



ARAŞTIRMA/RESEARCH

Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları

Healthy life behaviors of the health science students of Cukurova University

Sevgi Özcan¹, Ali Bozhüyük²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, Anabilim Dalı, Adana, Turkey

²Çiftlik Devlet Hastanesi, Niğde, Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(4):664-674.

Abstract

Purpose: The aim of this study was to evaluate of health science students' healthy life behaviors.

Material and Methods: The sample population was composed of 801 students that attending to the health science schools (medicine, dentistry, midwifery, and nursery) of Cukurova University. The data was collected by an anonymous questionnaire and Health Promotion Lifestyle Profile-II scale (nutrition, physical activity, stress management, interpersonal relationships, spirituality, healthy responsibility).

Results: Of the 60 % students were female. The mean age was 21.5 ± 2.21 (17-34) years. It is found that the mean score of Health Promotion Lifestyle Profile-II scale was at middle level (124.30 ± 17.92), the highest score was taken from spiritual growth subscale and the lowest one was taken from physical activity subscale. No significant relation was found between the age groups and the mean scores. Males got the higher score from the physical activity subscale, and females got the higher scores from all other subscales. The scores of the students attending to the medicine school were lower compared to the other fields.

Conclusion: Health science students are health professionals and role models of the future. It is considered that the results of our study may raise awareness and may be a guide for interventions to elevate these students' healthy life behaviors to a better level.

Key words: Healthy life behaviors, health sciences, students.

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri bölümlerine (tıp, diş hekimliği, ebelik ve hemşirelik) devam eden 801 öğrenci oluşturdu. Veriler, isimsiz olarak bir anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği (beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, tinsellik, sağlık sorumluluğu) ile toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin % 60'ı kadındı. Yaş ortalaması $21,5 \pm 2,21$ (17-34) yılı. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ($124,30 \pm 17,92$), en yüksek puanın tinsellik, en düşük puanın fiziksel aktivite alt ölçeğinden alındığı saptandı. Yaş grupları ile ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Erkeklerin, fiziksel aktivite alt ölçeğinden, kadınların ise diğer bütün alt ölçeklerden daha yüksek puan aldıkları saptandı. Tıp Fakültesi öğrencilerinin puanları, diğer fakülte öğrencilerinininkinden daha düşüktü.

Sonuç: Sağlık bilimleri öğrencileri geleceğin sağlık profesyonelleri ve rol modelleridir. Çalışmamızın bulgularının farkındalık yaratacağı ve bu öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının daha iyi düzeye yükseltilmesi açısından yapılacak girişimler için yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam davranışları, sağlık bilimleri, öğrenciler.

GİRİŞ

“Sağlığı koruma ve geliştirme” denilince uzun bir süre insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler

ve hastaneler gelmiş, ancak daha sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Sevgi Özcan, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, Turkey E-mail: sozcan@cu.edu.tr
Geliş tarihi/Received: 22.03.2016 Kabul tarihi/Accepted: 02.05.2016

edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde, egzersiz, beslenme, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği; kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasında ilişki olduğu gösterilmiştir¹⁻⁴.

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

çalışmalarda, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda, hastalarına güvenilir ve etkin tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir^{5,6}.

Sağlığı geliştirici davranışlar ailede başlamakta ve üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam etmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin devam ettiği ve yeni sorumlulukların gerçekleştiği üniversite yıllarında öğrenciler, yaşam tarzları üzerinde adölesanlara kıyasla daha fazla otonomi ve kontrol sahibi olmaktadır. Bu geçiş dönemi, aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği bir dönemdir. Bu nedenle, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde gençlik dönemindeki gruplara yönelik girişimler önem taşımaktadır^{7,8}.

Tablo 1. Türkiye’de üniversite öğrencileriyle SYBD ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar

Çalışmayı yapan araştırmacılar (yıl)	Üniversite	Çalışmanın yapıldığı fakülte/bölüm	sınıflar
Can ve ark. ⁸ (2008)*	İstanbul	Hemşirelik/Sosyal Bilimler	1-2-3-4
Zaybak ve Fadiloğlu ⁹ (2000-2001)	Ege	Hemşirelik, Tıp Fakültesi Bilgisayar Mühendisliği İstatistik Bölümü	1-3 1-5 1-3 1-3
Ayaz ve ark. ¹⁰ (2002)	Gazi	Hemşirelik	1-2-3-4
Çelik ve ark. ¹¹ (2008)	Onsekiz Mart	Sağlık Yüksek Okulu	1-2
Ünal ve ark. ¹² (2007)	Erciyes	Sağlık ve Sosyal Meslek Yüksek Okulu	Basit rastgele örnekleme yöntemi
Yıldırım ¹³ (2004-2005)	Cumhuriyet	Fen Bilimleri Sosyal Bilimler Sağlık Bilimleri, Meslek Yüksek Okulları	1-2-3-4- 5 ve üzeri
Cihangiroğlu ve Deveci ¹⁴ (2011)	Fırat	Sağlık Yüksekokulu	1-2-3-4
Tuğut ve Bekar ¹⁵ (2004-2005)	Cumhuriyet	Tümü	Tabakalı küme örnekleme
Ay ve ark. ¹⁶ (2011)	Celal Bayar	Beden Eğitimi Sağlık Yüksekokulu Uygulamalı Bilimler Okulu	1-2-3-4
Şimşek ¹⁷ (2011-2012)*	9 Eylül	Tıp Fakültesi	1.sınıf
Nacar ve ark. ¹⁸ (2011)*	Yedi farklı üniversite (Erciyes, Gazi, Konya, Eskişehir, Ege, Maraş, Malatya)	Tıp Fakültesi	1 ve 6. Sınıf
Peker ve Bermek ¹⁹ (2009)*	İstanbul	Diş Hekimliği Fakültesi	1.sınıf
Hacıhasanoğlu ve ark. ²⁰ (2008)	Erzincan	Tüm üniversite öğrencilerinden random	1-2-3-4
Karadeniz ve ark. ²¹ (2006)	Celal Bayar	Eğitim Fakültesi	1-4
Altun ²² (2004-2005)	Kocaeli	İnşaat Mühendisliği	2
Çoban ve ark. ²³ (2007-2008)	Celal Bayar	Beden Eğitimi ve Spor Sağlık Bilimleri Uygulamalı Bilimler	1-2-3-4

*İşaretili çalışmalarda 52 maddelik SYBD-II ölçeği, diğerlerinde 48 maddelik SYBD-I ölçeği kullanılmıştır.

Sağlığın geliştirilmesinde, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrenciler hem gençlik döneminde olmaları hem de geleceğin sağlık çalışanı adayı olmaları nedeniyle özel bir konuma ve öneme sahiptirler. Akranlarına ve gelecek dönemlerde topluma rol-model olmaları bakımından bu gruptaki öğrencilere şu anda ve gelecekte bazı sorumluluklar düşmektedir. Bu durum, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesinin ve bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde; çoğunlukla hemşirelik, çok az sayıda tıp ve diş hekimliği bölümlerinde eğitim gören öğrencilerle ilgili çalışmalara rastlanmıştır⁸⁻²³ (Tablo 1). Ancak sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, üniversitemizde sağlık bilimlerinin bütün alanlarında (hemşirelik, ebellek, tıp ve diş hekimliği) eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, 2008-2009 öğretim yılında üniversitemiz Tıp Fakültesi'nde (874), Sağlık Yüksek Okulu Ebellek ve Hemşirelik bölümlerinde (547) ve Diş Hekimliği Fakültesi'nde (188) okuyan toplam 1609 öğrenci oluşturdu.

Sağlıklı yaşam davranışları sıklığı % 50 alındığında, sağlık bilimlerinde okuyan öğrencileri %95

güvenirlilik ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 311 öğrenci olarak hesaplandı. Küme örneklem yapıldığı için bulunan en az örneklem büyüklüğü iki katsayısı ile çarpılarak 622 öğrencinin çalışmaya alınması gerektiği belirlendi.

Fakülte ve bölümlerin ilk ve son sınıfları çalışmaya alındı. Tıp Fakültesinin ve Diş Hekimliği Fakültesinin öğrenim süreleri, diğer bölümlerden daha uzun olduğu için, grupların benzer olması amacıyla bu fakültelerin 4. sınıfları da çalışmaya dahil edildi (n=928). Veri toplanan günlerde okulda, derste veya stajda bulunan 807 öğrenciye ulaşıldı. Ancak üç öğrencinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, üç öğrencinin ise veri formunu eksik doldurması nedeniyle araştırma örnekleme 801 öğrenciden (%86,3) oluştu (Tablo 2).

Bölümlerin idari amirleri ile yüz yüze görüşülüp, yapılması planlanan araştırma hakkında bilgi verilerek önce sözel onayları ardından resmi yazı ile yazılı onayları alındı. Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan araştırmayla ilgili etik izin ve çalışmanın başında öğrencilerden yazılı onam alındı.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, anne eğitim, baba eğitim, aile geliri, aileyle kalma durumu, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık varlığı) sorgulayan bir anket ile Health Promotion Lifestyles Profiles II (HPLP-II) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeği kullanıldı. Tıp fakültesinde örnekleme alınan sınıflar dışında kalan 10 öğrenci ile pilot bir çalışma yapılarak veri toplama araçlarına son şekli verildi.

