2018

YÜKSEK LİSANS TEZİ



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şerife ÖZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

Şerife ÖZ

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şerife ÖZ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Şerife ÖZ

Yüksek Lisans Tezi

19.06.2018

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KOÇ

Jüri Üyeleri

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül KOÇ

Dr. Öğretim Üyesi Sema KOÇAŞLI

Dr. Öğretim Üyesi Derya TÜLÜCE

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Yapılmış olan bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

19.06.2018

Şerife ÖZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince emek ve yardımlarını benden esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ'a sonsuz saygı ve şükranlarımı bir borç bilirim.

Tez sürecimde bana gösterdikleri manevi destek için başta eğitim hemşireleri E. Jülide SESİGÜR ve Büşra KARAGÖL olmak üzere tüm Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu hocalarıma çok teşekkür ederim.

Her daim yanımda olan, maddi ve manevi hiçbir desteği benden esirgemeyen annem Güler ÖZ'e, bu süreçte bana en büyük inanç ve sabrı gösteren, her aşamasında bana destek olan sevgili eşim Alp Giray ÖZ'e ve en çok fedakârlık yapmak zorunda kalan dünyadaki en değerli varlığım, benim küçük adamım, biricik oğlum Toprak ÖZ'e, eğitimim süresince gösterdikleri anlayışları ve her zaman arkamda durdukları için çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vi**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **viii**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Sağlık Kavramı 3

2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 3

2.2.1. Sağlık Sorumluluğu 4

2.2.2. Fiziksel Aktivite 5

2.2.3. Beslenme 6

2.2.4. Manevi Gelişim 6

2.2.5. Kişilerarası İlişkiler 7

2.2.6. Stres Yönetimi 8

2.3. KVH Kavramı 8

2.3.1. KVH Risk Faktörleri 8

2.4. Gençlik Dönemi 9

2.4.1. Üniversite Gençliği 10

2.5. Riskli Sağlık Davranışları 10

2.5.1. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı 12

2.5.2. Alkol Kullanımı 13

2.5.3. Sağlıksız Beslenme 13

2.5.4. Fiziksel İnaktivite 14

2.6. Dünyada ve Türkiye'de Kronik Hastalık Durumu 15

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirelik 15

3. MATERYAL VE YÖNTEM 18

3.1. Araştırmanın Şekli 18

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

3.3.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak; 19

3.3.2. Dışlanma kriterleri olarak; 19

3.4. Araştırmanın Uygulanması 19

3. 5. Veri Toplama Araçları 20

3.5.1. Demografik Veri Formu 20

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBD II) ... 20

3.5.3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) 22

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 21

3.6.1. Bağımlı Değişkenler 22

3.6.2. Bağımsız Değişkenler 23

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 23

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 23

4. BULGULAR 24

5. TARTIŞMA 40

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 53

6.1. Sonuçlar 53

6.2. Öneriler 55

7. KAYNAKLAR 60

8. EKLER 69

EK – 1. Demografik Veri Toplama Formu 69

EK – 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği 71

EK – 3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri (KARRİF BD) Ölçeği 73

EK – 4. Gönüllü Olur Formu 75

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu 76

EK – 6. Özgeçmiş 84

ÖZET

Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Çalışma üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimine yönelik davranışlarını ve kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini Ufuk Üniversitesinin Hukuk Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Tıp Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulunda kayıtlı 3488 öğrenci oluşturmuştur. Yapılan hesaplama sonucunda % 95 güven aralığında alınması gereken minimum örneklem sayısı 608 olarak tespit edilmiştir. Çalışma 2017-2018 yılı güz ve bahar dönemlerinde yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II) Ölçeği, Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF BD) ölçeği ve demografik veri toplama formu kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin; yaş ortalamasının 22.7± 2.4, %58.9'unun kadın olduğu, %70.9'unun ilde yaşadığı, %85.5'inin herhangi bir hastalığı olmadığı, %55.6'sının geliri giderden fazla olduğu, %53.5'inin ailesi ile birlikte kaldığı, %7.4'ünün sağlık güvencesi olmadığı belirlendi. Öğrencilerin SYBD II ölçek puan ortalamaları 124.0±17.4, manevi değişimin en yüksek alt boyut puanını, fiziksel aktivitenin en düşük ölçek alt boyut puanını aldıkları bulundu. Öğrencilerin SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bölüm, sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk, ekonomik durum, ikamet, en uzun süre yaşanılan yer ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Öğrencilerin KARRİF-BD ölçek puan ortalamaları 17.0±5.2 olarak saptanmıştır. KARRİF BD ile okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, ekonomik durum, ikamet durumu ve en uzun yaşanılan yer ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Gençlerin KVH değiştirilebilen risk faktörlerini tanıması ve kardiyovasküler sağlığı koruyucu sağlık davranışlarının yani sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kardiyovasküler, risk faktörleri, sağlık davranışları.

ABSTRACT

Determination of Healthy Lifestyle Behaviors and Knowledge Levels of Cardiovascular Risk Factors of University Students

The study was conducted descriptively to examine of university students healthy lifestyle behaviors and the knowledge levels of cardiovascular risk factors.

The universe of the study was included 3488 students who were enrolled in the Faculty of Science and Letters, Faculty of Education, Faculty of Law, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Faculty of Medicine and School of Nursing of Ufuk University. As a result of calculations, minimum sampling to be set by 95% reliability was determined as 608 individuals. The study was conducted during the fall and spring semesters of 2017-2018. Healthy Life Style Behavior II (HLSB II) scale, Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) scale and demographic data collection form were used to collect the data.

It was determined that 58.9% of the students participating in the study were women, 53.5% of them were living together with their families, 7.4% of them did not have health insurance, 70.9% of them were living in the city, 85.5% of them had no chronic illness and the average age of sampling was 22.7 ± 2.4%. The mean score of students' HLSB II was 124.0 ± 17.4, the highest score was found to be spiritual change subscale and the lowest score was taken from physical activity subscale. It was determined statistically significant difference was found between the score taken by students in the SYBD, its subdimensions score and the place, class, age, health insurance, scholarship, economic status, residence ($p<0.05$). The average scores of CARRF-KL scale of the students were determined as 17.0 ± 5.2. A statistically significant difference was found between CARRF-KL and the department, class, gender, age, health insurance, economic status, residence status and the place where one lives the longest life of one's life.

It is recommended that young people should be able to identify CVD risk factors that can be changed and to provide cardiovascular health protective behaviors.

Keywords: Health behaviors, level of knowledge, nursing, risk factors.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ark.	: Arkadaşları
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KARRİF BD	: Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Üniversite öğrencilerinin gelir durumları 25

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Üniversite öğrencilerine ait sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=608) 24

Tablo 4.2. Öğrencilerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve alt boyutlarının puan durumlarının dağılımı (n=608) 25

Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (n=608)..... 26

Tablo 4.4. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları KARRİF BD ölçek toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608) 27

Tablo 4.5. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608) 31

Tablo 4.5. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608) (devam)..... 32

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre ölümlerin, gelişmiş ülkelerde %70- 80'i, gelişme sürecindeki ülkelerde %40 ila %50'si yaşam şeklindeki sağlıksız davranışlardan kaynaklanmaktadır. Bu durum sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini işaret etmektedir. DSÖ'nün 2017 yılı raporlarında önde gelen ilk 10 ölüm sebebi içinde birinci sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Bu hastalıklar son 15 yılda dünya çapında ölümlerin ilk nedeni olarak kalmaya devam etmektedir (1,2).

Kişilerin yaşamı boyunca mevcut sağlığını devam ettirmek ve yaşamını olumsuz etkileyecek hastalıklardan korunmaya yönelik inançları doğrultusunda yaptığı davranışların tamamı sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak ifade edilmektedir (3). Sağlıklı yaşam biçimi bireyin kendini gerçekleştirme, stresini yönetme, kendi sağlık sorumluluğunu alma kişiler arası ilişkiler, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarını içerir.

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)'ın ana sebebleri arasında başta sağlıksız yaşam biçimi ve sosyal çevre yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları için KVH'da bireyin değiştirilebilen risk faktörlerinin farkında olması hastalık yönetiminde bir ön koşul olarak görülmektedir. Yaşam biçimi ve davranışları değiştirmek, ekonomik ve etkili olması sebebiyle toplumu esas alan koruma da en önemli faktördür (3). Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmek bilgi ve motivasyon eksikliğine neden olacağı için, KVH'ı önlemeye yönelik çalışmalar toplumu bilgilendirmeye odaklanmaktadır (4). Kardiyovasküler hastalıklardan korunma programların planlanması ve değerlendirilmesi için toplumun KVH'a neden olan risk etmenleri hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

Üniversite zamanları kişisel hayatta önemli değişimlerin olduğu bir dönemdir. Üniversitede verilen eğitim kapsamında yalnızca mesleki eğitim değil bunun yanında

kişilik gelişimine, kişisel hayata ve bireyin sağlık davranışlarına etki eden eğitimlere de yer verilmektedir. Üniversite öğrencilerinin sağlık ile ilişkili inanç ve davranışlarının her ne kadar kendini etkilediği düşünülse de şu an ki ve ileride sahip olacağı aile üyelerini ve içinde bulunduğu toplumsal yapıyı da etkilemektedir (5).

Olgunlaşma ve hayata hazırlık dönemi olan gençlik döneminde bağımsızlık kazanma isteği, gencin ilgi alanlarındaki artış, karar verme yetisinin gelişmesi, gelecek kaygısı, zamanının büyük kısmını dışarıda geçirme, sosyal hayata girme, yaşıtlarıyla bütünleşme gibi süreçleri olumlu geçmesi beklenir. Bu yaşam şeklindeki değişiklikler ile birlikte stresi yönetememe, sağlık sorumluluğunu alamama, kötü beslenme gibi riskli sağlık davranışlarını da görülmektedir (6).

Gençler, optimal sağlık düzeyi ile sonuçlanan seçimler yapabilmek için sağlık çalışanlarından daha fazla destek ve yardıma ihtiyaç duyar (7). Sağlığın geliştirilmesinde ve bireyin sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesinde ve yönlendirilmesinde sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelere büyük rol düşmektedir.

Sağlık profesyonelleri içerisinde hemşireler, bireylerin mevcut durumunun değerlendirilmesi, KVH riskinin belirlenmesi ve korumaya yönelik önlemlerin alınmasında kesintisiz hizmet sunması sebebiyle kilit roldedir. Erişkinlerde KVH riskini azaltmaya yönelik hemşire liderliğinde yürütülen çalışmalarla KVH riskinin azalabileceği, bireye özgü verilen eğitimle yaşam tarzı değişikliği yapmak KVH risk faktörlerinde iyileşme sağlayabileceği belirtilmektedir (8).

Sağlığı iyileştirici davranışların üniversite hayatında şekillenmeye başladığı göz önünde bulundurulduğunda bulgularımızın, öğrencilerin sağlığı iyileştirme davranışlarının geliştirilmesi açısından farkındalık oluşturacağı, gerekli fakülteleri ve üniversite idarelerini hareketlendireceği ve gençlik programlarında tasarılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda araştırmada Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, kişinin hayatı boyunca değişebilen dinamik bir olgudur. Bireyin farklı bedensel ve psikososyal boyutlarda işlevlerini devam ettirebilmesi, adapte olabilmesini gösterir. Sağlık, bedenen iyilik ve yeterliliğin yanı sıra, kişinin ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevresel faktörler ile baş edebilme ve çevreyi uygun biçimde değiştirebilme şeklidir (9).

Sağlık kavramı ve sağlık anlayışının dikkat çeken özelliği evrensel olmasıdır. Sağlık kavramı kültürler arası, bireyler arası ve toplumlar arası farklılık göstermektedir (10). Bir ülke veya bir toplum için sağlıklı görülen bir bireyin, farklı ülke veya toplumda, sağlıklı görülmeyişi, sağlık algısının değişkenliğinin bir göstergesidir.

2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamı yaşam biçimidir. Sağlıklı yaşam biçimi ise bireylerin sağlık durumunun el verdiği davranışları belirleyerek günlük faaliyetlerini organize etmesi ve sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol altına alabilmesidir. Diğer bir ifadeyle, tek başına hastalıklardan korunmak değil, iyilik düzeyini artıran davranışların hayat boyunca sergilenmeye çalışılmasıdır. Sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir parçası olarak belirtmiş olan Pender'e göre; beslenme, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu alma, fiziksel aktivite, stresi yönetme ve kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bileşenleridir (11).

Uzun yıllar insanlar sağlığı korumak ve geliştirmek için doktorların, hemşirelerin ve hastanelerin etkili olduklarını düşünmüşlerdir. İlerleyen zamanda ise insanların sağlıklarını korumanın ve geliştirmenin yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu fark edilmeye başlanmıştır (3). Her zaman isteyerek ve bilinçli olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan çekindikleri bir şeyleri anlatmak için davranış

kelimesi kullanılır. Sağlık davranışları; bireyin sağlıklı olabilmek adına yaptığı ve inandığı herhangi bir faaliyet ve sağlık ile ilgili şikayetlerinin olmadığı zamanlarda hastalığı engelleyici davranışlarıdır. İçinde bulunduğumuz bu dönemde diyet, egzersiz, stres ve sigara içme yaşam şekli ile alakalı davranışlardır. Bahsedilen bu tarz davranışların kardiyovasküler hastalık riski ve genel sağlık üzerinde etkili olduğu; hipertasiyon, kanser, diyabet ve kalp hastalığı gibi kronik hastalıklardaki mortalite ve morbiditenin alışılmış yaşam şekli ve sağlık ile ilgili davranış değişiklikleri ile ciddi ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir (12).

Sağlık davranışı temelde iki gruptan oluşur. Bunlar olumlu ve olumsuz sağlık davranışıdır. Bireylerin öz sağlığını ve diğer kişilerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli çabaları olumlu sağlıklı davranışını ifade eder. Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak; yılda en az bir kez sağlık kontrolünü yaptırmak, düzenli uyumak, yeterli ve dengeli beslenme, spor yapmak ve diğer bireylerle olumlu iletişim kurmak verilebilir. Bireylerin sağlık adına olumlu olan bu davranışlara sahip olmaları önemlidir. Bireyler bu davranışı kazanması için, davranışlar hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmalıdır. Kişiler sahip oldukları bilgileri, davranış biçimlerinde değişiklik için kullanmalıdırlar. Aksi takdirde, bireyler olumlu olmayan sağlık davranışı sergileyebilirler. Bireylerin kendi sağlığını tehlikeye atan ve risk oluşturan eylemlerde bulunması ise olumsuz sağlık davranışlarını ifade eder (13). Sigara ve alkol kullanma, düzensiz ve dengesiz yemek yeme, riskli cinsel ilişkide bulunma olumsuz sağlık davranışına örnek verilebilir.

2.2.1. Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk, yetki alanına girmekte olan herhangi bir olayın ya da davranışın sonuçlarını kişinin kendi üstlenmesi olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sorumluluğu ise kişilerin kendi iyiliği için yaşamlarında aktif rol almalarıdır (14). Bireylerin sağlık alanında birtakım haklara sahip olduğu günümüzde, aynı bireylerin bazı sorumluluk ve ödevlerinden söz etmek muhtemeldir. Dünyada gelişmekte olan bakış açısı, kişilerin sağlık durumlarının korunması ve sürdürülmesi hususunda kişilerin kendilerinin sorumlu tutulması gerektiği üzerinedir (15). İçeriği açıkça belirtilmese de hasta olsun olmasın, kişilerin sağlıkları yönünden bir "sorumluluk" davranışı içinde olmaları gerektiği görüşü dünyada yükselen bir grafik oluşturmaktadır.

Sağlık sorumluluğu kişilerin sağlıklarını koruma ve bunun yanında hastalıkları engellemek adına bireysel inanç ve davranışlarını yeniden şekillendirmesini ifade etmektedir. Sağlık sorumluluğu kişilerin sağlığına ne düzeyde katkıda bulunduğunu ve katıldığını göstermektedir.(16). Sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde kendi sağlık sorumluluğunu almak önemlidir. Bireyin yaşam biçiminin ve davranışlarının sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlamak riskli davranışlardan kaçınmasını sağlar.

2.2.2. Fiziksel Aktivite

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, bireylerin sosyalleşmesinde, kötü alışkanlıkların önlemesinde kısacası yaşam kalitesinin yükseltilmesinde düzenli fiziksel aktivite büyük öneme sahiptir.

Sonucunda enerji tüketimi olan herhangi bir vücut hareketi aktivitedir. Büyük kas gruplarını belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kardiovasküler direncin arttırılması ve kas performansının geliştirilmesi fiziksel aktivitedir (17). Diyabet, Kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, obezite gibi kronik hastalıkların bireylerde görülme sıklığının artmasının sebebi yaşam tarzında hareketsizliğin artmış olmasıdır (18).

Yalnızca fizyolojik değil, duygusal olarak da sağlıklı olması ve bu durumu devam ettirebilmesi adına fiziksel hareket, çevrede yer değiştirebilmesi, kas gruplarının kasılıp gevşemesi gereklidir (18). Fiziksel aktivite sadece ağır spor faaliyetleri gibi algılanıyor olsa da yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklet kullanmak, eğilip kalkmak, baş, gövde, kol ve bacak hareketleri de fiziksel aktivite kapsamındadır. Bunların bir kısmı ya da tamamını barındıran oyunlar, bazı sporlar, egzersiz, dans etme de fiziksel aktivitedir (19).

