

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI ALGILAMA DURUMLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ\*

Nilüfer TUĞUT\*\*

Mine BEKAR\*\*\*

Kabul Tarihi: 14/06/2007

### ÖZET

*Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içinde öğrenim gören öğrencilerin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.*

*Araştırmada, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içinde öğrenim gören 16255 öğrenci evreni oluşturmuştur. Küme örnekleme yöntemi ile belirlenen fakülte ve yüksekokullardan tabakalı örnekleme yöntemi ile 399 kız ve 602 erkek öğrenci belirlenerek anket uygulanmıştır. Örnekleme alınan bölümlerdeki kız ve erkek öğrencilere sosyo-demografik özelliklerini, boy /kilo durumlarını belirleyen soru formu, Sağlığı Algılama Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS 11.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi, varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Tukey testi kullanılmıştır.*

*Üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını iyi olarak algıladıkları, yaşantının büyük kısmının geçtiği yer, anne eğitimi, baba eğitimi, baba mesleği, sosyal güvence durumu, kronik hastalığı olma durumu, alkol kullanma durumu ile sağlığı algılama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, sağlığı algılama, sağlıklı yaşam biçimi

### ABSTRACT

**Cumhuriyet University Student's Healthy Perception State and the Correlation of Health Promotion Life Style**

*This study was done for indicating as cross-sectional about the correlation between the perception of students who get an education within the campus field of the Cumhuriyet University healthy state and healthy life-style behaviours with same socio-demographic variables.*

*In this study, 16255 students who get an education within the campus field of the Cumhuriyet University, form the universe. This questionnaire has been carried out with faculty and academy category indicating method and pile indicating method on 399 girl-students and 602 boy-students. Socio-demographic variables, question sheet about the state of height / weight, health state perception, healthy life-style behaviours are examined on these students. These datas are evaluated on SPSS 11.0 program by forming data base. For the statistic evaluation of the data; Chi square test, variance analysis, the difference between these two average are examined by importance test and tukey test.*

*In conclusion,; the health state of the individuals perceiving their health as 'good' has been found 'very well' when compared to 'bad' and 'very bad'. Demographic variables (mother education, father the education, father jobs, accomodation social security), behavioural factors ie. use of alcohol as a status factory the social activities have had effected the healty life style and health perception.*

**Keywords:** Health, health perceived state, health promotion life style

\* I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas (Arş.Gör.)

\*\*\* Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas (Yrd. Doç. Dr.)

## GİRİŞ

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları yada sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Çakırcalı 1996, Hayran ve Sur 1997). Günümüzde geçerliliği olan ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1947’de yapılan sağlık tanımında ise sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1998).

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, bireylerin daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” çıkmakta, dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil örneğin; kalp-damar hastalıklarından, kanser, yaşam biçimine bağlı sorunlardan (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite vb) ve çevre kirliliği gibi nedenlerden ölmektedirler (Hayran ve Sur 1997, Öztekin 2001).

Sağlıklı toplum yapısına ulaşmak, her toplumun ortak amacıdır. Sağlıklı bir topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması dünya nüfusunun %19.0’ını, ülkemiz nüfusunun dörtte birini oluşturan genç nüfus ile yakından ilişkidir (Bertan ve Güler 1995, <http://www.who.ch/hpr/>. 2000). DSÖ, 1980 yılı başlangıç kabul edilmek üzere Kopenhag’da 48.Avrupa bölge toplantısında “2000’li Yıllarda Herkes İçin

Sağlık, 21.yüzyılda 21 hedef” sloganı ile hedef stratejilerini tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü “sağlığın geliştirilmesi” konusuna yer verilmiş olması ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olmasıdır (Hayran ve Sur 1997, Öztekin 2001, <http://www.who.ch/hpr/Declare.htm>. 1998). Sağlık 21’de, 4.maddede 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olmaları ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirmeleri amaçlanmıştır (<http://www.who.ch/hpr/2000>). Bu nedenle bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal iyilik durumunun en üst düzeyde korunması ve geliştirilmesi hedeflenmiştir (Karaoğlu ve Pehlivan 1996).

Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir (Perk ve ark 1992). Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir. Eğer birey sağlık problemi olduğunu algılamıyorsa, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayacak, profesyonel kişilerin yardımını istemeyecektir. Bu konuda yapılan araştırmalarda (Sertçelik 1999, Tokgöz 1995, Akça 1998), sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri düşük bulunmuştur ve bundan dolayı sağlığı algılama biçiminin önemli olduğu belirtilmektedir.

