından daha çok söz edilmekte ve bu konuya giderek daha çok önem verilmektedir (Ege, Zincir, Güneş ve Bilgin, 2003).

1.1.1. Ruh Sağlığı Modelleri

1.1.1.1. Medikal Model

Medikal model, ruh sağlığını, insan bedenindeki potansiyel hastalıkların olmamasına bağlamaktadır. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), tüm ruh sağlığı çalışanları için en temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Problems*) benzer işlevleri görmektedir. İki sistem de kişide görülen bazı karakteristik özelliklerin, içlerinde yer alan bazı tanı kriterleriyle belli oranlarda eşleşmesi sonucunda ruh sağlığının hangi tanım çerçevesinde risk altına girdiğini bulabilme esasına dayanmaktadır (Pollet, 2007).

1.1.1.2. Sosyal Model

Sosyal model ruh sağlığını etkileyen başlıca etkenler olarak, bireyin yaşam olaylarını ele almaktadır. Bu olayların bazıları sosyal izolasyon, şiddet, kayıplar, yoksulluk, işsizlik, ırk/etnik köken, cinsiyet/cinsel yönelim, yaş ve engellilik gibi güçsüzlük, eşitsizlik ve baskı mağduriyeti yaratan sosyo-demografik etkenlerdir. Bu etkenlerin olumsuz yönde insan yaşamına etki etmesinin, ruh sağlığının azalmasının başlıca etkeni olduğu ifade edilmektedir (Pollet, 2007).

1.1.1.3. Bireysel-Kültürel-Yapısal Model

Thomson'ın bireysel-kültürel-yapısal modeli toplum, kültür ve bireysel tutumların ilişkilerini anlamlandırmak için oluşturulmuştur. Thomson'a göre bireylerin dünyaya anlama, anlamlandırma ve karşı tutum geliştirme yolları, içinde yaşadıkları kültürün yapısına bağlı olarak değişmektedir. Buna göre sağlık çalışanları, içinde yaşadığı

toplumun kültürel yapısına yönelik düşünce ve tutumlarını davranışlarına yansıtmaktadırlar (Pollet, 2007).

1.1.2. Ruh Sağlığının Boyutları

Duyguların farklı bileşenleri bulunmaktadır. Bunlar davranışsal, öznel/deneyimsel, bedensel, bilişsel faktörlerin neticesinde ortaya çıkan ve farklı durumlarda farklı oranlarda etki bırakan ve koşullara göre değişkenlik gösteren bileşenlerdir (Kring ve Bachorowski, 1999). Bütün bunların yanı sıra duygular, bireyden bireye de değişkenlik göstermektedir. Olumlu duygulanım düzeyi düşük olan bireyler daha çok üzüntü ve durgunluk gibi hisler yaşarken, olumsuz duygulanım düzeyi yüksek olan bireylerin kaygı, suçluluk ve düşmanlık gibi duygular beslemeye yatkınlıkları daha fazladır (Kring ve Bachorowski, 1999).

1.1.3. Ruh Sağlığı Araştırmaları

Modern psikoloji literatürü içerisinde, psikolojik sorun düzeyi vakalarında cinsiyet dağılımlarını içeren ve farklı oranlar ortaya çıkaran araştırmalar mevcuttur (Hisli, 1988). Ruh sağlığı üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında, kadınlarla erkekler arasında bazı farklılıklar görüldüğü öne sürülmüştür. Söz konusu araştırmalarda, kadınların erkeklere göre düşük ruh sağlığı düzeyine sahip oldukları ifade edilmektedir (Hovardaoğlu, 1997). Bu farklılığın sebebi olarak kadınların psikolojik yardım almak için hastanelere daha fazla başvuru yapması ve bunun da psikolojik sorun düzeyik vaka sayımlarında kadınların yüzdesini arttırdığı söylenebilmektedir (Dökmen, 2003). Birbirleriyle çelişen sonuçlara ulaşan bu araştırmalardan sonra, psikolojik sorun düzeyi ile en az cinsiyet kadar ilişkili diğer demografik etkenlerin etkisine bakmak da gerekli görülmektedir. Örneğin Mirowsky (1996), kadınlarla erkekler arasındaki depresyon düzeyi farklılıklarına bakarken yaş, medeni durum, ev işleri, çocuk bakımı ve ekonomik durum gibi etkenlerin ayırt edici anlamlı etkileri olduğunu bulmuştur.

Psikoloji literatüründe ruh sağlığı ile kontrol inancı arasında anlamlı ilişkilerin olduğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırmaya göre, kontrol odağı ile ruh sağlığı düzeyi arasında anlamlı ve güçlü bağlantılar bulunmuştur. Buna karşın kontrol odağı inancının ruh sağlığı düzeyini

belirlemede tek başına yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Dağ, 1992). Bir başka araştırmada, dış kontrol odağı inancı yüksek olan kişilerde kişilik bozukluğu gelişme ihtimalinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Dökmen, 2003). Kontrol odağı inancı konusunda başka değişkenlerle bağıntılar kurmaya çalışılan araştırmalar da literatürde mevcuttur. Dağ (1991), üniversite öğrencisi erkeklerin üniversite öğrencisi kadınlardan, Dönmez ve Başal (1985) ise büyükşehirde doğan bireylerin küçük yerleşim yerlerinde büyüyenlerden daha fazla iç denetim odağı olduğunu, bunun da onların ruh sağlığı düzeyini olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.

Ruh sağlığıyla ilgili bir araştırmaya göre, genç bireylerde ruh sağlığı risk profillerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın örneklemi, 4 farklı liseden, 9. ve 11. sınıflar arasındaki 4640 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen verilere göre üzüntü, uyumakta zorluk, intihar düşünceleri, alkol/esrar kullanımı, yakın bir arkadaşın/partnerin kaybı veya duygusal olarak zorlayıcı nitelikte olaylara maruz kalma gibi deneyimler yaşayan bireylerin ruh sağlığı düzeyleri anlamlı düzeyde düşmektedir (Amaral, Geierstanger, Soleimanpour ve Brindis, 2010).

Ruh sağlığıyla ilgili bir başka araştırmaya göre, çalışan erkeklerin ruh sağlığı ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilere dair bilgiler elde edilmiştir. Bunun için Hindistan’da çalışan erkeklerin eşleri ve çocuklarından veriler alınmıştır. 396 katılımcının 133’ü eşlerden ve 263’ü çocuklardan oluşmaktadır. Ruh sağlığı ve kaygı seviyelerine ölçmek için katılımcılara ilgili envanterler dağıtılmıştır. Araştırmanın analizlerinin neticesinde ruh sağlığı düzeyi ile kaygı düzeyi arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki bulunmuştur (Pati ve Chandrawanshi, 2001).

Ruh sağlığıyla ilgili Türkiye’de yapılan bir araştırmanın katılımcıları Konya’da ikamet etmekte olan 18-65 yaş arası, okur-yazar ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın verilerini elde etmek için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” ve “Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)” kullanılmıştır. Yapılan analizler neticesinde düşük sosyoekonomik gruba dahil olan bireylerin algılanan sosyal destek ve ruh sağlığı düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Selçuk, 2010).

Ruh sağlığıyla ilgili bir başka araştırmaya %5,8'i kadın, %94,2'si erkek olmak üzere 291 işçi katılmıştır. Örneklemin yaş ortalaması 31,78'dir. Araştırmadan veri elde etmek amacıyla sosyo-demografik bilgi formu, Genel Sağlık Anketi (GSA), Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ), Algılanan Sağlık Ölçeği, İş Doyumu Ölçeği (İDÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. GSA sonucu elde edilen toplam psikolojik sorun düzeyi skoru ile YDÖ sonucu elde edilen yaşam doyumu skoru arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre psikolojik sorun düzeyi yükseldikçe, yaşam doyumunun azaldığı sonucuna varılabilmektedir (Dağdelen, 2008).

Bir başka araştırmaya göre, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin ruh sağlığı düzeylerine etki eden etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, İzmir'de bulunan iki üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğinde yatan hastaların bakım verenleri ve İzmir şizofreni Dayanışma Derneği üyelerinden bakım veren pozisyonunda olanlar oluşturmuştur. Örneklemin toplam sayısı 103, yaş ortalaması 56,28'dir. Hastaya bakım süresi ortalaması 13-15 yıldır. Bakım verenlerin %47,6'sı hastanın annesidir. Çalışmadan elde edilen bilgilere göre bakım verenlerin %65'inde çeşitli düzeylerde psikolojik sorun düzeyi görölme ihtimalinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (şengün, 2007).

Türkiye, geçtiğimiz yıllardan bugüne dek ruh sağlığı alanında oldukça sınırlı düzeyde bir ilerleme kaydedebilmiştir. Özellikle genç bireylerin ruh sağlıklarının korunması amacıyla özel kaynakların yeterince yaratılmaması, Türkiye'deki ruh sağlığı sistemiyle ilgili eleştirilerinden biridir (DSÖ, 2005b).

1.2. Sağlık Kaygısı

Kaygı, bilinen veya bilinmeyen nedenlere karşı normal bir tepki ile günlük yaşamda gözle görölür işlevsizlikler (kaygı bozukluğu olarak tanımlanan) arasında geniş bir aralıkta değerlendirilebilecek, karar verme süreçlerini ve olası tedavilere uyumları etkileyebilen ve yaşam kalitesini düşüren bedensel ve/veya duygusal bir tepkidir (American Psychiatry Association, 2000). Kaygı, bireyin başına kötü bir şeye geleceğine veya gelebileceğine inandığı zaman ortaya çıkan türden bir duygudur. Bu duygu aslında kişinin hayatta kalmasını sağlayan ve hayatı tehlikeye sokan durumlarda işlevsellik

kazanan bilişsel bir süreçtir. Kaygı durumunda vücudun sempatik sinir sistemi devreye girer ve kişi “kaçma veya savaşma” noktasına varır. Bu durum da insanı olası tehlikelerden korumaktadır. Bu tanıma göre kaygı bir tür “tehdit algısı” olarak da özetlenebilmektedir.

Huzursuzluk verici kaygı belirtileri oldukça tipiktir. Bunlar, kaygı esnasında kişiyi rahatsız, huzursuz, gergin hissettirirler. Başlıca kaygı belirtileri uyku bozukluğu, mide bulantısı, kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, terleme, baş dönmesidir. Söz konusu bedensel deneyimler nedeniyle endişelenmek kaygı duygusunu ve dolayısıyla bu semptomları daha da arttıran bir etki yaratmaktadır (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısı bireyin sağlığına yönelik büyük bir tehdit altında olduğu düşüncesiyle beliren ve sonuç itibariyle bireyin bedensel ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen psikolojik bir deneyimdir (Anderson, Saulsman ve Nathan, 2011). Sağlık kaygısı olan bireyler sıklıkla vücutlarında bir hastalık olup olmadığını kontrol etmek arzusunda olmaktadır. Hastalıklarının olup olmadığından emin olmak için de sık sık doktor muayenesine gidip, sağlıklı olduklarıyla ilgili teyit almak isterler. Genelde tek bir doktorun görüşü onlar için yeterli değildir, o nedenle aynı hastalık şüphesi için birkaç doktora gidip kendilerinden teyit alırlar. Doktor muayenesinin yanı sıra çevrelerindeki aile üyelerine ve arkadaşlarına da kendi sağlıklarının yerinde olduğuyla ilgili teyit almak istemektedirler. Ayrıca hastalık hakkında bilgi edinmek için tıp ansiklopedilerine, tıp dergilerine ve internetteki bilgilere başvururlar. Kendilerinde anksiyete uyandıran hastalıkla ilgili konuşmaların geçtiği televizyon programlarını izlemekten, gazeteleri ve dergileri okumaktan kaçınırlar. Aynı zamanda söz konusu hastalıkla ilgili aksiyetelerini tetikleyecek yürüme, spor yapma gibi etkinlikleri yapmakta da kaçınabilmektedirler (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısının fiziksel semptomları göğüs ağrısı, vücudun çeşitli bölgelerinde yanma ve acı hissi, terleme, titreme, baş ağrısı, hissizlik ve belli uzuvlarda karıncalanmadır. Bütün bunlar olurken kişi mevcut semptomları fiziksel bir hastalığın habercisi olduğunu düşünüp bu semptomları büyük birer tehdit olarak algılamaya başlarlar. Bu tehdit algısı yoğun kaygı duymasına neden olur. Yaşanan yoğun kaygı

nedeniyle kalp çarpıntıları artar, terlemeye başlarlar, titrerler, mide ve bağırsak sistemlerinde rahatsızlıklar baş gösterir (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısı, makul sınırlarda yaygın olarak gözlenir ve anormal bir hastalık olarak değerlendirilemez, bilakis bireyin kendi vücut bütünlüğünü ve sağlığını koruması için yardımcı olan bir duygudur. Sağlık kaygısının Hipokondriasis tanı seviyesine gelmiş hali ise toplumda nadiren görülür ancak hastane popülasyonunda yüzdesi yüksektir (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012).

1.2.1. Sağlık kaygısının Kişiler Arası Modeli (Interpersonal Model of Health Anxiety)

Kişiler arası modeline göre sağlık kaygısı bebeklikteki kaygılı bağlanma stillerine bağlı olarak gelişmektedir. Buna göre sağlığı kontrol etmeye yönelik sık ama etkisiz teyit alma istek ve davranışları, kişinin sağlık kaygısının olduğuna dair en önemli ipucunu oluşturmaktadır. Aşırı miktarda yapılan sağlıkla ilgili teyit alma davranışları, bireyin kendi sağlığına yabancılaşmasına ve başkalarının onun sağlığına yönelik tehditleri önemsemediği düşüncesine kapılmasına sebep olabilmektedir. Bu türden kişiler arası değerlendirmelere yönelik oluşan yabancılaşmaların neticesinde bireyin sağlığıyla ilgili kaygıları daha da artmaktadır. Artan kaygılar, bireyin günlük yaşamındaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen sıklıkta sağlığa yönelik teyit alma davranışları (çok sık doktor muayenesine gitmek, sağlık tetkikleri yaptırmak ve gününün çoğunu potansiyel hastalıklarla ilgili kaynakları inceleyerek geçirmek) göstermesiyle sonuçlanmaktadır (Birnie, Sherry, Doucette, Sherry, Hadjistavrapoulos, ve Stewart, 2013).

Sağlık kaygısı, genel olarak “kaygı” kavramının bir parçası olduğundan, kaygıyla ilgili kuramlar, sağlık kaygısını anlamak ve değerlendirmek için yol gösterici olabilmektedir. Bu kavramlardan en bilinenleri psikanalitik kuram, öğrenme kuramı ve bilişsel kuramdır. Psikanalitik kurama göre, bastırılan dürtüler ve bunları neticesinde gelişen içsel çatışmalar sağlık kaygısının nedenidir. Öğrenme kuramına göre sağlık kaygısı, belirli durumlar karşısında bireyde meydana gelen koşullanmalar sonucunda zamanla otomatikleşen tepkiler neticesinde oluşmaktadır. Tekrarlanan bilgiler, sağlık

kaygısıyla kaygıyla ilgili duygu ve düşünceleri tetiklemektedir. Bu süreç, bir süre bireyde kaygıdan kaçınma davranışlarına neden olmaktadır. Bilişsel kurama göre ise, bireylerin çeşitli durumlara yönelik algı, değerlendirme ve yargılama süreçlerinde işlevsel olmayan bazı inançlar yatmaktadır. Yanlış yorumlamalar ve düşünce hataları, sağlık kaygısını meydana getirmektedir. (Antony ve Swinson, 1996).

Çoğu insan kimi zaman sağlıkları ile ilgili endişe duymaktadır. Çoğu insan kaygının fiziksel semptomlarını yaşamaktadır ve bu semptomlar zamanla yok olur.. Ancak bazı bireyler, bu kaygıları giderme noktasında daha büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bu kişiler ciddi bir hastalıklarının olmasından korkarlar. Bu endişeler, zaman zaman yaygın anksiyeteye, panik bozukluğa ve hipokondriyak eğilimlere dönüşerek kişinin hayatındaki işlevselliğini önemli oranda olumsuz etkileyebilmektedir. Hipokondriyak eğilimler sınıfında yer alan sağlık kaygısı de bireyin herhangi bir fiziksel hastalık olasılığına karşı oluşturduğu bilişsel çarpıtmaların doğurduğu yoğun kaygıdan kaynaklanmaktadır (Hogan, 2010).

Sağlık kaygısı, hastaları doktor muayenesine gitmekten ve olası sağlık problemleri hakkında bilgi edinmekten alıkoymaktadır. Sağlık kaygısı yüksek kişiler zaman zaman sağlıklarıyla ilgili ücretsiz bilgileri bile almaktan kaçınırlar. Bu kişiler, vücutlarında şüpheli semptomlar bulduklarında doktora gitme konusunda çekingen davranmaktadırlar. Bu kaçınmalar muhtemelen doktordan alınacak olası kötü haberlerden duyulan korku nedeniyle olmaktadır (Koszegi, 2003).

Sağlıkla ilgili endişeler aşırıya kaçmışsa, normalden fazla sayıda doktor kontrolüne sebep olmuşsa, doktordan elde edilen sonuçlarda olumsuz bir sonuç alınmamasına rağmen varlığını hissettirmeye devam ediyorsa, sürekli uzmanlardan hastalığın olmadığına dair teyit alma ihtiyacı doğuyorsa, sağlık tahlillerini olası olumsuz sonuçlar nedeniyle yaptırmaktan kaçınıyorsa ve bütün bu eylemler günlük hayatta yoğun strese ve sosyal, psikolojik, finansal işlevsellik kaybına neden oluyorsa, hayat tatmini ve öznel iyi oluşu tehdit eden bu endişelerin giderilmesi gereken sağlık kaygısı belirtileri olduğu kanısına varılabilmektedir (Anderson ve ark., 2011).

1.2.2. Sağlık Kaygısı Araştırmaları

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel belirtilerini yanlış yorumlamasına sonucu, ciddi bir hastalığa yakalandığı ya da yakalanacağı korkusunu içinde barındırmasıdır. Sağlık kaygısı, düşük seviyelerdeki haliyle birçok bireyde yaygın olarak görülür ve patolojik bir durum olarak değerlendirilmez. Sağlık kaygısı ayrıca kişinin kendi sağlığını korumasına ve tedbirler almasına ya da sağlık için tehlikeli durumlardan kaçınmasına yardımcı olur. Buna karşın daha yüksek kaygı ile seyreden şiddetli formları, toplumda az görülmelerine karşın, klinik başvurularda sık karşılaşılr. Özellikle panik bozukluğu olan hastaların yaşadığı korkutucu bedensel kaygı belirtilerinin ciddi hastalıklar yaratacağı düşüncesi somatik belirtilere ve sağlık kaygısı yaşamalarına neden olmaktadır. Panik ataklarla ortaya çıkan şiddetli bedensel belirtiler ve duyumlar, hastalarca ciddi sağlık sorunları yaşadıkları biçiminde yorumlanmaktadır. Sonuçta daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozuklukların tanı ve tedavi aşamasında sağlık kaygısını değerlendirmek gerekmektedir (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012).

Sağlık kaygısıyla ilgili Türkiye’de yapılan bir araştırmaya 67 panik bozukluk hastası ile 44 kontrol grubu bireyi alınmıştır. Gruplardan veri elde etmek için Sağlık Kaygısı Envanteri(Kısa Form), Panik Agorafobi ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. İlk ölçümün bir hafta sonrasında Sağlık Kaygısı Envanteri bir kez daha uygulanmıştır. Yapılan analizler neticesinde hasta grubun Sağlık Kaygısı Envanteri toplam skoru, kontrol grubunun toplam skorunda anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. İkinci ölçümde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Söz konusu envanterin skorları ile Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği toplam skorları arasında da anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012).

