



ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİ EDEN SOSYAL FAKTÖRLER

Hülya YÜKSEL

Yrd. Doç Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü, eposta: hulya.yuksel@gmail.com

ÖZET: Sağlığın korunması ve geliştirilmesi sadece bireysel değil, aynı zamanda toplumsal bir sorundur. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin sağlığı destekleyen davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada öğrencilerin sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerinin sağlığı destekleyen davranışları üzerindeki etkisi de araştırılmıştır. Araştırma tarama modelinde desenlenmiştir. Araştırmanın örneklemini, Dumlupınar Üniversitesi Sosyoloji bölümünde öğrenim gören ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 456 öğrenci oluşturmaktadır. Verileri toplama aracı olarak, Walker ve Hill-Polerecky tarafından geliştirilen (1997) Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılmıştır (SGYBDÖ). Verilerin analizinde, betimsel istatistikler, t-testi, ANOVA ve Pearson's korelasyonu tekniklerinden yararlanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları orta düzeydedir. Öğrencilerin üniversitede geçirdikleri yıl arttıkça sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları olumsuz biçimde etkilenmektedir. Ayrıca, sağlık davranışı cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve annenin eğitim durumundan etkilenmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaşmasını amaçlayan ve sosyal politikalarla desteklenen, toplum düzeyindeki kapsayıcı programların ülke çapında uygulanması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık davranışları, sosyal etkiler, üniversite öğrencileri, sosyolojik perspektif

SOCIAL FACTORS THAT INFLUENCE UNIVERSITY STUDENTS' HEALTH PROMOTING LIFESTYLE BEHAVIORS

137

ABSTRACT: Protecting and promoting health is not only an individual issue but also a social one. The aim of this cross-sectional study was to determine health-promoting behaviors among university students and the socio-economic and demographic factors that might influence them. The study sample of, consisted of sociology students at Dumlupınar University (n=456) who participated on a voluntary basis. We used a Health- Promoting Lifestyle Profile II, an instrument developed by Walker ve Hill-Polerecky (1997). Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, and Pearson's correlation. Our results show that overall health-promoting lifestyle behaviors among these students were at a moderate level. The longer students spend at the university, the more their health-promoting lifestyle behaviors decreased.. We found that health behavior is influenced by gender, socioeconomic status, and education of students' mothers. To spread health-promoting lifestyle behaviors, comprehensive programs at the national level supported by social policies should be implemented and maintained.

Key Words: Health behaviors, social influences, university students, sociological perspective

GİRİŞ

Geçmişte, gençlik sağlıkla özdeşleştirilirdi. Ancak günümüzde modern toplumlarda şeker, kalp, tansiyon ve kanser gibi kronik hastalıklar genç yaşlardaki nüfusu da tehdit etmeye başlamıştır. Bu nedenle, genç bir nüfusa sahip olan Türkiye'de, gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi toplum sağlığı açısından büyük öneme sahiptir. Sosyologların, sağlık konusuna ilgisi bu noktada önemlidir. Oysa genelde sağlık denilince, sadece tıp uzmanlarının ilgi alanıymış gibi algılanması, sağlığa etki eden sosyal faktörlerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirmeye dair çalışmaların başarılı olması için, toplum yapısının, toplumsal kurumların işlev ve işleyişlerinin anlaşılması gerekir (Adak, 2002: 7). Sağlık ve hastalık kavramları, tıbbi bir terim olduğu kadar psikolojik, antropolojik ve sosyolojik bir kavramdır. Bunun için, toplumun sağlık sorunlarının çözümü de disiplinler arası bir yaklaşımı gerektirir (Cirhinlioğlu, 2001: 9).

Sosyolojik yaklaşıma göre, hastalık ve sağlığın oluşumunda sosyal faktörlerin önemli bir etkisi söz konusudur (White, 2002, Giddens, 2008). Buna karşın genetik ve biomedikal yaklaşımda hastalığın nedeni diğer etkenlerden yalıtılarak ele alınır. Genetik ve biomedikal yaklaşımda vurgu, bireyin esenliğinden ziyade, hastalığın iyileştirilmesi üzerinedir (Giddens, 2008: 302-305). Hastalık ve sağlığın nedenleri konusunda diğer yaygın bir açıklama da

bireylerin yaşam tarzı tercihleri sonucunda hasta olduğudur. Yani bireyler, kötü beslenme, sigara içme, egzersiz yapmama gibi tercihleri sonucunda oluşan hastalıklarından sorumludur. Amerika'da 40 yıl boyunca yapılan araştırmaların sonucunda, bilim adamları, bütün ölümlerin % 50'sinden sigara içme, diyet, alkol kullanımı ve hareketsiz yaşam tarzı gibi sosyal ve davranışsal faktörlerin sorumlu olduğunu belirlemiştir (Auerbach ve Krimgold, 2001: 13). Yaşam tarzı önemli olmakla birlikte, sosyolojik perspektif, yaşam tarzı yaklaşımının yalnızca bireyin davranışına odaklanmasını eleştirir ve bireylerin tercihlerinin sosyal yapı içinde üretildiğini ve toplumdaki eşitsizliklerin bir sonucu olduğunu vurgular (White, 2002: 3). Sosyal, kültürel ve fiziki çevrenin koşullarına rağmen, bireylerin davranışlarını sağlıklı destekleyici yönde değiştirmelerini beklemek gerçek dışıdır. Araştırmalar, sağlıklı besin tüketimi oranının yüksek gelir gruplarına mensup insanlar arasında daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Giddens, 2008: 318). Bu nedenle, sosyoloji, hastalık ya da sağlığın politik, ekonomik, sosyal ve kültürel çevre içinde, bireysel ve sosyal faktörlerin etkileşmesi sonucunda oluştuğunu tartışır (Green, 1984: 230; Conrad, 2001: 1-5, Weitz, 2001: 5-6). Benzer bir şekilde Kasapoğlu da (1999), sağlığın bütüncül kavramlaştırılmasının önemine vurgu yapmaktadır.

Sosyo-ekonomik etkenlerin sağlık üzerindeki belirleyici gücü, sağlıkta eşitsizlikler üzerine yapılan araştırmalar sayesinde anlaşılmıştır (Marmot ve Wilkinson, 2009). Böylece, yalnızca bireysel davranışlara değil, toplumun sosyal ve ekonomik yapısının sağlığı nasıl şekillendirdiğine odaklanan bir sağlık anlayışı ortaya çıkmıştır. Buna göre bireyler (bizim çalışmamız açısından üniversite öğrencileri), sağlık davranışlarına yönelik tercihlerini içinde yaşadıkları toplumun sosyal ve ekonomik koşulları içinde gerçekleştirmektedirler. Bandura'ya (2004: 159) göre de, insan sağlığı yalnızca bireysel değil aynı zamanda sosyal bir sorundur. İnsan sağlığı geliştirilmek isteniyorsa bireysel düzeyde sağlığı geliştirici yaklaşımların ötesine geçip, geniş kapsamlı yaklaşımlarla sosyal sistemin insan sağlığı üstündeki etkisine de vurgu yapılmalıdır. Ancak Bandura, bu yaklaşımların birey ya da sosyal sisteme odaklanma gibi düalist bir tutum içinde olmaması gerektiğini belirtir. İdeal olan hem mikro hem de makro düzeyde sağlığa etki eden faktörleri bir arada ele almaktır.