Gençlik dönemi, birey ve toplum açısından en dinamik dönem olarak bilinmektedir. Birey için gençlik dönemi, toplumsallaşma yoluyla çocukluktan yetişkinliğe geçiş ve kişiliğin oluşması sürecidir. Bu süreç, gencin tüm yaşamına biçim verecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimini kapsar. Böylece genç içinde yaşadığı toplumu etkiler ve o toplumun sorunlarından etkilenir, toplumsal gelişmeye ve olaylara etkin katılır. Bu durum üniversite yıllarına rastlayan

17 yaş ve sonrası gençlik döneminde daha da önem kazanmaktadır. Gençliğin yaşamında üniversite yaşamı önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1997). Bir yandan; aileden ilk ayrılış, yeni eğitim ortamı ve yaşama geçiş sürecindeki uyum zorlukları istenmeyen olumsuz davranışlara neden olabilirken; diğer yandan, mesleki eğitim dışında bireysel yaşamında ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir. Gençler bu dönemde, sağlıklarını geliştiren davranış biçimlerini benimseyebilir yada hem kendilerine hem de başkalarına zarar verecek olan sağlıksız yaşam biçimi davranışları kazanabilirler. Gençin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları özelde bireysel olarak kendisini, genelde ailesini ve toplumu etkilemektedir (Diem and Kay 1995).

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak hemşirenin rolü de değişmiş ve gelişmiştir. Hemşireler toplumla işbirliği içinde birçok alanda, okulda, evde, işyerinde, hastanede bireylere hizmet vermektedirler. DSÖ hemşirenin, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmiştir. Kişinin sağlık durumunu değiştirme sorumluluğu kendisindedir. Hemşirenin öncelikli görevi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup bu işlevini bakım verdiği bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmektedir (Spellbring 1991). Toplumun büyük bir kesimini oluşturan ve sağlık davranışlarını kolaylıkla benimseyebilen önemli bir grup olan genç kesime ulaşmak bu nedenlerle daha çok önem kazanmaktadır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1997).

Araştırmanın amacı, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içinde öğrenim gören öğrencilerin sağlığı

algılama biçimleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

### GEREÇ VE YÖNTEM

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

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

Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü sınırları içinde öğrenim gören 16255 öğrenciden 1001 öğrenci örnekleme alınmıştır. Evrendeki birey sayısı bilindiğinden araştırma örnekleme girecek öğrenci sayısı;

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

formülü ile belirlenmiştir (p=0.50, q=0.50, d=0.03, t=1.96) (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002). Fakülte ve yüksekokullara bağlı çok sayıda bölüm olduğu için bu bölümlerin her biri bir küme kabul edilmiştir. Her tabakadan ne kadar sayıda kız ve erkek öğrencinin örnekleme alınacağı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin 602'si, kız öğrencilerin 399'u örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan bölümlerdeki kız ve erkek öğrencilere sosyo-demografik özelliklerini, boy /kilo durumlarını belirleyen soru formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) ve Sağlığı Algılama Ölçeği uygulanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Türkiye'de 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (Esin 1999). Ölçek, toplam olarak 48 maddeden oluşmuş ve altı alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve

stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'ü likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur.

Sağlığı algılama biçimi, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir (Erengin ve Dedeoğlu 1997). Sağlık durumunu algılama için "sizinle aynı sosyo ekonomik konumda olan insanlarla

karşılaştığımızda sağlığımızı nasıl değerlendirirsiniz?" sorusu kullanılmıştır. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çok sayıda araştırmada algılanan sağlık durumu bu soru ile değerlendirilmiştir (Battorf and Johnson 1996, Erengin ve Dedeoğlu 1997, Gözüm ve Tezel 2000). Sağlık durumunu algılama sorusuna verilen yanıtlar, "çok iyi" yanıtı için 1, "iyi" yanıtı için 2, "kötü" yanıtı için 3, "çok kötü" yanıtı için 4 puan olarak değerlendirilmiştir.

Veriler bilgisayarda SPSS 11.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi, varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Tukey testi kullanılmıştır.