Tablo 2. Bölümlere göre öğrencilerin araştırma örnekleme girme oranları

Fakülte-Bölüm	Sınıf	Mevcut öğrenci sayısı	Araştırmaya katılan öğrenci sayısı	Katılanların sınıf içindeki yüzdesi (%)	Katılan toplam içindeki yüzdesi (%)
Tıp	1. sınıf	233	187	80.3	23.3
	4. sınıf	159	121	76.1	15.1
	6. sınıf	108	97	89.8	12.1
Diş Hekimliği	1. sınıf	43	35	81.4	4.4
	4. sınıf	45	37	82.2	4.6
	5. sınıf	28	24	85.7	3.0
Hemşirelik	1. sınıf	99	91	91.9	11.4
	4. sınıf	60	59	98.3	7.4
Ebellek	1. sınıf	98	98	100	12.2
	4. sınıf	55	52	94.6	6.5
Toplam	1., 4., 5., 6. sınıf	928	801	86.3	100

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SYBD ölçeği, Pender'in "Sağlığı Geliştirme Modeli"ne dayandırılarak 1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçek, 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır²⁴. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır²⁵.

SYBD-II ölçeği, 4 dereceli olup ölçeğin bütün maddeleri olumludur. Her bir madde için sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan verilir. Ölçekte toplam 52 ifade yer almaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika olan ölçeğin 6 alt başlığı bulunmaktadır: **Tinsellik**; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler (Tinsellik alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52). **Beslenme**; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50). **Fiziksel aktivite**; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46). **Sağlık sorumluluğu**; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne

düzeyde katıldığını belirler (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51). **Kişiler arası ilişki**; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49). **Stres yönetimi**; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

İstatistiksel analiz

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler istatistik paket programlar kullanılarak analiz edildi. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirildi. Bağımsız değişkenlerle SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklılığın analizi için student-t testi ve varyans analizleri (ANOVA ve Kruskal Wallis), gruplar arasındaki farklılığın kaynağını saptamak için ise Bonferoni yöntemi kullanıldı. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.5 ± 2.21 (17-34) olarak bulundu. Öğrencilerin; % 53'ü ≤ 21 yaş grubundaydı ve % 60'ı kadındı. Tıp fakültesinde okuyan öğrenci sayısının fazla olması nedeniyle araştırmaya alınan öğrencilerin yarısını tıp fakültesi öğrencileri oluşturdu. Öğrencilerin yaş, cinsiyet ve sınıf özelliklerinin öğrenim gördükleri bölümlere göre dağılımı Tablo 3'de verilmiştir..

Tablo 3. Öğrencilerin yaş, cinsiyet ve sınıf özelliklerinin öğrenim gördükleri bölümlere göre dağılımı.

		Tıp	Diş Hekimliği	Hemşirelik	Ebelik	Toplam
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Yaş grubu	17-21	202(47.7)	34(8.0)	90(21.2)	98(23.1)	424(100)
	22-35	203(54.0)	62(16.4)	60(16.0)	51(13.6)	376(100)
	Toplam	405(50.6)	96(12.0)	150(18.8)	149(18.6)	800(100)
Cinsiyet	Erkek	232(72.5)	54(16.9)	34(10.6)	0(0)	320(100)
	Kadın	174(36.2)	42(8.7)	116(24.1)	149(31.0)	481(100)
	Toplam	406(50.7)	96(12.0)	150(18.7)	149(18.6)	801(100)
Sınıf	1. sınıf	187(45.6)	35(8.5)	91(22.1)	98(23.8)	411(100)
	4. sınıf	121(45.0)	37(13.8)	59(21.9)	52(19.3)	269(100)
	5. sınıf	0(0)	24(100)	0(0)	0(0)	24(100)
	6. sınıf	97(100)	0(0)	0(0)	0(0)	97(100)
	Toplam	405(50.6)	96(12.0)	150(18.7)	150(18.7)	801(100)

Eğitim düzeyi açısından, öğrencilerin annelerinin %21.3'ü okula gitmemiş, %41.4'ü ilköğretim, %22.4'ü lise, %14.8'i üniversite ve üzeri grubundaydı. Babalarda bu oranlar okula gitmemiş %4,6, ilköğretim %36.5, lise %28.1, üniversite ve üzeri %30.8 şeklindeydi. Öğrencilerin % 46.5' i ailesi ile birlikte kalıyordu ve %60.3'ü aile gelirin orta düzeyde olduğunu bildirdi. Öğrencilerin % 9.1' inin hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olduğu (ilk üç sırada gastrointestinal (%2.24), alerjik-immünolojik (%1.49) ve psikiyatrik hastalıklar (%1.12)), % 53.4' ünün ailesinde ilaç kullanımı gerektiren kronik bir hastalık bulunduğu (ilk üç sırada hipertansiyon (% 22.34), diyabet (% 14.48) ve kalp-damar hastalıkları (% 12.10) saptandı.