Bir araştırma sonucunda; haftanın çoğu günü orta düzeyde en az 30 dakika egzersiz yapanlar bireyler ile aktivite düzeyi az olan bireyler karşılaştırılmış ve fiziksel aktivite düzeyi düşük olanların diğer gruba göre ölüm riskinin %20-30 daha fazla olduğu bulunmuştur. Buna ilaveten optimal düzeyde fiziksel aktivitenin başta prostat, kalın bağırsak, rahim, meme ve akciğer kanserleri olmak üzere yıllık 165.000 ile 330.000 arasında kanserin önlenebileceğini belirtmektedir (18).

2.2.3. Beslenme

Beslenme başta yaşamın sürdürülmesi, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların tedavisi, yaşam kalitesini yükseltmek için; kişinin fizyolojik olarak büyüme ve gelişim göstermesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan temin edilmesi ve bunların gerekli şekilde vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanmaktadır (20). Beslenme bireyin hayatını idame ettirebilmesi için gerekli bir eylemdir.

Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada önemli faktörlerden biri beslenmedir. Sağlıksız beslenme günümüzün sık karşılaşılan KVH, kanser, diyabet, obezite gibi kronik hastalıkların meydana gelmesinde önemli bir etken olarak bilinmektedir (21). Sosyokültürel ve ekonomik birçok faktör yeterli ve dengeli beslenmeyi etkilemektedir.

Günümüzde erken yaş dönemlerinde özellikle de gençlerde "fast food" türü beslenme sıklıkla görülmektedir. Bu beslenme tarzı fazla kilo ve obezite sorunlarının ortaya çıkma nedenleri arasındadır (22). Gençlerin öğün düzenlemesinde üç temel üç yan öğün şeklinde beslenmeler sağlanmalıdır. Tüketimi riskli olan yüksek şeker, tuz ve yağ içeren yiyecekler ile asitli içecekleri azaltmaları bunun yanı sıra tahıl ve tahıllı gıdalar, et ve balık, taze meyve ve sebze tüketiminin arttırılmaları sağlanmalıdır.

2.2.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim; kişinin hayat amacının, kendini memnun edebilme düzeyinin, benliğini ortaya çıkaran kendini gerçekleştirme kabiliyetinin ve kendini ne düzeyde tanıdığının ifadesidir (23).

Makhija, maneviyat için yaptığı tanımlamasında amaç ve değerlerle özdeşleşmiş geniş bir kavram olarak ifade ederken (24); Oldnall insanın hayatını anlamlandıran ve kişinin yaşamında değişikliklere sebep olan inanç ve değerler düzenini oluşturmasında bireye yol gösteren itici bir güç olarak ifade etmiş ve her bireyin içsel olarak hissettiği ruh şeklinde tanımlamış (25).

Bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güç manevi gelişimdir. Manevi

gelişim fiziksel boyutu ve fiziksel boyutun ilerisindeki kişisel farkındalıklar olarak da tanımlanmaktadır (23). Hemşirelerde yapılan bir çalışma, manevi değerlerin katılımcılarda bireyin olumlu yaşam biçimini desteklemesi ve anksiyetenin azalması ile birlikte kendisini ortaya koymasını, güçlü, barış içerisinde ve umutlu olmasını sağladığından sağlık ve hastalık üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (26).

2.2.5. Kişilerarası İlişkiler

Pender bireylerin kişilerarası ilişki sistemini; bireylerle doyum sağlayıcı ve anlamlı ilişkiler kurma, başkalarını gerekli durumlarda olumlu eleştirebilme, sevdikleri ile birlikte olmak için kendine zaman yaratma, kendine yakın gördüğü bireylerle terapotik iletişime geçme, tartışma ve uzlaşma yolu ile problemleri çözme, fikir alışverişinde bulunma şeklinde yorumlamıştır (11).

Kişilerarası ilişkiler, kişinin sözlü ve sözlü olmayan mesajlarla duygu ve düşüncelerini paylaşmayı, kişini diğer kişiler ile olan gereklilikler dışında anlamlı ilişkiler kurmasını içerir. Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan biri olan aktif dinleme bireyi tanımada, bilgi alışverişinde, sorunların tespiti ve çözümün bulunmasında önemlidir. Kişilerarası desteğin iyi olması birey için problemlerin daha kolay üstesinden gelmek, üretkenliğin ve yaşam kalitesinin artması anlamına gelir (27). Birey yaşamı boyunca kendisi ve çevresi ile iletişim halindedir. Tüm ilişkiler, bireyin yaşamında bir tecrübe ve geleceğe dönük alınacak önlemler açısından birer pusula niteliğindedir.

Üniversite yıllarında gençler içlerinde sosyal gelişimlerine katkıda bulunacak bir gruba ait olma duygusu barındırmaktadır. Gençler, kendisi ile alakalı ne düşünüldüğünü önemserler ve arkadaşları tarafından kabullenilmek isterler. Bu dönem genç bireylerin oluşturdukları arkadaş gruplarında yazılı olmayan bir takım grup kuralları vardır. Bu kurallara uymaya özen gösteren bireyler gruba dahil edilirken, uymayanlar grup dışına itilmektedir. Gençlerin içinde bulunduğu bu yıllarda sosyal ilişkilerinin bozulması, aile içinde anlaşmazlıklar yaşaması ve üzerinde baskı hissetmesi, gençleri yapıcı arkadaş grupları yerine olumsuz arkadaş gruplarına yöneltmektedir (28).

2.2.6. Stres Yönetimi

Cüceloğlu stres için, bireyin sosyal ve fiziki çevredeki uyumsuz koşullar sebebiyle, duygusal ve fiziksel sınırlarının çok daha ilerisinde sarf ettiği çaba şeklinde tanımlama yapmıştır (29).

Psikolojik, fizyolojik ya da sosyal etmenlerle ilişkili olarak stres meydana gelebilir. Vücudu alarma geçiren stres, kan akışını hızlandırmakta ve kalp atışını arttırmaktadır (30). Bu nedenle stresten en çok etkilenen hastalıklar kardiyovasküler hastalıklardır.

Fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı üniversite yaşamına geçiş dönemi gençler için stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Olumlu sağlık davranışlarındaki azalma ve olumsuz davranışlardaki artma ile stres sağlığını olumsuz etkilemektedir (31). Stres yönetiminin amacı, stresi kontrol etmek ve stresle baş etmeyi öğrenmektir Stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmek birey için önemlidir. Yaşam kalitesini yükselten ve hastalıkların önlemesine katkı sağlayan stres kontrolü sağlığın geliştirilmesine yönelik önemli hedeflerden biridir.

2.3. KVH Kavramı

Kardiyovasküler hastalık, kalp ve damarlarda bozukluklara neden olan bir grup hastalıktan oluşur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 raporunda belirtildiğine göre, mortalite ve morbidite nedenlerine bakıldığında KVH ilk sıralarda yer almaktadır (2). Ülkemizde de benzer durum söz konusudur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre 2014 yılında 375.291 kişinin ölüm vakasında neden bildirmiştir. Ölümlerde neden: kadınlarda %44.9, erkeklerde %36.6 kardiyovasküler hastalık kökenlidir (32).

2.3.1. KVH Risk Faktörleri

Risk faktörü kavramı; yaşam biçiminden kaynaklı, fizyolojik ve biyokimyasal faktörler gibi değiştirilebilir ve değiştirilemez kişisel özellikleri barındırır. "Risk faktörü" kavram olarak ilk kez kalp ve damar hastalıkları için kullanılmıştır (33).

Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak iki başlık altında incelenmektedir. Bu risk faktörleri yönünden bireylerin tanılanması ve gerekli önlemlerin alınması KVH'lardan korunma ve sağlığın sürdürülmesi açısından önemlidir (34).

Değiştirilemez risk faktörleri:

- Yaş
- Cinsiyet
- Birinci derece akrabalarda koroner arter hastalığı öyküsünün bulunması

Değiştirilebilir risk faktörleri:

- Diabetes mellitus ve kötü kan şekeri regülasyonu
- Sigara kullanımı
- Hipertansiyon
- Dislipidemi
- Obezite veya viseral yağlanma
- Psikososyal faktörler
- Sedanter yaşam, fiziksel aktivitenin az olması
- Taze meyve ve sebze tüketiminin azlığı
- Düzenli alkol kullanımı

2.4. Gençlik Dönemi

Türk Dil Kurumu (TDK) gençlik kelimesi için "insan hayatının ergenlikle orta yaş arasındaki dönemi" şeklinde tanımlama da bulunmuştur (35).

Gençlik dönemini ifade eden pek çok tanım bulunmaktadır. Geneli itibariyle çocuk, ergen ve genç kavramları arasında, çocukluktan erişkinliğe bir geçiş dönemi olarak görülen gençlik dönemi için kesin çizgiler yoktur.

Gençlik çağı, her gencin kendine özgü uyum sağladığı yaşam tarzı, iletişim kurma biçimi, düşünme yapısı ve dili kullanma şekli ile farklı bir dönemidir (36).

2.4.1. Üniversite Gençliği

Üniversite hayatı ile gençler mesleki gelişimin yanı sıra hem sosyal hem de kişisel gelişme gösterirler. Pek çok zorlukları olmasına rağmen bu dönem gençleri erişkinliğe hazırlaması sebebiyle önemlidir. Bu dönemde gençler çoğunlukla hem yer değiştirmiş olma hem de psikolojik açıdan kültüründen ve ailesinden ayrı bir ortamdadırlar. Akademik, ekonomik, kişisel ve sosyal olmak üzere pek çok sorumluluklarla baş etmesi gerekmektedir. Anksiyetenin önemli bir sebebi olan bu durum aslında gencin kendini geliştirmesi büyük bir fırsattır (37).

Aileden ayrılma, yeni arkadaşlar edinme, yurt yaşantısına uyum sağlama, barınma problemleri, maddi güçlükler ve toplu yaşam koşullarına alışma gibi pek çok sorunla baş başa kaldıkları dikkate alındığında ruhsal açıdan birçok olumsuzluğa maruz kalmaktadır (38). Üniversite öğrencileri gelişim dönemine özgü çatışmalar sebebiyle adaptasyon sorunları yaşayabilmektedirler. Bu uyum sorunları onları riskli davranışlara itmektedir.

Bu dönemde bireyin hem mesleki eğitimi ve gelişimi sağlanmaktadır hem de bireyin kişiliğinde, bireysel yaşamında ve sağlık davranışları geliştirmesinde de önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Oluşan değişiklikler bireyin ileriki yaşamını, ailesini ve dolayısıyla toplumu etkilediği için önem kazanmaktadır. Özellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları daha sağlıklı bir toplum gelişmesinde etkilidir. Bir topluma ait sağlık seviyesi o toplumdaki sağlıklı bireylerin sayısı ile ölçülmektedir (39).

2.5. Riskli Sağlık Davranışları

Kelime anlamı olarak risk, zarara uğrama tehlikesidir (40). Bir eylemin sonuçlarının olumsuz olma olasılığının ve bu olumsuzluğun büyüklüğünü ifade eder. Gerçeklik ve olasılık arasındaki fark bütün alanlarda riskin ortak noktasını oluşturmaktadır. Risk kavramsal çerçevede ele alındığında, canlıların bir eylem karşısında zarara ya da kayba uğrama ihtimalidir. Riskin etkinliği içinde bulunulan dönemin özelliklerine göre çeşitlilik gösteren toplumun ruhsal, sosyal ve ekonomik düzeyine göre artar veya azalır (41).

Çoğunlukla bir uyarıya karşı davranış oluşturmadan önce beynimiz bunu tasarlar ve sonrasında eyleme dönüştürürken bazen davranışların uyarıcının farkında olmadan refleks olarak ortaya çıktığı gözlemlenir. İnsan yaşadığı çevreyle sürekli bir alışveriş halindedir. Bu durum sürekli bir uyarılma ve uyarma sürecini ifade eder (41). Tutum ve davranışların şekillenmesinde pek çok etmen rol almaktadır. Bunlardan bazıları; paylaşımda bulunulan arkadaş çevresi, aile yapısı, genetik faktörler, çocukluk dönemi, içinde yaşanılan toplumun adetleri ve inançlarıdır. Bunlar kişilerin hayatlarına farklı biçimlerde etki ederken; bunların sonucunda tüm davranış unsurlarını kapsayan toplumlar ortaya çıkar.

Riskli davranışlar, kişilerin birlikte olduğu sosyal çevreye ve benimsedikleri değerlere göre farklılıklar göstermektedir. Kişiler değişim gösteren durumlara ve olaylara karşılık sürece adapte olmaktadırlar. Bu adaptasyon süreci ise kişilerin tutumlarını etkilediği gibi davranışlarını da etkilemektedir. Yaşanılan toplum içindeki yönelimler ve toplum baskısı, bireyleri beklenmeyen davranışlara yönlendirebilir. Riskli davranışlar insan hayatını olumsuz etkileyebilir. Bu durumda olumsuz etkileri azaltmak için sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik kişilerin sahip oldukları bilgi arttırılmalı ve sağlığı olumsuz etkileyebileceği bilinen riskli davranışlardan kaçınılmalıdır. Sağlığın korunmasında başta sağlam aile bağları, iyi bir çevre, dengeli davranışlar, iş ve çalışma ortamının iyi olması, iyi motivasyon ve yüksek moral önemli bir role sahiptir (42).

Riskli davranışların ortaya çıkmasını tetikleyen sosyal, çevresel, psikolojik ve kültürel ortamlardan uzaklaşılmalıdır. Aksi takdirde genellikle sonuçları olumsuz olan riskli davranışlar meydana gelmektedir. Gençlerin uygun yönlendirilmesi, ileri de kendi adına ve toplum yararına fayda sağlayan güçlü, akılcı ve dinamik bireylerin artmasını sağlayacaktır. Gençlerin riskli sağlık davranışlarından uzak tutulması, alt yapısı sağlam ve kaynakların akılcı kullanıldığı ve bir eğitim sistemiyle mümkündür (42). İnsan ve toplum sağlığını tehlikeye atmanın yanı sıra bireylerin sosyal ve ruhsal dünyasını olumsuz etkileyen pek çok riskli davranış mevcuttur. Bunlardan bazıları uyuşturucu kullanımı, alkol, sigara, şiddet, saldırganlık, riskli cinsel ilişki gibi davranışlardır.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada %65.6 oranında minimum bir

defa sigara, %6,6 oranında bağımlılık yapıcı madde, %65.4 oranında alkol, denediği, %12.8'inin partnerinden bedenen, cinsel ya da duygusal şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (43).

Gençlerin sağlığını etkileyen unsurlardan hayatlarına en çok zarar veren, bireyin ve toplumun psikolojik, fiziksel ve sosyal yapısında ciddi etkileri olan, üzerinde durulması ve incelenmesi gereken bazı riskli davranışlar şöyledir: fiziksel aktivite yetersizliği, tütün ve ürünlerinin kullanımı, riskli cinsel ilişki, sağlıksız ve düzensiz beslenme strestir.

2.5.1. Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanımı

Sigara bilinenin aksine sıradan bir bağımlılıktan ziyade tehlikeli bir hastalıktır. Pek çok psikolojik ve sosyolojik sigaraya başlama nedeni vardır. Sigarayı deneyen iki gençten birisi sigara kullanmayı bırakmamaktadır. Sigaraya başlanmasıyla birlikte kişiler de görülen belirtiler arasında başta aşırıya kaçan istekler, sinirlilik, bıkkınlık, dikkat dağılımı, sinir sistemi ve solunum sistemi rahatsızlıkları yer almaktadır. Gençlerin sigaraya başlaması ile birlikte sağlıklı bir yaşam sürdürme durumu etkilenir. Gençler puro, nargile, sigara gibi tütün ürünlerinin kullanımından vazgeçmedikleri takdirde KVH, solunum sistemi ve akciğer hastalıkları git gide kronikleşir (44).

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada: ailelerinde sigara içenlerin bulunması %4.6, alkol kullanım durumlarının %7 ve arkadaş ortamında sigara içenlerin varlığının %10 ve oranında tütün kullanmayı arttırdığı bulunmuştur (45). Bir başka çalışma da ise; öğrenciler yaşları arttıkça ve son sınıfa yaklaştıkça sigara tüketimine daha fazla yöneldiklerini, aile içerisinde ve yakın arkadaş çevresinde sigara tüketen bireylerin bulunması öğrencileri sigara kullanımını da önemli düzeyde etkilediğini, öğrencilerin strese bağlı sigara kullanımına yöneldiğini, sigara kullanımını bir prestij ya da gösteriş kaynağı olarak gördüklerini ve sigara kullandıklarında daha sosyal olduklarını düşündüklerini tespit etmişlerdir (46). Yengil ve arkadaşlarının (ark.) tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar dikkati çekmektedir (47).

Özellikle gençlik dönemi içinde gerekli önlemler yeterli düzeyde alınarak

gençlerin ve çevresinde bulunanların sağlığı hem birey hem devlet desteğiyle korunmalıdır.

2.5.2.Alkol Kullanımı

Alkollü içecekler eski çağlardan beri kullanılmakta olup günümüzde de yaygın olarak tüketilmektedir. Ülkemizde alkollü içeceklerin satışı yasaldır. Bu içeceklerin aşırı tüketim durumlarında bağımlılık yaptığı, hareketi engellediği, düşünmeyi olumsuz etkilediği ve genel sağlığı olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Alkol kullanımında yalnızlık, merak, arkadaş ortamında aktif görünme, mutsuz zamanları unutma, partilerde eğlenme, sorunlardan uzaklaşma ve hayal dünyasına dalma gibi pek çok sebebi vardır. Arkadaş ortamları, aile ortamı, sosyal çevre ve kalıtım alkole başlamanın temelinde yer almaktadır (48).