Bireyin davranışına ve makro düzeyde yapısal değişkenlerin hastalık ve sağlığa etkisine odaklanan yaklaşımları kısaca ele aldıktan sonra günümüzde gençlerin sağlık davranışlarını anlamamıza katkı sağlayacağını düşündüğümüz, Türkiye'nin son 50-60 yılda geçirdiği dönüşümlere dikkat çekmek de gerekmektedir. Türkiye'de özellikle 1950'li yıllarda başlayan kırdan-kente göç hareketleri, gecekondulaşma ve hızlı kentleşmenin sonucunda günümüzde nüfusun % 75.5'i kentlerde yaşamaya başlamıştır (TÜİK, 2009). Özellikle 1980'lerden itibaren, dünyadaki gelişmelere paralel olarak uygulanan politikalarla Türkiye'de neoliberal politikaların ve küreselleşmenin etkisi hissedilmeye başlanmış bu politikalar toplumun yapısını her anlamda dönüştürmede etkili olmuşlardır (Doğan, 2002). Neoliberal politikaların uygulanması ile birlikte, ülke içindeki eşitsizlikler derinleşmiş ve bunun sağlık alanındaki yansımaları sağlık hizmetlerinin giderek özelleştirilmesi olmuştur (Yıldız, 2008). Kırdan-kente göç ile birlikte, artan bireyselleşme, toplumdaki sosyal destek ağlarının bozulması, sosyal izolasyon, kent yoksulluğu ve işsizliği gibi kavramlardan daha çok söz edilir olmuştur (Işık ve Pınarcıoğlu, 2001; Buğra ve Keyder, 2003; Yılmaz, 2004; Şenses, 2009; Uğurlu vd., 2010). Sosyal, ekonomik ve politik anlamdaki bu değişimler bireylerin sağlık davranışlarına da yansımıştır. Sağlığın en önemli belirleyicilerinden olan beslenme davranışı da kentleşme, endüstrileşme, küreselleşme gibi faktörlerden etkilenmiştir (Labonte vd., 2011: 260). Küreselleşme, artan endüstrileşme ve kentleşme ile birlikte fast-food, işlenmiş ve paketlenmiş hazır gıdaların tüketimi de artmıştır. Özellikle, gençler arasında Mc Donald's tarzı yerlerde yemek moda haline gelmiştir (Yüksel, 2010, Popkin vd., 2011). Bunun yanında artan ulaşım olanakları, endüstrileşme, olumsuz çalışma koşulları, sağlıksız kentleşme sonucunda insanlar daha hareketsiz bir yaşam sürmeye başlamışlardır. 2012 yılında yayınlanan, bugüne kadar Türkiye'de yapılan en kapsamlı "Gençlik Profili" araştırmasında (Setav, 2012), katılımcıların % 56.8 boş zamanlarında en sık yaptıkları etkinliğin televizyon izlemek olduğunu, % 29.6'sı ise spor yaptığını belirtmiştir. Aynı çalışmada, gençlerin % 35.7 sigara, % 21.7 alkol kullandığını ifade etmiştir. Erkeklerin sigara içme oranı % 49.6, kadınların ise % 23.1'dür.

Dünya Sağlık Örgütü'nün başlattığı "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" programında, bireyleri ve sosyal grupları daha sağlıklı yaşamları için desteklemenin ve güdülemenin en iyi yolu olarak, çalıştıkları, yaşadıkları ve eğitim aldıkları yerlere odaklanılması gerektiği belirtilmiştir. Bu programa göre bütün çocukların, sağlığı destekleyen ortamlarda eğitim alma hakkı vardır. Okullar, öğretmen, öğrenci, aileler ve içinde yaşanılan toplumun fiziksel, sosyal ve duygusal sağlığını geliştirmeye katkı sağlamalıdır. Ayrıca, sürdürülebilir çevre ve bunun sağlığa olan etkisine vurgu yapılmıştır (Health 21, 1998).

Türkiye'nin 75 milyon nüfusunun % 16.8'i 15-25 yaş grubu gençlerden oluşmaktadır (TÜİK, 2011). Üniversitede eğitim alan gençlerin sayısı ise 2 milyonun üzerindedir. Bu çalışmada, Türkiye'deki üniversite nüfusu öğrencilerinden bir kesit alarak, gençlerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Genel olarak nüfusun genç bir yapıya sahip olması avantaj olarak vurgulanmaktadır. Ancak

nüfusun niteliğini yükseltmedikçe niceliksel üstünlük sınırlı bir öneme sahiptir. Bu anlamda, Türkiye’deki genç nüfusun sağlık davranışları büyük önem arz etmektedir. Özellikle, obezite ile mücadele ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi konuların sıklıkla tartışılmaya başlandığı günümüz Türkiye’sinde gençlerin beslenme, sigara kullanma ve fiziksel aktivite gibi alanlardaki davranışlarının ortaya konulması önemlidir. Gençlik yıllarında oluşan sağlık davranışları yaşamın diğer yıllarında da belirleyici olmaktadır.

Türkiye’de sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına ilişkin olarak literatürde çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Sağlık davranışları konusundaki araştırmalardan bazıları sağlık çalışanları (Özkan ve Yılmaz, 2008), öğretmenler (Tokuç ve Berberoğlu, 2007) ve göçmenler (Topçu ve Beşer, 2011) üstüne odaklanmıştır. Üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları üzerine çalışmalar olmakla birlikte (Hacıhasanoğlu vd., 2011, Peker ve Bermek, 2011, Bektaş vd., 2010, İlhan vd., 2010, Karadağ vd., 2010, Alpar vd., 2008, Can vd., 2008, Karadeniz vd., 2008, Tuğut ve Bekar, 2008, Ayaz vd., 2005) bu çalışmalar genelde sağlık alanında eğitim alan öğrencilere odaklanmıştır. Bu araştırma, sosyal bilimler alanında eğitim alan öğrencilere odaklanması bakımından ve üniversite eğitiminin sağlık davranışları üzerindeki etkisini ortaya koyması açısından önemlidir. Bunların ötesinde bu araştırmanın en önemli katkısı, daha önceki çalışmalardan farklı olarak sosyolojik bir bakış açısı ile konuyu ele almasıdır. Araştırmada, sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının yalnızca bireysel bir tercihe indirgenemeyeceği; bireylerin sağlık davranışlarının içinde yaşadıkları toplumun sosyal, ekonomik ve politik koşullarından etkilendiği gerçeğine dikkat çekilmiştir.

Araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir. Bu genel amaç doğrultusunda öğrencilerin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarının; cinsiyet, sınıf düzeyi, sigara içme durumları, anne-babalarının eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediği belirlenmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Araştırma tarama modelindedir. Araştırmada üniversitede öğrenim gören öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi davranışlarının var olduğu haliyle betimlenmeye çalışılması modelin seçilmesinde etkili olmuştur.

