

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ A.D.**

**HEMŞİRELİK EĞİTİM PROGRAMININ
ÖĞRENCİLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ GELİŞİMİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elvan Emine ATA

**2008
SİVAS**

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ A.D.**

**HEMŞİRELİK EĞİTİM PROGRAMININ
ÖĞRENCİLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ GELİŞİMİNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elvan Emine ATA

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF. DR. SELMA DOĞAN

**2008
SİVAS**

“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır”

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	7
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	34
1) Araştırmanın Tipi.....	34
2) Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	34
3) Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
4) Araştırmanın Hipotezleri	37
5) Verilerin Toplanması.....	37
6) Veri Toplama Araçları.....	38
7) Araştırmanın Etik Yönü.....	42
8) Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	42
9) Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
IV. BULGULAR.....	43
V. TARTIŞMA.....	64
VI. SONUÇLAR.....	86
VII. ÖNERİLER.....	89
VIII. ÖZET.....	90
SUMMARY.....	92
KAYNAKLAR.....	94
EKLER.....	106

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Hemşirelik Yüksekokulu ve Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 2. HYO Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi, Eğitim Döneminden Hemen Sonra ve 3 Ay Sonra SYBDÖ Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 3. EF Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi , Eğitim Döneminden Hemen Sonra ve Eğitim Döneminden 3 Ay Sonraki SYBDÖ Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi SYBDÖ Genel ve Alt Grup Ortalama Puanların Karşılaştırılması.....	52
Tablo 5. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Döneminden Hemen Sonraki SYBDÖ Genel ve Alt Grup Ortalama Puanların Karşılaştırılması	53
Tablo 6. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Döneminden 3 Ay Sonraki SYBDÖ Genel ve Alt Grup Ortalama Puanların Karşılaştırılması	54
Tablo 7. HYO Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi, Eğitim Döneminden Hemen Sonra ve Eğitim Döneminden 3 Ay Sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF) Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 8. EF Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi, Eğitim Döneminden Hemen Sonra ve Eğitim Döneminden 3 Ay Sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF) Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	57

Tablo 9. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Dönemi Öncesi Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF) Ortalama Puanların Karşılaştırılması	59
Tablo 10. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Döneminden Hemen Sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BRIEF) Ortalama Puanların Karşılaştırılması	60
Tablo 11. HYO ve EF Öğrencilerinin Eğitim Döneminden 3 Ay Sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BRIEF) Ortalama Puanların Karşılaştırılması.....	61
Tablo 12. HYO ve EF Öğrencilerinin Aldıkları Eğitimin Bireysel Gelişime Katkısına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	62

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı Sayın hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Selma Doğan'a, çalışmam sırasında her zaman desteklerini hissettiğim Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli üyelerine ve eğitim hayatım boyunca beni destekleyen aileme teşekkür ederim.

I.GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Sağlık; insanın doğumundan ölümüne kadar olan yaşam sürecinde en çok üzerinde durulan olgudur (Palank 1991). Sağlık; kişinin iyi olma durumu, aktivitelerden aldığı doyum, dengeli beslenmesi, olumlu kişilerarası ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması gibi sağlık davranışları ile açıklanır (Pender ve ark. 1992, Bektaş 2002).

Günümüz sağlık bakım anlayışında hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi konuları üzerinde daha fazla durulduğu görülmektedir. Bu bağlamda “hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, öz bakım ve sağlıklı yaşam biçimi, yaşam kalitesi, sağlığın geliştirilmesi” gibi kavramlar ağırlıkla ele alınmaya başlanmıştır (Erdoğan ve ark.1994). Sağlığı koruma ve sürdürme nötral sağlık durumu olup, sağlıklı olma durumunu bozacak tutum ve davranışlardan kaçınma olarak tanımlanır. Sağlığı koruma; hastalıkları önleme, hastalık risklerini azaltma, taramalarla hastalıkları erken tanıma ve iyileştirme gibi bileşenleri kapsar. Sağlığı geliştirme ise nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, bireyin potansiyeli ve enerjisini kullanarak doyurucu yaşam sürme, üretken olabilme ve sağlık konusunda yetenekleri sonuna kadar kullanabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Palank 1991, Özbaşaran ve ark. 2004, Anhijevych ve Bernard, 1994, Erdoğan ve ark.1994, Lindsey ve Hardrick 1996, Spellbring 1991). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin varolan sağlık durumunu davranışlarıyla en üst düzeye çıkarmasıdır (Spellbring 1991, Yağmur 2006) Sağlığı geliştirici davranışlar ise bireylerin yaşam biçiminde önemli ve sağlık durumunun belirleyicisi olan aktivitelerdir. Bunlar; egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak gruplandırılmaktadır (Lee and Loke, 2005, Erdoğan ve ark. 1994).