Üniversite gençliğinde okuduğu bölüm, eğitim düzeyi, sınıfı, sosyal çevresi, sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik özellikleri alkol kullanımı üzerine etki ettiği yapılan bazı araştırmalarda görülmüştür. Yapılan bir çalışmada yaşam boyu alkol deneme oranı %70.8 (49), başka bir çalışmadaysa haftada iki kez ya da daha az alkol kullanma oranları %48.8 bulunmuştur (50). Mersin Üniversitesi öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmada sonucunda ise alkol kullanım oranı %43 bulunmuştur. Alkol kullanan aileye sahip öğrencilerde alkol kullanım oranı diğerlerinden yüksek bulunmuştur (51). Öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, alkollü içecek içme oranını % 60, %27'sinin özendiği için alkole başladığını, alkollü içecek içenlerin %23'ünün günlük 3 ila 5 kadeh arasında alkol tükettiğini göstermektedir (52).

Aşırı alkol kullanımı gençlerin yaşamını ve sağlığını olumsuz etkilediği bilinmekte olduğundan gençleri bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Alkol tüketimiyle ilgili gençlerin daha bilinçli olması sağlanmalıdır.

2.5.3. Sağlıksız Beslenme

DSÖ'nün 2017 yılında yayınladığı rapora göre fazla kilo ve obezite sebebiyle her yıl pek çok kişi yaşamını yitirmektedir (2). Beden kitle indeksi (BKİ)'nin artışı ile

ilişkili olarak kanser, felç kalp ve damar hastalıkları ve diyabet gibi hastalıklar ile ilişkili risklerin arttığı bilinmektedir. Genellikle kronik hastalıkların erişkin dönemde ortaya çıktığı düşünülse de bilinenin aksine bu hastalıkların temelleri çocukluk ve gençlik yıllarında atılır (53).

Beslenme fizik ve zihin gelişim süreçlerinde önemli bir etmendir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, erkeklerin %17.2'sinde gün içinde iki öğün, %53.3'ünde üç öğün yemek yedikleri, kızların ise üç öğün yiyenler %50.6 oranında, iki öğün yemek yiyenler %28.9oranında olduğu bulunmuştur. Öğün atlama, yememe sebepleri olarak alışkanlık olmaması, zamanlarının olmaması ve iştahsız olmaları yer almaktadır. Öğrencilerin ciddi bir bölümü, erkeklerin %91,7'sinin, kızların %96,1'nin fastfood tarzı yerlere gittiği belirlenmiştir (54).

Üniversite öğrencileri ile yapılan farklı bir araştırma kızların erkeklere oranla daha sağlıksız ve bozuk yemek davranışında bulunduklarını göstermektedir. Bu durumun kızların imaj kaygısı gütmesinden ve daha zayıf bir bedene sahip olmayı istemesinde kaynaklandığı belirlenmiştir (55).

Yapılan çalışmalar genç bireylerin sağlıklı beslenmeye ilişkin önerilere uymadıklarını, sağlıksız beslendiklerini, öğünlerinde dikkatsiz olup atladıklarını, bu açıdan kronik hastalıklar için risk grubu oluşturduklarını işaret etmektedir.

2.5.4. Fiziksel İnaktivite

İnsanların sağlık durumlarını etkileyen önemli faktörlerden biride nasıl ve ne düzeyde fiziksel olarak harekette bulunduğudur. Dünya genelinde ölümlere bakıldığında %6-10 oranında fiziksel hareketsizlik kaynaklıdır. Dünya genelindeki ölümlere sebep olan dördüncü büyük risk olması global sağlığa tehdit edici bir unsur olduğunun göstergesidir (2).

İskemik kalp hastalığının %30'unun, diyabetin %27'sinin ve kolon ve meme kanserlerinin yaklaşık %21- 25'inin temel sebebinin fiziksel aktivite yetersizliği olduğu düşünülmektedir (56).

Gençler arasında da ciddi bir sağlık problemi haline gelmekte olan fiziksel hareketsizlik, gençlik döneminde obezitenin artmasında önemli bir risk faktörü olduğu

bilinmektedir. Gençlerle yapılan fiziksel hareketsizlik üzerine bir araştırma da oranların ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği bulunmuş olup bu oranlar Avrupa'nın merkezinde ve doğusunda %30, Pasifik ülkelerinde %42, Kuzey Avrupa ülkeleri ve Amerika'da %23, Akdeniz ülkelerinde %39, gelişim sürecinde olan ülkelerde %44, bu oran Kanada'da %65'lerdedir (57).

30 dakika süren, haftanın minimum 5 günü yapılan, basit düzeyde fiziksel aktivitenin kardiyovasküler rahatsızlıklar üzerinde olumlu etkileri bilinmektedir (58,59).

2.6. Dünyada ve Türkiye'de Kronik Hastalık Durumu

DSÖ kronik hastalıkları; hastalığın şiddetini en aza indirmek ve öz-bakımında kişinin yeterliliğini ve sorumluluk düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için düzenli takip ve bakım gerektiren, çoğunlukla yavaş ilerleyen, dönemsel aralığı uzun, tedavisinde tıbbi müdahalelerin yetersiz kaldığı durumlar şeklinde tanımlanmaktadır (60).

Bu hastalıklardan kaynaklı ölümlerin %80'den fazlasının gelir düzeyi düşük ya da orta olan ülkelerde meydana geldiği bilinmektedir (61). Kronik hastalıklarda bir veya daha fazla vücut sisteminin etkilenmesi, sosyal becerilerde, bilişsel fonksiyonlarda, duyusal algılamada ve harekette zayıflama olabilir. Kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı komplikasyonlar sosyal izolasyona sebep olur. Bunu nedenleri arasında kişilerin işlevlerinde azalma, iş hayatlarındaki verimliliğini düşürme, aktif yaşamını bloke etme, iş üretkenliğinde azalma, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi yer almaktadır (62).

Herhangi bir enfeksiyon etkeninden köken almayan çevresel maruziyete, kalıtıma ya da yaşam biçimine bağlı meydana gelen bu hastalıklar günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar şeklinde isimlendirilmektedir (63). Pek çok sınıflama da bu değişikliğe yer verilmekte olup hastalık yükü çalışmalarında da bu sınıflama kullanılmaktadır. KVH, solunum sitemine ait kronik hastalıklar, diyabet, obezite kanserin bazı türleri gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların her yıl ciddi düzeyde insan sağlığı üzerine etkileri vardır.

DSÖ'nün 2017 yılı raporlarında önde gelen ilk 10 ölüm sebebi içinde birinci

sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Bu hastalıklar son 15 yılda dünya çapında ölümlerin ilk nedenleri olarak kalmaya devam etmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 2016 yılında 3 milyon ölüme neden olurken, akciğer kanseri (trakea ve bronş kanserleri ile birlikte) 1,7 milyon ölüme neden olmuştur. Diyabet, 2000 yılında 1 milyondan azken, 2016 yılında 1,6 milyon insanın ölümüne sebep olmuştur (2).

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri içerisinde birinci sıradadır. TÜİK' in yaptığı araştırmaya göre 25 yaş üstü yetişkinlerde KVH görülme oranı %42,4 iken 15-24 yaş grubundaki gençlerde bu oran %6,5'dir (63).

Kanserler dünya da olduğu gibi ülkemizde de önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Ülkemizde iyi huylu ve kötü huylu tümörlerden ölüm oranı 25 yaş üstü bireylerde %22,4 ve 15-24 yaş arası gençlerde %11,3'tür (63).

Diyabet, endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar içinde prevelansı hızla artan bulaşıcı olmayan bir sağlık problemidir. TÜİK' in yaptığı araştırmaya göre endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar için 25 yaş üstü bireylerde ölüm oranı %5,8 iken 15-24 yaş gençlerde %1,4'tür (63).

2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirelik

Dünya genelinde hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma, sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma rollerinden giderek daha çok söz edilmektedir. Yaşam biçimi değişiklikleri ile sağlığın geliştirilmesi kişilerin iyilik seviyelerindeki artışa bir zemin hazırlar. Sağlık hizmetleri harcamalarının artmasıyla, yaşam biçimi değişiklikleri, önlenebilir risk davranışlarının farkında olma, sağlığı geliştirme davranışları sağlık ekibi üyeleri tarafından gördüğü ilginin çok daha fazlasını halktan da görmeye başlamıştır.

Yaşam biçimi değişiklikleri, risk davranışlarının farkında olma bireyde kaliteli ve daha sağlıklı yaşam ile uyum duygusunu hareketlendirebilir. Bu durum kişinin enerjisinde artış sağlar ve akabinde intihar ve şiddet gibi sosyal problemlerin görülme sıklığını azaltır (10).

Hemşirelerin özgün görevlerinden biri sağlığın geliştirilmesidir. Küresel bir sağlık sorunu haline gelen KVH'ları önleme de hemşireler vazgeçilemez bir unsurdur.

Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden korunma amacıyla hemşire, eğitim ve danışmanlık rollerini üstlenerek, risk durumuna göre yaşam biçimi değişiklikleri açısından bireyi motive etmelidir (64). Bu amaçla sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile ideal kilonun sağlanması, etkin stres yönetimi ve düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik eğitim ve danışmanlık uygulamalarını yürüterek ekip ile sürekli iş birliği içinde olmalıdır.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan bu tez çalışması tanımlayıcı biçimde yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Ankara'da bulunan bir vakıf üniversitesi olan Ufuk Üniversitesinde yapılmıştır. Üniversite bünyesinde lisans eğitimi veren Tıp Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Eğitim Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi olmak üzere 6 bölüm bulunmaktadır. Araştırma Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri ile yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Üniversite bünyesinde bulunan Tıp Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Eğitim Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulunda kayıtlı 3488 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın verilerinin toplanması 2017-2018 eğitim ve öğretim yılı güz ve bahar dönemlerinde aralıklı olarak yürütülmüştür.

Örneklem hesabı ise; Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre 19-30 yaş grubunda fiziksel inaktivite oranı % 69,5 olarak bulunmuş bu oran çalışmamızda kullanılarak yapılmıştır. ±3 hata payı, %95 güven aralığında araştırmanın gücü %80 olacak şekilde Roasoft ile yapılan hesaplamalar sonucunda örneklem sayısının minimum 608 olması gerektiği bulunmuştur.

Üniversiteden örneklem seçimi için tabakalama örneklem yöntemi kullanıldı. Eğitim fakültesinden 96 öğrenci, Fen Edebiyat Fakültesinden 69 öğrenci, Hukuk Fakültesinden 197 öğrenci, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden 131 öğrenci, Tıp Fakültesinden 69 öğrenci ve Hemşirelik Yüksek Okulundan 46 öğrenci örnekleme alınmasının yeterli olduğu hesaplanmıştır. Fakat araştırma öğrencilerin devam durumlarından, kayıt durumlarından kaynaklı örneklem sayısı (n=608) korunarak Eğitim fakültesinden 96 öğrenci, Fen Edebiyat Fakültesinden 68 öğrenci, Hukuk Fakültesinden 183 öğrenci, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden 134 öğrenci, Tıp Fakültesinden 83 öğrenci ve Hemşirelik Yüksek Okulundan 44 öğrenci olacak şekilde tamamlanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak;

- Üniversitenin lisans eğitimi veren bir bölümünde öğrenci olma
- 18 yaş ve üstünde olma
- Bilişsel, konjenital kronik engeli olmama

3.3.2. Dışlanma kriterleri olarak;

- Üniversitenin lisans dışı bir bölümünde kayıtlı bulunmak

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Bu araştırma 2017-2018 eğitim öğretim yılı güz ve bahar dönemlerinde öğrencilerin sınav döneminde olmadığı ders saatlerinin dışında zamanlama ayarlanarak yapılmıştır. Uygulama öncesinde sözel bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş onam formları doldurularak teyit edilmiş, gönüllülük esasına dayanılarak onam alınmıştır.

Anket formları araştırmacı tarafından sınıf ortamında uygulanarak mükerrer anketlerin önüne geçmek amacıyla öğrenci isim soy isim baş harfleri ile kodlanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II) Ölçeği, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ve demografik veri formu araştırmacı gözetiminde öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Anlaşılmayan maddeler araştırmacı tarafından öğrencilere açıklandı. Ortalama bir anketin tamamlanma süresi 25 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Tez çalışmasında 'Demografik Veri Formu' (EK1), 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği' (EK2), 'Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği' (EK3) ile veriler toplanmıştır.

3.5.1. Demografik Veri Formu

Çalışmada demografik değişkenlere ait verileri toplamak için araştırmacının ilgili literatürü inceleyerek hazırladığı veri toplama formu kullanılmıştır (EK1). Bu formda okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, burs durumu, ikamet, gelir düzeyi, yaşadığı yeri içeren 10 adet soru yer almıştır.

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBD II)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi için kullanılan SYBD ölçeği 1987'de Walker ve arkadaşları (65) tarafından geliştirilmiştir. SYBD Ölçeğinin geliştirilmesinde Pender'e ait sağlığı geliştirme modeli kullanılmıştır. SYBD Ölçeği 1996'da yeniden düzenlenmiş olup SYBD-II ölçeği şeklinde adlandırılmıştır. Bahar ve ark. SYBD II'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır (66). SYBD II ölçeği bireylerde sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili sağlığı geliştirme davranışlarını incelemektedir.

Dörtlü Likert yapıdaki SYBD-II ölçeği, 4 (düzenli olarak), 3 (sık sık), 2 (bazen)ve 1 (hiçbir zaman) şeklinde kodlanmıştır. İçerdiği maddelerin tamamı olumludur. 52 maddeden oluşmakta ve ölçekten alınabilecek puan 52 ile 208 arasındadır. Bireyin belirtilen sağlık davranışlarını ne düzeyde uyguladığı ölçekten

alınan puan ile orantılıdır. Ölçek kendi içinde stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve beslenme olmak üzere 6 başlık içermektedir.

Kişilerarası ilişkiler ölçek alt boyutu (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49), çevre ile birey arasındaki ilişkileri değerlendirir. İletişimi kullanma sağlıklı bir ilişki de gereklidir. İletişim iletilerle duygu ve düşünce paylaşımını içerir. Bunun yanı sıra ilişki süreklilik arz eder.

Sağlık sorumluluğu ölçek alt boyutu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), kişinin ruhsal ve fiziksel iyilik durumu için sorumluluk duygusunun varlığıdır. Kişinin sağlık için gereken özeni göstermesi, sağlığı koruma ve sürdürme gibi konularda sağlık hakkında bilgilenmesi, bir problem olduğunu düşündüğünde ya da bir sorunla karşılaştığında doğru kişilere yardım için başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite ölçek alt boyutu (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46) egzersizleri belli bir düzen içinde uygulamayı kapsar. Bireyin sağlık bir yaşam sürdürebilmesi için vazgeçilmez öğelerden biridir.

Beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), bireyin günlük ve alışkanlık düzeyinde öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçiminde dikkat ettiği unsurları belirler.

Manevi gelişim ölçek al boyutu (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), bireyin hayat amaçlarını, kişisel olarak kendine değer katma, kendi üzerinde gelişim gösterme yeteneğini, özünü ne kadar tanıyıp ne derecede memnun edebildiğini belirler. Kişinin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, belirlenen yaşam amaçları doğrultusunda faaliyette bulunma, optimal iyilik hali için barındırdığı gücünü en üst seviyeye yükselmesidir.

Stres yönetimi ölçek alt boyutu (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), kişinin yaşadığı gerginliği en aza indirmek ya da etkili biçimde kontrol altına alabilmek adına bireyin psikolojik ve fizyolojik kaynaklarını tanımlayabilmesi ve aktive edebilmesidir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlandığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Cronbach alfa değeri ölçek toplamı için 0.94 bulunmuştur.

Çalışmamızda öğrencilere uygulanan SYBD II'ye ait Cronbach α değeri 0.897 olarak ölçülmüştür. Buna göre ölçeğe verilen yanıtların tutarlılığı iyi düzeydedir ($0.80<\alpha<0.90$) (66).

3.5.3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)

KARRİF-BD "Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ)" anketinden 16 madde, "40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test" anketinden 4 maddenin aslından Türkçe 'ye çevrilerek alınmış ve araştırmacılar tarafından KVH ile ilişkisi olan risk faktörleri hakkında bilinmesi önem arz eden 8 madde (5, 8, 9, 10, 17, 18, 22, 26. maddeler) daha ilave edilerek oluşturulmuş 28 maddelik bir ölçektir (67).

Ölçek kendi içinde 3alt boyuta sahiptir. Ölçeğe ait maddeler 'Yanlış', Doğru' ve ''Bilmiyorum' ifadeleriyle kodlandı. Doğru verilen cevaplara 1 puan olacak şeklinde değerlendirmeye alındı. Ölçek maddelerinden 12,13, 17, 24 ve 26 numaralı maddeler ters önerme içerdiğinden ters kodlandı. Elde edilebilecek en yüksek ölçek puanı 28'dir. En düşük ölçek puanı 0'dır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı olan cronbach alfa değeri 0.768 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda öğrencilere uygulanan KARRİF-BD ölçeğine ait Cronbach α değeri 0.728 olarak ölçülmüştür. Buna göre ölçeğe verilen yanıtların tutarlılığı kabul edilebilir düzeydedir ($0.70<\alpha<0.80$) (67).

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri öğrencilerden elde edilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ile Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puan durumlarıdır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, bölüm gibi demografik veriler çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi adına gerekli Etik Kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (EK4). Araştırmanın uygulama sürecinde ilgili makamlardan izinler alınarak çalışma yapılmıştır. Araştırma da kullanılan ölçek formlarının izinleri yazarlardan alınmıştır.

Tüm bilgiler Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalınarak öğrencilerden toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın ne olduğu, amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgiler verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşamayacağı konularında bilgilendirme yapılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında, Pearson Ki-Kare (χ^2), Yates χ^2 veya Fisher Ki-Kare χ^2 testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnow ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin değerlendirilmesinde; Independet Samples t testi (bağımsız gruplarda t testi)

veya One-Way Anova testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda fark bulunan durumlarda farklılığı bulmak için Tukey HSD testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon testleri ile değerlendirildi. İhtimali (P) □=0.05'ten küçük olan değerler önemli ve gruplar arasında fark vardır, büyük olan değerler önemsiz ve gruplar arasında fark yoktur, şeklinde kabul edildi.

