

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE TEŞVİK EDİCİ FİLM VE
VİDEOLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DÜZEYİNE ETKİSİ**

Hülya BİLMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK
2019

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**LİSE ÖĞRENCİLERİNDE TEŞVİK EDİCİ FİLM VE
VİDEOLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DÜZEYİNE ETKİSİ**

Hülya BİLMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK
2019

KABUL ve ONAY

Hülya BİLMEZ tarafından hazırlanan “LİSE ÖĞRENCİLERİNDE TEŞVİK EDİCİ FİLM VE VİDEOLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DÜZEYİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. .../.../....

Başkan: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Üye: Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU

Üye: Prof. Dr. Mücahit Eğri

.....
.....
.....

ONAY:

Yukarıda imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

24/06/2024

Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin hazırladığım dönemde bana her türlü yardımı sağlayan ve her konuda destek olan sabırlı ve hoşgörülü hocam, Sayın Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER' e teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince bana mesleki bilgilerini aktaran değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU ve Doç. Dr. Sibel KIRAN' a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın verilerini toplamamda yardımcı olan, benden desteklerini esirgemeyen başta Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Müdürü Ramazan GÜLSEVEN olmak üzere, arkadaşlarıma ve öğrencilerime çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında desteğini ve ilgisini esirgemeyen, sonsuz sabrı ve yardımlarından dolayı hayatımdaki en değerli insan Selim BİLMEZ'e, beni bugünlere getiren her daim yanımda olan, desteklerini ve sevgilerini hiç esirgemeyen canım aileme ve hayatımın en güzel varlıkları, canıma can katan oğullarım A.Furkan BİLMEZ ve M. Yavuz BİLMEZ' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hülya BİLMEZ
Zonguldak, 2019

ÖZET

Hülya BİLMEZ. Lise Öğrencilerinde Teşvik Edici Film ve Videoların Sağlıklı Yaşam Düzeyine Etkisi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Zonguldak, 2019.

Sağlık alanında öğrenim gören lise öğrencilerinde, sağlıklı yaşamı teşvik edici film, belgesel ve videolar kullanmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini belirlemektir. Bu çalışma deneysel tipte olup 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde öğrenim gören 10.-11.-12. sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Müdahale grubu 100, kontrol grubu ise 94 öğrencidir. Müdahale grubuna videolardan önce sosyo-demografik veri formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ön test uygulanıp, 3 ay sonra ise son test uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise aynı anketler ön test olarak uygulanıp, hiçbir video izletilmeden, 3 ay sonra son test uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 11.5 programı ile analiz edilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 17'dir. 121'i kız, 73 erkektir. 11. sınıf müdahale grubunda kontrol grubuna göre ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p=0.003$). 10. ve 12.sınıf müdahale grubu ile aynı sınıf kontrol grubu arasında ön test ve son test sonra puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). İki cinsiyette de ölçeğin Beslenme ve Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeklerinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p=0.001$). Ölçeğin diğer alt ölçeklerinde ise müdahale grubu kız ve erkeklerde kontrol grubuna göre ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Müdahale grubu, kontrol grubuna göre ölçeğin Kişiler arası ilişki Alt Ölçeğinden anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır ($p=0.001$). Müdahale ve kontrol grubunda ölçeğimizin diğer Alt Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Videoların 11. sınıflarda daha etkili olduğu görülmüştür. Sağlıklı beslenme alışkanlığının geliştirilmesinde ve sağlık sorumluluğu kazandırılmasında izletilen eğitici videoların yararlı olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı geliştirme, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Eğitici video ve filmler, Lise öğrencileri, Adölesan

ABSTRACT

Hülya BILMEZ. The Effects of Encouraging Movies and Videos on Healthy Living Level in High School Students, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, Master Thesis, Zonguldak, 2019.

To determine the effect of using healthy life-promoting films, documentaries and videos on high-school students' behaviors. This study is of experimental type and it is studied in Taşköprü Vocational and Technical Anatolian High School with 10th, 11th and 12th grade students. The intervention group consisted of 100 students and the control group consisted of 94 students. Socio-demographic data form and Healthy Lifestyle Behavior Scale-II pre-test were applied to the intervention group before the videos, and post-test was applied 3 months later. In the control group, the same questionnaires were applied as a pre-test and after 3 months, post-test was applied without any videos being watched. The data obtained were analyzed with SPSS 11.5 program. The mean age of the students was 17 years. 121 girls and 73 boys. In the 11th grade intervention group, there was a significant difference between the pretest and posttest mean scores compared to the control group ($p = 0.003$). There was no significant difference between the pretest and posttest mean scores between the 10th and 12th grade intervention groups and the same grade control group ($p > 0.05$). In both genders, there was a significant difference between the mean scores of the scale in the Nutrition and Health Responsibility Subscales of the intervention group compared to the control group ($p = 0.001$). In the other subscales of the scale, there was no significant difference between the pretest and posttest mean scores of the intervention group girls and boys compared to the control group ($p > 0.05$). The intervention group scored significantly higher than the Interpersonal Relationship Sub-Scale of the scale compared to the control group ($p = 0.001$). There was no significant difference between the mean scores obtained from the other subscales of our scale in the intervention and control groups ($p > 0.05$). Videos were found to be more effective in the 11th grade. It was found that the instructional videos watched in developing healthy eating habits and gaining health responsibility were useful. In addition, the instructional videos watched make different contributions such as increasing interpersonal relationships.

Keywords: Health promotion, Healthy lifestyle behaviors, Educational videos and films, High school students, Adolescent

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLO DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem.....	4
2.2. Sağlık Kavramı.....	5
2.3. Sağlığı Koruma	6
2.4. Sağlığı Geliştirme	7
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	10
2.5.1. Sağlık sorumluluğu	11
2.5.2. Beslenme	11
2.5.3. Manevi gelişim.....	12
2.5.4. Fiziksel aktivite	12
2.5.5. Kişilerarası ilişkiler	13
2.5.6. Stres yönetimi	14
2.6. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler	15
2.7. Sağlığı Geliştirmesinde Kullanılan Modeller ve Teoriler.....	16
2.7.1. Pender'in sağlığı geliştirme modeli	16
2.7.2. Sağlık inanç modeli.....	18
2.7.3. Transteoretik model	19
2.7.4. Planlanmış davranış teorisi	23
2.7.5. Sosyal öğrenme teorisi	24
2.8. Lise Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	24
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Öğrenmede Görsel-İşitsel Materyaller ile Film- Videoların Önemi.....	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1. Sosyo-demografik veri formu	29
3.4.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II	29
3.4.3. Olumlu sağlık davranışlarını değerlendiren bazı ifadeler	31
3.5. Verilerin Toplanması	31
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.8. Araştırmanın Süresi.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER.....	60
Ek 1: Sosyo-demografik veri formu.....	60
Ek 2: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği - II.....	61
Ek 3: Etik kurul izni	63
Ek 4: Kurum izni.....	64
9. ÖZGEÇMİŞ	65

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ort.	: Ortalama
SS.	: Standart Sapma
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ-II	: Sağlık Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği-2
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization



TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Araştırma Tipi	28
2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	33
3. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Dağılımı	33
4. Öğrencilerin Gruplarına Göre Dağılımı	34
5. Öğrencilerin Sınıflarına Göre Dağılımı	34
6. Öğrencilerin Doğum yerine Göre Dağılımı	34
7. Öğrencilerin Kalınan Yerlere Göre Dağılımı.....	34
8. Öğrencilerin Annelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	35
9. Öğrencilerin Babalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	35
10. Öğrencilerin Gelir Durumu	36
11. Öğrencilerin BKİ Durumu	36
12. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin SYBDÖ-II Önce ve SYBDÖ-II Sonra Puan Ortalamaları	37
13. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-II Müdahale Öncesinde ve Sonrasında Alt Ölçek Puan Ortalamaları	37
14. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin SYBDÖ-II Önce ve SYBDÖ-II Sonra Puan Ortalamaları	38
15. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Kaldıkları Yere Göre SYBDÖ-II Müdahale Öncesinde ve Sonrasında Alt Ölçek Puan Ortalamaları	39
16. Öğrencilerin Müdahale Öncesi Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışlarının Dağılımı	40
17. Öğrencilerin Müdahale Sonrası Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışlarının Dağılımı	41

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil

Sayfa

1. Pender'in sağlığı geliştirme modeli 17



1. GİRİŞ

İnsan hayatı için sağlık önemli bir unsurdur. İnsanlar ne kadar sağlıklı ise bir o kadar kaliteli ve uzun bir yaşama sahip olurlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını, “kişilerin yalnızca hasta veya sakat olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık; kişisel bakım, kişisel sorumluluk, koruma, tam bir iyilik hali, yaşam kalitesi, sağlık davranışı kavramlarını da içeren geniş bir kavramdır (1-3). Kişilerin sahip olduğu sağlık davranışlarını en üst düzeye çıkarması ise sağlığı geliştirme durumudur (4). Sağlıklı yaşamak tüm insanların temel haklarından, sağlığın geliştirilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin esas amacı olduğu kadar bireyin kendi sorumluluğudur (5).

Ergenlik dönemi (10-19 yaş) kişilerin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişmeye başladığı bir dönem olup, sosyalleşme, çocukluktan erişkinliğe geçiş ve kişiliğin olduğu bir dönemi de içermektedir (6, 7). Ergenlik dönemi, özellikle sağlık ile ilgili düşünce ve davranışlar açısından önemlidir. Bu dönemde adölesanların fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimleri devam etmektedir. Adölesanın, sağlıkla ilgili tutum ve davranışları öncelikle kendisinin, şimdiki yaşamını, ileriki yaşamında ise toplumu ve ailesini etkilemektedir (8). Adölesanlar, kendi bilgi birikimlerini kullanarak hayatlarını sağlıklı olarak devam ettirme, sağlıklarını geliştirme ve sağlıkları ile ilgili sorumluluğunu alma konusunda topluma örnek olmalıdır.

Adölesan, kendisini, ailesini ve toplumu etkilemekte, bununla beraber diğer gruplara da iyi örnek olma sorumluluğu taşımaktadırlar. Adölesanlara sağlıklı yaşam davranışları kazandırmak çok önemlidir, çünkü toplumun büyük bir kesimini oluştururlar ve sağlık davranışlarını kolaylıkla kabullenebilirler işte bu nedenlerdendir ki adölesanlara bizim için önemli bir gruptur (9). Bu dönemde azalmış fiziksel aktivite, fazla kilo, yetersiz beslenme, depresyon, şiddet, kazalar, sağlıksız cinsel davranışlar, sigara, alkol ve madde bağımlılığı en çok karşılaşılan sağlık sorunlarından (11, 12). Lise dönemindeki gençlerin, ailelerinden bağımsız hale gelmeleri, yaşlıları arasında kabul görmek istemeleri, çevre ve ortam değişimleri, kendilerini kanıtlama çabaları, bu dönemde genci sigara, alkol, uyuşturucu bağımlılığı, yeme bozukluğu ve fiziksel hareketsizlik, sağlıksız cinsel ilişki, şiddet gibi riskli sağlık davranışlarına yönlendirebilmektedir.

Okullar, bireylerin yıllarca ve uzun süre vakit geçirdiği, sağlıkla ilgili olumlu davranışlar kazanabileceği ve bu kazanımların nasıl uygulanacağını öğrenebileceği kurumlardır. Bu nedenle okullarda sağlığı geliştirme ile ilgili konular sıklıkla işlenmelidir.

Adölesan sağlığını geliştirmek için yapılan çalışmalarda, beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi ve davranış, inanç ve stres yönetimi becerilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirtilmiştir (13). Bu nedenle sağlıklı nesiller yetiştirmek ve potansiyel süreğen hastalıkları önlemek için adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarını sağlanmanın önemi ortadadır (14).

Birey sağlığı geliştirici davranışları elde etmek için, kendini kontrol etmeli, bu davranışları kazanmak için istekli olmalıdır. Çünkü sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının edindirilip, devam ettirilmesi gerekir. Bu nedenle lise öğrencilerinin sağlıkla ilgili tutumlarının incelenmesi ve yükseltilmesi gereken durumlarda gençlerin desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir (15). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tespit edilmesinde Pender'in sağlığı geliştirme modelinde var olan temel kavram ve prensipler aydınlatıcı olmuştur. Sağlığı geliştirme modeli kişilerin sağlığını geliştirici davranışlarını etkileyen öğrenme sürecini ve bu zaman zarfında verilen sağlık eğitiminin önemine dikkat çeker (22, 23).

Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını denetlemesi, günlük etkinliklerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları tercih etmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir (16). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, düzenli ve yeterli fiziksel aktivite yapma, dengeli ve yeterli beslenme, tütün kullanmama, stres yönetimi sağlama, sağlık sorumluluğu ve temizlik önlemlerini içerir (17). Sağlıklı yaşam biçimi davranış seviyesini etkileyen birden fazla unsur bulunmaktadır (25). Bunlardan bazıları; demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişilerarası etkileşim, sosyo-ekonomik durum, davranışsal ve durumsal faktörler gösterilmektedir (26). İnsanların sağlıklı yaşam davranışlarını göstermeleri sağlığı geliştirme ile ilgili aldıkları sağlık hizmeti ve eğitimi ile bağlantılı olabilmektedir. Eğitimin amacı da kişide pozitif davranış değişikliğini sağlamaktır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek önce ailede ve çevredeki bireylerle atılır, sonrasında ise eğitimle değişir ve gelişir (27).

Davranış değişikliğinin gerçekleşmesi için eğitim gereklidir. Eğitim- öğretim ortamlarında bireylere ulaşılmada kullanılan araç gereçlerin en önemlisi görsel ve işitsel araç gereçlerdir (18). Görsel ve işitsel araç gereçlerin dikkat çeken biçimde olması öğrencinin ilgisinin azalmasını engeller ve öğrenmeyi istekli hale getirir. Bilgilerin iletiminde düzen sağlar. Öğrencilerin eğitim sonrasında değişimlerini izleme imkânı verir. Görsel ve işitsel materyaller, kullanıldıktan sonra öğrenciyi olumlu faaliyetlere yöneltebilir (19). Ayrıca sunumun basitleşmesini sağlayarak önemli kısımların belirtilmesi, istatistiksel bilgilerin anlaşılabilirliğini arttırmak, karşılaştırma yapılmasını sağlamak ve nitel öğrenme sürecini pozitif hale getirmektedir (20). Görsel ve işitsel materyaller, birçok duyuyu etkiledikleri için çoklu öğrenmeye fırsat verirler ve öğrenilen bilginin anımsanmasını kolaylaştırırlar (21) .

Bu çalışmada, sağlık alanında eğitim gören lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık oluşturması ve sağlıklı yaşamı teşvik edici, belgesel ve videolar kullanarak sağlıklı yaşam düzeylerinin artması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Adölesan, Latince de gelişen, olgunlaşan anlamında kullanılan “adolescence” kelimesinden dilimize girmiştir. Adölesan dönem, biyokimyasal, sosyal, fiziksel, ruhsal yönlerden hızlı bir gelişme, büyüme ve olgunlaşma dönemlerinin gerçekleştiği çocukluk ile yetişkinlik arasında ki geçiş dönemi olarak ifade edilmiştir (28).