Araştırmanın yürütülmesinde etik kurallara uyularak ilgili kuruluşlardan ve öğrencilerden gerekli izin alındıktan sonra öğrencilere araştırmanın önemi anlatılarak öğrencilerin katılımları sağlanmıştır. Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından desteklenmiştir. Kasım 2003'den itibaren planlanmaya başlanmış, 2004 yılı Kasım, Aralık aylarında veriler toplanmış; 2006 yılı Temmuz aylarında değerlendirilmiştir.

#### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin %39.8'i kız ve %60.2'si erkek, %47.0'ı 17-20 yaş grubunda, %45.8'inin annesi ilkökul mezunu, %31.0'mın babası lise mezunu, %84.7'sinin annesinin, %39.1'nin babasının çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=1001)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	399	39.8
Erkek	602	60.2
<b>Yaş</b>		
17-20	470	47.0
21-24	445	44.5
25 ve Üstü	86	8.5
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	964	96.3
Evli	37	3.7
<b>Sivas'ta Barındığı Yer</b>		
Evde, yalnız	30	3.0
Evde, arkadaşlarla	282	28.1
Evde, ailesiyle	341	34.1
Yurtta	315	31.5
Diğer	33	3.3
<b>Yaşantının En Çok Geçtiği Yer</b>		
Köy	58	5.7
İlçe	161	16.1
Şehir	776	77.6
Metropol	6	0.6
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	810	80.9
Geleneksel Aile	156	15.6
Parçalanmış Aile	35	3.5
<b>Anne Eğitimi</b>		
Okur_Yazar Değil	130	13.0
İlkokul Mezunu	459	45.8
Ortaokul Mezunu	121	12.1
Lise Mezunu	210	21.0
Üniversite/Yüksekokul Mezunu	81	8.1
<b>Baba Eğitimi</b>		
Okur_Yazar Değil	35	3.5
İlkokul Mezunu	282	28.1
Ortaokul Mezunu	156	15.6
Lise Mezunu	310	31.0
Üniversite/Yüksekokul Mezunu	218	21.8
<b>Anne Mesleği</b>		
Çalışmıyor	849	84.7
Çalışıyor	152	15.3
<b>Baba Mesleği</b>		
Memur	284	28.4
İşçi	150	15.0
Serbest Meslek	175	17.5
İşsiz	55	5.5
Emekli	272	27.1
Diğer	65	6.5

Tablo 2. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Durumunu Algılama Düzeylerine Göre Dağılımı (n=1001)

Sağlığı Algılama Düzeyi (Yaşıtları ile karşılaştırdıklarında)	S	%
Çok İyi	161	16.0
İyi	776	77.6
Kötü	58	5.8
Çok kötü	6	0.6

Tablo 2’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin kendileri ile aynı sosyo-ekonomik düzeyde olan yaşlıları ile sağlık durumlarını karşılaştırdıklarında, %16.0’ı çok iyi, %77.6’sı iyi, %5.8’i kötü %0.6’sı çok kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Erengin ve Dedeoğlu’nun çalışmasında (1997), kişilerin %8.9’u çok iyi, %59.2’si iyi, %31.9’u kendi sağlıklarını olumsuz olarak değerlendirmektedirler. Sertçelik’in çalışmasında (1999), öğrencilerin %71.0’ı sağlık durumlarını iyi, %20’si çok iyi, %6.0’ı kötü %3.0’ı çok kötü olarak algılamaktadır.

Üniversite öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 3’de gösterilmiştir. En yüksek ve en düşük olarak işaretlenen maddelerin toplam ortalamasına göre sıralama şöyledir: kendini gerçekleştirme alt ölçeği  $35.6 \pm 6.4$ , sağlık sorumluluğu alt ölçeği  $20.3 \pm 5.7$ , kişilerarası destek alt ölçeği  $19.4 \pm 3.6$ , stres yönetimi alt ölçeği  $17.4 \pm 3.6$ , beslenme alt ölçeği  $14.9 \pm 3.5$ , egzersiz alt ölçeği  $9.5 \pm 3.5$ , Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması  $117.9 \pm 19.5$ ’dir.