Bir başka araştırmada panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste görülen sağlık kaygısı karşılaştırılmaktadır. Araştırmadan veri elde etmek için panik bozukluğu olan hastalara; Panik Agorafobi Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Depresif Belirti Envanteri (DBE), somatizasyon

bozukluğu ve hipokondriyak hastalara; Belirti Yorumlama Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Depresif Belirti Envanteri uygulanmıştır. Hasta grupların psikolojik sorun düzeylerini ölçmek için SCID-I uygulanmıştır. Kontrol grubunun psikolojik sorun düzeyisini ölçmek amacıyla Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Bütün grupları sağlık kaygısını ölçmek için tüm gruplara Sağlık Kaygısı Envanteri uygulanmıştır. Analizlerden elde edilen sonuçlara göre, hipokondriaziste sağlık kaygısı en belirleyici etkindir. Panik Bozukluk ve somatizasyon bozukluklarında da sağlık kaygısı önemli bir etken olarak bulunmuştur (Karapıçak, Aslan ve Utku, 2012).

1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışları, sağlığı iyileştirmeye, sürdürmeye ve geliştirmeye yarayan davranış biçimleri, eylemler ve alışkanlıklardır (Gochman, 1997). Bir başka deyişle sağlıklı yaşam biçimi bireyin bedensel, duygusal ve zihinsel sağlığını iyileştirmesine, korumasına ve geliştirmesine yarayan günlük yaşamdaki davranış biçimlerin toplamına verilen isimdir (Wang, Keh ve Bolton, 2009). Sağlık davranışları, sağlığı sürdürücü, iyileştirici ve geliştirici tutumların, eylemlerin ve alışkanlıkların bütünü olarak da tanımlanmaktadır (Conner, 2002). Bu tanımın içerisindeki davranışların içinde tıbbi hizmet almak (muayene, görüntüleme vs.), tıbbi önerilere uyum (zayıflama, diyabet ve tansiyon düşürücü diyetler) ve doğrudan sağlıkla ilişkili davranışlar bulunmaktadır (dengeli beslenme, egzersiz, sigara içme/içmeme, alkol tüketimi). Sağlıklı bir yaşam biçimi, bireyi hastalıklardan koruduğu kadar sağlığı güçlendirme ve erken ölümleri önleme gibi yararları da sahiptir.

Bireyin bedensel, duygusal, sosyal ve manevi bütünlüğünü içeren sağlık kavramı, bireyin bu alanlarda kendi benliğinden memnuniyetini ve bunun neticesinde oluşan yaşam kalitesini içermektedir. Yaşam kalitesini oluşturan sağlık pratiklerinin içerisinde beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi etkenler bulunmaktadır (Tambağ, 2011).

Sağlıklı olma hali; esasen sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeyi bünyesinde ihtiva eder. Bunun için de bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük hayatlarının bir parçası haline getirmeleri gerekmektedir. Bu davranışların kendi iyilik seviyelerini koruyan ve yükselten sağlıklı yaşam biçimi davranışları olması bu sürecin önemli bir parçasıdır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren bütüncül bakım yaklaşımlarını öngörmektedir (Dalak, 2010). Bu yaklaşımlar; bireyin bedensel ve ruhsal iyilik halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecektir. Bu davranışların temelini de, sağlıklı yaşam biçimini sağlayan davranışlar oluşturmaktadır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları tüm insanlarda hastalıkların önlenmesi için önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik davranışlar benimsenmiştir (Esin, 1999).

2000'li yılların başından itibaren Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), temel sloganı olan "herkes için sağlık" başlığı altında sağlıklı insan sayısını arttırmayı hedeflemektedir. DSÖ, sağlıklı yaşam biçimini teşvik etmek amacıyla sağlıklı yaşam biçimine özendirme, sağlık düzeyi arttıran yaşam alanları oluşturma, sağlık hizmetlerini geliştirme ve bütün bunlara göre sağlık yasa ve politikaları oluşturma gibi yöntemlerin uygulanmasının gerekliliğini vurgulamıştır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011).

Bireyin sağlığını olumlu yönde en çok belirleyen etken olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları görölmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin sağlığını korumak için inandığı ve bu inançlarını uygulamaya geçirdiği davranışların bütünü olarak tanımlanabilir (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi alt faktörlerden oluşmaktadır.

1.3.1. Pender'in Sağlığı Geliştirme Kuramı

Pender'in Sağlığı Geliştirme Kuramı, sağlıkla ilgili pek çok değişkeni anlamayı, değerlendirmeyi ve açıklamayı amaçlayan ve sağlığı yaşam biçiminin bir izdüşümü olarak gören bir sistemdir. Literatüre ilk olarak 1982'de girmiş ve 1996 yılında ampirik verilere dayalı kuramsal altyapısını tamamlamıştır. Pender'e göre insanlar çevreleriyle sürekli bir etkileşim içerisinde ve bu etkileşimi ihtiyaç ve amaçları doğrultusunda şekillendirme yetkinliğine sahiptirler. Pender'in kuramı, bireylerin sağlık durumlarını daha iyiye getirme noktasına teşvik edici biyofiziksel etkenleri araştırmaktadır. Pender'in sağlığı geliştirme kuramı bireyin geçmiş yaşantılarını ve kendisiyle ilgili bilişsel algılarını içeren bütüncül bir yapıya sahiptir. Sağlığı geliştirme davranışları bireyin yalnızca hasta olmamasıyla değil, iyi oluş halinin yüksek oluşuyla da ilgilidir (Pender, 1996).

Pender'in kuramının altyapısında literatürden iki kuram vardır. Bunlar Beklenti-Değer Kuramı, diğeri ise Sosyal Bilişsel Kuram'dır. Beklenti-Değer Kuramı, rotası çizilmiş bir eylemin arzulanan sonucu getireceği ve bu sonucun da bireyin kendisine dair öz-değer algısını olumlu hale getireceğini açıklamaktadır. Sosyal Bilişsel Kuram ise bireyin bir eylemi gerçekleştirebilme hususunda kendisiyle ilgili yargılarını içermektedir (Pender, Walker, Sechrist ve Stromberg, 1990).

Kuramın sağlık davranışlarıyla ilgili bazı önermeleri bulunmaktadır. Bu önermelerden bir tanesi, sosyal öğrenme gibi yöntemlerle benimsenip geçmişte uygulanmış olan davranışların sağlıkla ilgili inanç ve duyguları etkilediği yönündedir. Ayrıca sağlıkla ilgili engel algısı, sağlık davranışının devamlılığını olumsuz etkilemektedir.

Bunun yanında artan öz-etkililik algısı, sağlık davranışıyla ilgili engellere yönelik algıları azaltmaktadır. Pozitif duygulanımlar öz-etkililik algısını arttırmaktadır. Aile üyeleri, akranlar ve sağlık alanında çalışanların görüşleri, sağlığı koruma ve geliştirme bağlamındaki sağlık davranışı değişimlerine ve bu değişimlerin kalıcı hale getirilmesine anlamlı derecede olumlu etki etmektedir (Pender, N.J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A., 2011).

Pender'in kuramı üç ana kavrama dayalıdır. Bunlar bireyin karakteristik özellikleri/beklentileri, davranışa sebebiyet veren bilişsel süreçler ve davranışsal sonuçlardır. Pender, sağlıklı yaşam biçimini belirleyen başlıca etkenler olarak sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, bireyler arası ilişkiler, stres yönetimi, beslenme ve egzersizi belirlemiştir (Pender, 1996). Toplumun geneli için tasarlanan bu modele göre bireyin, sağlıkla ilgili aktivitelerde aktif olarak yer alması beklenmektedir.

Pender'in görüşüne göre (1996), bireyler olumlu sağlık davranışları göstermek için biliş, duygu ve çevrelerini değiştirebilme esnekliğine sahiptir. Bireyden topluma yönelen bu tür müdahalelerin sonucunda, sağlıklı bir toplumun inşa edilmesi sağlanacak ve bu durum da gelecek nesillerin sağlık davranışlarını olumlu yönde şekillendirecektir. Bu araştırma, Pender'in kuramının temelini dayandırdığı yukarıdaki değerlerden beslenerek hazırlanmış bir bilimsel çalışma niteliği taşımaktadır.

1.3.2. Diğer Sağlık Davranışı Modelleri

Sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgili açıklamalar getiren sağlık modellerinin kısa açıklamaları aşağıdaki gibidir.

1.3.2.1. Sağlık İnanç Modeli

Bu modele göre kişilerin sağlık davranışı gösterebilmeleri için, olası bir hastalığa karşı algılanan tehdit algısının ve eyleme geçmenin faydalarının, eyleme geçmenin zararlarından daha güçlü olması gerekmektedir. Sağlık İnanç Modeli'nin aşamaları sırasıyla: Algılanan yatkınlık, algılanan şiddet, algılanan eyleme geçme yararları,

algılanan eyleme geçme zararları, eylemin işaretleri ve öz-etkililiktir (Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000; Rimer, 1997; Frost, 2008; Sutton, 2002; Fishbein ve Bandura, Triandis, Kanfer, Becker ve Middlestadt, 1991).

1.3.2.2. Transteorik Model

Transteorik Model'e göre, fiziksel aktivite gibi sağlık davranışlarını uygulamak ya da televizyon seyredirken yemek yemek gibi sağlıksız davranışları azaltmak için, kişiler değişim yolunda birbirinden bağımsız beş değişik aşamadan geçmektedirler. Bu aşamalar; niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem ve eylemi sürdürmeden oluşmaktadır. Kişilerin bir sonraki aşamaya geçmeleri için, her adıma özel farklı müdahaleler bulunmaktadır (Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000; Rimer, 1997; Frost, 2008; Sutton, 2002).

1.3.2.3. Relaps Önleme

Bir fiziksel aktivite programına dahil olacak bir kişinin, eylemini yarıda bırakmasına neden olacak engellerin farkına varması için yapılacak çeşitli müdahaleleri içinde bulunduran modeldir. Relaps Önleme Modeli'nin aşamaları; bilişsel yeniden yapılandırma, beceri alıştırmaları ve yaşam stilini yeniden dengelemektir (Rimer, 1997; Frost, 2008).

1.3.2.4. Bilgi-İşlem Paradigması

Bu model, herhangi bir sağlık davranışını teşvik etmek için karşı tarafa ulaştırılacak üç mesajı içermektedir. Bu mesajlar; mesaja dikkatlerin çekilmesi, mesajın içeriğinin kavranması ve söz konusu içeriğin kabul edilmesidir (Frost, 2008).

1.3.2.5. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sağlık davranışının değiştirilmesi çevre, kişisel etkenler ve sağlık davranışına yüklenen anlamlar neticesinde olmaktadır. Öz-etkililik kavramı, davranışsal değişimin

kilit kavramıdır. Bu kuramın başlıca öğeleri öz-etkililik, karşılıklı determinizm, davranışsal kapasite, sonuç beklentileri ve davranışsal öğrenmedir (Fishbein ve Bandura, Triandis, Kanfer, Becker ve Middlestadt, 1991; Frost, 2008; Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000). Bu kurama göre, sağlıkla ilgili eylemsel değişiklikler iç kontrol odağı yardımıyla meydana gelmektedir. Ancak, dış etkenler de davranış değişikliğinde önemli bir etki sağlamaktadır. Örneğin bir sağlık davranışının gelişiminde aile, akran grupları ile sağlık alanında çalışan uzmanların görüş ve eylemleri son derece etkilidir. Dış kontrol odağı yüksek olan gençler, kendilerine sağlıkla ilgili bilgi veren uzmanların görüş ve değerlendirmelerine önem vermektedirler (Çepni, 2010).

1.3.2.6. Gerekçeli Eylem Kuramı

Kişinin kontrolünde olan davranışlar için, davranışsal niyetler eylemin kendisini belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu kurama göre niyetler iki değişkene bağlıdır. Bunlar sağlık davranışına yönelik tutum ve sağlık davranışına yönelik diğer insanların desteğiyle oluşan inançtır. Davranışa yönelik tutumu etkileyen faktörler, davranışın sonucuna yönelik beklentiler, sonuç beklentilerine verilen değer, inançlar ve diğer insanların teşvikine yönelik isteklilik halidir (Redding, Rossi, Rossi, Velicer ve Prochaska, 2000; Rimer, 1997; Frost, 2008; Sutton, 2002; Fishbein ve Bandura, Triandis, Kanfer, Becker ve Middlestadt, 1991).

1.3.2.7. Önlem-Benimseme Süreci Modeli

Bu modele göre sağlığı koruyucu ve geliştirici bir modeli benimseme ya da riskli bir sağlık davranışını bırakma sürecinde, insanlar önce farkındalık kazanmakta, ardından bir karar verme sürecinden geçtikten sonra eyleme geçmekte veya geçmemektedirler. Bu modelin aşamaları; farkındalık kazanmamış olmak, farkında olup konuyla ilgilenmemek, eyleme geçmeye karar verme sürecinde girmek, eyleme geçmeye karar vermek/eyleme geçmemeye karar vermek, eyleme geçmek ve eylemi sürdürmektir (Frost, 2008; Rimer, 1997).

1.3.2.8. Sosyal Destek

Sağlığı geliştiren müdahalelerden olan sosyal destek bilgilendirici, yardımcı, duygusal veya değerlendirici (geri bildirim veren) biçimlerde olabilmektedir (Sutton, 2002; 2004).

1.3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Değişkenler

Son yıllarda hedeflenen sağlık davranışı, bireyin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu geliştirecek ve bu gelişimi sürdürecektir davranışlar edinmesi yönündedir. Bu davranışların en büyük belirleyicisi ise sağlıklı yaşam biçimini şekillendiren davranış örüntüleridir. Yapılan araştırmalarda yıllık ölümlerin yaklaşık %50'sinin sağlıksız yaşam koşullarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre, kişinin sağlığını koruması ve geliştirmesi için en önemli etkenin sağlıklı yaşam biçimi olduğu söylenebilmektedir (Dalak, 2010).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sürdürülen yaşam tarzına bağlı gelişen bireysel tercihlerin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik çevreye bağlı olarak da şekillenmektedir. Sosyo-ekonomik çevre farklılıklarını en aza indirmek için hükümetler belli dönemlerde bağışıklama, kanser taraması, sigara bıraktırma ve anne sütünü teşvik etme gibi eğitici ve bilinçlendirici program ve kampanyalar düzenlemiştir (Koçoğlu, 2006). Sağlık yaşam biçimi davranışlarının kilit noktalarını belirlemek amacıyla Türkiye'de de çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Karadeniz ve ark., 2008; Tuğut ve Bekar, 2008; Çelik ve ark., 2009; Kocaakman ve ark., 2010; Tambağ, 2011).

Bir sağlık davranışının olumlu ve yapıcı olarak değerlendirilebilmesi için, kişinin sağlığını kontrol altına almak için sağlığıyla ilgili sorunları iyi gözlemesi, sorunları neden-sonuç ilişkisine dayandırabilmesi ve sağlığını iyileştirmek için harekete geçmesi beklenmektedir (Özbaşaran, Çetinkaya, Güngör, 2004).

1.3.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlgili Araştırmalar

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili olan bir araştırmada 12 maddeden oluşan Genel Sağlık Anketi, İngiliz Aile Kurulu Anketi ve İngiltere Sağlık Anketi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Genel Sağlık Anketi, ruh sağlığının hem negatif hem de pozitif biçimlerine dair anlamlı veriler ortaya koyan bir ölçek olarak bulunmuştur. Pozitif ve negatif biçimler, birbirinden bağımsız etkiler olarak bulunmuşlardır. Buna göre, bireyin genel sağlık durumuna dair yapmış olduğu değerlendirme, bireyin ruh sağlığına etki etmektedir. Olumlu durumdaki ruh sağlığı ise sağlık davranışları uygulamalarına olumlu düzeyde bir ilişki halindedir (Hu ve ark., 2007).

Bir başka araştırmada sağlık davranışlarında değişimin niyete ve istekliliğe bağlı olarak değişimi ele alınmıştır. Buna göre iki tür sağlık davranışı seçilmiştir. Bunlar düşük yağ oranı içeren bir diyet ve sigara içmedir. Birinci davranışa 469 kişi katılmıştır ve çalışma 3 ay sürmüştür. İkinci davranışa ise 441 kişi katılmıştır ve çalışma 4 hafta sürmüştür. Katılımcılardan yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle sözel veri alınmıştır. Bu sürecin sonunda katılımcılardan sağlık davranışı değişimine yönelik risk farkındalığı, sonuç davranışa yönelik değişiklikler ve algılanan öz-etkililikle ilgili bilgiler alınmıştır. Analizlerden elde edilen sonuçlara göre, algılanan öz-etkililik ile davranış değişikliği arasında istatistiksel bir ilişki vardır. Ayrıca eylem kontrolü ile eylem planlaması gibi davranışlar, sağlık davranışını değiştirmede doğrudan anlamlı bir etkiye sahiptir (Scholz, Nagy, Göhner, Luszczynska ve Kliegel, 2009).

Sağlık davranışlarını ana konusu edinen başka bir araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları, algıladıkları genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Bu ilişkileri görmek amacıyla katılımcılara ilgili ölçekler dağıtılmıştır. Araştırmanın örneklemi İsveç'te bir üniversitede okumakta olan birinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Rastgele seçilen erkek öğrencilerin çoğunluğu sıklıkla sigara ve alkol tüketen bireylerden oluşmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu genel sağlık durumlarını "iyi" veya "çok iyi" olarak tanımlamıştır. Ancak erkek

katılımcıların verdikleri yanıtlar, kadın öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık erkek katılımcıların yaşam kalitesi toplam skorları, kadın katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük çıkmıştır. Hem erkek hem de kadın katılımcılarda, algılanan yaşam kalitesinin algılanan psikolojik sağlıkla olan ilişkisi, algılanan fiziksel sağlığa göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Vaez ve Laflamme, 2003).

Bir başka araştırmada sağlık davranışları ile mutluluk seviyesi arasındaki ilişkileri görmek adına, Hindistan'daki Gitam Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan 800 öğrenciden veri alınmıştır. Katılımcı öğrencilerin %67.6'sı erkek, %32.4'ü kadın öğrencilerden oluşmaktadır. Yapılan çok değişkenli istatistiksel analizlerin neticesinde algılanan sağlık destek, kişisel gelişim, yeterli miktarda uyku, sigara kullanılmaması ve her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi gibi davranışların yüksek mutluluk seviyesiyle doğrudan ilişkili etkenler olduğu sonucuna varılmıştır (Peltzer ve Pengpid, 2013).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili Türkiye'de yapılan bir araştırmaya Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 320 kişinin katılmıştır. Demografik formun yanında "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" dağıtılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre cinsiyet grupları arasında SYBDÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Cinsiyeti kadın olan öğrenciler, cinsiyeti erkek olan öğrencilerden daha yüksek skorlar elde etmişlerdir. Ayrıca gelir durumu yüksek olanlar, yaşamının büyük bölümünü büyük yerleşim yerlerinde geçirenler ile Beden Kitle Endeksi normal düzeyde olan öğrencilerin SYBDÖ puanları diğer öğrenci gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır (Özbaşaran, Çetinkaya ve Güngör, 2004).

Sağlık davranışlarını konu edinen bir araştırmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu'nda çeşitli, farklı sınıflarda öğrenim gören 197 öğrenci katılmıştır. Veri elde etmek için demografik bilgi formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre cinsiyeti kadın olan öğrencilerin beslenme ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı erkek öğrencilere göre

anlamli düzeyde daha yu'kse'k bulunmu'stur. Buna kar'silik erkek o'ğrenciler, egzersiz alt o'lçe'gi puanında kadın o'ğrencilerden anlamli düzeyde daha yu'kse'k puanlar elde etmi'stir (Tambağ, 2011).