DSÖ tarafından bu dönem 10-19 yaşlar arasında bir dönem olarak belirtilmiştir. Hayatın bu döneminde, iç organlar, iskelet-kas sistemi, el-bilek kemiklerinde bulunan kıkırdak oluşumlarda kemikleşme olup, artışlar da gözlenmektedir. Bu dönemde, yetişkin boy uzunluğunun %20- 25'ine ulaşılmaktadır (29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre adölesanlar; Gelişmekte olan ülkelerin %25 ini, gelişmiş ülkelerin %15 ini oluşturmaktadır. 2025 yılında dünyada ki adölesan nüfusun 1.13 milyar olacağı düşünülmektedir (30). Türkiye nüfusunun %16.1' ini genç nüfus oluşturduğu Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK-2017) verilerinde görülmektedir (31). İstatistiklere bakıldığında dünyada ve Türkiye’de adölesanların nüfusun oldukça önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

21.yüzyılda Herkese Sağlık Hedeflerinde, adölesanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi 4. hedef kapsamında yer almaktadır. Gençlerin daha iyi yaşam kabiliyetlerinin geliştirilmesi, sağlıklı tercih yapma kapasitesini kazanması, tütün ve alkol tüketimi, ilaç tüketimi gibi zararlı alışkanlıklar edinen gençlerin sayısının azaltılmasının gerekliliği de bu hedef sayesinde göz önüne serilmiştir (32).

Adölesan dönemin başlamasında ve devam etmesinde birçok unsurun etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar, ailesel yatkınlık, ırk, beslenme durumu, iklim koşulları ve çevresel uyaranlardır (33). Ergenlik dönemi erken, orta ve geç dönem olmak üzere üç psikososyal gelişim evresinde incelenir. Bu aşamalar: erken ergenlik (10-14 yaş arası), orta ergenlik (15-17 yaş arası) ve geç ergenlik (18-21 yaş arası) dönemleri olarak ifade edilmektedir (34).

Özellikle orta ve geç adölesan dönem, bireyler için çok riskli dönemlerdir çünkü bu dönemlerde zararlı sağlık davranışlarının kazanıldığı görülmektedir. Çoğunlukla madde bağımlılığı, alkol ve sigaraya orta ve geç adölesan dönemde başlanıldığı, psikolojik ve hormonal değişimlere bağlı olarak düzensiz yemek yeme alışkanlığına bağlı olarak obezitenin bu dönemlerde geliştiği ve fiziksel aktivitenin

psikolojik nedenlerle azalmasının da yine aynı dönemlerde olduğu ifade edilmektedir. Yine korunmasız cinsel ilişki nedeniyle oluşan hastalıklarında bu dönemlerde fazlasıyla önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yine bu dönemlerin sağlıklı yaşam geliştirme davranışlarının kazandırılacağı en uygun dönemler olduğu da belirtilmektedir (35).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu dönemde kazanılabilir ya da test edilir, böylelikle kişinin bütün hayatı olumlu yönde değişebilmektedir. Adölesan dönem kişilerin yetişkinlikte nasıl bir birey olacağını belirler. Bu dönemde üç ayrı alanda değişimler gözlemlenir. Bu değişimler; cinsel gelişme, fiziksel büyüme, psikososyal gelişmedir (36).

2.2. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, “kişilerin yalnızca hasta veya sakat olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır” şeklinde dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanmıştır. Sağlık; kişisel bakım, sorumluluk, koruma, tam bir iyilik hali, yaşam kalitesi, sağlık davranışı kavramlarını da içeren geniş bir kavramdır (29). Sağlık kavramı evrenseldir, sağlığın anlamı kültürden kültüre, toplumdan topluma ve kişiden kişiye değişiklikler gösterir. Sağlık insanların ekonomik ve sosyal yönden üreten bir hayat devam ettirebilmesi için gereken bir hak ve durumdur. Sağlıkla ilgili çevresel ve sosyal belirleyicilerini önemsemeyen, yalnızca kişisel bir sorumluluk alanı olarak önemsemek ahlaki açıdan da yanlıştır (38).

Sağlık kavramına holistik fikirle bakıldığında ise; “insanların sosyal, mental, seksüel, fiziksel, emosyonel ve spiritual bir bütünlük içinde olmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Buna göre holistik yaklaşım sağlığa, kişilerin çevresiyle iç içe olduğunu ve kişilerin sağlığını değerlendirirken yaşamlarını geçirdikleri çevreyle göz önüne alınması gerektiğini savunmaktadır (37). Günümüzde sağlık kavramı; kişi, aile ve toplum sağlığını koruyup, devam ettiren aynı zamanda geliştiren sağlık odaklı bakım anlayışını ifade etmektedir. Bu anlayış; kişinin iyilik durumunu sürdürecektir, koruyacak ve geliştirecek davranışlar edinmesini ve kendi sağlığıyla ilgili kararları doğru almasını sağlamaya dayandırılmıştır (32).

Biyolojik açıdan sağlık; Vücut hücrelerinin her birinin maksimum seviyede faaliyet gösterdiği ve hücreler arası tam bir ahengin var olmasıdır. Sosyal yönden sağlık; Kişinin toplumsal rollerini yerine getirebilmesidir.

Davranışsal yönden sağlık; Bireyin beklemediği bir durumda savunma potansiyeli ve çevreyle uyumdur.

Felsefi olarak sağlık; arzu ve isteklerin gerçekleştirilip, doyumlu bir hayat yaşama potansiyelidir (35). Bireylerin fiziksel, sosyal ve mental yönlerden etkilendiği ve bireylerin her birinin mevcut özellikleri değişik olduğu halde aile, çevre ve toplumla bütünleştiği bilinmektedir, bu sağlık anlayışına bütüncül sağlık anlayışı denir. Bu anlayışa göre sağlığın bazı bileşenleri bulunmaktadır, bunlar fiziksel, duygusal, sosyal, spirütüel ve mental bileşenlerdir (38, 39).

Fiziksel (bedensel) sağlık: Bedenin fizyolojik ve anatomik yönden tam olarak korunması ve sürdürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz yapma, tütün kullanmama, düzenli sağlık kontrollerini yaptırma, sağlıklı beslenme faaliyetlerini kapsar (40).

Duygusal sağlık: Kişinin duygularının, davranışlarının ve fikirlerinin, hayatını etkilemesidir. Kişinin duygularını kontrol edebilme yeteneğine duygusal sağlık denir (40).

Sosyal Sağlık: Bireyin çevre ve toplumla iyi bir iletişim kurabilme yeteneğini, sosyal faaliyetlere katılımını ve kişilerle olan ilişkisinden memnun olmasını içerir (41). Bireyin toplumdaki statüsüne göre, toplumun bireyden beklediği rolleri yerine getirmesinde kapsar (42).

Spirütüel sağlık: Bireylerin hayatını, ölümünü, acısını, hastalık ve sağlığını anlamlandırmasıdır (43). Spiritualite kelimesinin Türkçe anlamı “maneviyat”, Latince anlamı ise “yaşamı hissetmek” dir. Spiritual yaklaşım 2 boyutta incelenir. Dikey boyut; bireyin Tanrı ile olan ilişkisi, yatay boyut ise hastanın, çevresi ile olan ilişkisidir (44).

Mental sağlık: Açıkça düşünebilme, akıl yürütebilme, öğrenme ve entelektüel olarak gelişme kabiliyetidir (39, 42).

2.3. Sağlığı Koruma

H.R. Leawell ve E.G. Clark, 1953 yılında sağlığı korumanın tanımını yapmışlardır. Sağlık durumunu bozan davranışı yapmamak ya da bu davranışlardan kaçınmak sağlığı koruma olarak belirtilmiştir. Sağlığı koruma, erken tanı ile hastalıkların engellenmesi ve erken tedavi ile hastalığın yol açtığı olumsuzlukları

ortadan kaldırma faaliyetlerini içerir. Bu faaliyetlere; kendi kendine meme muayenesi, emniyet kemeri takma ve sigara-alkol kullanmama sağlığı koruma davranışlarına örnek verilebilir. 1960 yılında Gerald Coplan, sağlığı korumayı üç düzeyde ele almıştır (45).

Birincil Koruma

Birey, aile ve topluma yönelik sağlığının korunması ve geliştirilmesi önlemleri kapsar. Kişilerin hastalanmasına sebep olan durumları ortadan kaldırmak için yapılan müdahalelerdir. Hastalıkların nedensel etmen ve risklerini belirleyerek hastalıkların başlamasını ve gelişmesini engellemeyi hedefler, sağlıklı davranışların geliştirilmesini ve sağlık eğitimi kapsar (46). Örneğin; sağlıklı konut, su sanitasyonu, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi gibi çevresel önlemlerle birlikte bağışıklama, yeterli ve dengeli beslenme sağlanması, aile planlaması ve kişisel hijyen eğitimleri de birincil koruma kapsamındadır (45).

İkincil Koruma

Hastalıkların erken tanısının konulmasını ve erken tedavisinin yapılmasını vurgular. Böylelikle hastalık korkutucu boyutlara ulaşmadan kişinin mümkün olduğunca hızlı bir şekilde önceki sağlığına kavuşmasına çabalar. Örneğin; kemik mineral dansitesinin ölçümü, kan şekeri takibi, kendi kendine meme muayenesi, Pap-Smear testi yaptırma, ikincil koruma kapsamındadır (47).

Üçüncül Koruma

Kişileri hastalıkların komplikasyonlarından, tekrarlarından ve sakatlıklardan koruma hizmetlerini kapsar. Üçüncül koruma rehabilitasyona dikkat eder ve bireylerin yetersizliklerinde ise mevcut kapasiteyi en yüksek düzeye çıkarmalarını sağlar. Örneğin; Kemoterapi alma, psikolojik tedavi alma ve İlaç tedavisine başlama üçüncül koruma kapsamındadır (48).

2.4. Sağlığı Geliştirme

Sağlığın geliştirmesi, insanların sağlıklarını kontrol edebilmesini ve yükseltmesini mümkün kılan bir süreçtir (49). Yine sağlığın geliştirilmesi için kişilerin sağlıklarını geliştirme ve sağlıkları üzerindeki denetimi yükseltme gücünü

kazanmaları ifadesi kullanılmıştır (50). Sağlığı geliştirme, insanların hastalık olasılığını azaltan ve esenlik durumunu ilerleten davranışları edinip ve devam ettirmesi için, sosyal, eğitimsel ve çevresel kaynaklarının etkinleştirilmesidir (51).

Sağlığın geliştirilmesinde kişilerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları en önemli konulardan biridir, sağlık eğitimi kavramı da burada önem kazanır. DSÖ' ü, kişilere ve topluma sağlıklı bir yaşam için gerekli olan tedbirleri öğretmek, günlük yaşamda uygulamalarını sağlamak, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak, sağlıklarını ve çevreyi daha iyi hale getirmeleri için bilinçlendirmek, inandırmak, alışkanlık kazandırmak için uygulanan eğitim etkinliklerini sağlık eğitimi olarak tanımlamıştır (54).

Sağlığı geliştirme kavramı ilk olarak, Alma Ata da yapılan “ Birincil Sağlık Bakımı” konulu konferansta 12 Eylül 1978 tarihinde ele alınmıştır. Alma Ata ilkeleri ışığında 2000 yılında “Herkes için Sağlık” ilkeleri hedeflenmiş ve Avrupa ülkeleri sağlığın geliştirilmesi için dört gelişim alanında değişiklikler yapılmasını tespit etmişlerdir. Bu alanlar: Yaşam biçimi ve sağlık, sağlık bakım sisteminin kendini yeniden yapılandırması, sağlığı ve çevreyi etkileyen risk etmenleri ve üç alandaki değişiklikleri gerçekleştirmek için siyasi, yönetsel, teknolojik, insan gücü ve araştırma teknikleri sağlamaktır (52).

Kanada'nın Ottawa kentinde 17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında düzenlenen, Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansında yayınlanan “Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartı'nda sağlığı geliştirmenin ilk amacı sağlığı destekleyerek, çevresel, ekonomik, politik, biyolojik ve davranışsal unsurların sağlık için olumlu hale gelmesi belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili farklılıkları ortadan kaldırmak ve herkese eşit imkân ve kaynaklar oluşturmak ikinci amaç olarak belirtilip, üçüncü amaç olarak da sağlığın geliştirilebilmesi için hükümetlerle, yerel yönetimleri, sağlık ve diğer sosyo-ekonomik sektörleri, gönüllü organizasyonları, hükümet dışı organizasyonları ve medyayı ortak bir nokta da uzlaştırmaktır (53).

Ottawa Bildirgesi, sağlığı geliştirme araçları olarak; sağlıklı bir halk politikası sağlama, grup faaliyetlerinin güçlendirilmesi, destek veren çevreler oluşturma, bireysel kabiliyetlerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin tekrar güncellenmesi olarak sıraya konulmuştur.

Sağlıklı bir toplum politikası oluşturma; daha sağlıklı ve güvenli mal ve hizmetler, daha sağlıklı toplum hizmetleri ve daha hijyenik ve güzel çevre şartlarını oluşturmaya katkı sağlaması açısından önemli bir gelişme olarak gösterilmektedir.

Grup faaliyetlerinin güçlendirilmesi; sağlığı geliştirme sürecinin odağını, halkı kendi emek ve yazgılarına sahip çıkıp bunları denetleme yönünde güçlendirme olarak ifade edilmiştir.

Destek veren çevreler oluşturma; karşılıklı destek ve devamlılığın sağlanması, yani kişilerin kendilerini, halklarını ve çevrelerini koruma vazifelerini gerçekleştirmeleri konusunda destekleyici olmaları anlamındadır.

Bireysel kabiliyetlerin geliştirilmesi, kişilerin kendi sağlıkları için, etraflarında daha çok kontrollü olabilmeleri ve sağlıkla ilgili farklı şeyler yapabilmeleri için olağan seçenekleri artırması açısından sağlığı geliştirmenin kurallarından biri olarak belirtilmiştir. Bireyleri yaşamlarının her dönemine hazırlayabilmek, süregelen hastalık ve yaralanmalarla mücadele edebilmelerini başarmak için öğrenim esas şart olarak belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin tekrar güncellenmesi ise hem eğitimde değişiklikler yapılması hem de sağlıkla ilgili araştırmalar üzerinde yoğun bir biçimde durulması gerektiği belirtilmiştir (113).

Dünyanın pek çok yerinde, farklı tarihlerde, birçok ülkenin katılımıyla sağlığın korunup, geliştirilmesi ve yaygınlaşması konusunda anlaşabilmek ve sağlık hizmetlerinin yükseltilmesini sağlamak amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, konferanslar düzenlenmiş, birçok hedefe ulaşılmış ve sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak için birlikte yapılan çalışmaların sonucunda çeşitli bildirgelerde yayınlanmıştır (55).

Bunlardan bazıları;

2012 yılında Malta'da yapılan Malta Belgesidir. Belgede DSÖ' üne üye 53 devlet yeni bir politika olan Sağlık 2020 üzerinde uzlaşmışlardır. Sağlık 2020 politikasının ortak hedefleri; sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak, insanların sağlık ve esenliğini önemli ölçüde artırmak, halk sağlığını güçlendirmek ve sürdürülebilir, evrensel, yüksek kaliteli, eşitlikçi ve merkezinde insan olan sağlık sistemlerinin oluşmasını sağlamaktır (56).

DSÖ 2013 yılında Helsinki'de Sağlığı Geliştirme konulu 8. Uluslararası Konferansı düzenlemiş ve konferansın dayanağını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yenilenmesi, sağlıkta eşitliğin sağlanması ve insani bir hak olarak

sağlığın gerçekleştirilmesi, sağlık politikalarındaki engellerin kaldırılması ve sektörler arası işbirliği yer almaktadır. Çin’de Şanghay’da, 2016 yılında ‘Sağlık Herkes İçindir ve Herkes İçin Sağlık’ ana temalı 9. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı DSÖ tarafından düzenlenmiştir ve konferansta sağlık okuryazarlığının özendirilmesi, halk katılımı artırılması ve yaygınlaştırılmasına, ülkelerin kurumlar arası sağlık yönetiminin iyi bir şekilde sağlanmasına öncelik vermiştir (55). Konferansta sağlıklı yaşam ve iyilik halinin artışının sağlığın 2030 sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda teşvik edilerek, bütün toplumun sağlığı geliştirme sürecine dâhil edilmesi ile sağlanabileceği, sağlık ve iyilik hali için çalışan şehirlerin sürdürülebilir kalkınmanın merkezinde olduğu açıklanmıştır (58).

