



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE  
TIP EĞİTİMİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Alper CEYLAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA – 2016**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE  
TIP EĞİTİMİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Alper CEYLAN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR**

**BURSA - 2016**

## İÇİNDEKİLER

Özet .....	ii
İngilizce Özet .....	iii
Giriş .....	1
Genel Kavramlar.....	2
Gereç ve Yöntem .....	24
Bulgular .....	28
Tartışma .....	78
Sonuç .....	92
Kaynaklar .....	97
Ekler .....	106
Teşekkür .....	114
Özgeçmiş .....	115

## ÖZET

Hekimlik mesleğine adım atan tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kendi sağlıkları kadar gelecekte hizmet verecekleri toplumun sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerinin bu davranışlarının tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Çalışmamızda; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci, üçüncü ve altıncı sınıfta öğrenim görmekte olan 685 öğrenciye SYBDÖ II (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II) ile sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları ve hekimlik ile ilgili görüşlerini içeren 45 sorudan oluşan anket formu dağıtılarak veri toplanmıştır.

Çalışmaya katılan toplam 685 öğrencinin 383'ü (%55,91) kadın, 302'si (%44,09) erkekti. Birinci sınıfa giden öğrenci sayısı 307 (%44,8), üçüncü sınıfa giden öğrenci sayısı 222 (%32,4) ve altıncı sınıfa giden öğrenci sayısı ise 156 (%22,8) idi. Çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması  $127,30 \pm 17,19$  olarak görülmüş olup, orta seviye olarak değerlendirildi. Alt ölçeklerde en yüksek ortalama  $26,15 \pm 4,22$  ile manevi gelişim; en düşük ortalama ise  $17,04 \pm 3,90$  ile fizik aktivite olarak bulundu. SYBDÖ skorlarında; öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıf, cinsiyeti, kaldığı yer, anne-baba eğitim ve gelir düzeyi, sağlık algısı, ailesinde kronik hastalık varlığı, spor yapma durumu, stres varlığı, hekimin hastaya örnek olması gerektiğine ve çevresinde değişiklik yapabileceğine olan inancı konularında gruplar arasında anlamlı farklılıklar görüldü. Öğrencilerin muayene esnasındaki yaklaşımlarında koruyuculuktan ziyade tedavi odaklı yaklaşım sergiledikleri ve özellikle son sınıf öğrencilerin tıp fakültesinde sağlıklı yaşam konularına yeterince önem verilmediğini düşündükleri görüldü.

Tıp fakültesi eğitiminde sağlığın korunmasına daha fazla önem verilmesi, öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi için eğitim ve danışmanlık planlamalarının yapılması ve öğrencilerin spor olanaklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** sağlığın geliştirilmesi, SYBDÖ II, tıp fakültesi öğrencileri.

## SUMMARY

### HEALTHY LIFE BEHAVIORS IN MEDICAL FACULTY STUDENTS AND RELATIONSHIP BETWEEN MEDICAL EDUCATION

Healthy lifestyle behaviors of medical faculty students who step into the profession of medicine influence their health as well as the health of the community they will serve in the future. For this reason, it is important to determine these behaviors of medical school students.

In our study; HLBS II (Healthy Lifestyle Behavior Scale II) and a questionnaire consisting of 45 questions about socio-demographic characteristics, habits and opinions about medical practice were distributed to collect data to 685 students studying in the first, third and sixth grades of Uludag University Faculty of Medicine.

Of the 685 students who participated in the study, 383 (55.91%) were female and 302 (44.09%) were male. The number of first class students was 307 (44,8%), the number of third class students was 222 (32,4%) and the number of sixth class students was 156 (22,8%). In the study, the mean score of HLBS II was  $127,30 \pm 17,19$  and it was evaluated as intermediate level. The highest mean was  $26.15 \pm 4.22$  as spiritual development in the subscales; and the lowest mean was  $17.04 \pm 3.90$  as physical activity. In HLBS scores; there were significant differences between the groups in terms of class, gender, place of residence, education and income level of the students, health perception, presence of chronic illness in family, sports situation, presence of stress, belief that the physician should be an example to the patient and can make a change around themselves. It is seen that in the approach of the students during the examination, they show a treatment-oriented approach rather than the protective approach and students, especially at senior grade, do not think that there is sufficient attention to the healthy life situations in medical school.

It is considered that, more attention should be given to the protection of health in medical faculty education, training and counseling plans should be made for the development of healthy living behaviors of the students and the sports facilities of the students should be increased.

**Key words:** health promotion, HLBS II, medical school student.



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948 tarihli tüzüğünde mevcut olan ve günümüze kadar değişmeyen tanımına göre; “sağlık sadece hastalık ve sakatlık bulunmama hali değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir” (1).

Bu tanım bağlamında, sağlık, yaşamın bir amacı olarak değil, günlük yaşamın bir kaynağı olarak görülür. Sağlık, fiziksel kapasiteleri olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sağlık, İnsan Hakları Beyannamesi'nde (1948) tanınan temel bir insan hakkıdır (2).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Bu kapsamlı süreç sadece sosyal ve politik eylemleri değil ayrıca bireylerin sağlık beceri ve kapasitesini arttırmaya yönelik eylemleri de içerir (3).

Bireylerin “asıl veya algılanan sağlık durumundan bağımsız olarak sağlığı teşvik etmek, korumak veya sürdürmek amacıyla, objektif olarak bu amaç için etkili olup olmasa da, birey tarafından gerçekleştirilen faaliyetler” sağlık davranışı; “belli bir hastalık veya sağlığın kötüleşmesine artan duyarlılık ile ilişkili olduğu kanıtlanan spesifik davranış şekilleri” ise risk davranışı olarak tanımlanır (3).

DSÖ'nün belirlediği 24 risk faktörü tüm dünyada ölümlerin %44'ünden; bu risk faktörlerinin en yaygın ilk on tanesi ise %33'ünden sorumludur. Bu nedenle sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, bunlara bağlı ölüm ve sakatlık sayısını azaltacaktır (4).

Yapılan araştırmalar sağlıklı yaşam alışkanlıkları olan tıp fakültesi öğrencilerinin hastalarına sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeleri açısından daha fazla tavsiyelerde bulunduğunu göstermiştir (5).

“Sağlık bakımı ve hastalığın önlenmesi, azaltılması veya tedavi edilmesi ile ilgilenen bir sanat ve bilim” (6) olarak tanımlanan tıp eğitimi olarak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturacak hekim adaylarının bu konudaki görüş ve davranışları bu nedenle önemlidir.

## GENEL KAVRAMLAR

### 1. Sağlık

Tıp biliminin ve bireylerin bir kısmının ulaşmak için durmaksızın çaba gösterdiği sağlığın tanımlanmasının güçlüğü ve göreceliği nedeniyle çeşitli tanımlar ortaya çıkmıştır.

DSÖ'nün bahsedilen mevcut tanımının (1) ötesinde üç tür sağlık tanımından söz edilebilir. Birincisine göre sağlık, herhangi bir hastalık ve bozulma halinin olmamasıdır. İkincisi; sağlık bireyin günlük yaşamın tüm gereksinimleriyle gereğince başa çıkabilmesine izin veren bir durumdur. Üçüncü türe göre ise sağlık; bireyin kendisiyle ve sosyal, fiziksel çevresiyle kurduğu bir denge halidir (7).

Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi; huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır. Bu ön şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları öne çıkarmaktadır. Bu bağlantılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışı için temel sunar. Bugün sağlığın ruhsal boyutu giderek daha fazla tanınmaktadır. DSÖ, sağlığı temel insan haklarından biri olarak görmektedir. Buna göre tüm insanların temel sağlık kaynaklarına erişimi olmalıdır. Kapsamlı bir sağlık anlayışına göre, sosyal ve ekonomik koşulları ve fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapılar, faaliyetlerinin birey ve toplum sağlığı ve refahı üzerindeki etkisine ilişkin sonuçları dikkate alınmalıdır (8).

### 2. Hastalık

Hastalığın olmaması sağlık tanımlarının bir koşulu olduğundan hastalık tanımının da yapılması gerekmektedir. 1975'te Malinker tarafından hastalık, hastalık hali ve hasta olma hali olarak tanımlanmıştır (9).

Malinker'e göre hastalık (disease) "genellikle boğaz enfeksiyonu ya da bronş kanseri gibi fiziksel, kimi zaman da şizofreni gibi kaynağı tanımlanamamış patolojik bir süreçtir. Hastalığı tanımlayan nitelik biyolojik



normlardan sapmalardır. Hastalıkta doktorların gördüğü, dokunduğu, koklayabildiği bir objektiflik mevcuttur. Hastalıklar medikal görüşün merkezi olarak değerlendirilir.”

Yine aynı yazara göre (9) hasta hissetme hali (illness) ise “ hastanın kişiliğinin tamamıyla içsel ve kişisel bir hissidir, bir sağlıksızlık tecrübesidir. Genellikle bir hastalığa eşlik eder fakat hastalık erken evre kanser, tüberküloz ve diyabet gibi açıklığa kavuşmamış da olabilir. Bazen de hasta olma hali herhangi bir hastalık bulunmadan da gelişebilir. Geleneksel tıp eğitimi hastaliksız hasta olma halinin sağır edici sessizliğinin klinisyene katlanılmaz hale gelmesine yol açar. Hasta, hekimin duyularını tatmin edecek hiçbir şey sunmaz.”

Hasta olma hali (sickness) ise sağlıksızlığın dışsal ve toplumsal halidir. Hasta olma hali; sosyal bir roldür, bir statüdür, müzakere edilmiş bir pozisyondur, “hasta” olarak tanımlanan bir kişiyle, onu bu şekilde tanımaya ve yardımcı olmaya hazır bir toplum arasındaki bir pazarlıktır (9).

### **3. Sağlığın Geliştirilmesi**

Sağlığın geliştirilmesi, insanların sağlıkları üzerinde kontrolünü artırma ve sağlıklarını geliştirmelerine fırsat verme sürecidir. Bireysel davranışlara odaklanmanın ötesine geçerek, çok çeşitli sosyal ve çevresel müdahalelere kadar uzanır (10).

Sağlığın geliştirilmesi; sağlık bilgisi, tutum, beceri ve davranışlarını iyileştirmek için bireysel, grup, kurumsal, toplumsal ve sistemik stratejiler geliştirmektir (11).

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili ilk uluslararası konferans 17-21 Kasım 1986'da Ottawa'da düzenlenmiştir. Bu toplantıda; tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi hal durumuna ulaşması için, bireyin ya da grubun arzularını tanımlayarak farkına varması, ihtiyaçlarını gidermesi, çevreye uyum sağlayabilmesi ya da onu değiştirebilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Sağlık, bu nedenle, yaşamın amacı değil günlük yaşamın kaynağıdır. Sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğu olmayıp, sağlıklı yaşam davranışlarından iyi olma haline kadar kapsayıcıdır (12).

Ayrıca sağlığın geliştirilmesinin önkoşulu olarak 3 temel strateji belirlenmiştir (12):

1- Savun (Advocate): Sağlının iyi olması, sosyal, ekonomik ve kişisel gelişim için temel kaynaktır ve yaşam kalitesinin önemli bir boyutudur. Politik, ekonomik, çevresel, kültürel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin tümü sağlığı iyileştirebilir ya da zarar verebilir. Sağlığı geliştirme hareketi sağlığı savunarak bu faktörlerin olumlu olmasını sağlamalıdır.

2- Sağla (Enable): Sağlının geliştirilmesi sağlıkta eşitliği sağlamaya odaklanır. Sağlının geliştirilmesi hareketi mevcut sağlık durumundaki farklılıkların azaltılmasını amaçlar ve tüm insanların en iyi sağlık potansiyellerini gerçekleştirmesi için eşit fırsat ve kaynakları garanti altına alır. Bu sağlıklı seçimler yapabilmek için, destekleyici bir çevrede güvenli bir kurumu, bilgiye erişimi ve fırsatları içerir. Bunların kontrolünü sağlamadan insanların sağlık potansiyellerine ulaşmaları mümkün değildir. Tüm kadın ve erkeklere eşit olarak uygulanır.

3- Aracılık et (Mediate): Bu koşullar ve beklentiler sadece sağlık sektörü aracılığıyla sağlanamaz. Daha da önemli olarak, sağlının geliştirilmesi; hükümetler, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörler, sivil toplum kuruluşları, yerel otoriteler, endüstri ve medya gibi konuyla ilgili herkesin koordineli çalışmasına ihtiyaç duymaktadır. Kişiler, aileler ve topluluklar ayrıca dahil edilmelidir. Sağlık personeli ve sosyal gruplar sağlık uğraşında toplumdaki farklı çıkarlar arasında aracılık etmede başlıca sorumluluğa sahiptir.

#### **4. Sağlık Davranışları**

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (13).

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlar olup; yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (14).

Bireylerin sağlık davranışını açıklamaya yönelik olarak bazı modeller geliştirilmiş ve bu modeller uygulamaya konulmuştur. Bu modellerden en çok

kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olanlar; Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Sağlığı Geliştirme Modelidir (Health Promotion Model) (13).

#### **4.1. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)**

1950'li yıllarda Amerikan Halk Sağlığı Servisi'nde çalışan psikologlar tarafından geliştirilmiş ve sağlık davranışı üzerine tüm dünyada en çok bilinen kavramsal çerçeveyi oluşturmuştur. Geliştirilme nedeni Amerikan Halk Sağlığı Servisi'nce verilen tarama program hizmetlerinin başarısızlığının araştırılmasıdır (15).

Bu psikologların teorisine göre, insanlar ciddi hastalıklardan korkmaktadır ve sağlık davranışları, bir kişinin algıladığı tehdit düzeyine dayanan korku düzeyini yansıtır ve bu korku harekete geçme potansiyeline engel olmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumların saptanarak, bunlara yönelik uygulanacak sağlık eğitimi ve sağlık hizmetleri bireye daha uygun olacaktır (15).

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

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

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

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

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

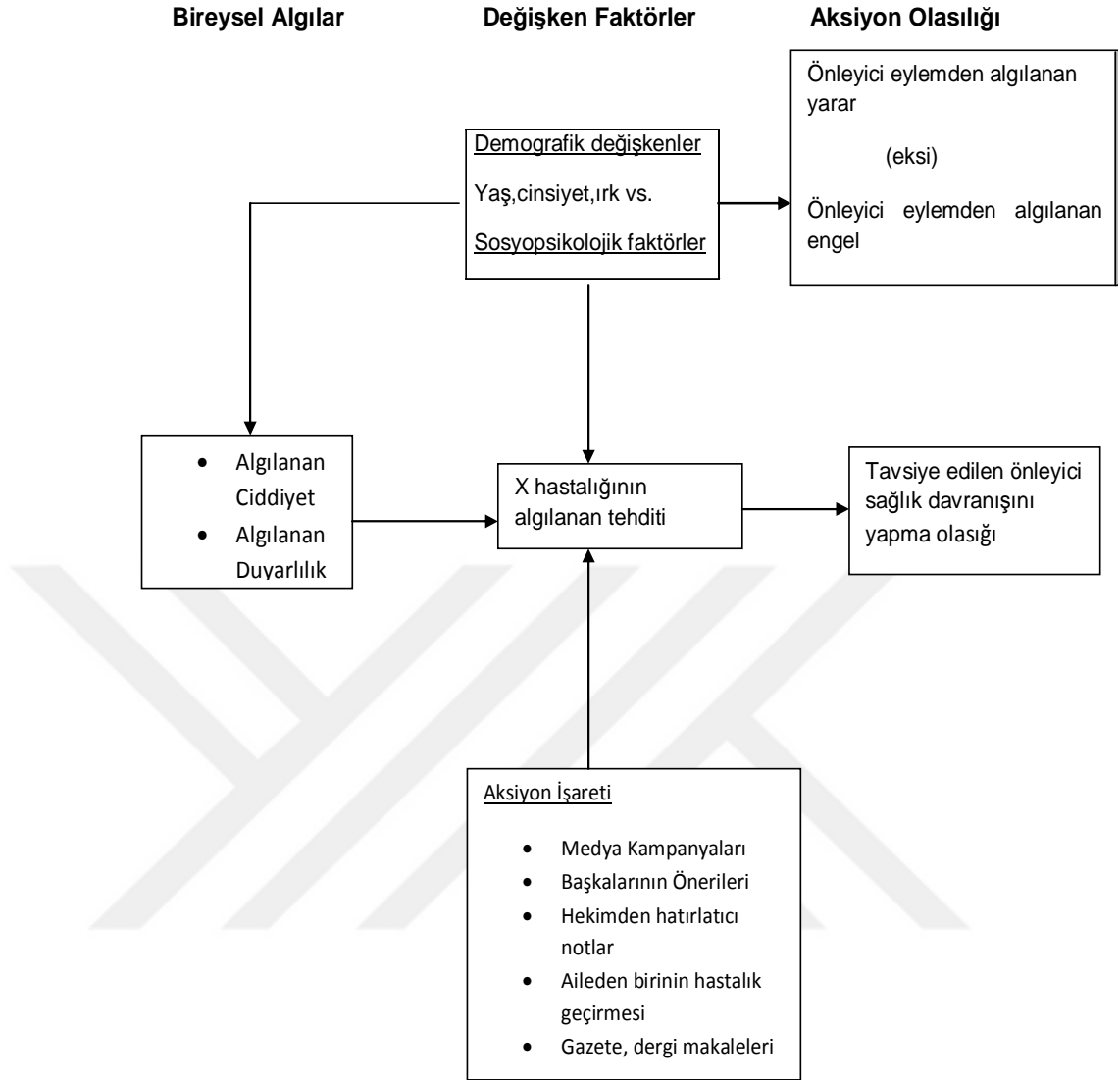
**e) Aksiyon İşareti:** Bireyi yaşam tarzını değiştirmeye itebilecek olaylar, bireyler gibi durumlardır. Bunlara örnek olarak, aileden birinin ölümü, sağlık kampanyaları, sağlık çalışanının kişiye öneride bulunması verilebilir.

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

**g) Çeşitli değişkenler:** Bireyin değişikliğe uyum sağlayıp sağlamaması konusunda etkili olabilecek yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi gibi kişisel faktörlerdir (16).

Sağlık İnanç Modelinde bahsedilen kavramların ilişkisi Şekil-1'de gösterilmiştir.





**Şekil-1:** Sağlık İnanç Modeli Şeması (17).

#### 4.2. Sağlık Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)

"Sağlığı Geliştirme Modeli" Pender tarafından Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilmiştir. Bu model, sağlığı geliştirici unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklayıp tanımlamaktadır. Bu modelde bireyin öz-etkililik-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (18).

Walker (19), sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların sağlıklı yaşamın tamamlayıcı bir ögesi olarak anlaşılması gerektiğini ifade ederek destekleyici sağlık davranışlarını açıklayan bir paradigma olarak Sağlığı Geliştirme Modeli'ni öne sürmüştür. Pender'e göre (20) sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir.

Hayat tarzının sağlığı geliştirme bileşeni, bireylerin iyi olma potansiyellerini anlamalarını sağlayan pozitif bir yaklaşımdır (19). Pender'in sağlık tanımı, daha iyi sağlık düzeyini geliştirmek için alınan önlemleri ve bireyin kendisi ile yaşam tarzı hakkındaki görüşlerini içermektedir. Sağlık İnanç Modeli ile Sağlığı Geliştirme Modeli arasındaki temel fark hastalık tehdidinin, Sağlığı Geliştirme Modeli'nde olmamasıdır (21).

## **5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

### **5.1. Beslenme**

Beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan ögeleri vücuduna alıp kullanabilmesidir. Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme, kişinin obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi hastalıklara maruz kalmasını engelleyen önemli etmenlerden biri olarak değerlendirilir (22).

Yenilebilen ve yenildiğinde yaşam için gerekli besin ögelerini sağlayan bitki ve hayvan dokuları "Besin" olarak tanımlanır. Besinlerin içinde bulunan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere de "Besin Ögeleri" denir (22).

İnsan yaşamı için gerekli 50'ye yakın besin ögesi mevcuttur; bu ögelerin sağlıklı yaşam için tespit edilen düzeyde alınmaması yetersiz beslenme, ögelerin kimilerinin fazla ya da eksik alınması durumu ise dengesiz beslenme olarak nitelendirilir (23).

Sağlıklı yaşam için ihtiyaç olan besin ögeleri 6 ana başlıkta toplanabilir.

**1- Proteinler:** Vücudun yaklaşık %16'sı proteinden oluşur. Hücrelerin esas yapısını oluştururlar, bu nedenle büyüme ve gelişme için temel besin ögesini teşkil ederler.

**2- Yağlar:** Vücutun yaklaşık %18'ini oluştururlar. Başlıca enerji deposudur. Ayrıca bazı hormonların yapımı için gereklidir.

**3- Karbonhidratlar:** Vücutun %1'ini oluşturur, başlıca etkinliği enerji sağlamaktır.

**4- Mineraller:** Vücutun %6'sını oluşturan çok çeşitli elementlerden oluşur. Demir gibi kimi mineraller hemoglobin yapısında bulunurlar.

**5- Vitaminler:** Vücutta çok az bulunmasına rağmen çok çeşitli etkinlikler gösteren değişik türleri vardır. Örneğin; A,E,C vitaminleri antioksidan etki gösterirken; D vitamini kalsiyum ve fosfor metabolizmasında görev alır.

**6- Su:** Vücutun %60'ını oluşturur. Besinlerin sindirimi, dokulara taşınması, oluşan zararlı atıkların atılması ve vücut ısısının düzenlenmesi için gereklidir (22).

Her besin, içerdiği besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler, içerik açısından birbirine benzediğinden birbirlerinin yerine geçebilir. Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra bilim insanları, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır. Besinlerin dört grup altında toplanması ve bu gruplardan tüketilecek miktarların belirlenmesi ve günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlamaktadır.

Bu dört besin grubu; süt ve süt ürünleri grubu, et-yumurta-kurubaklagil grubu, sebze ve meyve grubu ile ekmek ve tahıl grubudur. Bu gruplardaki örnek gıdalar Tablo-1'de gösterilmiştir (24).

**Tablo-1:** Besin grupları ve örnek gıdalar.

<b>Besin Grubu</b>	<b>Örnek gıdalar</b>
Süt ve Süt ürünleri	Süt, yoğurt, peynir
Et-Yumurta-Kurubaklagil	Et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek
Sebze ve Meyve	Brokoli, ıspanak, bezelye, havuç, mandalina, greyfurt, şeftali
Ekmek ve Tahıl	Buğday, pirinç, mısır, çavdar, un, bulgur, yarma, gevrek

Besin gruplarının her birinin vücutta farklı bir fonksiyonu olduğundan eksik ya da dengesiz alınması vücutta sağlık sorunlarına yol açmaktadır (25).

Örneğin, çocukluk çağında protein ve enerji alımında eksiklik kilo almada yavaşlama, lineer büyümede duraklama, kemik gelişiminde gerilik olarak ortaya çıkar (26).

Ayrıca yetersiz ve dengesiz beslenme, insanın çalışma, düşünme, yaratma gibi mental özellikleri üzerine olumsuz etkilerde bulunur. Sağlıksız beslenen bireylerin çoğalması, bu bireylerin oluşturduğu toplumun üretim gücünü düşürerek toplum üzerinde yük oluşturur (27).

Yeterli ve dengeli beslenme ise kalp damar hastalıkları, obezite, diyabet, bazı kanser türleri, alerjik hastalıklar, osteoporoz ve diş çürükleri gibi birçok kronik hastalık riskini azaltmakta hatta tedavi etmektedir (28).

Beslenmenin sağlık üzerine olan olumlu etkilerine örnek olarak 1970'lerin başlarında Finlandiya'da gerçekleştirilen North Karelia Projesi gösterilebilir. Ana amacı tüketilen sodyum miktarını azaltmak, kullanılan yağ çeşitlerini değiştirmek ve tüketilen sebze ve meyve miktarını arttırmak olan, detaylı anket çalışmalarıyla da desteklenen kapsamlı bir sağlık kampanyası şeklinde yürütülen proje sonunda; serum kolesterol düzeyi ve ortalama kan basıncında belirgin düşüş görülmüştür. 1970-1995 yılları arasında 30-64 yaş erkek nüfusunda North Karelia'da %73, tüm ülke genelinde ise %65 oranında mortalite düşüşü görülmüştür (29,30).



Çocukluk ve gençlik dönemleri, sağlıklı yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının kazanılması ve geliştirilmesinde özel bir öneme sahiptir. Bu dönemde edinilecek sağlıksız beslenme alışkanlıkları yaşamın sonraki evrelerinde ortaya çıkan kronik hastalıkların nedeni olabilmektedir. Gençlik dönemi bu açıdan bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir. Kızlar bu dönemde erkeklere nazaran özellikle yetersiz beslenmeye ve bunun sonucu olarak anemi, osteoporoz gibi sağlık sorunlarına yakalanmaya daha yatkındırlar (28).

Üniversite öğrencileri erişkin döneme geçme aşamasında olan çocukluk çağı sonrası ilk gruptur. Bu dönemde, o zamana kadar alıştıkları aile ortamları içerisinde ayrılmaları, dış etkilere daha açık hale gelmeleri ve kendi özgür seçimlerini daha belirgin şekilde yapmaya başlıyor olmaları nedeniyle beslenmelerinde yeni bir dönem başlamaktadır. Bu dönemin belirleyici özelliği ekonomik problemler ve yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama çabalarıdır. Beslenme alışkanlıklarında ortaya çıkabilecek yeni formlar üniversite öğrenimi sonrasına taşınacaktır. Öğrencilerin beslenme eğilimlerinin tespiti erişkin dönemde beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve uygunsuz beslenmenin yol açabileceği muhtemel bozuklukların önlenmesi açısından önemlidir. Öğrencinin değişen beslenme alışkanlıkları onun okul performansını da dolaylı yoldan etkileyeceğinden bu konunun bu yönüyle de ele alınması gerekmektedir (31-33).

Sağlıklı ve dengeli beslenmenin gün içerisinde sağlanmasında öğünler ve öğün örüntüleri büyük öneme sahiptir. Öğünler ve öğün örüntüleri özellikle bireyi günlük yaşamın baskılarına hazırlama, yorgunluğu giderme, sağlıklı düşünmeyi sağlama ve hastalıklardan korunma açısından da önem taşır. Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yemeklerin günde üç ana öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması gerekmektedir. Kahvaltı öğünü gece boyu açlığı takiben vücut için ilk enerji kaynağı olması, bilişsel ve fiziksel performansın devamı için önem taşımaktadır. Kahvaltının düzenli olarak yapılması ve doğru besin örüntüsünün seçilmesi ile büyüme, gelişme ve sağlığın devamı için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin önemli bir bölümü sağlanmış olur. Sağlıklı kahvaltı öğünü, matematik problemleri çözme

becerisini arttırmakta, okuma ve dinleme esnasında daha iyi anlamayı sağlamakta, hafızayı geliştirmekte, derslerde konsantrasyonu sağlamakta, böylece öğrencilerin okul başarısını arttırmaktadır (24).