Bir ba'ska ara'stırmaya Fırat U'niversitesi Elazı'ğ Sağlık Meslek Yu'ksekokulu o'ğrencilerinden 688 ki'si katılmı'stır. O'ğrencilerin %74.3'u kadın, %25.7'si ise erkektir. Veri elde etmek amacıyla demografik bilgi formu ile SYBDÖ kullanılmı'stır. O'lçekten elde edilen verilere g'ore en yu'kse'k puan ortalaması elde edilen alt o'lçek davranı'sları arasında kendini ger'ekle'stirme, sağlık sorumluluğu ve ki'silerarası destek yer almı'stır. Yapılan analizlere g'ore, u'st sınıflarda okuyanlar, orta veya yu'kse'k sosyo-ekonomik du'zeye sahip olanlar, sigara i'çmeyenler, egzersiz yapanlar ve genel sağlık durumunu orta veya yu'kse'k olarak tanımlayan o'ğrenciler, diğer o'ğrenci gruplarına g'ore anlamli düzeyde daha yu'kse'k SYBDÖ skorlarına sahip olmu'slardır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011).

Sağlık davranı'sları, bazı akademik 'alışmalarda bazı spesifik konular u'zerinden de 'alışılmı'stır. Ara'stırmada sigara i'çme davranı'sı, depresif belirtiler ve sağlık davranı'sları arasındaki ili'skiler irdelenmi'stir. Ara'stırmaya Karadeniz Teknik U'niversitesi'nden 366 o'ğrenci katılmı'stır. Bunların 176'sı sigara i'çen, 186'sı ise sigara i'çmeyen bireylerden olu'maktadır. Depresif belirtiler Beck Depresyon O'lçe'gi ile o'lçu'mu'st'u'r. Bunların yanında alkol t'u'ketme, du'zenli kahvaltı yapma, sağlıklı uyku du'zeni, du'zenli 'alışma temposu, fiziksel egzersiz yapma, stresle ba'sa 'ıkma, dengeli beslenme gibi sağlık davranı'sları da yazılı formlara verilen cevaplar sonucunda o'lçu'mu'st'u'r. Yapılan istatistiksel analizin sonu'çlarına g'ore, yu'kse'k depresyon skorları, a'sırı alkol t'u'ketimi, stresle etkili ba'sa 'ıkmama, cinsiyet(erkekler) ve o'ėrenim g'oru'l'mekte olan sınıf gibi fakt'orler, olumsuz bir sağlık davranı'sı olan sigara i'çmeyi arttırmaktadır. S'oz konusu fakt'orlerin, yalnızca sigara i'çme davranı'sını değil, diğer olumsuz sağlık davranı'slarını da arttıran etkenler oldukları sonucuna varılmı'stır (Yazıcı ve Ak, 2008).

Sağlık davranışlarıyla ilgili bir araştırmada sağlık bilimleri bölümünde okuyan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarının demografik özelliklerine göre dağılımı ele alınmıştır. Araştırmaya Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri bölümlerinde (tıp, diş hekimliği, ebelik ve hemşirelik) okuyan 801 öğrenci katılmıştır. Veri toplama araçları olarak bir kişisel bilgi formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II kullanılmıştır. Katılımcıların %60'lık bir kısmını kadın öğrenciler oluşturmuştur. Yapılan istatistiksel analizler neticesinde en yüksek puanı tinsellik, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt ölçeği almıştır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam puanı, diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır. Ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca ortalama aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu değerleri düşük çıkmıştır. Genel sağlık durumlarını “çok iyi” veya “mükemmel” olarak algılayan öğrencilerin, beslenme alt ölçeği dışındaki toplam ölçek skorları, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur (Bozhüyük, 2010).

Bir başka araştırmada hipertansiyon tanısı almış bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma grubunun % 52.7'si kadın, %66.2'si evli ve %75.4'ü de 50 yaş ve üzeri, yaş ortalamaları 60 ± 13.4 'dür. Araştırmadan elde edilen bilgilere göre lise ve üstü mezunu, çalışma yaşamı olan, aile/arkadaş ilişkilerini iyi/çok iyi olarak ve genel sağlık düzeyini iyi/çok iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorları daha yüksek bulunmuştur (Dalak, 2010).

Yukarıdaki akademik çalışmalarda bu araştırmanın hipotezleriyle örtüşen ve örtüşmeyen birçok sav bulunmaktadır. Özellikle birtakım demografik etkenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı etkiler yarattığı yönünde çalışmalar, literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Bu araştırmanın hedefleri arasında, mevcut ilişkilerin anlamlılığını yeniden sorgulamak yer almaktadır. Mevcut araştırma, yukarıda söz edilen değişkenler arası ilişkileri analizden geçirerek geçmişten gelen mevcut bulguların bir kısmını doğrulamayı, bir kısmını da yeniden değerlendirmeye ve tartışmaya açmayı amaçlamaktadır.

1.4. Algılanan Sağlık

Literatürde, sağlık davranışlarının bilişsel yapısını açıklama amacıyla düzenlenmiş pek çok sayıda sağlık modeli ve kuramı bulunmaktadır. Sosyo-demografik değişkenlerle şekillenmiş bu etkenler ana hatlarıyla üçe ayrılmaktadır. Bunlar motivasyonel, davranışı iyileştirici ve çok-aşamalı modeller ya da kuramlardır. Motivasyonel modeller daha çok bireyin algılanan kontrol(algılanan engeller, öz-etkililik) ve niyet(koruma motivasyonu, sağlık motivasyonu) önem arz etmektedir. Davranışı

iyileştirici modellerde ise niyetin sağlıkla ilgili bir eyleme dökülmesi, eylemin süreklidenenmesi ve bu sürecin sonunda bireyin ilgili sağlık davranışı hakkında bir inisiyatif kazanması esasına dayalıdır. Buna karşılık çok-aşamalı modeller, önceki iki modelin bir tür birleşimi sunar. Bu birleşiminin neticesinde sağlık davranışına yönelik motivasyon ve gönüllük, davranışın kendisini neticelendirmektedir. Ayrıca bu model, sağlık davranışında her aşamayı ayrı ayrı ele alır. Söz konusu modele göre, bir sonraki aşamaya geçmek için önceki aşamayı tamamlamak gerekmektedir. Bu süreçlerde bilgi alma, karar verme, planlama, eyleme geçme, eylemi uygulama ve uygulamayı değerlendirme gibi aşamalar yer almaktadır. Bilişsel faktörler bu üç modelin içeriğinde de önemli bir yere sahiptir (Armitage ve Conner, 2000).

Sağlık davranışlarının değişimi motivasyon ve istekliliğin neticesinde gerçekleşmektedir. Öncelikle değişimi gerçekleştirme yönünde niyet gösterilmesi gerekmektedir. Sonrasında değişim planlanmakta, başlatılmakta ve sürdürülmektedir. Bu süreçte bireyin kendi duygularını düzenleyebilmesi oldukça önem arz etmektedir. Bunun sonucu olarak söz konusu niyetler ise bireyin sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Scholz, Nagy, Göhner, Luszczynska ve Kliegel, 2009).

Sağlığı koruma ve geliştirme kuramları ağırlıklı olarak sağlığı tehdit edici faktörler üzerinde durur. Sağlığa yönelik tehditler insan varlığını tehlikeye attığından, insanların söz konusu tehlikelerden uzak duracağını sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kanı, insanın rasyonel düşünen bir varlık olduğu varsayımından yola çıkılarak

oluşturulmuştur. Bu argümana karşı çıkan birçok çalışma, rasyonel olmayan yargı ve tutumların bir sağlık davranışını sürdürme noktasında kimi zaman daha etkili olabilmekte olduğunu göstermiştir (Schwarzer, 2001).

Davranışsal tıp çoğunlukla bilişsel müdahalelerden beslenmektedir. Son yıllarda birçok klinisyen hastaların düşünce, inanç, duygu ve tutumlarını da göz önüne alan sağlık müdahaleleri gerçekleştirmekte ve bunun neticesinde olumlu sonuçlar almaktadırlar. Bireylerin sağlık davranışları ile ilgili tutum ve yargıları duygularını da etkilemektedir. Bu durum duygu ve biliş arasında ikili bir ilişki yaratmaktadır (Montgomery, 2004).Örneğin depresyonda olan bireyler geçmişe yönelik olumsuz olayları kendi bilişsel filtrelerinden geçirmeye daha fazla eğilimli olmaktadır. Bu durum onların depresif duygu durumlarını daha fazla tetiklemektedir (Taesdel, Moore, Hayhurst, Pope, Williams ve Segal, 2002).

Bilişsel faktörler ile davranış arasındaki ilişki, bilişsel psikoloji kuramının doğumuna zemin hazırlamıştır (Beck, 1976, 1996; Beck ve Knapp, 2008; Beck, J., 2011). Bilişsel psikolojinin doğumuyla sağlık psikoloji literatüründe bilişsel faktörlere yapılan atıflar fazlalaşmıştır. Sağlık İnanç Modeli ve Gerekçeli Eylem Kuramı gibi sağlık davranışlarını bütüncül olarak açıklayan birçok düşünsel sistem, bireyin bilişsel yapısını değiştirmesiyle sağlık davranışının da değiştiği yönünde netice ve çıkarsamalara sahiptir. Bireyin genel sağlığına dair olumlu yargıları kendi sağlık davranışlarına yönelik öz-yeterlik algısını ve öz-denetim becerilerini yüksek düzeyde tutmaktadır (Bandura, 1997; Schaw ve Abraham, 2009). Davranışı etkileyen bilişsel bileşenler tutumlar, içselleştirilen sosyal normlar, tehdit algıları, kişisel hassasiyet ve davranışsal niyetler/yönelimlerdir. Bu bilişsel bileşenlerin birleşimiyle kişinin davranışı değiştirmeye yönelik motivasyonu da şekillenmiş olmaktadır. Motivasyon aşamasında bireyin harekete geçmek için bir niyetinin olması gerekmektedir. Bu niyeti belirleyen başlıca etken de kişinin riskli sağlık davranışına yönelik tehdit algısıdır. Bu sürecin sonunda birey sağlık davranışında değişikliğe gider.

Sağlık davranışlarını değiştirmede öne çıkan bilişsel faktörler; öz-etkililik (algılanan kontrol), sağlık davranışının sonucunu değiştirmeye yönelik inançlar ve davranış değişikliğine giderken duyumsanan motivasyon ve istem arasındaki ayrımlardır (Armitage ve Conner, 2000). Buna göre, bireyin söz konusu sağlık davranışını sürdürmeye yönelik iyimser bir düşünce yapısında olması, mevcut değişikliği kalıcı hale getirmede son derece önemli bir etkidir (Schwarzer, 2001).

1.4.1. Değişim Motivasyonu

İnsanların sağlık davranışlarını değiştirmeleri için motivasyon sahibi olmaları gerekmektedir. Bu süreçte üç farklı değişken önemli roller üstlenmektedir. Bunlar risk algısı, değişimin sonuçlarına dair beklentiler ve algılanan öz-yeterlilik (Schwarzer, 2001).

Riskli bir sağlık davranışını sona erdirmenin en belirgin ön koşullarından birisi sağlığa yönelik tehdit algısıdır. Bu tehdit algısı, kişinin riskli sağlık davranışlarını değiştirmesi noktasında öncü etken olacaktır. Sağlık davranışını değiştirme noktasında davranışın sonucuna dair beklentiler de önemli bir faktör olmaktadır. Riskli sağlık davranışı gösteren bir bireyin, mevcut sağlık davranışını sona erdirmesi sonucunda elde edeceği kazanımların yanında elde ettiği öznel yararlar çoğu zaman oldukça düşük bir oranda kalmaktadır. Algılanan öz-yeterlilik kavramı bireyleri zorlayan durumların üstesinden gelmelerini ve hedefledikleri sağlık davranışını gerçekleştirmelerini açıklamaktadır. Öz-yeterlilik algısı yüksek olan bir bireyin, sağlık davranışını değiştirmek için planlama ve düzenlemeler yapmakta ve böylece davranış değişikliği sürecinde karşılarına çıkabilecek sorunları giderebilecek önlemler almakta daha etkin bir tutum alması son derece olası bir durumdur.

1.4.2. Öz-Denetim Süreci

Bireyler bir sağlık davranışını değiştirmeyi hedeflediklerinde eyleme geçmek ve bütün engel ve başarısızlıklara karşın bu eylemi sürdürmek durumundadırlar. Bu süreçte, amaç belirlemek ve amaç için uğraş vermek ayrı iki aşama olarak değerlendirilmektedir (Schwarzer, 2001). Bireylerin öz-denetim sürecinden olumlu sonuçlar almaları ve

nüksetme (relaps) sürecine girmemeleri için algılanan öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir.

Sağlıkta niyeti belirleyen etkenler; algılanan öz-yeterlilik, davranışın sonucuna dair beklentiler ve risk algısıdır. Sağlık davranışına yönelik niyetinin sonucunda değişime yönelik planlama aşaması devreye girer. Planlama aşamasının ardından sağlık davranışını uygular. Uygulama aşamasını etkileyen başlıca etkenler davranışın insiyatifini alma, davranışı sürdürme ve iyileşme gibi kavramlardır (Schwarzer, 2001). Bireyler bir bağımlılık davranışını gidermek için uğraş verirken, madde tarafından baştan çıkarılma düzeylerini sıfırlayıp, maddeyi bırakmaya yönelik özgüvenlerini mutlak bir seviyeye getirdiklerinde, kuramsal anlamda madde bağımlılığı sorununu ortadan kaldırmış hale gelmektedirler. Bu örnekte de sağlık davranışını değiştirmede bilişsel etkenlerin rolü bir kez daha açığa çıkmaktadır (Prochaska ve DiClementine, 1992).

Pozitif psikolojik durum ile olumlu sağlık davranışları arasındaki anlamlı ilişkiler, sağlık psikolojisi literatüründe sıklıkla vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde sosyal destek, yüksek düzeyde bireysel yeterlik, fiziksel aktivite ve egzersiz yapılması, yeterli miktarda uyku, tütün kullanımının olmaması, düzenli beslenme ve sosyo-ekonomik altyapı gibi sağlık davranışlarının yüksek düzeyde ruh sağlığıyla yakından ilgili olduğu ortaya çıkarılmıştır (Peltzer ve Pengpid, 2013). Bir araştırmanın sonuçları, katılımcıların algıladıkları yaşam kaliteleri, algıladıkları fiziksel sağlıklarından çok algıladıkları psikolojik sağlıkları ile yakından ilgili olduğunu göstermiştir (Vaez ve Laflamma, 2003).

1.4.3. Özgüven ve Sağlık Davranışları

Araştırmalara göre, özgüveni yüksek bireyler, risk barındıran sağlık davranışları ile kendi benliklerine yönelik olumlu yargıları arasında tutarsızlık oluşturmamak için, mevcut davranışlarını sürdürmelerini sağlayacak düşünme biçimlerine sıklıkla başvururlardır. Bu düşünme biçimleri genelde kendi riskli davranışlarını gerekçelendiren çeşitli rasyonelleştirme çabaları sonucunda oluşmaktadır. Bu tür çabaları özellikle madde bağımlılığı ve korunmasız cinsel ilişki gibi riskli sağlık davranışlarında gözlemlemek mümkündür. Bu tür davranışların riskleri sıklıkla azımsanmakta veya yok

sayılmaktadır. Ayrıca bu tür davranışların toplum içerisinde çok yaygın olduğu vurgulanmaktadır. Böylece mevcut davranış toplumsal bir norm haline getirilmekte çalışılmaktadır. Bireylerin riskli sağlık davranışlarını sürdürmelerindeki temel motivasyonları, mevcut davranışın toplum içindeki normalliğini bir tür abartma içine girmeleri ile davranışın risk/şiddet algısını kendi bilişsel sistemleri içerisinde en aza indirmeleridir (Gerrard, Gibbons, Bergan, Russell, 2000).

Riskli sağlık davranışlarını rasyonelleştirmekle ilgili “sunî fikir birliği” kavramından söz etmek gerekmektedir. Bu kavrama göre, riskli sağlık davranışında bulunan bireyler, mevcut davranışlarının, içinde yaşadıkları toplum içinde “çoğunluk” tarafından gösterildiğine inanmaktadırlar. Böylece mevcut riskli davranışı gerekçelendirmektedirler (Ross, Green ve House, 1977). Araştırmacılara göre riskli davranışlarla ilgili rasyonelleştirmeleri önlemenin başlıca yolu, bireylerin mevcut davranışları görme ve değerlendirme biçimlerini değiştirmektir (Festinger, 1957).

Konuyla ilgili araştırmalar, özgüveni yüksek bireylerin psikolojik iyi oluşlarını iyileştirmek ve bu iyiliği sürdürmek için, özgüveni düşük bireylere göre daha etkin bilişsel stratejiler geliştirebildiğini göstermektedir. Buna karşılık aynı bireyler, riskli sağlık davranışlarını azaltma veya durdurma noktasında, özgüveni düşük bireylere göre daha etkin baş etme yöntemleri uygulayabilmektedirler (Gerrard ve ark., 2000).

Yüksek özgüven, ruh sağlığı ve psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilemektedir. Özgüveni yüksek bireylerin, özgüveni düşük bireylerden daha mutlu, derin ve güvenli ilişkiler geliştirme ihtimali daha yüksek, tutarlı, etkili, entelektüel ve yaratıcı kapasitesi yüksek bireyler oldukları görülmektedir (Taylor ve Brown, 1988). Özgüveni yüksek kişiler, riskli sağlık davranışı gösteren grupların başında gelmelerine karşın, aynı zamanda riskli sağlık davranışları hakkında bilgi almaya ve kendileri için sağlıklı olana dönmeye de en yatkın bireylerdir. Bunu, sahip oldukları yüksek özgüvenin etkisiyle, değişim için gerekli olan gücü ve cesareti içlerinde barındırmalarına bağlamak mümkün olabilmektedir (Gerrard ve ark., 2000).

1.4.4. Sağlık Davranışı ve Ruh Sağlığı Çalışmalarında Eylemlilik Kavramı

Eylemlilik, kişinin yaşamındaki engellere karşı sorumluluk alabilmesi ve kendi iradesiyle şekillendirdiği hayat doğrultusunda yaşamasına yönelik benliğinde oluşturduğu güven olarak tanımlanabilmektedir. Eylemlilik, öz saygı, yaşam koşulları, öz-yeterlilik ve iç denetim odağı gibi kavramları etrafında değerlendirilmektedir (Atak, 2011). Eylemlilik, benlik, içsel kontrol, eylemlerde anlamlılık, niyetli olma, özgür irade gibi kavramlarla bir arada değerlendirilmektedir (Atak, 2011). Eylemlilik kavramı geçmişin deneyimlerini, yaşamakta olunan anın devamlılığını ve geleceğin muhtemel olasılıklarını içine alan bir yapıdadır. Eylemlilik kavramı farklı bilimsel disiplinler üzerinde farklı yansımalar yaratmıştır. Fenomenolojik teorilerde eylemlilik kavramı anlam ve amaç arama üzerinde yoğunlaşırken, feminist teorilerde ağırlık daha çok özgürlük ve yargı üzerinde olmuştur (Atak, 2011). Son yıllarda eylemlilik kavramı, kişilerin içinde buldukları bağlama göre koşulları şekillendirebilme yetisi olarak ele alınmaya başlamıştır (Cote ve Levine, 2002). Eylemlilik kuramcılarını eylemliliğin yapısında alışkanlık kavramının önemine vurgu yapmışlar ve bireyin eylemliliğini alışkanlıklarla ilerleyen davranış örüntüleri olarak değerlendirmişlerdir (Giddens, 1984).