Kendini gerçekleştirme, Maslow’un gereksinimlerinde en üst kademedeki yer almaktadır. Kendisini gerçekleştirmiş birey kendisini tanır. Kendisinden şikayetçi olmaz. Belli bir program çerçevesinde hedef ve amaç doğrultusunda yaşam sürer (Açıkgöz 1996, Battorf and Johnson 1996). Bu gerçekten yola çıkarak öğrencilerin yaratıcı, kararlı ve etkin davranışlarda

bulunacağı beklenir ve eğitim/öğretim yaşamına olumlu yansıtacağı açıktır. Üniversite öğrencileri, öğrenme ilkesini benimsemiş, eğitimle kendilerini sürekli yenilemeye ve kendilerini geliştirmeye çalışan bireylerdir. Üniversite öğrencilerinin bu nitelikleri, kendini gerçekleştirme düzeyini etkilemiş olabilir. Kendini gerçekleştiren birey, kapasitesini tam olarak kullanan kişidir. Birey aldığı eğitimle kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirir (Açıkgöz 1996). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlık sorumluluk düzeylerinin yüksek olması, kendi sağlıklarını izleme, kendi bakım sorumluluklarını alma, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusunda kendi potansiyel güçlerini kullanmaları ayrıca içsel kontrollerinin gelişmesinden kaynaklanabilir. Kişilerarası destek düzeylerinin yüksek olması, aile, arkadaş, akrabaları ile olumlu kişilerarası ilişki içerisinde olduklarını düşündürmektedir. Stres yönetimi puanının düşük olması yabancı bir çevrede ailelerinden uzak oluşları, yeni arkadaşlıklar, ekonomik sorunlar, okula uyum stresörlerin etken olduğu düşünülebilir. Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir (Tokgöz 1995). Araştırma grubumuzdaki öğrencilerin beslenme puanının düşük olması gençlerin beslenmeye önem vermemeleri, ailelerinden uzak oluşları, ekonomik zorluklar, yurt olanaklarının olumsuz-

luğuna bağlı olabilir. Fiziksel iyilik açısından organizmanın en üst olduğu genç toplumda, gençlerin egzersiz yapma düzeylerinin yüksek olması beklenirken, çalışmamızda egzersiz puanı düşük bulunmuştur. Bu durumun eğitim sisteminde egzersize yeterli önemin verilmeyişine, kampüs ve yurt olanaklarının spor yapmaya uygun olmayışına,

üniversite öğrencilerinin yoğun oldukları gerekçesi ile egzersize zaman ayıramamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenleri içerisinde bulunan durumsal faktörlere göre bireyin içinde bulunduğu çevre, sağlığı geliştirme davranışını etkilemektedir (Pahalank 1991).

Tablo 3. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları (n=1001)

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

Üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını algılamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir. Tablo 4 incelendiğinde, öğrencilerin sağlık durumlarını algılamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile alt ölçeklerden sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları ikişerli karşılaştırıldığında kendini 'çok iyi' hissedenler ile 'iyi' hissedenler arasında, kendilerini 'çok iyi' hissedenler ile 'kötü' hissedenler arasında, kendilerini 'çok iyi' hissedenler ile 'çok kötü' hissedenler arasında istatistiksel olarak farklılık anlamlı bulunurken ( $p<0.05$ ), diğerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin kendini çok iyi hissetmeleri sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarfedecekleri söylenebilir. Battorf ve arkadaşlarının çalışmasında (1996), sağlık durumunu algılama düzeyinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz üzerinde etkisi saptanmış ve bir yılsonunda tekrar yapılan analizlerde bu etkinin az da olsa devam ettiği bulunmuştur. Sertçelik'in (1999), Tokgöz'ün (1995), Akça'nın (1998) çalışmasına göre sağlık durumunu çok iyi algılayanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi yüksek bulunmuştur. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı, sağlık davranışlarının uygulamasında olumlu ya da olumsuz yönde etkiler (Matossorin and Black 1997).

