

## Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma

### Evaluation of Healthy Life Behaviours in Medical and Nursing Students: A Cross Sectional Study

Esra Demir<sup>1</sup>, Aylin Baydar Artantaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Çorum Kargı 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

#### Öz

**Amaç:** Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik ve tıp eğitimi gören üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanmasıdır.

**Materyal ve Metot:** Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup, araştırmanın evrenini Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan toplamda 1367 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimi için tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Veriler, sosyodemografik özellikler için oluşturulan bir anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeği aracılığıyla Mart -Mayıs 2016 tarihleri arasında toplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya 283 tıp öğrencisi, 251 hemşirelik öğrencisi olmak üzere toplamda 534 kişi dahil edildi. Yaş ortancası 21,50 yıl (min-max 19-24) olarak saptandı. Çalışmaya katılan bireylerin %26,78' i (n=143) erkek, %73,22' si (n=391) kadındı. SYBD-II ölçeği puan ortalaması 130.00 ± 17.62 olarak saptandı. En yüksek puanın tinsellik (manevi gelişim), en düşük puanın fiziksel aktivite alt ölçeğinden alındığı saptandı. Hemşirelik öğrencilerinin genel ölçek, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişki puanlarının tıp öğrencilerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

**Sonuç:** Tıp ve hemşirelik öğrencilerini kapsayan bu çalışmada sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması orta düzeyde bulunmuştur. Üniversitelerde sağlık bilincini artırmaya yönelik programların düzenlenmesi, mevcut olan sağlık bilincini artırmaya yönelik eğitim programlarının gözden geçirilip geliştirilmesi, fiziksel aktivite programlarının yaygınlaştırılması sağlık bilinci yüksek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip nesillerin oluşturulması için önem arz etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBD-II), tıp öğrencileri, hemşirelik öğrencileri

#### Abstract

**Objectives:** Healthy lifestyle is defined as the ability to control behaviours that may affect one's health, and to choose behaviours appropriate to their health status while they organize their daily activities. The purpose of this study is to evaluate the health promotion behaviours of university students who are studying nursing and medicine and to determine the sociodemographic characteristics that affect these behaviours.

**Materials and Methods:** This study is a cross-sectional study, and the universe of the study was composed of 1367 students in Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine and Department of Nursing of Health Sciences Faculty. The stratified sampling was used for the sampling method. Data were collected between March-May 2016 through a questionnaire form for sociodemographic characteristics and the Healthy Lifestyle Behaviors-II (HLB-II) scale.

**Results:** A total of 534 people were included in the study, including 283 medical students and 251 nursing students. The median age was 21.50 years (min-max 19-24). 26.78% (n = 143) were male and 73.22% (n = 391) were female. The mean score of HLB-II scale was 130.00 ± 17.62. The highest score was found to be spirituality and the lowest score was taken from physical activity subscale. The general scale, health responsibility, nutrition and interpersonal relationship scores of nursing students were found to be significantly higher than the medical students (p <0,05).

**Conclusion:** In this study, which includes medical and nursing students, the application of healthy lifestyle behaviours was found to be moderate. It is important to organize programs to increase health awareness in universities, to develop and improve educational programs to increase current awareness of health, to disseminate physical activity programs in order to create generations with high-level health consciousness and healthy lifestyle behaviours.

**Key words:** Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLB-II), medical students, nursing students

**Yazışma Adresi / Correspondence:**

Dr. Aylin Baydar Artantaş

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Bilkent / Ankara

**e-posta:** draylinbaydar@yahoo.com

**Geliş Tarihi:** 11.06.2018

**Kabul Tarihi:** 18.06.2018

## Giriş

Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmayı ve sağlıklarını geliştirmeyi mümkün kılan bir süreç olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Sağlığı geliştirme kavramı, ilk kez 1970-1980'li yıllarda felsefe olarak oluşmuştur.<sup>2</sup> Pender 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, "direkt iyilik düzeyini arttırma ve birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleri" olarak tarif etmiştir.<sup>3</sup>

Sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösteren ve Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren etmenleri ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları anlatmaktadır. Pender tarafından sosyal öğrenme teorisinden baz alınarak geliştirilen bu modelde, kişinin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan etmenler anlatılmaktadır.<sup>2</sup> Sağlığın geliştirilmesindeki esas rolü, bu gelişmeyi sağlayan aktiviteler oluşturmaktadır.<sup>4</sup> Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Kişiler sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek daha doğru beslenmekte, entellektüel kapasiteleri yükselmekte, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, bağışıklık düzeyini arttırmakta, normal vücut ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde mücadele edebilmektedirler.<sup>6</sup>

Sağlık açısından riskli davranışlar genellikle adolesan dönemde edinilir, sonuçları erişkin döneme yansyarak, bu dönemde mortalite ve morbidite oranlarında önemli artışlara neden olur. Adolesan dönemde meydana gelen ölümlerin en başta gelen nedenlerinden olan kazalar ve intiharlar riskli davranışlarla yakından ilişkilidir. Aynı şekilde erişkin dönemde mortalitede ilk iki sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler de adolesan dönemdeki sigara kullanımı, alkol veya diğer madde bağımlılıkları, fiziksel inaktivite, sağlıksız diyet gibi riskli davranışlarla ilişkilidir.<sup>7</sup> Ergenlik dönemi ve üniversite yılları sağlıkla ilgili davranışların şekillendiği dönemlerdir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin olduğu ve yeni keşfedilmiş sorumlulukların bulunduğu bu dönemdeki üniversite öğrencileri yaşam biçimleri üzerinde ergenlere kıyasla daha fazla otonomi ve kontrol sahibi olmaktadır. Bu geçiş dönemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği dönemdir. Bu nedenle, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ergenlik ve gençlik dönemindeki gruplar daha önceliklidir.<sup>5</sup>

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık çalışanlarının önemli mesuliyetleri vardır.<sup>8,9</sup> 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. Sağlık çalışanları, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını tespit ederek, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve olumsuz davranışların sağlık için gerekli olumlu davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır.<sup>5</sup> Ancak yapılmış çalışmalarda, sağlığın geliştirilmesinde toplum için önemli rolü olan sağlık çalışanlarının davranışları ile ilgili veriler hiç de olumlu görülmemektedir. Örneğin; hekimlerin ve hemşirelerin yaklaşık yarısının fazla kilolu olduğunun saptandığı bir çalışma mevcuttur.<sup>5</sup> Yalnızca ve arkadaşları, sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada hiç egzersiz yapmayanların oranını %58,9, sigara kullananların oranını %38,9 olarak bulmuşlardır.<sup>10</sup>

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 büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu durum, sağlık bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesinin ve bunların yol göstericiliğinde planlamalar yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.<sup>5</sup>

Çalışmamızda, bir üniversitenin hemşirelik bölümü ve tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyen sosyodemografik özelliklerin saptanması amaçlanmıştır. Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında, bulgularımızın, sağlığı geliştirme davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı, ilgili bölümleri ve üniversite yönetimini harekete geçireceği ve bu konuda planlanacak projelerde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## **Materyal ve Metot**

Bu çalışma, üniversite tabanlı kesitsel bir çalışma olarak planlanmış, 15 Şubat 2016-30 Eylül 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan 843 öğrenci ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan 524 öğrenci olmak üzere toplamda 1367 öğrenci oluşturmuştur.

## **Örneklem Seçimi**

Sağlıklı davranışları geliştirme sıklığı %50, güvenilirlik oranı %95 olarak belirlendiğinde hemşirelik bölümünden en az 222 öğrenci, tıp fakültesinden en az 262 öğrencinin çalışmaya alınması planlandı. Örneklem seçimi için tabakalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Her tabaka/sınıf için seçilmesi gereken öğrenci sayısı da orantılı paylaştırma yöntemiyle belirlendi. Buna göre hemşirelik bölümü için; 1. sınıftan 55, 2. sınıftan 57, 3. sınıftan 60, 4. sınıftan 52 öğrenci; tıp fakültesinden de aynı yöntemle 1. sınıftan 99, 2. sınıftan 69, 3. sınıftan 58, 4. sınıftan 38 öğrencinin çalışmaya alınması planlandı. Olası kayıplar göz önünde bulundurularak hemşirelikten 251 kişi, tıp fakültesinden 283 kişi olmak üzere toplam 534 kişi çalışmaya dahil edildi.