Bireyler fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyiliğe erişmek için bir amaç belirlemeli ve bu amacı uygulamalı, çevreyi değiştirmeli ve ihtiyaçları karşılamalı ya da çevreyle baş etmelidir bundandır ki sağlık, gündelik yaşam için bir kaynaktır, yaşamın amacı değildir. Sağlık, kişisel ve sosyal kaynaklarla birlikte fiziksel gücüde öne çıkaran bir kavramdır. Sağlığın geliştirilmesi, sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir, sağlıklı yaşam biçiminin ötesinde refah manasına gelir (57).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, sağlığın korunması ve hastalanmamak için bireyin düşündüğü ve gerçekleştirdiği davranışların tümünü kapsar (59). Sağlığının korunması ve sürdürülmesi bireylerin sorumluluğundadır, yararlı sağlık davranışları, kişilerin kendilerinin ve başkalarının sağlığını etkili olarak koruyabilme uğraşlarından oluşur. Kişinin sağlık düzeyini yükselten, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları, sağlığı geliştiren davranışlardır (60).

Sağlıklı yaşam biçimini kazanmanın temelini sağlığı iyileştirmek olduğu 1982 yılında Pender tarafından vurgulanmıştır. Ölçek, 1996 yılında yenilenmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Bahar ve ark. Tarafından yapılmıştır (73). Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini olarak ifade etmiştir (61). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini

gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” olarak, Walker, Sechrit ve Pender tarafından tanımlanmıştır (62).

İnsanların sağlıklarını iyileştirmek için etkin sorumluluk hissetmesine, sağlık sorumluluğu; beslenme aralıklarını belirleme, düzenleme ve besinin değerinin seçimini ise beslenme olarak tanımlanmaktadır. Manevi gelişim ise içselliğin gelişimine odaklanmaktadır. Fiziksel aktivite, yapılan tüm egzersizlerin düzenli olarak yapılmasını ifade etmektedir. Başkaları ile ilişkilerimiz ve iletişimimiz kişilerarası ilişkileri içerir. Stres yönetimi ise, gerginliğin denetimi ve azaltılması için kişinin fiziksel ve psikolojik özelliklerini kullanarak durumu normale çevirmesidir (63).

2.5.1. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişilerin fiziksel, sosyal ve mental yönden sağlıklarını korunabilmesi için gerekenleri yapmasıdır. Sağlık davranışlarının sorumluluğu almasıdır. Sağlığın sürdürülmesi için bireylerin sigara ve madde kullanmamak, düzenli fiziksel aktivite yapmak, yeterli ve dengeli beslenme gibi davranışları uygulamaları ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırıp, doktor tavsiyelerini uyup, sağlıklı bir yaşama başlaması, devam ettirmesi ve daha az sağlık harcaması yapmasıdır (64). Diğer bir deyişle, bireyin iyiliği için sorumluluk hissi duyuş sağlığını negatif etkileyen davranışlardan kaçınmasını ve sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları edinmesi ifade eder.

Sağlığın geliştirilebilmesi için bireyin sağlık sorumluluğunu alması önemlidir. Kişi göstermiş olduğu yaşam biçiminin ve davranışlarının sağlığını üzerine etkilerini bilirse, sağlığına olumsuz etki edebilecek riskli davranışlardan uzak durmaktadır (39).

Bireyler aileleri, aileler ise toplumları oluşturur bu yüzden sağlıklı toplumlar sağlıklı bireylerle var olmaktadır. Kişilerin sağlıklarını geliştirmeleri, zararlı davranışlardan kaçınmaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaları sağlıklı bir toplum için gereklidir.

2.5.2. Beslenme

Beslenme; “insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak yaşamını sürdürmesi için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır” (65). Beslenme, canlıların yaşayabilmeleri için gereklidir ve

insanların da fizyolojik gereksinimlerinin başında gelir (66). Beslenme, sağlığın korunup, geliştirmesi ve yaşam kalitesinin üst düzeye çıkarılması için bedenın ihtiyacı olan besin maddelerini uygun aralıklarla gerektiği kadar alınması ve besinlerin bilinçli tüketilmesi olarak da ifade edilmektedir (67).

Beslenme, yeterli ve dengeli olmalıdır. Büyüme ve gelişmenin sürdürülmesi için ihtiyaç duyulan, karbonhidrat, yağ, protein, vitaminler ve minerallerin gerektiği kadar alınarak uygun biçimde kullanılması “yeterli ve dengeli beslenme” olarak ifade edilmektedir (68). Yeterli ve dengeli beslenme kişinin kilosunun normal sınırlarda olması için oldukça önemlidir. Kişi yetersiz ve dengesiz beslendiğinde birçok hastalığa yakalanır ve bu durum toplum sağlığını olumsuz yönde etkiler.

2.5.3. Manevi gelişim

Manevi gelişim, ruh ve bedene etki eden aynı zamanda ruh ve bedenden etkilenen “birleştirici güç” olarak ifade edilmiştir. Manevi gelişim, kişinin kendisinin ve yaradılışının ötesinde bir kuvvet olarak ifade edilmektedir. Diğer bir tanımda, fiziksel boyutu içeren ve onun ötesindeki kişisel bilinçlenmedir.

Kişinin manevi alanı yaşamın anlam ve amacına ulaştığı yerdir. Sağlık gelişimde maneviyat, kişinin bütünlüğünü ve yaşamını tehdit eden duygusal ve fiziksel olumsuzluklarda kişiyi rahatlatıp destekler ve insanlara, sağlık değeri kazandırmak ve sağlığı anlaşılır hale getirmek için olanak sağlar. Manevi gelişim yaşamın manasına ve ölümün kabullenilmesine dikkat çekerek ve yüksek bir kuvvetle ilişkiyi vurgular (69).

2.5.4. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite, çizgili kas ve eklemlerin aktif olduğu hareketlerdir ve enerji yakılması ile sonuçlanır. Egzersiz, dans, spor, yüzme gibi boş zaman etkinliklerinin tümünü kapsamaktadır.

Fiziksel aktivite düşük, orta veya yüksek düzeylerde olabilmektedir. Aktivite sırasında harcanan enerjiye, hareketin sıklığına ve süresine göre sınıflandırılır. Yüksek fiziksel aktiviteler nabız ve solunum hızını çok artırırken, orta düzey fiziksel aktiviteler nabız ve solunum hızını daha az artırır. Futbol ve basketbol oynama, koşma, ya da yokuş yukarı bisiklete binme yüksek düzey aktivitelerden bazılarıdır,

dans etme, bisiklete binme ve tempolu yürüyüş orta düzeyde fiziksel aktivitelerdir, el işçiliği, yavaş yürüme gibi aktivitelerde hafif düzeydir (70,71).

Günümüzde yoğun iş yaşamı ve gelişen teknolojiye bağlı olarak insanlar az hareket etmektedir. Hareketsiz yaşam sağlığı olumsuz yönde etkilemekte ve başta obezite olmak üzere birçok sağlık sorununun ve kronik hastalıkların sebebi olarak görülmektedir. Oysa düzenli fiziksel aktivite yapılarak, hastalıkların önlenmesi ve semptomlarının azaltılabilmesi mümkündür.

Çocukluk ve adölesan dönemde bireylerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, riskli sağlık davranışlarından uzak durmasında, sosyalleşmesinde, erişkinlerin ise kronik hastalıklardan korunmasında ve hastalıklarının tedavisinde ya da tedavisine katkı sağlanmasında, yaşlıların bu dönemi faal bir biçimde sürdürmelerinde kısaca hayatın tüm evrelerinde yaşam kalitesinin yükseltilmesi için fiziksel aktivitenin rolü olmaktadır (72).

2.5.5. Kişilerarası ilişkiler

Kişilerarası ilişkiler, diğer insanlarla kurduğumuz ilişkilere, herhangi bir sebebe bağlı olmadan, anlamlı bir ilişki için iletişime geçmeyi gerektirir ve sözlü ya da sözsüz mesajlarla fikir ve hisleri paylaşmayı içerir (73). Kişilerarası ilişkiler insanların birbirine olan desteğini içermektedir.

Kişilerarası destek, insanların birbirleriyle olan yaşantıları sonucunda oluşan ve sağlığı olumlu etkilediği kabul edilen bir konudur. Bu olgu, kişilerin ilişkilerindeki nitelik devamlılık ve düzeye bağlı gelişir (74). Pender kişilerarası desteği bireylerin diğer bireylerle iyi ilişkiler kurma, başkalarını takdir etme, yakın arkadaşları ile vakit geçirme, yakınlık duyduğu bireylerle terapotik iletişim sağlama, bilgi ve düşünce paylaşma, tartışma ve uzlaşma yolu ile problemleri çözme olarak yorumlamıştır (75).

Kişilerarası ilişkilerde destekleyici olan insanlar, güven verici ve çıkarsız yaklaşımlarıyla iletişimin nitelikli olmasını sağlamaktadır. Bu rolü üstlenen bireyler, diğer bireylerin baş etme kabiliyetini yükseltip, asıl ihtiyaçların ortaya çıkmasına katkı sunmaktadır. Sorunların üstesinden gelme tarzı bireyden bireye değişiklik gösterir bu durumun sebebi herkesin farklı kişilik özelliklerine sahip olması veya çocukluk dönemindeki yaşantılarıdır. Tüm bunlar kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini yönlendirmektedir (76).

2.5.6. Stres yönetimi

“Latince “estrica” sözcüğünden dilimize geçen “stres”; insanların sağlığı ve huzuru için bir tehlike işareti, bir uyarı olarak algılanan ve dolayısıyla yetersiz bir şekilde ele alınan olaylara gösterilen, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik tepkileri ifade etmektedir.” (77).

Stres, insanlar için olumlu ve olumsuz etki yaratabilmektedir. Stres kişiye gereksinimi olan enerjiyi ve dikkati sağladığında olumlu, kişi için hoşnutsuzluk, bunaltı ve hastalıklara sebep olduğu durumlarda ise olumsuzdur (69).

Stres, kişiyi fiziken ve ruhen sıkıntıya düşüren durumlarla baş etmeye çalışmaktır. Kişiyi strese sokan durumlar dış kaynaklı olabildiği gibi, kişinin olaylara yüklediği anlam ile de ilişkilidir (77).

Stres, halk arasında genellikle olumsuz kabul edilir. Stresin kişi dolayısıyla halk sağlığını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. İnsanlar, stresi başlatan bir durumdan uzaklaşmak için sigara, alkol ve madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıkları edinip, riskli sağlık davranışlarına yönelebilmektedir. Ayrıca stres; hipertansiyon, diyabet gibi kronik rahatsızlıkların oluşmasına, depresyon gibi ruhsal sıkıntıların gelişmesine ve kanser gibi insan yaşamını sonlandırabilen kötü hastalıklara yol açtığı bilinmektedir.

Diğer taraftan stres, kişinin kaygı düzeyini artırarak daha dikkatli olmasını ve yaşamını tehlikelere karşı korumak için davranışlarını olumlu yönde geliştirmesini sağlayabilmektedir. Stresin kişiyi olumlu etkilemesi için kişinin stresi fark edip bununla baş etmeyi ve yönetebilmesi gereklidir.

Stresin olumsuz etkilerinin üstesinden gelmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla, strese sebep olan durum karşısında tepkileri değiştirmeye stres yönetimi denir (78). Stres yönetimi, stresi denetlemeyi ve onunla başa çıkmayı öğrenmeyi hedefler. Yaşamın niteliğini artıran ve hastalıkların oluşmasını engelleyen stres yönetimi, sağlığın geliştirilmesi için hedeflenen bir olgu olarak ifade edilmektedir (76).

Erdoğan (1999) Stresle başa çıkmak için kişisel strateji olarak, rahatlama uygulamaları, olumlu hayal kurmayı, etkili bir zaman yönetimini, egzersiz ve beden hareketleri, iyi iletişim kurmayı, davranışsal açıdan kişinin kendini kontrol etmesini, meditasyon, gıda kontrolü ve masajı, dışa dönüklüğü ve bireyin kendine özgü bir hobi edinmesini önermektedir (78).

Kişisel olarak stresle başa çıkmak için uygulanabilecek tekniklerin bazıları, meditasyon, bedensel hareketler (egzersiz),biyo feedback (biyolojik dönüt), solunum egzersizi, gevşeme (relaxation), toplumsal destek alma, beslenme ve diyet, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi teknikler olarak ifade edilmektedir (78).

2.6. Sağlıklı Yaşam Davranışlarını Etkileyen Faktörler

İnsan sağlığı, biyolojik, çevresel ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Tüm bunlar sağlığın belirleyicileridir. Farende ve Cox' a göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aile yapısı ve genişliğinden, sağlık deneyimlerinden, demografik özelliklerden etkilendiğini belirtmiştir (79).

Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; “Pender’in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğu”, özellikle cinsiyet, eğitim, yaş, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (80).

Kişinin boy, kilo, beden kitle endeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını, aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanma düzeyine etki ettiği belirtilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış oluşumunda, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (81). Kişilerin yaşadıkları bölge, yeme alışkanlıkları, gelir durumu, medeni hali, eğitim seviyesi gibi demografik faktörler insanların sağlıklı yaşam davranışlarına etkileyen önemli faktörlerdir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyen iç ve dış faktörlerde mevcuttur. Kişinin fiziksel ve psikolojik özellikleri, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler, motivasyon ve çevresel özellikler engel olan nedenler arasında gösterilmektedir. Teşvik edici özellikler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkileyen dışsal veya içsel etmenlerdir. Bunlara sağlıklı yaşam biçimi geliştiren davranışların farkına vararak faydalarının anlaşılması ve teşvik eden çevrelerin varlığı destekleyen özelliklere örnek olarak verilebilir (82).

Savcı' a göre (2006) yaşam kalitesini artıran durumlar; Sosyo-ekonomik güven hissi, hareketli bir hayat sürmek, hobi sahibi olmak özerk olmak, çevre ile iyi ilişkiler kurmak, kendini ifade ediyor olabilmek, işlevsel ehliyetli olmak, rahat içinde

olmak, saygı görmek gizliliğine saygı duyulmak, huzur ve lüks hayata sahip olabilmektir. Yaşam kalitesini azaltan durumlar ise; Temel ihtiyaçların karşılanmaması, ana gereksinimlerinin karşılanmak, sürekli bitkin ve yorgun olmak, gelecekle ilgili endişe duymak, beden algısının azalması, diğer sağlık sorunları olarak belirtilmiştir (83). Bu durumların hepsi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşmasında etkilidir.

2.7. Sağlığı Geliştirmesinde Kullanılan Modeller ve Teoriler

Sağlığın geliştirilmesi için birden fazla model mevcuttur. Bu modeller sağlığın geliştirilmesi için önemli katkı sağlarlar.