Öğrencilerin, SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 124.30±17.92, alınan en düşük puan 77, en yüksek puan 183' tü. Alt ölçeklerden alınan ortalama puanlar, en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın tinsellik, kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fizik aktivite şeklinde olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 5'te görüldüğü gibi 22 yaş ve üstü grubundaki öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm puanları 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmış, ancak SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4. Ölçeklerden alınan ortalama puanlar, alt ve üst puan değerleri ve madde puan ortalamaları

	Ortalama±SS	Alt ve üst puan değerleri	Madde puan ortalamaları±SS
Sağlık sorumluluğu	19.98±4.19	9-36	2.22±0.47
Fiziksel aktivite	15.94±4.38	8-32	1.99±0.55
Beslenme	19.45±3.76	9-34	2.16±0.42
Tinsellik	25.70±4.20	11-36	2.86±0.47
Kişiler arası ilişki	24.96±3.93	13-36	2.77±0.44
Stres yönetimi	18.61±3.44	9-30	2.33±0.43
SYBD toplam	124.30±17.92	77-183	2.39±0.35

Tablo 5. Öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, bölüm gruplarına göre ölçek puanları

		Sağlık sorumluluk Ortalama±SS	Fiziksel aktivite Ortalama±SS	Beslenme Ortalama±SS	Tinsellik Ortalama±SS	Kişiler arası ilişki Ortalama±SS	Stres yönetimi Ortalama±SS	Toplam Ortalama±SS
Yaş	21 yaş ve altı	19.71±4.27	16.12±4.25	19.37±3.79	25.67±4.27	24.90±4.05	18.78±3.44	123.91±18.3
	22 yaş üstü	20.29±4.08	15.72±4.53	19.54±3.72	25.74±4.13	25.02±3.81	18.40±3.45	124.76±17.4
	p*	0.058	0.203	0.531	0.829	0.692	0.132	0.573
Cinsiyet	Erkek	18.90± 4.11	16.93± 4.98	18.80±3.88	25.31±4.52	24.52±4.22	18.25±3.56	123.27±19.9
	Kadın	20.69± 4.09	15.27±3.79	19.86±3.62	25.96±3.96	25.28±3.68	18.84±3.35	125.00±16.3
	p*	0.000	0.000	0.000	0.045	0.015	0.018	0.273
Sınıf	1	19.68±4.33	16.17±4.47	19.35±3.83	25.64±4.28	24.98±4.14	18.79±3.54	124.06±18.9
	4	20.58±4.12	15.83±4.22	19.73±3.46	25.79±3.99	24.85±3.76	18.60±3.30	125.30±16.6
	5	19.79±3.23	16.54±4.09	19.38±3.35	26.25±4.24	25.32±3.61	19.00±3.02	124.95±12.8
	6	19.67±3.84	15.08±4.44	19.12±4.29	25.57±4.44	25.08±3.62	17.74±3.47	122.44±17.3
	p† Fark kaynağı	0.050	0.159	0.498	0.877	0.939	0.057	0.731
	1.sınıf-4.sınıf							
Bölüm	Tıp	18.92±3.95	15.84±4.51	18.97±3.95	25.17±4.42	24.36±4.03	18.13±3.48	120.84±18.6
	Diş Hekimliği	20.51±3.96	17.00±5.10	20.17±3.75	26.31±3.81	25.16±3.40	19.52±3.17	126.93±15.7
	Hemşirelik	21.29±4.17	16.25±4.15	20.11±3.19	26.29±4.09	25.95±4.05	19.15±3.36	129.31±17.5
	Ebelik	21.03±4.29	15.21±3.57	19.56±3.64	26.04±3.84	25.43±3.64	18.73±3.42	124.99±16.6
	p‡ Fark kaynağı	0.000	0.014	0.002	0.009	0.001	0.000	0.000
	Tıp Fakültesi-Tüm gruplar		Diş Hekimliği-Ebelik	Tıp- Diş Hekimliği-Tipi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp Fakültesi-Hemşirelik	Tıp- Diş Hekimliği-Tıp-Hemşirelik	Tıp - Diş Hekimliği Tıp - Hemşirelik

*t test, †Kruskal-Wallis, ‡ANOVA

Öğrencilerin cinsiyetine göre SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçeğindeki puan ortalamasının yüksek, diğer alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Tüm alt ölçeklerde puan ortalamalarında gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). SYBD ölçeği toplam puan ortalamasında kadın cinsiyet daha yüksek puan almış ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın, 1. sınıf ve 4. sınıf grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Öğrencilerin buldukları sınıflara göre diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere göre

SYBD ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde, bölümlere göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Fark kaynakları incelendiğinde, fiziksel aktivite alt ölçeğinde bu farkın dış hekimliği ve ebelik öğrencilerinin arasındaki farklılıktan, diğerlerinde tıp fakültesinden kaynaklandığı saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin fiziksel aktivite alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında en düşük puan ortalamalarını aldığı dikkati çekmiştir (Tablo 5).