4. BULGULAR

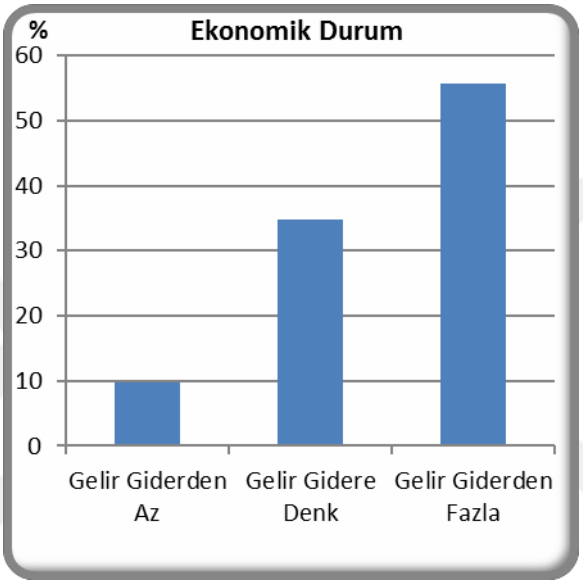
Tablo 4.1. Üniversite öğrencilerine ait sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=608).

		n	% / x̄ ±ss
***Yaş**			
		608	22.7 ± 2.4
Bölüm			
	Tıp Fakültesi	83	13.7
	Hemşirelik Yüksek Okulu	44	7.2
	Eğitim Fakültesi	96	15.8
	Hukuk Fakültesi	183	30.1
	Fen Edebiyat Fakültesi	68	11.2
	İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi	134	22.0
Sınıf			
	1	154	25.3
	2	146	24.0
	3	160	26.3
	4	119	19.6
	5	13	2.1
	6	16	2.6
Cinsiyet			
	Kadın	358	58.9
	Erkek	250	41.1
Sağlık Güvencesi			
	SGK	251	41.3
	BAĞ-KUR	164	27.0
	Emekli Sandığı	110	18.1
	Özel Sağlık Sigortası	38	6.3
	Yok	45	7.4
Burs durumu			
	Burslu	113	18.6
	Ücretli	495	81.4
Hastalık Durumu			
	Evet	88	14.5
	Hayır	520	85.5
İkamet			
	Aile İle Birlikte	325	53.5
	Kendi Evi	97	16.0
	Öğrenci Evi	89	14.6
	Yurt	97	16.0
En Uzun Yaşadığınız Yer			
	İl	431	70.9
	İlçe	143	23.5
	Köy	34	5.6
*aritmetik ortalama alınmıştır.			

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22.7 ± 2.4, 358'i kadın (%58.9), 250'si erkek (%41.1)'tir (Tablo 4.1.). Katılımcıların okudukları fakülte ve sınıflarına göre dağılımı ise; %13.7 (n=83) tıp fakültesi, %7.2 (n=44) hemşirelik yüksekokulu, %15.8 (n=96) eğitim fakültesi, %30.1 (n=183) hukuk fakültesi, %11.2 (n=68) fen

edebiyat fakültesi, %22.0 (n=134) iktisadi ve idari bilimler fakültesi şeklindedir.

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre dağılımı incelendiği zaman, %5.6'sinin (n=34) köyde, %23.5'inin (n=143) ilçede, %70.9'unun (n=431) ilde, yaşadığı belirlendi. Üniversite öğrencilerinin kronik hastalık varlığı durumuna bakıldığında %14.5'inin (n=88) kronik hastalığa sahip olduğu ve %85.5'inin (n=520) herhangi bir hastalığı olmadığı görülmektedir.



Şekil 4.1. Üniversite öğrencilerinin gelir durumları.

Katılımcıların gelir durumlarına göre dağılımı incelendiği zaman, öğrencilerin %9.7'sinin (n=59) geliri giderden az, %34.7'sinin (n=211) geliri gidere denk, %55.6'sının (n=338) geliri giderden fazla olarak belirlendi (Şekil 4.1.).

Tablo 4.2. Öğrencilerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve alt boyutlarının puan durumlarının dağılımı (n=608).

	n	Ort. ± SS	Medyan (Min-Max)
KVH Özellikleri	608	2.3 ± 1.2	2 (0 - 4)
Risk Faktör	608	9.5 ± 3.3	10 (0 - 15)
Risk Davranış	608	5.2 ± 1.7	5 (1 - 9)
KARRİF BD	608	17.0 ± 5.2	17 (4 - 28)

Çalışmamızda KARRİF-BD puan ortalaması 17.0 ± 5.2 olarak değerlendirilmiştir. KARRİF-BD'nin alt puanları değerlendirildiğinde, KVH Özellikleri bilgi düzeyi puan ortalaması 2.3 ± 1.2, Risk Faktörü bilgi düzeyi puan ortalaması 9.5 ± 3.3 ve Risk Davranışları bilgi düzeyi puan ortalaması ise 5.2 ± 1.7 olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 3'te üniversite öğrencilerinin SYBD II puan ortalaması ve SYBD II alt boyut puan ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (n=608).

	n	Ort. ± SS	Medyan(Min-Max)
Kişilerarası İlişkiler	608	23.3 ± 4.4	23 (12 - 36)
Fiziksel Aktivite	608	17.7 ± 3.9	18 (8 - 32)
Sağlık Sorumluluğu	608	20.5 ± 3.9	20 (10 - 36)
Beslenme	608	20.1 ± 3.8	20 (10 - 35)
Manevi Değişim	608	23.9 ± 4.6	23 (10 - 36)
Stres Yönetimi	608	18.5 ± 3.3	18 (8 - 32)
SYBD II	608	124.0 ± 17.4	122 (75 - 204)

Çalışmamız kapsamında araştırılan SYBD II puan ortalaması 124.0 ± 17.4 olarak bulunmuştur, SYBD II alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise Kişilerarası İlişkiler puan ortalaması 23.3 ± 4.4, Beslenme puan ortalaması ise 20.1±3.8, Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 20.5 ± 3.9, Fiziksel Aktivite puan ortalaması 17.7 ± 3.9, Stres Yönetimi puan ortalaması 18.5 ± 3.3, Manevi Değişim puan ortalamaları 23.9 ± 4.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları KARRİF-BD ölçek toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608).

	KARRİF-BD	KVH ÖZELLİKLERİ	RİSK FAKTÖR	RİSK DAVRANIŞ
	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss
OKUDUĞUNUZ BÖLÜM				
Tıp Fakültesi	22.7 ± 3.9	3.3 ± 1.0	12.8 ± 2.1	6.7 ± 1.5
Hemşirelik Yüksek Okulu	22.5 ± 2.7	3.0 ± 0.8	12.9 ± 1.7	6.6 ± 1.3
Eğitim Fakültesi	14.6 ± 5.3	2.0 ± 1.1	8.1 ± 3.5	4.6 ± 1.7
Hukuk Fakültesi	16.3 ± 4.5	2.2 ± 1.0	9.1 ± 2.9	4.9 ± 1.6
Fen Edebiyat Fakültesi	16.9 ± 4.3	2.3 ± 1.1	9.4 ± 2.7	5.3 ± 1.4
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	14.5 ± 4.0	2.0 ± 1.1	7.8 ± 2.7	4.7 ± 1.6
χ2 (f); p	59.432;**0.000**	20.616;**0.000**	53.178;**0.000**	28.529;**0.000**
SINIF				
1.Sınıf	17.7 ± 4.2	2.4 ± 1.0	9.9 ± 2.6	5.5 ± 1.7
2.Sınıf	17.0 ± 5.0	2.4 ± 1.0	9.5 ± 3.3	5.1 ± 1.6
3.Sınıf	15.8 ± 5.4	2.1 ± 1.2	8.8 ± 3.3	4.9 ± 1.7
4.Sınıf	15.9 ± 5.5	2.2 ± 1.2	8.8 ± 3.5	4.9 ± 1.8
5.Sınıf	25.5 ± 2.3	3.8 ± 0.4	14.4 ± 1.3	7.3 ± 1.1
6.Sınıf	24.3 ± 2.4	3.6 ± 0.5	13.6 ± 1.0	7.1 ± 1.5
χ2 (f); p	18.564;**0.000**	11.483;**0.000**	14.911;**0.000**	10.559;**0.000**
CİNSİYET				
Kadın	17.8 ± 5.4	2.4 ± 1.1	10.0 ± 3.3	5.4 ± 1.8
Erkek	16.0 ± 4.9	2.2 ± 1.2	8.8 ± 3.2	5.0 ± 1.7
Z (t); p	4.143;**0.000**	1.930;0.054	4.605;**0.000**	2.473;**0.014**
YAŞ				
r;p*	-0.130 0.001	-0.031;0.452	-0.157;0.000	-0.074;0.068
SAĞLIK GÜVENCESİ				
SGK	17.4 ± 5.1	2.4 ± 1.1	9.7 ± 3.3	5.4 ± 1.6
BAĞ-KUR	16.2 ± 4.9	2.3 ± 1.1	9.1 ± 3.1	4.8 ± 1.7
Emekli Sandığı	17.9 ± 5.3	2.4 ± 1.2	10.0 ± 3.2	5.5 ± 1.8
Özel Sağlık Sigortası	16.6 ± 4.9	2.1 ± 1.3	9.1 ± 3.4	5.5 ± 1.7
Yok	16.1 ± 6.6	2.3 ± 1.3	8.9 ± 4.0	4.8 ± 2.0
χ2 (f); p	2.681;**0.031**	0.897;0.465	1.958;0.099	4.536;**0.001**
BURSLULUK				
Burslu	16.5 ± 5.2	2.4 ± 1.1	9.2 ± 3.1	5.0 ± 1.8
Ücretli	17.1 ± 5.3	2.3 ± 1.2	9.6 ± 3.3	5.3 ± 1.7
Z (t); p	-1.099;0.272	0.642;0.521	-1.088;0.277	-1.677;0.094
EKONOMİK DURUM				
Gelir Giderden Az	14.0 ± 4.9	1.8 ± 1.2	7.7 ± 3.2	4.5 ± 1.6
Gelir Gidere Denk	17.2 ± 5.1	2.4 ± 1.1	9.7 ± 3.2	5.2 ± 1.7
Gelir Giderden Fazla	17.5 ± 5.2	2.4 ± 1.2	9.7 ± 3.3	5.4 ± 1.7
χ2 (f); p	11.664;**0.000**	6.854;**0.001**	7.417;**0.001**	11.664;**0.000**
SÜREKLİ TEDAVİ GÖRÜLEN HASTALIK DURUMU				
Evet	16.4 ± 5.3	2.4 ± 1.2	9.0 ± 3.5	5.1 ± 1.6
Hayır	17.1 ± 5.2	2.3 ± 1.1	9.6 ± 3.3	5.2 ± 1.8
Z (t); p	-1.133;0.257	0.148;0.883	-1.517;0.130	-0.640;0.523
İKAMET DURUMU				
Ailesiyle Beraber	17.6 ± 5.4	2.3 ± 1.2	10.0 ± 3.3	5.4 ± 1.7
Kendi Evinde	15.6 ± 5.7	2.2 ± 1.3	8.4 ± 3.5	5.0 ± 1.9
Öğrenci Evi	16.0 ± 4.3	2.4 ± 1.0	8.9 ± 3.1	4.7 ± 1.5
Yurt	17.3 ± 4.8	2.5 ± 1.0	9.6 ± 3.0	5.3 ± 1.8
χ2 (f); p	5.286;**0.001**	0.929;0.426	6.889;**0.000**	4.149;**0.006**
EN UZUN YAŞANILAN YER				
İl	17.7 ± 5.2	2.4 ± 1.1	9.8 ± 3.3	5.4 ± 1.7
İlçe	15.9 ± 5.0	2.2 ± 1.2	8.9 ± 3.1	4.9 ± 1.7
Köy	13.6 ± 4.2	2.1 ± 1.0	7.3 ± 3.3	4.2 ± 1.3
χ2 (f); p	14.041;**0.000**	3.438;**0.033**	12.342;**0.000**	11.925;**0.000**

p*: Pearson Correlation Test

Üniversite öğrencilerinin KARRİF-BD'den ve alt gruplarından aldıkları puanlar okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk, ekonomik durum, hastalık durumu, ikamet, en uzun süre yaşanılan yere göre karşılaştırılmıştır (Tablo 4.4.).

KARRİF-BD Ölçeğinden alınan puanların bölüme göre karşılaştırılmasında; bölümler arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarakFtartışma anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Farklılığın hangi bölüm/bölümlerden kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış;

KVH özellikleri bilgi düzeyi alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile diğer bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, Tıp Fakültesi (3.3 ± 1.0) ve Hemşirelik Yüksek Okulu (3.0 ± 0.8) bölümlerindeki öğrencilerin puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Risk faktörleri bilgi düzeyi alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencileri ile diğer öğrencilerin puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hemşirelik Yüksek Okulunda olanların en yüksek (12.9 ± 1.7), İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesinde olanların en düşük (7.8 ± 2.7) puanı aldıkları görülmüştür.

Risk davranışları bilgi düzeyi alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile diğer bölümlerde olanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Tıp Fakültesi öğrencilerinin (6.7 ± 1.5) en yüksek, Eğitim Fakültesi öğrencilerinin (4.6 ± 1,7) en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir.

Üniversite öğrencilerinin kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) toplam puan ortalamaları bölümler açısından incelendiğinde; Tıp

Fakültesi (22.7 ± 3.9) ile Hemşirelik Yüksek Okulu (22.5 ± 2.7) ve Hukuk Fakültesi (16.3 ± 4.5) ile Fen Edebiyat Fakültesi (16.9 ± 4.3) öğrencilerinin puanlarının benzer olduğu dikkati çekmektedir.

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile diğer bölümlerde olanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Tıp Fakültesi puan ortalaması en yüksek, İdari ve İktisadi Bilimler Fakültesi puan ortalaması en düşük (14.5 ± 4.0) olarak belirlenmiştir.

KARRİF-BD Ölçeğinden alınan puanların sınıfa göre karşılaştırılmasında; sınıflar arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Farklılığın hangi sınıf/sınıflardan kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış; tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanında 5. ve 6. Sınıflar ile diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, 5. ve 6. Sınıflarda olanların aldıkları puanların diğer sınıflarda olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında; cinsiyetler arasında, KVH özellikleri alt boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p=0.054$), diğer alt boyutlarda ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), farklılık bulunan tüm durumlarda kadınların puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaş ile Kardivasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) toplam ölçek puanları ve ölçeğe ait alt boyut puanları incelendiğinde;

- KHV özellikleri bilgi düzeyi alt boyutu ile yaş arasında $r= -0.57$ düzeyinde, negatif yönde,
- KARRİF-BD toplam puanı ile yaş arasında $r= -0.130$ düzeyinde, negatif yönde,

ilişkiler olduğu, bu ilişkilerin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Diğer alt boyutlardaki ilişkilerin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Sosyal güvence durumuna göre bakıldığında KVH özellikleri bilgi düzeyi($p=0.465$) ve risk faktörleri bilgi düzeyi alt boyutlarında ($p=0.099$) alınan puanlar yönünden fark yokken, risk davranışları bilgi düzeyi alt boyutunda($p<0,05$) ve KARRİF-BD toplam ölçek puanı ($p<0.05$) yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

KARRİF-BD ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanları bursluluk açısından incelendiğinde puan ortalamalarının benzerdir. İstatistiksel bir fark yoktur ($p>0.05$).

KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanların, hastalık durumuna göre karşılaştırılması yapıldığında, hastalık durumları arasında, ölçeğe ait alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) puan ortalamaları ikamet durumları ile karşılaştırıldığında; ikamet durumları arasında KVH özellikleri bilgi düzeyi puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, risk faktörleri bilgi düzeyi, risk davranışları bilgi düzeyi alt boyutlarından ve ölçeğe ait toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Farklılığın ait olduğu grup/grupları belirlemek için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış;

Risk faktörleri bilgi düzeyi alt boyutunda; kendi evinde ikamet edenler (8.4 ± 3.5) ile aile ile birlikte kalanlar (10.0 ± 3.3), öğrenci evinde kalanlar (8.9 ± 3.1), yurtta kalanların (9.6 ± 3.0) puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmiş olup, kendi evinde ikamet edenlerin aldıkları puanların diğerlerinin puanlarından daha düşük

olduğu gözlenmiştir.

Risk davranışları bilgi düzeyi alt boyutunda ise öğrenci evinde kalanlar (4.7 ± 1.5) ile ailesi ile birlikte kalanlar (5.4 ± 1.7) puan durumları arasında anlamlı bir farka ulaşılmıştır (p=0.006).

Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçek toplam puanında; ailesi ile birlikte kalanlar (17.6 ± 5.4) ile kendi evinde kalanların (15.6 ± 5.7) aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0.001).

KARRİF-BD ölçeğinden alınan puanların ekonomik duruma göre karşılaştırılmasında; tüm alt boyutlarda ve ölçeğe ait toplam puan yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p<0.05).