2.7.1. Pender'in sağlığı geliştirme modeli

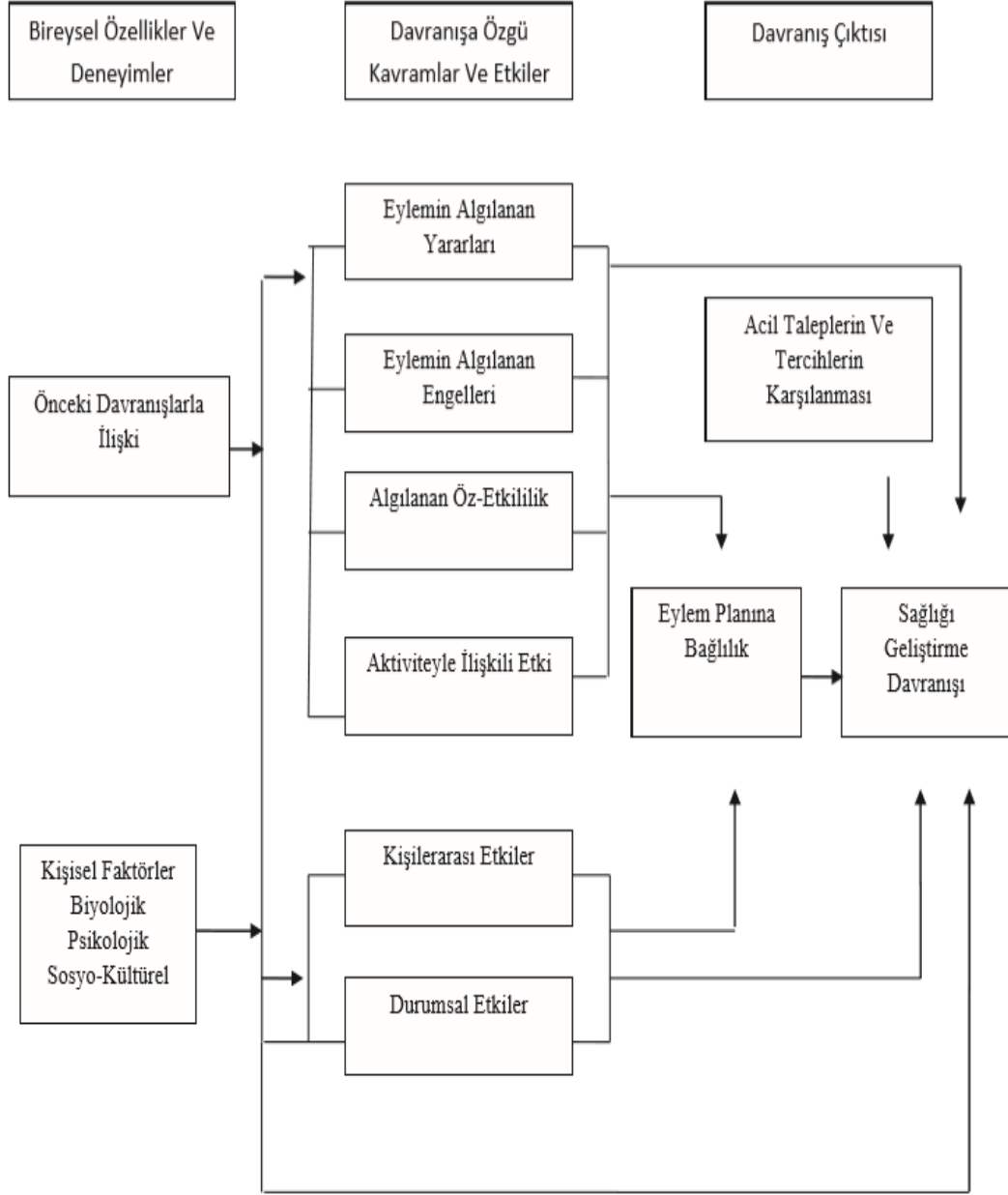
Sağlığı Geliştirme Modeli 1980 yılında Pender tarafından geliştirip, 1987 ve 1996 yıllarında ise yenilenmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili bilinçlendirici ve yol gösterici niteliktedir.

Sağlıklı yaşam biçimi kazandıran davranışların bileşenlerini açıklamak, kişinin tecrübelerini ve sağlık davranışına yönelik algılarını etkileyen etmenleri değerlendirmek ve sağlık davranışlarının belirleyicilerinin anlaşılabilmesi için sağlık çalışanlarına yardımcı olmak modelin esas amacıdır.

Sağlığın olumlu yönde değişebilmesi, sadece hastalığı önlemekle ilgili değildir. Sağlığın olumlu yönde geliştirilmesi bireyin uzun dönemde ve yüksek kalitede bir hayat için sergilediği davranışları niteler. Sağlığın olumlu yönde geliştirilmesi kişide sağlıklı bir yaşam ve uyumluluk hissini oluşturur ve bu da bireyin motivasyonunu artırarak intihar ve şiddet gibi sosyal sorunların oranını azaltır (50).

Sağlığı geliştirme modelinde kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ne kadar önemli olduğu ile ilgili bilinçlendirilmesi ve kişilere danışmanlık sunma sorumluluğu belirtilmektedir (50).

Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen üç bileşen vardır. Bu bileşenler; “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranış-özel bilişsel süreçler” ve “davranış sonuçları ” olarak belirtilmiştir. Fakat bu bileşenler dışında demografik ve toplumsal faktörler gibi etkenlerde sağlığı geliştirici davranışları etkileyebilir (94).



Şekil 1. Pender'in sağlığı geliştirme modeli

Modelin Bileşenleri;

Bireysel özellikler ve deneyimler:

Bireyin daha evvelki davranışları, biyolojik, sosyo-kültürel ve psikolojik etkenler modelin alt bileşenleri içindedir. Önceden kazanılan sağlık davranışları, kişisel cinsiyet, boy, kilo, yaş, eğitim düzeyi, ırk, toplumun sosyo-kültürel biçimi, benlik saygısı, içsel motivasyon tüm bu bileşenleri açıklayabilir (37).

Davranışa özel bilişsel süreçler:

Bireyin davranışa karşı algısını ve davranışın gelişmesini etkileyen faktörler, modelin bileşenleri içerisine alınmıştır. Olumlu davranıştan algılanan fayda ve bu davranışın uygulanmasında kişinin algıladığı engeller, kişinin davranışı yapabileceğine dair inancı, kişilerarası destek, davranış gelişimi öncesi ve sonrası hissedilen duygular, sağlığı geliştirici davranışa alışabilmek için çevrenin değiştirilebilmesi modelin davranışa has algılar ve etkiler bileşenini tanımlamaktadır (37).

Davranışın ortaya çıkışı:

Çeşitli acil ihtiyaçların ortaya çıkması veya kişinin davranışa özel önceden bir planı olup/olmaması istenen davranışın gelişmesini etkilemektedir. Örneğin; Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireyde koroner anjio sonrası by-pass kararının alınması hastanın tüm motivasyonunu etkileyebilir ya da miyokard enfarktüsü sonrası hastada tedavi edilmesi gereken, (ritim bozuklukları gibi) başka bir kardiyak komplikasyon gelişebilir (95).

2.7.2. Sağlık inanç modeli

Sağlıkta inanç modelinin hedefi bireylerin sağlığını, sağlık ile ilgili algı ve inançlarına odaklanarak açıklamaktır. Model Rosenstock tarafından 1966'da Sağlık geliştirilmiş, sonraki yıllarda Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla genişletilmiştir. Sağlık davranışlarını, davranışlarını etkileyen faktörleri ve belirtileri denetleme becerisini belirlemek için en eski ve en çok kullanılan modellerindendir (91).

Kişilerin inanç ve değerlerinin sağlıkla ilgili düşünce ve davranışlarını doğrudan etkilediği bilinmektedir, mesela diyabet hastası olan bir birey kan şekeri dengede olmadığında, diyabete bağlı komplikasyonların gelişeceğini düşünerek gerekli olan ilaç tedavisini, diyetini ve egzersizleri tüm engelleri aşarak yapacaktır.

Sağlıkta inanç modeli altı bileşenden meydana gelmektedir. Bunlar, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller ve sonradan eyleme geçme ihtimali ve öz-etkililik ile beraber toplam altı bileşene sahiptir (93).

Duyarlılık algısı: Bu bileşen bireyde hastalığın yol açacağı olumsuz durumlarla ilgili ne kadar duyarlılık mevcut ise olumlu sağlık davranışının gerçekleştirilip, zararlı davranıştan da kaçınılacağını belirtmektedir. Örneğin bir ay sonra kontrole çağrılan bir hasta tekrar aynı sağlık sorunlarını yaşamamak için kontrolünü aksatmayacaktır.

Ciddiyet algısı: Bu algı kişinin hastalığını ve bu hastalığın getirilerini ne kadar ciddiye aldığını belirtir. Bu algı kişinin hastalığı ile ilgili deneyim ve bilgilerine göre şekillenir. Örneğin kişi sigara ve alkol kullanımına bağlı kanser riskinin arttığını bilerek sigara ve alkol kullanmaz.

Yarar algısı: kişinin uyguladığı davranışın şimdiki ve ileri dönemde sağlığına fayda sağlayacağını düşündüğü algıdır. Kişi bu algı olumlu davranış kazanmak için tetikleyicidir. Örneğin, kişi yeterli ve dengeli beslendiğinde obezite sorununun ortadan kalkacağını düşünür ve sağlıklı beslenme davranışı geliştirir.

Engel algısı: Olumlu davranışın gerçekleştirilmesini engellediği düşünülen her türlü zorluktur. Olumlu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli faktör, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (93).

Eyleme geçme ihtimali: Duyarlılık ve ciddiyet algıları sadece potansiyel olarak kişinin sağlıklı davranış geliştirmesini sağlarken, bedensel semptomlar, çevresel uyarıcılar veya medya eyleme geçmek için teşvik edici faktör olabilirler (92).

Öz etkililik: 1988 yılında sağlıkta inanç modeline eklenmiştir. Öz etkililik kişinin bir davranışı gerçekleştirebilme konusunda kendine olan güveni, inancıdır. Davranışın başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceğine inanmak kişilerin motivasyonunu yükseltir. Bir davranışın geliştirip sürdürülmesinde öz etkililik büyük öneme sahiptir.

Diğer faktörler: sosyopsikolojik ve sosyo-demografik faktörler olarak ifade edilir.

2.7.3. Transteoretik model

1982 yılında Prochaska ve CarloDiclemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Teori, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için kişinin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini belirtmektedir (88).

Toplumsal, gelişimsel ya da çevreden baskı yoluyla dayatılan değişimin aksine, kişinin isteği ile gelişen değişim olgusuna odaklanmaktadır ve diğer davranış değişikliği modellerinin aksine mevcut davranış ve niyetlenen davranış üzerine odaklanmıştır (89).

Transteoretik Model'in yapısı üç aşamalıdır. (88).

1. Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyut)
2. Değişim Süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Değişimin Seviyeleri
 - Öz-Etkililik
 - Karar Alma

2.7.3.1. Değişim aşamaları (Zamanla ilgili boyut)

Değişim aşamaları, kişinin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve güdülenmesini göstermektedir ve beş basamaktan oluşmaktadır. Bunlar, düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket geçme ve devam ettirme basamaklarıdır.

Düşünmeme aşamasında kişi, davranışını değiştirilmek için gelecek altı aylık süre içinde niyetli değildir. Bu aşamada kişiler sorunlarının farkına varamamış olabilir ya da az farkındadırlar (90).

Düşünme/ niyet aşamasında ise kişiler gelecek altı ay içerisinde davranış değiştirmeye niyetlenmektedirler. Kişiler sorunun farkına varmışlardır, baş etme metotlarını düşünürler ama harekete geçemezler (88).

Hazırlık aşamasında kişi davranış değişikliğine başlamak için gelecek altı aylık süre için planlama yapmıştır. Bu planlardan bazıları sağlık eğitimlerine, seminer ve konferanslara katılma, danışmanlık hizmeti alma gibi uygulamalardır..

Hareket /Eylem aşamasında kişi problemleri bırakarak, davranış değiştirmeye başlamıştır, ama davranış değişikliği ya altı ay içerisinde herhangi bir zaman kadar sürmüştür ya da altı ay devam etmiştir.

Devam ettirme, birey bu aşamada davranış değişikliğini başarmış ve hayatının ileriki dönemlerine bunu taşımıştır, bazı bireyler davranış değişikliğini hayatlarını sonuna kadar devam ettirmişlerdir. Bu dönemde sorunlu davranışın tekrarlanmasını engellenmeye çalışılır ve bireyin kendine olan güveni artmıştır.

Bir davranışın değişikliğinden bahsedebilmek için en az beş yıllık bir süre geçmiş olmalıdır, eğer bu süre tamamlanmışsa problemleri davranışın sonlandırıldığı anlamına gelmektedir (89).

2.7.3.2. Değişim süreci (Bağımsız değişken boyutu)

Değişim aşamaları insanların niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını ifade etmektedir. Değişim süreci de kişinin nasıl bir deneyim kullanarak sorunlu davranışını değiştirdiğini anlamada kolaylık sağlamaktadır. Davranış değişikliğine yardım eden on değişken bulunmaktadır, bunların beşi davranışsal beşi bilişsel değişkenlerdir (89).

Bilişsel/ Deneysel değişkenler

1. Bilinçlenme / Farkındalığın artması; Kişi bu süreçte olumsuz davranışı ile ilgili davranış nedenini bulur, farklı yöntemler dener ve olumlu davranışı edinmek için güç sarf eder. Bilinçlenme eğitim, konferans, seminer, video/belgesel izleme gibi girişimlerle artar. Örneğin; Kişinin beslenme ile ilgili yararlı belgeseller izlemesi.

2. Duygusal uyarılma; Bu süreç, kişi olumsuz davranışı ile ilgili olaylara bağlı duygusal olarak uyarıldığında oluşur. Bu süreçte rol yapma, psikodrama, geri bildirimler ve iletişim araçları bireylerin duygusal uyarılmasını sağlayabilir. Kişiler bu aşamada yaşadıkları sıkıntıları ve duyguları başkalarıyla paylaşır.

Örneğin; Kişinin, aşırı kiloya bağlı diyabet hastası olduğunu düşünmesi.

3. Çevreyi yeniden değerlendirme; Bu aşamada ise kişi yaptığı davranışın çevresine etkisini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmektedir. Kanıtlar, aile girişimleri ve empati kurma eğitimi, bu aşamada kullanılan yöntemlerden birkaçıdır. Örneğin; Sigara içtiği için havanın kirlendiğini, etrafındaki insanların olumsuz etkilendiğini düşünmesi.

4. Kendini yeniden değerlendirme; Bu aşamada kişi, kendini olumlu ve olumsuz alışkanlıklarla bağdaştırarak değerlendirmektedir. Sağlıklı yaşam biçimleri, hayal edebilme, değerleri eleme kişileri aktifleştirebilmektedir.

Örneğin; Egzersiz yapmadığı için fazla kilo aldığını düşünmesi

5. Sosyal özgürleşme/ Çevresel fırsatlar; Toplumsal hayatta olumlu davranışlar için sağlanan alternatiflere karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, park ve bahçelerde kondisyon aletlerinin bulunması gibi, yardım için oluşturulan fırsatların farkında olma ve kullanma sürecini etkileyebilir.

“Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım.”

Davranışsal değişkenler

1. Karşıt koşullama/ Yerine koyma; Olumsuz davranışın yerine konulabilecek olumlu alternatif davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı kapsar. Stresi azaltmak için sigara yerine, gevşeme yöntemleri kullanılabilir.

2. Güçlendirme / Ödüllendirme; Ödül, davranış değişikliği kazandırmada kişiye güven sağlar. Bu aşamada kişiye kendini ifade etme fırsatı sağlayan ödüllendirmeler yapılabilir. “Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm.”

3. Destekleyici ilişkiler; kişiye güven veren, destekleyen ve kişi tarafından kabul gören ilişkileri kapsar. Örneğin; “Sigara içmem ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır.”

4. Kendisi ile anlaşma; Bu süreç, davranış değişikliğini kazanmaya yönelik inancın oluşturulması ve değişen davranışa uyum sağlanmasıdır.

“Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm.”

5. Uyarıların kontrolü; Olumsuz davranışların tekrarlanmasına sebep olabilecek uyarıların kontrol edilmesi ya da yerine diğery sağlıklı alternatiflerin seğıilmesidir. Farklı bir çevre düzenlemesi, kendi kendine yardım grupları olumsuz davranışı tekrarlamayı önleyebilmektedir. “Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırdım.”

2.7.3.3. Değıişimin seviyeleri

Öz-etkililik ve karar alma ölçekleri bu aşamayı oluşturmaktadır. Bu ölçekler; bilişsel, duygusal ve davranışsal değıişimlerin hassas sonuçlarını ölçmektedirler (88).

Öz Etkililik: Öz etkililik, bireyin bir davranışı başarabileceğine yönelik kendisi hakkındaki düşünce ve kendine olan inancıdır. Örneğın; birey, kendisi olumsuz davranışın tekrarlanması için birçok etken olmasına karşın olumsuz davranışı tekrarlamamıdır.