Evren-Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2011–2012 eğitim öğretim yılında Dumlupınar Üniversitesi Sosyoloji bölümünde eğitim alan 587 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmacının bölüm öğrencilerinin sağlık profillerini ortaya çıkarma isteği ve bu öğrencilere ulaşma kolaylığı sosyoloji bölümünün araştırma evreni olarak seçilmesinde etkili olmuştur. Evren ulaşma güçlüğü olmadığı için örneklem alma yoluna gidilmemiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra ölçek evrendeki araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğrencilere dağıtılmış ve 456 öğrenci ölçeği yanıtlamıştır. Veriler 2012 yılı Mayıs ayı içinde toplanmıştır. Yapılan inceleme sonucunda yönergeye uygun doldurulmayan (birden fazla madde işaretleyen, bazı maddeleri boş bırakılan vb.) 21 ölçek değerlendirme dışı bırakılmıştır. Buna göre 435 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin % 87.1’i kız (n=379), % 12.9’u erkek (n=56); % 23.2’i birinci sınıf (n=101), % 25.1’i ikinci sınıf (n=101), % 26.7’i üçüncü sınıf (n=116) ve % 25.1’i dördüncü sınıf öğrencisidir (n=109). Öğrencilerin, babalarının ve annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde babaların % 59.6’sını ilkokul ya da daha az eğitime sahipken, % 27.1’i lise ve % 13.3’ü üniversite mezunudur. Annelerin ise, % 12.4’ü okur-yazar, % 70.8’i ilkokul, % 3.6’sı lise ve % 3.2’si üniversite mezunudur. Hane halkı gelirleri incelendiğinde, % 16.8’i 1000 , % 35.9’u 1001-1500, % 22.8’i 1501-2000, % 24.6’sı 2001 TL ve üzeri gelire sahiptir. Katılımcılara kendilerini gördükleri Sosyo-Ekonomik Düzey (SED) sorulduğunda % 8.7’si alt, % 87.1’i orta, % 4.1’i de üst SED’de olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin % 17.2’si sigara içmektedir.

Veri Toplama Aracı ve Özellikleri

Araştırmada, Walker ve Hill-Polerecky’in (1997) geliştirdiği (HPLP-II) (1997), Pınar, Çelik, Bahçecik’in (2009) Türkçeye uyarladığı “Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SGYBDÖ)” kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal adı “Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II)”dir. İlk versiyonu Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen ölçek, Walker ve Hill-Polerecky (1997) tarafından revize edilmiştir. Ölçek, bu alanda önemli bir ölçektir. Ölçek, Walker, Kerr, Pender ve Sechrist (1990) tarafından İspanyolcaya, Tajik ve arkadaşları (2008)

tarafından Portekizceye, Haddad ve arkadaşları tarafından (1998) Arapçaya uyarlanmıştır. Ölçek Türkçeye ilk defa Esin (1999) tarafından kazandırılmıştır.

Pınar, Çelik, Bahçecik (2009) ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçeğin geçerliliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçek boyutları toplam varyansın % 42'sini açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yük değerleri 0.33 ile 0.74 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen uyum indeksleri ise şöyledir: GFI=0.87, AGFI=0.71, RMSEA=0.22, CFI=0.89. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayısı ile hesaplanmıştır. 6 boyutlu ölçekte bu değer 0.71 ile 0.92 arasında değişmektedir.

Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Ölçeği 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, Sağlık Sorumluluğu (9 madde), Fiziksel Aktivite (8 madde), Beslenme Alışkanlığı (9 madde), Ruhsal Gelişim (9 madde), Kişilerarası İlişkiler (9 madde) ve Stres Yönetimi (8 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Katılımcıların ifadelerine katılma düzeyleri için "Hiçbir zaman, Bazen, Sık Sık ve Düzenli Olarak" seçeneklerinden oluşan Likert tipi dörtlü derecelendirme ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten ve alt boyutlarından alınan puanın yükselmesi olumlu bir sağlıklı yaşam profili anlamına gelmektedir.

Verilerin Analizi

Araştırmada evren üzerinde çalışılmasına rağmen evrenin tamamından veri toplanamadığı için, verilerin analizinde tahmin (kestirisel) istatistiklerinden yararlanılmıştır. Araştırmada katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla betimsel istatistikler, ikili karşılaştırmalarda t-testi, üç ve daha fazla boyutu olan karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Anlamlı çıkan F değerleri için, farkın kaynağını belirlemek için, çoklu karşılaştırma testlerinden LSD testi kullanılmıştır. Dağılımın normal olmadığı durumlarda F testinin nonparametrik karşılığı olarak Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan Kruskal Wallis H testi değerleri için farkın kaynağını belirlemek için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada ölçeğin boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0.70–1.00 arasında olması yüksek; 0.69–0.30 arasında olması orta; 0.29–0.00 arasında olması ise düşük düzeyde ilişki olarak yorumlanmıştır (Büyüköztürk, 2002).

140

BULGULAR

Bu bölümde üniversite öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları (SGYBD) hakkındaki görüşlerine; ardından cinsiyet, sınıf, anne-babanın eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey değişkenlerine ilişkin karşılaştırmalara yer verilmiştir. Tablo 1'de Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarını gösterme düzeyleri yer almaktadır.

Tablo 1. Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	n	\bar{x}	S
Sağlık Sorumluluğu	435	2.35	0.47
Fiziksel Aktivite	435	2.05	0.53
Beslenme Alışkanlığı	435	2.51	0.40
Ruhsal Gelişim	435	3.20	0.49
Kişilerarası İlişkiler	435	3.20	0.41
Stres Yönetimi	435	2.55	0.43
Toplam	435	2.66	0.31

Üniversite öğrencileri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ($\bar{X}=3.20$, $S=0.49$) ve ruhsal gelişimden almışlardır ($\bar{X}=3.20$, $S=0.41$). Daha sonra sırasıyla, stres yönetimi ($\bar{X}=2.55$, $S=0.43$), beslenme alışkanlığı ($\bar{X}=2.51$, $S=0.40$), sağlık sorumluluğu ($\bar{X}=2.35$, $S=0.47$) gelmektedir. Öğrenciler fiziksel aktivite ($\bar{X}=2.05$, $S=0.53$) davranışını ise en az düzeyde göstermektedirler.

Sağlık sorumluluğu boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde "sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılıyorum ($\bar{X}=1.87$, $S=0.77$)", en yüksek katılım gösterdiği madde ise "sağlığım ile ilgili kaygılarımı uzman kişilerle görüşür/tartışıyorum ($\bar{X}=2.78$, $S=.81$)" maddesidir.

Fiziksel aktivite boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde “egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim ($\bar{X}=1.73$, $S=0.78$)”, en yüksek katılım gösterdiği madde ise “günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım ($\bar{X}=2.43$, $S=0.92$)” maddesidir.

Beslenme alışkanlığı boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde “günde 2-4 porsiyon meyve yerim ($\bar{X}=2.02$, $S=0.74$)”, en yüksek katılım gösterdiği madde ise “günde 2-3 porsiyon süt içerim, yoğurt ya da peynir yerim ($\bar{X}=3.34$, $S=0.87$)” maddesidir.

Ruhsal gelişim boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde “her günü ilginç ve mücadele değer bulurum ($\bar{X}=2.85$, $S=0.77$)”, en yüksek katılım gösterdiği madde ise “hayatımın bir amacı olduğuna inanırım ($\bar{X}=3.58$, $S=0.66$)” maddesidir.

Kişiler arası ilişkiler boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde “sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim ($\bar{X}=2.65$, $S=0.79$)”, en yüksek katılım gösterdiği madde ise “dernekler, aile ve arkadaş grupları vb toplumsal yardımlaşma ve dayanışma kaynaklarından destek alırım ($\bar{X}=3.46$, $S=0.72$)” maddesidir.