## Veri Toplama

Veriler, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarını sorgulayan bir anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBD-II) aracılığıyla Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında, sınıf ortamında gözetmen eşliğinde toplandı.

## Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SYBD ölçeği, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline 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 revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır.<sup>11</sup> Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>12</sup> SYBD-II ölçeği, dördümlü Likert'e göre "1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık ve 4=düzenli olarak" şeklinde tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. 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 altı alt boyutu bulunmaktadır:

- *Tinsellik (Manevi Gelişim)*; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- *Beslenme*; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- *Fiziksel aktivite*; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
- *Sağlık sorumluluğu*; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- *Kişiler arası ilişki*; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
- *Stres yönetimi*; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.<sup>12</sup>

## İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin ve kesikli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca, Çeyreklikler Arası Genişlik-ÇAG, (Interquartile Range-IQR) kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlere ait ortalama standart sapma ( $Ort \pm SS$ ) değerleri verildi. Çoklu bağlantı varlığını incelemek amacıyla bağımsız değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Spearman Rho parametrik olmayan korelasyon katsayısı kullanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı.

Çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan, 17/02/2016 tarihli ve 76 sayılı kurul kararı ile onay alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya 283 tıp öğrencisi, 251 hemşirelik öğrencisi olmak üzere toplam 534 kişi dahil edildi, yaş ortancası 21,50 (min; max 19;24) olarak saptandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Katılımcıların ekonomik durumlarına baktığımızda, %69,28'i (n=370) eline geçen parayla aylık ihtiyaçlarını karşılayabildiğini, %23,97'si (n=128) kısmen karşılayabildiğini, %6,74'ü (n=36) ise karşılayamadığını belirtti. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumlarına baktığımızda; katılımcıların 41'inin (%7,67) bir kronik hastalığı olduğu bunların da 21'inin bu hastalık için ilaç kullandığı saptandı. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 2'de sunulmaktadır. Katılımcıların %82'sinin hiç sigara kullanmadığı, %85,40'ının hiç alkollü içecek içmediği tespit edildi. Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi (BKİ) değer ortalaması  $23,31 \pm 3,36$  olarak saptandı.

**Tablo 1.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=534)

	n (%)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	143 (26,78)
Kadın	391 (73,22)
<b>Bölüm</b>	
Tıp	283 (53,0)
Hemşirelik	251 (47,0)
<b>Kiminle yaşıyor?</b>	
Anne ve babamla yaşıyorum	209 (39,13)
Annemle yaşıyorum	15 (2,80)
Babamla yaşıyorum	2 (0,37)
Arkadaşım /arkadaşlarımla evde yaşıyorum	75 (14,04)
Tek başıma evde yaşıyorum	17 (3,18)
Yurtta yaşıyorum	189 (35,39)
Kardeş/kardeşlerimle yaşıyorum	11 (2,05)
Akraba ile yaşıyorum	8 (1,49)
Diğer	8 (1,49)

## Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin analizi

Çalışmaya katılan öğrencilerin SYBD-II ortalaması  $130,00 \pm 17,62$ , ortancası 128,50 (ÇAG=23,00) olarak bulundu. En yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut Tinsellik ( $26,84 \pm 4,18$ ), en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut Fiziksel Aktivite ( $17,05 \pm 4,82$ ) olarak saptandı (Tablo 3).

Çalışmaya katılan tıp ve hemşirelik öğrencilerinin SYBD-II Ölçek puanları Tablo 4'te gösterilmektedir. SYBD-II puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında; erkek bireylerin SYBD-II puan ortancası 128,00 (ÇAG=22,00), kadın bireylerin SYBD-II puan ortancası 129,00 (ÇAG=23,00) olarak bulundu. Kadın ve erkek bazında ilgili ölçek puanı

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0,928$ ). Ölçek alt boyutlarına bakıldığında, kadınların *Sağlık Sorumluluğu* ve *Kişilerarası İlişkiler* alt boyut puanları erkek bireylere nazaran daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla  $p<0,001$   $p=0,032$ ) Erkeklerin *Fiziksel Aktivite* puanları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı ( $p<0,001$ , Tablo 5).