Karar Alma: Karar alma ölçeğı davranış değıişikliğinin getirdiğı yarar ve zarar durumunu gösterir. Davranış değıişikliğinin getirdiğı olumlu yönleri yarar, değıişiklik için engelleri ise zarar ise yansıtır.

2.7.4. Planlanmış davranış teorisi

Planlanmış davranış teorisi insanların yaşamda ki davranışlarının bazı faktörlerle belirlendiğini, belirli sebeplerden kaynaklandığını ve planlı bir biçimde oluştuğunu savunmaktadır (86).

Planlanmış davranış teorisi, kişide davranışın oluşması için ilk önce o davranışa yönelme isteğı oluşmalıdır, bu teoriye göre davranışı gerçekleştirme isteğı algılanan davranışsal denetim, davranışa karşı tutum ve kişisel değıerler tarafından ekilmektedir (86).

Algılanan davranışsal denetim; Kişinin bir davranışı gerçekleştirmesinin kendi denetiminde olup olmadığı ile ilgili kabiliyetlerini ve mevcut olanaklarıyla ilgili algılamalarını, algılanan davranışsal denetim olarak tanımlanmaktadır. Algılanan davranışsal denetim, davranışın başarılmasını kolaylaştıran veya baskılayan etkenlere bağılı olarak biçimlenmektedir (87).

Davranışa karşı geliştirilen tutum; Genel anlamda kişinin belli bir nesneye, kişiye veya olaya karşı, önceki yaşantıları sonucunda geliştirdiği zihinsel bir tavrıdır. Davranışın sonuçlarıyla ilgili düşünceler ve olası sonuçların değerlendirilmesi olarak iki olgu kişinin davranışına yönelik tutumunu etkilemektedir (86).

Kişisel değerler; Kişisel değerler, davranışın meydana gelip gelmemesi yönünde duyulan toplumsal baskıya dikkat çeken sosyal bir faktördür. Bir başka deyişle kişinin davranışlarıyla ilgili diğer kişilerin neler düşüneceği ile ilgili inançları ve kişinin kendinden beklenen davranışları ne kadar uygulayacağı davranış isteğini etkilemektedir (86).

2.7.5. Sosyal öğrenme teorisi

Sosyal öğrenme kuramına göre kişiler yaşamlarının biçimlenmesinde aktiftirler, beynin çevresel olaylara karşı geliştirdiği mekanizmaları izlemekle yetinmezler. Duyu, motor ve sinir ile ilgili sistemleri, kişilerin yaşamlarını anlamlandıran ve yönlendiren amaçları gerçekleştirebilmek için kullandıkları araçlardır (84).

Yine sosyal öğrenme kuramı göre insan, sadece içten ve çevreden gelen faktörlerin kontrolünde değildir. İnsan yaşamını etkileyen, deneyimlere müdahale edebilen bilinçli bir varlıktır. Bununla birlikte içten gelen uyarılar ve pekiştiriciler de insan davranışlarına etki etmektedir. İnsan, davranışlarının oluşturduğu uyarıcı etkenlerin yönetiminde ve diğer insanların gösterdiği davranışlardan elde ettiği sonuçlarla belli düzeyde kendi davranışlarını yönetebilmekte, sonrasında ise biçimlendirebilmektedir (85).

Model kişilerin davranışlarının, çevredeki bireylerin sergilediği davranışları ve davranışların doğurduğu olumlu-olumsuz durumları gözlemleyerek oluşabileceğini belirtir. Buna göre sağlıklı geliştirici davranışların bu modelle öğrenilmesi mümkündür.

2.8. Lise Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Lise dönemi; kişilerin hayatında önemli gelişmelerin yaşandığı bir dönemdir. Ayrıca bu dönem gençlik dönemini içine alan bir dönemdir, kişi bu dönemde çok aktiftir. Bireyler fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden değişimleri bu dönem içinde

yaşarlar. Yine bireyin sağlığı ile ilgili olumlu ve olumsuz davranışları edinmesi yine bu dönemde oluşur veya gelişir. Bu dönemde kazanılan olumlu sağlık davranışları kişinin yetişkinlikte hastalıklara yakalanma olasılığını ve diğer sağlık sorunlarıyla karşılaşma riskini azaltır. Öğrencilere hem kendi sağlığı, hem toplum hem de çevre sağlığı için bu dönemde olumlu sağlık davranışı kazandırılması faydalıdır.

Başka bir ifadeyle gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmaları ve sürdürmeleri hem kendi hem de toplum sağlığını sadece şimdiki zamanda değil, ileriki dönemde de etkiler. Birçok gencin sağlık problemlerine neden olan çeşitli sağlıksız alışkanlıklar (yetersiz ve dengesiz beslenme, uyku düzensizliği, egzersiz) ve riskli davranışlar (sigara ve alkol kullanımı) gerçekleştirmesi, ileriki yaşamlarında psikolojik bozukluklar, kanser, diyabet, obezite solunum ve dolaşım hastalıkları gibi toplum sağlığını da etkileyen önemli sağlık sorunları yaşamalarına neden olur (96).

Kaynaklarda, sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarının arttığı, intiharların genç ölümleri sıralamasında ilk sıralarda yer aldığı ve artmaya devam ettiği, beslenme ve obezite gibi sağlık sorunlarının adölesanların en ciddi sorunları arasında olduğu ayrıca bu durumların yanında, sosyal ve duygusal problemler, aile içi anlaşmazlık ve davranış bozuklukları gibi önemli problemlerin var olduğu belirtilmektedir (96).

Ülkemizdeki gençler arasında ise en çok görülen riskli davranışların sigara içme, alkol kullanımı, yeterli ve dengeli beslenmeme, kavga etme ve trafik ile ilgili riskli davranışlar olduğu belirtilmiştir (46).

Çalışma sağlık alanı öğrencileri ile yapılmıştır, bu alandaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması önemlidir çünkü ileride sağlık hizmetini sunan konumda olacaktır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları daha sağlıklı bir toplum gelişmesinde faydalı olacaktır. Sağlık alanı öğrencileri sağlık ile ilgili eğitim aldıkları için topluma örnek olmaları beklenir. Okulda öğrendikleri davranışları yaşamlarında uygulayıp halk sağlığında olumlu gelişmelere aracı olmalıdırlar. Bir toplumun sağlık düzeyi, toplumdaki sağlıklı bireylerin sayısı ile ölçülmektedir (97).

Ergenlik döneminde ve bu dönem sonrasında erişkinliğe geçişte daha sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmek için gelişimsel, psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarına dayanan sağlığı koruyucu ve geliştirici programlara ve sağlıkla ilişkili müdahalelere gereksinim duyar (98). Sağlık yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi hayatın erken dönemlerinde oluşmaya başladığı için

çocuklar sağlığı geliştirici davranışları sergilemeleri için özendirilmelidir (99). Bu nedenle okul çağındaki çocuklara olumlu sağlık davranışları geliştirmelerine yardım etmek amacıyla daha fazla eğitim programları hazırlanmalı ve sunulmalıdır.

Gelecekte sağlıklı bir toplum oluşturulabilmesi için gençlerin sağlık algılarını artırmak, sağlığı geliştirmeyle ilgili bilinçlendirmek, olumlu sağlık davranışları kazandırmak ve devam etmelerini sağlamak gerekir. Bunları gerçekeştirebilmek için okullarda ki eğitimler çok önemli olmakla birlikte gençlere sunulan diğer sağlık etkinlikleri de daha sık uygulanmalıdır. Bu faaliyetler çalışmamızda ki gibi görsel materyaller kullanarak, seminer ve konferans gibi etkinliklere yönlendirilerek, sağlıkla ilgili yarışma vb. etkinliklere katılımını teşvik ederek uygulamalıdır.

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Öğrenmede Görsel-İşitsel Materyaller ile Film- Videoların Önemi

Kişinin çevresi ile karşılıklı etkileşimi sonucu, yaşantı ürünü olarak ortaya çıkan kalıcı davranış değişikliğine öğrenme denir. (100). Öğrenmeden bahsedebilmek için mutlaka öğrenme süreci sonunda davranış değişikliği meydana gelmelidir.

Öğrenmeyi etkileyen birçok önemli faktör vardır. Bunlar;

- Öğrencinin katılımı olduğunda öğrenme süreci kalıcılığı yükselir.
- Öğrenci, öğrenmenin amacını bilirse, öğrenme olumlu yönde etkilenir.
- Öğrenme birbirinden farklı faaliyetlerle düzenlenir ve öğrencinin gereksinimlerine yönelik olursa daha tesirli olur.
- Öğrenme, öğrencilerin kişisel özellikleri, hazır bulunuşluk seviyeleri dikkate alınarak yapıldığında öğrenme kazanımları artar.
- Öğrenme süreci ile ilgili dönüt alınması, öğrencinin öğrenmesini olumlu etkiler.
- Öğrenme sürecinde, öğrencinin başarısını yükselten etkinliklerin planlanması hem öğrencinin güdülenmesini hem de kendine olan güvenini arttırır.
- Öğrenilen bilgilerin düzenli aralıklara tekrar edilmesi öğrenilen bilgilerin kalıcı olmasını sağlar (101).

Öğretme ise davranış değişikliğinin olması için yapılan faaliyetlerdir ve öğretmenin olması için davranış değişikliğinin başarılması gerekmektedir. Görsel ve

işitsel materyaller, öğrenme- öğretmenin gerçekleşebilmesi için yararlanılan araç-gereçlerdendir. Araç-gereçler, etkileyici ve uygun kullanıldığında öğrenmede faydalı olmakta ve bu süreci daha fonksiyonel yapmaktadır. Kısacası araç-gereçler doğru kullanılırsa öğrencilerin öğrenme-öğretme sürecine katılmasına ve hem anlamlı hem kalıcı davranış değişikliğinin gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır (102).

Ne kadar çok duyu organı öğrenmeye katılırsa öğrenme o kadar fazla kalıcı olmaktadır. Yapılan çalışmalara göre bireyler, okuduklarının % 10'unu, işittiklerinin % 20'sini, gördüklerinin % 30'unu, hem görüp hem işittiklerinin % 50'sini, söylediklerinin % 70'ini, yapıp söylediklerinin % 90'ını, hatırlamaktadırlar (102). Dolayısıyla görsel ve işitsel materyal kullanmanın öğrenmede çok yararlı olduğu ve öğrenmeyi kalıcı hale getirdiği yapılan araştırmanın sonucunda görülebilmektedir.

Buna göre görsel ve işitsel materyal kullanımı her türlü davranış değişikliği için kullanılabilir, sağlıklı yaşam tarzı geliştirme için de bu materyallerden yararlanılmaktadır. Bireyler, görsel ve işitsel materyaller sayesinde konuyla daha çok ilgilenmektedir. Heyecanlandırıcı olması sebebiyle öğrencinin dikkati daha çok çekilmiş olmakta ve öğrenmeye teşvik edilmektedir, kullanımı sonrasında öğrenciyi faaliyetlere yöneltmektedir (102).

Film izleyen kişiler sevgi, öfke, heyecan gibi hisleri yaşarlar, filmler bu etkilerin yanı sıra fikir ve olayları da izleyiciye iletmektedir (103). Tüm bunlar göz önünde bulundurularak filmler sayesinde, öğrencilerin kısa zamanda karışık ve güç anlaşılan konuları daha zevkli öğrenebilecekleri düşünülmüştür (104).

Sağlıkla ilgili konular hakkında öğrenme olabilmesi için film ve video kullanımı etkilidir. Örneğin Nijerya'da okuma yazma bilmeyen yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada film ile yapılan eğitimin katılımcıların HIV ve AIDS hastalığı konusunda bilgilenmeleri üzerinde oldukça etkili olduğu tespit edilmiştir (103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Sağlık alanında okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini belirlemek ve sağlıklı yaşamı teşvik edici film, belgesel ve videolar kullanmanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini belirlemektir. Çalışma deneysel araştırma modellerinden biri olan ön test- son test kontrol gruplu deneme modeline göre yapılmıştır. Çalışma tablo 3.1’ deki gibi özetlenebilir.

Tablo 1. Araştırma Tipi

Gruplar	Yapılan işlem
Deney	Ön test
Kontrol	Üç ay sonra
	Film ve video izletilmesi
	Son test
	Herhangi işlem yok

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Kastamonu ili Taşköprü ilçesinde ki Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi’nde gerçekleştirilmiştir. Okul sadece sağlık alanı öğrencilerinden oluşmaktadır. 9.sınıflarda tek diğer, sınıflarda ise ikişer şube bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 10.-11.-12. sınıfta öğrenim gören 194 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın müdahale grubu 100, kontrol grubu ise 94 Öğrenciden oluşmaktadır. Her sınıfta iki şube bulunmaktadır, çalışmada 10.-11. ve 12. sınıflarının 1 şubesi müdahale 1 şubesi kontrol olmak üzere 3 müdahale 3 kontrol grubu oluşturulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, sosyo-demografik veri formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği-II ve bazı olumlu sağlık davranışlarını içeren üç soru kullanılarak elde edilmiştir. Olumlu sağlık davranışları ile ilgili eklenen üç soru farklı kaynaklardan yararlanılarak hazırlanılmış ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği-II' ye eklenmiştir.

3.4.1. Sosyo-demografik veri formu

Sosyo-demografik veri formu, öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini belirleyebilmek için hazırlanmış toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

Formda araştırmaya katılan öğrencilerin;

- Adı-Soyadı
- Sınıfı
- Kaldığı Yer,
- Cinsiyeti,
- Yaşı,
- Doğum Yeri,
- Anne-Baba Eğitim Durumu,
- Gelir Durumu,
- Kilosu,
- Boyu
- Beden kitle indeksi ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.4.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II

Sağlıklı yaşam biçimini davranışları ölçeği 1987 de Pender tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında ise yenilenerek ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Bahar ve ark. Yapmıştır (73). Toplam 52 maddeden oluşan bu ölçeğin, 6 alt grubu bulunmaktadır. Bu alt gruplar,

sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve stres yönetimidir.

- **Sağlık sorumluluğu** (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

- **Manevi gelişim** (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

- **Fiziksel aktivite** (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

- **Kişilerarası ilişkiler** (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49), başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

- **Beslenme** (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

- **Stres yönetimi** (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (63).

SYBD-II ölçeğinin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını göstermektedir. Ölçeğin derecelendirme biçimi ise 4'lü likert seklindedir ve tümü olumludur. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak uygulanılmaktadır. SYBD-II ölçeğinin en düşük puanı 52, en yüksek puanı ise 208'dir.