## **5.2. Stres Yönetimi**

Modern hayatın karşımıza çıkardığı olgulardan bir olan stres değişik şekillerde tanımlanmaktadır. Sözlük tanımı olarak “ruhsal gerilim” şeklinde bahsedilen stresin ayrıca “organizmayı etkileyen herhangi bir şeye karşı organizma tarafından yapılan genel bir davranım”, “kişide fizyolojik ve psikolojik dengesizlik yaratan zihinsel veya fiziksel yorgunluk durumu” gibi değişik tanımlamaları mevcuttur (34-37).

Stres kaynakları bireysel ya da çevresel olabilmektedir. Çevresel faktörler arasında aşırı iş yükü, işini kaybetme korkusu, fiziki mekan şartları, tehlike unsurlarının varlığı, çalışanlar arası ilişkide problemler gibi iş hayatının getirdiği sorunlar; üniversite çevresine uyum sağlamak, akademik zorlanma gibi eğitim hayatında karşılaşılan problemler ya da eşin ölümü, boşanma, ayrı yaşama, bir yakının ölümü, evlenme, taşınma gibi hayatın getirdiği olaylar sayılabilir (38-41).

Bireysel faktörler biyolojik ve psikososyal olarak iki ana grupta toplanabilir. Strese verilen tepkilerin farklı olması, kişilerin tutumlarındaki, algılarındaki farklılıktan ve stresli durumlarla başa çıkmada başvurdukları yolların çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Stres reaksiyonunun asıl nedeni kişinin olayları algılama şeklidir. Stresle ilgili olduğu düşünülen kişilik özelliği A tipi davranışlar olarak adlandırılmaktadır. Bu kişiler fark edilme ihtiyacı duyan, sinirlenmeye yatkın, sabırsızdır. Sürekli kendilerine hedef koyarlar ve bu hedefe her koşulda ulaşmaya çalışırlar (42).

Strese maruziyet fizyolojik yollarla vücutta bazı etkiler oluşturur. Stres hormonal sistemde, kortikotropin serbestleştirici faktör (CRF) aracılığıyla adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılatır ve bu yolla böbrek üstü bezinden kortizol salınımı artar. Ayrıca böbrek üstü bezi medullasında katekolamin salgısı da artar.

Kortizol yoluyla;

- 1- Glikojenoliz artar.

2- Karaciğer dışında protein yapımını azaltır, yıkımını artırır. Karaciğere ise aminoasitlerin girişini kolaylaştırır. Karaciğere giren bu aminoasitler glikoneogenez ve protein yapımında kullanılır.

3- Yağ depolarından yağ asitlerini mobilize eder.

4- Yüksek dozlarda, lökosit diapedezini azaltarak iltihabı bloke eder.

5- Eosinofil, lenfosit sayısını azaltırken eritrosit sayısını artırır. Lenfoid dokuda atrofiye neden olup, immunoglobulin miktarını azaltır.

6- Histamin miktarını azaltır, allerjik iltihaplar bloke olur.

7- Kardiovasküler sistem: Kan basıncını artırır. Bu etkisini damarların adrenaline duyarlılığını ve karaciğerde angiotensin yapımını artırarak gösterir.

8- Gastrointestinal sistem: Hipersekresyon, hiperasidite oluşur.

9- Mental aktiviteyi artırır.

Katekolaminler yoluyla;

1- Kardiyovasküler sisteme etkileri: Kalp kasının kasılma gücü, kasılma ve iletim hızları adrenaline artar.

2- Bronkodilatasyona neden olur.

3- Böbrekler: Vazokonstriksiyona bağlı olarak glomerüler filtrat azalır ve reninangiotensin sistemi aktive olur, Aldosteron arttığından vücutta tuz ve su tutulur.

4- Glikojenolizi hızlandırır.

5- Yağ dokularından yağ asitlerini mobilize eder.

6- Beden ısısı artar.

7- Solunum derinliği ve hızı artar.

8- Pupiller dilatasyon olur.

9- Mental aktivite artar

10-Yüzeyel deri damarlarında vazokonstrüksiyona yol açar (43).

Stres belirtileri fiziksel, zihinsel, duygusal ve davranışsal olarak ortaya çıkmaktadır. Stresin fiziksel belirtilerine baş ağrısı, kardiyak aritmi, hazımsızlık; duygusal belirtilerine kolayca sinirlenme, depresyon ve genel bir isteksizlik; zihinsel belirtilerine hafıza problemleri, karar verme yeteneğinin bozulması, davranışsal belirtilerine ise uyku düzeninde bozukluk, her zamankinden çok içki ve sigara içmek örnek olarak gösterilebilir (44).

Stresle başa çıkma yöntemleri 'problem odaklı' ve 'duygu odaklı' başa çıkma yöntemleri, ayrıca 'kaçınma davranışı' şeklinde olmaktadır. Problem odaklı yaklaşımda birey stres kaynağını değiştirmek ya da yok etmek için çabalamaktadır. Duygu odaklı başa çıkma ise bireyin stresörlere karşı verdiği duygusal tepkileri değiştirmeye ya da düzenlemeye çalışması şeklinde olur. Problem odaklı yaklaşım erkek bireylerde, duygu odaklı yaklaşım ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Kaçınma yaklaşımı ise bireyin stres faktörlerinden uzaklaşmaya çalışması şeklindedir. Bireyin bunlardan hangisini kullanacağı ise kişisel özelliklerine, sosyal desteğine ve kişisel kaynaklarına göre değişmektedir (45,46).

Tıp eğitimi öğrencilerin fizyolojik ve psikolojik sağlıklarına zararlı olabilecek düzeyde stres etmeni olabilmektedir. İlimli orandaki stres öğrencilerin yaratıcılık ve başarısını arttırmakla beraber, yoğun baskı ve tıp eğitiminin bitmeyen talepleri öğrencinin davranışlarını öğrenme yeteneğini, kişilerarası ilişkilerini ve nihayet hasta bakımını etkileyebilir (47).

### **5.3. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından enerji harcaması gerektiren herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanır. Fiziksel inaktivite küresel ölüm risk faktörlerinde 4. sıradadır ve senede yaklaşık 3,2 milyon ölüme neden olmaktadır (48).

Fiziksel aktivite vücutta birçok sistem üzerinde faydalıdır. Düzenli fiziksel aktivite ile kardiyovasküler sistem fonksiyonlarında %10-30 oranında iyileşmeler meydana gelmektedir. İnsülin duyarlılığında olumlu iyileşmelere neden olur. Hipertansif bireylerin kan basıncının düşürülmesinde katkı sağlar.

Kan lipit profilinde iyileşmelere yol açan, yüksek yoğunluklu lipoprotein (High Density Lipoprotein–HDL), HDL2 kolesterolünde artış, trigliserit kolesterol/HDL oranında azalma ve vücut yağ oranında azalma sağlar. Düzenli fiziksel aktivite, iş kapasitesini artırır. İstirahat ve egzersiz kalp hızını, diyastolik ve sistolik kan basıncını, submaksimal iş yükünde miyokardiyal oksijen gereksinimini düşürür. Egzersiz ile kas kuvvetindeki ve kütledeki düşüşler azalır. Kemikler, kaslar, ligamentler ve tendonların kuvveti, eklem kıkırdak yoğunluğu artar. Kaslar hipertrofiye olur ve kastaki kılcal damar yoğunluğu artar. Hareket sistemini güçlendirerek, boyun, sırt, bel bölgesi ve eklemlerin ağrılı hastalıklarının gelişmesini engeller, bireylerin hareket özgürlüğünü, günlük işlerini ve görevlerini yapabilme kapasitesini artırır. Özellikle kadınlarda menopozla birlikte, ilerlemiş yaşlarda görülen kırık gibi ciddi sorunlara yol açabilen osteoporozu azaltır. Emeklilikten sonra, eğlence ve sağlık için yapılan egzersiz, kişiler için çalışma sorumluluğu yerine geçer ve kişilere verimli olduklarını hissettirir. Bunlar, anksiyete ve depresyonu azaltır, olumlu düşünmeyi ve stresle başa çıkmayı kolaylaştırır. Ayrıca, düzenli fiziksel aktivite; mortalite ve morbiditenin azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına, sosyoekonomik açıdan işinin daha verimli olmasına ve bilişsel fonksiyonların korunmasına ve devamlılığının sağlanmasına katkıda bulunur (49).

Fiziksel aktivite yoğunluğu konusunda ise kişinin sağlık durumu göz önüne alınarak yavaş yavaş başlanması, sonrasında haftalık 150 dakikalık orta-yoğunluklu aktiviteler (tempolu yürüyüş, dans, ev işleri vs.) ya da 75 dakikalık yüksek yoğunluklu aktivitelerle (koşu, bisiklet, aerobik vs.) düzenli fiziksel aktivite önerilmektedir. Kişinin sağlık durumu bunları yapmasına engelse en az 60 dakikalık orta yoğunluklu fiziksel aktivitenin dahi faydalı olduğu vurgulanmaktadır (50,51).

Fiziksel aktivitenin düzeyi hakkında yapılan çalışmalarda haftada 2000 kilokalori tüketimine yol açan düzenli bir fiziksel aktivitenin yaşam beklentisini 1-2 yıl arasında arttırdığı öne sürülmektedir (52).

Son dönemlerde yapılan diğer bir çalışmada ise haftalık ortalama 1000 kilokalori enerji tüketimine yol açan fiziksel aktivite tüm mortalite

sebeplerinde %20-30 azalma sağlamaktadır. Hatta daha düşük düzeylerdeki fiziksel aktivitelerde dahi belirgin yararlar gözlenmektedir (53).

#### **5.4. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlıklı olmak bireyin hakkı olmakla birlikte sağlığın korunması ve devamlılığı kişinin sorumluluğundadır. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzeltmede ve kontrol etmede sağlık potansiyellerine ulaşmasına sağlamayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları kaçınılmaz bir gerçektir (54-56). Hastaların bu davranışları kazanması, sadece bireysel sağlığı açısından değil toplum sağlığı açısından da sorumluluklarını yerine getirmesi anlamına gelir (57).

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir (55).

#### **5.5. Manevi Gelişim**

Zengin, kompleks ve çok boyutlu doğası gereği manevi gelişimin geçerli bir tanımını yapmak zordur. Manevi gelişim için; Tanrı'yla iletişim halinde olma, hayatın anlamını düşünmeye odaklanma gibi birçok tanım yapılmıştır. Bununla birlikte, insanın kendinden daha büyük -kutsalları da kapsayacak şekilde- şeylere yönelen içsel kapasitesinin gelişme süreci şeklinde tanımlanabilir (58,59).

Manevi gelişimin bu çok boyutlu yapısı 5 önerme ile incelenebilir.

- 1- Manevi gelişim kimlik gelişimi açısından; kişinin kendi gerçekliğini, bütünlüğünü ve özgünlüğünü arayış sürecini içerir.
- 2- Manevi gelişim, kişinin kendi merkezini aşma sürecini içerir.
- 3- Manevi gelişim, ilişkiler ve toplumla birlik olma yoluyla kendisi ve diğer insanlarla daha büyük bir bağlantılılık geliştirmeyi içerir.
- 4- Manevi gelişim, kişinin hayatına anlam, amaç ve yön sağlamayı içerir.

5- Manevi gelişim, soyut ve her yöne yayılan bir güce ya da insanın varoluşuna ve rasyonel bilme halinin ötesinde bir öze bağlantı kurmaya yönelik artan bir açıklık halini içerir (59).

Manevi gelişim özellikle hayatın ilk iki 10 yılında sağlıklı insan gelişimi için güçlü bir kaynaktır. Genel iyi olma hali, tatmin olma, okul başarısı, fiziksel sağlık, olumlu kimlik oluşumunda etkilidir. Ayrıca sağlığı kötü etkileyen sigara, alkol gibi alışkanlıklar, depresyon, riskli davranışların azalmasını sağlar (58).

Maneviyat, hastaların sağlığının tehdit altında olduğu durumlara (ölüm dahil olmak üzere) karşı stres yönetimini geliştirme ve güçlü sosyal destek sağlama yoluyla daha sağlıklı yanıt vermesini ve bu durumlara dayanma gücünü arttırmasını sağlamaktadır. Ayrıca bu kişilerin hastalık ya da operasyon sonra iyileşme süreci daha kısa ve sağlıklı olmaktadır. Hekimlerin de hastalarının maneviyatını anlaması; hastanın hastalığını nasıl algıladığı ve sağlık hizmeti hakkındaki kararlarını nasıl aldığı konusunda hekime fikir vererek sağlık hizmetinin daha bütüncül şekilde verilmesine yardımcı olmaktadır (60).

### **5.6. Kişilerarası İlişki**

Çevresi ile karşılıklı etkileşim içinde bulunan insanoğlu, geliştirdiği bu ilişkiler sayesinde varlığını sürdürme ve kişisel ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bireyin ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla diğer insanlar ile etkileşime girmesini sağlayan kişilerarası ilişki kavramı, "iki ya da daha fazla insan arasında gelişen, farklı ihtiyaçlardan kaynağını alan, tanışıklıktan samimiyete kadar farklı yoğunlukta yaşanan, karşılıklı duygusal etkileşim ve davranımlar" olarak tanımlanabilir (61).

Kişilerarası ilişki kavramı insanlar için önemli bir yere sahiptir. Mutluluk, kişisel başarı, yeni arkadaşlıklar kurmak ya da genel mutluluğumuz, diğer insanlarla kuracağımız bu ilişkinin sağlıklı olmasına bağlıdır. Bu ilişkilerdeki başarısızlık ise yalnızlık, ailevi ve mesleki problemlere, stres, depresyona hatta ölüme neden olabilmektedir (62,63).

Yazınbilimde kişilerarası ilişki tarzlarının çeşitli şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Kişilerarası ilişki tarzları, baskın, kaçınan, öfkeli, duygudan kaçınan, manipulatif ve küçümseyici tarzlar şeklinde ele

alındığı gibi; besleyici (açık ve saygılı) ve ketleyici/zehirleyici (saygısız/benmerkezci ve küçümseyici) boyutlar içerisinde de incelenmektedir (64).

Bu ilişkilerde birey hem kendi bireysel süreçleri ile hem de dahil olduğu sosyal ilişkileri içerisinde etkileyen ve etkilenen faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu ilişki sürecinde kişinin kendini algılayışı ve bireylerin karşılıklı beklentileri belirleyici rol oynamaktadır. Bu algı ve beklentilerin kaynağı kişinin dahil olduğu sosyal yapıya dayanmaktadır. Birey yaşadığı toplumsal modele göre ilişkilerini şekillendirmektedir. Toplumsal yaşamda bireyin var olması ve başkalarıyla birlikte bir işi gerçekleştirebilmesi ancak iletişimle olanaklıdır. Birey kendi deneyimleri kadar, bu yolla başkalarının deneyimlerinden de yararlanarak yeni bilgi ve becerilere ulaşır (61, 65, 66).

## **6. Sağlıksız Yaşam Davranışları**

### **6.1. Sigara Kullanımı**

Sigaranın akciğer kanseri ile ilişkili olduğu, 1950 yılında yapılan iki büyük ölçekli vaka kontrol çalışmaları sonrasında gösterilmiştir (67,68). 1973'te ise hamster larinklerinde benign ve malign tümör oluşumu da gösterilmiş ve bunların sonucunda sigara dumanındaki kimyasal maddelerin araştırılması sonucu toksik ve karsinojenik maddeler keşfedilmiştir. Green ve Rodgman 1996'da sigara dumanında 4800 farklı bileşen olduğunu göstermiştir. Aseton, arsenik, benzen, kadmiyum, formaldehit, ve nikotinin aralarında bulunduğu birçok madde sigaranın vücuda zarar vermesine yol açmaktadır (69).

Sigara kullanımı dünya çapında yılda yaklaşık 6 milyon insanın ölümüne neden olmaktadır, bu rakamın 2030 yılında 8 milyona yükseleceği öngörülmektedir (70). Sigara içen insanlar içmeyenlere oranla 10 sene erken ölmektedir (71).

Sigara ayrıca vücuttaki nerdeyse tüm organlarda hastalık, sakatlık ve zarara neden olmaktadır (72). Akciğer kanseri başta olmak üzere çeşitli kanserler, kalp hastalıkları ve serebrovasküler olaylara, kronik obstruktif akciğer hastalığına sebep olmaktadır. Önlenebilir ölümlerin en önemli sebebi sigara kullanımıdır (73).



DSÖ'nün raporuna göre, Türkiye'de yetişkin sigara içme oranı erkeklerde % 41,4, kadınlarda %13,1 olmak üzere ortalama % 27,1'dir. Genç nüfusta ise erkeklerde %20,3, kadınlarda %12,8 olmak üzere ortalama %16,8'dir (74).

İçilen sigara sayısının artmasıyla riskin arttığı bilinmekle birlikte, hafif ve aralıklı sigara içen kişilerin kardiyovasküler hastalık riskinin günlük içenlerle neredeyse aynı olduğu görülmüştür (75). Örneğin günde 4-7 tane sigara içen kişilerde yüksek sayıda (>23/gün) sigara içenlerin yaklaşık gördüğü etkinin %70'i kadar zarar görmektedir (76).

Sigara kullanmayan kişilerin duman maruziyeti olarak nitelenen pasif içicilikte de önemli sağlık sorunları görülmektedir. Pasif içicilikte risksiz bir maruziyet miktarı yoktur, kısa süreli maruziyet bile sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Özellikle çocuklarda kulak enfeksiyonları, astım atakları, solunum yolu enfeksiyonları ve ani bebek ölümü sendromunda artış gibi etkileri olmakta; ayrıca yetişkinlerde tıpkı aktif içicilikteki gibi akciğer kanseri, kalp hastalığı ve inme riskinde artışa sebep olmaktadır. 2005-2009 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 34000 kalp hastalığı kaynaklı ölüme neden olduğu bildirilmiştir (72,73).

Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörüdür. Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (77).

Sigara içme davranışı genellikle bireylerin son çocukluk ve gençlik döneminde çevreleriyle kurdukları ilişkiler sonucu başlamakta, davranışların belirli sıklıklarla tekrar etmesi ile alışkanlık haline almasına neden olmaktadır (78). Son yıllarda dünyada ve çeşitli ülkelerde gençler arasında yaygın sorun haline gelen sigara tüketiminin Türkiye'de de giderek arttığından söz edilmektedir. Türkiye'de ergenler arasında yapılan çalışmalarda sigara içme oranı %4,1 ile %37,5 arasında değişmektedir (79).

2010 yılında 12 tıp fakültesini kapsayan çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme oranı % 28,5 olarak bildirilmiştir. Sigara ile mücadelede önemli görevi olan hekimlerin çoğunun sigaraya tıp fakültesinde başladığı görülmüştür. Sigara içme davranışı açısından kritik bir pozisyonda

olan hekimlerin vereceği danışmanlıkların kendi sigara içme davranışları ile birlikte değerlendirileceği düşünülmelidir. Hekimlerin sigara içmesi sigara ile mücadeleye yeterince önem vermemesine neden olmaktadır (80-83).

## 6.2. Alkol

Alkol, satüre karbon atomuna doğrudan bir hidroksil (-OH) grubunun bağlı olduğu organik bileşiklere verilen genel addır. Bunlardan etanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH), alkollü içeceklerde bulunan türüdür (84).

Alkol yüzyıllardır birçok farklı kültürde kullanılan, bağımlılık yapıcı özellikleri olan psikoaktif bir maddedir. Alkolün zararlı kullanımı bireylerde, başta alkol bağımlılığı, karaciğer sirozu, çeşitli kanserler ve yaralanmalar olmak üzere 200'den fazla hastalığın tamamlayıcı etkenidir (85).

Alkol kullanımı bireyde yol açtığı birçok tıbbi sorunun yanı sıra, aile, iş, sosyal ve ekonomik alanlarda bozulmaya yol açmaktadır. Ayrıca trafikle ilgili suçlar, çeşitli kazalar ve cinayet gibi sorunlara da sık rastlanmaktadır. Dolayısıyla alkolizm veya alkol bağımlılığı denildiği zaman ruhsal, sosyal, ekonomik ve tıbbi yönleri olan çok boyutlu bir sorundan söz edilmektedir (86).

2012 yılında tüm dünyada 3,3 milyon ölümün, dünyadaki toplam ölümün %5,9'u, alkol tüketimine atfolunmaktadır (85).

2010 yılı verilerine göre, Türkiye'de alkol kullananların oranı % 17,3 (erkeklerde %19,7; kadınlarda %8,2) , hayatında hiç alkol kullanmayanların oranı ise %79,6 (erkeklerde %65,9; kadınlarda %92,4) olarak belirlenmiştir (85).

Alkol kullanımının en önemli zararlarından biri alkol bağımlılığıdır. DSÖ tanı ölçütlerine göre (International Classification of Diseases/ICD-10) aşağıdakilerden üç ya da daha fazlası son bir yıl içinde kişide bulunuyorsa o zaman o kişi alkol bağımlısıdır denir.

- Alkol içmek için güçlü bir istek olması,
- Alkol alma davranışını denetlemede güçlük (alınan alkol miktarını ayarlayamama, kullanım süresini ayarlayamama, başarısız bırakma girişimleri),
- Alkol kullanımı azaltıldığında ya da bırakıldığında tipik yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması,

- Alkol ile gerekli iyilik halini elde etmek için (rahatlık, sarhoşluk, keyif) gittikçe artan miktarlarda alkole gereksinim duyma (tolerans gelişimi),
- Alkolü elde etmek, kullanmak ve etkilerini gizlemek için harcanan zaman ve çabanın diğer ilgi ve uğraşlara yer vermeyecek şekilde giderek artması,
- Aşırı alkol kullanımı nedeni ile ruhsal, sosyal, fiziksel zararlar ortaya çıkmasına rağmen alkol kullanımını sürdürmek.

Türkiye'de alkol bağımlılığı prevalansı ile yapılan çalışmalar, bu oranın %0,8 ila %2 arasında değişmekte olduğunu göstermektedir (87). ABD'de ise 12-17 yaş ciddi alkol kullanımı oranı %1 olarak görülmüştür (88).

İçki içme yaşı 15 yaş ve altında olan gençlerde ileride alkol bağımlısı olma riski 21 yaş ve sonrasında başlayanlara göre dört kat daha fazladır. Kötü sosyoekonomik koşullarda yaşayan gençler arasında davranışsal sorunlar ve psikolojik sorunlara yakalanma riski daha yüksektir (89).

Ülkemizde alkol konusunda sınırlı sayıda yapılmış araştırmaların sonuçları da gençlerde alkol kullanım oranlarının arttığını düşündürmektedir (89).

Üniversite öğrencilerinde yapılan çeşitli araştırmalarda alkol kullanma oranı %19,1 ila %60 arasında değişmektedir (89-92)

### **6.3. Obezite**

Obezite, vücutta kişinin sağlığını tehdit edecek derecede yağ dokusunun aşırı birikimi olarak tanımlanmaktadır. Basit olarak ölçümü vücut kütle indeksi (VKİ) denen bir formüle dayanmaktadır. Kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesi sonucu hesaplanan VKİ eğer 30'un üstündeyse kişide obezitenin olduğu tespit edilmiş olur (93). VKİ değerine göre obezite de kategorilere ayrılır (Tablo-2).

**Tablo-2:** VKİ değerine göre kategoriler.

VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Kilo Durumu
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Fazla Kilolu
30-34,9	I. Derece Obez
35-39,9	II. Derece Obez
>40	III. Derece Obez

Modern toplumda sıklığı giderek artmakta olan obezitenin sıklığı 1980'den bu yana ikiye katlanmış, 2014 yılında dünya çapında yetişkin nüfusun %13'ü (yaklaşık 600 milyon kişi) obez olarak tanımlanmıştır (94). Türkiye'de obezite prevalansı TURDEP-II çalışmasına göre %36, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışması sonuçlarına göre ise toplam prevalans %44,4'tür (95-97).

Obezitenin nedeni olarak kişinin genetik yapısı, nörojenik ve psikolojik bozuklukları yanı sıra yeterli fiziksel aktivite ile dengelenmeyen yüksek kalorili diyet gibi birçok faktör gösterilmektedir (97,98).

Obezite; insülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, inme, metabolik sendrom, obstruktif uyku apnesi, pulmoner hipertansiyon, kanser, osteoartrit, steatohepatit, dislipidemi gibi bir çok hastalığın riskini arttırarak sağlığı olumsuz yönde etkiler. Ayrıca kadın ve erkek infertilitesinin nedenlerinden bir olarak üreme sağlığına olumsuz katkıda bulunur (99).

Obezite tedavisinde öncelikle diyet kontrolü ve fiziksel aktivitenin artırılmasının yanı sıra davranış değişikliği önerilmekte, bunların yetersiz kalması durumunda ise medikal ve son olarak özellikle morbid obezite vakalarında cerrahi yöntemler uygulanmaktadır (98,100).

## **7. Sağlıklı Yaşam Tarzı açısından Tıp Eğitimi**

Tıp fakültesine giren öğrencilerin başlangıçta insani özelliklere daha yatkın iken, eğitim sürecinde bu değerlerinde erozyon saptandığı, öğrencilerin hasta merkezlikten, hekim merkezliliğe, bakım verme rolünden

iyileştiren rolüne kaydıkları rapor edilmiştir (101). Bu nedenle koruyucu hekimliğin geliştirilmesi toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu bağlamda, ülkemizde Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi'nce kabul edilen Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı'nda (UÇEP), tıp fakültesi mezuniyet öncesi eğitim hedefleri arasında "kişileri hastalık ya da sakatlanma riskiyle karşı karşıya bırakabilecek etkenleri saptama ve bu risklerle risk altındaki bireyleri önceden ya da hastalığın erken evresinde belirleme ve gerekli önlemleri alma" bulunmaktadır (102).

Hekimler, hastalarındaki sağlık açısından riskli davranışlarına karşı verdikleri mücadelede yalnızca koruyucu ve tedavi edici hekimlik yapmaları ile değil aynı zamanda hastaları için birer rol modeli olmaları açısından da büyük öneme sahiptirler (103). Örneğin İçli (104) tarafından yapılan bir araştırmaya göre; hastalar sigarayı bırakma konusunda, sigara içen bir doktordan aldığı öneriyi içmeyen bir doktora göre daha az dikkate almaktadır.

Bu nedenle, geleceğin hekimlerini eğitmek tıp mesleğinin ve dolayısıyla hekimlerin hem bir ayrıcalığı hem de bir zorunluluğudur (105). Tıp öğrencilerinin eğitim sürecindeki rol modelleri de öğrencilerin mesleki hayatlarında geliştirecekleri davranış paternlerini etkilemektedir (106). Örneğin Malezya'da tıp fakültesi öğrencilerine profesyonel değerler kazandırma amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin %99'u rol modellerin akademik ve kişisel özelliklerini etkilediğini belirtmiştir (107).