Bir eylemin en belirgin özelliklerinden biri, eylemin belirli bir etken tarafından tek başına yönlendirilmemesidir. Bir eylemin gerçekleştirilmesi için eylemin sahibinin üzerinde üç çeşit etki olması beklenmektedir:

- Motivasyon-bilinçdışı: Bilinçdışı, bireyin bilinç düzeyinde yer almayan ve çoğu zaman kelimelerle ifade edilemeyen bir düzeyde yer almaktadır. Bu düzeyde insanın derinlerde yatan arzuları yer almaktadır (Giddens, 1984). Bir eylemi tetikleyen bilinçdışı motivasyonlar burada saklıdır.
- Pratik bilinç: Bireylerin açığa vurdukları inanç ve bilgileri pratik bilinç kapsamında yer almaktadır. Pratik bilincin anlaşılması, eylemi tetikleyen sosyal şartların anlaşılmasına bağlıdır (Cote ve Levine, 2002).
- Söylemsel bilinç: Bireyler gerçekleştirmiş oldukları eylemleri kendi kendilerine gözlemleme, değerlendirme ve ifade etme yetisine sahiptirler. Bu bağlamda insan davranışlarının çoğunluğunun bilinçli bir eylemlilik halinde oluştuğunu söylemek mümkündür (Giddens, 1984).

Sağlık davranışlarını değiştirme konusunda literatürde ortaya çıkan en önemli kavramlardan birisi “eylem kontrolü”dür. Eylem kontrolü kavramı üç değişik bileşene ayrılmaktadır. Bu bileşenler; bireyin standartlarına dair farkındalığı, öz-denetim ve öz-düzeltilim çabasıdır. Bireyin standartlarına dair farkındalık kavramına göre, birey, sağlık davranışını değiştirecek niyetlenmeleri ne gibi etkenlerin şekillendirdiğinin farkındadır. Öz-denetim aşamasında birey, sağlıkla ilgili niyetleri ile davranışları arasında uyumsuzluk yaratmayacak eylemlerde bulunmak adına mevcut düzenini denetim altında tutmaktadır. Aradaki uyumsuzluklar fazlalaştığında ise bireyin sağlığıyla ilgili yeni uygulamalara geçtiği öz-düzeltilim aşaması devreye girmektedir. Yapılan araştırmalara göre, bir sağlık davranışına yönelik risk algısı ve davranışın sonuçlarına dair beklentiler, o davranışla ilgili niyetleri değiştirmekte yetersiz kalırken, söz konusu davranışla ilgili kişinin algıladığı öz-etkililik, davranışı sürdürme veya bırakma noktasında oldukça anlamlı ölçüde fark yaratan bir etken olmuştur (Scholz, Nagy, Göhner, Luszczynska ve Kliegel, 2009).

Psikoloji literatüründe olumsuz seyreden ruh sağlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki olumsuz etkisi vurgulanmaktadır. Aynı şekilde sağlık kaygısının sağlık davranışlarına etkisinin olumsuz olduğunu belirten çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Demografik etkenler çerçevesinde bu değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisini inceleyen bu çalışmayla, sağlıkla ilgili bilişsel faktörleri etkileyen etmenler ortaya çıkarılmıştır. Söz konusu araştırma, bu düzlemdeki temelini, sağlıkla ilgili bilişsel yapıların mevcut sağlık davranışlarını değiştirme veya sürdürme noktasında başlıca belirleyici etken olduğu savına dayandırmaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı ve sağlık kaygısı gibi sağlık davranışlarını doğrudan etkileyebilecek etkenler, araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. Türkiye’deki psikoloji literatüründe birbirinden ayrı olarak farklı konularda değerlendirilen ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları; bu araştırmada birbirleriyle olan ilişkilerinin doğrudan gözlemlendiği ve istatistiksel analizler neticesinde anlamlı sonuçların elde edildiği sistematik ve bütünlüklü bir çalışma olarak sunulmaktadır.

Yapılan literatür taramasına ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ikili ilişkilerin değerlendirildiği çalışmaların yanında, Türkiye'deki psikoloji literatüründe bu kavramların bir arada değerlendirildiği bütünlüklü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kavramlar arasındaki ilişkilere dair genel kanıların doğruluğunu tespit etmek adına söz konusu araştırmanın uygulanmasına karar verilmiştir ve değişkenler bu motivasyonun doğrultusunda oluşturulmuştur. Elde edilen analizler neticesinde düşük düzeyde psikolojik sorun düzeyi ve sağlık kaygısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediği yönünde ampirik verilerin elde edilmesi beklenmektedir.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın dört ana ve dört alt hipotezi vardır.

1. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.
 - 1a. Ruh sağlığı düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları düzeyi yüksektir.
2. Üniversite öğrencilerinde sağlık kaygısı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.
 - 2a. Sağlık kaygısı düzeyi düşük olan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları düzeyi yüksektir.
3. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı ve sağlık kaygısı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde bir arada anlamlı bir etkisi vardır.
 - 3a. Üniversite öğrencilerinde düşük düzey ruh sağlığı ve yüksek düzey sağlık kaygısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyini azaltmaktadır.
4. Üniversite öğrencilerinde algılanan genel sağlık düzeyinin ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anlamlı ilişkileri vardır.
 - 4a. Üniversite öğrencilerinde algılanan genel sağlık düzeyi arttıkça, sağlık kaygısı düzeyi azalırken, ruh sağlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi artmaktadır.

BÖLÜM 2 GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme Okan Üniversitesi, Doğu Üniversitesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, Yakın Doğu Üniversitesi, Kadir Has Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi'nde eğitimlerine devam etmekte olan çeşitli fakültelerdeki öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırma, 1.,2.,3. ve 4. sınıf öğrencileri arasında dengeli bir şekilde dağıtılmıştır.

Uygun Örnekleme (*Convenience Sample*) yöntemiyle bulunan öğrencilere bilgilendirilmiş onam formu ve araştırmanın ölçekleri derslerinden önce veya sonra izin alınarak, grup olarak uygulanmıştır. Bu yöntemle toplamda 400 öğrenciye ulaşılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada ruh sağlığı belirtilerini ölçmek için Genel Sağlık Anketi, sağlıklı ilgili kaygıları ölçmek için Sağlık kaygısı Ölçeği, ruhsal ve fiziksel sağlık yaşantılarını ölçmek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile katılımcıların kendileri hakkında bazı demografik bilgileri doldurmaları beklenen Kişisel Bilgi Formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araçların birer örneği “Ekler” bölümünde yer almaktadır.

2.2.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmanın katılımcılarından ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkileri daha net görebilmek amacıyla potansiyel ayırt edici değişkenler olan yaş, cinsiyet, sınıf gibi maddelere yanıt vermelerini sağlamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu hazırlanmıştır. Katılımcıların bu maddeleri samimiyetle yanıtlayabilmeleri için kimlik bilgileri alınmamıştır.

2.2.2.Genel Sağlık Anketi (GSA12)

Sağlıklı katılımcılar, birinci basamak sağlık hizmetine başvurular ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışı hasta gruplarına yönelik olan ve kaygı ve depresyon belirtilerinin tespit edilmesi için kullanılan, anket şeklinde uygulanan psikolojik testtir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Genel Sağlık Anketi, ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir ölçektir. Bu ölçeğin sonuçları, kişide genel olarak bir psikolojik sorun olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. 12 soruluk genel sağlık anketi kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyo-kültürel ortamlarda kullanılabilmesi için yaygın olarak tercih edilmektedir. Ölçeğin, psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabilmesi belirtilirken psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastaların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir. Ölçeğin 12 ve 28 maddelik formları vardır. 12 maddelik GSA'yı Goldberg ve Williams (1988) geliştirmiştir. Bu çalışmada 12 soruluk formu kullanılacaktır. Testin başında bir yönerge vardır ve katılımcılar 4'lü Likert tipi ile hazırlanmış yanıtlardan uygun olanını işaretler. GSA tipi puanlama adı verilen yöntemle her sorunun ilk iki yanıtına 0 ve son 2 yanıtına 1 puan verilir. GSA12'de GSA tipi puanlama yöntemine göre toplam puan 0 – 12 arasındadır. GSA tipi puanlamayla elde edilmiş değerler risk gruplarını gösterir. 12 madde üzerinden deneklerin aldıkları puanlar düşük, orta ve yüksek puanlılar olarak gruplandırılmaktadır. Ölçekten 2'den az puan alanlar düşük, 2-3 arası puan alanlar orta ve 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek puanlı olarak gruplanmaktadır (Dağdelen, 2008).

Testin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,78 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlüğünde $r=0,84$ olarak elde edilmiştir. Yarım test güvenirlüğü korelasyon katsayısı ise $r=0,81$ 'dir. Geçerlik çalışmasında, ROC analizi yapılarak ölçüt geçerliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlanma ile kesme puanı 1/2 olarak hesaplanmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2012).

2.2.3.Sağlık Kaygısı Ölçeği (SAÖ)

Ölçeği ilk geliştiren kişiler Salkovskis, Rimes, Warwick ve Clark'tır (2002). Türkçeye Aydemir, Kırpınar, Satı, Uykur ve Cengisiz (2011) tarafından çevrilmiştir. Sağlık kaygısı Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi bireylerin ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise bireylerin varsayılan ciddi hastalık durumuyla ilgili sorular sorulmaktadır. Ölçeğin puanlanması her bir madde için 0-3 arasındadır ve ölçeğin toplam puanı her bir maddenin aritmetik toplamından oluşur (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012). Yapılan medyan analizleri neticesinde Sağlık kaygısı'nin skorları yüksek ve düşük olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Medyan ortalamasında %50'nin üstünde yer alan skorlar yüksek, altında kalan skorlar ise düşük anksiyete düzeyine işaret etmektedir. Böylece sağlık kaygısı düzeyinin toplam skorunun anlamlılık düzenin artırılması amaçlanmıştır.

Başta somatoform bozukluk ve anksiyete semptomları olmak üzere bireylerde sağlık kaygısını özellikle bilişsel ve duygusal açıdan değerlendirmektedir. Ölçekten elde edilen yüksek skorlar, bireyin sağlığıyla ilgili endişelerinin düzeyine dair veriler sunmaktadır. Bu endişeler daha çok bireyin bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu ile olası bir hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilgili düşünceleri içermektedir. Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili endişeli sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Bulunan sonuçlara göre sağlık kaygısı yüksek olan bireylerde genel anksiyete düzeyi ve somatizasyon yatkınlığının daha fazla olacağı, bunun da sağlık davranışlarına etki edeceği öngörülmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Klinik ve klinik dışı gruplarda uygulanabilmektedir.

Sağlık kaygısı Ölçeği'nin güvenilirlik çözümlenmelerine göre Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir. Madde-toplam puan bağıntı katsayıları 0,405 ile 0,769 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test uygulamasında iki haftalık arayla yapılan ölçekler arasındaki bağıntı katsayısı $r=0,572$ ($p<0,0001$) olarak bulunmuştur.

Ölçeğin geçerlik verilerine bakıldığında, birinci faktörün öz-değeri 8,189'dur ve toplam varyansın %45,4'ünü açıklamaktadır. Birinci faktör ölçeğin ilk 14 maddesini içermektedir ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu temsil eden gövde boyut olarak adlandırılmaktadır. İkinci faktörün öz-değeri 1,647'dir ve toplam varyansın %9,1'ini açıklamaktadır. İkinci faktör ölçeğin son 4 maddesini içermekte ve varsayımsal bir hastalığın olası olumsuz sonuçlarıyla ilişkili boyut olarak adlandırılmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Sağlık kaygısı Ölçeği'nin diğer ölçeklerle yapılan birlikte geçerlik çözümlerinde Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği ile bağıntı katsayısı $r=0,371$ ($p<0,0001$), Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ile bağıntı katsayısı $r=0,433$ ($p<0,0001$) olarak bulunmuştur. Sağlık kaygısı Ölçeği toplam puanına göre araştırma grupları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=14,467$, $p<0,0001$). Post-Hoc analizi neticelerine göre ise, somatofom bozukluklar gurubuyla panik bozukluk grubu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık gözlenmezken ($p=0,973$), majör depresif bozukluk grubunun değerlerinin ($p<0,002$) sağlıklı kontrol grubundan ($p=0,001$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Aydemir ve Köroğlu, 2012).

2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

Ölçek Walker, Kerr, Sechirst ve Pender (1990) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türkiye'de geçerliliği ve güvenilirliği Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Esin (1997) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyinin daha yüksek olması ve kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmış olması nedeniyle tercih edilmiştir. Bu ölçek toplam 48 maddeden oluşmakta ve ölçekte kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt grup bulunmaktadır. Kendini gerçekleştirme alt grubu, bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme 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, 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 (Dalak, 2010).

Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ve işaretleme 4'lü Likert tipli ölçek üzerine yapılmaktadır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 48–192 arasında değişmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinde ölçekten alınan toplam puan ölçüt alınacağı gibi, ölçekteki her bir alt grup bağımsız olarak değerlendirilerek daha özelliği olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırılabilir (Dalak, 2010).

Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda çalışmada kullanılmış bir ölçektir (Hui, 2002; Walker ve ark 1990; Bond, Jones, Cason, Campell ve Hall, 2002). Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 50 birey üzerinde üç hafta aryla uygulanmış ve test- tekrar test korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için r değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.99, kendini gerçekleştirme için 0.99, sağlık sorumluluğu için 0.98, egzersiz için 0.97, beslenme 0.98, kişilerarası destek için 0.97, stres yönetimi için 0.98 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik için madde toplam puan güvenirliliği incelenmiş her bir madde korelasyon değerleri 0.27 ile 0.55 arasında değiştiği görülmüştür (Koçoğlu, 2006).

Türkçe Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Bu ölçek, ülkemizde farklı araştırmalarda da kullanılmıştır (Ege ve ark., 2003; Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Zaybak ve Fadilolu 2004; Zincir ve ark., 2003).

2.2.5. Algılanan Genel Sağlık Seviyesi Ölçüm Sorusu

Algılanan genel sağlık seviyesi, sağlık davranışlarını değiştiren ve dönüştüren önemli etkenlerden biridir. Bu kavramın ampirik olarak ölçülmesine yönelik oluşturulmuş ve 1 ile 10 arasında bir puan vermeye dayalı olarak hazırlanmış tek soruluk skalanın belirlenmesi için, hem bu gruptan yer aldığı orijinal çalışma (Bowling, 2004) hem de ileri tarihlerde literatürde yer almış ve aynı metodolojiyi kullanmış uyarlama çalışmaları (Bowling, 2005; OECD, 2005), mevcut kategorizasyon sürecinin referans noktası olmuştur. Söz konusu çalışmalardan model alınan puanlama yöntemleri doğrultusunda algılanan sağlık seviyesi, katılımcının 10'luk skala üzerinde verdiği puana bağlı olarak üç farklı kategoriye ayrılmıştır. 1-3 arası puan verenler düşük, 4-7 arası puan verenler orta, 8-10 arası puan verenler yüksek düzeyde algılanan sağlık seviyesine sahip olarak değerlendirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Tekniği Ve Prosedür

Betimsel nitelikteki araştırmada veriler anket yöntemiyle elde edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerini öğrenmek amacıyla kendilerine bir dizi sorudan oluşan anketler verilmiştir. Katılımcıların anketlere verdikleri yanıtların neticesinde araştırmanın verileri elde edilmiştir.

Prosedürde ilk olarak üniversitenin etik kurulundan onay alınmıştır. Alınan onay sonrasında veri toplama sürecine girilmiştir. Uygulama öncesi, katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu dağıtılmıştır. Bu formu doldurarak araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler, ölçükleri doldurmuşlardır. Uygulama toplamda 15 ile 20 dakika arasında sürmüştür. Doldurulan ölçükler daha sonra istatistiksel analiz yoluyla değerlendirilmiştir. Araştırma sorularının değişkenlerini analiz etmek amacıyla, ilgili alanlarda geliştirilmiş ve literatürde sıklıkla referans olarak gösterilen ölçüklerden yararlanılmıştır. Hazırlanan ölçükleri dolduracak katılımcılara, çalışmanın detaylarını içeren onam formları dağıtılmış ve çalışmaya gönüllü katılımları için onayları alınmıştır (Ek: Bilgilendirilmiş Onam Formu).

BÖLÜM 3 BULGULAR

Bu bölümde, üniversite öğrencisi olan ve farklı fakülteler, sınıflar, gelir seviyeleri ile yaşlardan olan bireylerin Genel Sağlık Anketi, Sağlık kaygısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile algıladıkları sağlık seviyeleri doğrultusunda verdikleri yanıtlar ile bunların istatistiksel dağılım ve karşılaştırmalarına dair bulgular yer almaktadır.

3.1. Betimleyici Veriler

Ölçümlerin betimsel karakteristiğini ölçmek için Genel Sağlık Anketi, Sağlık kaygısı Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin skorları ile tüm demografik değişkenlerin aritmetik ve medyan ortalamaları, standart sapmaları ile minimum-maksimum değerleri hesaplanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan 400 bireyin yaşları 18 ile 42 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 22,04'tür(SD=2,69). Araştırmanın katılımcılarının %16,3'ü İstanbul Üniversitesi, %23,5'i İstanbul Bilgi Üniversitesi, %18,8'i Doğu Üniversitesi, %15'i Okan Üniversitesi, %17'si Yakın Doğu Üniversitesi ve %9,5'i Kadir Has Üniversitesi öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın katılımcılarının %47,5'i fen-edebiyat fakültesi, %11,5'i iktisadi ve idadi bilimler fakültesi, %4,8'i iletişim fakültesi, %12'si mühendislik fakültesi, %17,3'ü hukuk fakültesi ve %7'si hemşirelik fakültesi öğrencisidir. Bu öğrencilerin öğrenim gördükleri fakültelerin dağılımıyla ilgili detaylı bilgiler, Tablo 3.1'de yer almaktadır. Araştırmanın katılımcılarından 351 kişi not ortalamasını belirtmiştir. Belirtilen not ortalamalarının aritmetik ortalaması 4.00 üzerinden 2.75'tir(SD=0,71). Bunların yanında kişisel bilgi formunda katılımcılardan genel sağlık durumlarını değerlendirmeleri istenmiş ve bunun için genel sağlık durumlarına 1 ile 10 arasında bir değer vermeleri istenmiştir. Bu skalada 1 en düşük, 10 en yüksek değeri ifade etmektedir. Bu değerlerin ortalaması 7,52'dir(SD=1,64). Öğrencilerin demografik özellikleriyle ilgili detaylı bilgiler Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

TANIYICI ÖZELLİKLER	Fen-Edebiyat Fakültesi		İktisadi ve İdari B. Fakültesi		İletişim Fakültesi		Mühendislik Fakültesi		Hukuk Fakültesi		Hemşirelik Fakültesi		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş														
18-24	161	84.7	33	71.7	17	89.5	40	83.3	58	84.1	28	100.0	337	84.3
25+	29	15.3	13	28.3	2	10.5	8	16.7	11	15.9	0	0.0	63	15.8
Cinsiyet														
Kadın	117	61.6	24	52.2	11	57.9	20	41.7	20	29.0	28	100.0	220	55.0
Erkek	73	38.4	22	47.8	8	42.1	28	58.3	49	71.0	0	0.0	180	45.0
Not ortalaması														
Düşük	21	12.7	8	17.8	0	0.0	9	25.7	7	11.5	1	3.7	46	13.1
Orta	64	38.6	22	48.9	6	35.3	9	25.7	38	62.3	9	33.3	148	42.2
Yüksek	81	48.8	15	33.3	11	64.7	17	48.6	16	26.2	17	63.0	157	44.7
Gelir seviyesi														
0-499 TL	34	18.1	7	15.2	4	21.1	11	22.9	16	23.5	15	53.6	87	21.9
500-999 TL	69	36.7	13	28.3	9	47.4	15	31.3	23	33.8	9	32.1	138	34.8
1000-1999 TL	47	25.0	18	39.1	4	21.1	15	31.3	20	29.4	2	7.1	106	26.7
2000+ TL	38	20.2	8	17.4	2	10.5	7	14.6	9	13.2	2	7.1	66	16.6
Barınma Durumu														
Aileyle	106	55.8	29	63.0	12	63.2	29	60.4	39	56.5	19	67.9	234	58.5
Akrabaların yanında	9	4.7	1	2.2	0	0.0	1	2.1	5	7.2	1	3.6	17	4.3
Arkadaşlarla	42	22.1	11	23.9	7	36.8	7	14.6	9	13.0	3	10.7	79	19.8
Yalnız	13	6.8	4	8.7	0	0.0	8	16.7	8	11.6	2	7.1	35	8.8
Öğrenci yurdunda	20	10.5	1	2.2	0	0.0	3	6.3	8	11.6	3	10.7	35	8.8
TOPLAM	190	100.0	46	100.0	19	100.0	48	100.0	69	100.0	28	100.0	400	100.0

3.1.1. Cinsiyet

Katılımcıların %55'i kadın, %45'i erkektir. Cinsiyet dağılımlarıyla ilgili detaylı bilgiler Tablo 3.2'de yer almaktadır. Fen-Edebiyat fakültesi öğrencilerinin %38'i erkek,%62'si kadınlardan oluşmuştur. Bu oranlar İktisadi ve İdadi Bilimler fakültesi öğrencilerinde erkekler için %47 ve kadınlar için %53 olmuştur. İletişim fakültesinde erkekler için %42, kadınlar için %58 olmuştur. Mühendislik Fakültesi'nde erkekler için %58, kadınlar için %42 olmuştur. Hukuk Fakültesi'nde erkekler için %71, kadınlar için %29 olmuştur. Hemşirelik Fakültesi'nden olan katılımcıların ise tamamı kadındır. Üniversitelere bakıldığında, yazım sırasıyla mevcut erkek ve kadın oranları İstanbul Üniversitesi için %21 ve %79, Bilgi Üniversitesi için %36 ve %64, Doğu Üniversitesi için %42 ve %58, Okan Üniversitesi için %56 ve %44, Yakın Doğu Üniversitesi için %52 ve %48, Kadir Has Üniversitesi için %78 ve %22'dir. Aynı oranların sınıflara göre oranı 1. sınıflarda %42 ve %58, 2. Sınıflarda %42 ve %58, 3.sınıflarda %57 ve %43, 4.sınıflarda %38 ve %62'dir.