Farklılığın hangi sınıf/sınıflardan kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış; farklılık bulunan tüm durumlarda, geliri giderinden az olanların aldıkları puanlar ile diğerlerinin puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Geliri giderinden az olanların aldıkları puanların diğerlerinin aldıkları puanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) puan ortalamaları en uzun yaşanılan yere değerlendirmesinde tüm alt boyutlarda ve ölçeğe ait toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Fark için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testlerin uygulanmasının ardından KVH özellikleri bilgi düzeyi alt boyutunda, ilde yaşayanların aldıkları puanlar (2.4 ± 1.1) ile köyde yaşayanların aldıkları puanlar (2.1 ± 1.0) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p= 0.033), ilde yaşayanların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Risk faktörleri bilgi düzeyi, risk davranışları bilgi düzeyleri ve KARRİF-BD toplam puanlarında; köyde yaşayanların aldıkları puanlar ile il ve ilçede yaşayanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Köyde yaşayanların puanlarının diğerlerinden düşüklüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608).

	SYBD II	KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	BESLENME	SAĞLIK SORUMLULUĞU	FİZİKSEL AKTİVİTE	STRES YÖNETİMİ	MANEVİ DEĞİŞİM
	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss
OKUDUĞU BÖLÜM							
Tıp Fakültesi	132.7 ± 23.6	24.9 ± 4.8	21.1 ± 4.3	22.3 ± 4.8	18.7 ± 4.8	20.0 ± 4.3	25.7 ± 5.1
Hemşirelik Yüksek Okulu	130.4 ± 20.1	25.6 ± 4.8	20.0 ± 3.8	21.5 ± 4.5	18.5 ± 4.6	19.1 ± 3.8	25.8 ± 4.7
Eğitim Fakültesi	123.6 ± 17.6	24.1 ± 4.4	20.2 ± 4.4	19.6 ± 3.6	17.0 ± 3.8	18.2 ± 3.4	24.6 ± 4.9
Hukuk Fakültesi	120.5 ± 14.5	22.7 ± 4.2	19.6 ± 3.6	20.1 ± 3.6	17.3 ± 3.8	17.9 ± 2.6	22.9 ± 4.2
Fen Edebiyat Fakültesi	121.9 ± 15.1	23.9 ± 4.6	19.4 ± 3.6	19.5 ± 3.7	16.3 ± 3.8	18.5 ± 3.5	24.3 ± 4.9
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	122.9 ± 14.1	21.7 ± 3.5	20.5 ± 3.3	20.5 ± 3.5	18.7 ± 2.9	18.5 ± 2.8	22.9 ± 4.0
χ2 (f); p	7.488; 0.000	10.040;0.000	2.475;0.031	6.967;0.000	5.896;0.000	5.250;0.000	7.749;0.000
SINIF							
1.Sınıf	123.2 ± 19.1	23.0 ± 4.4	20.1 ± 4.3	20.1 ± 4.0	17.8 ± 3.9	18.5 ± 3.4	23.5 ± 5.1
2.Sınıf	123.5 ± 14.7	23.5 ± 4.0	20.0 ± 3.6	20.4 ± 3.8	17.2 ± 3.6	18.5 ± 2.9	23.9 ± 3.9
3.Sınıf	124.8 ± 17.8	23.7 ± 4.7	19.9 ± 3.9	20.6 ± 4.2	18.0 ± 4.5	18.4 ± 3.4	24.3 ± 4.8
4.Sınıf	124.5 ± 14.5	22.9 ± 4.3	20.6 ± 2.9	20.7 ± 2.9	17.9 ± 3.2	18.7 ± 3.0	23.7 ± 4.4
5.Sınıf	146.4 ± 28.3	27.4 ± 5.0	22.5 ± 4.8	24.5 ± 6.5	21.5 ± 5.1	22.3 ± 5.5	28.2 ± 5.0
6.Sınıf	109.0 ± 10.0	22.2 ± 3.6	16.7 ± 2.4	18.0 ± 2.2	14.7 ± 2.5	15.7 ± 1.6	21.8 ± 4.2
χ2 (f); p	7.226;0.000	3.108;0.009	4.148;0.001	4.429;0.001	5.213;0.000	6.221;0.000	3.491;0.004
CİNSİYET							
Kadın	124.4 ± 17.7	23.6 ± 4.5	20.0 ± 3.8	20.5 ± 3.9	17.5 ± 4.2	18.7 ± 3.4	24.2 ± 4.7
Erkek	123.5 ± 16.9	22.9 ± 4.2	20.3 ± 3.8	20.4 ± 3.9	18.1 ± 3.6	18.3 ± 3.1	23.6 ± 4.5
Z (t); p	0.632;0.527	1.871;0.062	-0.870;0.384	0.470;0.638	-1.885;0.060	1.259;0.209	1.627;0.104
SAĞLIK GÜVENCESİ							
SGK	126.9 ± 18.7	24.2 ± 4.7	20.3 ± 4.0	20.7 ± 4.3	18.1 ± 4.2	18.9 ± 3.4	24.7 ± 4.8
BAĞ-KUR	121.2 ± 15.4	22.3 ± 4.1	20.0 ± 3.6	20.3 ± 3.6	17.3 ± 3.6	18.3 ± 3.1	23.1 ± 4.1
Emekli Sandığı	126.2 ± 17.9	24.0 ± 3.9	20.6 ± 4.0	20.6 ± 4.0	17.7 ± 4.2	18.7 ± 3.7	24.5 ± 4.9
Özel Sağlık Sigortası	120.3 ± 12.4	21.8 ± 4.2	19.5 ± 3.1	20.2 ± 3.3	17.6 ± 2.9	18.0 ± 2.9	23.2 ± 4.6
Yok	116.2 ± 14.4	21.6 ± 3.7	18.8 ± 3.2	19.6 ± 3.0	17.1 ± 3.7	17.6 ± 2.8	21.5 ± 3.8
χ2 (f); p	6.199;0.000	8.976;0.000	2.200;0.068	1.065;0.373	1.284;0.275	2.217;0.066	7.388;0.000

Tablo 4.5. Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608) (devamı).

	SYBD II	KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER	BESLENME	SAĞLIK SORUMLU-LUĞU	FİZİKSEL AKTİVİTE	STRES YÖNETİMİ	MANEVİ DEĞİŞİM
	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss	x̄ ±ss
YAŞ							
r ; p*	-0.026;0.518	-0.089 ;0.028	0.004;0.925	0.034;0.403	0.015;0.720	-0.052;0.198	-0.021;0.612
BURSLULUK							
Burslu	120.4 ± 16.1	22.8 ± 4.1	19.6 ± 3.9	19.5 ± 3.5	17.1 ± 3.7	18.2 ± 2.9	23.3 ± 4.6
Ücretli	124.9 ± 17.6	23.5 ± 4.5	20.2 ± 3.8	20.7 ± 4.0	17.9 ± 4.0	18.6 ± 3.4	24.1 ± 4.6
Z (t); p	-2.469;0.014	-1.537;0.125	-1.673;0.095	-2.971;0.003	-1.768;0.078	-1.076;0.283	-1.636;0.102
EKONOMİK DURUM							
Gelir Giderden Az	116.7 ± 15.5	21.3 ± 3.5	20.3 ± 3.6	19.8 ± 4.0	16.9 ± 3.6	17.2 ± 3.2	21.2 ± 3.7
Gelir Gidere Denk	124.8 ± 17.5	23.5 ± 4.3	20.4 ± 3.7	20.3 ± 3.9	18.1 ± 3.9	18.7 ± 3.2	23.8 ± 4.7
Gelir Giderden Fazla	124.9 ± 17.4	23.6 ± 4.5	19.9 ± 3.9	20.7 ± 3.9	17.6 ± 4.0	18.6 ± 3.3	24.5 ± 4.6
χ2 (f); p	5.990;0.003	7.443;0.001	0.843;0.431	1.625;0.198	2.208;0.111	5.623;0.004	13.006;0.000
SÜREKLİ TEDAVİ GÖRÜLEN HASTALIK DURUMU							
Evet	121.8 ± 16.5	22.8 ± 4.4	19.9 ± 3.6	20.5 ± 3.9	17.4 ± 4.0	17.9 ± 3.4	23.1 ± 4.6
Hayır	124.4 ± 17.5	23.4 ± 4.4	20.1 ± 3.9	20.5 ± 3.9	17.8 ± 3.9	18.6 ± 3.3	24.1 ± 4.6
Z (t); p	-1.333;0.183	-1.138;0.255	-0.435;0.664	0.081;0.935	-0.699;0.485	-1.863;0.063	-1.711;0.088
İKAMET DURUMU							
Ailesiyle Beraber	125.5 ± 17.7	24.2 ± 4.5	20.0 ± 4.0	20.6 ± 3.9	17.5 ± 4.2	18.7 ± 3.4	24.4 ± 4.8
Kendi Evinde	122.1 ± 16.2	21.8 ± 3.7	20.4 ± 3.5	20.4 ± 4.0	17.9 ± 3.6	18.3 ± 3.2	23.2 ± 3.8
Öğrenci Evi	120.0 ± 13.6	22.5 ± 3.9	19.5 ± 3.5	19.8 ± 3.6	17.8 ± 3.2	17.7 ± 2.5	22.6 ± 4.1
Yurt	124.8 ± 19.8	22.8 ± 4.5	20.6 ± 3.8	20.5 ± 4.2	18.2 ± 3.9	18.8 ± 3.5	24.0 ± 5.2
χ2 (f); p	2.903;0.034	9.827;0.000	1.418;0.236	0.943;0.419	0.784;0.503	2.736;0.043	4.535;0.004
EN UZUN YAŞANILAN YER							
İl	124.4 ± 17.7	23.7 ± 4.5	19.9 ± 3.8	20.4 ± 3.9	17.6 ± 4.1	18.5 ± 3.3	24.1 ± 4.6
İlçe	124.7 ± 17.3	22.8 ± 4.2	20.5 ± 3.9	20.7 ± 4.2	18.0 ± 3.6	18.9 ± 3.3	23.9 ± 4.6
Köy	117.6 ± 12.8	20.7 ± 3.0	20.6 ± 3.3	20.1 ± 2.9	17.6 ± 3.6	17.0 ± 2.3	21.5 ± 4.6
χ2 (f); p	2.534;0.080	8.885;0.000	1.473;0.230	0.358;0.699	0.332;0.718	4.573;0.011	4.955;0.007

P*: Pearson Correlation Test

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları II (SYBD II)'den ve ölçek alt boyutlarından elde ettikleri puanlar okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk, ekonomik durum, hastalık durumu, ikamet, en uzun süre yaşanılan yere göre karşılaştırılmıştır (Tablo 5).

SYBD II ölçeğinden alınan puanların bölüme göre karşılaştırılmasında; bölümler arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi bölüm/bölümlerden olduğunu bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış;

Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile Hukuk Fakültesi ve İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Eğitim Fakültesi ile İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Hukuk Fakültesi ile Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümlerinde olanların puanları arasında,

Fen Edebiyat ile İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanlarında,

istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin en yüksek (25.6 ± 4.8), İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin ise en düşük puanı (21.7 ± 3.5) aldıkları bulunmuştur.

Beslenme alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ile Fen Edebiyat Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, Tıp Fakültesinde olanların en yüksek (21.1 ± 4.3), Fen Edebiyat Fakültesi olanların en düşük (19.4 ± 3.6) puanı aldıkları bulunmuştur.

Sağlık Sorumluluğu alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ile Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Hemşirelik Yüksek Okulu ile Eğitim Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Eğitim Fakültesi ile Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümlerinde olanların puanları arasında,

Hukuk Fakültesi ile Tıp Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Fen Edebiyat ile Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümlerinde olanların puanları arasında,

İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi ile Tıp Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş, Tıp Fakültesinde olanların puanlarının en yüksek (22.3 ± 4.8), Fen Edebiyat Fakültesinde olanların en düşük (19.5 ± 3.7) puanı aldıkları bulunmuştur.

Fiziksel Aktivite alt boyutunda;

Fen Edebiyat Fakültesi ile Tıp Fakültesi, Hemşirelik Yüksek Okulu ve İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş, Tıp Fakültesi (18.7 ± 4.8) ve İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesinde (18.7 ± 2.9) olanların puanlarının en yüksek, Fen Edebiyat Fakültesinde (16.3 ± 3.8) olanların en düşük puanı aldıkları saptanmıştır.

Stres Yönetimi alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ile Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, Tıp Fakültesinde olanların puanlarının en yüksek (20.0 ± 4.3), Hukuk Fakültesinde olanların en düşük puanı (17.9 ± 2.6) aldıkları bulunmuştur.

Manevi Değişim alt boyutunda;

Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile Hukuk Fakültesi ve İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, Tıp Fakültesi bölümünde olanların en yüksek (25.7 ± 5.1), Hukuk Fakültesi (22.9 ± 4.2) ve İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesinde (22.9 ± 4.0) olanların benzer şekilde en düşük puanı aldıkları bulunmuştur.

SYBD Ölçeği toplam puanında;

Tıp Fakültesi ile Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Hemşirelik Yüksek Okulu ile Hukuk Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Eğitim Fakültesi ile Tıp Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

Hukuk Fakültesi ile Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümlerinde olanların puanları arasında,

Fen Edebiyat ile Tıp Fakültesi bölümlerinde olanların puanları arasında,

İktisat Ve İdari Bilimler Fakültesi ile Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümlerinde olanların puanları arasında,

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, Tıp Fakültesinde olanların puanlarının en yüksek (132.7 ± 23.6), Hukuk Fakültesinde olanların en düşük (120.5 ± 14.5) puanı aldıkları bulunmuştur.

SYBD II ölçeğinden alınan puanların sınıflara göre karşılaştırılmasında; sınıflar arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

SYBD Ölçeğinden alınan puanların cinsiyete göre karşılaştırılmasında; cinsiyetler arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Yaş ile SYBD II ölçeği alt boyutlarındaki ilişkilere bakıldığında Kişilerarası İlişkiler alt boyutu ile yaş arasında r= -0.089 düzeyinde, negatif yönde, ilişkiler olduğu, bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Diğer alt boyutlardaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

SYBD II ölçeğinden alınan puanların sosyal güvence durumlarına göre incelendiğinde; beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyutlarından elde ettikleri puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Kişilerarası ilişkiler, manevi değişim alt boyutlarında ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

Farklılığın kaynaklandığı sınıf/sınıfları bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış;

Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda;

SGK'lı olanlar ile BAĞ-KUR, Özel Sağlık Sigortası ve sosyal güvencesi olmayanların puanları arasında,

BAĞ-KUR'u olanlar ile SGK'lı olanların puanları arasında,

Emekli Sandığı olanlar ile Özel Sağlık Sigortası olan ve sosyal güvencesi olmayanların puanları arasında,

Özel Sağlık Sigortası olanlar ile SGK'lı ve Emekli Sandığı olanların puanları arasında,

Sosyal güvencesi olmayanlar ile SGK'lı ve Emekli Sandığı olanların puanları arasında,

istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. SGK'lı olanların en yüksek (24.2 ± 4.7), sosyal güvencesi olmayanların en düşük (21.6 ± 3.7) puanı aldıkları bulunmuştur.

Manevi Değişim alt boyutunda;

Sosyal güvencesi olmayanlar ile SGK'lı ve Emekli Sandığı olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, SGK'lı olanların en yüksek (24.7 ± 4.8), sosyal güvencesi olmayanların en düşük (21.5 ± 3.8) puanı aldıkları bulunmuştur.

SYBD Ölçeği toplam puanında;

Sosyal güvencesi olmayanlar ile SGK'lı ve Emekli Sandığı olanların puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, SGK'lı olanların en yüksek (126.9 ± 18.7), sosyal güvencesi olmayanların en düşük (116.2 ± 14.4) puanı aldıkları bulunmuştur.

SYBD II ölçeğinden alınan puanların bursluluk durumuna göre karşılaştırılmasında; bursluluk durumları arasında, Kişilerarası İlişkiler, Beslenme, Fiziksel Aktivite, Stres Yönetimi ve Manevi Değişim alt boyutlarından alınan puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunuştur. Farklılık bulunan iki durumda da ücretli olanların puanlarının burslu olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

SYBD II ölçeğinden alınan puanların ekonomik duruma göre karşılaştırılmasında; ekonomik durumlar arasında, beslenme, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, manevi değişim ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Farklılığın hangi ekonomik durumu/durumlarından kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış; farklılık bulunan tüm durumlarda, geliri giderinden az olanların aldıkları puanlar ile diğerlerinin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, geliri giderinden az olanların aldıkları puanların diğerlerinin aldıkları puanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

SYBD II ölçeğinden alınan puanların, hastalık durumuna göre karşılaştırılmasında; hastalık durumları arasında, tüm alt boyut ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

SYBD II ölçeğinden alınan puanların ikamet durumuna göre karşılaştırılmasında; ikamet durumları arasında, beslenme, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, manevi değişim ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur.

Farklılığın hangi sınıf/sınıflardan kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış;

Kişilerarası İlişkiler alt boyutunda;

-Ailesi ile birlikte kalanlar ile kendi evinde ve öğrenci evinde kalanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Stres Yönetimi alt boyutunda;

-Öğrenci evinde kalanlar ile yurtta kalanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, yurtta kalanları aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.043$).

Manevi Değişim alt boyutunda;

-Ailesi ile birlikte kalanlar ile öğrenci evinde kalanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.004$).

SYBD II ölçeği toplam puanında;

-Ailesi ile birlikte kalanlar ile öğrenci evinde kalanların puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.034$).

SYBD II ölçeğinden alınan puanların en uzun yaşanılan yere göre karşılaştırılmasında; en uzun yaşanılan yerler arasında beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite alt boyutları ile ölçeğin toplam puanından aldıkları puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok ($p>0.05$). Manevi değişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ve alt boyutlarından aldıkları puan yönünden istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir($p<0.05$).