**Tablo 2.** Katılımcıların sağlık durumları(n=534)

	n (%)
<b>Tamı konmuş bir kronik hastalığınız var mı?</b>	
Evet	41 (7,67)
Hayır	493 (92,32)
<b>Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?</b>	
Evet	21 (3,93)
Hayır	513 (96,06)
<b>Genel olarak sağlık durumunuz nasıl değerlendirirsiniz?</b>	
Mükemmel	41 (7,67)
Çok iyi	156 (29,21)
İyi	262 (49,06)
Orta	63 (11,79)
Zayıf	12 (2,24)
<b>Hepatit B (sarılık) aşınız tam mı?</b>	
Evet	365 (68,35)
Hayır	32 (5,99)
Bilmiyorum /Emin Değilim	137 (25,65)
<b>En son tetanoz aşınızı ne zaman oldunuz?</b>	
Son 5 yıl içinde	64 (11,98)
Son 10 yıl içinde	80 (14,98)
10 yıldan fazla süre önce	46 (8,61)
Hatırlamıyorum	344 (64,44)

Çalışmada yer alan 1. sınıf hemşirelik öğrencilerinin SYBD-II puan ortancası 129,00 (ÇAG=27,50), 1. sınıf tıp öğrencilerinin 127,00 (ÇAG=23,00) olarak saptandı. 1. sınıfta okuyan öğrencilerin SYBD-II puanları bölüm bazında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken( $p=0,054$ ), hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin *Sağlık Sorumluluğu* ve *Beslenme* alt boyut puanları ortalaması tıp 1. sınıf öğrencilerinden daha yüksekti (sırasıyla  $p=0,045$ ,  $p=0,016$ ). Yine 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin SYBD-II puan ortancası [132,50 (ÇAG=28,50)] ile 4. sınıf tıp öğrencilerinin puan ortancası [129,00 (ÇAG=23,25)] arasında anlamlı farklılık görülmedi ( $p=0,054$ ). SYBD-II alt boyutlarına baktığımızda hemşirelik 4. sınıf öğrencilerinin *Sağlık Sorumluluğu*, *Beslenme*, *Kişilerarası İlişkiler* alt boyut puanları ortalaması tıp 4. sınıf öğrencilerinden daha yüksekti (sırasıyla;  $p=0,001$ ,  $p=0,039$ ,  $p=0,050$ ).

**Tablo 3.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (SYBD-II) ölçeği ve alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistik dağılımı (n=534)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort. ± SS.	Ortanca (ÇAG)	Min; Max
SYBD-II	130,00 ± 17,62	128,50 (23,00)	57,00; 196,00
Sağlık Sorumluluğu	20,83 ± 4,30	20,00 (6,00)	9,00; 35,00
Fiziksel Aktivite	17,05 ± 4,82	16,00 (6,00)	8,00; 32,00
Beslenme	20,51 ± 3,76	20,00 (5,00)	10,00; 34,00
Tinsellik	26,84 ± 4,18	27,00 (6,00)	12,00; 36,00
Kişilerarası İlişkiler	25,53 ± 3,92	25,00 (5,00)	9,00; 36,00
Stres Yönetimi	19,22 ± 3,30	19,00 (4,00)	9,00; 32,00

**Tablo 4.** Bölüm bazında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (SYBD-II) Ölçeği ve alt boyut puan karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Bölüm		Test İstatistiği	
	Tıp (n=283) Ortanca (ÇAG)	Hemşire (n=251) Ortanca (ÇAG)	Z	p
SYBD-II	128,00 (20,00)	130,00 (26,00)	2,334	<b>0,020</b>
Sağlık Sorumluluğu	20,00 (5,00)	22,00 (6,00)	5,361	<b>&lt;0,001</b>
Fiziksel Aktivite	16,00 (6,00)	16,00 (6,00)	0,164	0,870
Beslenme	20,00 (5,00)	21,00 (5,00)	3,400	<b>0,001</b>
Tinsellik	27,00 (6,00)	27,00 (6,00)	0,563	0,574
Kişilerarası İlişkiler	25,00 (5,00)	26,00 (4,00)	2,418	<b>0,016</b>
Stres Yönetimi	19,00 (4,00)	19,00 (5,00)	0,870	0,384

*Mann Whitney U non parametrik testi yapılmıştır.*

Çalışmada annesiyle ve/veya babasıyla kalan bireylerin SYBD-II puan ortancası 132,00 (ÇAG=23,25), diğer grupla kalan bireylerin ilgili ölçek puanı ortancası 127,00 (ÇAG=21,00) olarak bulundu. Anne ve/veya babasıyla kalan bireylerin hem genel ölçek puan ortalaması hem de *Sağlık sorumluluğu*, *Beslenme* ve *Kişilerarası İlişkiler* alt boyut puan ortalamaları diğerler kişilerden daha yüksekti (sırasıyla;  $p_{\text{genel ölçek puan ortalaması}}=0,002$ ,  $p=0,005$ ,  $p<0,001$ ,  $p=0,013$ ).