Yaşantının büyük kısmının geçtiği yere göre üniversite öğrencilerinin sağlık algılama puan ortalaması incelendiğinde, metropolde yaşayanların puan ortalaması, ilçede yaşayanlara göre; metropolde yaşayanların puan ortalaması, şehirde yaşayanlara göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gelişmiş şehirlerde yaşamış olmak sağlık algısını olumlu etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Nitekim bu bölgelerde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim ve bunun gibi hizmetlerin çağdaş düzeyde sunulması bireyin kendisi ile olan uyumu, kendini kabul düzeyi, öz güveni ve öz saygıyı etkilediği söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin, anne eğitimine göre sağlık algısı puan

ortalaması incelendiğinde, lise mezunu, ilkokul mezununa göre; üniversite/ yüksekokul mezunu, ilkokul mezununa göre yüksek bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinin, baba eğitimi ve mesleğine göre sağlık algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sertçelik'in çalışması (1999) ile bizim araştırmamız paralellik göstermektedir. Yurt dışında yapılmış çalışmalarda eğitimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışların sağlık algısını olumlu bir şekilde etkilediği belirtilmiş olup (Duffy et al. 1996, Fong and Kuster 1993), bizim araştırma sonuçlarımızla benzer niteliktedir.

Tablo 4. Üniversite öğrencilerinin sağlık durumlarını algılamalarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları (  $n=1001$  )

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

Üniversite öğrencilerinin, şu anda yararlandığı sağlık kuruluşuna göre sağlık algısı incelendiğinde sağlık kuruluşundan yararlananlar, sağlık kuruluşundan yararlanamayanlara göre algılanan sağlık yüksek bulunmuştur. Erengin ve Dedeoğlu'nun yaptığı çalışmada (1997), sosyal güvencesi olmayanların sağlık algıları düşük bulunmuştur. Bu sonuçların sağlık hizmetleri veren kaynaklardan, öğrencilerin nasıl

yararlanacağını bilmesi ve uygulamasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Üniversite öğrencilerinin, sosyal aktiviteye katılma durumlarına göre incelendiğinde, sosyal aktiviteye katılma durumlarına "evet" cevabını verenler, "hayır" cevabını verenlere göre sağlık algısı puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe sağlık davranışını benimseme artmaktadır (Tabak 2000). Üniversite



öğrencilerinin yarar algısını benimzediklerini ve sağlık davranışlarına yansıtıktıkları söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin, kronik hastalığı olup olmamasına göre sağlık algısı arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ahijevych ve Bernhard'ın çalışmasında (1994), tıbbi bir hastalık tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışının kazandırılmasında etkili olan faktörlerden birisi de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır (Tabak 2000). Bu çalışmada öğrencilerin hastalığı tehdit olarak algılamadığı, kronik hastalığı olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına hastalıkları gereği önem vermedikleri söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin %12.0'nin alkol kullandığı, alkol kullananların %16.5'inin hergün, %38.0'nin haftada 2-3 gün alkol kullandığı saptanmıştır. Tümerdem ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, üniversite öğrencilerinin %18.0'nin devamlı alkol kullandığı tespit edilmiştir. Birinci derecede gelişmiş illerde yaşayan gençler arasında alkol kullananların oranı %22.4, ikinci derecede gelişmiş illerde bu oran %13.5'tir ve çalışmamız yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1997). Alkol kullanımının kontrol altına alınmaması durumunda Avrupa'da yaşayan gençlerin 330 milyonunun erken yaşta kaybedileceği tahmin edilmektedir (Bertan ve Güler 1995). Alkol kullanımı sosyal ilişkileri azaltıp, riskli davranışları artırmaktadır. Fazla alkol tüketimi karar verme yeteneğini ve psiko-motor aktiviteleri azaltmakta, intihar girişimlerini ve yaralanmaları artırmaktadır (Yılmaz 1992). Gözle görülür ciddi sağlık problemlerine neden olabilen alkol kullanım oranı, diğer yapılan araştırma sonuçlarından düşük bulunmuştur, ancak gençlik döneminde arkadaş grubunun davranışları yönlendirmede etkin

olabileceği düşüldüğünde ve alkolün bağımlılık yapıcı özelliğinin olması nedeniyle, alkol kullanmayan öğrencilerin alkol kullanım açısından riskli olabileceğini düşündürmektedir.

Üniversite öğrencilerinin, alkol kullanma durumlarına göre incelendiğinde, alkol kullanmayanların sağlık algısı puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre alkol kullanan üniversite öğrencileri, alkol kullanmanın sağlıkları için bir tehdit olarak algılamamaları ve alkol kullanma davranışlarında, engel algısının yarar algısına üstün gelmesi ile puan ortalamaları alkol kullanmayanlara göre düşük olduğu söylenebilir. Bireysel sağlığı kötü algılama alkol kullanımı gibi diğer pek çok risk faktörünün ortaya çıkmasını sağlayacak davranışlarda büyük risk oluşturmaktadır. Üniversite öğrencilerinin bu konuda riskli bir grup olduğu söylenebilir. Tokgöz'ün (1995), Akça'nın (1998) çalışmasında ise alkol kullanan bireylerin alkol kullanımı ile sağlığı geliştirme davranışları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

#### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Üniversite öğrencilerinin sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlığı algılama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bilimsel araştırmalarla ortaya konularak, gereksinimleri saptanmalı, sağlıkla ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır.