3.4.3. Olumlu sağlık davranışlarını değerlendiren bazı ifadeler

Çalışmada, olumlu sağlık davranışlarını değerlendiren üç ifadede:

- 1.Araç içerisinde emniyet kemeri takma durumu,
- 2.Motosiklete veya bisiklete binerken koruyucu başlık kullanma durumu,
- 3.Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih etme durumu,

Her bir madde sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan üzerinden değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması şu şekilde yapılmıştır; Müdahale grubuna, ‘‘ŞEKER KAPLI’’ adlı belgesel ve Sağlık Bakanlığı’na ait olumlu sağlık davranışları kazandırmaya yönelik bir video 90 dakika izletilmiştir. Müdahale grubuna görsel materyallerin izletilmesinden önce sosyo-demografik veri formu ve SYBD-II ve ölçeğe ekli olarak hazırladığımız üç soruluk ön test uygulanmıştır. Müdahaleden üç ay sonra SYDB-II ve ölçeğe eklenen üç soruluk test son test olarak uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise sosyo-demografik veri formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II hazırladığımız üç soruluk ön test uygulanmıştır. Hiçbir eğitici video ve film izletilmeden, üç ay sonra SYDB-II ve ölçeğe eklenen üç soruluk test son test olarak uygulanmıştır. Video ve filmlerin izletilmesi ile veri toplama işleri, önceden belirlenen günlerde dersin düzeninin ve müfredat akışını bozmayacak şekilde toplanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için 20.01.2018 tarihli ve 46148110-302.14.01-1289 sayılı yazısı etik kurul (Ek 3) ile 20.10.2017 tarihli, 75048956-44-E. 17308389 sayılı gerekli kurum izni (Ek 4) ekte sunulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 paket programı yardımı ile analiz edilmiştir. Değerlendirmede ortalamalar,

standart sapmalar hesaplanmış, kategorik verilerin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümler varyans analizi ve tekrarlı ölçümler testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Süresi

Araştırma Ekim 2017 tarihinden itibaren planlanmaya başlandı. Aralık 2017’de tez proje önerisi olarak sunuldu. Gerekli izinler alındıktan sonra, Mart-Haziran 2018 tarihlerinde veriler toplandı. Temmuz 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve istatistiksel analizleri yapıldı. Mayıs 2019’da tez yazımı tamamlandı.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sürecinde ölçek ve formlar yoluyla toplanan verilerin istatistiksel analizi ile elde edilen bulgular bulunmaktadır. Ortaya çıkan bulgulara ilişkin açıklama ve yorumlara yer verilmiştir.

Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu çalışmaya Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde öğrenim gören 194 kişilik 10-11-12. sınıf öğrencilerinden 121'i (% 62.4) kız, 73'ü (% 37.6) erkek olmak üzere toplam 194 öğrenci katılmıştır. Tablo 2'de çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları verilmiştir. Çalışmada öğrencilerin 121' i (% 62.4) kız, 73'ü (% 37.6) erkek olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Kız	121	62.4
Erkek	72	37.6
Toplam	194	100.0

Tablo 3'de çalışmaya katılan öğrencilerin yaşlarına göre dağılımları gösterilmiştir. Öğrencilerin 57'si (%29.4) 16 yaş, 65'i (%33.5) 17 yaş, 72'si (%37.1)18 olarak dağılmaktadır. Öğrencilerin yaş ortalaması=17.0±0.81'dir.

Tablo 3. Öğrencilerin Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%
16	57	29.4
17	65	33.5
18	72	37.1
Toplam	194	100.0

Tablo 4'de çalışmaya katılan öğrencilerin gruplarına göre dağılımları verilmiştir. Öğrencilerin 100'ü (% 51.5) müdahale, 94'ü (% 48.5) kontrol grubudur.

Tablo 4. Öğrencilerin Gruplarına Göre Dağılımı

Grup	Sayı	%
Müdahale	100	51.5
Kontrol	94	48.5
Toplam	194	100.0

Tablo 5’de, çalışmaya katılan öğrencilerin 61’i (%31.4) 10.sınıfta, 67’si (%34.5) 11.sınıfta, 66’sı (%34.0) 12.sınıftadır.

Tablo 5. Öğrencilerin Sınıflarına Göre Dağılımı

Sınıf	Sayı	%
10	61	31.4
11	67	34.5
12	66	34.0
Toplam	194	100.0

Tablo 6’da bu çalışmaya katılan öğrencilerin 130’unun (%67) ilde, 58’inin (%29.9) ilçede, 6’sın (%3.1) köyde doğdukları görülmüştür.

Tablo 6. Öğrencilerin Doğum yerine Göre Dağılımı

Meslek	Sayı	%
İl	130	67.0
İlçe	58	29.9
Köy	6	3.1
Toplam	194	100.0

Tablo 7’de, öğrencilerin kalınan yerlere göre dağılımı sorulduğunda 69’u (%35.6) yurt, 47’si (%24.2) taşınmalı sistem, 78’i (%40.2) ise aile yanında kaldığını belirtmiştir.

Tablo 7. Öğrencilerin Kalınan Yerlere Göre Dağılımı

Kalınan yer	Sayı	%
Yurt	69	35.6
Taşınmalı sistem	47	24.2
Aile Yanı	78	40.2
Toplam	194	100.0

Tablo 8’de çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin 7’sinin (%3.6) okuryazar olmadığı, 9’unun (%4.6) okuryazar olduğu, 106’sının (%54.6) ilkokul mezunu, 45’inin (%23.2) ortaokul mezunu, 25’inin (%12.9) lise mezunu, 2’sinin (%1) lisans olduğu gösterilmiştir.

Tablo 8. Öğrencilerin Annelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzey	Sayı	%
Okuryazar değil	7	3.6
Okuryazar	9	4.6
İlkokul mezunu	106	54.6
Ortaokul mezunu	45	23.2
Lise mezunu	25	12.9
Lisans mezunu	2	1.0
Toplam	194	100.0

Tablo 9’da çalışmaya katılan öğrencilerin babalarının; 7’sinin (%3.6) okuryazar, 44’ünün (%22.7) ilkokul mezunu, 55’inin (%28.4) ortaokul mezunu, 70’inin (%36.1) lise mezunu, 8’inin (%4.1) ön lisans mezunu, 10’unun (%5.2) ise lisans mezunu olduğu gösterilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin Babalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzey	Sayı	%
Okuryazar	7	3.6
İlkokul mezunu	44	22.7
Ortaokul mezunu	55	28.4
Lise mezunu	70	36.1
Ön lisans mezunu	8	4.1
Lisans mezunu	10	5.2
Toplam	194	100.0

Tablo 10’da çalışmaya katılan öğrencilerin gelir durumu 60’ının (%30.9) iyi, 128’inin (%66.0) orta, 62’sinin (%3.1) kötü gelir durumuna sahip olduğu gösterilmiştir

Tablo 10. Öğrencilerin Gelir Durumu

Gelir durumu	Sayı	%
İyi	60	30.9
Orta	128	66.0
Kötü	6	3.1
Toplam	194	100.0

Tablo 11’de öğrencilerin beden kitle indeksi (BKI) değişkenine göre; 36’sı (%16.6) zayıf (<18.5den az), 136’sının (%70.1) normal (18.5-24.9 arası), 21’inin (%10.8) Şişman (25-29.9 arası), 1’inin (%0.5) obez (30 ve üzeri) olduğu gösterilmiştir.

Tablo 11. Öğrencilerin BKİ Durumu

BKİ	Sayı	%
Zayıf	36	18.6
Normal	136	70.1
Şişman	21	10.8
Obez	1	0.5
Toplam	194	100.0

Öğrencilerin kilo ortalaması **60,2577** dir. Boy ortalamaları ise **168,0515** olarak bulunmuştur.

SYBD-II Ölçek Analizi

Müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II önce ve SYBDÖ-II sonra puan ortalamaları Tablo 12’ de verilmiştir. Analizlerde Tekrarlı ölçümler Varyans analizi kullanılmış, Mauchly küresellik testi ile bağımlı değişkenin kovaryans matriksinin varyansının sabit olduğu test edilmiştir.

Öğrencilerin yaş ortalaması=17.0±0.81’dir. 121’i kız (%62,4), 73 (37,6) erkektir. 11. sınıf Müdahale grubu öğrencilerinin 11. sınıf kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II önce ve SYBDÖ-II sonra puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır(p=0.003). 10. ve 12.sınıf Müdahale grubu öğrencileri ile 10 ve

12. sınıf kontrol grubu öğrencileri arasında SYBDÖ-II önce ve SBYDÖ-II sonra puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). (Tablo12).

Tablo 12. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin SYBDÖ-II Önce ve SYBDÖ-II Sonra Puan Ortalamaları

Sınıf	Müdahale		Kontrol	
	Müdahale öncesi SYBDÖ-II Ort±SS	SYBDÖ-II Müdahale Sonrası Ort±SS	Müdahale öncesi SYBDÖ-II Ort±SS	SYBDÖ-II Müdahale Sonrası Ort±SS
10	124.5±13.70(n=32)	128.3±15.21	123.7±19.70	124.3±24.71
11	131.4±17.05 (n=29)	140.4±15.40*	132.2±17.74	131.0±14.32
12	129.2±12.37	143.9±16.89	119.3±20.56	140.4±17.65

Tekrarlı ölçümler Varyans analizi: * $p=0.003$

Hem erkek hem kız öğrencilerde SBYDÖ-II' nin Beslenme* ve Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeklerinde Müdahale grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p=0.001$). SYBDÖ-II' nin diğer Alt Ölçeklerinde Müdahale grubu kız ve erkek öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II önce ve SYDÖ-II sonra puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). (Tablo13)

Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Cinsiyetlerine Göre SYBDÖ-II Müdahale Öncesinde ve Sonrasında Alt Ölçek Puan Ortalamaları

SYBD-II Alt Ölçekler	Kız		Erkek	
	Müdahale öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Müdahale öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS
Beslenme*	19.4±3.07	22.1±4.21	19.7±4.14	21.6±3.71
Fiziksel Aktivite	16.2±4.05	17.8±17.74	18.8±5.00	19.3±14.32
Manevi Gelişim	29.3±3.37	27.8±4.89	27.8±3.70	27.2±4.31
Kişiler Arası İlişki	24.2±3.70	26.3±4.21	23.2±4.21	25.1±4.71
Stres yönetimi	18.8±3.55	20.6±4.40	18.6±3.74	20.1±4.32
Sağlık Sorumluluğu*	19.1±3.69	21.0±20.56	18.3±4.45	20.3±17.65

* $p=0.001$

Müdahale grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II' nin Kişiler arası ilişki Alt Ölçeklerinden anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır($p=0.001$). Müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II' nin diğer Alt Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur($p>0.05$). (Tablo 14).

Tablo 14. Müdahale Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin SYBDÖ-II Önce Ve SYBDÖ-II Sonra Puan Ortalamaları

SYBD-II Alt Ölçekler	Müdahale		Kontrol	
	Önce Ort±SS	Sonra Ort±SS	Önce Ort±SS	Sonra Ort±SS
Beslenme	19.4±3.07	22.1±4.21	19.7±4.14	21.6±3.71
Fiziksel Aktivite	17.4±4.05	19.1±17.74	16.9±5.00	17.6±14.32
Manevi Gelişim	29.4±3.37	28.1±4.89	28.4±3.56	27.4±3.65
Kişiler Arası İlişki	24.0±3.70	26.7±4.21*	23.6±3.70	25.1±4.71
Stres yönetimi	18.8±3.05	20.6±4.40	18.6±3.74	20.1±4.32
Sağlık Sorumluluğu(SS)	19.1±3.69	21.0±20.56	18.1±4.45	20.3±17.65

*p=0.008

Tablo 15. de öğrencilerin müdahale öncesi ve sonrası kaldıkları yere göre SYBDÖ-II' nin alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldı. Müdahale öncesi ve sonrasında görüldü ki, öğrencilerin kaldıkları yerle SYBDÖ-II' nin diğer Alt Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur(p>0.05).

Müdahale öncesi ve sonrasına sağlıklı yaşam biçimi alt ölçek puanlarına bakıldığında yurttan kalan, taşınmalı olan ve ailesiyle kalan tüm öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği en yüksek puan ortalamasını almış, fiziksel aktivite alt ölçeği ise en az puan ortalamasını almıştır.

Tablo 15. Müdahale ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Kaldıkları Yere Göre SYBDÖ-II Müdahale Öncesinde ve Sonrasında Alt Ölçek Puan Ortalamaları

SYBD-II Alt Ölçekler	Yurttaki Kalayorum (n=69)		Taşımalyım (n=47)		Ailemle Kalayorum (n=78)	
	Müdahale öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Müdahale öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS	Müdahale öncesi Ort±SS	Müdahale Sonrası Ort±SS
Beslenme	19.60±2.84	22.68±3.81	18.68±2.92	21.27±4.16	20.03±4.34	21.66±4.20
Fiziksel Aktivite	16.46±3.84	18.111±5.95	17.31±4.92	18.14±4.91	17.82±5.45	18.75±5.11
Manevi Gelişim	29.02±4.61	28.10±33.77	29.57±4.50	27.46±3.99	28.5±5.33	27.28±4.12
Kişiler Arası İlişki	23.91±3.62	25.98±3.81	24.10±4.39	26.06±4.29	23.66±4.43	25.96±4.35
Stres yönetimi	19.02±3.46	20.69±3.38	18.44±3.14	19.93±3.41	18.61±3.46	20.42±3.63
Sağlık sorumluluğu	18.98±4.26	20.60±4.43	18.08±3.48	20.60±4.43	18.75±4.30	20.82±4.78

Öğrencilerin Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışları

Tablo 16. Öğrencilerin Müdahale Öncesi Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışlarının Dağılımı

Diğer davranışlar ve alışkanlıklar	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak		Cevap Yok	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım.	37	19.1	109	56.2	28	14.4	20	10.3	0	0
Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım.(Mot osiklet veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)	66	34.0	46	23.7	18	9.3	14	7.2	50	25.8
Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederim.	21	10.8	44	22.7	54	27.8	75	38.7	0	0

Tablo 16’da öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili diğer davranışları sorgulayan maddelere verdikleri yanıtların yüzdeleri şu şekilde gösterilmiştir.

Öğrencilerin % 10.3’ü (n=20) düzenli olarak, %14.4’ü (n=28) sık sık, %56.2’si (n=109) bazen, bir araca bindiğinde emniyet kemeri taktığını bildirdi. Öğrencilerin % 19.1’i(n=37) ise bir araca bindiğinde hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığını bildirdi.

Motosiklete veya bisiklete bindiğinde, düzenli olarak koruyucu başlık kullanan öğrencilerin oranı % 7.2’si (n=14) idi. Öğrenciler %9.3’ü (n=18) sık sık, %23.7’si (n=46) bazen, motosiklet veya bisiklet bindiğinde başlık kullandığını belirtti. Öğrencilerin %34’ünün (n=66) motosiklet veya bisiklet bindiğinde başlık kullanmadığı görülmüştür.

% 38.7’ si (n=75) düzenli olarak sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederken, % 10.8’i (n=21) hiçbir zaman tercih etmediklerini bildirdi. Öğrencilerin % 27.8’i(n=54) sık sık, %22.7’si (n=44) bazen sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ettiği görülmüştür.

Tablo 17. Öğrencilerin Müdahale Sonrası Sağlığı Koruyucu Bazı Davranışlarının Dağılımı

Diğer davranışlar ve alışkanlıklar	Hiçbir Zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak		Cevap Yok	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Bir araca bindiğimde emniyet kemeri takarım.	44	22.7	48	24.7	72	37.1	30	15.5	0	0
Motosiklete veya bisiklete bindiğimde koruyucu başlık kullanırım. (Motosiklet veya bisiklete binmiyorsanız bu soruyu cevaplamayınız)	48	24.7	44	22.7	17	8.8	18	9.3	67	34,5
Sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederim.	20	10.3	46	23.7	45	23.2	83	42.8	0	0

Tablo 17’de öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili diğer davranışları sorgulayan maddelere verdikleri yanıtların yüzdeleri şu şekilde gösterilmiştir.

Öğrencilerin % 15.5’i (n=30) düzenli olarak, %37.1’i (n=72) sık sık, %24.7’si (n=48) bazen, bir araca bindiğinde emniyet kemeri taktığını bildirdi. Öğrencilerin % 22.7’si (n=44) ise bir araca bindiğinde hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığını bildirdi.

Motosiklete veya bisiklete bindiğinde, düzenli olarak koruyucu başlık kullanan öğrencilerin oranı %9.3’ü (n=18) idi. Öğrenciler %8.8’i (n=17) sık sık, %22.7’si (n=44) bazen, motosiklet veya bisiklet bindiğinde başlık kullandığını belirtti. Öğrencilerin %24.72’sinin (n=48) motosiklet veya bisiklet bindiğinde başlık kullanmadığı görülmüştür.