Kronik hastalığı olan bireylere ait SYBD-II puanı ortancası 133,00 (ÇAG=30,50), kronik hastalığı olmayan bireylerin ise 128,00 (ÇAG=23,50)'di, puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,262$ ). Bunun yanında ölçeğin *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutu kronik hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p=0,021$ ).

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ile SYBD-II puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,987$ ).

Bireylerin BKİ değerleri ile SYBD-II puanları ve *Fiziksel Aktivite* alt boyut puanları arasında zayıf, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptandı (sırasıyla;  $\rho=0,095$ ,  $p=0,028$ ,  $\rho=0,161$ ,  $p<0,001$ ). Yine bireylerin SYBD-II Ölçeği *Beslenme* alt boyutunun yaş değerleri ile arasında zayıf, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $\rho=0,093$ ,  $p=0,032$ ).

**Tablo 5.** Cinsiyet bazında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi (SYBD-II) Ölçeği ve alt boyut puan karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Cinsiyet		Test İstatistiği	
	Erkek (n=143) Ortanca (ÇAG)	Kadın (n=391) Ortanca (ÇAG)	Z	P
SYBD-II	128,00 (22,00)	129,00 (23,00)	0,091	0,928
Sağlık Sorumluluğu	19,00 (6,00)	21,00 (6,00)	3,733	<0,001
Fiziksel Aktivite	18,00 (7,00)	16,00 (6,00)	4,866	<0,001
Beslenme	20,00 (5,00)	20,00 (5,00)	0,549	0,583
Tinsellik	27,00 (6,00)	27,00 (6,00)	0,418	0,676
Kişilerarası İlişkiler	25,00 (4,00)	25,00 (5,00)	2,147	0,032
Stres Yönetimi	19,00 (5,00)	19,00 (4,00)	0,352	0,725

*Mann Whitney U non-parametrik testi kullanılmıştır*

Çalışmadaki alkol kullanmayan bireylerin SYBD-II puan ortancası 128,00 (ÇAG=22,00), kullananların puanı ortancası 130,50 (ÇAG=29,25) olarak saptandı. İki grup arasında SYBD-II Ölçek puanları açısından farklılık saptanmadı ( $p=0,572$ ). Çalışmadaki alkol kullanmayan bireylerin SYBD-II alt boyutlarından olan *Fiziksel Aktivite* puan ortancası 16,00 (ÇAG=6,00), kullananların ilgili alt boyut puanı ortancası 17,50 (ÇAG=7,25) olarak tespit edildi. Alkol kullanan bireylerin *Fiziksel Aktivite* puanları kullananlara nazaran daha yüksekti. ( $p=0,023$ ).

Çalışmada yer alan bireylerin gelir-gider durumu, kardeş sayısı, anne ve baba eğitim durumunun SYBD-II puanlarını açısından anlamlı farklılık yaratmadığı saptandı.

### Tartışma

Çalışmamızda, bir üniversitenin tıp fakültesi ve hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, SYBD-II ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Genel olarak öğrenciler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin tıp fakültesi öğrencilerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsemiş oldukları söylenebilir. Bunun yanında bölümler arasındaki farklılığın bir kısmı da cinsiyet kaynaklı olabilir. Hemşirelik bölümü öğrencileri ağırlıklı kadın cinsiyetten oluştuğu için sonuçları yorumlarken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda öğrencilerin SYBD-II ortalamasının, geçmiş yıllarda ülkemizde yapılmış çalışmalara kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir.<sup>2,5,13,14</sup> Ölçeğin alt



boyutlarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun Manevi Gelişim (Tinsellik), en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun Fiziksel Aktivite alt boyutu olduğu görülmektedir. Bu sonucun özellikle Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarla ve bazı yurt dışı çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.<sup>2,5,13,15-18</sup> Japonya’da yapılan bir çalışmada en yüksek puan Kişilerarası İlişkiden, en düşük puan da Sağlık Sorumluluğundan alınmıştır.<sup>19</sup> Çalışmamızda Manevi Gelişimin ilk sırada olmasında inanç sisteminin ve kültürün etkisinin olmasının yanında insana ait olumlu yönlerin ifade edilmesinde yanlılığın etkisi de olabilir. Bu tür sorularla veya ifadelerle insanın iç dünyasını ve hayata bakışını anlamak her zaman mümkün değildir. Elbette ki bu durum bu tür konuları araştıran tüm ölçekler için geçerli bir durumdur. Bunun yanında fiziksel aktiviteyi sorgulayan soruların daha objektif olduğu görülmektedir. Bu yönden bakıldığında cevapların daha gerçekçi olduğu söylenebilir. Bu elbette ki tartışmaya açık bir konudur. Ancak alt boyutlar değerlendirilirken göz önünde bulundurulmasında fayda olacağını düşünmekteyiz. Fiziksel aktivitenin düşük puan almasının aslında beklenen bir sonuç olduğu da günümüz dünyasının önemli bir sorunu olan sedanter yaşamın ve beraberinde getirdiği rahatsızlıklar ve hastalıkların prevalansındaki artıştan anlaşılmaktadır.

Çalışmanın temsil ettiği evrene bakacak olursak; fiziksel aktivitenin son sırayı almasının nedenlerini öğrencilerin zamanlarının büyük bir kısmını okulda geçirmeleri, spor alanlarının yetersizliği, ailelerin spora ayrılan zamanı gereksiz olarak görmeleri ve çocuklarını bu yönde desteklememeleri olduğu düşünülmektedir. Adana’da yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin, Fiziksel Aktivite ölçeği dışında tüm alt ölçeklerde ve ölçek toplamında diğer bölümlere göre puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.<sup>5</sup> Sivas’ta yapılan çalışmada sağlık bilimleri öğrencileri toplu olarak değerlendirildiği için tıp fakültesi öğrencileri hakkında yorum yapılamamaktadır.<sup>2</sup> Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çok çalışma yoktur. Bu yüzden başka çalışmalarla kıyaslama olanağımız olmamıştır. Kuzey Karolina’da yapılan çalışmada tıp fakültesinde okumaya bağlı oluşan stresin sağlık üzerinde erken olumsuz etkileri olduğu ve öğrencilerin stres nedeniyle sağlıklarının yanı sıra yaşam biçimlerinin ve kişilerarası ilişkilerinin de bozulduğu bildirilmiştir.<sup>20</sup>

Çalışmamızda erkek öğrencilerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanlarının kız öğrencilere göre daha yüksek, kız öğrencilerin ise Sağlık Sorumluluğu ve Kişilerarası İlişki alt boyut puanlarının erkek öğrencilere nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ve dünya genelinde yapılan çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar bulunmaktadır.<sup>5,18</sup> İspanya’daki çalışmada Stres Yönetimi ve Manevi Gelişim erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.<sup>17</sup> İran’da yapılan çalışmada kadınların Beslenme, Kişilerarası İlişki, Sağlık Sorumluluğu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.<sup>21</sup> Japonya’daki çalışmada erkeklerde Fiziksel Aktivite puanları anlamlı daha yüksek, kadınlarda Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası İlişki, Beslenme puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup> Genel olarak yapılan çalışmalarda erkek cinsiyette Fiziksel Aktivite puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık, erkeklerin spora daha fazla vakit ayırıyor olmaları, erkeklerin kadınlara kıyasla çok daha fazla spor dalıyla ilgilenmeleri, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınların yararlanabileceği spor alanlarının kısıtlı sayıda ve nitelikte olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Türkiye açısından baktığımızda yukarıda sayılan nedenlerin yanında kültürel olarak kadınların daha çok