3.1.2. Gelir Seviyesi

Araştırmanın katılımcılarının aylık gelir seviyelerine bakıldığında, erkeklerin %34,5, kadınların ise %65,5 oranında 0-499 TL aralığında olduğu görülmektedir. 500-999 TL aralığında erkekler %44,9'u, kadınlarda %55,1'i oluşturmuştur. 1000-1999 TL aralığında erkekler %49,1, kadınlar %50,9'luk yüzdeyi temsil etmiştir. 2000 TL ve üzerindeki gelir grubunda ise erkekler %51,5'luk, kadınlar ise %48,5'luk yüzdeyi temsil etmişlerdir.

3.1.3. Sınıf

Araştırmaya katılan 400 öğrenciden 7'si sınıfını belirtmemiştir. Geriye kalan 393 kişinin %18'i 1.sınıf, %30'u 2.sınıf, %22'si 3.sınıf ve geriye kalan %29'u ise 4.sınıf öğrencisidir.

3.1.4. Barınma Durumu

Araştırmaya katılan bireylerin %58'i ailesiyle, %4'ü akrabalarının yanında, %20'si arkadaşlarıyla, %8'i yalnız, geriye kalan %10'u ise üniversite yurdunda barınmaktadır.

Genel Sağlık Anketi sonucunda elde edilen veriler aracılığıyla çeşitli fakültelerden öğrencilerin psikolojik sorun düzeyi düzeyleri hesaplanmıştır. Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin ölçek toplam puan ortalaması 3.02, İktisadi ve İdadi Bilimler Fakültesi öğrencilerinin ölçek toplam puan ortalaması 2.84, İletişim Fakültesi öğrencilerinin toplam ölçek puanı ortalaması 4.10, Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin toplam ölçek puanı ortalaması 3.60, Hukuk Fakültesi öğrencilerinin toplam ölçek puanı ortalaması 3.20, Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin toplam ölçek puanı ortalaması 2.57 olarak bulunmuştur.

Sağlık kaygısı Ölçeği sonuçlarına göre farklı fakültelerden olan öğrencilerin sağlık kaygısı toplam skorları elde edilmiştir. Alınan sonuçlara göre Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 15.91, İktisadi ve İdadi Bilimler Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 16.78, İletişim Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 18.00, Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 14.02, Hukuk Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 16.17, Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 16.82'dir. Yapılan ANOVA ölçümlerine göre fakülte grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sonuçlarına göre farklı fakültelerden olan öğrencilerin sağlık davranışları toplam skorları edinilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor ortalaması 126.44, İktisadi ve İdadi Bilimler Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor ortalaması 120.39, İletişim Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor ortalaması 122.57, Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor

ortalaması 119.10, Hukuk Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor ortalaması 122.07, Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skor ortalaması 128.46 olarak bulunmuştur. Özellikle Psikoloji öğrencilerinin ağırlıkta olduğu Fen-Edebiyat Fakültesi ile Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları toplam skorları, diğer fakülte öğrencilerinin toplam skor ortalamalarına göre daha yüksek olmasına rağmen, aradaki bu fark yapılan ANOVA ölçümlerinde anlamlı düzeyde bulunmamıştır.

Analizlerden elde edilen sonuçlara göre, Fen-Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.55, İktisadi ve İdadi Bilimler Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.76, İletişim Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.10, Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.62, Hukuk Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.34, Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin algılanan genel sağlık düzeyi ortalaması 7.53 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA ölçümlerinde fakülte grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

3.2. Araştırmanın Değişkenleriyle İlgili Bulgular

Araştırmanın desenine göre bağımsız değişkenler ruh sağlığı/psikolojik sorun düzeyi düzeyi, sağlık kaygısı düzeyi, algılanan sağlık seviyesi ve çeşitli demografik etkenler olurken, bağımlı değişkenler sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bu davranışların alt faktörleri olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi gibi kişisel özellikler olmuştur. Ölçümlerde demografik etkenlerin ne derece anlamlı farklar yarattığını belirlemek için ikili gruplara t testi, üçlü/çoklu gruplara ANOVA testi uygulanmıştır. Bu ölçümlerde demografik değişkenler, bağımsız değişkenler olarak kullanılmak üzere ikili veya üçlü/çoklu kategorik gruplar haline getirilmişlerdir. Analizlerde, kategorik etkenler bağımsız değişken, toplam ölçek skorlarını içeren skala/interval formundaki etkenler ise bağımlı değişken olarak kullanılmıştır.

3.2.1. Cinsiyete Göre Ruh Sağlığı Puanları Arasındaki Farklılıklar

Tablo 3.2’de ruh sağlığı gruplarının cinsiyete göre ortalamaları yer almaktadır. Bu dağılımlara göre yapılan t test sonuçları, ruh sağlığı düzeyi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir.

Tablo 3.2 Cinsiyet Gruplarının Ruh Sağlığı Skor Ortalamaları

Cinsiyet	X	Ss	N
Erkek	2,96	2,88	180
Kadın	3,25	3,12	220
Toplam	3,12	3,02	

3.2.2. Algılanan Sağlık Durumu Grupları Arasında Ruh Sağlığı Puanları Açısından Farklar

Algılanan sağlık seviyesi verileri, katılımcılara genel sağlık durumlarını derecelendirmelerinin istendiği tek maddeye verdikleri yanıtların neticesinde elde edilmiştir. Katılımcının 10’luk skala üzerinde verdiği puana bağlı olarak, algılanan sağlık seviyesi üç farklı kategoriye ayrılmıştır. 1-3 arası puan verenler düşük, 4-7 arası puan verenler orta, 8-10 arası puan verenler yüksek düzeyde algılanan sağlık seviyesine sahip olarak değerlendirilmiştir. Algılanan genel sağlık düzeyi gruplarının (düşük, orta ve yüksek düzey) ruh sağlığı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Algılanan sağlık durumu bağımsız; ruh sağlığı toplam skoru ise bağımlı değişken olarak analiz edilmiştir. Skor ortalamaları Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

Tablo 3.3 Algılanan Sağlık Seviyelerine Göre Ruh Sağlığı Toplam Skorlarının Ortalamaları

Algılanan sağlık seviyesi	X	Ss	N
Düşük	4,63	4,15	11
Orta	3,60	3,08	153
Yüksek	2,73	2,86	236
Toplam	3,12		3,02

Elde edilen sonuçlara göre, ruh sağlığı grupları arasında algılanan sağlık durumu seviyesi açısından anlamlı bir fark vardır. $F(2,397)=5,385$, $p<.05$. One-way ANOVA ölçümünün ardından yapılan Tukey's Post Hoc testine göre, algılanan sağlık düzeyleri yüksek olan katılımcılar, algılanan sağlık düzeyi orta düzey olan katılımcılara göre daha düşük psikolojik sorun düzeyi skoruna sahiptir. Söz konusu bilgiler, Tablo 3.4'te görülebilir. Algılanan sağlık düzeyi yüksek olan grup ile düşük olan grup arasında belirgin bir ortalama farklılığı olmasına karşın, Post Hoc analizlerine göre aradaki fark anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 3.4 Tukey's Post Hoc Sonuçlarına Göre Gruplar Arası Ruh Sağlığı Farklılıklarının Anlamlılık Düzeyleri

(I) Algılanan sağlık seviyesi	(J) Algılanan sağlık seviyesi 2	Ortalama farklılıkları (I-J)	Standart hata	Anlamlılık düzeyi	95% Güven aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Düşük	Orta	1,02	,93	,513	-1,16	3,22
	Yüksek	1,89	,92	,100	-,27	4,06
Orta	Düşük	-1,02	,93	,513	-3,22	1,16
	Yüksek	,87	,31	,015*	,14	1,60
Yüksek	Düşük	-1,89	,92	,100	-4,06	,27
	Orta	-,87	,31	,015*	-1,60	-,14

*p<.05, Bağımlı değişken: Ruh sağlığı toplam skoru

3.2.3. Barınma Türü ile Ruh Sağlığı Düzeyi Arasındaki İlişki

Barınma türü gruplarının (aile, akraba, arkadaş, yalnız, yurt) ruh sağlığı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Barınma türüne göre ruh sağlığı skorlarının dağılımı Tablo 3.5'te verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, barınma türü grupları arasında ruh sağlığı toplam skoru yönünden anlamlı bir fark yoktur. $F(4,395)=0,629$, $p>.05$.

Tablo 3.5 Farklı Barınma Türü Gruplarının Ruh Sağlığı Skorlarının Ortalamaları

Barınma türü	X	Ss	N
Ailemle	3,06	3,02	234
Akrabalarla	3,58	2,80	17
Arkadaşlarla	2,89	2,66	79
Yalnız yaşam	3,11	2,81	35
Yurtta yaşam	3,77	3,97	45
Toplam	3,12	3,02	400

3.2.4. Akademik Başarı Ortalaması ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki

Akademik başarı ortalamasının ruh sağlığı toplam puanları arasındaki ilişkinin anlamlılığına Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.6'da yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin akademik başarı ortalamaları ile ruh sağlığı toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır: ($r = -.070$; $p > .01$)

Tablo 3.6 Akademik Başarı Ortalaması ve Ruh Sağlığının Korelatif İlişkisi

		ruhsagtoplam	gpa
ruhsagtoplam	Pearson korelasyon	1	-,070
	Anlamlılık (2-tailed)		,189
	N	400	351
gpa	Pearson korelasyon	-,070	1
	Anlamlılık (2-tailed)	,189	
	N	351	351

3.3. Sağlık kaygısı Puanlarında Gruplar Arası Farklılıklar

Ölçümlerde demografik etkenlerin ne kadar anlamlı farklar yarattığını belirlemek amacıyla ikili gruplar arasında t testi, üçlü ve daha fazla gruplar için de ANOVA testi kullanılmıştır. Bu ölçümlerde demografik değişkenler bağımsız değişkenler olarak kullanılmak için ikili veya üçlü/çoklu gruplar haline getirilmişlerdir. Sağlık kaygısı ölçeğinden alınan toplam puanlarına göre tüm katılımcıların skorlarından oluşan medyan analizi yapılmıştır. Buna göre toplam puanı %50'lik kesimin üstünde yer alan kısım yüksek/riskli anksiyete grubunu, altında kalan kesim ise düşük/risksiz anksiyete grubunu temsil etmektedir.

3.3.1. Cinsiyetin Sağlık Kaygısı ile İlişkisi

Cinsiyet gruplarının (kadın ve erkek) sağlık kaygısı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına t-test ile bakılmıştır. Katılımcının cinsiyeti bağımsız, sağlık kaygısı düzeyleri bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Sağlık kaygısı toplam skorlarının cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.7'de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, cinsiyeti erkek olan grupta (M=1,49, SD=0,501) cinsiyeti kadın olan grup (M=1,47, SD=0,500) arasında sağlık kaygısı yönünden anlamlı bir fark yoktur: $t(398)=0,341$, $p=0,733$.

Tablo 3.7 Farklı Cinsiyet Gruplarının Sağlık Kaygısı Skorlarının Ortalamaları

Cinsiyet	X	Ss	N
Erkek	15,74	7,05	180
Kadın	16,20	6,87	220
Toplam	15,99	6,95	

3.3.2. Gelir Seviyesinin Sağlık kaygısı ile İlişkisi

Gelir seviyesi gruplarının (0-499tl, 500-999tl, 1000-1999tl, 2000tl ve üzeri) sağlık kaygısı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Katılımcının gelir seviyesi bağımsız, sağlık kaygısı toplam skoru bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Gelir seviyesi gruplarına göre sağlık kaygısı skorlarının dağılımı Tablo 3.8’de mevcuttur. Elde edilen sonuçlara göre, gelir seviyesi grupları arasında sağlık kaygısı skoru yönünden anlamlı bir farklılık yoktur. $F(3,393)=0,884, p>.05$

Tablo 3.8 Gelir Seviyesine Göre Sağlık kaygısı Toplam Skorlarının Ortalamaları

Aylık gelir	X	Ss	N
0-499 TL	15,95	6,93	87
500-999 TL	16,44	6,82	138
1000-1999 TL	16,57	7,34	106
2000TL- üzeri	14,25	6,59	66
Toplam	16,00	6,97	397

3.3.3. Algılanan Sağlık Durumunun Sağlık Kaygısı ile İlişkisi

Algılanan genel sağlık seviyesi gruplarının (düşük, orta ve yüksek) sağlık kaygısı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Katılımcının algılanan sağlık durumu bağımsız, sağlık kaygısı toplam skorları bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Algılanan sağlık durumunun seviyesine göre gruplar arasındaki sağlık kaygısı skor dağılımlarını gösteren bilgiler Tablo 3.9’da yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, algılanan sağlık durumu ile sağlık kaygısı toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır. $F(2,397)=9,692, p<.05$.

Tablo 3.9 Algılanan Sağlık Seviyesine Göre Sağlık Kaygısı Skor Ortalamaları

Sağlık seviyesi	X	Ss	N
Düşük	20,09	9,55	11
Orta	17,55	7,62	153
Yüksek	14,79	6,06	236
Toplam	15,99	6,95	

Analizlerden elde edilen sonuçlara göre, algılanan sağlık durumu ne kadar yükseğe kişinin sağlık kaygısı da o kadar düşük çıkmıştır. Post Hoc sonuçlarına göre, algılanan sağlık seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık kaygısı ile algılanan sağlık seviyesi orta ve düşük düzey olan bireylerin sağlık kaygısı arasında anlamlı bir fark vardır. Bu farklarla ilgili veriler Tablo 3.10’da yer almaktadır.

Tablo 3.10 Tukey’s Post Hoc Sonuçlarına Göre Algılanan Sağlık Grupları Arasındaki Sağlık Kaygısı Farklılıkları

(I) Algılanan sağlık seviyesi	(J) Algılanan sağlık seviyesi 2	Ortalama farklılığı (I-J)	Std. hata	Anlamlılık düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Düşük	Orta	2,53	2,12	,458	-2,46	7,53
	Yüksek	5,29	2,10	,032*	,35	10,23
Orta	Düşük	-2,53	2,12	,458	-7,53	2,46
	Yüksek	2,76	,70	,000*	1,10	4,42
Yüksek	Düşük	-5,29	2,10	,032*	-10,23	-,35
	Orta	-2,76	,70	,000*	-4,42	-1,10

*p<.05, Bağımlı değişken: Sağlık kaygısı toplam skoru

3.3.4. Barınma Türünün Sağlık kaygısı ile İlişkisi

Barınma türü gruplarının (aile yanı, akraba yanı, arkadaşlar ile, yalnız, yurttta) sağlık kaygısı puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA ile bakılmıştır. Katılımcının barınma türü bağımsız, sağlık kaygısı toplam skoru ise bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Barınma türlerine göre sağlık kaygısı ortalamalarını içeren bilgiler Tablo 3.11’de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, barınma türünün sağlık kaygısı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur; $F(5,395)=5,068$, $p>.05$.

Tablo 3.11 Barınma Türü Gruplarındaki Sağlık Kaygısı Ortalamaları

Barınma türü	X	Ss	N
Aile	15,56	0,49	234
Akrabalarla	13,88	0,49	17
Arkadaşlarla	17,36	0,48	79
Yalnız yaşam	15,77	0,50	35
Yurttta yaşam	17,00	0,50	35
Total	15,99		400

X: Aritmetik ortalama Ss: Standart sapma. Bağımlı değişken: Sağlık kaygısı skoru

3.3.5. Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlık Kaygısının İlişkisi

Akademik başarı ortalamasının sağlık kaygısı toplam puanları arasındaki ilişkinin anlamlılığına Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin akademik başarı ortalamaları ile sağlık kaygısı toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır: ($r= .042$; $p>.01$) Sağlık kaygısının akademik başarı ortalaması ile ilişkisini içeren bilgiler Tablo 3.12’de mevcuttur.

Tablo 3.12 Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlık Kaygısının Korelatif İlişkisi

		gpa	saganktoplam
gpa	Pearson korelasyon	1	,042
	Anlamlılık (2-tailed)		,431
	N	351	351
saganktoplam	Pearson korelasyon	,042	1
	Anlamlılık (2-tailed)	,431	
	N	351	400

3.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında Gruplar Arası Farklılıklar

Ölçümlerde demografik etkenlerin ne kadar anlamlı farklar yarattığını belirlemek amacıyla ikili gruplar arasında t testi, üçlü ve daha fazla gruplar için de ANOVA testi kullanılmıştır. Bu ölçümlerde demografik değişkenler bağımsız değişkenler olarak kullanılmak için ikili veya üçlü/çoklu gruplar haline getirilmişlerdir.

3.4.1. Cinsiyet ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Cinsiyet gruplarının (erkek ve kadın) sağlık yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına t-test ile bakılmıştır. Katılımcının cinsiyeti bağımsız, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorları ise bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Tablo 3.13'te sağlık davranışları toplam skorlarının cinsiyete göre dağılımlarını içeren ortalamalar yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, farklı cinsiyet grupları arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları yönünden anlamlı bir fark yoktur. $t(398)=0,140$, $p=0,717$.

Tablo 3.13 Cinsiyete Göre Sağlık Davranışları Toplam Skor Ortalamaları

Cinsiyet	X	Ss	N
Erkek	123,68	19,66	180
Kadın	124,38	18,74	220
Toplam	124,07	19,13	

Tablo 3.14’te sağlık davranışları alt faktörlerinin cinsiyete göre dağılımlarını içeren ortalama skorları yer almaktadır. Söz konusu ortalamalar arasında sağlık davranışları toplam skorları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.