Öğrencilerin % 42.8’ si (n=83) düzenli olarak sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ederken, % 10.3’ü (n=20) hiçbir zaman tercih etmediklerini bildirdi. Öğrencilerin % 23.2’si (n=45) sık sık, %23.7’si (n=46) bazen sigara içilmeyen ortamlarda bulunmayı tercih ettiği görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ile ölüm ve hastalık oranları azaltılabilmektedir. DSÖ verilerine göre adölesanlar; Gelişmekte olan ülkelerin %25' i gelişmiş ülkelerin %15' i Türkiye nüfusunun ise %15.6 sını oluşturuyorlar, 2025 yılında dünyada ki adölesan nüfusun 1.13 milyar olacağı düşünüyor (30). Kastamonu İlinde ise nüfusun %13. ü adölesanların oluşturduğu görülmektedir (105). Dünyada her yıl 100 000 adölesan intihar ederek, 300 bin adölesan ise tütün bağımlılığının yol açtığı hastalıklardan dolayı ölmektedirler (30).

Adölesan yaşta görülen pek çok hastalığın sebebi; Sigara kullanımı, korunmasız cinsel davranışlar, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, obezite gibi durumlardır. Yetişkinlikteki erken ölümlerin %70. i ve hastalıkların ise 1/3'ünün nedeni ergenlikte edinilen davranışlardır (30). Adölesanlar sağlıklı yaşam ile ilgili davranışların kazandırılmasında en önemli hedef gruplardandır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ile ilgili pek çok ulusal ve uluslararası çalışma mevcuttur. Ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için müdahale-kontrol grupları oluşturularak, ön test-son test şeklinde yapılan çalışmalar ise yok denecek kadar azdır ayrıca bu konuda video ve belgesel izletilerek yapılmış bir tez çalışmasına rastlanmamıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II de en düşük 52, en yüksek 208 puan alınmaktadır (73). Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test ve son test puan ortalamaları ayrı olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada müdahale grubunda bulunan 10. sınıf öğrencilerine yapılan ön test sonucunda SYBDÖ-II puan ortalaması puan ortalaması 124.5 ± 13.70 , 11. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 131.4 ± 17.05 , 12. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 129.2 ± 12.37 'dir. Müdahale grubunda bulunan 10. sınıf öğrencilerinde ise SYBDÖ-II puan ortalaması 128.3 ± 15.21 , 11. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 140.4 ± 15.40 , 12. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 143.9 ± 16.89 'dir. Kontrol grubundaki 10. sınıf öğrencilerinde SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 123.7 ± 19.70 , 11. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 132.2 ± 17.74 , 12. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 119.3 ± 20.56 'dir. Kontrol grubundaki 10. sınıf öğrencilerinde ise SYBDÖ-II puan ortalaması 124.3 ± 24.71 , 11. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 131.0 ± 14.32 , 12. sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 140.4 ± 17.65 'dir. Bu sonuçlara göre yaptığımız çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının orta düzeyde olduğu

söylenilmektedir. Başka bir ilde lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama toplam 113.29 ± 20.86 olarak bulunmuştur (105). Yapılan başka bir çalışmada yer alan sağlık meslek lisesi öğrencilerinin SYBDÖ-II ölçeği puan ortalaması 126.9 ± 28.7 olarak bulunmuştur (97).

Araştırmada müdahale grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II öncesinde; SYBDÖ-II Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında öğrencilerin en yüksek puan ortalamasını, manevi gelişim 29.4 ± 3.37 alt ölçeğinin aldığı, daha sonra sırasıyla kişilerarası ilişkiler 24.0 ± 3.70 , beslenme 19.4 ± 3.07 , sağlık sorumluluğu 19.1 ± 3.69 , stres yönetimi 18.8 ± 3.05 ve fiziksel aktivite 17.4 ± 4.05 puan ortalamasının takip ettiği görülmektedir.

Müdahale grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II sonrasında; SYBDÖ-II alt ölçeklerin puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasını manevi gelişim 28.1 ± 4.89 alt ölçeğinin aldığı, daha sonra sırasıyla kişilerarası ilişkiler 26.7 ± 4.21 , beslenme 22.1 ± 4.21 , sağlık sorumluluğu 21.0 ± 20.56 stres yönetimi 20.6 ± 4.40 ve fiziksel aktivite 19.1 ± 17.74 puan ortalamasının takip ettiği görülmektedir.

Yapılan çalışmada müdahale grubu öğrencilerinde video ve belgesel izletilmesinden sonra, manevi gelişim alt ölçeği puanında düşüş görülmüş, diğer alt ölçeklerde ise puan artışı olduğu görülmüştür.

Araştırmada kontrol grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II öncesinde; SYBDÖ-II Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında öğrencilerin en yüksek puan ortalamasını, manevi gelişim 28.4 ± 3.56 alt ölçeğinin aldığı, daha sonra sırasıyla kişilerarası ilişkiler 23.6 ± 3.70 , beslenme 19.7 ± 4.14 , stres yönetimi 18.6 ± 3.74 , sağlık sorumluluğu 18.1 ± 4.45 , ve fiziksel aktivite 16.9 ± 5.00 puan ortalamasının şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Kontrol grubu öğrencilerinde ise SYBDÖ-II sonrasında; SYBDÖ-II alt ölçeklerin puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puan ortalamasını manevi gelişim 27.4 ± 3.65 alt ölçeğinin aldığı, daha sonra sırasıyla kişilerarası ilişkiler 25.1 ± 4.71 , beslenme 21.6 ± 3.71 , sağlık sorumluluğu 20.3 ± 17.65 , stres yönetimi 20.1 ± 4.32 ve fiziksel aktivite 17.6 ± 14.32 puan ortalamasının takip ettiği görülmektedir.

Yapılan çalışmada kontrol grubu öğrencilerinde son test sonrasına bakıldığında manevi gelişim dışında diğer alt ölçek puanlarında artış olduğu görülmüştür.

Aynı konuda yapılmış başka bir çalışmada, alt ölçeklerde puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe sırasıyla; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir (106).

Psikoloji bölümü öğrencileriyle Meksika’da yapılan bir çalışmada, alt ölçek madde puan ortalamalarına göre sıralaması; manevi gelişim, kişiler arası ilişki, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite olduğu görülmüştür. Yine yurt dışında, ABD’ de hemşirelik bölümü öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada ise kişiler arası ilişki, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu şeklinde bir bu sıralama olduğu görülmektedir (46).

Çalışmalar incelendiğinde manevi gelişim alt ölçeğinin en fazla puanı almasının nedeni olarak bireylerin inançlarına sıkı bir şekilde bağlı olması ve yaşadıkları her olayla ilahi bir bağ kurmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Fiziksel aktivite alt ölçeğinin en az puanı almasının sebebi olarak ise gençlerin neredeyse günlerinin on saatini okulda geçirmeleri ve geriye kalan vakitlerini de dinlenme, yemek yeme, ulaşım, uyuma ve ders çalışma gibi eylemlerle geçirdiklerinden ayrıca uygun fiziksel aktivite yapabilecekleri bir çevre olmayışından ve spor salonu ücretlerinin fazlalığı gibi durumların etkisinin olduğu düşünülmüştür.

Bu konuda benzer ve farklı yaş gruplarında yapılan çalışmaların çoğunda “manevi gelişim” alt ölçeğinde ki puan ortalamaları en yüksek bulunurken, “fiziksel aktivite” alt ölçeğinde ki puan ortalamaları en düşük olarak görülmüştür (107, 108, 109).

Çalışmamızda müdahale öncesi ve sonrası gruplarda, SYBDÖ-II’ ye göre istatistikî olarak bakıldığında cinsiyete göre anlamlı bir fark görülmemiştir. Ama toplam puan ortalamalarına bakıldığında kız öğrencilerin daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, müdahale öncesi grupta bulunan kız öğrencilerin manevi gelişim, kişisel arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken, beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında, erkek öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Müdahale sonrası grupta bulunan kız öğrencilerin manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken, fiziksel aktivite alt ölçek puanlarında, erkek öğrencilerin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Başka bir çalışmada ise yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamış fakat erkek öğrencilerin SYBDÖ-II puanlarının kız öğrencilerin puanları ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmüştür (110). Yine benzer bir şekilde erkek öğrencilerin SYBDÖ-II ölçeği alt ölçek puanlarında ki toplam madde ortalaması erkek öğrencilerde yüksek bulunmuştur (106, 111). Bazı çalışmalarda ise SYBDÖ-II puanlarının kız öğrencilerde daha yüksek olduğu, ayrıca cinsiyete göre SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (112).

Yaptığımız çalışmanın hem müdahale öncesi hem de müdahale sonrası bulgularına bakıldığında, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre, fiziksel aktivite alt ölçeği haricinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha çok dikkat edip önemseydiği düşünülebilir. Kız öğrencilerin fiziksel aktivite seviyesinin düşük olmasının sebebi olarak, toplumun kızlara karşı daha baskıcı olması, kız öğrencilerin daha az dışarıda vakit geçirmelerinden dolayı uygun çevre bulamamaları ve kızların aileleri tarafından daha fazla sorumluluk verilerek dışarıda daha az vakit geçirmeleri olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin lise öğrenimi sırasında kaldıkları yere göre müdahale öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Müdahale öncesine göre ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin, SYBDÖ-II alt ölçek toplam puan ortalamaları en yüksek, taşınmalı öğrencilerin toplam puan ortalamaları ise en az olarak bulunmuştur.

Bir üniversitede yapılan bir çalışmada da ailesi ile birlikte kalan öğrencilerin puanları daha yüksek bulunmuştur (48). Tıp fakültesi öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada ise öğrencilerin üniversite döneminde kaldıkları yerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür. Ailesiyle yaşayan öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları, yurtda ya da evde yalnız kalan öğrencilerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır (108).

Yaptığımız çalışmada, 11. Sınıflarda 17 yaş grubu, müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde ($p=0.003$) bir artış vardır. 10. sınıf 16 yaş grubu ve 12. sınıf 18 yaş gruplarında müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark yoktur. Diğer bir çalışmada ise lise öğrencilerinin yaşlarına göre SYBDÖ-II ve alt ölçeklerden alınan puan ortalamalarına bakıldığında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (105).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Lise öğrencilerinde teşvik edici film ve videoların sağlıklı yaşam düzeyine etkisini öğrenmek amacıyla yaptığımız çalışmaya toplam 194 öğrenci katılmıştır.

Öğrencilerin yaş ortalaması 17.0 ± 0.81 yıl olup 121'i (% 62.4) kız, 73'ü (% 37.6) erkek olduğu görülmüştür.

-Çalışmamızda, sağlık alanı öğrencilerinin müdahale öncesi ve sonrası hem deney hem de kontrol grubu SYBDÖ-II ölçeği puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur.

-Her iki grubunda müdahale öncesi ve sonrasında SYBDÖ-II ölçeğinde en yüksek puan ortalamasını manevi gelişim alt ölçeğinde aldığı, en düşük puan ortalamasını ise fiziksel aktivite alt ölçeğinin aldığı görülmüştür.

- Her iki cinsiyette de SBYDÖ-II' nin Beslenme ve Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeklerinde Müdahale grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür($p=0.001$). SYBDÖ-II' nin diğer Alt Ölçeklerinde Müdahale grubu kız ve erkek öğrencilerinin kontrol grubu SYBDÖ-II önce ve SYBDÖ-II sonra puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmemiştir.

- Çalışmada 11. sınıf Müdahale grubu öğrencilerinin yine aynı çağıdaki kontrol grubu öğrencilerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları testi öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. 10. ve 12.sınıf Müdahale grubu öğrencileri ile 10 ve 12. sınıf kontrol grubu öğrencileri arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları testi öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı fark görülmemiştir.

- Müdahale grubu öğrencilerinin kontrol grubu öğrencilerine göre SYBDÖ-II' nin Kişiler arası ilişki Alt Ölçeklerinden anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin SYBDÖ-II' nin diğer Alt Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Lise öğrencilerinde izletilen eğitici belgesel ve videoların 11. sınıf öğrencilerinde diğer sınıflara göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre bu tür görsel materyallerle yapılan eğitimlerin 11. sınıf öğrencilerine uygulanması öğrencilerin olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde çok daha faydalı olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmada her iki cinsiyette de sağlıklı beslenme alışkanlığının geliştirilmesinde ve sağlık sorumluluğu kazandırılmasında izletilen eğitici belgesel ve videoların yararlı olduğu düşünülmektedir. Lise öğrencilerinde izletilen eğitici belgesel ve videoların kişiler arası ilişkileri artırmış olduğu araştırma sonucuna göre söylenebilir.

Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite vb. sağlığı geliştirici davranış değişikliği için yapılan etkinlikler 11. sınıf öğrencilerine yapıldığında sonucun daha verimli olduğu düşünülebilir. Diğer yaş gruplarında etkili bir sağlığı geliştirme davranışı kazandırmak için, olumsuz davranışa sebep olan durumların araştırılıp ortadan kaldırılması gerekmektedir. Öğrencilerin SYBDÖ-II' ye göre sağlık davranışlarında en zayıf oldukları davranışın fiziksel aktivite olduğu görülmüştür buna bağlı olarak fiziksel aktivitenin önemi sıklıkla anlatılarak bu konuda gerekli eğitimler yapılarak, öğrencilere rahat sportif faaliyetlerde bulunabilecekleri çevrelerin oluşturulması önerilmektedir. Öğrencilerin sağlıklı beslenebilmeleri için yurtlarda daha yeterli ve dengeli olarak hazırlanan besin maddelerinin üç öğün sunulması, okul kantinlerinde sağlıklı besinlerin satışına daha çok önem verilmesi önerilmektedir. Adölesan yaş grubunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak için daha fazla görsel ve uygulamalı etkinlikler, aile, öğretmen ve akran katılımları ile yapılmadığı.

Öğrencilere SYBDÖ-II ölçeğinin alt ölçekleri ile ilgili eğitim verilmelidir. Ayrıca lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi düzeyleri ile ilgili daha çok araştırma yapılmalıdır, çünkü daha öncede belirtildiği gibi olumlu ve olumsuz sağlık davranışlarının şekillenmeye başladığı dönem olan ergenlik dönemi lise öğreniminin yapıldığı yıllara denk gelmektedir. Bu konuda en çok dikkat edilmesi gereken öğrenci grubu ise sağlık alanında eğitim gören öğrencilerdir, bu öğrencilerin sağlığı geliştirme ile ilgili farkındalık kazanması, olumsuz sağlık davranışlarından uzak durması için gerekli yöntemleri öğrenmesi ve bu konuda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir çünkü bu öğrenciler ileride sağlık hizmetini sunan kişiler olacaktır. Olumlu sağlık davranışları ile ilgili edindikleri bilgileri çalışma yaşamlarında diğer bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığını geliştirmek için aktarabilirler.

Sağlık 6đrencilerinin, bu çalışmada olduğu gibi çeşitli 6đrenim materyalleri ile olumlu sağlık davranışlarının yararları ile ilgili bilgilendirilmesi ve bu davranışları kazanmaları daha etkili bir biçimde olacaktır, yapılan bu çalışmalar sayesinde orta ve uzun d6nemde halk sağlığının da olumlu gelişmesine faydalı olacağı d6şun6lmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. WHO. Health 21 - health for all in the 21st century. Available from URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf.

Erişim Tarihi: 12.03.2019

2. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, s.11-33, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. Ankara, 2004.

3. Yardım N, Gögen S, Mollahaliloğlu S. Sağlık geliştirilmesi (health promotion): Dünyada ve Türkiye’de mevcut durum. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 72 (1): 29-35, 2009.

4. Ocakçı A. Sağlık Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. 01.10.2009, <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>; Erişim Tarihi: 18.03.2019.

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

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adolescent and school health. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/> Erişim Tarihi: 25.04.2019.

7. Çuhadaroğlu F. Characteristics of psychological development during adolescence. Katkı Pediatri Dergisi (21): 713-9, 2000.