Anne eğitim düzeyine göre sadece sağlık sorumluluğu; baba eğitim düzeyine göre ise sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçeklerinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim ve aile gelir durumlarına göre ölçek puanları

		Sağlık sorumluluk Ortalama±SS	Fiziksel aktivite Ortalama±SS	Beslenme Ortalama±SS	Tinsellik Ortalama±SS	Kişiler arası ilişki Ortalama±SS	Stres yönetimi Ortalama±SS	Toplam Ortalama±SS
Anne eğitim	Okula gitmemiş	19.46±4.23	15.39±4.04	19.28±3.24	25.34±4.15	24.54±4.26	18.81±3.65	123.07±17.85
	İlköğretim	20.45±4.11	15.99±4.21	19.62±3.67	26.04±4.23	25.28±3.94	18.59±3.17	125.78±18.48
	Lise	20.32±4.07	16.29±4.84	19.26±4.08	25.76±4.14	24.98±3.62	18.93±3.51	125.47±16.89
	Üniversite ve üzeri	18.96±4.27	16.04±4.57	19.46±4.19	25.28±4.16	24.64±3.87	17.86±3.67	120.14±17.25
	†P† Fark	0.002 İlköğ.Üniv. Lise-Üniv.	0.278	0.710	0.223	0.253	0.055	0.064
Baba eğitim	Okula gitmemiş	19.54±4.46	16.35±4.21	19.89±2.99	26.22±3.62	23.48±4.09	19.54±4.46	122.44±14.17
	İlköğretim	20.26±4.13	15.94±4.20	19.44±3.62	25.85±4.17	25.27±4.10	18.81±3.58	125.64±18.84
	Lise	20.42±4.35	15.84±4.45	19.52±3.94	25.56±4.26	24.96±3.93	18.75±3.42	124.78±18.42
	Üniversite ve üzeri	19.36±3.99	15.95±4.56	19.30±3.86	25.63±4.23	24.80±3.67	18.11±3.33	122.27±16.59
	†P† Farkı	0.018 Lise- Üniv.	0.450	0.799	0.896	0.382	0.038 O gitm.-Üniv	0.404
Aile geliri (n=650)	Düşük	20.36±4.74	15.85±4.47	19.40±3.58	25.45±3.94	25.24±4.22	18.56±3.43	124.03±19.04
	Orta	20.35±4.00	15.95±4.28	19.61±3.89	25.85±4.23	25.12±3.70	18.79±3.33	125.44±17.27
	Yüksek	19.20±3.54	16.40±4.58	19.90±3.05	25.80±4.23	25.31±3.54	18.21±3.23	125.00±15.65
	†P† Fark	0.035 Orta-Yüksek	0.576	0.579	0.613	0.900	0.283	0.769

†Kruskal-Wallis, ‡ANOVA

Ailesi ile birlikte yaşayan öğrenciler SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerden, ailesi ile birlikte yaşamayanlara göre daha fazla puan almışlardır. Ancak sadece sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.014$).

Öğrencilerin kendilerinde ve ailelerinde mevcut olan kronik hastalıklar ile SYBD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri bölümlerinde (Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği, Hemşirelik ve Ebelik) okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının, SYBD-II ölçeği kullanılarak değerlendirildiği bu çalışmada, öğrencilerin SYBD puanları ortalamasının orta düzeyde olduğu ve bu bulgunun yurt içi ve yurt dışı üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin, alt ölçeklere verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, sıralama, en yüksekten en düşüğe doğru; tinsellik, kişiler arası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve fizik aktivite alt ölçeği şeklindedir. Benzer olarak, üniversite öğrencileri ile yapılan birçok çalışmada, ilk sırayı tinselliğin, son sırayı fiziksel aktivitenin aldığı görülmüştür^{8,12,13,18, 22}. Ancak farklı sıralamaların saptandığı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; Şimşek ve arkadaşlarının İzmir’de Tıp Fakültesi 1. Sınıf öğrencileriyle yaptıkları çalışmada kişilerarası ilişkiler başta yer almaktadır ve ardından tinsellik, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite gelmektedir¹⁷. Peker ve Bermek’in İstanbul’da Diş Hekimliği öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ilk sırayı tinsellik alırken son sırayı sağlık sorumluluğu almıştır¹⁹. Birleşik Devletler’de hemşirelik öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada sıralama; kişiler arası ilişki, tinsellik, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu şeklindedir²⁷. Japonya’da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada ise sıralama kişilerarası ilişki, stres yönetimi, tinsellik, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu şeklindedir²⁸. Bu farklılıkların nedenlerinin kültürel yapı, inanç sistemi, bireysel ve çevresel özellikler gibi faktörler olabilir. “Sağlığı Geliştirme Modeli”ne göre, bireylerin yaşları arttıkça sağlık davranışları kazanımları artmaktadır. Genel olarak literatür bilgisi de bu yöndedir^{9,12,13,21,27}. Çalışmamızda da bununla