Tablo 3.14 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Faktörlerinin Farklı Cinsiyetlerdeki Ortalamaları

	Cinsiyet	Sayı	X	Ss	Standart Hata Ort.
Kendini gerçekleştirme	Erkek	180	38,10	6,26	,46
	Kadın	220	38,31	6,46	,43
Sağlık sorumluluğu	Erkek	180	20,67	5,73	,42
	Kadın	220	21,28	5,78	,39
Beslenme	Erkek	180	14,92	3,73	,27
	Kadın	220	15,04	3,87	,26
Kişiler arası destek	Erkek	179	21,69	3,76	,28
	Kadın	220	21,95	4,09	,27
Stres yönetimi	Erkek	180	17,58	4,21	,31
	Kadın	220	17,48	3,52	,23
Egzersiz	Erkek	180	10,67	3,80	,28
	Kadın	220	10,31	3,64	,24

X: Aritmetik ortalama Ss: Standart sapma

3.4.2. Gelir Seviyesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Gelir seviyesi gruplarının (0,499tl, 500-999tl, 1000-1999tl, 2000tl ve üzeri) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Katılımcının gelir seviyesi bağımsız, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Aylık toplam gelire göre sağlık davranışları toplam skorlarının ortalamaları Tablo 3.15'te yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, farklı gelir seviyesi grupları arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı bir farklılık yoktur: $F(3,393)=0,370$, $p>.05$.

Tablo 3.15 Sağlık Davranışları Toplam Skorlarının Gelir Seviyesine Göre Ortalamaları

Aylık gelir	X	Ss	N
0-499TL	124,06	20,17	87
500-999TL	124,24	19,08	138
1000-1999TL	122,57	17,58	106
2000TL- üzeri	125,65	19,90	66
Toplam	123,99	19,03	

X: Aritmetik ortalama Ss: Standart sapma

3.4.3. Algılanan Sağlık Durumu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Algılanan genel sağlık seviyesi gruplarının (düşük, orta ve yüksek) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Katılımcının algılanan sağlık durumu bağımsız, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru ise bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Düşük, orta ve yüksek olarak kategorileştirilen sağlık algılarına göre sıralanan sağlık davranışları toplam skor ortalamaları Tablo 3.16'da yer almaktadır.

Tablo 3.16 Algılanan Sağlık Durumuna Göre Sağlık Davranışları Toplam Skor Ortalamaları

Algılanan sağlık	X	Ss	N
Düşük	119,90	16,07	11
Orta	119,48	18,62	153
Yüksek	127,24	19,02	236
Toplam	124,07	19,13	

Bağımlı değişken: Sağlık davranışları skoru

Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların kendileriyle ilgili algıladıkları sağlık durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı bir ilişki vardır. $F(2,397)=8,176$, $p<.05$. Anlamlı sonuç elde edilen One-way ANOVA hesaplamasının ardından yapılan Tukey Post Hoc analizine göre, algılanan sağlık durumu yüksek($X=127,24$) olan katılımcılar ile orta düzeyde olan($X=119,48$) katılımcılar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (İki grup arasındaki ortalama farkı $=7,75$, $p<.05$). Gruplar arası farklılıkların anlamlılık düzeyiyle ilgili bilgiler Tablo 3.17’de yer almaktadır.

Tablo 3.17 Algılanan Sağlık Durumuna Göre Gruplar Arası Sağlık Davranışı Farklılıkları

(I) Algılanan sağlık durumu	(J) Algılanan sağlık durumu 2	Ortalama Farklılıkları	Standart hata	Anlamlılık düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Düşük	Orta	,42	5,87	,997	-13,38	14,23
	Yüksek	-7,33	5,80	,416	-20,97	6,31
Orta	Düşük	-,42	5,87	,997	-14,23	13,38
	Yüksek	-7,75	1,95	,000*	-12,34	-3,16
Yüksek	Düşük	7,33	5,80	,416	-6,31	20,97
	Orta	7,75	1,95	,000*	3,16	12,34

3.4.4. Barınma Türü ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Barınma türü gruplarının (aile yanı, arkadaşlarla, yurttta, yalnız ve akrabalarla) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına One-way ANOVA testi ile bakılmıştır. Katılımcının barınma türü bağımsız, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru ise bağımlı değişken olarak hesaplanmıştır. Farklı barınma guruplarının sağlık davranışları toplam skor ortalamalarını içeren bilgiler Tablo 3.18’de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların barınma türleri arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru açısından anlamlı bir fark yoktur. $F(4,395)=1,594, p>.05$

Tablo 3.18 Barınma Türü Gruplarına Göre Sağlık Davranışları Skor Ortalamaları

Barınma türü	X	Ss	N
Aileyle	125,84	19,33	234
Akrabalarla	120,58	16,90	17
Arkadaşlarla	119,92	17,65	79
Yalnız yaşam	123,25	21,06	35
Yurttta yaşam	124,11	19,37	35
Toplam	124,07	19,13	400

X: Aritmetik ortalama Ss: Standart sapma

3.4.5. Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

Akademik başarı ortalamasının sağlık kaygısı toplam puanları arasındaki ilişkinin anlamlılığına Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin akademik başarı ortalamaları ile sağlık kaygısı toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur: ($r= .042; p<.01$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile akademik başarı ortalaması arasındaki korelatif ilişkiyle ilgili bilgiler, Tablo 3.19’da yer almaktadır.

Tablo 3.19 Akademik Başarı Ortalaması ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki Korelatif İlişkiler

		gpa	sagdavtoplamlam
gpa	Pearson korelasyon	1	,182**
	Anlamlılık (2-tailed)		,001
	N	351	351
sagdavtoplamlam	Pearson korelasyon	,182**	1
	Anlamlılık (2-tailed)	,001	
	N	351	400

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

3.5. Ruh Sağlığı ve Sağlık kaygısı Grupları Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Açısından Farklar

Tablo 3.20’de üç ölçeğin toplam skorlarından ve kişisel bilgi formundaki genel sağlık durumuyla ilgili tek soruya verilen yanıtlardan elde edilen örneklem ortalamaları yer almaktadır. Buna göre 400 örneklemin psikolojik sorun düzeyi ortalaması 3,12’dir. Genel Sağlık Anketi’nin standart puanlamalarına göre tüm örneklemin genelini psikolojik sorun seviyesinin orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür (Dağdelen, 2008). Tüm örneklemin sağlık kaygısı toplam skor ortalaması 15,99’dur. Bu ortalama medyan ortalamasına oldukça yakın bir değerdedir. Bu nedenle tüm örneklem grubunun sağlık kaygısının normal dağılım göstermekte olduğunu söylemek mümkündür. Tüm grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skor ortalaması ise 124,07’dir. Bu ortalama, örneklemin sağlık davranışları toplam skor ortalaması medyan ortalamasına oldukça yakındır. Örneklemin algılanan genel sağlık durumu skor ortalaması ise 10 üzerinden 7,52 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.20 Ölçek Skoruna Göre Örneklem Ortalamaları

	Ortalama	Ss	N
psikolojiksorun	3,1225	3,02247	400
saganktoplamlam	15,9950	6,95492	400
sagdavtoplamlam	124,0725	19,13970	400
genelsagdurumu	7,5275	1,64652	400

Tablo 3.21’de ölçeklerin toplam skorları arasındaki korelasyonel ilişkiler yer almaktadır. Bu tablodaki bilgilere göre, hipotezlerde beklenen anlamlı ilişkilerin bulunduğu söylenebilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, psikolojik sorun düzeyi ile $-.29$ ’luk, sağlık kaygısı ile $-.15$ ’lik ve algılanan genel sağlık durumu ile $.22$ ’lik bir korelasyon oluşturmuştur. Bunun yanında psikolojik sorun ile sağlık kaygısı arasında $.34$ ’lük, genel sağlık durumu ile ise $-.17$ ’lik bir korelasyon oluşturmuştur. Sağlık kaygısı ise genel sağlık durumu ile $.23$ ’lük bir korelasyon oluşturmuştur.

Tablo 3.21 Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyonlar

		psikolojiksorun	saganktoplam	sagdavtoplam	genelsag durumu
psikolojiksorun	Pearson Korelasyonu	1	,346**	-,297**	-,179**
	Anlamlılık (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	400	400	400	400
saganktoplam	Pearson Korelasyonu	,346**	1	-,151**	-,235**
	Anlamlılık (2-tailed)	,000		,003	,000
	N	400	400	400	400
sagdavtoplam	Pearson Korelasyonu	-,297**	-,151**	1	,223**
	Anlamlılık (2-tailed)	,000	,003		,000
	N	400	400	400	400
genelsagduru mu	Pearson Korelasyonu	-,179**	-,235**	,223**	1
	Anlamlılık (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	400	400	400	400

** Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlı düzeydedir (2-tailed).

Tablo 3.22’de farklı psikolojik sorun ve sağlık kaygısı gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skor ortalamalarının dağılımları, standart sapmaları ve mevcut kategorilere giren örneklem alt grubu sayıları yer almaktadır. Tablodaki bilgiler dahilinde, psikolojik sorun düzeyi ve sağlık kaygısı düştükçe, sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorlarında yükselme gözlenmektedir.

Tablo 3.22 Ruh Sağlığı ve Sağlık Kaygısı Gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Dağılımları

Ruh sağlığı	Sağlık kaygısı	X	Ss	N
	Düşük	130,9143	19,43981	105
Düşük	Yüksek	125,6786	18,30460	56
	Toplam	129,0932	19,15914	161
	Düşük	125,3864	20,37122	44
Orta	Yüksek	121,2979	15,23428	47
	Toplam	123,2747	17,91961	91
	Düşük	120,3684	18,57382	57
Yüksek	Yüksek	118,3077	18,64623	91
	Toplam	119,1014	18,58232	148
	Düşük	126,8155	19,83948	206
Toplam	Yüksek	121,1598	17,96370	194
	Toplam	124,0725	19,13970	400

Bağımlı değişken: Sağlık davranışları toplam skoru.

Ruh sağlığı/psikolojik sorun düzeyi ile sağlık kaygısı düzeyi ortak bağımsız değişkenler olarak Two-way ANOVA düzleminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru üzerinde anlamlı bir etki yaratmamıştır. Buna göre bu iki bağımsız değişkenin sağlık davranışları üzerindeki etkisinin bir aradayken anlamlı olmadığını söylemek mümkündür: $F(2,400)=0,264$, $p>.05$. İki bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki temel etkisi anlamlı iken, ortak etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Söz konusu ilişkilerle ilgili detaylı istatistiksel bilgiler Tablo 3.23'te yer almaktadır.

Tablo 3.23 Ruh Sağlığı ve Sağlık Kaygısı Grupları Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Skoru Açısından Farklar

Kaynak	df	F	Anlamlılık
Ruh sağlığı	2	8,296	,000*
Sağlık kaygısı	1	3,735	,054*
Ruh sağlığı* Sağlık kaygısı	2	,264	,768
Toplam	400		

* $p < .05$, Bağımlı değişken: Sağlık davranışları toplam skoru.

Ruh sağlığı gruplarının (düşük, orta ve yüksek düzey) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına Two-way ANOVA testi içerisinde bakılmıştır. Bu hesaplama sonucunda psikolojik sorun düzeyi düzeyi (düşük, orta ve yüksek düzey) ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur: $F(2,400)=8,296$, $p < .05$.

Yapılan Tukey's Post Hoc hesaplamalarında Genel Sağlık Anketi'nde düşük skor alanlar ile orta veya yüksek skor alanlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru açısından anlamlı bir farklılık vardır. Bu verilere göre psikolojik sorun düzeyi düzeyi düşük olan katılımcılar ile psikolojik sorun düzeyi düzeyi orta veya yüksek olan katılımcılar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. Düşük psikolojik sorun düzeyi grubu anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık davranışı skorlarına sahiptir. Bu üç grup arasındaki farkların anlamlılığı Tablo 3.24'te görülebilmektedir.

Tablo 3.24 Ruh Sağlığı Grupları Arasındaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Farklılıkları

(I) Ruh sağlığı	(J) Ruh sağlığı	Ortalama farklılığı (I-J)	Anlamlılık
Düşük	Orta	5,8184*	,047
	Yüksek	9,9918*	,000
Orta	Düşük	-5,8184*	,047
	Yüksek	4,1734	,214
Yüksek	Düşük	-9,9918*	,000
	Orta	-4,1734	,214

*p<.05, Bağımlı değişken: Sağlık davranışları toplam skoru.

Sağlık kaygısı açısından yüksek/riskli ve düşük/risksiz grup olarak medyan hesaplamasıyla ayrılan iki katılımcı grubunun karşılaştırılmasıyla elde edilen sonuçlara göre arada anlamlı bir fark vardır: $F(1,400)=3,735$, $p<.05$. Sağlık kaygısı daha düşük olan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorları daha yüksektir. İki grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorları açısından oluşan farkların kategorik dağılımlarıyla ilgili detaylı bilgiler Tablo 3.23'te yer almaktadır.

3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Faktörleri Arasında Ruh Sağlığı ve Sağlık kaygısı Açısından Farklar

Son olarak araştırmanın bağımsız değişkenleri olan ruh sağlığı/psikolojik sorun sorun düzeyi ile sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi alt faktörleri arasındaki ilişkilerin anlamlılık düzeyi incelenmiştir. Psikolojik sorun düzeyi düşük olan grup 161, orta düzey olan grup 91, yüksek düzey olan grupsa 147 katılımcıdan oluşmaktadır. Sağlık kaygısı düşük olan grup 206, yüksek olan grup ise 193 kişiden oluşmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilere göre psikolojik sorun düzeyi grupları arasında kendini gerçekleştirme ($F(2,400)=18,46$, $p<.05$), beslenme ($F(2,400)=6,73$, $p<.05$), ve

stres yönetimi ($F(2,400)=11,42, p<.05$), alt faktörleri açısından anlamlı fark bulunmuştur. Sonrasında yapılan Post Hoc testine göre, bütün ikili psikolojik sorun grupları arasında (düşük, orta ve yüksek) söz konusu alt faktörler yönünden anlamlı farklar bulunmuştur.

Sağlık kaygısı grupları arasında kendini gerçekleştirme ($F(1,400)=26,60, p<.05$), kişiler arası destek ($F(1,400)=4,27, p<.05$), ve egzersiz ($F(1,400)=6,44, p<.05$), grupları arasında sağlık kaygısı düzeyi yönünden anlamlı farklar vardır. Sağlık kaygısı düşük olan grup, bu alt faktörlerde, sağlık kaygısı yüksek olan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek skorlara sahiptir.

Psikolojik sorun düzeyi ile sağlık kaygısı düzeyinin ortak değişkenler olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkileri görülmemiştir. Söz konusu değişkenlerle ilgili detaylı bilgiler Tablo 3.25'te yer almaktadır.

Tablo 3.25 Bağımsız Değişken Grupları Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Alt Faktörleri Açısından Farklar

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	df	F	Anlamlılık
psikolojiksorun	sagdavkendgerçekleştirme	2	18,46	,000
	sagdavsagsorumlulugu	2	,31	,729
	sagdavbeslenme	2	6,73	,001
	sagdavkisileraradestek	2	1,71	,181
	sagdavstresyonetimi	2	11,42	,000
	sagdavegzersiz	2	,12	,884
sagankateg	sagdavkendgerçekleştirme	1	26,60	,000
	sagdavsagsorumlulugu	1	1,94	,164
	sagdavbeslenme	1	1,92	,166
	sagdavkisileraradestek	1	4,27	,039
	sagdavstresyonetimi	1	1,22	,269
	sagdavegzersiz	1	6,44	,012
psikolojiksorun * sagankateg	sagdavkendgerçekleştirme	2	1,26	,301
	sagdavsagsorumlulugu	2	,19	,823
	sagdavbeslenme	2	,68	,505
	sagdavkisileraradestek	2	,20	,817
	sagdavstresyonetimi	2	,19	,827
	sagdavegzersiz	2	,33	,715

BÖLÜM 4 TARTIŞMA

Bu araştırma ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkileri bazı demografik değişkenler bağlamında değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bunun neticesinde araştırmayla ilgili veriler toplanmış ve bu verilerin istatistiksel analizleri sonucunda detaylı bulgular elde edilmiştir. Bu bölümde ilgili bulguların tartışması yer almaktadır.

Gençlik dönemi kendi içinde birçok zorluğu beraberinde getiren üniversite öğrenciliği döneminde yaşanmaktadır. Popülasyonun geneline bakıldığında gençlik döneminin son yıllarına denk gelen üniversite yıllarında edinilen alışkanlıklar, ilerleyen yıllarda kolaylıkla elden bırakılmamaktadır. Bu alışkanlıkların arasında sağlık davranışları da bulunmaktadır. Sağlık davranışları, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde kilit rolü üstlenmektedir. Bu dönemdeki sağlık davranışlarına etki eden etkenlerin bilimsel yöntemlerle belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi toplum sağlığı için son derece büyük önem sarf etmektedir.

Yapılan ölçümlerde fakülte grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Buna göre araştırmaya katılan fakülte öğrencilerinin genel ortalamalarına bakıldığında, araştırma grubunun orta düzey psikolojik sorun düzeyi skorlarına sahip olduğu söylenebilmektedir. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, üniversite öğrencilerinin psikolojik sorun düzeyi düzeylerinin oransal olarak ortalamanın üstünde olduğu söylenebilmektedir. Buna göre, üniversite öğrencilerine yönelik psikolojik danışmanlık ve rehberlik faaliyetlerinin hızlandırılması gerektiği yönünde çıkarımlar yapmak mümkündür.

Araştırmada cinsiyet, yaş, aylık gelir, barınma türü, üniversite, fakülte gibi demografik etkenler, birer bağımsız değişken olarak sağlık kaygısı, psikolojik sorun düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etki yaratmamışlardır. Bu sonuç, bazı demografik etkenlerin söz konusu bağımlı etkenleri anlamlı düzeyde etkilediği ileri sürülen literatürdeki çalışmalarla çelişmektedir. Buna göre genel kanının

aksine, cinsiyet ve düşük sosyo-ekonomik düzey gibi ruh sağlığı ve sağlık davranışlarına olumsuz etki yaratabilecek etkenler, söz konusu bağımlı değişkenler üzerinde anlamlı etki yaratmamışlardır. Bu durum, ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının demografik değişkenlere bağlı olarak anlamlı değişiklik göstermeyecek kadar çevreden çok bireyin özgür iradesine dayalı kavramlar olduğu sonucunu vermiştir.

4.1. Ruh Sağlığı Analizleri

Literatürde, yaşamında sıkıntılı dönemler yaşamakta olan bireylerin ruh sağlığı düzeylerinin düştüğüne yönelik çalışmalar vardır. Sıkıntılı dönemler yaşatan başlıca etkenler olarak uyumada zorluk, intihar dönemleri, madde bağımlılığı, yakın birinin kaybı veya duygusal olarak zorlayıcı olaylar yaşama gibi deneyimler, ruh sağlığı düzeyine olumsuz yönde etki etmektedir (Amaral ve ark., 2010). Bu araştırmada ruh sağlığı düzeyi ölçülürken, araştırmaya katılan bireylerin son dönemlerdeki olumlu veya olumsuz yaşantıları analizlerin bir parçası haline getirilmemiştir. Katılımcıların ruh sağlığı düzeyinde gözlemlenen düşmelerde söz konusu olumsuz deneyimler de hesaba katılmıştır. Genel Sağlık Anketi, ruh sağlığı düzeyini ilk bakışta ölçmek için düzenlenmiş yüzeysel bir tarama testidir. Ölçek sonuçlarına göre yüksek skorlar elde eden katılımcıların ruh sağlığı durumlarının kesinleşmesi için daha detaylı tetkikler yapılması gerekmektedir.