Stres Yönetimi boyutunda katılımcıların en düşük katılım gösterdiği madde “günde 15-20 dakika gevşeme egzersizleri ya da meditasyon yaparım ($\bar{X}=1.75$, $S=0.86$)”, en yüksek katılım gösterdiği madde ise “iş ve eğlence zamanlarımı dengelerim ($\bar{X}=2.99$, $S=0.82$)” maddesidir.

Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarının Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmada öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının, cinsiyet, sigara kullanımı, sınıf düzeyi, sigara içme durumları, anne ve babalarının eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Tablo 2’de cinsiyet değişkenine göre karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 2. Cinsiyet Değişkenine Göre Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	Cinsiyet	n	\bar{x}	S	sd	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	379	2.37	.46	433	2.80	.00*
	Erkek	56	2.19	.48			
Fiziksel Aktivite	Kadın	379	2.03	.52	433	2.08	.03*
	Erkek	56	2.18	.57			
Beslenme Alışkanlığı	Kadın	379	2.53	.40	433	3.39	.00*
	Erkek	56	2.34	.34			
Ruhsal Gelişim	Kadın	379	3.21	.49	433	1.13	.25
	Erkek	56	3.13	.50			
Kişilerarası İlişkiler	Kadın	379	3.22	.40	433	3.75	.00*
	Erkek	56	3.00	.44			
Stres Yönetimi	Kadın	379	2.56	.43	433	1.39	.16
	Erkek	56	2.48	.42			
Toplam	Kadın	379	2.67	.31	433	2.39	.01*
	Erkek	56	2.56	.31			

* $p <$

0.05

Tablo 2’de de görüldüğü gibi öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları puanları, ruhsal gelişim ve stres yönetimi boyutları dışında tüm boyutlarda cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivite boyutu dışında tüm boyutlarda, kızlar erkeklerle göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı göstermektedir. Sağlık sorumluluğu [$t_{(433)}=2.80$; $p<.05$; $\bar{X}_K=2.37$, $S_K=0.46$; $\bar{X}_E=2.19$, $S_E=0.48$], beslenme alışkanlığı [$t_{(433)}=3.39$; $p<.05$; $\bar{X}_K=2.53$, $S_K=0.40$; $\bar{X}_E=2.34$, $S_E=0.34$], kişiler arası ilişkiler [$t_{(433)}=3.75$; $p<.05$; $\bar{X}_K=3.22$, $S_K=0.40$; $\bar{X}_E=3.00$, $S_E=0.44$] boyutlarında ve toplam puanda [$t_{(433)}=1.91$; $p<.05$; $\bar{X}_K=2.67$, $S_K=0.31$; $\bar{X}_E=2.56$, $S_E=0.31$] kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha sağlıklı bir yaşam biçimine sahiptir. Fiziksel aktivite [$t_{(433)}=2.08$; $p<.05$;

$\bar{X}_K=2.03$, $S_K=0.52$; $\bar{X}_E=2.18$, $S_E=0.57$] boyutunda ise erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha aktif bir yaşam biçimine sahiptir. Tablo 3'te sigara kullanımı değişkenine göre karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 3. Sigara kullanımı Değişkenine Göre Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	Sigara Kullanımı	n	\bar{x}	S	sd	t	p
Sağlık Sorumluluğu	Evet	75	2.24	.519	433	2.14	.03*
	Hayır	360	2.37	.461			
Fiziksel Aktivite	Evet	75	2.06	.572	433	.196	.84
	Hayır	360	2.05	.523			
Beslenme Alışkanlığı	Evet	75	2.43	.373	433	2.04	.04*
	Hayır	360	2.53	.405			
Ruhsal Gelişim	Evet	75	3.08	.480	433	2.35	.02*
	Hayır	360	3.22	.491			
Kişilerarası İlişkiler	Evet	75	3.12	.478	433	1.64	.10
	Hayır	360	3.21	.405			
Stres Yönetimi	Evet	75	2.50	.48	433	1.15	.25
	Hayır	360	2.56	.420			
Toplam	Evet	75	2.58	.330	433	2.16	.03*
	Hayır	360	2.67	.309			

* $p < 0.05$

Tablo 3'de görüldüğü gibi öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları dışında, tüm boyutlarda sigara içmeyenler, içenlere göre daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermektedir.. Sağlık sorumluluğu [$t_{(433)}=2.14$; $p<.05$; $\bar{X}_H=2.37$, $S_H=0.46$; $\bar{X}_E=2.24$, $S_E=0.51$], beslenme alışkanlığı [$t_{(433)}=2.04$; $p<.05$; $\bar{X}_H=2.53$, $S_H=0.40$; $\bar{X}_E=2.43$, $S_E=0.37$], ruhsal gelişim [$t_{(433)}=2.35$; $p<.05$; $\bar{X}_H=3.22$, $S_H=0.49$; $\bar{X}_E=3.08$, $S_E=0.48$] boyutlarında ve toplam puanda [$t_{(433)}=2.16$; $p<.05$; $\bar{X}_H=2.67$, $S_K=0.30$; $\bar{X}_E=2.58$, $S_E=0.33$] sigara içmeyen öğrenciler için öğrencilere göre daha sağlıklı bir yaşam biçimine sahiptir. Tablo 4'te sınıf değişkenine göre karşılaştırmalar yer almaktadır.

Tablo 4. Sınıf Değişkenine Göre Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	Sınıf	n	\bar{x}	S	sd	F	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	1. Sınıf	101	2.53	.446	3-431	7.11	.00*	1-2
	2. Sınıf	109	2.34	.480				1-3
	3. Sınıf	116	2.29	.428				1-4
	4. Sınıf	109	2.26	.499				
Fiziksel Aktivite	1. Sınıf	101	2.17	.480	3-431	2.31	.07	-
	2. Sınıf	109	2.02	.532				
	3. Sınıf	116	2.02	.553				
	4. Sınıf	109	2.00	.543				
Beslenme Alışkanlığı	1. Sınıf	101	2.51	.371	3-431	1.48	.21	-
	2. Sınıf	109	2.50	.387				
	3. Sınıf	116	2.57	.402				
	4. Sınıf	109	2.46	.437				
Ruhsal Gelişim	1. Sınıf	101	3.34	.630	3-431	5.68	.00*	1-2
	2. Sınıf	109	3.24	.388				1-3
	3. Sınıf	116	3.13	.454				1-4
	4. Sınıf	109	3.10	.441				2-4
Kişilerarası İlişkiler	1. Sınıf	101	3.24	.408	3-431	3.21	.02*	2-3
	2. Sınıf	109	3.28	.375				2-4
	3. Sınıf	116	3.14	.441				
	4. Sınıf	109	3.14	.435				
Stres Yönetimi	1. Sınıf	101	2.70	.426	3-431	8.16	.00*	1-2
	2. Sınıf	109	2.55	.422				1-3
	3. Sınıf	116	2.55	.408				1-4
	4. Sınıf	109	2.42	.430				2-4
Toplam	1. Sınıf	101	2.76	.301	3-431	6.78	.00*	1-2
	2. Sınıf	109	2.67	.288				1-3
	3. Sınıf	116	2.63	.311				1-4
	4. Sınıf	109	2.57	.330				2-4

* $p < 0.05$

Tablo 4’de görüldüğü gibi öğrencilerin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlığı dışında tüm boyutlarda sınıf değişkenine göre farklılık göstermektedir. Farklılığın kaynağını belirlemek için Tukey HSD istatistiği yapılmıştır. “Ruhsal gelişim [$F_{(433)}=5.68; p<.05$]”, “stres yönetimi [$F_{(433)}=8.16; p<.05$]” ve “toplam puanda [$F_{(433)}=6.78; p<.05$]” sağlıklı yaşam davranışları arasındaki farklılık, birinci sınıf öğrencileri ile diğer öğrenciler arasında ve ikinci sınıf ile dördüncü sınıf öğrencileri arasındadır. Sağlık sorumluluğu boyutunda farklılık yine birinci sınıf öğrencileri ile diğer öğrenciler arasındadır. Kişilerarası iletişim boyutunda ise ikinci sınıf öğrencileri ile üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerin davranışları arasında farklılık bulunmaktadır. Birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları daha olumludur. Genel olarak değerlendirildiğinde, sınıf düzeyinin artışı öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilemektedir.