Sağlığı geliştirici davranışların kazanılması bireylerin yaşam kalitesini de arttırmaktadır. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan çok kişisel iyilik halini içine alan, bir çeşit memnuniyeti de kapsayan daha geniş bir kavramdır (Altınparmak 2006, Şenol ve Türkay 2006). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemindeki kendi yaşam

algıları” şeklinde tanımlamıştır (WHO 1997). Günümüzde önem kazanan “sağlık merkezli bakım” anlayışında, bireyin sağlığını geliştiren davranışları kazanmasını sağlamak ve böylece yaşam kalitesinin artmasına katkı vermek temeldir (Erdoğan ve ark. 1994, Sisk 1999, Spellbring 1991, Zaybak ve Fadılloğlu 2004).

Sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlık personelinin temel sorumluluklarının başında gelmektedir. Hemşireler toplumun her kesiminden bireylere kolaylıkla ulaşabilme avantajına sahip olan sağlık ekibinin üyeleridir. Bu nedenle sağlığı geliştirme aktivitelerinde toplumu etkileme ve rol modeli olma yönünden hemşirelere büyük görevler düşmektedir (Ayaz ve ark. 2005, Özbaşaran ve ark. 2004). Hemşirelerin rol modeli olarak bireylere sağlık durumlarını geliştirmeleri konusunda yardım etmesi ve desteklemesi, stresle baş etme, beslenme, formda kalma ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili öz bakım aktivitelerini öğretmesi beklenir (Kozier ve ark. 2004). Bununla birlikte hemşirelerin bu sorumlulukları yerine getirebilmesi için sağlığı koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini yükseltme konusunda öncelikle kendi tutum ve yaklaşımlarının gelişmiş olması gerekir.

Hemşirelerde sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının geliştirilmesi öncelikle eğitim süreci içerisinde gerçekleşmektedir (Spellbring 1991). Sağlıklı ya da hasta bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek üzere yetiştirilen hemşirelik öğrencilerinin içinden geçtiği müfredat programı, temel olarak sağlıklı ve hasta insanı tanımaya yönelik olduğundan, öğrencilerin eğitim süreci içinde sağlıkla ilgili konular, kişisel gelişim ve öz bakımlarına yönelik pek çok konuda bilgi, tutum ve beceriler geliştirmeleri gerekir (Ayaz ve ark. 2005). Öğrencilerin bu süreçte edindiği bilgi ve becerilerin birçok yararı vardır. Çalışmacılar , eğitim sürecinde kazandıkları bilgi ve becerilerle öğrencilere kendi sağlıklarını geliştirmeleri yönünde bir fırsat sağlayacağını, öğrencinin önce kendi sağlığını geliştirmesi ve bakımını öğrenmesinin diğer bireylerin bakımını daha iyi kavramasına katkı vereceğini, öğrencilerin sağlık eğitimcisi rollerini, sağlığı geliştirme davranışları yönünden olumlu bir rol modeli olarak daha etkin olarak yerine getirebileceklerini belirtmektedirler. (Burkhardt ve Nagai-Jacobson 2001, Ayaz ve ark. 2005, Conoly ve ark.1997, Haughey ve ark. 1992, Lachman 1996,

Shriver ve Scott-Stiles 2000). Sağlığı geliştirme ve kişisel bakımla ilgili aktiviteleri kendinde uygulamak hemşirelik ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimini kavramalarını ve kendi sağlıkları hakkında bilgi kazanmaları ve yaşamlarının diğer alanlarında yararlı olabilecek beceriler geliştirmelerini sağlar. Boyece kişisel bakım becerilerini kazanmanın verdiği güven ve gle kişisel yaşamlarını daha sağlıklı bir hale getirebilirler (Stark ve ark. 2004).