Farklılığın hangi ekonomik yer/yerlerden kaynaklandığını bulmak için çoklu karşılaştırma (post-hoc) testler uygulanmış; farklılık bulunan tüm durumlarda, köyde yaşayanların aldıkları puanlar ile diğerlerinin aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, köyde yaşayanların aldıkları puanların diğerlerinin aldıkları puanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

"Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" isimli çalışmamız kapsamında Ufuk Üniversitesi'nde lisans eğitimi gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri belirlenmiştir.

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirmesi SYBD II ölçeği ile yapılmıştır. SYBD II ölçeğinin ve ölçek alt boyutlarının puanı ile ilişkili faktörlerin incelenmesinde okuduğu bölüm, sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk durumu, ikamet durumu ve en uzun yaşanılan yer ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Hastalık durumu ve cinsiyet ile ilişki bulunamamıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den alınabilecek en yüksek puanın 208'dir. Bu veriler ışığında örnekleme aldığımız öğrencilerin puan ortalamalarının 124.0 ± 17.4 olarak tespit edilmiştir (Tablo2).

Hawks ve arkadaşları (68) tarafından 2002 yılında Amerika'da hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada ölçek puan ortalamaları 125,76, Al-Kandari ve Vidal (69) tarafından Kuveyt'te hemşirelik öğrencilerinde SYBD II ölçeği ile yapılan çalışmada puan ortalaması 128.16 olarak bulunmuştur. Akgün'ün 2014 yılında hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencileri ile yaptığı araştırmasında puan ortalaması 126.55±18,76 olarak belirlenmiştir (70). Çalışmamıza katılmış olan öğrencilerinde puan ortalamalarının benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Yaptığımız araştırma bu araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

Ertop, Yılmaz ve Erdem'in üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında 116.89±18.96 şeklinde saptanmıştır (71). Bu çalışma da ise çalışmamızdan daha düşük puan ortalaması bulunduğundan farklılık göstermektedir.

Hong Kong'ta Lee ve arkadaşlarının bir üniversiteye ait farklı bölümlerdeki

öğrenciler ile yaptıkları bir araştırma da puan ortalamaları 119.78 şeklinde bulmuşlardır (72). Yapılan bir çalışma da meslek yüksekokullarının sağlık bölümü öğrencilerin puan ortalamaları 118.46, sosyal bölümü öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları 125.34 olarak bulunmuştur (73). Karadeniz ve arkadaşlarının öğrenciler ile yaptıkları bir çalışmada ise ölçek toplam puanı 125.9 olarak belirlenmiştir (74). Üniversitelerin farklı bölümlerinde okuyan öğrenciler ile yapılan araştırmalar incelendiğinde, öğrencilerimizin puan ortalamaları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda da benzer çalışmalarda olduğu gibi sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin puanları diğer öğrencilerden yüksek bulunmuştur (Tablo 3.)

Yaptığımız çalışma da öğrencilerin SYBD II ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanların değerlendirilmesinde, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite alt boyutuna ait olduğu (17.7 ± 3.9) ve en yüksek ortalamanın manevi gelişim ölçek alt boyutuna ait olduğu (23.9 ± 4.6) görülmektedir. Diğer alt boyutlar sırasıyla; kişilerarası ilişki alt boyutu (23.3 ± 4.4), sağlık sorumluluğu alt boyutu (20.5 ± 3.9), beslenme alt boyutu (20.1 ± 3.8) ve stres yönetimi alt boyutu (18.5 ± 3.3)'dur.

Ünalan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da en yüksek puanı manevi gelişimin en düşük sırayı ise fiziksel aktivitenin aldığı görülmekte olup çalışmamız ile benzerdir (73). Öğrencilerin kültürel yapı, inanç sistemi ve değerlerinin manevi gelişimin ilk sırayı almasında etkili olduğu, teknolojinin çok fazla hayatlarında olması, günlerinin büyük bir bölümünü okulda veya stajda geçirmeleri, okul içinde ve çevresinde spor alanlarının yetersizliği ve spor salonlarının yüksek maliyeti fiziksel aktivitenin son sırayı almasında etken olduğu düşünülmektedir.

'Sağlık Sorumluluğu' ölçek alt boyutu bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa katkıda bulunma düzeyini, sağlık kontrollerini düzenli yaptırıp yaptırmadığını ve kendi sağlığının bilincinde olup olmadığını değerlendirmekte olup alınabilecek en yüksek alt boyut puanı 35'dir. Araştırma yaptığımız öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları 20.5 ± 3.9 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Literatürü incelediğimizde Kocaakman ve arkadaşlarının (75), Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (6) ve Şimşek ve arkadaşlarının (76) çalışmalarındaki puan otalamalarının çalışmamızdan yüksek olduğu görülmektedir. Kişilerin kendi sorumluluklarını almaları sağlığı geliştirme adına davranış ve yaşam biçimlerinin kendi sağlıklarını nasıl etkilediğini anlamalarını sağlar. Böylece kişilerin riskli davranışlardan uzak durması sağlanabilir. Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının nispeten düşük olması, üniversite öğrencilerinin kendi bakım sorumluluklarını alma, kendi sağlıklarını takip etme, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi konusundaki davranışlarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

'Kişilerarası ilişkiler' alt boyutu bireyin diğer birey ya da bireylere mesajlarını iletmesi ve onların mesajlarını almasıdır. Bu durum bireylerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle olan iletişim ve süreklilik düzeyini ifade etmektedir. Bu ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Yaptığımız çalışmada kişilerarası ilişkiler alt boyutunun puan ortalaması 23.3 ± 4.4 olarak belirlenmiştir.

Özyazıcıoğlu ve ark. yaptığı çalışmada 26.16±4.25 olarak belirtilmiştir (6). Çalışmamızın puan ortalaması bu araştırmadan düşük, Cihangiroğlu ve Deveci'nin

(77) çalışması (20.73±3.76) ile Kocaakman'ın (75) çalışmasından (21.04±3.27) yüksek, Şimşek ve arkadaşlarının (76) yaptığı çalışma (23.6±3.4) ile benzerdir.

'Manevi Gelişim' alt boyutu bireylerin inançlarını, değer yargılarını, manevi yönlerini ifade etmesinin yanı sıra bireylerin kendilerini gerçekleştirme yolunda belirledikleri hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için ortaya koydukları çabayı da sorgular. Alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Araştırmamızda öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan ortalamaları 23.9 ± 4.6 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızın manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması literatür ile karşılaştırıldığında; Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (6) çalışmasında manevi gelişim puan ortalaması 26.93±4.06, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (77) çalışmasında ise 37.33±6.73 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın manevi gelişim puan ortalaması

bu iki çalışmadan düşük, Şimşek ve arkadaşlarının (23.4±3.3)çalışması ile benzerdir (76).

'Beslenme' alt boyutu ise bireylerin yemek yeme ile ilgili tercihlerini, alışkanlıklarını, öğün seçimlerini, tutumlarını belirler. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 33'dür. Çalışmaya katılan öğrencilerin beslenme alt boyutu puan ortalamaları 20.1 ± 3.8 olarak bulunmuştur.

İlgili literatür incelendiğinde; Cihangiroğlu ve Deveci'nin (77) çalışmasında 14.33±3.08, Kocaakman'ın (75) çalışmasında 15.12±3.27 puan ortalamaları çalışmamızdan düşük bulunmuştur. Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında 19.40±3.73, bulunması çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (6). Öğrencilerin beslenme ile ilgili alt boyut puan farklılıkları maddi imkanlardan, kültürel yapıdan, yaşanılan şehrin özelliklerinden ve üniversitenin koşullarından etkilenir. Farkın buradan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

'Stres Yönetimi' ölçek alt boyutu, bireylerin stres oluşturan nedenleri tanıma, farkına varma ve stresle başa çıkma düzeyini belirlemektedir. Stres Yönetimi için ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Çalışmamızda stres yönetimi ölçek alt boyut puan ortalaması 18.5±3.3 olarak saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında; Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (6) yaptığı çalışmada 19,44±3,57 olarak, Şimşek'in (76) yaptığı çalışmada 21.6±2.8 olarak belirlenmiş olup çalışmamızdan daha yüksek, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (77) ortak çalışmasında (17.73±3,95) ise çalışmamızdan düşük olduğu görülmektedir. Kocaakman'ın yaptığı çalışma (18.53±3.24) bizim yaptığımız çalışmaya ile benzerlik göstermektedir (75). Stres yönetimi için bireylerin sosyal etkileşim içinde bulunması, etkili iletişim kurması, gevşeme tekniklerini kullanması ve yeterli destek sistemlerine sahip olması önemlidir.

'Fiziksel Aktivite' ölçek alt boyutu bireylerin düzenli egzersiz ve aktivite yapma düzeyini belirler. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 31'dir. Araştırmamıza katılan

öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamaları 17.7 ± 3.9 olarak bulunmuştur.

Literatürde yapılan çalışmaları incelediğimizde, Şimşek ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları çalışmada, fiziksel aktiviteye ait alt ölçek puanının 21.1±2.9 olarak bulunduğu görülmektedir (76). Bu çalışmada elde edilen puan bizim çalışmamızda elde edilen alt boyut puanından yüksektir. Ayrıca fiziksel aktiviteye ait puanın bizim çalışmamızda elde ettiğimiz puana göre daha düşük bulunduğu çalışmalarda bulunmaktadır. Kocaakman ve arkadaşlarının 2010 yılında hemşirelik yüksekokulu öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada 10.61±2.47 olarak bulmuşlardır (75). Yine, Cihangiroğlu ve Deveci'nin 2011 yılında sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada 8.89±3.33 olarak tespit etmişlerdir (77).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz fiziksel aktivite puanı alınabilecek en yüksek puana göre düşük bir değerdir. Bunun sebebinin eğitim programının yoğunluğundan, fakültelerin büyük çoğunluğunun bulunduğu kampüs alanının şehir merkezine uzak olmasından dolayı öğrencilerin spor aktivitelerine zaman ayıramamaları, erişim ve ulaşım sağlayamamaları olduğu düşünülmektedir. Bu konuda üniversitelerde olanaklar genişletilmeli ve yeterli seviyeye getirilmeli, uygun ortamlar sağlanmalı ve böylece öğrencilerin aktiviteye yönlendirilmesinin fiziksel aktivitenin bir davranışa dönüşmesinde katkıda bulunacağı bir gerçektir.

Öğrencilerin cinsiyetine göre SYBD II ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyet ile SYBD II ölçeği ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Literatürü incelediğimizde Cihangiroğlu ve Deveci (77) ile Şimşek ve arkadaşlarının (76) yapmış oldukları çalışmalarda da yaptığımız araştırmaya benzer şekilde cinsiyet açısından bir fark bulunamamıştır. Yapılan bazı araştırmalarda ise cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olduğu, kadınların puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (6,75).

Çalışmaya katılan öğrencilerin ekonomik durumu ile SYBD ve alt boyut puan

ortalamalarının karşılaştırılmasında; ekonomik durumlar arasında; fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından ede ettikleri puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi değişim ve SYBD ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Gelir düzeyi gider düzeyinden az olan grubun en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5).

Elâzığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada ekonomik düzeyleri yüksek olan öğrencilerin stres yönetimi, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (77). Araştırma sonuçları gösteriyor ki; ekonomik durumdaki iyileşme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır.

Öğrencilerin SYBD ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları ikamet durumlarına göre incelendiğinde; ikamet durumları arasında, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken; stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, manevi değişim ve toplam ölçek puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Manevi Değişim ve Kişilerarası İlişkiler alt boyutlarında ve SYBD Ölçeği toplam puanında, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Stres Yönetimi alt boyutunda, yurtta kalanları aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ünalan ve arkadaşlarının çalışmasında yurtta kalanların manevi gelişim ve beslenme toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır (73).

Öğrencilerin kronik hastalık varlığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ulaş Karaahmetoğlu ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı

çalışmasında da kronik hastalığı olan öğrenciler ile olmayan öğrenciler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları yönünden bir farklılık saptanmamıştır (78). Bu araştırma bizim çalışmamız ile bu açıdan benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızda kronik hastalık varlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine doğrudan etkisi olduğu görülmese bile bireyin yaşam şekli ve davranışları üzerine etkili olabilir.

Öğrencilerin en uzun yaşadıkları yere göre SYBD ve alt boyutları karşılaştırıldığında; stres yönetimi, manevi değişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından aldıkları puan yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), köyde yaşayanların aldıkları puanların diğerlerinin aldıkları puanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kocaakman'ın çalışmasında yaşamının büyük bir kısmını büyükşehirde geçiren öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puanları, yaşamının büyük bir kısmını köyde geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur (75).

Kentsel yerleşim bölgelerinde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim gibi hizmetlerin üst düzeyde sunulmasının ve ulaşılabilir olmasının bu merkezlerde yaşayanların sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Öğrencilerin bursluluk durumuna göre SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; bursluluk durumları arasında, Manevi Değişim, Beslenme, Stres Yönetimi, Fiziksel Aktivite ve Kişilerarası İlişkiler alt boyutlarından alınan puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) bulunurken, Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$) bulunuştur. Farklılık bulunan iki durumda da ücretli olanların puanlarının burslu olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ücretli öğrenci sayısının fazla olması ve bu grubun ekonomik durumlarının iyi olması sağlığa erişimi kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakültelere göre SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde tüm alt boyutlar ve ölçek toplam puanı yönünden farklılıklar görülmüştür.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutunda hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin (25.6 ± 4.8) en yüksek sonra sırası ile tıp fakültesi (24,9 ± 4,8), eğitim fakültesi (24.1± 4.4), fen edebiyat fakültesi (23.9 ± 4.6), hukuk fakültesi (22.7 ± 4.2) ve iktisat ve idari bilimler fakültesi (21.7 ± 3.5) öğrencileri puanları gelmektedir.

Elde ettiğimiz bu veri beklendik bir durumdur. Hemşirelik mesleği hasta ve hasta yakınları ile iyi iletişim kurmayı gerektiren bir meslek olması sebebiyle eğitim sürecinde verilen ders ve eğitimlerin puanlara yansıdığı düşünülmektedir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutunda tıp fakültesi öğrencileri ile fen edebiyat fakültesi, eğitim fakültesi, iktisat ve idari bilimler fakültesi ve hukuk fakültesi öğrencileri arasında, hemşirelik yüksek okulu öğrencileri ile eğitim fakültesi ve fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.000). Tıp fakültesi ve hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin aldıkları sağlık eğitimlerinden kaynaklandığı puan farkı oluşturduğu düşünülmektedir.

Fiziksel aktivite alt boyutunda fen edebiyat fakültesi öğrencileri ile tıp fakültesi, hemşirelik yüksek okulu ve iktisat ve idari bilimler fakültesi öğrencilerinin puanları arasında anlamlı bir fark saptanmış (p=0.000) olup fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin en düşük puanı aldıkları görülmüştür.

Stres yönetimi alt boyutunda tıp fakültesi öğrencileri ile eğitim fakültesi, fen edebiyat fakültesi, iktisat ve idari bilimler fakültesi ve hukuk fakültesi öğrencilerinin puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0.000). Tıp fakültesi öğrencilerinin en yüksek puanı aldıkları görülmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin hastalık ve tedavi sürecinde sürekli değişken olabilen durumlar ile karşı karşıya kalmaları büyük bir stres kaynağıdır. Zaman içerisinde bu durumu kontrol etmeyi öğrenmeleri ve kriz yönetimini sağlamalarının stres yönetimi puanları arttırdığı düşünülmektedir.

Manevi değişim alt boyutunda ise tıp fakültesi ve hemşirelik yüksekokulu öğrencileri ile diğer fakültelerin öğrencileri arasında anlamlı bir fark (p=0.000) bulunurken, tıp fakültesi ve hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin en yüksek puanı aldıkları görülmüştür. Bulgumuzdan yola çıkarak hemşirelik ve tıp öğrencilerinin manevi yönlerinin gerek mesleki olarak anlam ifade etmesinden gerekse eğitim ve öğretim yöntemleri ile geliştiğini söyleyebiliriz.

Zaybak ve Fadıloğlu'nun çalışmasında sağlık bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ölçek alt boyutu puan ortalamaları diğer bölümlerdeki öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Ayrıca sağlıkla ilgili bölümlerde okuyanların diğer alt grup puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte diğer bölümlerden yüksektir (14).

Ünalan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal programlarda okuyan öğrenciler ile sağlık programlarında okuyan öğrenciler arasında manevi gelişim, beslenme, egzersiz ölçek alt boyutları ve SYBD ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (73).

Öğrencilerin bulundukları sınıfa göre SYBD II ve ölçek alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde SYBD II ölçek toplam puanı ve tüm ölçek alt boyut puanlarında tıp fakültesi 5. ve 6. ile diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının hemşirelerle yaptıkları çalışmada dördüncü sınıftakilerin ölçek puanlarını birinci sınıftakilerden kısmen daha yüksek bulunmuştur. Fakat ölçek toplam ve ölçek alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (6).

Cihangiroğlu ve Deveci'nin çalışmasında 4. sınıfta okuyan öğrencilerin 1. sınıfta okuyanlara göre SYBD II ölçeği ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları daha

yüksektir (77).