Tablo 5. Annenin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	Sınıf	n	Sıra Ort	sd	χ^2	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	1. Okuryazar	54	199.0	3-431	12.361	.00*	1-3 2-3 4-3
	2. İlköğretim	308	214.0				
	3. Lise	59	266.8				
	4. Üniversite	14	172.4				
Fiziksel Aktivite	1. Okuryazar	54	228.8	3-431	8.961	.03*	2-3
	2. İlköğretim	308	208.4				
	3. Lise	59	260.1				
	4. Üniversite	14	207.6				
Beslenme Alışkanlığı	1. Okuryazar	54	206.9	3-431	11.102	.01*	1-3 2-3
	2. İlköğretim	308	210.7				
	3. Lise	59	268.4				
	4. Üniversite	14	207.7				
Ruhsal Gelişim	1. Okuryazar	54	205.8	3-431	1.502	.68	-
	2. İlköğretim	308	216.8				
	3. Lise	59	233.7				
	4. Üniversite	14	224.0				
Kişilerarası İlişkiler	1. Okuryazar	54	186.5	3-431	6.664	.08	-
	2. İlköğretim	308	218.3				
	3. Lise	59	247.1				
	4. Üniversite	14	209.1				
Stres Yönetimi	1. Okuryazar	54	193.1	3-431	5.692	.12	-
	2. İlköğretim	308	217.2				
	3. Lise	59	247.9				
	4. Üniversite	14	203.9				
Toplam	1. Okuryazar	54	201.8	3-431	11.855	.00*	1-3 2-3 4-3
	2. İlköğretim	308	212.5				
	3. Lise	59	268.5				
	4. Üniversite	14	187.1				

* $p < 0.05$

Tablo 5'te annenin eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırmalar yer almaktadır. Araştırmada babanın eğitim düzeyi değişkenine göre de farklılıklar incelenmiştir. Ancak, bu değişkene göre hiçbir boyutta farklılık bulunamamıştır.

Tablo 5'e göre katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları, "sağlık sorumluluğu [$\chi^2_{(3)}=12.361$, $p<0.05$]", "fiziksel aktivite [$\chi^2_{(3)}=8.961$, $p<0.05$]" "beslenme alışkanlığı [$\chi^2_{(3)}=11.102$, $p<0.05$]", ve toplam puanında [$\chi^2_{(3)}=11.855$, $p<0.05$] anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için "Mann Whitney U" testi yapılmıştır. Sağlık sorumluluğu boyutunda ve toplam puanda sağlıklı yaşam davranışları arasındaki farklılık, annesi lise eğitimi almış öğrenciler ile diğer gruplar arasındadır. Fiziksel aktivite boyutunda farklılık annesi ilköğretim mezunu ile lise mezunu öğrenciler arasındadır. Beslenme alışkanlığı boyutunda ise annesi lise eğitimi almış öğrenciler ile annesi okuryazar olan ve annesi ilköğretim mezunu öğrencilerin davranışları arasında fark vardır. Tablo 6'da katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları sosyoekonomik düzey değişkenine göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 6. Sosyoekonomik Düzey Değişkenine Göre Öğrencilerin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam Biçimi	SED	n	Sıra Ort	sd	χ^2	p	Fark
Sağlık Sorumluluğu	1. Alt SED	38	205.24	2	2.94	.22	-
	2. Orta SED	379	217.05				
	3. Üst SED	18	265.03				
Fiziksel Aktivite	1. Alt SED	38	189.75	2	2.92	.23	-
	2. Orta SED	379	219.47				
	3. Üst SED	18	246.58				
Beslenme Alışkanlığı	1. Alt SED	38	191.71	2	4.48	.10	-
	2. Orta SED	379	218.28				
	3. Üst SED	18	267.50				
Ruhsal Gelişim	1. Alt SED	38	164.08	2	8.66	.01*	1-2
	2. Orta SED	379	221.82				1-3
	3. Üst SED	18	251.31				
Kişilerarası İlişkiler	1. Alt SED	38	175.12	2	7.90	.01*	1-2
	2. Orta SED	379	219.72				1-3
	3. Üst SED	18	272.39				
Stres Yönetimi	1. Alt SED	38	190.05	2	8.05	.01*	1-3
	2. Orta SED	379	217.33				2-3
	3. Üst SED	18	291.11				
Toplam	1. Alt SED	38	174.17	2	9.73	.00*	1-2
	2. Orta SED	379	219.23				1-3
	3. Üst SED	18	284.72				2-3

* $p < 0.05$

Katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları, “ruhsal gelişim [$\chi^2_{(2)}=8.66, p<0.05$]”, “kişilerarası ilişkiler [$\chi^2_{(2)}=7.90, p<0.05$]” “stres yönetimi [$\chi^2_{(2)}=8.05, p<0.05$]” ve toplam puanında [$\chi^2_{(2)}=9.73, p<0.05$] anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için “Mann Whitney U” testi kullanılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi sosyoekonomik düzey arttıkça öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları daha iyileşmektedir. Araştırmada sağlığı geliştirici yaşam biçimi ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiler de araştırılmıştır. Buna ilişkin analiz sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Sağlıklı Yaşam Profilinin Boyutları Arasındaki İlişkiler

Yaşam Biçimi	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme Alışkanlığı	Ruhsal Gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres Yönetimi
Sağlık Sorumluluğu	-					
Fiziksel Aktivite	0.47*	-				
Beslenme Alışkanlığı	0.43*	0.39*	-			
Ruhsal Gelişim	0.31*	0.22*	0.31*	-		
Kişilerarası ilişkiler	0.30*	0.08	0.30*	0.58*	-	
Stres Yönetimi	0.51*	0.49*	0.31*	0.45*	0.38*	-
Toplam	0.74*	0.65*	0.65*	0.70*	0.63*	0.75

* $p < 0.05$

Sağlıklı yaşam profiline ilişkin korelasyon katsayıları incelendiğinde kişilerarası ilişkiler dışında tüm boyutlar arasında anlamlı düzeyde ilişkiler bulunmaktadır. Boyutlar arasında ilişki ruhsal gelişim ile fiziksel aktivite arasında

düşük ($r=0.22$), diğer tüm boyutlar arasında orta düzeydedir ($r=0.30$ ile 0.58 arasında). Hesaplanan korelasyon katsayıları, boyutlar arasında doğru yönde ve orta düzeyde ilişkiye işaret etmektedir. Dolayısıyla katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi boyutlarından birinde olumlu davranışlarının artması diğer boyutlardaki olumlu davranışlarını da artırmaktadır. Sonuç olarak, bir boyuttaki olumsuz davranışın diğer boyutlardaki davranışları olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu da bize sağlığa bütüncül olarak bakmamız gerektiğini hatırlatmaktadır.

SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve bu davranışlarının içinde yaşadıkları toplumsal sistemden ayrı düşünülmemeyeceği vurgulanmaya çalışılmıştır. Araştırmamıza katılan öğrenciler, sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını “ruhsal gelişim” ve “kişilerarası ilişkiler” dışında orta düzeyde gerçekleştirmektedirler. Yani katılımcılar, sağlığı geliştirici davranış biçimlerine katılım düzeylerini ‘bazen’ ile ‘sık sık’ arasında ifade etmişlerdir. Üniversite öğrencileri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve ruhsal gelişimde almışlardır. Türkiye’de daha önce yapılan araştırmalarda da üniversite öğrencilerinin ruhsal gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanları yüksektir (Altun, 2008, Karadağ ve Yıldırım, 2010, Hacıhasanoğlu vd., 2011). Daha sonra sırasıyla, stres yönetimi, beslenme alışkanlığı, sağlık sorumluluğu gelmektedir. Öğrenciler fiziksel aktivite davranışını ise en az düzeyde göstermektedirler. Bu sonuçlar, daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Peker ve Bermek (2011: 416), Karadağ ve Yıldırım (2010. 47), Can vd.’nin (2008: 275) çalışmasında da benzer bir şekilde fiziksel aktiviteye katılım oranları düşük bulunmuştur. Bu durum, Türk toplumunda genel olarak, fiziksel aktiviteye gösterilen ilginin azlığı ile de paralellik göstermektedir. 2012 yılında yayınlanan, Türkiye’nin Gençlik Profili Araştırmasının sonuçlarına göre de gençlerin % 40.8’i spor yapmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada, gençlere sadece fiziksel aktiviteye dair davranışları sorulmuştur. Bu davranışların nedenleri araştırılmamıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, spora olan ilgisizliğin nedenleri daha detaylı araştırılabilir. İnsanların spor yapmaması yalnızca bireysel ve kültürel nedenlerle açıklanabilir mi? Yoksa spor yapmak için olanakların sınırlı olması, pahalılığı, tesislerin yetersizliği ya da sadece belirli bölgelerde toplanması gibi etmenlerin etkisinin olup olmadığı araştırılabilir. Bunun yanında, üniversitelerin spor tesisleri öğrencilere ücretsiz kullanıma açılmalı ve üniversite kampüslerindeki spor olanakları artırılmalı ve gençleri spora teşvik etmek için kampanyalar yürütülmelidir.

146

Kadın ve erkeklerin toplumsal açıdan farklı cinsiyet rolleri vardır. Bu açıdan, toplumsal etkiler, kadın ve erkeklerin sağlık davranışını da farklı yönde etkileyebilir. Araştırmada, öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları, ruhsal gelişim ve stres yönetimi boyutları dışında tüm boyutlarda cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermektedir. Fiziksel aktivite boyutu dışında tüm boyutlarda, kızlar erkeklere göre daha sağlıklı bir yaşam biçimi davranışına sahiptirler. Fiziksel aktivite açısından karşılaştırıldığında ise erkek öğrenciler, kız öğrencilere göre daha çok spor yapmaktadır. Cinsiyete dayalı benzer farklılıklar daha önce yapılan çalışmalarda da bulunmuştur (Karadeniz vd., 2008; Hacıhasanoğlu vd., 2011). Literatürdeki araştırmalar, bu durumun sadece Türk toplumuna ait olmadığını göstermektedir. İsveç ve Alman üniversitelerince yapılan çalışmalarda da cinsiyete dayalı farklılıklar bulunmuştur (Stock et al., 2001, Von Bothmen and Fridlund, 2005). Bu bulgu bize, üniversite öğrencileri arasında fiziksel aktivitenin artırılması yönünde geliştirilecek programlarda, özellikle kız öğrencilere odaklanmak gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, kız öğrencilerin fiziksel aktivite azlığının altında yatan toplumsal ve kültürel nedenler hakkında niteliksel bir araştırma yapılabilir. Çünkü Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda obezite görülme sıklığı (%41.5) erkeklere (%21.2) göre daha yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları dışında tüm boyutlarda sigara içme değişkenine göre farklılık göstermektedir. Sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, ruhsal gelişim ve toplam puan üzerinden değerlendirmede sigara içmeyen öğrenciler, içen öğrencilere göre daha sağlıklı bir yaşam biçimine sahiptir. Son yıllarda Türkiye’de yürütülen aktif sigara karşıtı kampanyalar sonucunda, yetişkin sigara içme oranları azalmakla birlikte gençlerin sigara içme oranları artmaktadır. Akpınar vd.’nin (2010) araştırmasına göre, Ufuk üniversitesi öğrencilerinin % 38’i halen sigara içmektedir. Ankara Üniversitesi yurtlarında kalan öğrenciler üzerinde yapılan araştırmada öğrencilerin sigara içme oranı % 10.7’dir. Başka bir çalışmada (Bedir vd., 2011), Atatürk Üniversitesi öğrencilerinin sigara içme oranı %29.5 bulunmuştur. Araştırmamızda, Sosyoloji bölümü öğrencilerinin sigara içme oranları % 17.2 ile diğer üniversitelerdeki sigara içme oranlarına göre orta düzeyde görünmektedir. Ancak, bu oranın daha fazla yükselmemesi için tedbirlerin alınması gerekir. Bunlardan biri, Dumlupınar Üniversitesinin sigarasız kampüsler hareketine katılması olabilir.

Eğitim yıllarının artması ile birlikte, öğrencilerin daha olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri beklenebilir. Ancak, araştırmamızda, sınıf düzeyinin artışının öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu bulgu, üniversite eğitiminin bireylerin sağlık bilinci ve davranışlarına olumlu yönde katkı sağlamadığı şeklinde

yorumlanabilir. Öğrencilerin sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlığı dışında tüm boyutlarda sınıf değişkenine göre farklılık göstermektedir. Birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuç, gençlerin çoğunun üniversite eğitimi almak için ailelerinin ikamet ettiği yerlerden başka illerde yaşamaya başlamaları sonucunda oluşan barınma sorunları, sosyal destek ağlarının zayıflaması, daha çok enerjisi yüksek besin değeri düşük gıdaları tüketmeye başlamaları ve sınırlı maddi olanakları ile açıklanabilir. Üniversite eğitimi, gençlere, daha sağlıklı davranış biçimleri, özellikle, sağlıklı beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite ve stres yönetimi konusunda özyeterlilik kazandırmalıdır. Burada önemle vurgulanması gereken nokta sosyal ekolojik çevrenin de sağlıklı davranışları destekler biçimde kurgulanması gerektiğidir. Örneğin, üniversite kantinlerinde sağlıksız ürünlerin satılmasına izin verip, öğrencilerden sağlıklı beslenmelerini bekleyemeyiz.