Alkol kullanımına bağlı olarak alkolün sağlığa zararlı etkileri, eğitim programları içinde işlenmelidir. Alkol kullanımını azaltmasına yönelik "Alkole Hayır" kampanyası başlatılmalıdır.

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

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

#### KAYNAKLAR

- Açıkgöz KÜ** (1996). Maslow'un gereksinim kuramı. Etkili Öğrenme ve Öğretme, Kanyılmaz Matbaası, İzmir,193-201.
- Ahijevyey K, Bernhard L** (1994). Health promoting behaviors of African American women. Nursing Research 43(2): 86-89.
- Akça Ş** (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu** (1997). Türk Ailesinde Adölesanların Sorunları. Bilim Serisi, Takav Matbacılık, Ankara.
- Battorf JL, Johnson JL** (1996). The effects of cognitive-persceptual factors on health promotion behavior maintainence. Nursing Research 45(1): 30-36.
- Bertan M, Güler Ç** (1995). Adölesan ve okul sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Yayınları, Ankara, 187-225.
- Çakırcalı E** (1996). Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Diem E, McKay L** (1995) Health concerns of adolescent girls. Journal of Pediatric Nursing 10(1):19-27.
- Duffy M, Hernandez M, Rossow R** (1996). Correlates of health promotion activites employed mexican american women. Nursing Research 45(1): 18-24.
- Dünya Sağlık Örgütü** (1998). 21. Yüzyıla Yönelik Herkes İçin Sağlık Politikası, Gündem Maddesi 19, <http://www.who.ch/hpr/Declare.htm> (erişim tarihi:11.07.2006).
- Erbaydar T** (2002). Sağlık kim için? Toplum Hekim Dergisi 17(4): 304-307.
- Esin N** (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 7(45):88-89.
- Erengin H, Dedeoğlu N** (1997). Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. Toplum ve Hekim 12(77):11-16.
- Fong CM, Kuster AE** (1993). Further psychometric evaluation of the spanish language health promoting lifestyle profile. Nursing Research 42(5): 266-269.
- Gözüm S, Tezel A** (2000). Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarını

Üniversite öğrencileri için, sosyal ve sportif faaliyetler programları yaygınlaştırılmalı ve kişilerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmelidir.

- etkileyen faktörlerin path analizi ile açıklanması. I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ofset Matbaacılık.
- Hayran O, Sur H** (1997). Sağlık ve Hastalık Kavramları, Sağlık Hizmetleri El Kitabı.Yüce Yayın, İstanbul, 1-32.
- Herkes İçin Sağlık Hedefleri** (2000). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Ankara, <http://www.who.ch/hpr/> (erişim tarihi: 24.07.2006).
- Karaoğlu L, Pehlivan E** (1996 ). Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin sağlıkla ilgili bilgi ve davranışlarının incelenmesi. 5.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Ekim, İstanbul.
- Matossorin JE, Black JM** (1997). Medical Surgical Nursing. 5.Th Edition, Wb Sounder Comphany Philedelphia Pansilvania.
- Öztek Z** (2001). Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi 7(39): 204-205.
- Pahalank C** (1991). Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research. Nursing Clinics of North America December 26(4):815-832.
- Perk M, Şanlı T, Tuncel N** (1992). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:568, Etem A.Ş. Web-Ofset Eskişehir.
- Sertçelik E** (1999). Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V** (2002). Araştırma Yöntemleri, Hatipoğlu Yayını, Ankara.
- Spellbring M** (1991). Nursing role in health promotion. Nursing Clinic North America 26(4): 805-813.
- Tabak RS** (2000). Sağlık, Sağlık Davranışı İle İlgili Modeller. Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara,1-2.
- Tokgöz P** (1995). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 24(2): 229-238.
- Yılmaz A** (1992). Alkol ve etikleri. Sendrom 4(9): 12-15.