evde vakit geçirmesi, ev işleri ve çocuklarla ilgili sorumlulukların daha çok kadınlara bırakılması söz konusudur. Her ne kadar bu çalışma üniversite öğrencilerini kapsasa da bu kültürel alışkanlıklar nesilden nesile aktarılmaktadır. Ailedeki kadın bireylerin sporla ilgili olup olmamalarının kız çocuklarını bir miktar etkilediği düşünülebilir. Bunun yanında yeterli spor alanlarının bulunmaması her iki cinsiyeti de olumsuz etkilese de bu durum öncelikle kız öğrencileri etkilemektedir. Çalışmamızda Sağlık Sorumluluğu ve Kişilerarası İlişki puanlarının kız öğrencilerde daha yüksek olmasının nedeni geleneksel kültürümüzde kadının rolü ve bu rol gereği kendi sağlığına ve çevresine karşı daha koruyucu bir tutum sergilemesinden ve kadınların erkeklere göre sağlık açısından riskli davranışlara eğilimlerinin az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda Beslenme puanları ile yaş değerleri arasında zayıf, doğrusal, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızla benzer ve farklı sonuçlanan diğer çalışmalar şöyledir; Adana'da yapılan çalışmada 22 yaş ve üstü bireylerin Fiziksel Aktivite ve Stres Yönetimi dışındaki tüm alt grup puanları 21 yaş ve altı bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>5</sup> Japonya'da yapılan çalışmada yaş ile Sağlık Sorumluluğu pozitif yönde anlamlı saptanmıştır.<sup>19</sup> İspanya'daki çalışmada ise 25 yaş ve üzeri öğrencilerin SYBD-II puanı, Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişki puanları 17-24 yaş grubu öğrencilerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.<sup>17</sup> Çalışmamızda çıkan sonuç için de benzer olarak yaş ilerledikçe kişinin beslenmesine daha dikkat ettiği düşünülebilir. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre de, bireylerin yaşları arttıkça sağlıklı davranışlar konusunda kazanımları artmaktadır.<sup>22</sup>

Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin SYBD-II puanı ve Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.<sup>5,14</sup> Kronik hastalığı olan bireylerin kendi sağlıklarına daha dikkat etmesi de beklenen bir sonuçtur. Sağlığı Geliştirme Modeli'nde de, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının Sağlık Sorumluluğunu arttırdığı belirtilmektedir.<sup>23</sup>

Anne ve/veya babasıyla kalan bireylerin SYBD-II puanı, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanları diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ülkemizde yapılmış iki farklı çalışmadan birinde Sağlık Sorumluluğu, diğerinde de egzersiz puanı ailesiyle yaşayan öğrencilerde diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.<sup>5,2</sup> Elazığ'daki çalışmada ise aile ile yaşamının bir etkisi olmadığı gösterilmiştir.<sup>15</sup> Tahran'daki çalışmada Beslenme puanı ailesi ile yaşayanlarda anlamlı yüksek olmakla birlikte diğer grupta Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi, Beslenme ve SYBD-II puanı daha yüksek bulunmuştur.<sup>21</sup> Japonya'daki çalışmada ailesiyle yaşayanlarda Beslenme puanı anlamlı yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup> Ailesiyle yaşayan öğrencilerin, kendilerine ve sağlıklarına daha fazla vakit ayırabildiklerini, aile ile etkileşimin onları iyi yönde etkilediğini düşündürmektedir. Yaşam şartlarının değişmemesi, öğrencilerin aile içinde kazandığı alışkanlıklarını devam ettirmesini de sağlıyor olabilir. Ayrıca aile ile yaşamak, öğrencileri ekonomik yönden zorlamıyor olabilir.

Çalışmamızda alkol kullanan bireylerin Fiziksel Aktivite puanları kullanmayanlara nazaran anlamlı olarak daha yüksektir. Sivas'ta yapılan çalışmada Beslenme, Stres Yönetimi ve SYBD-II puanları alkol kullanmayanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.<sup>2</sup> Bunun yanında alkol kullanımı ile SYBD-II puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.<sup>15,18</sup> Çalışmamızdan elde