Aile hekimleri de hem hasta eğitiminin içinde olması hem de giderek artan oranda tıp öğrencilerini eğitime işine girmeleri nedeniyle bu konuda önemli rol oynamaktadır (108). Aile hekimlerinin bu konuda öğretmenlik ve danışmanlık rollerinin yanı sıra rol modellik sorumluluğu da mevcuttur. Hekimlerin rol modellik konusunda gönüllü olması tıp disiplininin geleceği açısından çok önemlidir (109).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan bir, üç ve altıncı sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarına etki eden etmenlerin neler olduğu, ayrıca bu etmenlerin öğrencilerin hekimlik konusundaki düşünceleri ile ilgili olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış; kesitsel bir çalışmadır. Çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan (05.01.2016 tarih ve 2016-1/24 karar numarası) alınan onay doğrultusunda yapılmıştır.

### 1. Öğrenci Seçimi

Çalışma grubunu 2015-2016 eğitim-öğretim yılı içinde Uludağ Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrencilerden, fakültenin değişik seviyelerini temsil etmesi bakımından birinci, üçüncü ve altıncı sınıf öğrencileri belirlenmiştir. Örneklem olarak bu sınıftaki tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır. 1. sınıfta eğitim gören 340 öğrencinin 307'sine , 3. sınıftan 307 öğrencinin 222'sine ve 6. sınıftaki 189 öğrencinin 156'sına olmak üzere toplam 836 öğrencinin 685'ine ulaşılmıştır. Ulaşılan öğrenci oranı sırasıyla; %90,29, %72,31, %82,53 ve toplamda %81,93'tür.

### 2. Veri Toplama Araçları

Öğrencilere 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği- II (Health Promotion Life-Style Profile-II) ile sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları ve hekimlik ile ilgili görüşlerini içeren 45 sorudan oluşan anket formu dağıtılarak veri toplanmıştır. Söz konusu anketler, öğrencilerin eğitim gördüğü alanlarda belirlenen tarihlerde ön bilgilendirme yapılmasının ardından toplu halde dağıtılıp öğrencilerce doldurulmuştur. Anketler Şubat 2016–Haziran 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır.

#### 2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

1987 yılında Walker ve ark. (110) tarafından geliştirilen 48 soruluk ölçek, 1996 yılında Walker ve ark. tarafından (111) revize edilerek 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak tanımlanmıştır. Türkiye'de ilk ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği 1997'de Esin ve ark. (112) tarafından,

ikinci versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği ise 1998'de Akça (113) tarafından yapılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam 52 sorudan oluşmaktadır. 4'lü Likert şeklinde olup, "hiçbir zaman", "bazen", "sıklıkla" ve "daima" olarak yanıtlanmaktadır. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sıklıkla 3 ve daima 4 puana karşılık gelmektedir. Testten alınacak en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir.

Ölçek 6 alt faktörden oluşmaktadır.

a) **Sağlık sorumluluğu**, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

b) **Fiziksel aktivite**, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

c) **Beslenme**, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

d) **Manevi gelişim**, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

e) **Kişilerarası ilişkiler**, başkaları ile olan ilişkilendir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

f) **Stres yönetimi**, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir.(114)

Alt faktörlerin ölçekteki soru numaraları şöyledir:

Sağlık sorumluluğu: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51.

Fiziksel aktivite: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46.

Beslenme: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50.

Manevi gelişim: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52.

Kişilerarası ilişkiler: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49.

Stres yönetimi: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47.

## **2.2. Sosyodemografik Form**

Bu form, öğrencilerin sınıfı, cinsiyeti, medeni hali, boyu ve kilosu, anne ve baba meslekleri, aile gelir durumu, kronik bir hastalığının ve ilaç kullanımının olup olmadığı, ailesinde herhangi bir kronik hastalığın varlığı, sigara ve alkol alışkanlıkları, spor, uyku ve beslenme düzeni, kendini iyi hissetmek ve stresten kurtulmak için neler yaptığı, muayene esnasında önem verdiği konular ile hasta hekim konusundaki kimi görüşlere katılıp katılmadığı gibi konular hakkında toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Hasta-hekim arasındaki görüşleri ele alan sorulardaki cevaplar “Asla” ve “Daima” arasında değişen 5 basamaklı Likert formunda değerlendirilmiştir. Formun son kısmında öğrencinin ‘kendinde gördüğü sağlıksız davranışların ne olduğu’ ve ‘hastada gördüğü sağlıksız davranışı nasıl değiştireceği’ şeklinde 2 adet açık uçlu soru bulunmaktadır.

## **3. İstatistik Yöntemleri**

Verilerin analizi SPSS 21.0 İstatistik paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma uygunluk gösterenlerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uygunluk göstermeyenlerde ise medyan, minimum ve maksimum değerler ile birlikte raporlanmıştır. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde değerler olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testiyle incelenmiştir. Normal dağılım bağımsız gruplar için Bağımsız İki Örneklem t-testi, normal dağılmayan bağımsız gruplar için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler normal dağılım gözlenen değişkenler için Pearson



korelasyon katsayısı, normal dağılım gözlenmeyen değişkenler için Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Normal dağılmayan değişkenler için ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.



## BULGULAR

### 1. Demografik Veriler

Çalışmaya katılan toplam 685 öğrencinin 383'ü (%55,91) kadın, 302'si (%44,09) erkektir.

Birinci sınıfa giden öğrenci sayısı 307 (%44,8) üçüncü sınıfa giden öğrenci sayısı 222 (%32,4) altıncı sınıfa giden öğrenci sayısı ise 156 (%22,8) idi.

Öğrencilerin yaş ortalaması  $21,25 \pm 2,43$  (erkeklerde  $21,4 \pm 2,68$ ; kadınlarda  $21,12 \pm 2,21$ ); boy ortalaması  $170,73 \pm 2,43$  cm (erkeklerde  $177,64 \pm 6,04$ ; kadınlarda  $165,28 \pm 5,38$  cm); kilo ortalaması ise  $65,87 \pm 14,03$  kg (erkeklerde  $76,11 \pm 12,61$  kg; kadınlarda  $57,87 \pm 8,82$  kg) olup; VKİ ortalaması  $22,45 \pm 3,51$  (erkeklerde  $24,08 \pm 3,56$ ; kadınlarda  $21,16 \pm 2,88$ ) idi.

Öğrencilerin 12'si evli (%1,8) 672'si (%98,2) ise bekadır.

Öğrencilerin doğum yerlerine göre 289 öğrenci ile en fazla öğrenci sayısı Marmara Bölgesi'nde (%43,5), en az öğrenci ise 35 öğrenci (%5,3) ile Akdeniz Bölgesi'ndendir. Ayrıntılı bilgi Tablo-3'te verilmiştir.

**Tablo-3:** Öğrencilerin coğrafi bölgeye göre dağılımları.

Bölge	Öğrenci Sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Marmara Bölgesi</b>	<b>289</b>	<b>43,5</b>
Ege Bölgesi	49	7,4
Akdeniz Bölgesi	35	5,3
İç Anadolu Bölgesi	78	11,7
Karadeniz Bölgesi	80	12,1
Doğu Anadolu Bölgesi	48	7,2
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	48	7,2
Yurtdışı	37	5,6
Toplam	664	100

Öğrencilerin yaşadıkları yer kapsamında; 78'i (%11,4) devlet yurdunda, 207'si (%30,2) özel yurttta, 165'i (%24,1) ailesi ile evde, 131'i (%19,1) arkadaşları ile evde, 92'si (13,4) tek başına evde, 12'si (%1,8) ise diğer şekillerde ikamet etmektedir.

Öğrencilerin annelerinin mesleklerine bakıldığında; 435'i (%63,5) ev hanımı, 106'sı (%15,4) memur, 54'ü (%7,9) emekli, 21'i (%3,1) işçi, 13'ü (%1,9) serbest meslek, 56'sı (%8,2) ise diğer mesleklerdendir.

Öğrencilerin babalarının 208'i (%30,4) memur, 175'i (%25,6) emekli, 112'si (%16,4) serbest meslek, 68'i (%9,9) işçi, 27'si (%4) çiftçi, 91'i (%13,3) ise diğer mesleklerdendir. Sadece 3 baba (%0,4) işsizdir.

Annelerin eğitim durumunda en fazla (%28,5) ilkokul mezunları görülmekte iken; babalarda ise en fazla (%45) üniversite eğitimi görülmektedir. Anne ve baba eğitim durumları Tablo-4'te verilmiştir.

**Tablo-4:** Öğrencilerin anne ve baba eğitim seviyeleri

Eğitim Durumu	Anne		Baba	
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Okuryazar Değil	25	3,7	3	0,4
Okuryazar	24	3,5	15	2,2
İlkokul	<b>195</b>	<b>28,5</b>	94	13,8
Ortaokul	68	9,9	48	7
Lise	173	25,3	162	23,6
Üniversite	182	26,6	<b>308</b>	<b>45</b>
Yüksek Lisans – Doktora	17	2,5	55	8
Toplam	684	100	685	100

Öğrencilere aile gelir durumları, gelir gider arasındaki ilişki açısından sorulmuştur. Öğrencilerin 419'u (%61,4) gelirlerin gidere denk olduğunu,

208'i (%30,5) gelirin giderden fazla olduğunu, 55'i (%8,1) ise aile gelirinin giderden az olduğunu ifade etmiştir.

VKI hesaplaması sonucu, öğrencilerin 70'i (%10,3) zayıf, 476'sı (%70) normal, 109'u (%16) aşırı kilolu ve 25'i (% 3,7) ise obez olarak tespit edilmiştir.

Öğrencilerde kronik hastalığın varlığı durumuna bakıldığında; 558 öğrencide kronik bir hastalık bulunmadığı ifade edilmişken (%81,6), 85 öğrencide var olduğu (%12,4) bildirilmiştir, 41 öğrenci (%6) ise bu soruya bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Bu doğrultuda; 58 öğrenci (%8,5) kronik hastalıkları için ilaç kullanmakta, 627 öğrenci (%91,5) ise herhangi bir ilaç kullanmadığını bildirmektedir.

Öğrencilere sağlık durumlarını nasıl algıladığı sorulmuş, 61'i (%8,9) mükemmel, 430'u (%62,8) iyi, 181'i (%26,5) ortalama ve 12'si (%1,8) sağlıklarının kötü yanıtını vermiştir. Çok kötü şıkkını hiçbir öğrenci işaretlememiştir.

Öğrencilerin ailesindeki kronik hastalık varlığı sorgulandığında, 262'si (%38,4) ailelerinde kronik hastalık olduğunu, 354'ü (%51,8) olmadığını ve 67'si (%9,8) bu konuda bilgisinin olmadığını ifade etmiştir.

90 öğrenci (%13,2) sigara içmekte, 574'ü (%84) içmemektedir. 19 öğrenci (%2,8) ise sigarayı bırakmıştır. Öğrencilerin günlük sigara içme sayıları Tablo-5'te belirtilmiştir.

**Tablo-5:** Öğrencilerin günlük sigara içme sayıları.

Sigara Sayısı	Öğrenci Sayısı	(%)
0	591	86,3
1-5	29	4,2
6-10	23	3,4
11-20	31	4,5
20'den fazla	11	1,6
Toplam	685	100

Sigara kullanma öyküsü olan 76 öğrenci (%72,3) sigara bırakmayı düşünmüş, 29'u (%27,7) ise hiç bırakmayı düşünmemiştir.

Alkollü içki kullanma sıklığı sorulduğunda; öğrencilerin 454'ü (%67,1) hiç alkol kullanmadığını, 117'si (%17,3) nadiren alkol kullandığını, 66'sı (%9,7) ayda 1-2 kez, 37'si (%5,5) haftada 1-2 kez, 3'ü (%0,4) ise her gün alkollü içki tükettiğini söylemektedir.

Öğrencilerin 7'si (%1) uyuşturucu madde kullanmış, 674'ü (%98,9) hiç uyuşturucu kullanmamış, 1 (%0,1) öğrenci ise bıraktığını ifade etmiştir.

Öğrencilere spor yapıp yapmadıkları sorulduğunda, 459 (%67,3) öğrenci spor yaptığını, 223 (%32,7) öğrenci ise yapmadığını söylemiştir.

Öğrencilerin 183'ü (%27,3) haftada 1-2 gün, 124'ü (%18,5) haftada 3 ve üzeri gün spor yapmaktadır. 241 öğrenci (%35,9) düzensiz aralıklarla spor yapmakta, 123'ü (%18,3) ise hiç spor yapmamaktadır.

Öğrencilerin en fazla koşu/tempolu yürüme sporu yaptığı (%51,7 oranında) görülmektedir. Diğer sporların yüzdeleri Tablo-6'da ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

**Tablo-6:** Öğrencilerin yaptığı spor çeşitleri.

	N *	Yüzde (%)
Futbol	163	23,9
Basketbol	110	16,1
Voleybol	91	13,4
Yüzme	152	22,3
Tenis	57	8,3
<b>Koşu/Tempolu Yürüyüş</b>	<b>353</b>	<b>51,7</b>
Bisiklet	135	19,8
Diğer	113	16,5

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Öğrencilere çevrelerinde spor yapma imkanı olup olmadığı sorusuna, 374 (%55,8) öğrenci olumlu, 296 (%44,2) öğrenci ise olumsuz yanıt vermiştir.

Öğrencilerin günlük uyku süreleri ve uyku yatış saatleri Tablo-7 ve Tablo-8'de belirtilmiştir.

**Tablo-7:** Öğrencilerin günlük uyku süresi.

Günlük uyku süresi (saat)	n	Yüzde (%)
<5	32	4,7
5-6	250	36,6
7-8	334	49
>8	66	9,7
Toplam	682	100

**Tablo-8:** Uyku Yatış Saatleri

Uyku yatış saatleri	n	Yüzde (%)
22.00'den önce	2	0,3
22.00-00.00	179	26,2
00.00-02.00	438	64,3
02.00'den sonra	63	9,2
Toplam	682	100

Öğrencilere günlük öğün sayıları sorulduğunda, 5'i (%0,7) günde 1 kez, 188'i (%27,6) günde 2 kez, 420'si (%61,5) günde 3 kez, 70'i (%10,2) günde 4 ve daha fazla kez yemek yediklerini söylemiştir.

Öğrencilerin 55'i (%8,1) hiç kahvaltı yapmamakta, 178'i (%26,1) haftada 1-3 gün, 167'si (%24,5) haftada 4-6 gün, 282'si (%41,3) ise her gün kahvaltı yapmaktadır.

Öğrencilerin yemeklerini en fazla yemekhanede ve evde yemektir. Öğrencilerin yemek yediği yerler Tablo-9'da görülmektedir.

**Tablo-9:** Öğrencilerin yemek yediği yerler.

	N
Yemekhane	320
Ev	303
Kafe-kantin	56
Restoran	47
Diğer	1

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Öğrencilerin 80'i (%11,8) vitamin ya da gıda takviyelerini düzenli, 99'u (%14,5) zaman zaman kullanmaktadır. 502'si (%73,7) bunları hiç kullanmamıştır.

Öğrencilerin televizyon/bilgisayar başında geçirdikleri süreler incelendiğinde, 43 (%6,3) öğrencinin hiç zaman geçirmediği, 163'ünün (%23,9) günde 1 saatten az, 263'ünün (%38,6) 1 ila 2 saat, 172'sinin (%25,2) 3 ila 4 saat, 41'inin (%6) ise 5 saatten fazla vakit geçirdiği görülmüştür.

Öğrencilere kendilerini iyi hissetmek için neler yaptığı sorulduğunda en fazla (% 67,7) oranda sohbet etmek ve ona yakın oranda (% 67,4) film-dizi izlemek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin kendini iyi hissetmek için yaptığı aktiviteler Tablo-10'da görülmektedir.

**Tablo-10:** Öğrencilerin kendilerini iyi hissetmek için yaptığı aktiviteler.

İyi hissetmek için yapılanlar	N	Yüzde (%)
İbadet/dua	373	% 54,7
Meditasyon, yoga vs.	29	% 4,3
Gezmek/Seyahat	444	% 65,1
<b>Sohbet Etmek</b>	<b>461</b>	<b>% 67,7</b>
Kitap Okumak	393	% 43,0
Film-dizi izlemek	459	% 67,3
Müzik dinlemek	450	% 66,0
İnternet/PC oyunları	291	% 42,7
Spor	279	% 40,9
Diğer	23	% 3,4

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Öğrencilerin 444'ü (%65,4) stresli olduğunu, 212'si (31,2) zaman zaman stres yaşadığını söylemektedir. Öğrencilerin sadece 23'ü (%3,4) hiç stres yaşamadığını belirtmiştir.

Öğrencilerin stresle başa çıkmak için en yüksek oranda (% 60,3) sevdikleriyle vakit geçirdikleri görülmüştür. Diğer sonuçlar Tablo-11'dedir.

**Tablo-11:** Öğrencilerin stresle başa çıkmak için yaptığı aktiviteler.

	N	Yüzde (%)
Düşünmemeye Çalışırım	360	% 52,8
Hobilerimle Uğraşırım	273	% 40,0
<b>Sevdiklerimle Vakit Geçiririm</b>	<b>411</b>	<b>% 60,3</b>
Alkol, sigara kullanırım	75	% 11,0
İlaç Kullanırım	10	% 1,5
Yemek Yerim	203	% 29,8
Diğer	51	% 7,5

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.



Öğrencilere kendilerini hasta hissettiklerinde ne yaptıkları sorulduğunda, en sık oranda (%75,2) istirahat ettikleri şeklinde yanıtlanmışır. Öğrencilerin verdiği yanıtlar ayrıntılı şekilde Tablo-12’de gösterilmiştir.

**Tablo-12:** Öğrencilerin kendilerini hasta hissettiklerinde yaptığı aktiviteler.

	N	%
Doktora başvurmak	337	49,4
İlaç Kullanmak	185	27,1
Bitkisel Tedavi Uygulamak	144	21,1
<b>İstirahat Etmek</b>	<b>513</b>	<b>75,2</b>
Hiçbir şey yapmam	89	13,0
Diğer	10	1,5

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Öğrencilere muayene esnasında belirlenen konulara ne sıklıkla eğildiği sorulduğunda, en çok “daima” yanıtı verilen konu “hastaların kronik hastalığını sorgulamak (%76,8) , en az “daima” yanıtı verilen konu ise “hastanın sağlıklı yaşam tarzını ele almak” (%58,4) olmuştur. En sık “asla” yanıtı verilen konu ise hastalıklardan korunma yöntemleridir. Verilen cevapların ayrıntıları Tablo-13’te gösterilmektedir.

**Tablo-13:** Muayene esnasında hekimin hasta ile olan sorunlara yaklaşımların sıklığı.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Daima
Hastanın aktif şikayeti	0,4	0,6	2,4	27,3	69,3
Hastanın ruh hali	0,1	0,9	5,5	30,7	62,7
Hastanın yaşam tarzı	0,1	1,3	7,3	32,8	<b>58,4</b>
Hastada kronik hastalık varlığı	0,1	0,6	1,5	21,0	<b>76,8</b>
Hastalıktan korunma yöntemleri	0,5	1,1	2,6	22,4	73,4
Hastanın ilaç kullanımı	0	0,9	1,4	19,7	78

Öğrencilere hekimlik hayatında hangi konularda daha başarılı olmak istedikleri sorulduğunda ise öğrenciler en yüksek oranda (%89,8) tanı ve tedavide başarılı olmak istediklerini söylemişlerdir. Öğrencilerin sadece %20,9'u sağlık sistemine uyum konusunda başarılı olmak istemektedir (Tablo-14).

**Tablo-14:** Öğrencilerin hekimlik hayatında başarılı olmak istedikleri konular.

	N	%
Tanı ve Tedavi	610	89,8
İletişim	507	74,7
Sağlıklı yaşam için motivasyon	413	60,8
Sağlık Sistemine Uyum	142	20,9
Meslektaşlarla Uyum	280	41,2
Etik Konular	260	38,3
Sosyal Prestij	243	35,8
Diğer	5	0,7

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

Hastaların hekimlerin davranışlarından etkilenip etkilenmediği sorulduğunda, öğrencilerin 651'i (%96,9) hastaların hekimlerden etkilendiğini, 10'u (%1,5) etkilenmediğini söylemiştir. 11 öğrenci (%1,6) ise diğer seçeneğini işaretleyerek, etkilenmeyi bazı koşullara (hekime göre değişir, iletişime bağlı vs.) bağlamıştır. Sınıflara göre evet yanıtı verenlerin oranı birinci sınıflar için %97,7; üçüncü sınıflar için %96,3 ve altıncı sınıflar için %96,1'dir.

“Hekim hastasına örnek olmalı mıdır?” sorusuna ise öğrencilerin 628'i (%93,3) evet, 34'ü (%5,1) hayır, 11'i (%1,6) ise diğer seçeneğini işaretlemiştir. Bu konuda sınıflara göre evet cevabı verme oranları sırasıyla, %94; %95 ve %89,6'dır.

Fakültede sağlıklı yaşamla ilgili konularda yeterli eğitim verilip verilmediği sorulduğunda, 367'si (%54,4) hayır, 177'i (%26,3) evet, 130'u (%19,3) ise bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir. Bu konuda sınıflara göre

olumsuz yanıt verme oranları sırasıyla, %44,3; %57,7 ve %69,5 olarak bulunmuştur.

Tıp fakültesinde okumanın kendi sağlık davranışlarında ne yönde etki ettiği sorusuna ise öğrencilerin 378'i (%56,2) olumlu yönde, 71'i (%10,5) olumsuz yönde etki ettiğini söylemiştir. 224 (%33,3) öğrenci ise tıp fakültesinin kendi sağlık davranışları ile ilgili bir değişim yaratmadığını söylemiştir. Bu konuda sınıflara göre olumlu yanıt verme oranları sırasıyla, %53,3; %57,7 ve %59,5'tir.

Hekim olarak çevrenizde değişiklik yapma inancı konusunda 576 (%85,5) öğrenci olumlu yönde görüş bildirmiştir. 15 öğrenci (%2,2) değişiklik yapamayacağını, 79 (%11,7) öğrenci bilgisi olmadığını, 4 (%0,6) öğrenci ise kısmen yapabileceğini söylemiştir. Bu konuda sınıflara göre olumlu yanıt verme oranları sırasıyla, %87,3; %83,6 ve %84,4'tür.

## **2. SYBDÖ – II Ölçeği Güvenirliği, Verilen Yanıtların Oranları ve Ortalamaları**

Çalışmamızda SYBDÖ II güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha 0,91; sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde 0,76; fiziksel aktivite alt ölçeğinde 0,83; beslenme alt ölçeğinde 0,68; manevi gelişim alt ölçeğinde 0,78; kişilerarası ilişki alt ölçeğinde 0,76 ve stres yönetimi alt ölçeğinde 0,65 olarak bulunmuştur.

52 soruluk Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğine verilen yanıtların oranları ve maddelerin puan ortalamaları Tablo 14'te verilmiştir. Madde bazında en yüksek puan ortalaması 12. maddedeki "Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım." ifadesine aittir (3,32±0,83). En düşük puan ortalaması ise 45. maddedeki "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım." ifadesine aittir (1,66±0,68).

Maddeleri verilen yanıtların yüzde oranları ve madde puan ortalamaları Tablo-15'te verilmiştir.

**Tablo-15:** SYBDÖ II sorularına verilen yanıtların oranları ve madde puan ortalamaları.

Soru No.		Hiçbir zaman (%)	Bazen (%)	Sık sık (%)	Düzenli Olarak (%)	Madde Ortalamaları (X ±SS)
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.	1,8	36,2	49,1	13,0	2,73±0,70
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	16,0	54,6	24,4	5,0	2,18±0,75
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2,5	48,4	39,3	9,7	2,56±0,70
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	27,5	54,3	12,0	6,1	1,96±0,80
5	Yeterince uyurum.	6,3	38,8	40,1	14,7	2,63±0,80
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	2,9	46,0	42,3	8,8	2,56±0,69
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	1,0	13,0	60,1	25,9	3,10±0,64
8	Şekerli ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.	24,6	48,3	19,3	7,8	2,10±0,86
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	39,4	50,8	8,3	1,5	1,71±0,67
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi.)	30,1	40,0	16,2	13,7	2,13±0,99
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.	16,7	46,3	25,8	11,3	2,31±0,88
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.	4,4	11,1	32,4	52,1	3,32±0,83
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.	1,5	23,4	51,3	23,8	2,97±0,72
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.	38,2	43,6	14,9	3,2	1,83±0,79
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	7,5	47,6	38,2	6,6	2,43±0,72
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).	20,2	46,6	20,6	12,6	2,25±0,92
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	10,4	44,1	35,9	9,5	2,44±0,80
18	Geleceğe umutla bakarım.	3,1	26,8	45,3	24,9	2,91±0,79
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	0,6	18,3	50,7	30,5	3,11±0,70

20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.	14,5	62,3	17,2	6,1	2,14±0,73
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	13,8	57,3	25,0	4,0	2,19±0,71
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	22,7	49,9	20,8	6,6	2,11±0,82
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	5,8	43,5	33,9	16,8	2,61±0,83
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	5,3	33,0	47,2	14,5	2,70±0,77
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	4,3	29,5	45,5	20,8	2,82±0,80
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.	21,6	58,1	17,4	2,9	2,01±0,71
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.	6,6	47,9	37,6	7,9	2,46±0,73
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	49,1	35,1	8,5	7,3	1,73±0,89
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	11,5	51,5	31,1	5,8	2,31±0,75
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	2,2	15,3	51,1	31,4	3,11±0,73
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	2,5	25,6	44,9	27,0	2,96±0,79
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.	9,9	51,7	27,4	11,0	2,39±0,81
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	25,7	47,9	20,8	5,6	2,06±0,82
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).	9,7	35,8	36,1	18,4	2,63±0,89
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	8,0	43,5	37,9	10,7	2,51±0,78
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	13,5	61,9	20,0	4,6	2,15±0,70
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.	16,5	47,6	26,3	9,6	2,29±0,85
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.	11,3	58,0	24,9	5,7	2,25±0,72
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	27,5	53,2	16,3	2,9	1,94±0,74
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	32,1	37,4	22,8	7,8	2,06±0,92
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	25,4	46,4	22,2	5,9	2,08±0,84

42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	1,6	15,8	47,9	34,7	3,15±0,73
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	9,7	41,9	37,6	10,7	2,49±0,81
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	21,4	43,7	24,0	10,9	2,24±0,91
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	44,5	45,9	8,1	1,5	1,66±0,68
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	25,0	46,7	20,9	7,4	2,10±0,86
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	23,0	49,6	22,0	5,3	2,09±0,80
48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissedirim.	9,5	17,9	28,6	44,0	3,07±0,99
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	1,5	18,8	55,9	23,8	3,02±0,69
50	Kahvaltı yaparım.	5,8	28,5	29,9	35,8	2,95±0,93
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	5,5	40,8	39,9	13,8	2,62±0,78
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	1,8	18,6	46,4	33,3	3,11±0,75

Genel SYBDÖ skoru ortalaması 127,30±17,19; madde puan ortalaması 2,44±0,33'tür. Alt ölçeklerde ise en yüksek ortalama 26,15±4,22 (madde ortalaması 2,90±0,46) ile manevi gelişim; en düşük ortalama ise 17,04±3,90 (madde ortalaması 2,13±0,60) ile fizik aktivite olarak bulunmuştur (Tablo-16).