Karadeniz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin sınıfları arasında SYBD II ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, 4. sınıf öğrencilerinde sağlık sorumluluğu ölçek alt boyutu puanları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur (74). Çalışmamızda ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlarda en yüksek puanların 5.Sınıflara ait olduğu, en düşük puanın ise 6. Sınıflara ait olduğu dikkati çekmektedir. Bulgunun nedeninin 5 ve 6 sınıfın sadece tıp fakültesinde olması bağlı olarak örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma da üniversite öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri KARRİF-BD ölçeği ile belirlendi. KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 28'dir. KARRİF BD ölçeğinin puanı ile ilişkili faktörlerin incelenmesinde okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, sağlık güvencesi, ikamet durumu ve en uzun yaşanılan yer ile ilişkili olduğu saptandı. Bursluluk durumu ve hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin KARRİF-BD ölçeği toplam puan ortalaması 17.0 ± 5.2 olarak tespit edilmiştir. KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu göz önünde bulundurulacak olursa çalışmamızda üniversite öğrencilerinin puanlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarını; Paslı Gürdoğan ve ark. (79) Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde 17.86±2.83, Uysal ve ark. (80) edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1±4.37, hemşirelik öğrencilerinde 21.8±4.37, Badır ve ark. (81) hemşirelik öğrencilerinde 22.47±3.38, Karakoç Kumsar ve ark. (82) hemşirelik öğrencilerinde 19.08±6.05 olarak saptamıştır.

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteye göre KARRİF BD ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında; Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu bölümleri ile diğer bölümlerde olanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

($p<0.05$), Tıp Fakültesi (22.7 ± 3.9) puan ortalaması en yüksek, İdari ve İktisadi Bilimler Fakültesi puan ortalaması en düşük (14.5 ± 4.0) olarak belirlenmiştir. Literatürde sıklıkla üniversitenin tüm bölümlerini kapsayan çalışmalar yerine hemşirelik ve tıp öğrencileri ile yapılan bu tarz çalışmalara rastlandığından karşılaştırma yapılamamıştır (79-82). Tıp fakültesi ve hemşirelik bölümün puanlarının yüksek olması literatürü destekler biçimde ve aldıkları eğitimden kaynaklı olduğu için beklendik bir sonuç olarak ifade edilebilir.

5.ve 6. Sınıflar ile diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, puanların diğer sınıflarda olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 5. ve 6. Sınıfların puan ortalamalarının yüksek bulunma nedeni yalnızca tıp fakültesinde bu sınıfların bulunması dolasıyla örneklem sayısının düşük olmasından ve sağlık eğitimi alıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet ile KARRİF BD ve alt boyut puanları arasında, KVH özellikleri boyutu puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p>0.05$), diğer alt boyutlarda ve ölçek toplam puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), kadınların puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum kadınların kendilerine özen göstermesi, sağlık ve güzellik ile ilgili yayınları sık takip etmelerinden kaynaklamış olabilir.

Yaptığımız çalışmada öğrencilerin sosyal güvence durumları ve yaş ile KARRİF BD ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olmayanların en düşük puanı aldıkları ve yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

KARRİF BD ve alt boyutlarının ekonomik durum ile karşılaştırmasında ise; gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin KARRİF BD ve alt boyutlarında puanları yüksek olduğu görülmektedir. Bu sosyoekonomik düzeyin kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyini arttırmada önemli olduğunu göstermektedir. Üst gelir grubundaki bireyler sağlık farkındalığı, spor, aktivite gibi faaliyetlere daha kolay zaman ve bütçe ayırıp erişim sağlıyor olabilirler.

Karakoç Kumsar ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada ikamet durumları ile KVH bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamışlardır (82). Bizim araştırmamızda ise ikamet durumu ile KARRİF BD ve alt boyutları karşılaştırmasında; ailesi ile birlikte kalanlar ile kendi evinde kalanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, ailesi ile birlikte ikamet edenlerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin en uzun süre yaşanılan yer ile KARRİF BD ve alt boyutları karşılaştırmasında; köyde yaşayanların aldıkları puanlar ile il ve ilçede yaşayanların aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, köyde yaşayanların aldıkları puanların diğerlerinden daha düşük olduğu bulunmuştur. Bulgular yaşanılan yerin KVH bilgi düzeyi konusunda etkili olduğunu göstermektedir.

Uçar ve Arslan'ın yetişkin bireylerde yaptığı bir araştırmada en uzun süre yaşanılan yer ile KVH bilgi düzeyi arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür (83).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler hastalıklar bilgi düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yaptığımız araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

1. Çalışmaya katılan öğrencilerin %41.1'i (n=250) erkek, %58.9'u (n=358) kadındır. Öğrencilerin %81.4'ü ücretli, %18.6'sı bursludur. Öğrencilerin ekonomik durumlarına bakıldığında %55.6'sının geliri giderinden fazla(n=338), %34.7'sinde gelir gidere denk (n=211), %9.7'sinde gelir giderden azdır (n=59). Öğrencilerin %14.5'inin kronik bir hastalığı vardır. Öğrencilerin %70,9'unun en uzun yaşadığı yer il, %53.5'inin ikameti ailesiyle birliktedir.

2. Üniversite öğrencilerine uygulanan SYBD II ölçeğinden elde edilebilecek en yüksek puan 208'dir. Öğrencilerin ölçek puan ortalamaları 124.0 ± 17.4, medyan değeri 122, minimum puan 75, maksimum puan 204'dür.

3. Öğrencilerin ölçek alt boyut puanlarına bakıldığında ise, sağlık sorumluluğu ölçek alt boyut puan ortalaması 20.5 ± 3.9'dur. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği puanlarının medyan değeri 20 olup, minimum puan 10, maksimum puan 36'dır. Öğrencilerin fiziksel aktivite ölçek alt boyut puan ortalaması 17,7 ± 3.9, medyan değeri 18 olup, minimum 8, maksimum 32'dir. Öğrencilerin beslenme alt ölçek puan ortalaması 20.1 ± 3.8'dir. Medyan değeri ise 20 olup minimum puan 10, maksimum puan 35'dir. Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan ortalaması 23.9 ± 4.6'dır. Öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puanlarının medyan değeri 23 olup minimum puan10, maksimum puan 36'dır. Öğrencilerin kişilerarası ilişkiler ölçek alt boyut puan ortalaması 23.3 ± 4.4, medyan değeri 23 olup, minimum puan 12, maksimum puan 36'dır. Öğrencilerin stres yönetimi ölçek alt boyut puan ortalaması 18.5 ± 3.3'dür. Öğrencilerin stres yönetimi alt ölçeği puanlarının medyan değeri 18 olup minimum puan 8, maksimum puan 32'dir. Çalışmamızda SYBD II ölçeğinin alt grupları değerlendirildiğinde, sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite boyutlarına ait

olduğu görülmektedir. Daha sonra sırasıyla, kişilerarası ilişki, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi gelmektedir.

4. Öğrencilerin SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile cinsiyet ve kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk durumu, ekonomik durum, ikamet durumu, en uzun süre yaşanılan yer arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

5. Üniversite öğrencilerine uygulanan KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin ölçek puan ortalamaları 17.0 ± 5.2, medyan değeri 17 olup, minimum puan 4, maksimum puan 28'dir.

6. Öğrencilerin ölçek alt boyut puanlarına bakıldığında ise; KVH özellikleri bilgi düzeyi puan ortalamaları 2.3 ± 1.2, medyan değeri 2 olup, minimum puan 0, maksimum puan 4'tür. Öğrencilerin risk faktörleri bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları 9.5 ± 3.3, medyan değeri 10 olup, minimum puan 0, maksimum puan 15'tir. Öğrencilerin risk davranışları bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları 5.2 ± 1.7, medyan değeri 5 olup, minimum puan 1, maksimum puan 9'dur.

7. Öğrencilerin KARRİF BD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, ekonomik durum, ikamet durumu ve en uzun süre yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) bulunurken; bursluluk durumu ve kronik hastalık durumu arasında fark yoktur ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

1. Üniversite öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimini benimsemesi, davranış edinebilmesi ve şu anda küresel bir risk faktörü olan kardiyovasküler hastalıklar konusunda bilgi sahibi olması için ilgili konularda eğitim programları oluşturulmalıdır.

2. Verilen eğitiminin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, risklerin farkında olup olmadıklarının, bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması önemlidir.

3. Gerekli iyileştirmeler kapsamında;

- Üniversite öğrencileri için, spor ve fiziksel faaliyet programları yaygınlaştırılmalı,
- Üniversite kampüs alanları planlanırken öğrencilerin yararlanabileceği spor salonlarına ve yüzme havuzlarına yer verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. DR Parker, AR Assaf. Community interventions for cardiovascular disease.In: Eaton CB (ed). Primary Care: Clinics İn Office Practice 2005. 32(4): 865-881.

2. WHO. The top 10 causes of death: global report, 2016. http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death 28.05.2018.

3. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi Ve Sağlığı Geliştirme. İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 1132-1136.

4. Metintas S, Kalyoncu C, Arıkan İ. Two distinct training methods for a doctrine of life with healthy heart in a low socioeconomic society model. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2009, 6(11):97-2883.

5. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2005, 9(2): 26-34.

6. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.* 2011, 8:2.

7. Özbaşaran, F, Çakmakçı A ve Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 7(3):43-55.

8.Joanna Briggs Enstitüsü. Nurse-led Intervenations to reduce cardiac risk factors in adults. *Best Practice.* 2009, 13(5):1-4.

9. Akşit BT. Toplum, Kültür ve Sağlık. İçinde: Bertan M, Güler Ç (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1997; 13- 25.

10. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi.* 2014, 7(1):59- 67.

11. Pender NJ et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook* 1992,40(3):106-112.

12. Ferguson KJ. Health behaviour. In Wallace RB(ed). *Public Health& Preventive Medicine*. 14. Basım Stamford: Appleton&Lange, 1998: 811- 816.

13. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015, 5(1): 28-34.

14. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004, 20(1): 77-95.

15. Yıldırım F, Keser A. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık Okuryazarlığı. http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/882.pdf 30.05.2018.

16. Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Basım, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, 2008, 44-46.

17. Speck RN. Exercise and physical activity. *Holistic Nursing Practice*. 2002, 17(1): 24-31.

18. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM. State of the epidemiologial 33. evidence on physical activity and cancer prevention. *European Journal of Cancer*, 2010, 46: 593-604.

19. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.

20. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık, 2003: 6-15.

21. Sencer E, Orhan Y. Beslenme. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2005: 1-8.

22. Stewart SD, Menning CL. Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. *Journal of Adolescent Health*. 2009, 45: 193-201.

23. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spirütüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007, 8(1): 47-50.

24. Makhija N. Spiritual nursing. *Nursing Journal of İndia*, 2002, 93: 129-130.

25. Oldnall A. A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1996, 23: 138-144.

26. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2009, 3:41-52.

27. Hovardaoğlu S. Kişiler arası ilişkiler ve davranış bozuklukları. Kriz Dergisi. 1995, 1(3):7- 12.

28. Kaya A. Kişiler Arası İlişkiler ve Etkili İletişim. 12.Baskı Pegem Yayınları, Ankara. 2018:68-72.

29. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 7. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2004, 5-7.

30. Thoits PA. Stress and health: major findings and policy ımplications. *Journal of Health Social Behavior*. 2010, 51: 41-53.

31. Özmen M, Önen B. Stresle başa çıkma yolları. *İÜ, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*. 2005, 47: 171-180.

32. Onat A, Kaya Adnan, Akbaş-Şimşek T, Şimşek B, Tusun E, Karadeniz Y, Can G. 25 years of the TARF study: The 2015 survey and temporal trends in mortality and loss to follow-up. Türk Kardiyol Dern Arş. 2016; 44:365- 70.

33. Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.http://www.tkdonline.org/uksp/tkd_ulusalkalpsagligipolitikasi_taslak.pdf. 03.06.2018.

34. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017, 2(4): 18-27.

35. Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/ , 30.05.2018.

36. Baran GB. Genç ve gençlik: sosyolojik bakış. *Gençlik Araştırmaları Dergisi.* 2013, 1(1); 6-25.

37. İkiz FE, Otlu BM. Üniversite yaşamına uyum sürecinde yaşanan sorunlar ve başa çıkma yolları. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2015, 13(4); 35-52.

38. Bingöl G, Gebeş R, Yavuz R. Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2012, 27(3); 106-111.

39. Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, Markham CM. A review of posi-tive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health.*2010, 46(3); 75-91.

40. TDK. Risk Tanımı. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_yanlis&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b1a2ddf9a1247.99963564 01.06.2018.

41. Yıldız EU. Madde Kullanımında Risk Etkenleri ve Koruyucu Etkenler. İçinde: HÇ (editör). *Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı*, İzmir. 2011, 7.

42. Özyürek M. Problem Davranışları Değiştirme, Ankara, 2011, 17.

43. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007, 26(3):32-38.

44. Özcebe H. Gençler ve Sigara. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t18.pdf 31.05.2018.

45. Çalışkan Ş. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015, 8(2):23-46.

46. Onurlubaş E, Yıldız E, Yıldız S. Üniversite öğrencilerinin sigara tüketimini etkileyen faktörler: Trakya üniversitesi öğrencileri üzerine bir uygulama. *The Journal The Journalof International Scientific Researches of International Scientific Researches of International Scientific Researches Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi.* 2017, 2(4): 83-92.

47. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Soylu Özler G, Özer C. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2014, 6(3):1-7.

48. Babuna C. *Alkol Esareti ve Sağlık Sorunları,* 1. Baskı. İstanbul, İş Dünyası Vakfı Yayınları İstanbul, 2008: 40-41.

49. Kolay Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009, 10(1):42.

50. Bayrak U, Gram E, Mengeş E, Okumuş ZG, Sayar HC, Skrijelj E, Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010, 24(2):95.

51. Tot Ş, Yazıcı K, Ertekin Yazıcı A, Erdem P, Bal N, Metin Ö, Çamdeviren H. Mersin üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2002, 3(4):227.

52. Yılmaz G, İbiş S, Sevindi T. Gazi üniversitesi beden eğitimi ve spor yüksek okulu öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımının değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 2007, 8(2):85.

53. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık, 2003: 6-15.

54. Sormaz Ü, Sürücüoğlu MS, Akan LS. Beslenme Kültüründeki Eğilim: Fast Food Yemek Tercihleri. İçinde: Dilek Z, Akbulut M, Arlı M, Özer B, Gürses R, Taşkın BK(editörler*). Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi Kitabı*. 1. Baskı. Ankara, 2008:1215-1219.

55. Oğur S, Aksoy A, Güngör Ş. Üniversite Öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *BEU Journal of Science*. 2015, 4(2): 93- 102.

56. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. The Lancet. 380; 219- 229, 2012.

57. Albayrak E, Ziyagil MA, Çekin R. Okul, spor ve serbest zamanlardaki fiziksel aktivite alışkanlığının üniversite sınıf düzeylerine göre incelenmesi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2014, 9(2); 8- 17.

58. Peterson A. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2007, 19: 349– 357.

59. Haskell LW, Lee MI, Pate R R, Powell EK, Blair NS, Franklin A B, Macera A C, Heath W G, Thompson DP, Bauman A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med. Sci. Sports Exerc. 2007, 39(8): 1423–1434.

60. WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.p df?ua=1. 30.05.2018.

61. Alwan A et al. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries. The Lancet, 2010, 376:1861-1868.

62. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L. Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. 1. Baskı. Elsevier Health Sciences, 2011: 62-79.

63. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), İstatistiklerle Gençlik 2014, Ankara, 2015:76.

64. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korumada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;3(4):223-31.

65. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987, 36: 76-81.

66. 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, 12:1-13.

67. Arıkan I, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları.* 2009;37(1):35-40.

68. Hawks RS., Madanat HN., Meril RM., Goud MB., Miyagwa T. A Cross-cultural comparison of health promoting behaviours among college students. *The Journal of Health Education.* 2002, 5: 84-92.

69. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing and Health Science,* 2007,9(2): 112-119.

70. Akgün M. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. Ankara. 2014,13(3);189-196.

71. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. *Kırıkkale üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2012, 14(2):1-7.

72. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviours and psychosocial well_being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing.* 2005, 22(3): 209-220.

73. Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2007, 14(2):101- 109.

74. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008, 7(6): 497-502.

75. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010, 17(2):19-24.

76. Şimşek Ö, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012, 26(3): 151-157.

77. Cihangiroğlu Z, Deveci S. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2011, 16(2):78-83.

78. Ulaş Karaahmetoğlu G, Soğuksu S, Kaçan Softa H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2014,2(2):26-42.

79. Paslı Gürdoğan E, Kurt S, Ünsar S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. *Euras J Fam Med.* 2014, 3:79- 84.

80. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Awareness about preventable cardiovascular risk factors of students attending Faculties of Nursing and Literature. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013, 13:728-731.

81. Badır A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2015, 14:441-449.

82. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F, Altınbas Akkaş Ö. The effect of cardiovascular risk factors knowledge level on healthy life style behaviors and related factors in nursing students. *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)*. 2015, 4:47-60.

83. Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;8(17):121-130.

8. EKLER

EK – 1. Demografik Veri Toplama Formu

1. Okuduğunuz bölüm:

2. Kaçıncı sınıfsınız?

A) 1. Sınıf B) 2. Sınıf C) 3. Sınıf D) 4. Sınıf E) 5. Sınıf F) 6. Sınıf

3. Cinsiyetiniz nedir?

A) Kadın B) Erkek

4. Yaşınız:

5. Sağlık güvenceniz nedir?

A) SGK B) BAĞ-KUR C) Emekli Sandığı D) Özel Sağlık Sigortası E) Yok

6. Bursluluk durumunuz nedir?

A) Burslu B) Ücretli

7. Ekonomik durumuz nedir?

A) Gelir Giderden Az

B) Gelir Gidere Denk

C) Gelir Giderden Fazla

8. Sürekli tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı?

A) Evet B) Hayır

EK – 1. Demografik Veri Toplama Formu (Devamı)

9. İkamet durumuz nedir?