uyumlu olarak 22 yaş ve üstü öğrencilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçekleri dışındaki tüm puanları 21 yaş ve altı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüş, ancak SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda 22 yaş ve üstü grubun çoğunluğunu tıp öğrencilerinin oluşturması ve yaş arttıkça tıp öğrencilerinin stres ve sorumluluklarının artması bu bulguyu etkilemiş olabilir. Nitekim Nacar ve arkadaşlarının yedi ayrı tıp fakültesinde yaptıkları çalışmada, büyük yaş grubunun puanlarının küçük yaş grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır¹⁸.

Çalışmamızda erkek ve kadın öğrenci grupları arasındaki farklar incelendiğinde, fizik aktivite ölçeğinde erkek öğrenciler daha yüksek puan almış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yurt içi ve yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, bir kısmında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmasa da çalışmamızla uyumlu olarak, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri kız öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanının kızlara göre anlamlı olarak daha yüksek olmasının nedenleri; bu tür aktivitelerin genellikle ders programlarından sonra akşam saatlerinde yapılabilmesi nedeniyle kız öğrencilerin akşam saatlerinde dışarıya çıkma konusunda kısıtlılıklar yaşaması, erkeklerin akşam saatlerinde yapabilecekleri egzersiz imkanlarının daha çok olması (ülkemiz için halı sahada futbol maçları gibi), erkeklerin egzersizi (özellikle grup sporlarını) aynı zamanda sosyalleşmek ve stres atmak için tercih ediyor olmaları olabilir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kız öğrencilerin egzersiz yapmalarının önündeki engellerin ortaya çıkarılması ve bu bulguların yol göstericiliğinde girişimlerde bulunulması gerektiği düşünülmüştür.

Kız öğrenci grubu fiziksel aktivite dışındaki tüm alt ölçeklerde, erkek öğrenci grubuna göre daha yüksek puan almış ve bu farklar SYBD toplam puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmaların bir kısmında sağlık davranışları açısından cinsiyetler arası farklılık saptansa da saptanmayan çalışmalar da bulunmaktadır^{9,13,18,21,26,30}. Farklı kültürlerde, farklı cinsiyetlerden beklenen rol ve sorumluluklar sağlık algısını ve dolayısıyla sağlıklı yaşam davranışlarını etkiliyor olabilir. Çalışmamızda sınıflara göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, sadece sağlık sorumluluğu ölçeğinde 4. sınıf öğrencileri, 1. sınıf öğrencilerine göre sınırdan anlamlı

olarak ($p=0.05$) daha yüksek puan almışlardır. Ayaz ve arkadaşlarının Ankara'da hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da çalışmamızla benzer doğrultuda üst sınıfların sağlık sorumluluğu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur¹⁰. Aslında ilerleyen sınıflarda öğrencilerin uyum düzeylerinin ve aldıkları eğitim sonrası, sağlıklı yaşam konusundaki bilgi düzeylerinin artması, bununla birlikte sağlık davranışlarının olumlu yönde değişmeye başlaması beklenir. Ancak, sınıflar arasında anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar olduğu gibi beklenen tam tersi sonuçlar da bildirilmiştir^{9,13,21}. Nacar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu, tinsellik, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBD toplam puanları 6. Sınıf öğrencilerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur¹⁸. Sınıf arttıkça diğer sağlık davranışlarında beklenen değişimin olmaması bu konudaki eğitimin eksik olduğunu veya uygulamaya yönelik girişimlere gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızın en dikkat çekici ve en önemli sonuçlarından biri tıp fakültesi öğrencilerinin, fizik aktivite ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında diğer bölümlere göre puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük bulunmuş olmasıdır. Ulaşılabilen araştırmalar arasında, tıp fakültesi öğrencilerinin diğer bölümlerle karşılaştırılmasıyla ilgili ayrıntılı bilgi veren tek çalışma Zaybak ve Fadiloğlu'nun çalışmasıdır⁹. Diğer çalışmalarda sağlık bilimleri öğrencileri toplu olarak değerlendirildiği için tıp fakültesi öğrencileri hakkında yorum yapılamamaktadır^{13,15}. Zaybak ve Fadiloğlu'nun çalışmalarında, bizim bulgularımızdan farklı olarak tıp fakültesi öğrencilerinin SYBD puanlarının diğer bölümlere (hemşirelik, bilgisayar mühendisliği, istatistik) göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur⁹. Çalışmamızda tıp öğrencilerinin daha çok erkeklerden oluşması ve erkeklerin kadın grubuna göre sağlıklı yaşam davranışlarının daha düşük olması bu bulguyu etkilemiş olabilir. Ayrıca diğer okullardan farklı olarak tıp fakültesi grubunun 6.sınıf öğrencileri kapsamı ve bu dönemdeki öğrencilerin stres ve sorumluluklarının fazla olması da etkili olmuş olabilir.