**Tablo-16:** Alt ölçekler ve toplam SYBDÖ puan ortalamaları.

	Kategori toplam puan ortalaması (X±SS)	Kategori madde puan ortalamaları (X±SS)
Sağlık Sorumluluk	19,70±3,90	2,18±0,43
Fizik aktivite	17,04±3,90	2,13±0,60
Beslenme	20,16±3,71	2,24±0,41
Manevi Gelişim	26,15±4,22	2,90±0,46
Kişilerarası İlişki	25,53±3,94	2,83±0,43
Stres Yönetimi	19,05±3,40	2,38±0,42
Toplam Skor	127,30±17,19	2,44±0,33

### 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorları

#### 3.1. Öğrencilerin Sınıfları İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Toplam SYBDÖ skorunda ve tüm alt kategorilerde sınıflar arasında anlamlı fark görülmüştür (Tablo-17).

**Tablo-17:** Öğrenim görülen sınıflara göre SYBDÖ skor ortalamaları.

	1.Sınıf Medyan (Min-Max.)	3.Sınıf Medyan (Min-Max.)	6.Sınıf Medyan (Min-Max.)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>20 (12-33)</b>	<b>18 (9-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>17 (9-32)</b>	<b>17 (8-31)</b>	<b>15 (8-31)</b>	<b>0,000</b>
<b>Beslenme</b>	<b>20 (11-30)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>19 (10-31)</b>	<b>0,000</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>27 (12-36)</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>25 (12-34)</b>	<b>0,000</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>26 (14-35)</b>	<b>24 (14-33)</b>	<b>0,000</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19 (10-29)</b>	<b>19 (12-30)</b>	<b>18 (9-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>131 (83-176)</b>	<b>130 (92-194)</b>	<b>118,5 (68-165)</b>	<b>0,000</b>

Toplam skorda; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,399$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Beslenme alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,903$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Fiziksel aktivite alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,211$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Sağlık sorumluluğu alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,431$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,001$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Stres yönetimi alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,192$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Kişilerarası ilişki alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,344$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

Manevi gelişim alt kategorisinde; 1. ve 3. sınıflar arasında fark yokken ( $p=0,358$ ), 1. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,000$ ) ve 3. ile 6. sınıflar arasında ( $p=0,001$ ) fark vardır. 6. sınıfların skorları her iki sınıftan düşüktür.

### 3.2. Cinsiyet İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Stres yönetimi ve manevi gelişim haricindeki alt kategorilerde ve toplam SYBDÖ skorunda cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmüştür (Tablo-18).

**Tablo-18:** Cinsiyete göre SYBDÖ skor ortalamaları.

Kategoriler	Erkek Medyan (Min-Max)	Kadın Medyan (Min-Max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>19 (9-33)</b>	<b>20 (10-33)</b>	<b>0,001</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>16 (8-32)</b>	<b>0,000</b>
<b>Beslenme</b>	<b>19 (10-33)</b>	<b>20 (11-31)</b>	<b>0,001</b>
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26 (12-36)	0,101
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>25 (14-35)</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>0,000</b>
Stres Yönetimi	19 (9-30)	19 (10-28)	0,072
<b>Toplam Skor</b>	<b>126 (68-194)</b>	<b>129 ( 84-184)</b>	<b>0,015</b>

Toplam skorda kadınlarla erkekler arasında fark vardır ( $p=0,015$ ). Kadınların skorları erkeklere nazaran yüksektir.

Beslenme alt kategorisinde kadınlarla erkekler arasında fark vardır ( $p=0,001$ ). Kadınların skorları erkeklere nazaran yüksektir.

Fiziksel aktivite alt kategorisinde kadınlarla erkekler arasında fark vardır ( $p=0,001$ ). Erkeklerin skorları kadınlara nazaran yüksektir.



Sağlık sorumluluğu alt kategorisinde kadınlarla erkekler arasında fark vardır ( $p=0,001$ ). Kadınların skorları erkeklere nazaran yüksektir.

Kişilerarası ilişki alt kategorisinde kadınlarla erkekler arasında fark vardır ( $p=0,000$ ). Kadınların skorları erkeklere nazaran yüksektir.

### 3.3. Medeni Durum İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Evlilerin toplam SYBDÖ skor ortalaması  $124,10\pm 19,66$ ; bekarların skor ortalaması  $127\pm 0,73$  olarak görülmüş olup anlamlı fark yoktur ( $p=0,552$ ). Alt ölçeklerde de herhangi bir farklılık görülmemiştir (Tablo-19).

**Tablo-19:** Medeni duruma göre SYBDÖ alt ölçekleri skor ortalamaları.

	Evli Medyan (Min-Max)	Bekar Medyan (Min-Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19 (12-25)	20 (9-20)	0,543
Fiziksel Aktivite	17 (10-25)	17 (8-32)	0,338
Beslenme	20 (13-28)	20 (10-33)	0,562
Manevi Gelişim	28 (19-33)	26 (12-36)	0,678
Kişilerarası İlişki	25 (17-32)	26 (14-36)	0,872
Stres Yönetimi	18 (12-24)	19 (9-30)	0,553

### 3.4. BKİ İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Toplam skora göre tüm öğrencilerin ortalaması  $127,39\pm 17,12$  dir. Gruplar incelendiğinde zayıf kilolu grubun ortalaması  $128,16\pm 13,84$ , normal kilolu grubun ortalaması  $127,27\pm 17,04$ , aşırı kilolu grubun ortalaması  $128,18\pm 18,00$ , obez grubun ortalaması ise  $124,25\pm 22,89$ 'dur. Gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ( $p=0,804$ ). Alt kategorilere göre skorlar tablo-20'de belirtilmiştir.

**Tablo-20:** BKİ'ne göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları

	Zayıf Medyan (Min-Max)	Normal Medyan (Min-Max)	Aşırı Kilolu Medyan (Min-Max)	Obez Medyan (Min-Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19,5 (12-29)	20 (9-33)	19 (10-29)	20 (9-30)	0,748
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>15 (8-32)</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>17,5 (8-30)</b>	<b>15 (10-24)</b>	<b>0,001</b>
Beslenme	20 (12-28)	20 (11-33)	19 (10-30)	20,5 (12-27)	0,898
Manevi Gelişim	27 (17-33)	26 (12-36)	27 (12-36)	25,5 (13-36)	0,104
Kişilerarası İlişki	26 (15-33)	25 (14-35)	25 (14-34)	24,5 (14-34)	0,103
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19,5 (12-27)</b>	<b>19 (10-30)</b>	<b>19,5 (10-29)</b>	<b>18 (9-28)</b>	<b>0,038</b>

Fiziksel aktivite alt kategorisinde; zayıf öğrencilerle normal kilolular ( $p=0,002$ ), zayıf öğrencilerle aşırı kilolular arasında ( $p=0,000$ ), aşırı kilolularla obezler arasında ( $p=0,040$ ) fark bulunmuştur. Zayıf ve obez grubundakilerin skor ortalaması diğer gruplardan düşüktür.

Stres yönetimi alt ölçeğinde zayıf öğrencilerle normal kilolu öğrenciler ( $p=0,043$ ) ve normal kilolu öğrencilerle aşırı kilolu öğrenciler arasında ( $p=0,042$ ) arasında anlamlı fark görülmüştür. Normal kilolu öğrencilerin skor ortalaması diğer iki gruba göre düşüktür.

### 3.5. Doğum Yeri İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Öğrencilerin doğum yerine göre coğrafi bölgeleri arasında sadece beslenme alt grubunda anlamlı fark görülmüştür (Tablo-21).

**Tablo-21: Doğum yerine göre SYBDÖ skor ortalamaları.**

	Marmara Medyan (Min-max)	Ege Medyan (Min-max)	Akdeniz Medyan (Min-max)	İç Anadolu Medyan (Min-max)	Karadeniz Medyan (Min-max)	Doğu Anadolu Medyan (Min-max)	Güneydoğu Anadolu Medyan (Min-max)	Yurtdışı Medyan (Min-max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-33)	21 (14-29)	19,5 (12-27)	20 (12-33)	20 (14-29)	19 (12-28)	19 (13-29)	19 (11-24)	0,155
Fiziksel Aktivite	17 (8-32)	17 (8-31)	16 (9-28)	15 (8-31)	16 (9-32)	17 (8-23)	15,5 (8-27)	17 (8-30)	0,445
<b>Beslenme</b>	<b>20 (10-31)</b>	<b>21 (13-29)</b>	<b>20,5 (11-26)</b>	<b>20 (13-33)</b>	<b>19,5 (11-30)</b>	<b>19,5 (11-27)</b>	<b>18 (12-28)</b>	<b>19 (13-27)</b>	<b>0,010</b>
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26,5 (20-34)	26 (14-35)	26 (18-35)	27 (12-34)	26 (14-33)	26 (16-36)	26 (16-33)	0,947
Kişilerarası İlişki	26 (14-36)	25 (20-33)	25 (14-32)	25,5 (19-35)	26 (15-33)	24 (14-31)	25,5 (17-35)	25 (18-30)	0,221
Stres Yönetimi	19 (11-28)	20 (12-26)	19 (10-23)	18 (12-30)	20 (10-27)	18,5 (10-26)	19 (9-29)	18 (13-28)	0,307
Toplam Skor	130 (68-184)	129 (106-169)	126,5 (94-148)	127 (92-194)	129,5 (96-169)	125 (83-149)	125 (82-153)	123,5 (92-144)	0,086

Beslenme alt grubunda Marmara ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında ( $p=0,001$ ); Ege ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında ( $p=0,002$ ); Akdeniz ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında ( $p=0,022$ ) ve İç Anadolu ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi arasında ( $p=0,016$ ) anlamlı fark bulunmuştur. Güneydoğu Anadolu Bölgesinin skorları bahsedilen bölgelerden anlamlı olarak düşüktür.

### 3.6. Yaşam Yeri İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre SYBDÖ toplam skorunda, devlet yurdunda kalanlar  $128,83\pm 16,61$ ; özel yurttaki kalanlar  $130,85\pm 16,14$ ; ailesiyle evde kalanlar  $128,56\pm 16,33$ ; tek başına evde kalanlar  $124,33\pm 19,51$ ; diğer seçeneğini işaretleyen grup  $124,33\pm 19,51$  skorunu elde etmiş, bu gruplar arasında anlamlı farklılık ( $p=0,000$ ) bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise beslenme,

manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-22).

**Tablo-22:** Öğrencilerin yaşam yerleri ile SYBDÖ alt ölçek skor ortalamaları.

	Devlet Yurdu Medyan (Min-Max)	Özel Yurt Medyan (Min-Max)	Aile ile Evde Medyan (Min-Max)	Arkadaşlarla Evde Medyan (Min-Max)	Tek Başına Evde Medyan (Min-Max)	Diğer Medyan (Min-Max)	p
Sağlık Sorumluluğu	20 (11-29)	20 (11-33)	20 (9-33)	19 (10-29)	19 (9-30)	19,5 (12-27)	0,17 5
Fiziksel Aktivite	17 (8-32)	17 (8-31)	17 (8-32)	16 (8-29)	16,5 (8-31)	13,5 (10-25)	0,06 0
<b>Beslenme</b>	<b>20</b> <b>(12-27)</b>	<b>20</b> <b>(13-33)</b>	<b>21</b> <b>(11-30)</b>	<b>19</b> <b>(11-29)</b>	<b>20</b> <b>(10-31)</b>	<b>20</b> <b>(11-23)</b>	<b>0,00</b> <b>1</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>26</b> <b>(14-35)</b>	<b>27</b> <b>(12-36)</b>	<b>26</b> <b>(14-36)</b>	<b>26</b> <b>(16-35)</b>	<b>26</b> <b>(12-36)</b>	<b>25,5</b> <b>(18-32)</b>	<b>0,01</b> <b>4</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>25</b> <b>(14-32)</b>	<b>26</b> <b>(14-36)</b>	<b>25</b> <b>(14-34)</b>	<b>24</b> <b>(17-35)</b>	<b>26</b> <b>(14-35)</b>	<b>26</b> <b>(17-32)</b>	<b>0,00</b> <b>6</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19</b> <b>(12-28)</b>	<b>19</b> <b>(11-30)</b>	<b>19</b> <b>(10-28)</b>	<b>18</b> <b>(10-29)</b>	<b>19</b> <b>(9-28)</b>	<b>17</b> <b>(14-23)</b>	<b>0,00</b> <b>5</b>

Toplam skorda; özel yurttaki kalanlarla arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,000$ ), ailesiyle kalanlar ile arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,026$ ) anlamlı fark mevcuttur. Aile ile kalanlar ve özel yurttaki kalanlar arkadaşlarla evde kalanlardan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Beslenme alt kategorisinde; devlet yurdunda kalan öğrencilerle ailesi ile kalan öğrenciler arasında ( $p=0,015$ ), özel yurttaki kalanlarla arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,002$ ), aile ile kalanlar ve arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. Aile ile kalanlar ve özel yurttaki kalanlar diğer gruplardan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Stres yönetimi alt kategorisinde; özel yurttaki kalanlarla arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,001$ ), özel yurttaki kalanlarla tek başına evde kalanlar arasında ( $p=0,019$ ), ailesiyle kalanlar ile arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,007$ ) anlamlı fark mevcuttur. Aile ile kalanlar ve özel yurttaki kalanlar diğer gruplardan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Kişilerarası ilişki alt kategorisinde; özel yurttaki kalanlarla arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,000$ ), ailesiyle kalanlar ile arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,013$ ) anlamlı fark mevcuttur. Aile ile kalanlar ve özel yurttaki kalanlar, arkadaşlarıyla kalanlardan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Manevi gelişim alt kategorisinde; özel yurttaki kalanlarla arkadaşlarıyla kalanlar arasında ( $p=0,001$ ) ve özel yurttaki kalanlarla tek başına evde kalanlar arasında ( $p=0,005$ ) anlamlı fark mevcuttur. Özel yurttaki kalanlar diğer iki gruptan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

### **3.7. Anne Mesleği İle SYBDÖ arasındaki ilişki**

Anne mesleğine göre sadece toplam SYBDÖ skorlarında gruplar arası anlamlı fark görülmüştür. Alt kategorilerde ise fark görülmemiştir (Tablo-23).

**Tablo-23:** Anne mesleğine göre SYBDÖ skor ortalamaları

	Ev Hanımı Medyan (Min- Max)	Memur Medyan (Min- Max)	İşçi Medyan (Min- Max)	Serbest Meslek Medyan (Min- Max)	Emekli Medyan (Min- Max)	Diğer Medyan (Min- Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-31)	19 (9-33)	21 (15-33)	18 (14-22)	19 (10-33)	21 (11-29)	0,135
Fiziksel Aktivite	16 (8-32)	17 (8-32)	18 (10-29)	18 (9-23)	17 (8-31)	17,5 (8-30)	0,196
Beslenme	20 (11-31)	20 (11-30)	20 (18-33)	19 (15-23)	21 (10-27)	20 (12-31)	0,290
Manevi Gelişim	26 (12-35)	27 (14-36)	26 (19-35)	26 (20-29)	26 (12-36)	27 (14-36)	0,306
Kişilerarası İlişki	25 (14-35)	27 (14-33)	25,5 (17-35)	25 (22-29)	26 (15-34)	25 (14-36)	0,084
Stres Yönetimi	19 (10-29)	20 (11-26)	18,5 (14-30)	19 (13-22)	19 (9-28)	20 (11-28)	0,084
<b>Toplam Skor</b>	<b>126</b> <b>(77-169)</b>	<b>132</b> <b>(83-184)</b>	<b>128</b> <b>(109-194)</b>	<b>126</b> <b>(108-134)</b>	<b>127,5</b> <b>(68-169)</b>	<b>131</b> <b>(92-170)</b>	<b>0,027</b>

Annesi memur olanlarla ev hanımı olanlar arasında ( $p=0,004$ ) ve serbest meslek sahibi olanlar arasında ( $p=0,042$ ) anlamlı fark görülmüştür. Memur annelere sahip öğrencilerin skorları diğer iki gruptan daha yüksektir.

### 3.8. Baba Mesleği İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Baba mesleğine göre ise toplam SYBDÖ ve alt ölçekler skor ortalamaları arasında gruplar arasında fark görülmemiştir (Tablo-24).

**Tablo-24:** Baba mesleğine göre SYBDÖ skor ortalamaları

	Memur Medyan (Min- Max)	İşçi Medyan (Min- Max)	Serbest Meslek Medyan (Min- Max)	Çiftçi Medyan (Min- Max)	İşsiz Medyan (Min- Max)	Emekli Medyan (Min- Max)	Diğer Medyan (Min- Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19 (9-29)	19 (13-30)	19 (11-31)	20 (12-29)	16 (15-21)	20 (10-33)	20 (9-30)	0,432
Fiziksel Aktivite	16 (8-32)	18 (9-29)	16 (8-31)	19 (10-27)	15 (10-22)	17 (8-31)	17 (8-30)	0,262
Beslenme	20 (13-31)	20 (12-28)	20 (11-31)	22 (13-28)	19 (11-21)	20 (10-33)	20 (11-30)	0,215
Manevi Gelişim	26 (14-36)	26 (16-35)	26 (16-34)	28 (20-34)	25 (23-27)	26 (12-36)	26 (15-34)	0,873
Kişilerarası İlişki	25 (14-35)	25 (19-35)	26 (18-33)	25 (17-33)	22 (15-35)	26 (15-35)	26 (14-36)	0,182
Stres Yönetimi	19 (9-29)	19 (12-25)	19 (10-28)	20 (15-26)	16,5 (16-17)	19 (10-30)	19 (11-28)	0,403
Toplam Skor	128 (83-165)	128 (90-176)	126 (82-170)	130 (92-157)	110 (100-120)	130 (68-194)	129 (77-167)	0,352

### 3.9. Anne Eğitim Durumu İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Annelerin eğitim durumuna bakıldığında ise toplam skorda ve beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-25).

**Tablo-25:** Anne eğitim durumuna göre SYBDÖ skor ortalamaları.

	Okuryazar Değil Medyan (Min- Max)	Okuryazar Medyan (Min- Max)	İlkokul Medyan (Min- Max)	Ortaokul Medyan (Min- Max)	Lise Medyan (Min- Max)	Üniversite Medyan (Min- Max)	Yüksek Lisans-Doktora Medyan (Min- Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	17 (11-29)	18,5 (14-29)	20 (9-29)	20 (12-30)	20 (12-33)	19 (9-33)	21,5 (15-27)	0,107
Fiziksel Aktivite	15 (8-27)	18 (8-29)	16 (8-31)	15,5 (8-29)	16,5 (9-32)	17 (8-31)	18 (12-30)	0,251
<b>Beslenme</b>	<b>17</b> <b>(11-25)</b>	<b>20</b> <b>(13-24)</b>	<b>20</b> <b>(12-29)</b>	<b>21</b> <b>(11-28)</b>	<b>20</b> <b>(11-33)</b>	<b>20</b> <b>(10-31)</b>	<b>19</b> <b>(14-27)</b>	<b>0,018</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>23</b> <b>(16-34)</b>	<b>26</b> <b>(14-35)</b>	<b>26</b> <b>(15-34)</b>	<b>27</b> <b>(18-35)</b>	<b>26</b> <b>(12-34)</b>	<b>26</b> <b>(12-36)</b>	<b>26</b> <b>(22-32)</b>	<b>0,039</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>22</b> <b>(17-35)</b>	<b>24</b> <b>(14-29)</b>	<b>25</b> <b>14-34)</b>	<b>26</b> <b>(17-35)</b>	<b>25</b> <b>(15-35)</b>	<b>26</b> <b>(14-36)</b>	<b>26</b> <b>(17-31)</b>	<b>0,005</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>17</b> <b>(10-25)</b>	<b>19</b> <b>(12-29)</b>	<b>19</b> <b>(10-28)</b>	<b>20</b> <b>(10-27)</b>	<b>18</b> <b>(9-30)</b>	<b>19</b> <b>(11-28)</b>	<b>20</b> <b>(17-24)</b>	<b>0,005</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>111</b> <b>(82-153)</b>	<b>126</b> <b>(82-150)</b>	<b>129</b> <b>(77-169)</b>	<b>132,5</b> <b>(105-176)</b>	<b>126</b> <b>(90-194)</b>	<b>129,5</b> <b>(68-184)</b>	<b>137</b> <b>(114-143)</b>	<b>0,012</b>

Toplam skorda, anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin skorları ile ilkokul ( $p=0,009$ ), ortaokul ( $p=0,001$ ), lise ( $p=0,008$ ), üniversite mezunu ( $p=0,002$ ) ve yüksek lisans mezunu ( $p=0,016$ ) anneleri olan öğrencilerin skorları arasında fark görülmüştür. Annesi okuryazar olmayanlar diğer tüm gruplardan düşük skorlar aldı. Ayrıca annesi ortaokul mezunu olanlarla lise mezunu olanlar arasında da fark görülmüştür ( $p=0,039$ ).

Beslenme alt kategorisinde, anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin skorları ile ilkokul ( $p=0,001$ ), ortaokul ( $p=0,001$ ), lise ( $p=0,003$ ) ve üniversite mezunu ( $p=0,001$ ) anneleri olan öğrencilerin skorları arasında fark görüldü. Annesi okuryazar olmayanlar diğer tüm gruplardan düşük skorlar aldı.

Stres yönetimi alt kategorisinde, anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin skorları ile ilkokul ( $p=0,009$ ), ortaokul ( $p=0,001$ ), lise ( $p=0,009$ ), üniversite mezunu ( $p=0,001$ ) ve yüksek lisans mezunu ( $p=0,001$ ) anneleri olan öğrencilerin skorları arasında fark görüldü. Annesi okuryazar olmayanlar



diğer tüm gruplardan düşük skorlar aldı. Ayrıca annesi ilkokul mezunu olanlarla ortaokul mezunu olanlar arasında da fark görüldü ( $p=0,048$ ).

Kişilerarası ilişki alt kategorisinde, anneleri okuyazar olmayan öğrencilerin skorları ile ilkokul ( $p=0,020$ ), ortaokul ( $p=0,002$ ), lise ( $p=0,014$ ), üniversite mezunu ( $p=0,003$ ) anneleri olan öğrencilerin skorları arasında fark görüldü. Annesi okuyazar olmayanlar diğer tüm gruplardan düşük skorlar aldı. Ayrıca annesi okuyazar olanlar ile annesi ortaokul mezunu olanlar ( $p=0,006$ ) ve üniversite mezunu olanlar arasında ( $p=0,013$ ) anlamlı fark görüldü. Okuyazar grubu diğer iki gruba göre daha az skor aldı.

Manevi gelişim alt kategorisinde, anneleri okuyazar olmayan öğrencilerin skorları ile ilkokul ( $p=0,009$ ), ortaokul ( $p=0,002$ ), lise ( $p=0,022$ ), üniversite mezunu ( $p=0,006$ ) ve yüksek lisans mezunu ( $p=0,034$ ) anneleri olan öğrencilerin skorları arasında fark görüldü. Annesi okuyazar olmayanlar diğer tüm gruplardan düşük skorlar aldı. Ayrıca annesi ortaokul mezunu olanlarla lise mezunu olanlar arasında da fark görüldü ( $p=0,023$ ).

### **3.10. Baba Eğitim Durumu İle SYBDÖ arasındaki ilişki**

Babaların eğitim durumuna bakıldığında ise beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-26).

**Tablo-26:** Baba eğitim durumuna göre SYBDÖ skor ortalamaları.

	Okuryazar Değil Medyan (Min-Max)	Okuryazar Medyan (Min-Max)	İlkokul Medyan (Min-Max)	Ortaokul Medyan (Min-Max)	Lise Medyan (Min-Max)	Üniversite Medyan (Min-Max)	Yüksek Lisans- Doktora Medyan (Min-Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	15,5 (14-17)	20 (13-25)	19 (9-28)	20 (11-33)	20 (10-33)	20 (9-33)	20 (13-27)	0,489
Fiziksel Aktivite	8 (8-8)	16 (8-21)	17 (9-29)	17,5 (8-28)	17 (8-32)	16 (8-32)	18 (10-31)	0,162
<b>Beslenme</b>	<b>12,5</b> <b>(12-13)</b>	<b>18,5</b> <b>(11-26)</b>	<b>20</b> <b>(12-27)</b>	<b>21</b> <b>(16-30)</b>	<b>20</b> <b>(10-33)</b>	<b>20</b> <b>(11-31)</b>	<b>19</b> <b>(14-29)</b>	<b>0,006</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>16,5</b> <b>(16-17)</b>	<b>24</b> <b>(14-29)</b>	<b>25</b> <b>(12-35)</b>	<b>27</b> <b>(19-35)</b>	<b>26</b> <b>(12-35)</b>	<b>27</b> <b>(13-36)</b>	<b>26</b> <b>(14-34)</b>	<b>0,037</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>20</b> <b>(19-21)</b>	<b>23</b> <b>(14-30)</b>	<b>25</b> <b>(14-34)</b>	<b>26</b> <b>(19-35)</b>	<b>26</b> <b>(15-35)</b>	<b>25</b> <b>(14-36)</b>	<b>25</b> <b>(14-33)</b>	<b>0,028</b>
Stres Yönetimi	11 (10-12)	18 (14-25)	19 (12-25)	20 (12-25)	19 (13-30)	19 (9-29)	19 (11-25)	0,075
Toplam Skor	82 (82-82)	121 (82-140)	126 (77-157)	132 (95-176)	129 (68-194)	128 (84-184)	127 (83-150)	0,074

Beslenme kategorisinde babası okuryazar olmayanlarla ilkökul mezunu arasında ( $p=0,002$ ), okuryazar olmayanlarla ortaokul mezunu arasında ( $p=0,002$ ), okuryazar olmayanlarla lise mezunları arasında ( $p=0,001$ ), okuryazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ( $p=0,019$ ), okuryazar olmayanlarla yüksek lisanslılar arasında ( $p=0,001$ ), okuryazarlarla ortaokul mezunları arasında ( $p=0,014$ ), okuryazarlarla lise mezunları arasında ( $p=0,032$ ), ilkökul ile ortaokul mezunları arasında ( $p=0,038$ ), ortaokul mezunlarıyla yüksek lisanslı grup arasında ( $p=0,009$ ), lise ile yüksek lisanslılar arasında ( $p=0,035$ ) anlamlı fark vardır.

Kişilerarası ilişki kategorisinde babası okuryazar olmayanlarla ortaokul mezunu arasında ( $p=0,021$ ), okuryazar olmayanlarla lise mezunları arasında ( $p=0,017$ ), okuryazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ( $p=0,039$ ), okuryazarlarla lise mezunları arasında ( $p=0,032$ ), ilkökul ile lise mezunları arasında ( $p=0,023$ ) anlamlı fark vardır.

Manevi gelişim kategorisinde babası okuryazar olmayanlarla ilkokul mezunu arasında ( $p=0,004$ ), okuryazar olmayanlarla ortaokul mezunu arasında ( $p=0,002$ ), okuryazar olmayanlarla lise mezunları arasında ( $p=0,007$ ), okuryazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ( $p=0,018$ ), okuryazar olmayanlarla yüksek lisanslılar arasında ( $p=0,005$ ), okuryazarlarla ortaokul mezunları arasında ( $p=0,042$ ) okuyazarlarla lise mezunları arasında ( $p=0,047$ ) anlamlı fark vardır.