8. Tambağ H, Turan Z. Effects of public health nursing course on the students’ healthy lifestyle behaviors. Hemşirelikte Araş Geliştirme Dergisi (1): 46-55, 2012.

9. Dudek, S.G. (1993). Nutrition Handbook for Nursing Practice. Philadelphia: Sec.Edition, J.B.Lippincott Company, pp. 267-323.

10. Aras Ş, Günay T, Özcan S, Orçın E. Risky behaviors among high school students in İzmir. Anadolu Psikiyatri Dergisi (8): 186-96, 2007.

11. World Health Organization (WHO). Health topics-adolescent health. 2013 http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ Erişim Tarihi: 08.04.2019.

12. Rauner A, Mess F, Woll A. The relationship between physical activity, physical fitness and overweight in adolescents: a systematic review of studies published in or after 2000. BMC Pediatrics (1):13-19, 2013.

13. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, Leroy JL, Holdsworth M, Maes L, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 96:415-38, 2012.
14. Sümen A, Öncel S. Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistemik Derleme, *European Journal of Therapeutics* 23: 74-82, 2017.
15. Acar Z. Üniversite öğrencilerinde obezite ve yaşam davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık tezi, Samsun, 2015.
16. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe’ ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 12(45): 87-95, 1999.
17. Stanhope M, Lancaster J. *Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates Families and Individuals.* Mosby Year Book pp. 28-30, 1996.
18. Arslan Ö. İlköğretim 8. Sınıf T. C. İnkılâp tarihi ve Atatürkçülük dersi öğretiminde görsel ve işitsel materyal kullanımının öğrencilerin akademik başarıları ve hatırd tutma düzeyleri üzerindeki etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı Sosyal Bilgiler Öğretmenliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2008.
19. Demirel Ö, Seferoğlu S, Yağcı E. Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme. 2. Bölüm, 5.Basım, s.27-68, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2004.
20. Demirel Ö, Altun E. Öğretim Teknolojileri ve Materyal Tasarımı. 2. Baskı, s.69-87, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2007.
21. Halis İ. Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme. 1. Baskı, s. 157-204, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2002.
22. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sosyoekonomik eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2006.
23. Pender NJ, Walker SN, Madeleine JK (1988). Health Promoting Lifestyle of Older Adults: Comparisons With Young and Middle Aged Adults, Correlates and Patterns. *Advanced Nursing Science* 11(1): 76- 89.

24. Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu FN. The effect of adolescent training program on risky health behaviours and health perception. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* (5): 187-95, 2015.
25. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi* 12(3):18-26, 2008.
26. Maurer F, Smith, C. "Community Health Nursing Theory and Practice", WB Saunders Company, pp. 404-424, 2000.
27. Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 20(1):77-95, 2004.
28. Ardıç A. Adölesan sağlığını geliştirme programının erken adölesan dönemi çocukların beslenme fiziksel aktivite ve ruh sağlığı üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2014.
29. Bahar A. Adölesan yaş grubundaki bireylerde antropometrik ölçümler ve obezite prevalansının araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Beslenme Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
30. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. Ergenlerde Cinsiyete Göre Ölüm ve Kayıpların Nedeni <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/ergenlerdecinsiyetegöreölümveKayıplarıneneDeni>. Erişim Tarihi: 24.05.2019.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr>). https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/kayanistatistikler/il_nufuslari.pdf. Erişim Tarihi: 25.03.2019.
32. Aktan CC, Işık AK. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Sağlık 21 Hedef. www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-cagında/herkes-icin.pdf. Erişim Tarihi: 26.04.2019.
33. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 17(2):231-256, 2004.

34. Binay Ş. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2012.
35. Ardıç A. Adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2008.
36. Ildız M. 14-18 Yaş lise öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları, fiziksel benlik algısı, beden kompozisyonu ve fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2014.
37. Göker S. 18-49 Yaş dönemi kadınlarda obezitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Konya, 2017.
38. Kasapoğlu ES. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Zonguldak, 2015.
39. Savaş GZ. Van sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Van, 2017.
40. Evren H. Trakya üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.
41. Aksungur A, Gökteş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 10(1):1-12, 2011.
42. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi 30:120-129, 2006.
43. Kostak AM. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 6(2):105-115, 2007.

44. Taş M. Ergenlerin sağlık yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
45. İmer A. Üniversitede görev yapan idari personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2013.
46. Bozhüyük A. Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.
47. Berçin T. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
48. Aksoy T. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
49. Tekin M. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kamu hastanelerinde çalışan hekimler açısından incelenmesi: Denizli il merkezi örneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
50. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 1(7): 59-67, 2014.
51. Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve sterselle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2): 19-28, 2006.
52. Ballıel N. Ankara üniversitesi İbni Sina Hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

53. World Health Organization, Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/ottawa.pdf>. Erişim Tarihi: 20.04.2019.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/197>. Erişim Tarihi: 28.05.2019.
55. Oral B. Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2018.
56. Kıvanç KK. Evrensel sağlık bildireleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 3(2):162-166, 2015.
57. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011, Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları: global konferanslardan bildiriler. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf> Erişim Tarihi: 17.05.2019
58. World Health Organization, Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016.
59. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 8(1):12-18, 2015.
60. Çelebi E, Oğuzöncül AF. Özel eğitim öğretmenlerinin bazı sağlık davranışlarının belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2(27), 2013.
61. Pender, N. And Barkauskas, V. Health promotion and disease prevention toward excellence in nursing practice and education, Nursing Outlook 3(40):278-290, 1992.
62. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Medical Journal 44(1):1-11, 2017.

63. Walker, SN, Hill- Polerecky DM. Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
64. Demir, Y. Kişisel sağlık sorumluluğu TAF Preventive Medicine Bulletin 3(15): 259-265, 2016.
65. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım. s.6-15, Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2003.
66. Baysal A. Beslenme, s.9, Ankara Hatipoğlu Yayınevi, 2006.
67. Güngör Öktem E. Sağlıklı beslenmede bireysel ve grup eğitiminin bireylerin beslenme alışkanlıkları ve besin seçimi üzerine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2019.
68. Baysal A. Beslenme. s.23-24, Alp Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009.
69. Bozhüyük A. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care 1(6):18, 2012.
70. Meydanlıoğlu A. Hemşire liderli “sağlık için beslenme ve fiziksel aktivite programı”nın çocukların beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2013.
71. European Opinion Research Group. Special Eurobarometer. Physical Activity wave: 58 (2), 1-49, 2002.
72. Baltacı G. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2008, Ankara, Adölesan ve egzersiz. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t40.pdf>. Erişim Tarihi: 22.05.2019.
73. Bahar Z, Beşer A, Gördeş N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1):1-13, 2008.
74. On B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.

75. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook* 40:106-112, 1992.
76. Tedik ES. Hemşirelik öğrencilerinde fazla kilo durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2015.
77. Erdoğan T, Ünsar AS, Süt N. Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2(14):448, 2009.
78. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 21(1): 91-109, 2001
79. Erci B, Avcı Aydın İ, Hacıoğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi G. Halk Sağlığı Hemşireliği. s:167-172, Göktuğ Yayıncılık. Amasya, 2009.
80. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Yüksek Okulu Dergisi 2(2):60-68, 1998.
81. Kuşdemir CD. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
82. Ata EE. Hemşirelik eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesine ve yaşam kalitesine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
83. Savcı BA. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.
84. Bayrakçı M. Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 14: 199-210, 2007.

85. Gürel R. Sosyal pekiştireçlerin ve model davranışlarının, çocukların ahlaki yargılarının şekillenmesindeki etkisi (Bandura Örneği). Değerler Eğitimi Dergisi 28(12): 101-119, 2014.
86. Şahin M, Söylemez E, Koç Y. Planlanmış davranış teorisi çerçevesinde aile işletmelerinde kurumsallaşma sürecinin irdelenmesi. Dumlupınar University Journal of Social Sciences Special Issue: 451-455, 2016.
87. Kocagöz E, Dursun Y. "Algılanan davranışsal kontrol, Ajzen'in teorisinde nasıl konumlanır? Alternatif model analizleri". KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 12(19):139-152, 2010.
88. Erol S. Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(2):86-92, 2007.
89. Kafalı N. Transteoretik modele göre adölesanların egzersiz davranışları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
90. Bakan Savcı AB. Sağlık inanç ve transteoretik modellere temelli verilen iki ayrı eğitimin hemşirelerde sigara bıraktırmaya etkisinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum, 2013.
91. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranış modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(1):28-34, 2015.
92. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 7(3): 230-237, 2014.
93. Atak N, Çenesiz E. Türkiye'de Sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(6):427-434, 2007.
94. Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2. Basım, s.44-46, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2008.
95. Sevinç S. Miyokart İnfarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: Pender' in sağlığı geliştirme modeli. Journal of Cardiovascular Nursing 7(14):147-152, 2016.

96. Yıldız İ. Lise öğrencilerinde problemlerli internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2010.
97. Bulut A, Bulut A, Erçim RE. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2(2):105-112, 2016.
98. Spear HJ. ve Kulbok P. Adolescent health behaviors and related factor: A review, Puplic Health Nursing 18 (2), 82–93, 2001.
99. Yetkin A, Uzun Ö. Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksekökol öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(2): 1-10, 2000.
100. Demirel Ö. Öğretimde Planlama ve Değerlendirme Öğretme Sanatı. 11.Baskı, s. 6-24, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2007.
101. Türker H, Arslan Ö. İlköğretim 8. Sınıf T. C. İnkılap tarihi ve Atatürkçülük dersi öğretiminde belgesel filmlerin kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 24:92-104, 2008.
102. Öztürk C. (Ed.). Hayat Bilgisi ve Sosyal Bilgiler Öğretimi. 1.Baskı, s. 12-15 Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2006.
103. Kesici A. Yetişkin eğitimi bağlamında “Her Çocuk Özeldir” filminin usta öğretici adaylarının çirak yetiştirme anlayışına etkisi. Kastamonu Education Journal 26(2): 307-321, 2018.
104. Yakar HGİ. Sinema filmlerinin eğitim amaçlı kullanımı: Tarihsel bir değerlendirme. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi (HAYEF) 19(1):21-36, 2013.
105. Yalçın R. Lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2018.
106. Küpeli E. Çukurova üniversitesi doktora öğrencilerinin öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2015.

107. Bostan N. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013.
108. Şimşek H, 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 26(3):151-157, 2012.
109. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. International Journal of Social Science Research 5(2): 10-25, 2016.
110. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 44(1): 1-11, 2017.
111. Karadamar M, Sungur MA, Yiğit R. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 17(3): 131-139, 2014.
112. Karadeniz G, Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 7(6): 497-502, 2008.
113. Aktan CC, Işık KA. “Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik evrensel sağlık bildirgelerine toplu bir bakış” (2012). <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> Erişim Tarihi: 19.05.2019.

8. EKLER

Ek 1: Sosyo-Demografik Veri Formu

"LİSE ÖĞRENCİLERİNDE TEŞVİK EDİCİ FİLM VE VİDEOLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DÜZEYİNE ETKİSİ"
SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Aşağıdaki soruları cevabı halka içine alarak ya da boşlukları doldurarak yanıtlayınız.

.....

.....

3)Nerede Kalıyorsunuz?
A)Yurttan kalıyorum B)Taşınmalı öğrenciyim
C)Ailemle kalıyorum D)Tek başıma evde kalıyorum

4) Cinsiyet : A)Kadın B)Erkek

5)Doğum tarihi:.....

6)Doğum yeriniz: A)İl merkezi B)İlçe C)Köy D)Belde E)Yurtdışı

7) Anne ve babanızın eğitim durumu nedir? Lütfen uygun kutucuğu işaretleyin (X).

	Okur yazar değil	Okur yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek okul mezunu(ön lisans)	Üniversite mezunu(Lisans)
Anne							
Baba							

8) Size göre gelir durumunuz nasıldır?
A)İyi B)Orta C)Kötü

9)Vücut ağırlığınız?(kilonuz):.....

10)Boy uzunluğunuz nedir?:.....

11)Beden kitle endeksiniz(tarafımızdan hesaplanacaktır).....

Katılımlarınız için teşekkür ederim.
Hülya BİLMEZ







Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

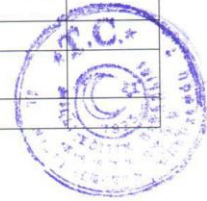
Ek 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığımızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve 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 şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmekek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
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 porsiyon sebze yerim.				

(Handwritten signatures and initials)



Ek 3: Etik Kurul İzni

Kayıt Tarihi: 25.12.2017

Protokol No: 280

29/12/2017



T.C

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Anket, Ölçek Geliştirme Çalışması, Ses ve Görüntü Kaydı
BAŞLIK:	Lise Öğrencilerinde Teşvik Edici Film ve Videoların Sağlıklı Yaşam Düzeyine Etkisi
SORUMLU ARAŞTIRMACI:	Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER
KARAR:	Uygun

ETİK KURUL ÜYELERİ

1- Prof. Dr. Hamza ÇEŞTEPE (Başkan)

2- Doç. Dr. Ayça DEMİR (Başkan Yrd.)

3- Doç. Dr. Ali ARSLAN (Başkan Yrd.)

4- Prof. Dr. Rıza YILMAZ

5- Doç. Dr. Hasan MEYDAN

6- Doç. Dr. Ertuğrul YILDIRIM

7- Yrd. Doç. Dr. Hasan ÖZER

29.05.2014 tarih ve 2014/08-13 sayılı Senato Kararı ile kabul edilmiştir.

İMZA

Ek 4: Kurum İzni



T.C.
KASTAMONU VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 75048956-44-E.17308389
Konu : Anket izni (Hülya BİLMEZ)

20/10/2017

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 22/08/2017 tarihli ve 12607291 (Genelge No:2017/25) sayılı emirleri,
b) Bülent Ecevit Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 25.01.2018 tarih ve 46148110-302.14.01-1289 sayılı yazısı,
c) Hülya BİLMEZ'in 27/02/2018 tarih ve 4134184 sayılı dilekçesi

Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının ilgi (b) yazısı ve Hülya BİLMEZ'in ilgi (c) dilekçesine istinaden, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı yüksek lisans programı öğrencisi Hülya BİLMEZ'in "Lise Öğrencilerinden Teşvik Edici Film ve Videoların Sağlıklı Yaşam Düzeyine Etkisi " konulu anket çalışmasını Kastamonu İli Taşköprü İlçesi Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerine uygulaması ile ilgili inceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı ilişikte sunulmuştur.

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı yüksek lisans programı öğrencisi Hülya BİLMEZ'in "Lise Öğrencilerinden Teşvik Edici Film ve Videoların Sağlıklı Yaşam Düzeyine Etkisi " konulu anket çalışmasını Kastamonu İli Taşköprü İlçesi Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi öğrencilerine 2017-2018 eğitim öğretim yılında gönüllülük esasına göre kurumun faaliyetlerini aksatmadan uygulaması ve sonuçlarının değerlendirilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Cengiz BAHÇACIOĞLU
İl Millî Eğitim Müdürü

O.I.I.R
20/10/2017

Ünal KILIÇARSLAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

9. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Kastamonu ilinin Taşköprü ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Taşköprü Atatürk İlköğretim Okulunda, lise öğrenimini ise Kastamonu Mustafa Kaya Anadolu Lisesinde tamamladı. 2006 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna girdi ve 2010 yılında mezun oldu. Mezuniyet sonrası kısa bir süre özel bir hastanede hemşirelik yaptı. 2010 yılında aldığı formasyon eğitimi sonrasında Bartın Turgut Işık Sağlık Meslek Lisesine öğretmen olarak atandı. 2010-2015 yılları arasında Bartın Turgut Işık Sağlık Meslek Lisesinde öğretmenlik yaptıktan sonra 2015 Eylül ayında Taşköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde görevine devam etti, 2018 Eylül ayında Sevim Tokatlı Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesine resmen atandı. Halen aynı lisede öğretmen olarak çalışmaya devam etmektedir.