Aile bireyin davranışlarının şekillenmesinde önemli bir etkiye sahiptir bu nedenle anne ve babanın eğitim düzeyine göre öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları da incelenmiştir. Babanın eğitim düzeyi ile öğrencinin sağlık davranışı arasında bir fark bulunmamıştır. Türkiye’de çocukların yetiştirilmesinde, annelerin babalardan daha fazla sorumluluk üstlenmesi bu bulgunun nedeni olabilir. Annelerin ekonomik durumu ve eğitim düzeylerinin çocuk sağlığı üstündeki etkisi, bilim çevrelerinde yaygın olarak bilinen bir gerçektir. Bu çalışmanın önemli katkısı, annenin eğitiminin yalnızca çocuk sağlığı üzerinde değil, gençlerin sağlığı üzerinde de etkili olduğunu göstermesidir. Annelerin eğitim düzeyi ile öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışı arasında bazı boyutlarda (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve toplam puanda) farklılık bulunmaktadır. Annesi lise mezunu olan öğrencilerin, sağlıklı yaşam profilleri daha olumludur. Genel olarak değerlendirildiğinde, annenin eğitim düzeyinin artışı öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu etkilemektedir. Ancak etki, üniversite eğitimi ile birlikte kaybolmaktadır. Annesi üniversite mezunu olan öğrenci sayısının (n=14) azlığı, bu bulgunun nedeni olabilir. Araştırma sonuçları aynı zamanda, kadın ve erkeğin eğitim fırsatlarından yararlanmadaki eşitsizliğinin giderilmesinin de önemini ortaya koymaktadır. Çalışmada görüldüğü gibi, kadının eğitimini artırma yönündeki çabalar, aynı zamanda toplum sağlığının gelişmesine de birebir katkı sağlayacaktır.

Katılımcıların sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına etki eden diğer önemli bir sosyal değişken, sosyoekonomik düzeydir. Sosyoekonomik düzey arttıkça, öğrencilerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları olumlu yönde etkilenmektedir. Bu sonuç, toplumdaki gelir dağılımı dengesinin, sağlıkla olan ilişkisini göstermesi açısından önemlidir. Literatür de bu veriyi destekler niteliktedir (Auerbach ve Krimgold, 2001; Giddens, 2008: 315). Sosyoekonomik düzey olarak toplumsal piramidin alt basamaklarında yer alan kişilerin, sağlık çıktılarının daha kötü olduğu bilinen bir gerçektir. Bir ülkenin zenginliğinin artmasından daha çok, ülke gelirinin sınıflar arasında adaletli paylaşımı, sağlık göstergelerine daha olumlu yansır (Auerbach ve Krimgold, 2001). Ayrıca, çok sayıda çalışma, gelir düzeyleri arasındaki farklılıkları arttıkça insanların birbirlerine daha az güven duyduklarını ve şiddet eğiliminin arttığını da ortaya koymuştur (Wilkinson, 2009: 394-396). OECD’nin (2011) “Bir Bakışta Toplum” raporuna göre, Türkiye en yüksek gelir eşitsizliğine sahip ülkeler içinde, Şili ve Meksika’dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye’de toplum sağlığı alanında yapılacak en önemli girişimlerden biri, gelir dağılımındaki bu adaletsizliği bir an önce çözmek olmalıdır. Bunun yanında, sosyoekonomik düzey ve sağlık arasındaki ilişkinin mekanizmalarını ortaya koyacak çalışmaların sayısı artmalıdır. Türkiye’deki bütün üniversite öğrencilerinin, sağlığı geliştirici davranışlarını inceleyen bir çalışma Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıklarının katkısı ile gerçekleştirilmelidir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar, farklı illerdeki üniversite öğrencilerine odaklanmıştır fakat bu konuda ulusal düzeyde kapsamlı veriler yoktur. Bunun yanında, üniversite öğrencileri ile yapılacak odak grup çalışmaları ve derinlemesine görüşmeler ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarına dair daha detaylı veriler elde edilebilir. Bu tür çalışmaların sonucunda, Türkiye’de gelecekte yapılacak sosyal ve ekonomik politikaların bilimsel temellere dayandırılarak şekillenmesi mümkün olabilecektir.

Sosyoekonomik düzey ve eğitim değişkenleri ile öğrencilerin sağlığı destekleyici davranışları arasındaki anlamlı farklılık, sağlığın aynı zamanda sosyolojik bir konu olduğu yönündeki varsayımımızı destekler niteliktedir. Sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaşması, sadece bireysel davranış değiştirmeye hedeflenerek ve sağlığı bireysel bir sorunmuş gibi ele alarak gerçekleşemez. Bireyin davranışına odaklanan programların yanında, aynı zamanda sosyal politikalarla desteklenen toplum düzeyindeki programlarla, sosyal ve fiziki çevre de sağlığı destekleyecek bir hale getirilmelidir. Bu konuda atılacak adımlardan biri, Dünya Sağlık Örgütünün başlattığı Sağlıklı Kentler Projesine daha çok kentin üye olması olabilir (WHO, 1986). Ayrıca, tarım ve gıda politikaları da çok uluslu sermayenin çıkarlarını değil, kamu sağlığını gözeterek hazırlanmalıdır. Üniversite kampüslerinde, öğrencilere etkili

rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi de önemlidir. Ayrıca, öğrencilerin ders programına, sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma, stres yönetimi, problem çözümü ve uzlaşma gibi seçmeli dersler eklenerek isteyen öğrencilerin yararlanması sağlanabilir. Böylece üniversite eğitimi, öğrencilerin yaşamında yalnızca akademik boyutta değil, yaşam becerileri kazanma ve sağlık boyutunda da fark yaratabilir. Devletin genel olarak eğitim politikalarının özelde de yükseköğretim politikalarının belirlenmesinde, gençlerin sağlığı geliştirici davranışlarını artırıcı politikalar önemlidir. Bu politikaların neler olması gerektiği konusunda, Türkiye genelinde üniversitelerde araştırmalar yapılabilir. Son olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaşmasını amaçlayan ve sosyal politikalarla desteklenen, toplum düzeyindeki kapsayıcı programların ülke çapında uygulanması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- ADAK, N.Ö. (2002). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, İstanbul: Birey.
- ALPAR, Ş. E. ŞENTURAN, L. KARABACAK, Ü., SABUNCU, N. (2008). "Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training", Nurse Education in Practice, 8: 382-388.
- ALTUN, İ. (2008). "Effect of a Health Promotion Course on Health Promoting Behaviors of University Students", Eastern Mediterranean Health Journal, 14(4): 880-887.
- AKPINAR, E. E. AKPINAR, S. GÜLHAN, M. (2010). "Üniversite Öğrencilerinin Tütün Kullanımı ve Konu ile İlgili Bilgi Düzeyleri", Solunum Dergisi,12(1):1-6
- AUERBACH, J.A., ve KRİMGOLD, B.K. (2001). Income, Socioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationships, Washington DC: National Policy Association.
- AYAZ, S. TEZCAN, S. AKINCI, F. (2005). "Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları", C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9 (2):26-34.
- AYDIN, T., ÇALIŞKAN, D., İÇLİ, F., SUNGUROĞLU, K. (2011). "Ankara Üniversitesi Yurtlarında Kalan Öğrencilerin Sigara İçme Konusundaki Tutum ve Davranışları", IV. Sigara veya Sağlık Sempozyumu, Ankara.
- BANDURA, A. (2004). "Health Promotion by Social Cognitive Means", Health Education ve Behavior, 31 (2): 143-164.
- BUĞRA, A., KEYDER, Ç. (2003). Yeni Yoksulluk ve Türkiye'nin Değişen Refah Rejimi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Raporu için Hazırlanan Proje Raporu, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, www.undp.org.tr/publicationsDocuments/new_poverty.pdf, Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2012.
- BEDİR, S., POLAT, D., DİKMEN, A.T. (2011). "Atatürk Üniversitesi Narman Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler", Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 25 (2): 237-248.
- BEKTAŞ, M., MALAK, A. T., YUMER, A.S., KORKMAZ, M. ve ÖZKAN, A. (2010). "Turkish University Students Nutritional Habits Regarding Cancer Prevention and Healthy Lifestyles", Asian pasific Journal of Cancer Prevention, 11: 1347-1350.
- BUĞRA, A. Ve KEYDER, Ç. (2003). Yeni Yoksulluk ve Türkiye'nin Değişen Refah Rejimi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Raporu.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2002). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı, Ankara: Pegem A.
- CAN, G., ÖZDİLLİ, K., EROL O., ÜNSAR S., TULEK, Z., SAVAŞER, S. (2008). "Comparison Of The Health-Promoting Lifestyles of Nursing and Non-Nursing Students in Istanbul, Turkey ", Nursing Health Sciences 10(4):273-80.
- CİRHİNLİOĞLU, Z. (2001). Sağlık Sosyolojisi, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- CONRAD, P. (2001). The Sociology of Health and İllnes Critical Perspectives, New York: Woth Publishers.
- DOĞAN, A.E. (2002) Birikimin Hamalları: Kriz, Neoliberalizm ve Kent, İstanbul: Donkişot akademi
- ESİN, N. (1999). "Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması", Hemşirelik Bülteni, 12(45): 87-95.
- GİDDENS, A. (2008). Sosyoloji, İstanbul: Kırmızı Yayınları.