### 3.11. Gelir Durumu İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Gelir durumuna göre geliri giderden az olan öğrencilerin SYBDÖ ortalaması  $123,41 \pm 18,65$ ; geliri gidere denk öğrencilerin  $126,87 \pm 17,04$ ; geliri giderden fazla olan öğrencilerin ise  $129,33 \pm 17,01$  olarak belirlenmiştir. Gelir arttıkça skor atmasına karşın anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0,609$ ). Alt ölçeklere bakıldığında ise manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt kategorisinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-27).

**Tablo-27:** Gelire göre SYBDÖ alt ölçek skor ortalamaları.

	Gelir Giderden Az Medyan (Min-max)	Gelir Gidere Denk Medyan (Min-max)	Gelir Giderden Fazla Medyan (Min-max)	P değeri
Sağlık Sorumluluğu	18,5 (11-29)	20 (10-33)	20 (9-33)	0,085
Fiziksel Aktivite	16 (8-29)	17 (8-32)	17 (9-32)	0,576
Beslenme	19 (13-28)	20 (10-31)	20 (11-33)	0,068
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>25 (16-35)</b>	<b>26 (12-36)</b>	<b>27 (15-36)</b>	<b>0,011</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>25 (15-35)</b>	<b>25 (14-36)</b>	<b>26 (14-35)</b>	<b>0,033</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>18 (10-25)</b>	<b>19 (9-29)</b>	<b>19 (10-30)</b>	<b>0,027</b>

Stres yönetimi alt kategorisinde; geliri giderinden fazla olanlarla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,030$ ;  $p=0,026$ ) görüldü. Geliri fazla olan grup diğer iki gruptan daha yüksek skorlar aldı.

Kişilerarası ilişki alt kategorisinde; geliri giderinden fazla olanlarla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,034$ ;  $p=0,021$ ) görüldü. Geliri fazla olan grup diğer iki gruptan daha yüksek skorlar aldı.

Manevi gelişim alt kategorisinde; geliri giderinden fazla olanlarla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,015$ ;  $p=0,012$ ) görüldü. Geliri fazla olan grup diğer iki gruptan daha yüksek skorlar aldı.

### 3.12. Kronik Hastalık Varlığı ile SYBDÖ arasındaki ilişki

Kronik hastalığı olan öğrencilerin SYBDÖ ortalaması  $127,34\pm 17,55$ ; olmayanların ortalaması  $127,97\pm 17,06$  olup gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,774$ ). Alt kategorilerde de herhangi bir farklılık görülmemektedir (Tablo-28).

**Tablo-28:** Kronik hastalık durumuna göre SYBDÖ alt ölçek skorları.\*

	Var Medyan (Min-max)	Yok Medyan (Min-max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (12-33)	20 (9-33)	0,342
Fiziksel Aktivite	16 (8-29)	17 (8-32)	0,117
Beslenme	19 (13-31)	20 (10-33)	0,796
Manevi Gelişim	26 (14-36)	26 (12-36)	0,443
Kişilerarası İlişki	26 (14-35)	26 (14-36)	0,430
Stres Yönetimi	18 (11-26)	19 (9-30)	0,132

\*Bilmiyorum yanıtı verenler dahil edilmemiştir.

### 3.13. İlaç Kullanımı ile SYBDÖ arasındaki ilişki

Düzenli ilaç kullanan öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması  $126,64\pm 18,33$ ; kullanmayan öğrencilerin ise  $127,36\pm 17,09$  olup arada anlamlı fark görülmemiştir ( $p=0,781$ ). İlaç kullanımı konusunda alt ölçeklerde ise gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-29).

**Tablo-29:** İlaç kullanma durumuna göre SYBDÖ alt ölçek skor ortalamaları.

	Evet Medyan (Min- Max)	Hayır Medyan (Min- Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	21 (10-33)	20 (9-33)	0,079
Fiziksel Aktivite	15 (8-31)	17 (8-32)	0,089
Beslenme	20 (10-31)	20 (11-33)	0,926
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26 (12-36)	0,880
Kişilerarası İlişki	26 (14-33)	25 (14-36)	0,508
Stres Yönetimi	18 (11-26)	19 (9-30)	0,083

### 3.14. Sağlık Durumu Algısı İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Öğrencilerin sağlık durumları konusundaki algılarına göre oluşan gruplarda tüm kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark görülmüştür (Tablo-30).

**Tablo-30:** Sağlık durumu algısına göre SYBDÖ skor ortalamaları.

	Mükemmel Medyan (min-max)	İyi Medyan (min-max)	Ortalama Medyan (min-max)	Kötü Medyan (min-max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19 (12-33)	20 (9-33)	19 (11-33)	17 (10-22)	0,040
Fiziksel Aktivite	18 (9-32)	17 (8-31)	15 (8-32)	14 (10-25)	0,008
Beslenme	19 (11-30)	20 (10-31)	19 (12-33)	20 (15-24)	0,012
Manevi Gelişim	28 (21-34)	26 (12-36)	25 (13-35)	24 (14-28)	0,000
Kişilerarası İlişki	27 (17-36)	26 (14-35)	24 (14-35)	21 (14-31)	0,000
Stres Yönetimi	19,5 (10-28)	19 (12-29)	18 (9-30)	16,5 (10-229)	0,000
Toplam Skor	129,5 (100-169)	129,5 (68-184)	123 (82-194)	104 (87-135)	0,000

Toplam skorda, sağlığını mükemmel olarak niteleyenlerle ortalama sağlığı olanlar ( $p=0,001$ ) ve kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,004$ ), sağlığını iyi olarak niteleyenlerle ortalama olarak niteleyenler arasında ( $p=0,000$ ) ve sağlığını iyi olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,006$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Beslenme kategorisinde sağlığının iyi olduğunu ifade eden öğrencilerle ortalama olduğunu söyleyenler arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,002$ ).

Fiziksel aktivite kategorisinde sağlığını mükemmel olarak niteleyenlerle ortalama sağlığı olanlar ( $p=0,013$ ) ve kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,033$ ) ayrıca sağlığını iyi olarak niteleyenlerle ortalama olarak niteleyenler arasında anlamlı fark ( $p=0,019$ ) görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde sağlığının iyi olduğunu ifade eden öğrencilerle kötü olduğunu söyleyenler arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,025$ ).

Stres yönetimi kategorisinde sağlığını mükemmel olarak niteleyenlerle ortalama sağlığı olanlar ( $p=0,002$ ) ve kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,004$ ), sağlığını iyi olarak niteleyenlerle ortalama olarak niteleyenler arasında ( $p=0,000$ ) ve sağlığını iyi olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,006$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Kişilerarası ilişki kategorisinde sağlığını mükemmel olarak niteleyenlerle ortalama sağlığı olanlar ( $p=0,002$ ) ve kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,002$ ); sağlığını iyi olarak niteleyenlerle ortalama olarak niteleyenler arasında ( $p=0,000$ ) ve sağlığını iyi olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,001$ ); sağlığını ortalama olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,017$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Manevi gelişim kategorisinde sağlığını mükemmel olarak niteleyenlerle sağlığı iyi olanlar ( $p= 0,001$ ), ortalama sağlığı olanlar ( $p=0,000$ ) ve kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,000$ ); sağlığını iyi olarak niteleyenlerle ortalama olarak niteleyenler arasında ( $p=0,000$ ) ve sağlığını iyi olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,002$ ); sağlığını

ortalama olarak niteleyenlerle kötü olarak niteleyenler arasında ( $p=0,047$ ) anlamlı fark görülmüştür.

### 3.15. Ailede Kronik Hastalık İle SYBDÖ Arasındaki İlişki

Ailede kronik hastalık varlığı konusunda, ailesinde kronik hastalığı olan öğrencilerin SYBDÖ toplam skoru  $127,97\pm 17,33$ ; ailesinde kronik hastalık olmayan öğrencilerin ise  $127,42\pm 16,59$  olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,719$ ). Alt ölçeklerde ise fiziksel aktivite ve beslenme alt kategorilerinde anlamlı fark görülmektedir (Tablo-31).

**Tablo-31:** Ailede kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ skor ortalamaları.\*

	Evet Medyan (Min-Max)	Hayır Medyan (Min-Max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-30)	19,5 (9-33)	0,193
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>17 (8-31)</b>	<b>16 (8-32)</b>	<b>0,045</b>
<b>Beslenme</b>	<b>20 (10-31)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>0,013</b>
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26 (13-36)	0,323
Kişilerarası İlişki	25 (14-35)	26 (14-36)	0,567
Stres Yönetimi	19 (9-28)	19 (10-30)	0,109

\*Bilmiyorum yanıtı verenler karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Fiziksel aktivite kategorisinde ailesinde kronik hastalık olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı ( $p=0,045$ ) fark vardır.

Beslenme kategorisinde ailesinde kronik hastalık olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı ( $p=0,013$ ) fark vardır.

Ailesinde kronik hastalık olan öğrenciler bu kategorilerden daha yüksek puan ortalamaları almıştır.

### 3.16. Sigara Kullanımı İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Sigara kullanan öğrencilerin SYBDÖ ortalaması  $124,98\pm 20,22$ ; içmeyenlerin ortalaması  $127,66\pm 16,72$ ; bırakanların ortalaması ise  $128,42\pm 11,99$  olup gruplar arası anlamlı fark görülmemiştir ( $p=0,429$ ). Sigara kullanımı konusunda sadece beslenme alt ölçeğinde gruplar arası anlamlı fark görülmüştür (Tablo-32).

**Tablo-32:** Sigara kullanımına göre SYBDÖ skor ortalamaları

	Evet Medyan (Min-max)	Hayır Medyan (Min-max)	Biraktım Medyan(Min- max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19 (10-29)	20 (9-33)	20 (12-26)	0,299
Fiziksel Aktivite	17 (8-29)	16 (8-32)	17 (9-28)	0,390
<b>Beslenme</b>	<b>19 (10-31)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>20 (16-25)</b>	<b>0,008</b>
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26 (14-36)	26 (12-32)	0,389
Kişilerarası İlişki	26 (14-36)	25 (14-35)	28 (21-31)	0,283
Stres Yönetimi	18 (10-28)	19 (9-30)	19 (14-25)	0,129

Beslenme kategorisinde sigara içenler ve içmeyenler arasında anlamlı fark ( $p=0,002$ ) vardır. Sigara içmeyenlerin skor ortalaması anlamlı ölçüde yüksektir.

### 3.17. Sigara Sayısı İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Toplam SYBDÖ puanına göre hiç sigara içmeyenler  $127,65\pm 16,65$ ; 1-5 tane içenler  $129,00\pm 19,41$ ; 6-10 tane içenler  $126,63\pm 20,73$ ; 11-20 tane içenler  $120,45\pm 20,49$ ; 20 taneden fazla içenler  $124,11\pm 18,63$  puan ortalamasına sahip olup anlamlı fark yoktur ( $p=0,331$ ). Sigara sayısı konusunda alt ölçeklerde de anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-33).



**Tablo-33:** Günlük içilen sigara sayısına göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları.

	0 Medyan (Min-max)	1-5 Medyan (Min-max)	6-10 Medyan (Min-max)	11-20 Medyan (Min-max)	20'den fazla Medyan(Min- max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-33)	20 (11-29)	18 (10-25)	20 (11-27)	17,5 (11-21)	0,075
Fiziksel Aktivite	16 (8-32)	17 (8-27)	17 (8-29)	17 (9-27)	17 (11-25)	0,560
Beslenme	20 (11-33)	18 (11-27)	19 (10-28)	19 (12-31)	19 (11-23)	0,072
Manevi Gelişim	26 (12-36)	26 (16-36)	26 (12-36)	24,5 (13-33)	27 (18-32)	0,182
Kişilerarası İlişki	26 (14-35)	26 (21-32)	25,5 (15-34)	24,5 (14-36)	28 (17-31)	0,547
Stres Yönetimi	19 (9-30)	18 (14-26)	19 (13-28)	17 (10-24)	19,5 (14-25)	0,126

### 3.18. Spor İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Spor yapan ve yapmayan gruplar arasında toplam SYBDÖ'nde ve tüm alt ölçeklerde anlamlı fark olduğu görülmüştür. Tüm gruplarda spor yapanların skoru daha yüksektir (Tablo-34).

**Tablo-34:** Spor yapma durumuna göre SYBDÖ skor ortalamaları

	Evet Medyan (min-max)	Hayır Medyan (min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>19 (10-33)</b>	<b>0,001</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>18 (9-32)</b>	<b>13 (8-24)</b>	<b>0,000</b>
<b>Beslenme</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>19 (10-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>27 (12-36)</b>	<b>25 (12-35)</b>	<b>0,000</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>25 (14-35)</b>	<b>0,007</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19 (9-30)</b>	<b>18 (10-26)</b>	<b>0,000</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>131 (77-194)</b>	<b>119 (68-158)</b>	<b>0,000</b>

### 3.19. Spor Süresi İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Haftalık spor süresine göre yapılan değerlendirmede toplam SYBDÖ skorunda ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür (Tablo-35).

**Tablo-35:** Spor süresine göre SYBDÖ skor ortalamaları.

	Hiç yapmam	1-2 gün	>3 gün	Düzensiz	p değeri
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min- max)	
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>19 (10-31)</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>19 (9-33)</b>	<b>0,000</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>12 (8-20)</b>	<b>17 (9-29)</b>	<b>23 (13-32)</b>	<b>16 (8-29)</b>	<b>0,000</b>
<b>Beslenme</b>	<b>18 (10-28)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>21 (11-31)</b>	<b>20 (13-29)</b>	<b>0,000</b>
Manevi Gelişim	26 (12-33)	27 (15-35)	27 (13-36)	26 (12-36)	0,112
Kişilerarası İlişki	25 (14-35)	26 (14-36)	26 (14-35)	25 (14-34)	0,054
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>18 (11-25)</b>	<b>19 (10-30)</b>	<b>20 (10-29)</b>	<b>19 (9-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>119 (68-168)</b>	<b>130 (77-194)</b>	<b>137 (90-184)</b>	<b>125 (82-167)</b>	<b>0,000</b>

Toplam skorda, hiç yapmayanlarla diğer tüm gruplar arasında fark (sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,004$ ) vardır. Ayrıca 1-2 gün yapanlarla 3 günden fazla yapanlar arasında ( $p=0,000$ ) 1-2 gün yapanlarla düzensiz yapanlar arasında ( $p=0,004$ ); düzensiz yapanlarla 3 gün ve fazlası yapanlar arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. Spor yapma süresi arttıkça skorlar artmaktadır.

Beslenme kategorisinde, hiç yapmayanlarla diğer tüm gruplar arasında fark (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,007$ ) vardır. Ayrıca 1-2 gün yapanlarla 3 günden fazla yapanlar arasında ( $p=0,001$ ); düzensiz yapanlarla

3 gün ve fazlası yapanlar arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. Spor süresi fazla olan grupların skorları daha yüksektir.

Fiziksel aktivite kategorisinde, hiç yapmayanlarla diğer tüm gruplar arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,000$ ) mevcuttur. 1-2 gün yapanlarla, 3 ve daha fazla gün yapanlar arasında ( $p=0,000$ ), 1-2 gün yapanlarla düzensiz spor yapanlar arasında ( $p=0,000$ ) 3 gün ve daha fazla yapanlarla düzensiz spor yapanlar arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark vardır. Spor süresi fazla olan grupların skorları daha yüksektir.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde, hiç yapmayanlarla 1-2 gün yapanlar arasında ( $p=0,000$ ), hiç yapmayanlarla 3 ve daha fazla gün yapanlar arasında gruplar arasında ( $p=0,002$ ) fark vardır. Ayrıca düzensiz spor yapanlarla 1-2 gün spor yapanlar arasında ( $p=0,001$ ) ve düzensiz spor yapanlarla 3 gün ve fazlası yapanlar arasında ( $p=0,005$ ) anlamlı fark mevcuttur. Spor süresi fazla olan grupların skorları daha yüksektir.

Stres yönetimi kategorisinde; hiç yapmayanlarla diğer tüm gruplar arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ;  $p=0,007$ ) mevcuttur. Ayrıca düzensiz spor yapanlarla 3 gün ve fazlası yapanlar arasında ( $p=0,008$ ) anlamlı fark mevcuttur. Spor süresi fazla olan grupların skorları daha yüksektir.

### **3.20. Uyku Süresi ile SYBDÖ arasındaki ilişki**

Uyku süresine göre 5 saatten az uyuyan öğrencilerin SYBDÖ puan ortalaması  $133,88\pm 17,20$ , 5-6 saat uyuyanların  $128,17\pm 17,19$ ; 7-8 saat uyuyanların  $127,35\pm 16,83$ ; 8 saatten fazla uyuyanların ise  $121,08\pm 17,67$  olarak görülmüş, bu farklılık anlamlı olarak bulunmuştur ( $p=0,009$ ). Alt ölçeklerde ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetiminde anlamlı farklılıklar mevcuttur (Tablo-36).

**Tablo-36:** Uyku süresine göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları.

	<5 saat Medyan (min-max)	5-6 saat Medyan (min-max)	7-8 saat Medyan (min-max)	>8 saat Medyan (min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (14-28)</b>	<b>20 (11-33)</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>17 (9-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>19 (11-32)</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>16 (8-29)</b>	<b>15 (8-31)</b>	<b>0,000</b>
Beslenme	20 (13-28)	20 (11-33)	20 (10-29)	19 (11-30)	0,098
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>28 (17-36)</b>	<b>26 (13-35)</b>	<b>26 (12-36)</b>	<b>25 (14-34)</b>	<b>0,016</b>
Kişilerarası İlişki	25 (17-33)	26 (14-35)	25 (14-36)	25 (14-34)	0,256
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>20 (12-25)</b>	<b>19 89-30)</b>	<b>19 811-29)</b>	<b>18 (10-25)</b>	<b>0,007</b>

Toplam skorda, 8 saatten fazla uyuyanlarla 5 saatten az uyuyanlar ( $p=0,010$ ) ve 5-6 saat uyuyanlar arasında ( $p=0,032$ ) anlamlı fark mevcuttur. 8 saatten fazla uyuyan grubun skoru diğerlerine göre düşüktür.

Fiziksel aktivite kategorisinde, 5 saatten az uyuyanlarla 5-6,7-8 ve 8 saatten fazla uyuyanlar arasında fark (sırasıyla  $p=0,012$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ) mevcuttur. 5-6 saat arası uyuyanlarla 7-8 ve 8 saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,035$ ;  $p=0,003$ ) arasında fark mevcuttur. Uyku saati azaldıkça fiziksel aktivite skoru artmaktadır.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde; 5-6 saat uyuyanlarla 8 saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,000$ ) arasında ve 7-8 saat uyuyanlarla 8 saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,000$ ) fark mevcuttur. 8 saatten fazla uyuyan grubun skoru diğerlerine göre düşüktür.

Stres yönetimi kategorisinde, kategorisinde; 5-6 saat uyuyanlarla 7-8 saat uyuyanlar arasında ( $p=0,010$ ) arasında ve 7-8 saat uyuyanlarla 8 saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,004$ ) fark mevcuttur. 8 saatten fazla uyuyan grubun skoru diğerlerine göre düşüktür.

Manevi gelişim kategorisinde; 5-6 saatten az uyuyanlarla 8 saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,009$ ) arasında ve 7-8 saat uyuyanlarla 8

saatten fazla uyuyanlar arasında ( $p=0,010$ ) fark mevcuttur. 8 saatten fazla uyuyan grubun skoru diğerlerine göre düşüktür.

### 3.21. Uyku yatış İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Uyku yatış saatine göre SYBDÖ toplam puan ortalaması saat 22'den önce yatanlarda  $137,00\pm 28,28$ ; 22 ile 24 arasında yatanlarda  $128,62\pm 17,26$ ; 24-02 arasında yatanlarda  $126,91\pm 16,63$ ; 02-04 arasında yatanlarda ise  $126,26\pm 20,48$  olarak görülmüş ancak bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,606$ ). Alt ölçeklerde de herhangi bir anlamlı farklılık yoktur (Tablo-37).

**Tablo-37:** Uykuya yatış saatlerinde göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları

	<22 Medyan (min-max)	22-00 Medyan (min-max)	00-02 Medyan (min-max)	02-04 Medyan (min-max)	P değeri
Sağlık Sorumluluğu	18,5 (14-23)	20 (9-33)	20 (9-33)	19 (11-33)	0,598
Fiziksel Aktivite	20 (17-23)	16 (8-30)	17 (8-32)	17 (9-31)	0,140
Beslenme	27 (25-29)	26 (14-36)	26 (12-36)	26 (16-36)	0,990
Manevi Gelişim	28 (27-29)	26 (14-33)	25 (14-35)	25 (17-36)	0,596
Kişilerarası İlişki	28 (27-29)	26 (14-33)	25 (14-35)	25 (17-36)	0,596
Stres Yönetimi	20,5 (18-23)	20 (11-28)	19 (9-29)	19 (10-30)	0,840

### 3.22. Yemek Öğün Sayısı İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Öğrencilerin günlük öğün sayısına göre günde bir öğün yemek yiyen öğrencilerin toplam SYBDÖ puanı  $131,66\pm 16,07$ ; iki öğün yiyenlerin  $121,22\pm 16,82$ ; üç öğün yiyenlerin  $128,59\pm 16,20$ ; dört ve üzeri öğün yiyenlerin ise  $128,59\pm 16,20$  olarak görülmüş ve anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Alt ölçeklerde ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkide anlamlı farklılıklar görülmüştür (Tablo-38).

**Tablo-38:** Günlük öğün sayısına göre SYBDÖ alt ölçek puan ortalamaları.

	1 Medyan (min-max)	2 Medyan (min-max)	3 Medyan (min-max)	3 ve üzeri Medyan (min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>17 (15-20)</b>	<b>19 (9-30)</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>20,5 (14-33)</b>	<b>0,000</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>15 (10-31)</b>	<b>16 (8-29)</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>17,5 (9-31)</b>	<b>0,018</b>
<b>Beslenme</b>	<b>19 (16-22)</b>	<b>18 (10-31)</b>	<b>20 (12-31)</b>	<b>22 (15-33)</b>	<b>0,000</b>
Manevi Gelişim	26 (17-32)	26 (12-36)	27 (13-36)	26 (12-36)	0,359
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>27 (24-29)</b>	<b>25 (14-35)</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>27 (19-35)</b>	<b>0,001</b>
Stres Yönetimi	20 (13-24)	18 (10-29)	19 (10-28)	19 (9-30)	0,076

Toplam skorda 2 öğün ile 3 öğün arasında ( $p=0,000$ ), 2 öğün ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,000$ ), 3 ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,023$ ) anlamlı fark vardır. 2 öğün yiyen öğrencilerin puanı daha düşüktür.

Beslenme kategorisinde 2 öğün ile 3 öğün arasında ( $p=0,000$ ), 2 öğün ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,000$ ), 3 ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,008$ ) anlamlı fark vardır. Öğün sayısı arttıkça puan artmaktadır.

Fiziksel aktivite kategorisinde 2 öğün ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,002$ ), 3 öğün ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,014$ ) anlamlı fark vardır. Öğün sayısı arttıkça puan artmaktadır.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde 1 öğün ile 3 öğün arasında ( $p=0,030$ ), 1 öğün ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,018$ ), 2 ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,002$ ) anlamlı fark vardır. Öğün sayısı arttıkça puan artmaktadır.

Kişilerarası ilişki kategorisinde 2 öğün ile 3 öğün arasında ( $p=0,002$ ), 2 ile 4 ve fazla öğün arasında ( $p=0,001$ ) anlamlı fark vardır. Öğün sayısı arttıkça puan artmaktadır.

### **3.23. Kahvaltı Sıklığı İle SYBDÖ arasındaki ilişki**

Öğrencilerin haftalık kahvaltı sıklığına göre kahvaltı yapmayan öğrencilerin toplam SYBDÖ puanı  $119,28 \pm 22,70$ ; 1-3 gün yapanların  $122,66 \pm 15,80$ ; 4-6 gün yapanların  $125,66 \pm 15,55$ ; her gün yapanların ise

132,41±16,47 olarak görülmüş ve anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Alt ölçeklerde ise fiziksel aktivite haricinde tüm kategorilerde anlamlı fark vardır (Tablo-39).

**Tablo-39:** Kahvaltı sıklığına göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları.

	Yapmam Medyan (min-max)	1-3 gün Medyan (min-max)	4-6 gün Medyan (min-max)	Her gün Medyan (min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>18 (10-29)</b>	<b>19 (11-30)</b>	<b>19 (10-31)</b>	<b>21 (9-33)</b>	<b>0,000</b>
Fiziksel Aktivite	16 (8-32)	16 (8-31)	17 (8-30)	17 (8-32)	0,115
<b>Beslenme</b>	<b>17 (10-27)</b>	<b>18 (11-26)</b>	<b>20 (13-31)</b>	<b>22 (12-33)</b>	<b>0,000</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>26 (12-36)</b>	<b>26 (12-34)</b>	<b>26 (13-35)</b>	<b>27 (15-36)</b>	<b>0,007</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>25 (14-35)</b>	<b>25 (14-33)</b>	<b>26 (17-36)</b>	<b>26 (14-35)</b>	<b>0,022</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>18 (9-28)</b>	<b>18 (10-29)</b>	<b>19 (10-26)</b>	<b>20 (12-30)</b>	<b>0,000</b>

Toplam skorda, her gün kahvaltı yapan öğrencilerle diğer 3 grup arasında anlamlı fark (sırasıyla p=0,000; p=0,000; p=0,001) vardır. Her gün kahvaltı yapanların skorları diğerlerinden yüksektir.

Beslenme kategorisinde kahvaltı yapmayanlarla 4-6 gün yapanlar arasında (p=0,000), kahvaltı yapmayanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,000), 1-3 gün yapanlarla 4-6 gün yapanlar arasında (p=0,002), 1-3 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,000) ve 4-6 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,000) anlamlı fark vardır.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde kahvaltı yapmayanlarla 4-6 gün yapanlar arasında (p=0,034), kahvaltı yapmayanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,001), 1-3 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,000) ve 4-6 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,034) anlamlı fark vardır.

Stres yönetimi kategorisinde; kahvaltı yapmayanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,008), 1-3 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında

(p=0,000) ve 4-6 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,001) anlamlı fark vardır.

Kişilerarası ilişki kategorisinde; kahvaltı yapmayanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,008), 1-3 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,006) anlamlı fark vardır.

Manevi gelişim kategorisinde; kahvaltı yapmayanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,033), 1-3 gün yapanlarla her gün yapanlar arasında (p=0,002) anlamlı fark vardır.

### 3.24. Vitamin Kullanımı İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Öğrencilerin vitamin ve besin takviyesi kullanımı ile sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-40).