A) Ailemle birlikte B) Kendi evi C) Öğrenci evi D) Yurt

10. Yaşamınız en uzun bölümünü nerede geçirdiniz?

A) İl B) İlçe C) Köy

EK – 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	**Hiçbir Zaman**	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli Olarak**
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2.	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5.	Yeterince uyurum				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15.	Sağlık personeline önerileri anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)yürürüm				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

EK – 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (Devamı)

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	**Hiçbir Zaman**	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli Olarak**
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34.	Günlük isler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum				
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50.	Kahvaltı yaparım				
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK – 3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri (KARRİF BD) Ölçeği

Aşağıdaki sorular Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri ile İlgili Bilgi Düzeyini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz doldurunuz.

	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi	**Evet**	**Hayır**	**Bilmiyorum**
1.	Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2.	Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3.	Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4.	Koroner kalp hastalığı önlenebilir.			
5.	Ülkemizdeki olum ve hastalıkların önlenebilir nedeni sigaradır.			
6.	Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7.	Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8.	Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9.	Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10.	Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11.	Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12.	Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13.	Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.			

EK – 3. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri (KARRİF BD) Ölçeği (Devamı)

	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi	**Evet**	**Hayır**	**Bilmiyorum**
14.	Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15.	Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16.	Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17.	Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18.	Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19.	İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20.	Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21.	Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22.	Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.			
23.	Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24.	İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25.	Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26.	Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27.	Diyabet (Şeker Hastalığı) kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28.	Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK – 4. Gönüllü Olur Formu

“Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi “ARAŞTIRMASI

Araştırma üniversite öğrencilerinin sağlık yaşam biçimi davranışlarını ve Dünya’da ve Türkiye’de mortalite ve morbidite nedenlerinin başında yer alan kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Üniversite öğrencilerinin bu konulardaki yeterliliklerinin ve eksikliklerinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmada gönüllüler herhangi bir sorumluluk almamaktadır. Araştırma tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır.

Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. Araştırma da gönüllülerin kimlik bilgileri istenmeyecektir. Gönüllü istediği zaman araştırmadan çekilebilir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda yer alan açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü ad soyad — Hemşire

Tarih — Şerife Öz

İmza

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY FORMU

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI

Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

(Bu bölümde mutlaka çalışmanızın başlığını yazınız)

ARAŞTIRMACI/ARAŞTIRMACILAR*

	Unvan	Adı Soyadı	Görev yeri	Telefon	e-posta
1**	Hemşire	Şerife Öz	Ufuk üniversitesi	5414510984	Serifeguclu2101@gmail.com
2	Öğretim üyesi	Ayşegül Koç	AYBÜ	5467255868	aysegulkocmeister@gmail.com
3					
4					

Araştırmacının AYBÜ ile ilişkisi***: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

*Bir danışman gözetiminde gerçekleşen çalışmalarda danışmanın imzası zorunlu değildir.
** Etik kuruluna doğrudan başvuru yapan kişinin ismi ilk sıraya yazılmalıdır.
***Bu kısımda araştırmacının / araştırmacılardan en az birinin AYBÜ ile ilişkisi mutlaka belirtilmelidir. AYBÜ Etik Kurulu yalnızca üniversitemiz bünyesindeki çalışan veya öğrencilerin başvurularını değerlendirmektedir.

ARAŞTIRMA DÖNEMİ

Başlangıç* 01/05 /2018 **Bitiş** 20 /07 /2018

*Bu kısımda veri toplama sürecinin başlangıcı ve bitişi verilmelidir. Veri toplama tarihinin başlangıcı Etik Kurul onayının alınmasından önce olamaz. Bu yüzden proje başlamadan en az 1 ay önce başvuru yapılması önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ

☐	Öğretim elemanı araştırması
☐	Doktora tezi
☒	Yüksek lisans tezi
☐	Diğer _____ (belirtiniz)

ARAŞTIRMA DESTEĞİ

☒	Yok		
☐	Var		
	☐	Üniversite	
	☐	TÜBİTAK	
	☐	Uluslararası	
	☐	DİĞER (belirtiniz)	

Desteğin niteliği:_____

Desteğin niteliği (maddi ve/veya diğer) açıklanacak, destek verenin beklentisinin olup olmadığı, beklenti varsa niteliği, desteğin, desteği veren kurum/kuruluşa karşı deneklerin hak-mahremiyet-gizlilik-zarar görmeme ilkelerine uygun olup olmadığı belirtilmelidir. Gerekli ise ilgili belgeler başvuruya eklenmelidir.

1

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

ilkelerine uygun olup olmadığı belirtilmelidir. Gerekli ise ilgili belgeler başvuruya eklenmelidir.

BAŞVURU DURUMU			
☒	Yeni başvuru		
☐	Tekrar başvuru	**Araştırma no:**	
☐	Protokol değişikliği	**Araştırma no:**	
☐	Daha önce onaylanmış bir araştırmanın devamı	**Araştırma no:**	

Veri Toplanması Planlanan Yerler/Mekânlar/Kurum Ve Kuruluşlar

1	Ufuk Üniversitesi
2	
3	

Araştırma Geniş Özeti

(Araştırmanın konusu, amacı, değişkenleri, yöntemi net bir şekilde açıklanmalıdır)

Konu:*(Araştırmanın konusu belirtilecektir.)*
Çalışma üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılacaktır.

Amaç:*(Araştırmadan beklentiler, yapılacak çıkarsamalar ve nelerin hedeflendiği açıklanacaktır.)*

Araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin sağlık yaşam biçimi davranışlarını ve Dünya'da ve Türkiye'de mortalite ve morbidite nedenlerinin başında yer alan kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemektir.

Üniversite öğrencilerinin bu konulardaki yeterliliklerinin ve eksikliklerinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Kapsam:*(Araştırmanın ilgili literatürdeki yeri açıkça belirtilecektir.)*

Üniversite hayatı bireylerin yaşamında önemli değişimlerin gerçekleştiği bir dönemdir. Üniversite eğitimi mesleki eğitimin yanı sıra kişilik gelişiminde, bireysel yaşamda ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir; çünkü öğrencinin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir. Toplumların sağlık düzeyi, toplumda sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür.

Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Hipertansiyon, obezite, Tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıkların artması ile risk faktörlerinin belirlenmesi önem kazanmıştır.

Dünya'da ve Türkiye'de morbidite ve mortalite nedenlerinin başında yer alan kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerinin belirlenerek bu doğrultuda gerekli önlemlerin alınması ve özellikle değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması mortalitenin azalması açısından oldukça önemlidir. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için bireylerin gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yapması gerekmektedir. Bu noktada öncelikle bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri incelenmelidir. Eksiklikler tespit edildikten sonra bunlara yönelik eğitimler ve girişimler planlanmalıdır.

2

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Yöntem:* *Araştırmanın evreni, örneklemi, örneklem seçme yöntemi, veri toplama araçları ve bunları kimin uygulayacağı, veri toplama araçlarının uygulanma biçimi (yüzyüze, posta vb.), araştırmadan elde edilen sonuçların yanlılığını önleyecek yöntemsel önlemler açıklanacaktır.Kullanılacak Biyolojik, Psikolojik ve/veya Teknik gibi tüm yöntemler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.Gönüllü katılımı bozacak ve katılımcıları suistimal edecek tehditlere karşı alınan önlemler açıklanmalıdır.*

1. Araştırmanın Şekli

Araştırma üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2. Araştımanın Yapılacağı Yer

Araştırma Ufuk Üniversitesinde yürütülecektir. Ufuk Üniversitesinin Balgat Kampüsü ve İncek Kampüsü olmak üzere iki kampüsü bulunmaktadır. Üniversite bünyesinde Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu 4 yıllık lisans eğitimi vermektedir.

3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Üniversite bünyesinde bulunan Fen Edebiyat Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulunda bulunan 3488 öğrenci oluşturmaktadır.

Türkiye beslenme ve sağlık araştırmasına göre 19-30 yaş grubunda fiziksel inaktivite oranı % 69,5 olarak bulunmuştur. Bu anlamda örneklem hesabı da bu oran kullanılarak yapılmıştır. ±3 hata payı, % 95 güven aralığında araştırmanın gücü %80 olacak şekilde yapılan hesaplamalar sonucunda örneklem sayısının minimum 714 olması gerektiği bulunmuştur.

Üniversiteden örneklem seçimi için tabakalama örneklem yöntemi kullanıldı. Eğitim fakültesinden 96 öğrenci, Fen Edebiyat Fakültesinden 69 öğrenci, Hukuk Fakültesinden 197 öğrenci, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden 131 öğrenci, Tıp Fakültesinden 69 öğrenci ve Hemşirelik Yüksek Okulundan 46 öğrenci örnekleme alınacaktır. Örnekleme alınacak olan öğrenciler her sınıftan eşit sayıda olacak şekilde gönüllülük esasıyla çalışmaya dahil edilecektir.

4.Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması için öğrencilerin sosyademografik özelliklerini değerlendirmek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Veri Toplama Formu (EK1), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II)Ölçeği (EK2) ve kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek için Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF BD) Ölçeği(EK3) kullanılacaktır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. 1996 yılında Nihal Esin tarafından Türkçe' ye uyarlanmış, geçerlilik, güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 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.

KARRİF-BD: Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini belirlemek için KARRİF-BD ölçeği kullanılacaktır. Ölçek Arıkan ve ark. tarafından geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk dört maddesi KVH'ların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 15 maddesi risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25,27, 28. maddeler), dokuz maddesi de (7, 8, 13, 15, 16,17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmekte ve her doğru yanıta 1 puan verilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11, 12, 16, 17, 24, 26)

3

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır.

Veriler etik izinler alındıktan sonra Ufuk Üniversitesinin her iki kampüsünde sınıf ortamında anket ve ölçek formları ile toplanacaktır.

5.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri

5.1 Bağımlı değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri öğrencilerden elde edilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği puan durumlarıdır.

5.2 Bağımsız değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durumun vb. demografik veriler çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinler Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan alınacaktır.

Tüm bilgiler Helsinki Deklerasyonu'na bağlı kalınarak toplanacaktır. Katılımcılara araştırmanın ne olduğu, amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgiler verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılardan başka kimsenin ulaşamayacağı konularında bilgilendirme yapılacaktır.

7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis ve Tek Yönlü Varyans analizi ve Mann-Whitney U (MWU) kullanılması planlanmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilecektir.. Çalışmada yer alan yaş, cinsiyet, hastalık süresi gibi değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilecektir.

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, grafik çizimi için Microsoft Office Excel 2013 kullanılacaktır.

4

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Araştırma katılımcılara herhangi bir şekilde yanlı/yanlış bilgi vermeyi, ya da çalışmanın amacını tamamen gizli tutmayı gerektiriyor mu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Araştırma, katılımcıların fiziksel sağlıklarını tehdit edici veya zorlayıcı uygulamalar içeriyormu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Araştırma, katılımcıların psikolojik sağlıklarını tehdit edici, zorlayıcı veya özel hayatıyla ilgili sorular içeriyor mu?

☐ Evet	☒ Hayır
Evet ise açıklayınız:	

Veri toplama sürecinde katılımcıların kişilik hakları ve özel bilgileri korunmakta mıdır?

☒ Evet	☐ Hayır
Hayır ise açıklayınız:	

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri toplanan ham veride tanımlanacak mı?

☐	Adıyla tanımlanacak*(Gerekçesini açıklayınız)*
☐	Bir kod verilerek tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☒	Belirsiz olacak

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri, depolanan veride tanımlanacak mı?

☐	Adıyla tanımlanacak*(Gerekçesini açıklayınız)*
☐	Bir kod verilerek tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☒	Belirsiz olacak

Araştırmadaki katılımcıların kimlikleri rapor içeriğinde tanımlanacak mı?

☐	Adıyla tanımlanacak*(Gerekçesini açıklayınız)*
☐	Bir kod verilerek ya da genel olarak (erkek çiftçi gibi) tanımlanacak (*Detayını açıklayınız*)
☐	Organizasyon adıyla tanımlanacak
☐	Belirsiz olacak

Araştırmanın doldurulan anket, test vb. formlarının güvenliği nasıl sağlanacak?
(özellikle kimliklerin belirgin olduğu çalışmalarda)

☒	Özel kimlik bilgileri yer almadığından gerek yok
☐	Güvenli olan yerde kilitli dolap içinde saklanacak
☐	Bilgisayarda password/encryption koruması ile bilgisayar veri belleğinde saklanacak.
☐	Diğer *(Açıklayınız)*

7

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Araştırma verilerine araştırma personelinin dışındaki kişilerin girme hakkı olacak mı?

☐	Evet(*Kim, niçin, veri güvenliğinin bu kişiler tarafından sağlanması için alınan tedbirler vb. açıklanacak*)
☒	Hayır

Araştırmaya reşit olmayan çocuklar, kısıtlı ya da engelli bireyler katılmakta mıdır?

☐	Evet	☒	Hayır
Evet ise açıklayınız:			

Katılımcılara araştırmanın niteliği hakkında yeterince açık ve anlaşılabilir açıklama yapılmakta mıdır?

☒	Evet	☐	Hayır
Evet ise açıklayınız: Araştırmacı tarafından araştırmanın konusu, amacı ve detayları sınıf ortamında anlatılacaktır.			

Gönüllülere araştırmaya katılma ve çıkma koşulları açık ve net olarak belirtilmiş midir?

☒	Evet (Evet ise açıklayınız)	☐	Hayır
Evet ise açıklayınız: Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Gönüllüler istedikleri takdirde araştırmadan ayrılabilirler.			

Katılımcıları en iyi tanımlayan seçenekleri işaretleyiniz.

☐	Okulöncesi çocuklar	☐	Kadınlar
☐	İlköğretim çocukları	☐	İşsiz yetişkinler
☐	Lise öğrencileri	☐	Yaşlılar
☒	Üniversite öğrencileri	☐	Zihinsel engelli bireyler
☐	Çocuk işçiler	☐	Tutuklular
☐	Yetişkinler	☐	Diğer (Belirtiniz)
☐	Erkekler		
Araştırmanın katılımcılarının çocuklar, zihinsel engelli bireyler vb. özel durumu olan bireyler olması halinde, bunların özel etik davranış gerektirmesi nedeniyle, araştırmacı uzman kişilerden aldığı bilgiler çerçevesinde bu konuda nasıl bir dikkat göstereceğini açıklamalıdır.			

Aşağıda yer alan uygulamalardan, çalışma kapsamında yer alacak olanları işaretleyiniz.

☒	Anket	☐	Görüntü kaydı
☐	Mülâkat	☐	Ses kaydı
☐	Gözlem	☐	Diğer (belirtiniz)
☐	Bilgisayar ortamında test/anket		

Yukarıdaki bilgilerin tamamen doğru olduğunu ve eksik bilgi vermediğimi taahhüt ederim.

Başvuruyu Yapan Araştırmacının

Adı ve Soyadı: Şerife Öz **İmza:**

Başvuru Tarihi: 27.03.2018

8

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

Etik Kurul Başvurusu konusunda dikkat edilmesi gereken hususlar

(Bu belge bilgilendirme amaçlıdır ve başvuru sırasında etik kurula iletilmesi gerekmez)

- AYBÜ öğrenci ve çalışanları tarafından yürütülen ve insan katılımcılardan klinik dışı bilgi toplamayı gerektiren araştırmalar için bu başvuru formunun yanı sıra diğer gerekli belgelerle AYBÜ Etik Kuruluna başvurulur. AYBÜ Etik Kurulu başvuruyu "Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Etik Kurul Yönergesi" genel kapsamında değerlendirir.
- Araştırmacı araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarını başvuru formu ile birlikte Etik kurul sekreterliğine iletmelidir (Niteliksel bir çalışma ise çalışmada kullanılacak soru örnekleri eklenmelidir)
- Çalışma kapsamında katılımcılara verilecek Onam formu (gerekiyorsa veli onay formu) ekte verilmelidir.
- Araştırmacılar, kullanacakları tüm materyalleri (ölçek, demografik form) eksiksiz olarak AYBÜ Etik Kurul sekreterliğine iletmelidir.
- Proje onay belgesindeki (imza sayfası) ilk kısım araştırmacı tarafından eksiksiz olarak doldurulmalıdır.
- Formda belirtmeniz istenen çalışmanın başlama ve bitiş tarihleri, veri toplama sürecinin başlama ve bitiş tarihlerini kastetmektedir ve çalışmanız etik kurul onayı almadan önce başlayamaz.
- Bir danışman gözetiminde gerçekleşen çalışmalarda danışmanın imzası zorunlu değildir.
- Etik kuruluna doğrudan başvuru yapan kişinin ismi ilk sıraya yazılmalıdır.
- Etik kurul başvuru formunda araştırmacının / araştırmacılardan en az birinin AYBÜ ile ilişkisi mutlaka belirtilmelidir. AYBÜ Etik Kurulu yalnızca üniversitemiz bünyesindeki çalışan veya öğrencilerin başvurularını değerlendirmektedir.
- Etik kurul başvuru formu elde doldurulamaz.
- Etik kurul başvuru formunda istenen bilgilerin yazılmamış olması ya da bazı bölümlerin çıkarılmış olması başvurunuzun değerlendirmeye alınmamasına sebep olacaktır.
- Etik kurul başvuru formunun kurulumuza mutlaka 2(iki) nüsha halinde teslim edilmesi gerekmektedir.

9

EK – 5. Etik Kurul Onay Formu (Devamı)

ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri ~~Fakültesi~~/Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans bölümü ~~akademisyenlerinden~~ / öğrencilerinden Şerife Öz 'ün, **Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi** adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2018 – 143
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	27.03.2018
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	18.09.2018 – 03
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	**Üye**	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	**Üye**	

10

EK – 6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Şerife ÖZ
Doğum tarihi	: 08.01.1990
Doğum yeri	: Balıkesir
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0541 451 09 84
Faks	:
E-mail	: serifeguclu2101@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Balıkesir Lisesi
Lisans	: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Yüksek lisans	:
Doktora	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: E Seviyesi
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	