- GREEN, L.W. (1984). “Modifying and Developing Health Behavior”, Annual Review of Public Health, 5: 215-36.
- HACIHASANOĞLU, R., YILDIRIM, A., KARAKURT, P., ve SAĞLAM, R. (2011). “Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey”, International Journal of Nursing Practice,17: 43-51.
- HADDAD, L.G., AL-MA’ATIAH, R.A., CAMERON, S., ARMSTRONG-STASSEN, M. (2001). “Arabic Language Version of Health Promotion LifeStyle Profile”, Public Health Nursing, 15(2): 74-82.
- HEALTH 21 (1998) HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for WHO European Region, WHO:European Health for All Series;No. 5http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5- E.pdf, Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2012.
- İLHAN, N., BATMAZ, M. Ve AKHAN, L. U. (2010). “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(3):34-44.
- İŞİK, O. ve PINARCIOĞLU, M.M. (2001). Nöbetleşe Yoksulluk Gecekondulaşma ve Kent Yoksulları: Sultanbeyli Örneği, İstanbul: İletişim Yayınları.
- KARADAĞ, M. ve YILDIRIM, N. (2010). "Health behaviors in health sciences university students in Turkey." Social Behavior and Personality: an International Journal, 38(1): 43+
- KARADENİZ, G., UÇUM, E. Y., DEDELİ, Ö., ve KARAAĞAÇ, Ö. (2008). “Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları”, TAV Preventive Medicine Bulletin, 7(6):497-506.
- KASAPOĞLU, M.A. (1999). Sağlık Sosyolojisi: Türkiye’den Araştırmalar, Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- LABONTE, R., SCHRECKER, T., PACKER, C., RUNNELS, V. (2011). Küreselleşme ve Sağlık, İstanbul: İnsev Yayınları.
- MARMOT, M. Ve WİLKINSON, R.G. (2009). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri, İstanbul: İnsev Yayınları.
- OECD (2011), Society at a Glance 2011 - OECD Social Indicators (www.oecd.org/els/social/indicators/SAG). Erişim tarihi 14 Ağustos 2012.
- ÖZKAN, S., YILMAZ, E. (2008). “Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimleri”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7):89-105.
- PEKER, K., BERMEK, G. (2011). “Predicdors Of Health-Promoting Behaviors Among Freshman Dental Studens, At İstanbul University” Journal Of Dental Education:413-420.
- PINAR, R., ÇELİK, R., ve BAHCECİK, N. (2009). “Reliability and Construct Validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an Adult Turkish Population”, Nursing Research, 58 (3): 184-193.
- POPKİN, B. M. ADAİR, L. S. ve SHU WEN, Ng (2011). “Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries”, Nutrition Reviews, 70(1):3-21.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı, http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40, Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2012.
- SETAV (2012). Türkiye’nin Gençlik Profili Araştırması, http://www.setav.org/public/HaberDetay.aspx?Dil=tr&hid=111670&q=turkiye-nin-en-buyuk-genclik-arastirmasi, Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2012.
- STOCK, C., WİLLE, L. ve KRAMER, A. (2001). “Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion”, Health Promotion International, 16, 145-154.
- ŞENSES, F. (2009). Küreselleşmenin Öteki Yüzü Yoksulluk, İstanbul: İletişim Yayınları.
- TAJİK, M., GALVA, H.M. ve SIQUEIRA, E. (2008). “Health Survey Instrument Development Through a Community-Based Participatory Research Approach: Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II) and Brazilian Immigrants in Greater Boston”, Journal of Immigrant and Minority Health, 12: 390-397.
- TOKUÇ, BERBEROĞLU, (2007) “Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar” ,TSK Koruyucu Hekimliği Bülteni, 6(6):421-426.

- TOPÇU, S., BEŞER, A. (2011). "Health Promoting Life-styles Among Immigrant And Nonimmigrant Women", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 4(2):56-62.
- TUĞUT,N., BEKAR M. (2008). "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 11:3.
- TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu (2009) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2009,Online at: <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>, Erişim tarihi: December 29, 2011.
- TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu (2011) <http://tuikapp.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi: 6 Ağustos 2012
- UĞURLU, Ö., PINARCIOĞLU, N.Ş., KANBAK, A., ŞİRİNER, M. (2010). Türkiye Perspektifinden Kent Sosyolojisi Çalışmaları, İstanbul: Örgün Yayınevi.
- VON BOTHMEN, M. ve FRİDLUND, B. (2005). "Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students", Nursing ve Health Sciences, 7: 107–118.
- WALKER, S. N., HİLL-Polerecky, D. M. (1997).Psychometric Evaluation of Health Promoting Lifestyel Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.
- WALKER, S. N., KERR, M. J., PENDER, N. J., ve SECHRİST, K. R. (1990). "A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile", Nursing Research, 39(5), 268-273.
- WALKER, S. N., SECHRİST, K. R., ve PENDER, N. J. (1987). "The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics", Nursing Research, 36(2), 76-81.
- WEİTZ, S. (2001). The Sociology of Health and İllness and Health Care A Critical Approach, California: Wadsworth/Thomson Learning
- WHİTE, K. (2002). An Introduction to the Sociology of Health and İllness, London: Sage Publications.
- WHO (1986). Healthy Cities, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>
- WİLKİNSON, R.G. (2001). "Why Is Inequality Bad for Health?" In:Income, Scoioeconomic Status, and Health: Exploring the Relationships. Editors: Auerbach, J.A. & Krimgold, B.K., Washington DC: National Policy Association.
- YILDIZ, Ö. (2008). "Küreselleşme, Sağlık ve Toplum", Gaziantep Tıp Dergisi, 30-34.
- YILMAZ, A. (2004). İkinci Küreselleşme Dalgası: Kavram, Süreç ve Sorunlar, İstanbul: Vadi.
- YÜKSEL, H. (2010) Turkey, In: Food, Cuisine, and Cultural Competency for Culinary, Hospitality and Nutrition Professionals (Editör) Sarı Edelstein, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.