**Tablo-40:** Vitamin/besin takviyesi kullanımına göre SYBDÖ skor ortalamaları

	Evet Medyan (min-max)	Hayır Medyan (min-max)	Bazen Medyan (min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (11-31)</b>	<b>19 (9-33)</b>	<b>20 (10-33)</b>	<b>0,031</b>
Fiziksel Aktivite	17 (9-31)	16 (8-31)	17 (8-32)	0,508
Beslenme	20 (14-31)	20 (11-30)	20 (10-33)	0,420
Manevi Gelişim	26 (12-35)	26 (13-36)	26 (12-34)	0,348
Kişilerarası İlişki	25 (14-35)	26 (14-35)	25 (15-36)	0,578
Stres Yönetimi	19 (9-27)	19 (10-29)	19 810-30)	0,645
Toplam Skor	128 (92-176)	128 (77-184)	130 (68-194)	0,393

Sağlık sorumluluğu alt kategorisinde; vitamin ve besin takviyesi kullanmayanlarla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla p=0,047; p=0,45) görülmüştür. Vitamin kullanmayanların skoru diğer iki gruba göre düşüktür.

### 3.25. TV-Bilgisayarda Geçirilen Süre İle SYBDÖ Arasındaki İlişki

Öğrencilerin tv/bilgisayar başında geçirdikleri sürelerle bakıldığında ise toplam SYBDÖ skoru ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı fark görülmüştür (Tablo-41).



**Tablo-41:** Öğrencilerin TV/Bilgisayar başında geçirdiği süreye göre SYBDÖ ortalamaları.

	0 saat Medyan (Min-max)	<1 saat Medyan (Min-max)	1-2 saat Medyan (Min-max)	3-4 saat Medyan (Min-max)	>5 saat Medyan (Min-max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>18,5</b> <b>(9-30)</b>	<b>20</b> <b>(13-30)</b>	<b>20</b> <b>(10-33)</b>	<b>19</b> <b>(11-33)</b>	<b>18</b> <b>(9-30)</b>	<b>0,000</b>
Fiziksel Aktivite	16 (8-27)	17 (8-31)	17 (8-32)	17 (8-32)	15 (9-26)	0,210
<b>Beslenme</b>	<b>19</b> <b>(12-28)</b>	<b>20</b> <b>(13-31)</b>	<b>20</b> <b>(10-31)</b>	<b>20</b> <b>(11-33)</b>	<b>18</b> <b>(11-27)</b>	<b>0,008</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>25</b> <b>(15-34)</b>	<b>26</b> <b>(14-36)</b>	<b>27</b> <b>(12-36)</b>	<b>26</b> <b>(13-35)</b>	<b>25</b> <b>(14-36)</b>	<b>0,030</b>
Kişilerarası İlişki	24 (14-36)	25 (14-33)	26 (15-35)	25 (14-35)	25 (14-34)	0,050
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19</b> <b>(9-29)</b>	<b>18</b> <b>(10-28)</b>	<b>19</b> <b>(10-27)</b>	<b>19</b> <b>(10-30)</b>	<b>17</b> <b>(10-28)</b>	<b>0,005</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>116</b> <b>(77-159)</b>	<b>128</b> <b>(82-163)</b>	<b>131</b> <b>(68-184)</b>	<b>125</b> <b>(83-194)</b>	<b>120</b> <b>(87-167)</b>	<b>0,000</b>

Toplam skorda, bilgisayarda hiç vakit geçirmeyenlerle 1 saatten az vakit geçirenler arasında ( $p=0,032$ ), hiç vakit geçirmeyenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,000$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,014$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,022$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 3-4 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,001$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,000$ ), 3-4 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,045$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Beslenme kategorisinde, bilgisayarda hiç vakit geçirmeyenlerle 1 saatten az vakit geçirenler arasında ( $p=0,039$ ), hiç vakit geçirmeyenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,035$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,003$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 5

saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,002$ ), 3-4 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,010$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde, bilgisayarda hiç vakit geçirmeyenlerle 1 saatten az vakit geçirenler arasında ( $p=0,020$ ), hiç vakit geçirmeyenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,006$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 3-4 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,007$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,002$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 3-4 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,000$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Stres yönetimi kategorisinde, 1 saatten az vakit geçirenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,004$ ), 1 saatten az vakit geçirenlerle 3-4 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,040$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,004$ ), 3-4 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,016$ ) anlamlı fark görülmüştür.

Manevi gelişim kategorisinde; hiç vakit geçirmeyenlerle 1-2 saat vakit geçirenler arasında ( $p=0,009$ ), 1-2 saat vakit geçirenlerle 5 saatten fazla vakit geçirenler arasında ( $p=0,026$ ) anlamlı fark görülmüştür.

### **3.26. Stres İle SYBDÖ arasındaki ilişki**

Stres yaşadığını söyleyen öğrencilerin toplam SYBDÖ puan ortalaması  $124,76\pm 17,24$ ; yaşamayanların ise  $131,80\pm 15,36$ 'dır. Stres yaşamadığını söyleyen grubun skorları yüksek olmasına rağmen anlamlı derecede değildir ( $p=0,075$ ). Manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde ise anlamlı farklılıklar mevcuttur (Tablo-42).

**Tablo-42:** Stres durumuna göre SYBDÖ alt ölçekleri ortalamaları

	Evet Medyan ( min-max)	Hayır Medyan ( min-max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	19,5 (9-33)	19 (13-25)	0.189
Fiziksel Aktivite	16 (8-32)	19 (11-31)	0,065
Beslenme	20 (10-33)	20,5 (16-30)	0,768
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>26 (12-35)</b>	<b>29 (21-36)</b>	<b>0,018</b>
Kişilerarası İlişki	25 (14-36)	26 (19-34)	0,433
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>18 (9-30)</b>	<b>21,5 (16-28)</b>	<b>0,000</b>

\*Bazen cevabı verenler dahil edilmemiştir.

Manevi gelişim kategorisinde stres yaşayanlarla stres yaşamayanlar anlamlı fark vardır ( $p=0,018$ ).

Stres yönetimi kategorisinde stres yaşayanlarla stres yaşamayanlar anlamlı fark vardır ( $p=0,000$ ).

### **3.27. Hastanın Hekimden Etkilenmesi ile SYBDÖ arasındaki İlişki**

Hastaların hekimden etkilendiğini ifade eden öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması  $127,47\pm 17,31$ ; etkilenmediğini ifade edenlerin  $120,85\pm 14,28$ ; değişken olduğunu söyleyenlerin ise  $124,14\pm 10,47$  olarak görülmüş ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,532$ ). Alt ölçeklerde ise sadece manevi gelişimde anlamlı farklılık vardır (Tablo-43).

**Tablo-43:** Hastanın hekimden etkilemesi görüşüne göre SYBDÖ alt ölçeklerinin ortalaması.

	Evet Medyan (min-max)	Hayır Medyan (min-max)	Bazen Medyan (min-max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-33)	20,5 (15-25)	19 (14-22)	0,686
Fiziksel Aktivite	17 (8-32)	17 (12-23)	17 (11-21)	0,974
Beslenme	20 (10-33)	20 (16-22)	19 (15-26)	0,823
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>26 (12-36)</b>	<b>24 (13-28)</b>	<b>29 (20-33)</b>	<b>0,034</b>
Kişilerarası İlişki	26 (14-36)	23,5 (20-28)	25 (20-30)	0,171
Stres Yönetimi	19 (9-30)	18 (10-22)	20 (15-25)	0,491

Manevi gelişim alt kategorisinde hastaların hekimden etkilenmesi konusunda katılan grupla katılmayan grup arasında ( $p=0,015$ ) ve kısmen katılan grupla katılmayan grup arasında ( $p=0,036$ ) anlamlı fark mevcuttur. Hastanın hekimden etkilenmediğini ifade eden grubun skorları diğer iki gruptan düşüktür.

### **3.28. Hekimin Hastaya Örnek Olması İle SYBDÖ arasındaki ilişki**

“Hekimler hastaya örnek olmalı mıdır?” sorusuna evet diyen öğrencilerin SYBDÖ toplam skor ortalaması  $127,90\pm 17,09$ ; hayır diyenlerin  $114,74\pm 16,43$ ; bunların dışında yanıt verenlerin ise  $128,11\pm 14,64$  olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Alt ölçeklerde ise beslenme, manevi gelişim ve stres yönetiminde anlamlı farklılıklar mevcuttur (Tablo-44)

**Tablo-44:** Hekimin hastaya örnek olmasındaki görüşe göre SYBDÖ alt ölçek ortalamaları

	Evet Medyan (min- max)	Hayır Medyan (min- max)	Diğer Medyan (min- max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-33)	18 (13-28)	21 (13-26)	0,059
Fiziksel Aktivite	17 (8-32)	15 (9-25)	18 (12-25)	0,056
<b>Beslenme</b>	<b>20 (10-33)</b>	<b>18 (12-31)</b>	<b>19 (17-25)</b>	<b>0,021</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>26 (12-36)</b>	<b>24 (13-32)</b>	<b>27 (17-33)</b>	<b>0,002</b>
Kişilerarası İlişki	26 (14-36)	23,5 (14-33)	26 (20-31)	0,081
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19 (9-30)</b>	<b>17 (10-25)</b>	<b>18 (14-29)</b>	<b>0,038</b>

Toplam skorda, hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grupla olmaması gerektiğini söyleyen grup arasında anlamlı fark vardır.(p=0,000) Hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grup daha yüksek skora sahiptir.

Beslenme kategorisinde hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grupla olmaması gerektiğini söyleyen grup arasında anlamlı fark vardır (p=0,006). Hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grup daha yüksek skora sahiptir.

Stres yönetimi kategorisinde hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grupla olmaması gerektiğini söyleyen grup arasında anlamlı fark (p=0,016) vardır. Hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grup daha yüksek skora sahiptir.

Manevi gelişim kategorisinde hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grupla olmaması gerektiğini söyleyen grup arasında anlamlı fark (p=0,001) vardır. Hekimlerin örnek olması gerektiğini söyleyen grup daha yüksek skora sahiptir.

### 3.29. Fakültede Sağlıklı Yaşam İle SYBDÖ arasındaki ilişki

“Fakültede sağlık yaşam konuları yeterince ele alınıyor mu?” sorusuna verilen yanıtlara göre oluşan gruplar arasında SYBDÖ skorlarında herhangi bir anlamlı fark yoktur (Tablo-45).

**Tablo-45:** Fakültede sağlıklı yaşam konularına yeterince yer verilip verilmediği konusundaki görüşe göre SYBDÖ puan ortalamaları.

	Evet Medyan (min- max)	Hayır Medyan (min- max)	Bilmiyorum Medyan (min- max)	p değeri
Sağlık Sorumluluğu	20 (9-30)	20 (9-33)	19 (12-339)	0,365
Fiziksel Aktivite	17 (8-32)	16 (8-32)	17 (8-29)	0,077
Beslenme	20 (10-30)	20 (11-33)	20 (13-29)	0,967
Manevi Gelişim	27 (12-36)	26 (12-36)	26 (17-36)	0,426
Kişilerarası İlişki	25 (15-36)	25 (14-35)	26 (19-32)	0,595
Stres Yönetimi	19 (12-28)	19 (9-30)	19 (12-28)	0,061
Toplam Skor	131 (68-176)	127 (77-194)	129 (99-184)	0,063

### 3.30. Fakülteden Etkilenme İle SYBDÖ arasındaki ilişki

Tıp fakültesinde öğrenim görmeyen öğrencilerin sağlıklı yaşam konusunda kendisini olumlu etkilediğini söyleyen öğrencilerin SYBDÖ toplam puan ortalaması  $130,32 \pm 16,38$ ; olumsuz yanıt verenlerin  $124,04 \pm 17,08$ ; etkilenmediğini söyleyenlerin ise  $121,66 \pm 18,70$  olarak ortaya çıkmış olup gruplar arasında anlamlı farklılık vardır ( $p=0,000$ ). Alt ölçeklerde ise kişilerarası ilişki haricinde tüm alt ölçeklerde anlamlı farklılık vardır (Tablo-46).

**Tablo-46:** Tıp fakültesinin sağlıklı yaşama olan etkisine göre SYBDÖ alt ölçek puan ortalamaları.

	Olumlu Medyan(min- max)	Olumsuz Medyan(min- max)	Etkilenmedim Medyan(min- max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>18 (9-33)</b>	<b>19 (10-30)</b>	<b>0,000</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>16 (8-32)</b>	<b>15 (8-29)</b>	<b>0,002</b>
<b>Beslenme</b>	<b>20 (11-31)</b>	<b>19 (11-33)</b>	<b>19 (10-28)</b>	<b>0,000</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>27 (12-36)</b>	<b>26 (13-36)</b>	<b>26 (12-33)</b>	<b>0,001</b>
Kişilerarası İlişki	26 (14-36)	25 (14-35)	25 (14-33)	0,056
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19 (10-28)</b>	<b>19 (10-30)</b>	<b>18 (9-26)</b>	<b>0,014</b>

Toplam skorda, fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,001$ ;  $p=0,000$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

Beslenme kategorisinde fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,005$ ;  $p=0,001$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

Fiziksel aktivite kategorisinde fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p=0,016$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,003$ ;  $p=0,000$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

Stres yönetimi kategorisinde fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla olumsuz etkilendiğini ifade eden grup arasında anlamlı fark ( $p=0,004$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

Manevi gelişim kategorisinde fakülteden olumlu yönde etkilendiğini ifade eden grupla diğer iki grup arasında anlamlı fark (sırasıyla  $p=0,008$ ;  $p=0,001$ ) vardır. Olumlu yönde etkilenen grubun skoru daha yüksektir.

### 3.31. Çevredeki İnsanların Sağlıklarında Değişiklik Yapabilme ile SYBDÖ arasındaki ilişki

Hekimlerin çevredeki insanların sağlıklarında değişiklik yapabilmesi konusundaki görüşlere göre oluşan gruplar arasında tüm alt kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark vardır (Tablo-47).

**Tablo-47:** Hekimlerin çevresindeki insanların hayatında olumlu değişik yapabilme görüşlerine göre SYBDÖ puan ortalamaları.

	Evet Medyan (min-max)	Hayır Medyan (min-max)	Bilmiyorum Medyan (min-max)	Diğer Medyan (min- max)	p değeri
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>20 (9-33)</b>	<b>17 (9-28)</b>	<b>18 (13-28)</b>	<b>18 (18-22)</b>	<b>0,006</b>
<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>17 (8-32)</b>	<b>14 (8-29)</b>	<b>15 (8-29)</b>	<b>19 (12-22)</b>	<b>0,006</b>
<b>Beslenme</b>	<b>20 (10-33)</b>	<b>19 (15-22)</b>	<b>19 (12-28)</b>	<b>18 (17-19)</b>	<b>0,002</b>
<b>Manevi Gelişim</b>	<b>27 (12-36)</b>	<b>22 (14-27)</b>	<b>25 (13-36)</b>	<b>29 (21-30)</b>	<b>0,000</b>
<b>Kişilerarası İlişki</b>	<b>26 (14-36)</b>	<b>22,5 (14-33)</b>	<b>24 (14-34)</b>	<b>24,5 (19-25)</b>	<b>0,003</b>
<b>Stres Yönetimi</b>	<b>19 (9-30)</b>	<b>16 (11-22)</b>	<b>18 (10-28)</b>	<b>18,5 (17-20)</b>	<b>0,001</b>
<b>Toplam Skor</b>	<b>129 (68-194)</b>	<b>108 (83-135)</b>	<b>117,5 (87-156)</b>	<b>122 (11-133)</b>	<b>0,000</b>

Hekimlerin çevredeki insanların sağlıklarında değişiklik yapabilmesi konusundaki görüşlere göre oluşan gruplar arasında tüm alt kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark vardır.

Toplam skorda, “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,001$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

Beslenme kategorisinde tek anlamlı fark “evet” yanıtı verenlerle “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında olmuştur. ( $p=0,002$ ) “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.



Fiziksel aktivite kategorisinde “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,041$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,006$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

Sağlık sorumluluğu kategorisinde “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,006$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

Stres yönetimi kategorisinde “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,004$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,002$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

Kişilerarası ilişki kategorisinde “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,014$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,008$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

Manevi gelişim kategorisinde “evet” yanıtı verenlerle “hayır” yanıtı verenler arasında ( $p=0,000$ ) ve “bilmiyorum” yanıtı verenler arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı fark mevcuttur. “Evet” grubu daha yüksek skor elde etmiştir.

#### **4. Boşluk Doldurma Sorularına Verilen Yanıtlar**

Testin boşluk doldurmalı son iki sorusundan ilki olan “ Kendinizde gördüğünüz sağlıksız davranışlar nelerdir?” sorusunda öğrenciler en çok beslenme konusunda sağlıksız davranışlar sergilediklerini ifade etmiştir. Bunu, spor konusundaki eksiklikler takip etmektedir. Öğrencilerin yanıtları aşağıdaki Tablo-48’de listelenmiştir.

**Tablo-48:** Öğrencilerin kendilerinde gördükleri sağlıksız davranışlar

Sağlıksız Davranış Konuları	Öğrenci Sayısı (n)
<b>Beslenme/Diyet eksiklikleri</b>	<b>299</b>
Spor yapamamak	191
Uyku bozuklukları	130
Yoğun stres varlığı	79
Sigara / tütün kullanımı	46
Alkol kullanımı	19
Sedanter yaşam	19
Tv bilgisayara fazla vakit ayırmak	15
Agresif olmak	11
Doktora gitmemek	7
Dinlenememe	7
Depresyon	6
Düzensiz hayat	5
Aşırı kilo	5
Fazla kahve tüketimi	4
Sosyal fobi	4
Anksiyete	4
Obsesif davranışlar	3
Asosyal olmak	2
İlaç kullanımı	2
Cinsel problemler	2
Tıp okumak	2
Diğer	33

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

“Hastanızda gördüğünüz sağlıksız davranışları nasıl değiştirmeyi düşünürsünüz?” sorusunda ise öğrenciler en fazla hastaya alışkanlıklarını devam ettirmesi halinde olabilecekleri; “kötü örnekleri göstererek”, “sonuçları anlatarak”, “uyararak”, “korkutarak” aktarma yolunu seçeceklerini ifade etmiştir. Bunu iyi iletişim, konuşma takip etmektedir. Kendisinin örnek olacağını ise 30 öğrenci söylemiştir. Verilen cevapların listesi Tablo-49’de listelenmiştir.

**Tablo-49:** Öğrencilerin Hastalarındaki Sağlıksız Davranışları Değiştirme Yöntemleri

<b>Verilen Yanıtlar</b>	<b>Sayı</b>
Hastalara kötü örnekleri gösteririm / Davranışın sonuçlarını anlatırım / Uyarırım / Korkuturum	167
İyi bir iletişimle / Konuşarak	109
Önerilerde bulunarak	36
Kendim örnek olarak	30
Bilgilendirerek	31
Faydalarını anlatarak	29
Motivasyonla	25
Empati / Samimi yaklaşım	14
Nedenlerini Anlatarak	14
İkna ederek	14
Takip / kontrol ederek	13
Psikiyatriye Yönlendirmek	12
Eğitim/ Bilimsel Açıklama	10
Bilmiyorum	8
İlaç	8
Spora Teşvik	7
Değiştirmem	5
Bilinçlendirerek	5
Aile Desteği ile	4
Diğer	54

\*Birden fazla cevap söylenebildiği için sayılar öğrenci sayısından fazladır.

## TARTIŞMA

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan birinci, üçüncü ve altıncı sınıf öğrencilerini kapsayan çalışmamızda SYBDÖ ortalaması  $127,30 \pm 17,19$  olarak bulunmuştur. Alt kategorilerde ise en yüksek madde ortalaması  $2,90 \pm 0,46$  ile manevi gelişim alt ölçeğinde ( $26,15 \pm 4,22$ ), en düşük madde ortalaması ise  $2,13 \pm 0,60$  ile fizik aktivite alt ölçeğinde ( $17,04 \pm 4,84$ ) ortaya çıkmıştır.

Ertop ve ark.'nın (115) üniversite öğrencileri arasındaki çalışmasında SYBDÖ ortalaması  $116,89 \pm 18,96$ ; Şimşek ve ark.'nın (116) tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada  $134,4 \pm 9,7$ ; Cürcani ve ark.'nın (117) hemşirelerle yaptığı çalışmada  $121,20 \pm 18,30$ ; Özyazıcıoğlu ve ark.'nın (118) hemşirelik okulu öğrencileri ile yaptıkları çalışmada  $128,97 \pm 16,40$ ; Yalçinkaya ve ark.'nın (119) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada  $121,85 \pm 18,05$ ; Sabancıoğullarından'ın (120) sağlık bilimleri dışı fakültelerde öğrenim gören öğrencilerle yaptığı çalışmada  $126,29 \pm 16,00$ ; Polat ve ark.'nın (121) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $133,68 \pm 19,07$  olarak bildirilmiştir.

48 soruluk Sağlıklı Yaşam Davranışları ölçeğine göre yapılan çalışmalardan; Güner ve Demir'in (122) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ ortalaması  $116,89 \pm 16,36$ , Ayaz ve ark.'nın (55) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $122,0 \pm 17,2$ , Çelik ve ark.'nın (123) sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $122,1 \pm 19,8$ , Tokuç ve Berberoğlu'nun (124) öğretmenlerle yaptığı çalışmada  $134,49 \pm 17,94$ , Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $121,75 \pm 18,86$ , Özkan ve Yılmaz'ın (126) hemşirelerle yaptığı çalışmada  $125,96 \pm 16,99$ , Karadeniz ve ark.'nın (127) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $125,9 \pm 17,4$ , Ünal ve ark.'nın (128) meslek yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada  $121,90 \pm 22,93$ , Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (129) birinci basamak sağlık personeliyle yaptığı çalışmada  $117,5 \pm 17,1$ , Tuğut ve Bekar'ın (130) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada  $117,9 \pm 19,5$ , Tuygar ve Arslan'ın (131) sağlık hizmetleri

meslek yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada  $126,52 \pm 18,93$ , Özbaşaran ve ark. (132) sağlık meslek yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise  $121,92 \pm 1,10$  olarak bildirilmiştir.

Bizim çalışmamızla benzer olarak; Polat ve ark.'nın (121), Güner ve Demir'in (122), Özkan ve Yılmaz'ın (126), Karadeniz ve ark.'nın (127) , Tuğut ve Bekar'ın (130), Özbaşaran ve ark.'nın (132), Pirinçci ve ark.'nın (133) yaptığı çalışmalarda da en yüksek puan ortalaması manevi gelişim kategorisinde, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivitededir.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak; Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında en yüksek puan ortalamasına sahip kategori manevi gelişimken en düşük puan ortalamasına sahip kategori beslenme olarak bildirilmiştir. Peker ve Bermek'in (134) çalışmasında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim, en düşük ortalama ise sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde görülmüştür. Yalçinkaya ve ark.'nın (119), Al Kandari ve Vidal'in (135), Hui'nin (136) çalışmalarında en yüksek puan kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden alınırken, en düşük puan fiziksel aktivite alt ölçeğinden alınmıştır. Wei ve ark.'nın (137) çalışmasında en yüksek ortalama kişilerarası ilişkiye, en düşük ortalama ise sağlık sorumluluğuna aittir. McElligott ve ark.'nın (138) çalışmasında ise en yüksek ortalama kişilerarası ilişkiye, en düşük ortalama ise stres yönetimine aittir.

Çalışmamızda genel olarak mevcut çalışmalarla benzer bir SYBDÖ ortalaması görülmüştür. En yüksek ortalama puanın manevi gelişim alt ölçeğinde olması, öğrencilerin başarılı eğitim hayatının yanı sıra kişisel hayatlarında da gerekli tatmin ve bütünlüğü sağladığına; en düşük ortalamanın fiziksel aktivitede tespit edilmesi ise tıp fakültesi öğrencilerinin yoğun eğitim hayatında fiziksel aktiviteye zaman ayıramamasına ve ülkemizde genel olarak fiziksel aktivite alışkanlığının olmamasına bağlanabilir. Adı geçen çalışmalarda görülen farklılıklar çalışma grubunun ve çalışılan bölgenin farklılığından olabileceği gibi göz önünde tutulmayan faktörlerden kaynaklanabilir.

## **1. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Öğrenim Görülen Sınıflar Arası İlişki**

Çalışmamızda toplam SYBDÖ skoru ve tüm alt kategorilerde altıncı sınıf öğrencilerinin skorları birinci ve üçüncü sınıflara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında hemşirelik yüksekokulunun 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin 3. ve 4. sınıf öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu alt kategorisinden daha düşük puan aldıkları bildirilmiştir. Çelik ve ark.'nın (123) sağlık yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada sadece fiziksel aktivite kategorisinde 2. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) sağlık yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada 3. ve 4. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin 1. ve 2. sınıfta okuyanlara göre toplam SYBDÖ puanı ve sağlık sorumluluğu kategorisi puanları daha yüksektir. Ertop ve ark.'nın (115) çalışmasında ikinci sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puanları anlamlı derecede yüksektir. Polat ve ark.'nın (121) çalışmasında dördüncü sınıftaki hemşirelik öğrencileri diğer sınıflara göre SYBDÖ toplam skoru ve stres yönetimi alt ölçeğinde anlamlı yüksek puan almıştır.

Karadeniz ve ark.'nın (127) , Özyazıcıoğlu'nun (118) , Tuygar ve Arslan'ın (131) çalışmalarında ise sınıflara göre öğrencilerin SYBDÖ puan ortalamaları ve alt kategori puanları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmektedir.

Çalışmamızda diğer çalışmaların aksine eğitim sürecinin sonuna yaklaşan öğrencilerin puanlarının her kategoride gerilediği görülmektedir. Tıp eğitiminin yoğunluğuna, hastanede çalışmanın da eklenmesi ve ayrıca Tıpta Uzmanlık Sınavına çalışma dönemine girilmesi altıncı sınıfların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gerilemesinde etkili olmuş olabilir. Tıp eğitiminin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrencilerde kalıcı bir hale getiremediği de düşünülebilir.

## **2. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Cinsiyet Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda toplam SYBDÖ skoruna göre kadınlar erkeklere oranla anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir. Alt ölçeklerde ise; sağlık

sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişki kategorilerinde anlamlı fak bulunmuştur. Fiziksel aktivite kategorisinde erkeklerin skoru yüksekken, diğer tüm kategorilerde kadınların skoru daha yüksektir.

Çalışmamıza benzer olarak; Tokuç ve Berberoğlu'nun (124) çalışmasında SYBDÖ toplam puanı ve kişilerarası ilişki alt ölçeğinde kadınların, fiziksel aktivitede ise erkeklerin puanı anlamlı yüksektir. Özyazıcıoğlu'nun (118) çalışmasında kadınların toplam SYBDÖ, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişki kategorilerinde erkeklerden anlamlı derecede yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Özbaşaran ve ark.'nın (132) çalışmasında kadınlar toplam SYBDÖ puanında; sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt ölçeklerinde erkeklerden anlamlı yüksek puanlar elde etmiştir. Al Kandari ve Vidal'in (135) çalışmasında, erkekler SYBDÖ toplam skorunda ve kişilerarası ilişki, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı olarak yüksek değerler elde etmiştir.