Ailesi ile birlikte yaşayan öğrenciler, ailesinden ayrı yaşayanlara göre sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Zaybak ve Fadiloğlu'nun çalışmasında, ailesi ile kalan

öğrencilerin beslenme ve kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde anlamlı bir şekilde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır⁹. Ünal ve ark. çalışmasında, fizik aktivite, stres yönetimi ve ölçek toplamında ailesi ile birlikte yaşayanların anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı bulunmuştur¹². Yıldırım'ın çalışmasında ise, sağlık sorumluluğu açısından anlamlı fark olmadığı, ancak evde ailesi ile kalan öğrencilerin egzersiz alt ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır¹³. Bu durum, evde ailesiyle kalan öğrencilerin, kendilerine ve sağlıklarına daha fazla zaman ayırabildiklerini, aile içi etkileşimin onları olumlu yönde etkilediğini düşündürülebilir. Şehir ve yaşam şartlarının değişmemesi, öğrencilerin aile içinde kazandığı alışkanlıklarını devam ettirmesini de sağlıyor olabilir. Ayrıca aile ile birlikte kalmak, öğrencilere daha iyi bir ekonomik durum sağlıyor olabilir.

Beklenenden farklı olarak annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, babası üniversite mezunu olan öğrencilerin ise sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Nacar ve arkadaşlarının tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ebeveynleri lise ve üzeri okuldan mezun olanların SYBD toplam puanı daha az eğitim almış gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur¹⁸. Ankara ve Sivas'ta yapılan çalışmalarda, anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Manisa'da yapılan çalışmada ise anne eğitiminin sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır^{10,13,21}. Meksika'da yapılan çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişki alt ölçeklerinde ve ölçek toplamında puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür²⁶.

Manisa'da ve Sivas'ta yapılmış olan çalışmalarda, baba eğitiminin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür^{13,21}. Meksika'daki çalışmada baba eğitim düzeyi arttıkça stres yönetimi, kişiler arası ilişki, tinsellik alt ölçeklerinde ve ölçek toplamında puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur²⁶. Ebeveynlerin eğitim durumları ile ilgili ortaya çıkan bu farklı sonuçların, sağlığı geliştirme modelini etkileyen diğer faktörlerin etkisi nedeniyle oluştuğu ve bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması gerektiği düşünülmüştür. Yüksek aile gelir düzeyine sahip olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları, diğer gruplara göre anlamlı olarak daha

düşüktür. Literatürde aile gelir düzeyi ile SYBD ve alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulan çalışmalar çoğunluktadır¹⁸. İzmir’de yapılmış olan çalışmada, aile gelir düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu, beslenme ve tinsellik alt ölçeklerinde anlamlı puan artışları saptanmıştır⁹. Ankara’daki çalışmada, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların beslenme alt ölçeğinde en yüksek puan ortalamasını aldığı, Manisa ve Meksika’daki çalışmalarda sosyoekonomik düzey yükseldikçe SYBD puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür^{10,21,26}. Bizim bulgumuzun literatürden farklı olması öğrencilerin aile gelirleri hakkında bilgi sahibi olmamalarından, ve/veya eksik, yanlış bilgidir kaynaklanmış olabilir.

Öğrencilerdeki kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak kronik bir hastalığı olan öğrencilerin, ölçeğin tamamından aldıkları toplam puanın, hastalığı olmayan gruba göre, daha yüksek olduğu görülmüştür. Birçok çalışma da kronik hastalık olup olmaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır^{9,13,18}. Bu durum kronik hastalığı olan öğrenci sayısının azlığından, var olan hastalıkların yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri olmamasından veya bu konudaki eğitim eksikliğinden kaynaklanabilir. Nitekim, beklendiği gibi Ayaz ve ark.’nın çalışmasında sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olanlarda, sağlık sorumluluğu puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır¹⁰.

Öğrencilerin ailelerinde kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çelik ve ark.’nın çalışmasında da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur¹¹. Oysa, öğrencilerin ailesinde var olan hekim tanımlı kronik hastalıklarda ilk üç sırayı primer korunmasında sağlıklı yaşam tarzının yer aldığı hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi ailesel yüküklüğü olan hastalıklar oluşturmaktadır. Bu durum, ailede mevcut olan hastalıklar ve korunma hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması ile ilgili olabilir.