Ruh sağlığı ile sağlık kaygısı arasında anlamlı ilişkiler bulan literatür çalışmaları mevcuttur. Buna göre ruh sağlığı düzeyinin azalmasıyla sağlık kaygısı düzeyinin artması arasında anlamlı bir ilişki vardır (Pati ve Chandrawanshi, 2001). Genel anlamda da olumsuz ilerleyen her tür duygusal sürecin psikolojik sorun düzeyi ile ilintili olduğunu söylemek mümkündür (Kring ve Bachorowski, 1999). Buna paralel olarak, araştırmada ruh sağlığı ile sağlık kaygısı düzeyi arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Buna göre, üniversite öğrencilerinin psikolojik sorun düzeyi düzeyi yükseldikçe sağlık kaygısı düzeyleri de artmış ve bu durum sağlık davranışlarına olumsuz yansımıştır.

Bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik grubun bireyin ruh sağlığı düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği yönünde çalışmalar mevcuttur. Buna göre düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin ruh sağlığı düzeyi de düşüktür (Selçuk, 2010). Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, aylık 0-499 TL gelir grubuna sahip bireylerin psikolojik sorun düzeyi toplam skor ortalaması 3.09, 500-999 TL grubunun psikolojik sorun düzeyi toplam skor ortalaması 2.98, 1000-1999 TL grubunun psikolojik sorun düzeyi toplam skor ortalaması 3.63, 2000 TL ve üzerinde geliri olan grubun psikolojik sorun düzeyi toplam skor ortalaması 2.65 olarak bulunmuştur. Yapılan ANOVA ölçümlerine göre, farklı gelir/sosyoekonomik seviye grupları arasında anlamlı bir fark yoktur. Buna göre düşük sosyo-ekonomik duruma sahip örnekleme bulunması beklenen yüksek düzeyde psikolojik sorunlara, araştırmanın mevcut örnekleminde rastlanmamıştır. Bu durum, ruh sağlığı düzeyini belirleyen temel etkenlerin başında çevresel etmenlerden çok bireyin kendi psikolojisini nasıl algıladığı olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırma sonuçlarına göre ruh sağlığı ile algılanan genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. Algılanan sağlık durumu yüksek olan katılımcıların, algılanan sağlık durumu daha düşük olan katılımcılara göre daha düşük psikolojik sorun düzeyi skoruna sahip oldukları görülmüştür. Buna göre bireyin kendi sağlığıyla ilgili olumlu değerlendirmesinin, ruh sağlığı düzeyiyle ilgili olumlu yönde anlamlı bir ilişkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Elde edilen bu sonuç, bilişsel faktörlerin ruh sağlığı düzeyi üzerindeki etkisini bir kez daha göstermiştir. Elde edilen bu sonuç, bireyin olumlu duygu durumu ve davranışları üzerinde bilişsel faktörlerin etkisini vurgulayan Bilişsel Terapi teorilerinin etkinliğini pekiştirir niteliktedir (Knapp ve Beck, 2008).

Geçmişten bugüne ruh sağlığı alanında birçok güçlükle karşılaşmıştır. Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri, toplamda sekiz ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi ile diğer hastanelerin kısıtlı sayıdaki psikiyatri poliklinikleri tarafından verilmektedir. Bu hastaneleri verdiği hizmet çoğunlukla yalnızca ilaç tedavisi odaklı poliklinik hizmeti ile akut atak dönemlerinde yalnızca belli bir süre sağaltım sağlamanın ötesinde geçmeyen yataklı tedavi hizmetinden oluşmaktadır. Hastaneden ayrıldıktan sonraki tedavi süreci

çoğunlukla hastanın inisiyatifine veya hastanın ailesinin sorumluluğuna bırakılmaktadır. Hastaları topluma kazandırmayı amaçlayan çalışmalar ise taslak veya proje aşamasının ötesine geçememektedir (Alataş, Karaoğlan, Arslan ve Yanık, 2009). Üniversite öğrencileri gibi geleceğin çalışan aile bireylerini oluşturacak kritik popülasyonların ruh sağlığını koruyucu, önleyici ve geliştirici çalışmalar, bu tür ruh sağlığı kurumlarındaki toplum odaklı çalışmalardan geçmektedir. Bunun için bu tür kurumlar ile üniversiteler, üniversite popülasyonunun bilinçlendirici ortak proje ve çalışmalar yürütmelidirler.

4.2. Sağlık Kaygısı Analizleri

Sağlık kaygısıyla ilgili Türkiye’de yapılan bir literatür çalışmasına göre bireylerin sağlık kaygısı değerleri ile genel anksiyete değerleri arasında anlamlı bir tutarlılık bulunmaktadır. Buna göre günlük hayatının genelinde kaygılı kişilik örüntüleri olan bireylerin sağlık kaygısı geliştirme olasılıkları fazlalaşmaktadır (Karapıçak, Aktaş ve Aslan, 2012). Araştırmada psikolojik sorun düzeyi düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki anlamlı ilişkiye dair elde edilen bilgiler, literatürdeki çalışmaları destekler niteliktedir.

Literatürde sağlık kaygısının diğer kaygı bozukluklarıyla ilişkisini irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre Hipokondriazis, panik bozukluk ve somatizasyon bozukluklarında sağlık kaygısı, başlıca ortak etkenlerden biri olarak ortaya çıkmaktadır (Karapıçak, Aslan ve Utku, 2012). Buna göre sağlık kaygısı ile diğer kaygı türleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu söylemek mümkündür. Bu araştırmada literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlılık gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, anksiyete düzeyinin de taramasını yapan Genel Sağlık Anketi’nden elde edilen veriler ile Sağlık kaygısı Ölçeği’nden elde edilen bilgiler güçlü bir ilişki içerisindedir. Buna göre genel anksiyete düzeyi ile sağlık kaygısı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmada, algılanan genel sağlık seviyesi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, algılanan genel sağlık durumu ile sağlık kaygısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Algılanan genel sağlık durumunu yüksek olarak değerlendiren bireylerin, sağlık kaygısı skorları, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde

daha düşüktür. Buna göre, sağlık seviyesini yüksek/iyi durumda gören bireylerin sağlıkları hakkında daha az kaygılandıkları sonucu çıkarılabilir. Bu durum, elde edilen çıkarımlar açısından ruh sağlığı ile algılanan genel sağlık arasındaki ilişkilerle tutarlılık göstermektedir. Bireyin kendi sağlığıyla ilgili değerlendirmeleri, sağlığı konusundaki kaygılarını azaltmaktadır. Sağlık konusundaki kaygıları azalan bireyin günlük yaşamdaki işlevselliği artmaktadır.

4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Analizleri

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen birçok etken mevcuttur. Bu konuda literatürde en çok belirtilen etkenlerin olarak yaş, cinsiyet, aile yapısı, gelir düzeyi ve algılanan genel sağlık düzeyi yer almaktadır (İlhan, 2009). Bu araştırmada, söz konusu etkenlerin bir kısmıyla ilgili doğrulayıcı veriler elde edilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili yurt dışında yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan birinde, üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları, algıladıkları genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiler ele alınmıştır. Bu araştırmadan elde edilen yanıtlara göre, algılanan genel sağlık düzeyi yüksek olan bireylerin algılanan psikolojik sağlık düzeyi, algılanan fiziksel sağlık düzeyine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Vaez ve Laflamme, 2003). Buna göre, bireylerin sağlıkları ile ilgili bilişsel değerlendirmeleri ile ruh sağlığı düzeyleri arasındaki güçlü ilişkiye referans olabilecek bir başka veri elde edildiği söylenebilir. Tıpkı önceki kısımlarda aktarılan araştırmalarda olduğu gibi, söz konusu araştırma da göstermiştir ki, bireyin sağlığıyla ilgili bilişsel değerlendirmeleri ne kadar olumluysa, bireyin sağlık davranışını değiştirmede olumlu ilerlemeler gösterme koşulları o derece olgunlaşmaktadır.

Literatürde yer alan bir başka araştırmaya göre, sağlık destek, kişisel gelişim, yeterli miktarda uyku, sigara kullanılmaması ve her gün düzenli olarak kahvaltı edilmesi gibi davranışların yüksek ruh sağlığı seviyesiyle doğrudan ilişkili oldukları görülmüştür(Peltzer ve Pengpid, 2013). Bu araştırmanın ruh sağlığı anketi ile sağlık davranışları ölçeğindeki maddeler dikkate alındığında, benzer etkenlerin söz konusu kavramlarla ilişkisi olduğuna dair doğrulayıcı veriler elde ettiği söylenebilir.

Sağlık davranışlarıyla ilgili bir araştırmaya göre, ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca ortalama aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu değerleri düşük çıkmıştır (Çepni, 2010). Bir başka çalışmaya göre, arkadaşları ile ailesinden ayrı evde yaşayan öğrencilerin riskli sağlık davranışları toplam skorları daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca aylık gelir miktarı ile riskli sağlık davranışları arasında olumlu yönde anlamlı ilişki elde edilmiştir (Evren, 2008). Bu çalışmada ise yukarıda bahsedilen kavramlar arasında anlamlı sonuçlar bulunamamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili Türkiye’de üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmaya göre, erkek öğrenciler kadın öğrencilerden ve gelir durumu yüksek olanlar düşük olanlardan daha yüksek sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru elde etmişlerdir (Özbaşaran, Çetinkaya ve Güngör, 2004). Sağlık davranışlarını konu edinen bir başka araştırmaya göre, cinsiyeti kadın olan öğrencilerin beslenme ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna karşılık erkek öğrenciler, egzersiz alt ölçeği puanında kadın öğrencilerden anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde etmiştir (Tambağ, 2011). Literatürdeki bu çalışmaların aksine, bu çalışmada cinsiyet ve gelir grupları arasında anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Sonuçlar göstermiştir ki, cinsiyet ve gelir durumu gibi en kritik demografik etkenler dahi sağlık davranışlarını tek başlarına anlamlı düzeyde etkileyememektedirler. Bu durum sağlık davranışlarının söz konusu bağımsız değişkenlerden bağımsız bir kavram olduğunu göstermektedir.

Bir başka çalışmada ise, en yüksek puan ortalaması elde edilen alt ölçek davranışları arasında kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek yer almıştır. Yapılan analizlere göre, üst sınıflarda okuyanlar, orta veya yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olanlar ve genel sağlık durumunu orta veya yüksek olarak tanımlayan öğrenciler, diğer öğrenci gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek SYBDÖ skorlarına sahip olmuşlardır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011). Bu çalışma, eğitim görülen sınıf ve sosyo-ekonomik seviye gibi demografik etkenlerin haricinde söz konusu çalışmaya örtüşen veriler sunmaktadır.

Literatürde genel sağlık düzeyini iyi/çok iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorları daha yüksek olarak yer almaktadır (Dalak, 2010). Bu savı destekleyen bir başka çalışmaya göre, bir üniversite öğrencisi popülasyonunun %7,4'ü yaşamlarının son bir ayında genel sağlık düzeylerini kötü olarak değerlendirmişlerdir. Aynı popülasyonun %12'si sağlık sorunlarını gidermek adına düzenli olarak ilaç kullanmaktadır ve %29,9'u son bir ay içerisinde en az bir kez herhangi bir sağlık kurumunda muayene hizmeti almaya gitmiştir (Evren, 2008). Sağlıkla ilgili bilişsel faktörlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki anlamlı ilişkilere işaret eden söz konusu araştırma ile bu araştırma arasında sonuçlar açısından tutarlılık bulunmaktadır. Bu araştırmanın verilerine göre, katılımcıların kendileriyle ilgili algıladıkları sağlık durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı bir ilişki vardır. Yapılan analizlere göre, algılanan sağlık durumu yüksek olan katılımcılar ile orta düzeyde olan katılımcılar arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların akademik başarısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yapılan analizlere göre düşük not ortalaması olanlar ile orta ve yüksek düzey not ortalaması olanlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından anlamlı bir farklılık vardır. Buna göre orta ve yüksek not ortalaması olan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düşük not ortalamasına sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek skorlara sahiptir.

Araştırmada ruh sağlığı gruplarının (düşük, orta ve yüksek düzey) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasındaki farkların anlamlılığına bakılmıştır. Literatürde yüksek düzeyde psikolojik sorun düzeyine işaret eden depresyon ve kaygı ile sağlık düzeyi arasında anlamlı ilişkilerin olduğu yer almaktadır (Johnson, 2003). Bu hesaplama sonucunda psikolojik sorun düzeyi (düşük, orta ve yüksek düzey) ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçlarına göre sağlık kaygısı düzeyi düşük olan grupla yüksek olan grup arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru açısından anlamlı bir fark vardır. Sağlık kaygısı daha düşük olan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları skorları daha yüksektir.

Araştırmadan elde edilen veriler, sağlık kaygısı skorları açısından psikolojik sorun düzeyi düşük olanlar ile orta veya yüksek olanlar arasında anlamlı bir farklar olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre psikolojik sorun düzeyi düşük olan katılımcılarının sağlık kaygısı düzeyinin, psikolojik sorun düzeyi orta ve yüksek olan katılımcılara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlık davranışları toplam skoru üzerinde bağımsız değişken olarak ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve algılanan genel sağlık seviyesinin bir araya gelmesiyle oluşturulan bağımsız değişken üçlüsü arasında yalnızca algılanan sağlık seviyesi, sağlık davranışları toplam skoru üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olabilmıştır. Bu sonuca göre, algılanan sağlık seviyesi, ruh sağlığı ve sağlık kaygısının önceki ölçümlerde görülen sağlık davranışları toplam skoru üzerindeki anlamlı etkisini ortadan kaldırmıştır. Buna göre psikopatolojilerin sağlık davranışlarına yönelik olumsuz etkileri olmasına karşın, kişinin kendi sağlığına yönelik algısı devreye girdiğinde, bu olumsuz etkiler anlamlılıklarını yitirmekteler. ANOVA'da üç bağımsız değişken bir arada devreye sokulduğunda anlamlı etki aratan tek değişken, algılanan sağlık seviyesi olmuştur. Psikolojik sorun düzeyi ile sağlık kaygısı aynı hesaplamada sağlık davranışları üzerindeki anlamlı etkilerini yitirmişlerdir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre farklı cinsiyet, yaş, aylık gelir/sosyo-ekonomik seviye, barınma, akademik başarı, eğitim görülen üniversite, fakülte, bölüm ve sınıf grupları arasında ruh sağlığı ve sağlık kaygısı toplam skoru açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu demografik özelliklerden yalnızca akademik başarı/not ortalaması grupları arasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skoru açısından anlamlı bir fark görülebilmıştır. Buna karşın algılanan genel sağlık seviyesi grupları (düşük, orta ve yüksek düzey) arasında ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorları açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Ruh sağlığı ve sağlık kaygısı tek başına değerlendirildiklerinde sağlık davranışları üzerinde anlamlı etkilere sahip oldukları görülmüştür. Ancak sağlık algısının da modele eklenmesiyle sağlık kaygısı ve ruh sağlığının etkisi tamamen ortadan kalkarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde sadece algılanan genel sağlık düzeyinin tek başına anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Son netice göstermektedir ki insanlar kendilerini ne düzeyde sağlıklı görüyorsa aynı düzeyde sağlık davranışlarında bulunmaktadır.

Bu araştırma göstermiştir ki, bireyin sağlığıyla ilgili bilişsel değerlendirmeleri ne kadar olumluysa, bireyin sağlık davranışını değiştirmede olumlu ilerlemeler gösterme koşulları o derece olgunlaşır. İnsanlar kendilerini ne düzeyde sağlıklı görüyorsa aynı düzeyde sağlık davranışlarında bulunmaktadır. Burada genel kanının aksine bir durum olduğu söylenebilir. Genel kanı insanların kendilerini sağlıksız hissettiklerinde sağlık davranışlarını iyileştirmeye daha meyilli oldukları yönündedir. Ancak bu araştırmada görülyor ki insanlar kendilerini ne kadar sağlıklı görüyorlarsa sağlık davranışlarını o kadar fazlaştırmaktadırlar. Bu durum sürekli yarım bırakılan egzersizlerin, diyetlerin ve madde bırakma çabalarının altında yatan nedeni bulma yolunda literatürde önemli veriler sunmaktadır. Elde edilen verilere göre, bireyler, sağlık davranışını olumlu yönde değiştirme sürecinin başında ve devamında kendilerini daha sağlıklı olarak görme eğilimlerinin az olması nedeniyle değişim sürecini tamamlayamaktadırlar. Bu durumun, kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artmasını engelleyen bir durum ortaya çıkardığı söylenebilmektedir.

Sonuç olarak, olası psikolojik sorun düzeyinden çok kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili algılarının çeşitli sağlık davranışlarında daha anlamlı bir etkisi vardır. Olası psikolojik sorunlar ve sağlık kaygısı, kişinin sağlığıyla ilgili kendine yönelik algısı neticesinde anlamlı etkilerini yitirmektedirler. Buna göre psikolojik sorunların sağlık davranışlarına yönelik olumsuz etkileri olmasına karşın, kişinin kendi sağlığına yönelik algısı devreye girdiğinde bu olumsuz etkiler anlamlılıklarını yitirmektedirler.

Araştırmanın ölçümlerine göre kişinin kendine dair genel sağlık algısı (kişisel bilgi formunda bulunuyor) kontrol edilirse, sağlık kaygısı ve ruh sağlığının sağlık davranışları üzerindeki anlamlı etkisi ortadan kalkmaktadır. Buna göre bireyler

kendilerini sağlıklı olarak algılıyorsa sağlık kaygısının sağlık davranışına motive edici etkisi ortadan kalkmaktadır. Bu durum da klinik psikolojideki düşünce-duygu-davranış ilişkisine gönderme yapmaktadır. Yani birey kendini sağlıklı olarak algılamaya başladığı andan itibaren kendisinin sağlıklı yaşam biçim davranışlarında anlamlı artışlar gözlenebilmektedir.

Araştırmadan elde edilen verilere göre psikolojik sorun düzeyi grupları arasında kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt faktörleri açısından anlamlı fark bulunmuştur. Psikolojik sorun düzeyi düştükçe kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi puanları artmıştır. Bu veriler ruh sağlığının kendini gerçekleştirmede, psikosomatik iyi oluş düzeyi aracılığıyla beslenme üzerinde ve stres yönetiminde en belirgin etkenlerden biri olduğunu doğrular niteliktedir. Bütün bunların yanında kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve egzersiz grupları arasında sağlık kaygısı düzeyi yönünden anlamlı farklar vardır. Sağlık kaygısı azaldıkça, bu değişkenlerin puanları artmaktadır. Araştırma sonuçları, sağlığıyla ilgili kaygıları azalmış bir kimsenin kendini gerçekleştirmeye, çevresindeki kişilerden daha fazla sosyal destek almaya açık oluşunu ve egzersizin sağlığa yönelik potansiyel zararlarını içeren irrasyonel inançlar (yaralanma, kalp krizi, nefessiz kalma) konusunda daha az kaygı duymasını açıklayan veriler sunmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre ruh sağlığı ve sağlık kaygısı düzeyi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam skorunun yanı sıra, söz konusu alt ölçeklere yönelik spesifik etkiler yaratan bağımsız değişkenlerdir. Söz konusu bağımsız değişkenlerin özellikle kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stres yönetimi gibi psikolojik faktörleri doğrudan etkilemesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden psikolojik faktörleri çalışacak olan yeni araştırmaların üzerinde durması ve araştırma desenlerini buna göre tasarlamaları gereken önemli bilgiler arasındadır. Buna göre gelecekteki akademik çalışmaların mevcut sonuçları dikkate alması beklenmektedir.