Çalışmamızdan farklı olarak Çelik ve ark.'nın (123), Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125), Şimşek ve ark.'nın (116), Tuygar ve Arslan'ın (131), Hui'nin (136) çalışmalarında cinsiyetle SYBDÖ ve alt kategoriler puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün (129) çalışmasında toplam SYBDÖ arasında fark bulunmazken, kadınlar beslenme erkekler ise fiziksel aktivite kategorisinde anlamlı yüksek skorlara sahiptir. Wei ve ark.'nın (137) çalışmasında kadınlar beslenme, kişilerarası ilişki ve sağlık sorumluluğunda; erkeklerse fiziksel aktivitede yüksek skor elde etmiştir. Ünal ve ark.'nın (128), Lee ve Loke'un (139) çalışmasında erkeklerin fiziksel aktivite alt ölçeğinden anlamlı yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında toplam SYBDÖ puanları arasında anlamlı fark yoktur, kadınlar sadece beslenme ve kişilerarası ilişki kategorisinde anlamlı yüksek puanlar almıştır. Ammouri ve ark.'nın (140), Peker ve Bermek'in (134) çalışmalarında kadınlar sağlık sorumluluğunda, erkeklerse fiziksel aktivite alt ölçeğinde anlamlı yüksek puan almıştır. Diez ve Perez-Fortis (141), SYBDÖ toplam puanı, stres yönetimi ve manevi gelişim alt ölçeklerinde erkeklerin daha yüksek puan aldığını bildirmiştir. Johnson'ın (142) çalışmasında kişilerarası ilişki, beslenme ve

sağlık sorumluluğu alt ölçeklerinde anlamlı ölçüde yüksek puan elde etmişlerdir. Pirinçci'nin (133) çalışmasında kadınlar kadınlar sağlık sorumluluğu ve beslenme alt ölçeğinde yüksek skor almıştır. Polat ve ark.'nın (121) çalışmasında kadınlar fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde anlamlı yüksek skorlar almıştır.

Toplumda, kadınların özellikle aile içindeki düzenleyici rolü ve sağlık konusunda üstlendiği sorumluluklar bu sonucu meydana getirmiş olabilir. Fiziksel aktivite açısından erkeklerin daha fazla olanak bulması, annelik rolünün getirdiği sorumluluğun nesiller boyu geçişi ve davranışın ufak yaşlardan itibaren edinilmemiş olması ile bu bilincin gelişmemesi kadınlardaki düşük skorun nedeni olabilir.

### **3. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Medeni Durum Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda evli ve bekar öğrenciler arasında toplam SYBDÖ skorunda ve diğer tüm alt kategorilerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamıza benzer şekilde; Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125), Pasinlioğlu'nun (129) çalışmasında medeni durum ile SYBDÖ skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızdan farklı olarak; Güner ve Demir'in (122) araştırmasında medeni durum ile egzersiz arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında evlilerin sağlık sorumluluğu puanları daha yüksek bulunmuştur. Cürcani ve ark.'nın (117) çalışmasında bekar hemşirelerin stres yönetimi puanları evlilere göre yüksek bulunmuştur. Özkan ve Yılmaz'ın çalışmasında (126) evli hemşirelerin beslenme alt ölçeğinde bekarlara göre daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Al Kandari ve Vidal'in (135) çalışmasında evli öğrenciler sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve beslenme alt ölçeklerinden anlamlı yüksek puan almıştır. Pirinçci ve ark.'nın (133) çalışmasında evli akademisyenler manevi gelişim ve beslenme alt ölçeklerinden yüksek puan almıştır. Diez ve Perez-Fortis'in (141) çalışmasında bekar öğrenciler fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinden anlamlı ölçüde yüksek skorlar almıştır.

Çalışmamızda evli öğrenci sayısının az olması yapılan diğer çalışmalardan farklılığı yaratmış olabilir.



#### **4. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile BKİ Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda BKİ endeksine göre SYBDÖ toplam puanına göre fark saptanmamıştır. Alt ölçeklerde ise, fiziksel aktivite alt ölçeğinde, “zayıf” ve “obez” kategorisine giren öğrenciler, “normal” ve “aşırı kilolu” öğrencilere göre; stres yönetimi kategorisinde ise “normal kilolu” öğrenciler, “zayıf” ve “aşırı kilolu” öğrencilere oranla düşük skorlar elde etmiştir.

Özkan ve Yılmaz'ın (126), Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125), Pasinlioğlu'nun (129), Wei ve ark.'nın (137) çalışmalarında BKİ ile SYBDÖ puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında BKİ ile SYBDÖ puanı ve alt ölçeklerde anlamlı fark bulunmamıştır.

Özbaşaran ve ark.'nın (132) çalışmasında “zayıf” öğrencilerin manevi gelişim alt ölçek puanı anlamlı yüksek bulunmuştur.

BKİ ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki, zayıf öğrencilerin fiziksel aktiviteye ilgi duymamalarına obez öğrencilerin ise fiziksel olarak kendilerini yetersiz hissetmelerine bağlanabilir.

#### **5. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Doğum Yeri Arasındaki İlişki**

Öğrencilerin doğum yerine göre yapılan değerlendirmede, toplam SYBDÖ skorunda anlamlı fark yoktur. Sadece beslenme kategorisinde, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde doğan öğrenciler Marmara, Ege, Akdeniz ve İç Anadolu Bölgelerinde doğan öğrencilere kıyasla anlamlı düşük sonuçlar elde etmiştir.

Literatürde bu konuda belirli bir çalışma bulunmamakla beraber, farklılığın öğrencilerin sosyo-ekonomik durumlarının ve bölgesel diyet alışkanlıklarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

#### **6. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Öğrencilerin Yaşadığı Yer Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda öğrencilerin yaşadıkları çevre ile toplam SYBDÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt ölçeklerinde ailesi ile birlikte

yaşayan ve özel yurttan yaşayan öğrencilerin diğer gruplardaki öğrencilere göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Çalışmamıza benzer olarak, Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında ailesi ile birlikte kalan öğrenciler diğer öğrencilere göre daha yüksek puan almış, ancak sadece beslenme alt ölçeğinde sınırlı anlamlı bulunmuştur. Ünal ve ark.'nın (128) çalışmasında egzersiz düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermektedir ve genel olarak yurttan kalan öğrencilerin puanları daha düşüktür. Wei ve ark.'nın (137) çalışmasında aileleriyle birlikte kalan öğrenciler beslenme alt ölçeğinde anlamlı yüksek skorlar almıştır.

Çalışmamızdan farklı olarak Peker ve Bermek'in (134) çalışmasında kalınan yer ile SYBDÖ toplam skoru ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bu sonuçlar aile ile birlikte yaşamının özellikle tıp fakültesi gibi zorlu bir eğitim süreci yaşayan öğrencilerde beslenme açısından daha olumlu sonuçlar ortaya koyduğunu düşünebilir.

## **7. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Ebeveyn Meslek ve Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda baba mesleği ile skorlar arasında ilişki görülmezken; annesi memur olan öğrenciler toplam SYBDÖ skorunda annesi ev hanımı ve serbest meslek sahibi olan öğrencilere oranla yüksek puan almışlardır.

Anne eğitim durumunda ise, ise toplam skorda ve beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür. Annenin eğitim seviyesi arttıkça skorun yükselmekte olduğu görüldü, anlamlı farklılık ise annesi okuryazar olmayanlarla diğer gruplarda idi. Baba eğitim durumunda ise, ise beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür. Alt kategorilerde çeşitli gruplar arasında farklılık mevcut olup, babanın eğitim seviyesi yükseldikçe skorlar artmaktadır. Bu sonuçlar eğitim düzeyi yükseldikçe sağlıklı yaşam konusunda bilinçli olma ve ebeveynlerin yol gösterici, örnek teşkil etmesinin rol oynayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza benzer olarak Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde annesi okuryazar olmayanla yüksek öğretim

mezunu arasında fark mevcuttur. Özbaşaran'ın (132) çalışmasında anne veya babası lise ve üstü eğitime sahip olan öğrenciler, toplam SYBDÖ puanı, manevi gelişim, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğunda, babası lise ve üstü eğitimi olanlar stres yönetimi alt ölçeğinden yüksek puan almıştır. Diaz ve Perez Fortis'in (141) çalışmasında, babasının eğitim düzeyi yüksek olan öğrenciler SYBDÖ toplam skorunda, stres yönetimi, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinden anlamlı yüksek puan alırken; annesinin eğitim düzeyi yüksek olanlar SYBDÖ toplam skorunda, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeklerinde yüksek puan almıştır.

Çalışmamızdan farklı olarak Karadeniz ve ark.'nın (127), Sabancıoğullarından'ın (120) , Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) çalışmalarında anne-baba eğitim düzeyi ile SYBDÖ skorları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Şimşek'in (116) çalışmasında anne-baba eğitim durumu ile birlikte hane reisinin mesleği de SYBDÖ skorlarını etkilememiştir.

#### **8. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Aile Gelir Düzeyi Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda gelir durumuna bakıldığında toplam SYBDÖ skorlarında fark görülmezken; manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt kategorisinde anlamlı fark görülmüştür. Bu kategorilerde geliri giderinden fazla olan grup, geliri giderinden az olan ve geliri giderine denk olan gruptan daha yüksek skorlar elde etmiştir.

Özbaşaran'ın (132) çalışmasında gelir düzeyi daha fazla olan grubun toplam SYBDÖ skorunda ve tüm kategorilerde daha yüksek puan aldığı görülmektedir. Piriççi ve ark.'nın (133) çalışmasında ise gelir düzeyi fazla olan grup, SYBDÖ toplam skorundan ve kişilerarası ilişki haricindeki tüm alt ölçeklerden anlamlı yüksek sonuçlar almıştır. Diez ve Perez-Fortis'in (141) çalışmasında SYBDÖ toplam skorunda, stres yönetimi ve kişilerarası alt ölçek puanları ailenin gelir düzeyine paralel olarak yükselmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak; Ertop ve ark.'nın (115), Ünal ve ark.'nın (128), Güner ve Demir'in (122), Sabancıoğullarından'ın (120), Özkan ve Yılmaz'ın (126), Al Kandari ve Vidal'in (135), Hui'nin (136) çalışmalarında gelir durumu ile SYBDÖ skoru ve alt kategorilerinde anlamlı fark

görülmemiştir. Özyazıcıoğlu'nun (118) çalışmasında geliri düşük grup diğer gruplardan beslenme kategorisinde düşük skorlar elde etmiştir. Karadeniz ve ark.'nın (127) yaptığı çalışmada, ekonomik düzeyi yüksek olanların SYBDÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi iyi olan grubun beslenme kategorisi puanları anlamlı yüksektir. Peker ve Bermek'in (134) çalışmasında aile geliri ile fiziksel aktivite alt ölçeği puanı anlamlı ilişki göstermektedir. Polat ve ark.'nın (121), Wei ve ark.'nın (137) çalışmalarında gelir düzeyi yüksek grup kişilerarası ilişki alt ölçeğinde anlamlı yüksek skorlar elde etmiştir. Tuygar ve Arslan'ın (131), Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) çalışmalarında ise öğrencilerin gelir getirici bir işte çalışmasına göre gruplar arasında herhangi bir farka rastlanmamıştır.

#### **9. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Kronik Hastalık Varlığı ve İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda kendisinde kronik hastalık olan ve olmayan öğrenciler arasında SYBDÖ toplam puanında ve alt ölçeklerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Günlük ilaç kullanımı konusunda da ilaç kullanan ve kullanmayan gruplar arasında herhangi bir anlamlı farklılık yoktur.

Çalışmamıza benzer olarak; Tokuç ve Berberoğlu'nun (124), Zaybak ve Fadıoğlu'nun (13), Şimşek'in (116) çalışmalarında kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında fark görülmemiştir.

Pirinççi ve ark.'nın (133) çalışmasında kronik hastalığı olanlar, SYBDÖ toplam skorunda ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir. Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında ise kronik hastalığı olan öğrenciler SYBDÖ toplam puanı ve fiziksel aktivite alt ölçeğinden yüksek puan almıştır. Tuygar ve Arslan'ın (131) çalışmasında ise, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde kronik hastalığı olan öğrenciler olmayanlara göre anlamlı yüksek sonuçlar almıştır.

#### **10. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Durumu Algısı Arasındaki İlişki**

Öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama konusunda SYBDÖ toplam skoru ve tüm alt kategorilerde gruplar arası anlamlı farklılık görülmüştür. Her

alt kategoride çeşitli farklılıklar olmakla birlikte sağlık algısının iyiye doğru gitmesi ile SYBDÖ skorları artmaktadır.

Çalışmamıza benzer olarak; Tuğut ve Bekar'ın (130) çalışmasında sağlığını "çok iyi" olarak algılayanlarla diğer guruplar arasında SYBDÖ toplam skoru ve tüm alt ölçeklerde anlamlı fark bulunmuştur. Zaybak ve Fadiloğlu'nun (13) çalışmasında manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı fark görülmüştür. Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında SYBDÖ toplam puanı, manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt ölçekleri arasında anlamlı fark görülmüştür. Ünalın ve ark.'nın (128) çalışmasında SYBDÖ toplam skoru ile manevi gelişim, stres yönetimi, fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerinde anlamlı ilişki görülmüştür. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) çalışmasında ise sağlık durumlarını orta ve iyi olarak niteleyenlerin SYBDÖ toplam skoru anlamlı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın aksine Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında sağlık algısı ile skorlar arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmadığı bildirilmiştir.

### **11. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Ailede Kronik Hastalık Varlığı Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda ailede kronik hastalığı olanlar fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçeklerinde ailesinde kronik hastalık olmayanlara oranla anlamlı yüksek puan ortalamasına sahiptir.

Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında ailesinde kronik hastalığı olanlar manevi gelişim alt ölçeğinden anlamlı yüksek puan almıştır. Aksoy ve Uçan'ın (143) çalışmasında ise kardeşinde kronik hastalık olanların SYBDÖ toplam puanı, kardeşinde kronik hastalık olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Ailede kronik hastalık varlığının ve yaşanan hastalık sürecinin sadece hastanın kendisini değil tüm aile bireylerini de etkilemesi beslenme ve fiziksel aktivite konusunda bir fark yaratmış olabilir.

### **12. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda sigara içmeyen öğrenciler sigara içen öğrencilerden beslenme alt ölçeğinde anlamlı derecede düşük skor elde etmiştir. Günlük içilen sigara sayısı ile SYBDÖ toplam skoru ve alt ölçeklerde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Özkan ve Yılmaz'ın (126) çalışmasında sigara içmeyen grup beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçeğinde; Sabancıoğullarından'ın (120) çalışmasında beslenme alt ölçeğinde anlamlı yüksek puan almıştır.

Karadeniz ve ark.'nın (127), Ünal ve ark.'nın (128) çalışmalarında sigara ile SYBDÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

### **13. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Spor Yapmaları Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda spor yapan öğrenciler yapmayanlara oranla, SYBDÖ toplam skoru ve tüm alt kategorilerde anlamlı yüksek puanlar elde etmiştir. Spor süresi açısından incelendiğinde ise SYBDÖ toplam skoru, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Spor yapma süresi arttıkça alınan skor artmaktadır.

Yalçinkaya ve ark. (119) haftada 3-4 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık çalışanlarının SYBD ölçeğinin genel toplamından ve beslenme haricinde diğer tüm alt boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Duran ve Sümer'in (144) çalışmasında sportif faaliyetlere katılanlar SYBDÖ toplam skoru ile fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişki alt ölçeklerinden anlamlı yüksek skorlar elde etmiştir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (125) çalışmasında spor yapanların SYBDÖ toplam skoru anlamlı yüksek bulunmuştur. Ertop ve ark.'nın (115) çalışmasında, öğrencilerin düzenli spor yapma durumları manevi gelişim, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz puanlarını olumlu etkilemektedir. Ayaz ve ark.'nın (55) çalışmasında spor yapma olanağı olanların egzersiz alt ölçeğinden anlamlı yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Özkan ve Yılmaz'ın (126) çalışmasında, düzenli fiziksel egzersiz yapan hemşirelerin SYBDÖ toplam skoru, fiziksel aktivite ve stres yönetiminden anlamlı yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir.

Sporun bedensel aktivite boyutunun yanı sıra; sosyal hayat, disiplin ve stres konularında da olumlu etkilerinin olması nedeniyle tüm kategorilerde anlamlı farkı yaratmış olabilir.

#### **14. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Uyku Süresi ve Yatış Saati Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda günlük uyku saati ile SYBDÖ toplam skoru, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklılık görülmüştür. Sekiz saatten fazla uyuyan öğrencilerin skoru diğer gruplarından düşük olarak bulunmuştur. Uyku yatış saatinde ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Çalışmamızın aksine Tuygar ve Arslan'ın (131) çalışmasında öğrencilerin ölçeğin tamamında ve tüm alt boyutlarda aldıkları puan ortalamalarının 8 saatten az uyuyan öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Sadece kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Uyku süresinin fazla olması kişinin zaman yönetimi ve genel günlük alışkanlıklarının düzensiz olmasına, ayrıca altta yatan psikopatolojik sorunlara işaret ettiği için bu sonuçlara yol açmış olabilir.

#### **15. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Beslenme Arasındaki İlişki**

Yemek öğün sayısına göre, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki ve toplam skorda anlamlı fark olduğu görülmüştür. Günlük öğün sayısı arttıkça alınan skorlar anlamlı olarak artmaktadır.

Öğrencilerin haftalık kahvaltı yaptığı gün sayısı ile fiziksel aktivite haricinde tüm kategorilerde anlamlı fark vardır. Kahvaltı yapılan gün sayısı arttıkça alınan skorlar yükselmektedir.

Özkan ve Yılmaz'ın (126) çalışmasında düzenli yemek alışkanlığı olan grup öğün atlayan gruba göre SYBDÖ toplam skoru, manevi gelişim ve beslenme alt ölçeklerinden anlamlı yüksek değerler elde etmiştir.

Günlük öğün sayısının dengeli olmasının, öğün atlanmamasının sağlıklı beslenme açısından önemli olduğu gerçeği ile bu bilince sahip

öğrencilerde genel olarak sağlıklı yaşam tarzını benimsenme ve skorlardaki yükseklik durumu açıklanabilir.

#### **16. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Vitamin/Besin Takviyesi Kullanımı Arasındaki İlişki**

Öğrencilerin vitamin ve besin takviyesi kullanımı ile sadece sağlık sorumluluğu alt kategorisinde fark görülmüştür. Vitamin kullanmayanların skoru anlamlı olarak daha düşüktür.

Kişinin bu maddeleri kullanmasının sağlık algısının ve bilincinin daha yüksek olduğuna işaret ettiği; dolayısıyla sağlık sorumluluğu konusunda olumlu etki ettiği şeklinde yorumlanabilir.

#### **17. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile TV-Bilgisayar Başında Geçirilen Süre Arasındaki İlişki**

Öğrencilerin tv/bilgisayar başında geçirdikleri süreler bakıldığında ise SYBDÖ toplam skoru ile sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür. Değişik alt ölçeklerde gruplar arası farklılıklar mevcuttur, ancak genel olarak tv/bilgisayar başında hiç vakit geçirmeyen grup ile 5 saatten fazla vakit geçiren grup diğer gruplardan anlamlı düşük puanlar elde etmiştir.

#### **18. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Stres Varlığı Arasındaki İlişki**

Öğrencilerin stres varlığına göre manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklar görülmüştür. Stres yaşamadığını söyleyen öğrenciler bu ölçeklerde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

#### **19. Öğrencilerin SYBDÖ Puan Ortalamaları ile Hekimlik ve Tıp Eğitimi Konularındaki Çeşitli Görüşleri ile Olan İlişkisi**

##### **19.1. Hastanın Hekimden Etkilenmesi**

Çalışmamızda hastanın hekimden etkilenmediğini düşünen grup; hastanın hekimden etkilendiğini ya da bazen etkilendiğini düşünen gruplardan sadece manevi gelişim alt kategorisinde anlamlı düşük skor almıştır.

##### **19.2. Hekimin Hastaya Örnek Olması**

Hekimin hastaya örnek olup olmaması konusunda olumlu görüş bildiren grup SYBDÖ toplam skorunda, manevi gelişim, beslenme ve stres



yönetimi alt kategorilerinde olumsuz görüş bildiren gruptan anlamlı derecede yüksek skorlar almıştır.

### **19.3. Tıp Fakültesinde Sağlıklı Yaşamla İlgili Konulara Verilen Önem**

Çalışmamızda fakültede sağlık yaşam konularının yeterince ele alınıp alınmadığı konusunda verilen yanıtlara göre oluşan gruplar arasında SYBDÖ skorlarında herhangi bir anlamlı fark yoktur.

### **19.4. Tıp Eğitiminin Öğrencilerin Kendi Sağlığına Yönelik Etkisi**

Öğrencilerin tıp fakültesinde okuyor olmalarının sağlıklarına yönelik yaklaşımlarını etkilemesine göre; oluşan gruplar arasında kişilerarası ilişki alt kategorisi haricinde tüm alt kategorilerde anlamlı fark vardır. Tıp fakültesinde okumanın sağlıklarına olumlu yönde etki ettiğini ifade eden grup diğer gruplardan anlamlı oranda yüksek skorlar almıştır.

### **19.5. Öğrencilerin Gelecekte Çevredeki İnsanların Sağlığına Olumlu Etki Yapabilme İnanç**

Hekimlerin çevredeki insanların sağlıklarında değişiklik yapabilmesi kavramına göre oluşan gruplar arasında tüm alt kategorilerde ve toplam skorda anlamlı fark vardır. Bu soruya hekimlerin çevredeki insanlarda değişiklik yapabileceğine inancı olan öğrenciler diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır.

Öğrencilerin sorulara verdiği yanıtların oranları genel olarak sınıflara göre değişmemektedir. Sadece fakültedeki sağlıklı yaşamla ilgili konuların yeterli ölçüde işlenmediğini düşünenlerin oranı sınıf büyüdükçe artmaktadır. Genel olarak öğrencilerin görüşleri ile SYBDÖ skorları arasında kısıtlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılacak farklı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

## SONUÇ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarını ve davranışlarını etkileyen sosyodemografik faktörler ve hekimlik ile ilgili tutum ve düşünceleri hakkında bilgi sahibi olmak için düzenlediğimiz çalışmaya Tıp Fakültemizde öğrenim gören birinci, üçüncü ve altıncı sınıftaki 685 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %55,91'i kadın (n:383), %44,09'u (n:302) erkektir. Yaş ortalaması  $21,25 \pm 2,43$ 'tür.

- Çalışmamızda SYBDÖ ortalaması  $127,30 \pm 17,19$  olarak görülmüş olup, orta seviye olarak değerlendirilmektedir.
- Alt ölçeklerde en yüksek ortalama  $26,15 \pm 4,22$  (madde ortalaması  $2,90 \pm 0,46$ ) ile manevi gelişim; en düşük ortalama ise  $17,04 \pm 3,90$  (madde ortalaması  $2,13 \pm 0,60$ ) ile fizik aktivite olarak bulunmuştur.
- Madde bazında en yüksek puan ortalaması "*Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.*" maddesine aittir ( $3,32 \pm 0,83$ ). En düşük puan ortalaması ise "*Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılıyorum.*" maddesine aittir ( $1,66 \pm 0,68$ ).
- Öğrenim görülen sınıf ile SYBDÖ toplam skoru ve alt ölçekler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Altıncı sınıf öğrencileri tüm ölçeklerde anlamlı düşük skor elde etmiştir.
- Kadınlar toplam SYBDÖ puanında ve beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde erkeklerden anlamlı yüksek sonuçlar almıştır. Erkekler de fiziksel aktivite alt ölçeğinde kadınlardan anlamlı yüksek sonuç almıştır.
- BKİ ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Zayıf ve obez öğrenciler fiziksel aktivitede; normal kilolu öğrencilerse stres yönetimi alt ölçeğinde anlamlı düşük skor almıştır.
- Doğum yerine göre Güneydoğu Anadolu doğumlu öğrenciler; Marmara, Ege, Akdeniz ve İç Anadolu doğumlu öğrencilerden beslenme alt ölçeğinde düşük puan almıştır.

- Ailesi ile kalan ve özel yurttta okuyan öğrenciler, toplam SYBDÖ skorunda, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi ve kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Annesi memur olan öğrenciler, annesi ev hanımı ve serbest meslek olan öğrencilerden toplam SYBDÖ puanında anlamlı yüksek sonuçlar almıştır.

- Annesi okuryazar olmayan öğrenciler, toplam SYBDÖ skoru, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı olarak diğer gruplardan düşük sonuçlar elde etmiştir. Ayrıca diğer öğrenim grupları arası farklılıklar da saptanmıştır.

- Baba eğitim durumunda; beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde gruplar arası farklılıklar olup, eğitim düzeyi yüksek olan grupların skorunun daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Gelir durumu yüksek olan öğrenciler, manevi gelişim, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Sağlığını “mükemmel” ya da “iyi” olarak tanımlayan öğrenciler toplam SYBDÖ skorunda ve tüm alt ölçeklerinde diğer gruplardan anlamlı yüksek skorlar almıştır.

- Ailesinde kronik hastalık olan öğrenciler, olmayanlara göre beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar almıştır.

- Sigara içmeyen öğrenciler, beslenme alt ölçeğinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Spor yapan öğrenciler, toplam SYBDÖ skorunda ve tüm alt ölçeklerde spor yapmayan öğrencilerden anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Spor yapma süresinde, toplam SYBDÖ skoru ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar mevcuttur. Spor süresi daha yüksek olan öğrenci gruplarının sonuçları daha yüksektir.

- Uyku süresinde, toplam SYBDÖ skoru, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı

farklılıklar görülmüştür. Uyku süresi günlük sekiz saati geçen grubun skorları daha düşüktür.

- Yemek öğün sayısına göre, toplam SYBDÖ skorunda ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Öğün sayısı fazla olan grupların skorları daha yüksek olmaktadır.

- Öğrencilerin haftalık kahvaltı yaptığı gün sayısı ile fiziksel aktivite haricinde tüm kategorilerde anlamlı fark vardır. Haftalık kahvaltı sıklığı arttıkça puanlar anlamlı olarak yükselmektedir.

- Vitamin ve besin takviyesi kullanımı ile sadece sağlık sorumluluğu alt kategorisinde fark görülmüştür. Vitamin ve besin takviyesi kullanmayanların sonucu anlamlı olarak düşüktür.

- Öğrencilerin tv/bilgisayar başında geçirdikleri sürelerle bakıldığında ise toplam SYBDÖ skorunda ve sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt kategorilerinde anlamlı fark görülmüştür. Genel olarak, tv/bilgisayar başında hiç vakit geçirmeyen ve 5 saatten fazla vakit geçiren grupların skorları diğer gruplara göre düşüktür

- Stres yaşamadığını söyleyen öğrenciler manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Hastaların hekimden etkilenmediğini düşünen öğrenciler, manevi gelişim alt ölçeğinde anlamlı olarak düşük sonuçlar elde etmiştir.