Bu çalışmada, geleceğin sağlık çalışanları ve aynı zamanda rol modelleri olan sağlık bilimleri öğrencilerinin, sağlıklı yaşam davranışlarının beklenenden farklı olarak akranları gibi orta düzeyde olduğu ve tıp öğrencilerinin puanlarının diğer sağlık

bilimleri öğrencilerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca sınıf düzeyi arttıkça sağlık davranışlarında beklenen olumlu ve anlamlı değişimin olmaması bu konudaki eğitim gereksinimini ortaya koymuştur. Bulgularımızın bu konuda planlanacak girişimler için yol gösterici olması açısından aşağıda bazı öneriler sunulmuştur:

1. Sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili eğitim programları olan bölümlerin çalışmamızda saptanan bulgular doğrultusunda eğitim programlarını gözden geçirip geliştirmeleri; olmayan bölümlerin bu konuda oluşturacakları programları tüm eğitim yıllarına yayacak şekilde müfredatın bir parçası haline getirmeleri,
2. Üniversiteye yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendiren tanımlayıcı araştırmaların yapılması, bu araştırmaların sonucunda bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik programlar oluşturulması,
3. Sağlık bilimleri öğrencilerine sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili materyaller hazırlanması, bu konuda diğer fakültelerde okuyan öğrencilere “akran eğitimi” yapmalarını sağlayacak programlar oluşturulması,
4. Kampus içerisinde sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyecek çalışmaların yapılması ve var olanların geliştirilmesi,
5. Üniversiteye adaptasyon sürecinde ve sonrasında danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin etkin şekilde uygulanması,
6. Ayrıca, özellikle diğer bölümlere göre tüm ölçek puanları daha düşük çıkan tıp fakültesi öğrencilerine yönelik planlamalarda, uzmanlık eğitim müfredatında “sağlığı geliştirme danışmanlığı” bulunan Aile Hekimliği disiplini ile işbirliği yapılması, hem tıp fakültesi öğrencilerinin hem de aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma İstanbul’da 22-25 Ekim 2015 tarihinde gerçekleşen “20th WONCA Europe Conference” kapsamında poster bildiri olarak sunulmuş ve Turkish Journal of Family Practice Special Issue Volume 19, p16. Keynote lectures and selected abstracts presented at the 20th WONCA Europe Conference, İstanbul, (2015) özel sayısında özet olarak yayımlanmıştır

**Bu çalışma, “Tıpta Uzmanlık Tezi” kapsamında,*

Cukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TF2009LTP27 proje numarası ile desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. In Halk Sağlığı Temel Bilgiler (Eds Ç Güler, L Akın):1132-6 Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006.
2. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine, 3rd ed., New York, Oxford University Press. 2009.
3. Ferguson KJ. Health behaviour. In Public Health & Preventive Medicine. 14 th ed. (Ed. RB Wallace):811-6.. Stanford: Appleton& Lange; 1998.
4. Fleming P, Marshall G. Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician. 2008;54:1706-13.
5. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? Prev Med. 2003;36:41-4.
6. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. J R Coll Physicians Edinb. 2009;39:290-1.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Improving the Health of Adolescents & Young Adults: A Guide for States and Communities. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention 2004.
8. Can G, Özdilli K, Erol Ö, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nurs Health Sci. 2008;10:273-80.
9. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004;20:77-95.
10. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;9:26-34.
11. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi. 2009;3:164-9.
12. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü.Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;14:101-9.
13. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. (Yüksek lisans tezi). Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi, 2005.
14. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2011;16:78-83.
15. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11:17-26.
16. Ay S, Yanikkerem E, Calım SI, Yazici M. Health-promoting lifestyle behaviour for cancer prevention: a survey of Turkish university students. Asian Pac J Cancer P. 2012;13:2269-77.
17. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;26:151-7.
18. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. Asian Pac J Cancer P. 2014;15:8969-74.
19. Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. J Dent Educ. 2011;75:413-20.
20. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. Int J Nurs Pract. 2011;17:43-51.
21. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7:497-502.
22. Altun İ. Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. East Mediterr Health J. 2008;14:880-7.
23. Çoban A, Kavlak O, Özbasaran F. The evaluation of school of health students' knowledge and behavior of healthy life-styles of related to importance to prevent cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11:773-6.
24. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36:76-80.
25. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12:1-12.
26. Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promot Int. 2010;25:85-93.
27. Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: a challenge for nursing students. J Nurs Educ. 2005;44:266-70.
28. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-

- promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med.* 2012;17:222-7.
29. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res.* 1996;45:30-6.
30. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce Dİ, Tokgözoğlu L. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2006;34:166-72.