ettiğimiz bu sonuç, alkol kullanan öğrencilerin alkol kullanma sıklıklarının az oluşu, alkolün sağlık sorunlarına yol açacak düzeyde olmayışı, bağımlılıktan ziyade sosyal içici statüsünde olmalarıyla ilişkili olabilir. Bunun yanında bu yaş grubunda alkol kullanımının daha çok sosyal ortamlarda ve arkadaş çevresiyle olduğu varsayılarak aynı arkadaş çevresiyle spor gibi farklı sosyal faaliyetlere de katıldıkları düşünülebilir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından bahsedecek olursak; öncelikle çalışmanın yapıldığı dönemde, çalışmanın yürütüldüğü üniversitede tıp fakültesinde 5. ve 6. sınıf öğrencileri olmadığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Ancak çalışmaya 4 yıllık bir bölüm olan hemşirelik bölümü öğrencileri de dahil edildiğinden ilk 4 sınıftaki öğrencilerin karşılaştırılması açısından, bu durum tam bir kısıtlılık olarak algılanmamalıdır. Çalışma tek merkezde gerçekleştirilmiştir. Çok merkezli çalışmalarla desteklenmelidir ancak bir devlet üniversitesinin ilgili bölümlerini temsil edebilecek şekilde planlanmıştır. Bu nedenle de elde edilen tüm sonuçlar, çalışmanın yürütüldüğü üniversite için geçerli kabul edilmelidir. Bunun yanında benzer üniversiteler için dikkate alınmaya değer bilgiler içermektedir. Anket ve ölçeklerin yüz yüze değil, gözlem altında doldurulmuş olması da kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

Bu çalışma, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada orta düzeyde olduklarını göstermektedir. Genel olarak çalışmamız, sağlık alanında eğitim gören bu öğrencilerin eğitimleri süresince kendi sağlıkları ile ilgili geliştirici davranışları yeterince kazanamadıklarını göstermektedir. Eğitim müfredatının yanında kişilerin kendileriyle ilgili davranış değişiklikleri daha çok rol model ve sosyal aktivitelerle kazandırılabilirdiği göz önünde bulundurulduğunda, üniversite bünyesinde ders dışı zamanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen faaliyetlerin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Özellikle Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi, Kişilerarası İlişki puan ortalamaları düşük düzeydedir. Sağlık bilincini artırmaya yönelik programların düzenlenmesi, mevcut olan sağlık bilincini artırmaya yönelik eğitim programlarının gözden geçirilip geliştirilmesi, fiziksel aktivite programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Üniversite öğrencilerine, stresle başa çıkma yollarının öğretilmesi, bu yönde faaliyetler planlanması yerinde olacaktır. Bunun yanında üniversite ortamında strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik üniversite yönetimince araştırmalar yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Teşviki ve Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
2. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyodemografik özelliklerinin bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas; 2005.
3. Lowenberg SJ. Health promotion and the ideology of choice. Public Health Nursing 1995;12(5):319-23.
4. Pahalank C. Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research. Nursing Clinics of North America 1991;26(4):815-32.
5. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Adana; 2010.

6. Edelman CL, Kudzma CE, Mandle CL. Health promotion throughout the life span. 8<sup>th</sup> edition, Canada: Mosby, Elsevier Inc.; 2014.
7. Kefeli B. Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Samsun; 2010.
8. Choi Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *J Profess Nurs* 2002;18(2):101-11.
9. Choi YJ, Lee KJ. Evidence-based nursing: effects of a structured nursing program for the health promotion of Korean women with hwa-byung. *Arch Psych Nurs* 2007;21(1):12-6.
10. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(6):409-20.
11. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996. [https://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII\\_Abstract\\_Dimensions.pdf](https://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf), Erişim tarihi: 10.06.2018.
12. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):1-12.
13. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(3):43-4.
14. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(2):26-34.
15. Cihangiroğlu Z, Devenci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 2011;16(2):78-83.
16. Khawaldeh OAA. Health promoting lifestyles of Jordanian University Students. *IJANS* 2014;3(1):27-31.
17. Di'ez SMU, Fortis AP. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*.2010;25(1):85-93.
18. Nacar M, Baykan Z, Çetinkaya F, Arslantaş D. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Deteminants of Lifestyle Behaviour in Medical Students in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(20):8969-74.
19. 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(3):222-7.
20. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CL. The health status and life satisfaction of first year medical students. *Acad Med* 1990;65(9):586-8.
21. Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH. Health-Promoting Behaviors and Their Association With Certain Demographic Characteristics of Nursing Students of Tehran City in 2013. *Global Journal of Health Science* 2014;7(2):264-72.
22. Battorf JL, Johnson JL. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research* 1996;45(1):30-6.
23. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practise. Fourth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.