- Hekimlerin hastalarına örnek olması gerektiğini ifade eden öğrenciler, toplam SYBDÖ puanı ve manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi alt ölçeklerinde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Öğrencilerin tıp fakültesinde okuyor olmalarının sağlık davranışlarına olumlu olarak yansıdığını ifade eden öğrenciler, toplam SYBDÖ skoru ve kişilerarası ilişki alt ölçeği haricindeki tüm alt kategorilerde anlamlı yüksek sonuçlar elde etmiştir.

- Öğrenciler kendilerini iyi hissetmek için en fazla sohbet etmeyi (%67,7) ve film-dizi izlemeyi (%67,3) tercih etmektedir.

- Öğrenciler stresle başa çıkmak için en yüksek oranda (%60,3) sevdikleri ile vakit geçirmeyi tercih etmektedir. İlaç kullanımı ise en az tercih edilen (%1,5) seçenektir.
- Öğrenciler kendilerini hasta hissettiklerinde en çok (%75,2) istirahat etmeyi seçmektedir.
- Öğrenciler muayene esnasında daima sorgulanması gereken konularda en çok oranda (%76,8) hastada kronik hastalık varlığını, en az oranda ise (%58,4) hastanın yaşam tarzını tercih etmiştir.
- Öğrenciler hekimlik hayatında başarılı olmak istediği konularda en çok oranda (%89,8) tanı ve tedaviyi, en az oranda (%35,8) sosyal prestiji seçmişlerdir.
- Öğrencilerin %93,3'ü hekimin hastaya örnek olması gerektiğini düşünmektedir.
- Öğrencilerin %54,5'i tıp fakültesinde sağlıklı yaşam ile ilgili konularda yeterli eğitim verilmediğini düşünmektedir. Sınıflara göre bakıldığında ise bu görüşün fakültede geçirilen süre ile arttığı görülmektedir.
- Öğrencilerin %56,2'si tıp fakültesinin sağlık davranışlarına olumlu yönde etki ettiğini düşünmektedir.
- Öğrencilerin %85,5'i hekimlik hayatında çevrelerinde olumlu değişiklik yapabileceğine inandığını belirtmektedir.
- Öğrenciler kendilerinde en fazla beslenme ve spor konusunda sağlıksız davranışlar olduğunu belirtmektedir.
- Öğrenciler hastalarının sağlıksız davranışlarını düzeltme konusunda; en fazla kötü örnekleri gösterme ve iyi bir iletişim kurma yolunu seçeceklerini ifade etmektedir.

Hekimlik mesleğine adım atmış olan tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeleri hastalarının ve dolayısıyla toplumun sağlıklı yaşam bilincini arttırmada kuşkusuz önemlidir. Çalışmamızda bir çok farklı etkenin sağlık yaşam davranışlarıyla olan etkisini gözlemledik. Öğrencilerin özellikle tıp fakültesi eğitimin sonuna gelmekle birlikte sağlıklı yaşam davranışları puanlarının gerilemesi düşündürücüdür.

Öğrencilerin çoğu fakültede sağlıklı yaşamla ilgili konularda yetersiz eğitim verildiğini düşünmektedir ve bu düşünce ilerleyen sınıflarda daha da yaygınlaşmaktadır. Öğrenciler muayene esnasında en az oranda hastaların sağlıksız davranışlarını sorgulamak gerektiğini düşünmektedir. Buna karşılık en sık kronik hastalık varlığını sorgulamak şeklindedir ki bu durum hastalık odaklı, koruyuculuktan ziyade tedavi edici yanı düşündükleri şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu sonuçlar, tıp fakültesi eğitiminin sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilinç kazandırması konusunda daha etkili olması gerektiğini göstermektedir. Tıp fakültesinde sağlıklı yaşam ile ilgili konulara ve birincil korumaya daha fazla ağırlık verilmesi; sağlıklı yaşam davranışları ve kötü alışkanlıklar konularında seminerler, toplantılar düzenlenmesi ve bu konuda danışmanlık yapabilecek birimler oluşturulmasının bu konuda fayda sağlayacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda, düzenli spor yapmanın tüm kategorilerde sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirdiği görülmektedir. Bu nedenle öğrencilerin spora yönlendirilmesi, spor yapabilecekleri uygun alanların oluşturulmasının önemi açığa çıkmaktadır.

Aile hekimliği disiplini hastaya verdiği kesintisiz ve yakın sağlık hizmeti ile sağlıklı yaşam davranışlarının yaygınlaştırılması açısından önemli bir role sahiptir. Tıp fakültesi öğrencilerine de bu doğrultuda bilinç kazandırılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. WHO Definition of Health. Erişim: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
2. <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
3. World Health Organization, Health Promotion Glossary 1998.
4. World Health Organisation, Global Health Risks 2009
5. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of physicians and medical students influence their counseling practices; Br J Sports Med. 2009;43:89-92.
6. Definition of Medicine by Merriam-Webster. Erişim: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/medicine> (Erişim Tarihi: 15.05.2016)
7. Sartorius N. The Meanings of Health and its Promotion. Croatian Medical Journal 2006;47(4):662-4.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Teşviki Sözlüğü. Ankara;2011.
9. Marinker M. Why make people patients? Journal of Medical Ethics 1975;1:81-4.
10. WHO Health Topics: Health Promotion. Erişim: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/) (Erişim Tarihi: 25.07.2016)
11. What is health promotion & behavior? Erişim: <https://www.publichealth.uga.edu/hpb/what-health-promotion-behavior> (Erişim Tarihi: 25.07.2016)
12. The Ottawa Charter for Health Promotion. Erişim: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Erişim Tarihi: 25.07.2016)
13. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;20(1):77-95.
14. Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK, Strombog FM. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research 1990;39(6):326-32.
15. Green EC, Murphy E. Health belief model. In: Cockerham WC, Dingwall R, Quah SR (eds). The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Wiley&Blackwell; 2014. 766-9.
16. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ; 2004.
17. Hayden JA. Introduction to Health Behavior Theory. 2nd edition. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2014.
18. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Services 2010;2(1):21-34.

19. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research* 1987;36(2):76-81.
20. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L et al. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook* 1992;40(3):106-12.
21. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014;7(1):59-67.
22. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara; 2004.
23. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=68> (Erişim Tarihi: 04.08.2016)
24. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara: 2015.
25. Ö.Persil. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi No: 41. 2004: 27-38
26. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatric Cilt 1. 3. Baskı*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002: 210-20.
27. Toprak İ, Şentürk Ş, Yüksel B, Özer H, Çakır B, Bideci AE. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2002.
28. Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006;15(3):173-80.
29. Pietinen P, Lahti-Koski M, Vartiainen E, et al. Nutrition and cardiovascular disease in Finland since the early 1970s: a success story. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 2001;5(3):150-4.
30. [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/index2.html](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/index2.html) (Erişim Tarihi: 04.08.2016)
31. Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2003;25(4):172-8.
32. Erten M. Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması (Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Gazi Üniversitesi; 2006.
33. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(6):87-104.
34. Güncel Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu. Erişim: [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) (Erişim Tarihi: 01.09.2016)
35. Engin AO, Demirci N, Yeni E. Stres ve Öğrenme Arasındaki İlişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2013;(2):290-9.
36. Ersever OG. Stresin Ruh Hastalığıyla İlişisini İçeren Çok Faktörlü Kavramsal Bir Model. *H.Ü. Edebiyat Fakültesi Dergisi* 1985;33-9.
37. Işıkhani V. Çalışma Hayatında Stres Ve Başa Çıkma Yolları. Ankara: Sandal Yayınları;2004.



38. Cam E. Çalışma Yaşamında Stres ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1(1):1-10.
39. Bojuwoye O. Stressful experiences of first year students of selected universities in South Africa. Counselling Psychology Quarterly 2002;15(3): 277-90.
40. Norfolk D. İş Hayatında Stres. İstanbul: Form Yayınları;1989.
41. Yıldırım İ. Stres ve Stresle Başaçıkma Gevşeme Teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1991;6:175-89.
42. Yavuz R. Medikal Açından Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi: 47. 2005
43. Balcioğlu İ. Medikal Açından Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi:47. 2005.
44. Deniz ME, Yılmaz E. Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka Ve Stresle Başa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2006;3(25):17-26.
45. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior 1980;21:219-39.
46. Hamarta E, Arslan C, Saygın C, Özyeşil Z. Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başaçıkma Yaklaşımlarının Analizi. Değerler Eğitimi Dergisi 2009;7(18):25-40.
47. Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Medical Education 2001;35: 652-9.
48. WHO Health Topics: Physical Activity. Erişim: [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en](http://www.who.int/topics/physical_activity/en) (Erişim Tarihi: 13.09.2016)
49. Soyuer F, Soyuer A. Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(3):219-24.
50. Center for Disease Control and Prevention. Physical Activity and Health. Erişim:<http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm> (Erişim Tarihi: 13.09.2016)
51. WHO, What is Moderate-intensity and Vigorous-intensity Physical Activity? Erişim: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical\\_activity\\_intensity/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/) (Erişim Tarihi: 13.09.2016)
52. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. N Engl J Med 1986;314:605-13.
53. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med 1993;328:538-45.
54. Bahar Z. Sigaraya karşı sağlık personeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993;9 (2):87-114.
55. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2):26-34.

56. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, İbrikçi S. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Hemşirelik Bülteni 1994;8(32):28-36.
57. Resnik BD. The patient's duty to adhere to prescribed treatment: an ethical analysis. Journal of Medicine and Philosophy 2005;30(2):167–88.
58. Benson PL, Roehlkepartain EC, Rude SP. Spiritual Development in Childhood and Adolescence: Toward a Field of Inquiry. Applied Developmental Science 2003;7(3): 205-13.
59. Love P, Talbot D. Defining Spiritual Development: A Missing Consideration for Student Affairs. NASPA Journal 1999;37(1):361-75.
60. Puchalski CM. The de of spirituality in health care. Proceedings (Baylor University Medical Center) 2001;14(4):352-7.
61. İmamoğlu SE, Aydın B. Kişilerarası İlişki Boyutları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Psikoloji Çalışmaları Dergisi 2009;29(1): 39-64.
62. Matthews DW. Relationship Basics. North Carolina: North Carolina Cooperative Extension Service; 1993.
63. Bolton R. People Skills: How to Assert Yourself, Listen to Others, and Resolve Conflicts. New York: Simon & Schuster; 1979.
64. Koç B. Kişilerarası İlişki Tarzlarının Saldırganlık İle İlişkisi. Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi 2014;3(4):160-82.
65. Baldwin MW. Relational schemas and the processing of social information. Psychological Bulletin 1992;112:461-84.
66. Tabak, R.S. Sağlık İletişimi. İstanbul: Literatür Yayınları; 1999.
67. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proven cases. J Am Med Assoc 1950;143:329–36.
68. Doll R, Hill AB. Smoking and Carcinoma of the Lung. British Medical Journal 1950;2(4682):739-48.
69. Green CR, Rodgman A. The Tobacco Chemists' Research Conference; A half-century of advances in analytical methodology of tobacco and its products. Recent Adv. Tob. Sci. 1996;22:131–304.
70. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011
71. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et al. 21st Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. New England Journal of Medicine 2013;368:341–50
72. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014
73. Center for Disease Control and Prevention. Smoking and Tobacco Use. Erişim: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/fast\\_facts/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/) (Erişim Tarihi : 26/09/2016)
74. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Erişim: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/) (Erişim Tarihi:26.09.2016)

75. Pope C, Burnett R, Krewski D, et al. Cardiovascular Mortality and Exposure to Airborne Fine Particulate Matter and Cigarette Smoke. *Circulation* 2009;120(11):941-8.
76. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health Effects of Light and Intermittent Smoking: A Review. *Circulation* 2010;121(13):1518-22.
77. Özerkmen N. Ergenlerde sigara içme davranışını etkileyen faktörlerin sosyolojik analizi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2004;1:77-105.
78. Marakoğlu K, Sezer ER. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25(4):157-64.
79. Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve İntihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2009;31:340-5.
80. Inandi T, Caman OK, Aydın N, et al. Global Health Professions Student Survey--Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. *Cent Eur J Public Health* 2013;21(3):134-9.
81. Metintaş S, Sariboyaci MA, Nuhoglu S, et al. Smoking patterns of university students in Eskisehir, Turkey. *Public Health* 1998;112(4):261-4.
82. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2014;6(3):1-7.
83. Sahin EM, Ozer C, Dagdeviren N, Akturk Z. Physicians Smoke as much as their Patients in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005;3(2):1-7.
84. IUPAC Compendium of Chemical Terminology, 2nd ed. (the "Gold Book") (1997). <http://goldbook.iupac.org/A00204.html> (Erişim Tarihi: 21.10.2016)
85. WHO Global status report on alcohol and health 2014. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf). (Erişim Tarihi: 21.10.2016)
86. İnce A, Doğruer Z, Türkçapar HM. Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:82-91.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı 2012. Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/maddebagimlilik.pdf> (Erişim Tarihi: 21.10.2016)
88. Center for Disease Control and Prevention. Use of selected substances in the past month among persons aged 12 and over, by age, sex, race and Hispanic origin: United States, selected years 2002–2014. Erişim: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2015/050.pdf> (Erişim Tarihi: 21.10.2016)
89. Çetinkaya S, Nur N, Demir ÖF, Sönmez S, Akan S. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Merkezi'nde verilen gençlik danışma birimi hizmetleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;29(3):104-8.
90. Pirinççi E, Erdem R. Fırat Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin alkol kullanma alışkanlıkları. *AÜTD* 2004;36:71-6.

91. Yılmaz G, İbiş S, Sevindi T. Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımının değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2007;8:85-90.
92. Ünlü AG, Gürbüz K. Üniversite Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanımı: Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Yönünden Bir Değerlendirmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2015;16(4):219-20
93. WHO. Health Topics: Obesity. Erişim: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> (Erişim Tarihi: 01.10.2016)
94. WHO. Obesity and Overweight. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Erişim Tarihi: 01.10.2016)
95. Satman I, Omer B, Tutuncu Y et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013;28(2):169-80.
96. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 2002;11:1-16.
97. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011;64(1):13-9.
98. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi* 2006,13(4):138-42.
99. Kopelman, P. Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity Reviews* 2007;8:13-7.
100. Banlı O, Altun H, Karakoyun Rojbin, ve ark. Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik bant yerleştirilmesi sonuçları: İlk 100 olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2009;25(1):11-4.
101. Özkan S. Tıpta Profesyonallizm Eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası Özel Sayı*:15-20.
102. Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. Erişim: <http://tip.aku.edu.tr/wp-content/uploads/sites/37/2016/02/ucep2003.pdf> (Erişim Tarihi: 05.11.2016)
103. Aslan D, Bilir N. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Bu Mücadelede Hekimin Rolü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(4):VIII-IX.
104. İçli F, İçli T, Günel N, Arıkan R. Cigarette Smoking Among Young Physicians and Their Approach to the Smoking Problem of Their Patients. *J Cancer Educ* 1992; 7(3):237-40.
105. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Role modelling - making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008;336:718-21.
106. Ricer RE. Defining preceptor, mentor, and role model. *Fam Med* 1998;30:328.
107. Loh KY, Nalliah S. Learning professionalism by role-modelling *Med Educ* 2010;44:1123.
108. Matthews C. Role modelling: how does it influence teaching in family medicine? *Med Educ* 2000;34:443-8.
109. Karaoğlu N. Tıp Eğitiminde Rol Modellik ve Aile Hekimliği İçin Önemi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2012;6(2):30-5.

110. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36:76-81.
111. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996. Erişim: [http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/HPLPII\\_Abstract\\_Dimensions.pdf](http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf) (Erişim tarihi:25.10.2016)
112. Esin MN. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi.(Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi;1997.
113. Akça S. Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi.(Uzmanlık Tezi) İzmir: Ege Üniversitesi;1998.
114. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.
115. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. KÜ Tıp Fak Derg 2012;14(2):1-7.
116. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2012;26(3):151-7.
117. Cürcani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(5):487-92.
118. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, ve ark. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):277-332.
119. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):409-20.
120. Sabancıoğullarından Y. Çukurova Üniversitesi Sağlık Dışı Fakülte Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2010.
121. Polat Ü, Özen Ş, Kahraman BB. Factors effecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. Journal of Transcultural Nursing 2016;27(4):413-9.
122. Güner İC, Demir F. Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):17-25.
123. Oyur Çelik G, Malak AT, Bektaş M, ve ark. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J. Clin Investig 2009;3(3):164-9.
124. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):421-6.
125. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2011;16(2):78-83.

126. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(7):89-105.
127. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Prev Med Bull 2008;7(6):497-502.
128. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, ve ark. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14(2):101-9.
129. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):60-8.
130. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlık algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;1:3.
131. Tuygar ŞF, Arslan M. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;6(2):59-66.
132. Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi sağlık yüksek okulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(3):43-55.
133. Pirincci E, Rahman S, Durmuş AB ve ark. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. Public Health 2008; 122: 1261-3.
134. Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshmen dental students at Istanbul University. Journal of Dental Education 2011;75(3):413-20.
135. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. Nurs Health Sci 2007;9(2):112-9.
136. Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J. Prof. Nurs 2002;18(2):101-11.
137. Wei CN, Harada K, Ueda K ve ark. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med 2012;17:222-7.
138. McElligott D, Siemers S, Thomas L, et al. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? Applied Nursing Research 2009;22:211-5.
139. Lee RLT, Loke AJTY. Health promotion behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nurs 2005;22(3):209-20.
140. Ammouri AA, Neuberger G, Nashwan AJ, et al. Determinants of Self-Reported Physical Activity Among Jordanian Adults. Journal of Nursing Scholarship 2007;39(4):342-8.
141. Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors. Health Promotion International 2009;25(1):85-93.
142. Johnson RL. Gender Differences in Health Promoting Lifestyles of African Americans. Public Health Nurs. 2005;22(2):130-7.

143. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;53-67.
144. Duran Ö, Sümer H. Ebelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(1):40-9.



## EKLER

### EK-1: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-2

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi.)				
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				



22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				

48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

**Walker SN, Hill-Polerecky DM.** Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, **1996**.

**Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Univ Hemsire YO Derg* **2008**; 12(1):1-12.

## EK-2: ANKET FORMU

### TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE TIP EĞİTİMİ İLE İLİŞKİSİ

Yaşınız : .....

1. Kaçınıcı sınıftasınız ?

- 1-) 1. Sınıf 2-) 3. Sınıf 3-) 6.sınıf

2. Cinsiyetiniz nedir?

- 1-) Erkek  
2-) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir ?

- 1-) Evli  
2-) Bekar  
3-) Diğer .....

4. Boyunuz ? ..... cm

5. Kilonuz ? ..... kg

6. Doğum Yeriniz : .....

7. Nerede yaşıyorsunuz ?

- 1-) Devlet Yurdu  
2-) Özel Yurt  
3-) Aile ile evde  
4-) Arkadaşlarla evde  
5-) Tek başına evde  
6-) Diğer .....

8. Annenizin mesleği nedir?

- 1-) Ev Hanımı  
2-) Memur  
3-) İşçi  
4-) Serbest Meslek  
5-) Emekli  
6-) Diğer .....

9. Babanızın mesleği nedir ?

- 1-) Memur  
2-) İşçi  
3-) Serbest Meslek  
4-) Çiftçi  
5-) İşsiz  
6-) Emekli  
7-) Diğer .....

10. Annenizin eğitim durumunu işaretleyiniz.

- 1-) Okuryazar değil.  
2-) Okuryazar  
3-) İlkokul  
4-) Ortaokul  
5-) Lise  
6-) Üniversite  
7-) Yüksek Lisans- Doktora

11. Babanızın eğitim durumunu işaretleyiniz.

- 1-) Okuryazar değil.  
2-) Okuryazar  
3-) İlkokul  
4-) Ortaokul

- 5-) Lise
- 6-) Üniversite
- 7-) Yüksek Lisans- Doktora

12. Ailenizin aylık gelirini nasıl tanımlarsınız ?

- 1-) Gelir giderden az
- 2-) Gelir gidere denk
- 3-) Gelir giderden fazla

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

- 1-) Var .....
- 2-) Yok
- 3-) Bilmiyorum

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

- 1-) Evet .....
- 2-) Hayır

15. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1-) Mükemmel
- 2-) İyi
- 3-) Ortalama
- 4-) Kötü
- 5-) Çok kötü

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

- 1-) Var .....
- 2-) Yok
- 3-) Bilmiyorum

17. Sigara içer misiniz? (İçmiyorsanız 20. Soruya geçiniz)

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bıraktım

18. Günde kaç sigara içersiniz?

- 1-) 1-5 adet
- 2-) 6-10 adet
- 3-) 11-20 adet
- 4-) 20 adetten fazla

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

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

20. Alkollü içki tüketiminiz ne kadardır ?

- 1-) Hiç alkollü içki içmem.
- 2-) Nadiren
- 3-) Ayda 1-2 kez
- 4-) Haftada 1-2 kez
- 5-) Her gün

21. Herhangi bir uyuşturucu/uyarıcı madde kullanıyor musunuz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bıraktım

22. Spor yapar mısınız?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

23. Hangi spor / sporları yapıyorsunuz ?(Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- 1-) Futbol
- 2-) Basketbol
- 3-) Voleybol
- 4-) Yüzme
- 5-) Tenis
- 6-) Koşu / Tempolu Yürüyüş
- 7-) Bisiklet
- 8-) Diğer .....

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

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

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

- 1-) Evet
- 2-) Hayır

26. Günde ortalama kaç saat uyursunuz?

- 1-) 5 saatten az
- 2-) 5-6 saat
- 3-) 7-8 saat
- 4-) 8 saatten fazla

27. Genelde saat kaçta yatarsınız?

- 1-) 22.00 ' den önce
- 2-) 22.00-24.00 arası
- 3-) 24.00-02.00 arası
- 4-) 02.00'den sonra

28. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

- 1-) Tek öğün
- 2-) 2 öğün
- 3-) 3 öğün
- 4-) 4 öğün ve üzeri

29. Hangi sıklıkla kahvaltı yaparsınız?

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

30. Yemeklerinizi genelde nerde yersiniz?

- 1-) Ev
- 2-) Okul / yurt yemekhanesi
- 3-) Kafe – kantin
- 4-) Restoran
- 5-) Diğer .....

31. Vitamin, besin desteği gibi ürünleri kullanır mısınız ? (Varsa noktalı bölüme lütfen yazınız.)

- 1-) Evet .....
- 2-) Hayır
- 3-) Bazen/düzensiz

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

- 1-) Hiç zaman geçirmem
- 2-) Bir saatten az
- 3-) 1-2 saat
- 4-) 3-4 saat

5-) 5 saat ve üzeri

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

- 1-) İbadet / dua gibi dini ritüeller
- 2-) Meditasyon, yoga vs.
- 3-) Gezmek, seyahat etmek
- 4-) Sohbet etmek
- 5-) Kitap okumak
- 6-) Film – dizi izlemek
- 7-) Müzik dinlemek
- 8-) İnternet , bilgisayar oyunu vs...
- 9-) Spor yapmak
- 10-) Diğer .....

**34.** Günlük hayatınızda stres yaşar mısınız ?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bazen

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

- 1-) Düşünmemeye çalışırım
- 2-) Hobilerimle uğraşırım
- 3-) Sevdiklerimle vakit geçiririm
- 4-) Alkol , sigara vs. kullanırım
- 5-) İlaç kullanırım
- 6-) Yemek yerim
- 7-) Diğer.....

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

- 1-) Doktora başvururum
- 2-) İlaç kullanırım
- 3-) Bitkisel tedavi uygulamam
- 4-) İstirahat ederim
- 5-) Herhangi bir şey yapmam
- 6-) Diğer .....

**37.** Hekimin hastası ile iletişimi düşünüldüğünde, aşağıdaki hasta sorunları ile ilgili ifadelere hangi ölçüde yaklaşılmalı lütfen belirtiniz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Daima
Hastanın muayene esnasındaki şikayetleri önemlidir.					
Hastanın genel ruh haline dikkat edilmelidir.					
Hastanın sağlıklı yaşam tarzı ele alınmalıdır.					
Hastanın kronik hastalıkları ele alınmalıdır.					
Hastalıktan korunma yöntemleri hastaya anlatılmalıdır.					
Hastanın ilaç kullanımı incelenmelidir.					

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

- 1-) Hastalık tanı ve tedavisinde
- 2-) Hastalarla iletişimde
- 3-) Hastaları sağlıklı yaşam için motive etmede
- 4-) Sağlık sistemine uyum sağlamada
- 5-) Meslektaşlarla uyumda

- 6-) Etikle ilgili konularda
- 7-) Sosyal prestij
- 8-) Diğer .....

**39.** Hastalar hekimlerinin davranışlarından olumlu olarak etkilenir mi ?

- 1-) Evet etkilenir
- 2-) Hayır etkilenmez
- 3-) Diğer .....

**40.** Hekimler hastalarına örnek olmalı mıdır?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Diğer.....

**41.** Tıp Fakóltesi eğitiminde sağlıklı yaşam ile ilgili konular sizce yeterli olarak ele alınıyor mu?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum

**42.** Tıp Fakóltesinde okuyor olmak kendi sağlığınıza ilgili yaklaşımınızı nasıl etkiledi?

- 1-) Olumlu yönde etkiledi
- 2-) Yaklaşımımı değiştirmedi.
- 3-) Olumsuz yönde etkiledi.

**43.**Hekim adayı olarak çevrenizdeki insanların sağlıklarında olumlu değişikler yapabileceğinizi düşünüyor musunuz?

- 1-) Evet
- 2-) Hayır
- 3-) Bilmiyorum
- 4-) Diğer .....

**44.** Kendinizde gördüğünüz sağlıksız davranışlar nelerdir?

.....  
.....  
.....

**45.** Hastanızda gördüğünüz sağlıksız davranışları nasıl değiştirmeyi düşünürsünüz ?

.....  
.....  
.....

***Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.***

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve desteklerden faydalandığım değerli hocalarım, başta tez danışmanım Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'a, anabilim dalı başkanımız Prof Dr. Nazan BİLGEL'e, Prof. Dr. Yeşim UNCU'ya ve Doç. Dr. Züleyha ALPER'e; uzmanlık eğitimim esnasında birlikte çalışmaktan zevk duyduğum tüm asistan hekim arkadaşlarıma; bölümümüzde görev alan tüm çalışma arkadaşlarıma; istatistik konusunda yardımcı olan İstatistik Uzmanı Gülser ÇALIŞKAN'a; eğitim hayatım boyunca bana emek veren bütün öğretmenlerime; bugünlere gelmemde pay sahibi olan annem Sebahat CEYLAN'a, rahmetli babam Selahattin CEYLAN'a, ablam Ayşegül CEYLAN'a ve desteğini her zaman arkamda hissettiğim kıymetli eşim Gonca CEYLAN'a teşekkür ederim.



## ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Giresun'da doğdum. İlköğretimi Ordu Anadolu Lisesi'nde, orta öğretimi Giresun Lisesi'nde tamamladım. Tıp eğitimini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tamamlayarak 2008 yılında mezun oldum. 2009-2012 yılları arasında Karabük Eskipazar Toplum Sağlığı Merkezi ve Eskipazar Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptıktan sonra Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitime başladım. Halen aynı bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.