Araştırmayla ilgili kısıtlılıklar, çoğunlukla araştırmanın “Yöntem” kısmına aittir. Araştırmanın örnekleminin çok büyük bir çoğunluğu 18-24 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinden oluşması, araştırmanın sonuçlarını etkileyebilecek bir özellik içermektedir. Özellikle genç yaşlarda ağırlıkla hissedilen sağlıkla ilgili özgüven, sağlıkla ilgili riskli davranışları tetikleyebilmektedir (Gerrard ve ark., 2000). Bu da sağlık

davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşılık, katılımcılar henüz genç yaşta oldukları için sağlık sorunu yaşamamakta ve bazı sağlık davranışlarını (egzersiz) diğer yaş gruplarına göre daha kolay uygulayabilmektedirler. Buna göre hem özgüvenli, hem kendilerini yüksek oranda sağlıklı, hem de riskli sağlık davranışları gösteren bireyler olabilmektedirler. Söz konusu durum, bu araştırmada herhangi bir risk oluşturmamakla beraber, gelecekteki araştırmalarda yer alacak farklı örneklem gruplarında açığa çıkması muhtemel kısıtlılıklardan biridir. Bu durum, araştırmanın içeriği ve sonuçlarıyla ilgili başlıca kısıtlılıklardan biridir.

4.4. Öneriler

Çeşitli üniversite ve fakültelerden öğrencilerin ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği araştırma bulgularına yönelik olarak aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur.

1. Sağlık davranışına etki eden faktörler olan ruh sağlığı ve sağlık kaygısı düzeyini optimum seviyelere getirmek adına bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik psikolojik danışmanlık hizmetlerinin oluşturulması.
2. Öğrencilerin ruh sağlığına etki eden faktörler ve hizmetler hakkında bilgilendirilmesine yönelik üniversite içi ve dışı faaliyetlerin nitelik ve niceliğinin artırılması.
3. Riskli sağlık davranışları sergilemenin ve kendini yeterince sağlıklı hissetmenin maksimum düzeyde olduğu gençlik döneminde olan üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve olumlu yönde sağlık davranışı değişiminin tanım ve çeşitlemeleri üzerine bilinçlendirici ve eğitici çalışmaların artırılması.
4. Üniversite öğrencilerinin en çok yardım ihtiyacı içinde oldukları gençlik problemleri, cinsellik, kaygı, madde bağımlılığı, sağlıklı beslenme gibi konularda eğitici programların hazırlanması ve hayata geçirilmesi.
5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt faktörleri olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimine yönelik ayrı sağlık uygulama ve kampanyalarının üniversite içinde ve kitle iletişim araçlarında yer alması.

6. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı ve sağlık davranışlarını daha olumlu düzeylere getirmesi muhtemel kültür, sanat ve spor aktivitelerinin üniversite kimlik ve geleneklerinin birer parçası haline getirilmesi.
7. Sosyo-demografik ve ailesel özelliklerden cinsiyet, yaş, eğitim gördükleri sınıf, sosyal aktiviteye katılma durumları ve fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma değişkenlerinden etkilediği saptandığından eğitimler ve programlar planlanırken bu faktörlerin de göz önüne alınması.
8. Araştırmada ele alınan faktörlerinin ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı düzeyde etkileyip etkilemediğini teyit etmek adına konuyla ilgili akademik çalışmaların sayılarının arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA (REFERENCES)

- [1] Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve t¼rkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *N¼ropsikiyatri Arşivi*, 46, 25-29.
- [2] Amaral, G., Geiserstranger, S., Soleimanspour, S., Brindis, C. (2010). Mental health characteristics and health-seeking behaviors of adolescent school-based health center users and nonusers. *Journal of School Health*, 81(3), 138-145.
- [3] American Psychiatry Association. (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed., Rev.). Washington, DC, Author.
- [4] Anderson, R., Saulsman, L., ve Nathan, P. (2011). *Helping health anxiety*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.
- [5] Antony, M.M. ve Swinson, R.P. (1996) Anxiety disorders and their treatment: A critical review of the evidence-based literature. *Health Canada*, 1-101.
- [6] Armitage, C.J. ve Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173-189.
- [7] Arnett, J.J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York, Oxford University Press.
- [8] Atak, H. (2011). Ruh sağlığı alışmalarında yeni bir psikososyal değişken: eylemlilik. *Psikiyatride G¼ncel Yaklaşımlar*, 3(3), 483-512.
- [9] Aydemir, ¼. ve K¼rođlu, E. (2012). *Psikiyatride Kullanılan ¼lekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- [10] Aydemir, ¼, Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2011). Sağlık kaygısı ¼leđi’nin T¼rke için g¼venilirlik ve geçerlilik alışması. 47. *Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Antalya.
- [11] Bahadır, E. (2009). *Sağlıkla İlgili Fak¼ltelerde Eğitime Başlayan ¼đrencilerin Psikolojik Sağlamlık D¼zeyleri*. (Yayımlanmamış y¼ksek lisans tezi). Hacettepe ¼niversitesi/Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, Ankara.
- [12] Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 37, 122-147.
- [13] Bandura A.(1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. New York, Cambridge University Press.

- [14] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- [15] Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- [16] Beck, A.T. (1996). *Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology*.
- [17] Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guildford Press.
- [18] Birnie, K.A., Sherry,S.B., Doucette ,S., Sherry,D.L., Hadjistavropoulos, H.D. ve Stewart,S.H. (2013). The Interpersonal Model of Health Anxiety: Testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences*, 54, 856–861.
- [19] Bond, M.L., Jones, M.E., Cason, C., Campell, P. ve Hall, J. (2002) Acculturation effects on health-promoting lifestyle behaviors among hispanic-origin pregnant women. *Journal of Multicultural Nursing& Health*, 8(2) 61–68.
- [20] Bowling, A. (2004). *Measuring health*. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press.
- [21] Bowling, A. (2005). Just one question: if one question works why ask several? Editorial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 342-345.
- [22] Bozhüyük, A. (2010). Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Adana.
- [23] Cihangiroğlu, Z. ve Deveci, S.E. (2011). Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- [24] Conner, M. ve Norman, P. (1996). *Predicting health behavior*. Buckingham, UK: Open University Press.
- [25] Conner, M. (2002). *Health behaviors*. University of Leeds.
- [26] Koszegi, B. (2003). Health anxiety and patient behavior. *Journal of Health Economics*, 22, 1073-1084.
- [27] Coopersmith, S. (1974) *The Antecedents of Self-Esteem*. San Fransisco, W.H. Freeman,
- [28] Cote, J.E. (1997). An empirical test of the identity capital model. *J Adolesc*, 20, 577-597.
- [29] Cote, J.E. ve Levine, C.G. (2002). *Identity Formation, Agency, and Culture: A Social Psychological Synthesis*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.

- [30] Çelik, G.O. ve ark. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation (AJCI)*, 3 (3), 164-169.
- [31] Çepni, S.A. (2010). *Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz-Yeterliliği İlişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- [32] Dağ, İ. (1992). Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikolojik sorun düzeyi ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7(27), 1-9.
- [33] Dağ, İ. (1991). Rotter'ın İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği(RİDKOÖ)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Psikolojik sorun düzeyi Dergisi*, 7(26), 10-16.
- [34] Dağdelen, M. (2008). *Üretim ve Hizmet Sektöründe Çalışan İşçilerde Ruhsal Sağlık Düzeyi, Ruhsal Belirti Dağılımı, Algılanan Sağlık, İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- [35] Dalak, H. (2010). *Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- [36] Dökmen, Z.Y. (2003). Çalışma durumları farklı üç grup kadında ruh sağlığı, kontrol odağı inancı ve cinsiyet rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 111-124.
- [37] Dönmez, A. ve Başal, H.A. (1985). Çevre büyüklüğü ve 10-12 yaş ilkökul çocuklarında denetim odağı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12(39), 39-56.
- [38] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (1947). The constitution of the world. *sCron.*,1(27), Geneva.
- [39] Dünya Sağlık Örgütü (WHO). (2001). Mental Health: strengthening mental health promotion. Alındığı adres: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>
- [40] Dünya Sağlık Örgütü (2001a). *Basic documents*. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization.
- [41] Dünya Sağlık Örgütü. (2001b). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization.
- [42] Dünya Sağlık Örgütü. (2003). *The World Health Report 2003*, Geneva, WHO.
- [43] Dünya Sağlık Örgütü. (2005a). *Mental Health Atlas*. WHO. Cenevre.
- [44] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2005b). *Promoting mental health*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

- [45] Ege, E., Zincir, H., Güneş, G. ve Bilgin, N. (2003). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik- yeterlilik düzeylerinin incelenmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* 14(2), 83-92.
- [46] Esin, N. (1997). *Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- [47] Esin, N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45), 87-95.
- [48] Evren, H. (2008). *Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- [49] Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford, CA: Stanford University Press.
- [50] Foster, J.L.H. (2007). *Journeys Through Mental Illness: Clients' Experiences and Understandings of Mental Distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- [51] Frost, R. (2008). Health promotion theories and models for program planning and implementation. *Mel & Enid Zuckerman College of Public Health*.
- [52] Gerrard, M., Gibbons, F.X., Bergan, M.R. ve Russel, D.W. (2000). Self-esteem, self-serving cognitions, and health risk behavior. *Journal of Personality*, 68(6), 1177-1201.
- [53] Giddens A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge, Polity.
- [54] Gochman, D.S. (1997). *Handbook of Health Behavior Research*. New York, Vols. 1-4: Plenum.
- [55] Goldberg, D.P., Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, NFER/Nelson.
- [56] Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- [57] Hovardaoğlu, S. (1997). Stres belirtileri ile durumsal ve sürekli kaygının yordanması. *Kriz Dergisi*, 5(2), 127-134.
- [58] Hogan, B. (2010). Coping with health anxiety. *Improving Access to Psychological Therapies*, 1-24. Alındığı tarih: 30.09.2013
- [59] Hu, Y., Brown, S.S., Twigg, L. ve Weich, S. (2007). Can the 12-item general health questionnaire be used to measure positive mental health? *Psychological Medicine*, 37, 1005-1013.

- [60] Hui, W.H. (2002) The health promoting lifestyle of undergraduate nurses in hong kong. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 101–111.
- [61] İlhan, N. (2009). *Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- [62] Johnson, J.G. (2003). Life event categories differentially predict psychopathology symptom levels. *The Journal of Psychology*, 126(3), 301-307.
- [63] Karadeniz, G. ve ark.. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (6), 497-502.
- [64] Karapıçak, Ö.K., Aktaş, K. ve Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri(haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 15, 41-48.
- [65] Karapıçak, Ö.K., Aslan,S., Utku,Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar*, 1(1), 43-51.
- [66] Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: güvenilirlik ve geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 7, 3-9.
- [67] Kocaakman, M., Aksoy, G. ve Eker, H.H. (2010). İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 17 (2), 19-24.
- [68] Koçoğlu, D. (2006). *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- [69] Knapp, P. ve Beck, A.T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 54-64.
- [70] Kring, A. ve Bacharowski, J.A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 575-599.
- [71] Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *Am Psychol* 55, 665-673.
- [72] Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *The Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 362-381. Alındığı tarih: 29.07.2013. Alındığı adres: <http://web6.infotrac.london.galegroup.com>
- [73] Montgomery, G.H. (2004). Cognitive factors in health psychology and behavioral medicine. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 405-413.

- [74] Musalek, M., Walters, V.L., Lepine, J.P., Millet, B. ve Gaebel. (2010). Psychopathology in the 21st century. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 844-851.
- [75] OECD (2011), "Perceived health status", in *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- [76] Özbaşaran, F., Çetinkaya, A. ve Güngör, N. (2004). Celal bayar üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3).
- [77] Pasinlioglu, T. ve Gözüm, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 60-68.
- [78] Pati, A.K. ve Chandrawanshi, A. (2001). Assessment of anxiety level and mental health status in spouses and children of day-working and shift-working men. *Biological Rhythm Research*, 32(1), 45-49.
- [79] Peltzer, K., ve Pengpid, S. (2013). Subjective happiness and health behavior among a sample of university students in india. *Social Behavior and Personality*, 41(6), 869-880.
- [80] Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange Stanford.
- [81] Pender, N.J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston, MA: Pearson.
- [82] Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. ve Stromberg, M.F. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39(6), 326-332.
- [83] Pollett, H (2007) Mental Health Promotion: A literature review. *Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council*. Canadian Mental Health Association.
- [85] Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. ve Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- [86] Public Health Agency of Canada (PHAC). (2002). Population Health: What is the Population Health Approach? Alındığı adres: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach>.
- [87] Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (2000). Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193.

- [88] Rimer, B.K. Perspectives on intrapersonal theories of health behavior. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc; 1997:139-47.
- [89] Ross, L., Greene, D. ve House, P. (1977). The “false consensus effects”: An egocentric bias in the social perception and attribution process. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 279-301.
- [90] Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 80, 1-28.
- [91] Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 57, 1069-1081.
- [92] Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M. ve Clark, D.M. (2002). The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.
- [93] Sartorius, N. (1990). Preface. In: Goldberg D, Tantam D, eds. *The public health impact of mental disorders*. Toronto, Hogrefe and Huber.
- [94] Selçuk, A. (2010). Sosyal destek ve mental sağlık durumunda sosyoekonomik sağlık eşitsizlikleri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- [95] Schaw, C.F. ve Abraham, C. (2009). How much behavior change should we expect from health promotion campaigns targeting cognitions? An approach to re-intervention assessment. *Psychology and Health*, 24(7), 763-776.
- [96] Scholz, U., Nagy, G., Göhner, W., Luszczynska, A. ve Kliegel, M. (2009). Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behavior. *Psychology and Health*, 24, 545-561.
- [97] Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, 47-52.
- [98] Sutton, S. (2002). Health behavior: psychosocial theories. Alındığı tarih: 21.08.2013 Alındığı adres: <http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Sutton.pdf>
- [99] Sutton, S. (2004). Determinants of health-related behaviors: theoretical and methodological issues. 94-126. Alındığı tarih: 25.09.2013. Alındığı adres: <http://www.medschl.cam.ac.uk/gppcru/userfiles/ProjectDocs/BSG/Ch-04.pdf>
- [100] Şengün, F. (2010). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- [101] Taesdel, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. ve Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- [102] Tambağ, H. (2011). Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58.
- [103] Taylor, S.E. ve Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- [104] Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (3), 17-56.
- [105] Vaez, M., & Laflamme, L. (2003) Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health*, 51 (4), 156-162.
- [106] Victorian Department of Human Services (DHS). (2006). Evidence-based mental health promotion resource.
- [107] Walker, S.N., Kerr, M.J., Pender, N.J. ve Sechrist, K.R. (1990). A spanish language version of the health promotion lifestyle profile, *Nursing Research*, 39 (5), 268-273.
- [108] Wang, W., Keh, H.T. ve Bolton, L.E. (2009). Lay theories of medicine and a healthy lifestyle. *Journal of Consumer Research*, 37, 80-97.
- [109] Weinstein, N.D. (2007). Misleading tests of health behavior theories. *The Society of Behavioral Medicine*, 1-10.
- [110] Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- [111] Yazıcı, H., Ak, İ. (2008). Üniversite öğrencilerinden depresif belirtiler, kişisel sağlık davranışları ve sigara içme. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 224-231.
- [112] Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 20(1), 71-95.
- [113] Zincir, H., Ege, E., Aylaz, R., Bilgin, N. ve Timur, S. (2003). Çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 14(1).

EKLER (APPENDICES)

GENEL SAĞLIK ANKETİ

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz. SON ZAMANLARDA;

1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?
 - a) Hayır, hiç çekmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden sık
 - d) Çok sık

2. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?
 - a) Hayır, hissetmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden sık
 - d) Çok sık

3. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?
 - a) Her zamankinden iyi
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden az
 - d) Her zamankinden çok daha az

4. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?
- a) Her zamankinden çok
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden az
 - d) Her zamankinden çok daha az
5. Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
- a) Her zamankinden çok
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden az
 - d) Her zamankinden çok daha az
6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
- a) Hayır, hiç çekmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden sık
 - d) Çok sık
7. Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
- a) Hayır, hiç hissetmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden sık
 - d) Çok sık hissediyorum
8. Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?
- a) Her zamankinden çok
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden az
 - d) Her zamankinden çok daha az

9. Günlük ilerinizden zevk alabiliyor musunuz?
- a) Her zamankinden çok
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden az
 - d) Her zamankinden çok daha az
10. Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?
- a) Hayır, hiç hissetmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden çok
 - d) ok sık
11. Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?
- a) Hayır, hiç kaybetmiyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden fazla
 - d) ok fazla
12. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?
- a) Hayır, hiç görmüyorum
 - b) Her zamanki kadar
 - c) Her zamankinden sık
 - d) ok sık

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi dair içine alacak şekilde işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a)'yı işaretleyin.

1. (a)Sağlığımla ilgili endişelenmem.
(b)Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
(c)Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
(d)Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a)Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/acı hissederim.
(b)Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim.
(c)Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim.
(d)Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.
3. (a)Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b)Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c)Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d)Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
4. (a)Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b)Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c)Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d)Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara hiç karşı koymuyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10. (a)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d)Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d)Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a)Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.
(b)Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c)Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d)Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanırım.
(b)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğu zaman zorlanırım.
(d)Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

14. (a)Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b)Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c)Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d)Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c)Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.
(d)Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.
16. (a)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d)Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a)Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b)Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
(c)Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d)Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum biraz zedelenmiş hissederdim.
(c)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d)Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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

	Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli	Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.					
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder doktora giderim.					
3. Kendimi beğenirim.					
4. Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.					
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.					
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.					
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucunun 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.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagiller gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dakika zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün dört besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim.				
37. Yasadığım 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 ve hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				

42. Kendime nasıl iyi, bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45. Stresimi kontrol altına alabilmek için belirli yöntemler kullanırım.				
46. Sağlığı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılıyorum.				
47. Sevdiklerimin bana dokunmalarından hoşlanıyorum.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz: Erkek() Kadın()

Yaşınız:

Aylık geliriniz(maaş, burs veya aile desteği vb. her türlü geliri kapsar):

a.749 TL ve altı() b.750-1499 TL aralığında() c.1500-2999 TL aralığında()

d.3000 TL ve üzeri()

Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız. 1 en düşük, 10 en yüksek puanı kapsamaktadır.

1() 2() 3() 4() 5() 6() 7() 8() 9() 10()

Kimlerle aynı evde barındığınızı belirtiniz:

a.Ailemle() b.Akrabalarımle() c.Arkadaş(lar)ımla() d.Yalnız yaşıyorum() e.Yurtta kalıyorum()

Not ortalamanız:

Bağlı bulunduğunuz Üniversite/Fakülte/Bölüm/Sınıf:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Okan Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı, sağlıklarıyla ilgili duygu ve düşünceleri ile sağlık davranışları arasındaki ilişki düzeyleriyle ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelindedir. Ölçeklerin tamamlanması yaklaşık 25-30 dakikanızı alacaktır. Bu çalışma kapsamında verilen anketlerdeki soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sizin dürüst ve içten cevaplar vermeniz geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından önemlidir.

Çalışmada sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece çalışma kapsamında değerlendirilecektir; elde edilecek sadece bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplamayabilirsiniz. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız varsa cevaplanacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Psk. Erkin Ünalın (E-posta: erkinunalan@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Gösterdiğiniz ilgi ve yardım için şimdiden teşekkür ederim.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İsim Soyisim

Tarih

ÖZGEÇMİŞ (CURRICULUM VITAE)

Araştırmacı, 1988 yılında İstanbul'da doğmuştur. Pertevniyal Lisesi'nden mezun olduktan sonra, bir dönemi Belçika'daki Gent Üniversitesi'nde olmak üzere, tam burslu olarak eğitim aldığı İstanbul Bilgi Üniversitesi'nde Psikoloji bölümünü onur derecesiyle bitirmiştir. İstanbul Bilgi Üniversitesi'nden mezun olduğu yıl, Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına başlamıştır. Yüksek lisans eğitimi boyunca, Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği'nde ağırlıklı olarak ergenlik sorunları ve madde bağımlılığı konularında yaklaşık 2 yıl psikolojik danışmanlık hizmeti vermiştir. Bunun yanı sıra, aynı kurum bünyesinde Ümraniye Cezaevi'nde madde bağımlılığı sorunu yaşamış mahkûmlara eğitimler vermiştir. 2013 yılının Ekim ayından itibaren özel bir psikolojik danışmanlık merkezinde psikolog olarak hizmet vermektedir.