Bununla birlikte hemşirelik ğrencilerinin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını kazanmaları kendilerinin de birer genç birey olmaları nedeniyle de önemlidir (Spellbring 1991). nk sağlıklı yaşam biçimi davranışları bütün yaşam dönemlerindeki bireyler için önemli olmakla birlikte, özellikle de gençlik döneminde önem kazanmaktadır. Gençler aile ve toplumların geleceğini temsil ederler. Gençlik döneminde yapılan sağlıksız uygulama ve davranışlar yetişkinlikte de devam eder ve daha sonraki yaşamda bireylerin sağlığını tehlikeye sokarlar (WHO 1998). Gençlerin sağlığı tehlikeye sokan davranışları birçok problemi beraberinde getirir (Lee ve Loke 2005). Bazı araştırmalarda, sağlıksız davranışların yetişkin yaşamda kalp ve solunumla ilgili hastalıklar, kanser, komplikasyonlu doğumlar ve psikolojik hastalıklar gibi durumlara neden olabileceği ifade edilmektedir (Walker ve Townsend 1999, Lee ve Loke 2005). Yetişkin bireylerin benimsedikleri sağlıksız davranışları değiştirmek oldukça zordur. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının özellikle gençlik döneminde geliştirilmesi daha da önem kazanmaktadır (Walker ve Townsend 1999, şahin 2004).

Diğer yandan niversite eğitimi yılları, gençlerin yaşamlarında büyük değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde öğrencilerin yaşam biçimleri çoğunlukla sağlıklı değildir (Clement ve ark. 2002, Larouche 1998). Alkol ve madde kullanma, fast food türü beslenme şekli, düzensiz uyku alışkanlığı ve stres çoğunlukla niversite yaşamıyla yakından ilişkilidir. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelik ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme yönünden yetersiz oldukları bulunmuştur (Ayaz ve ark. 2005, Hui 2002). Chalmers ve ark. (2002) tarafından 272 Kanadalı hemşirelik ğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %37 den fazlasının son altı

aydır sigara içtiği, %13'ünün ise sigara içmeye yeni başladıkları bulunmuştur. Deckro ve ark.'nın (2002) 128 kolej öğrencisi üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada öğrencilerin %69'unun aşırı stresli oldukları ve %62'sinin birçok insandan daha çok anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir. Bunlara ek olarak, öğrencilerin uykusuzluk yaşadığı belirlenmiştir (Grossman ve Wheeler 1999, Shipton 2002, Shriver ve Scott-Stiles 2000).

Hemşirelik eğitim programlarında sağlık, sağlığı koruma ve geliştirme konuları ağırlıklı yer almaktadır. Yürütülen eğitim programları öğrencilerin bireysel gelişimine ve sağlığına da katkı verebilecek niteliktedir (Clement ve ark. 2004, Ayaz ve ark. 2005). Bu nedenle yurtdışında hemşirelik eğitimi veren kurumlarda eğitim programlarının sağlığı geliştirme konusundaki katkısı çeşitli çalışmalarla ortaya konulmakta ve konuya verilen önem her geçen gün artmaktadır (Laschinger 1996, Stark ve ark. 2004). Lashinger (1996) birinci, ikinci ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarını karşılaştırdığı çalışmada, dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarının diğer sınıflardan daha gelişmiş olduğunu bulmuştur. Najem ve ark. (1995) tıp, diş hekimliği ve hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada, öğrencilerin sağlığı korumaya ilişkin inanç ve uygulamalarının toplumla kıyaslandığında daha çarpıcı biçimde yüksek olduğunu bulmuşlar ve öğrencilerin araştırmada elde edilen sonuçlardan daha iyisini yapabileceklerini söylemişlerdir. Kolej dönemindeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, Clement ve ark. (2004) kadınların normal beden kitle indeksine sahip olmalarına rağmen yetersiz beslendiklerini saptamışlardır. Çok sayıda hemşirelik öğrencisi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, Clement ve ark. (2002) hemşirelik öğrencilerinin az uyma dışında sağlık davranışlarının toplumdaki bireylerden çok farklı olmadığını ortaya koymuşlardır. Shriver ve Scott Stiles'in (2000) hemşirelik öğrencileri ile hemşire olmayan öğrencilerin sağlık davranışlarını karşılaştırdıkları bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin sonuçlarının ilk ve ikinci ölçüm arasında olumlu yönde farklılık gösterdiğini, buna karşın diğer öğrencilerde farkın ortaya çıkmadığını saptamışlardır. Stark ve ark. (2005) hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitiminin bir parçası olarak sağlıkla ilgili aktiviteler geliştirmeleri için

kendilerine süre verildiğinde, bu olumlu davranışları uygulayabildiklerini bulmuşlardır. Adderley-Kelly ve Green (2000) Afrikalı Amerikan hemşirelik öğrencileri ile diğer kolej öğrencilerinin sağlık davranışlarını karşılaştırmışlar ve hemşirelik öğrencilerinin % 51'inin egzersiz puanlarının düşük olduğunu ve bu alanda riskli olduklarını saptamışlardır. Bu sonuçlara dayanarak Clemmens ve ark. (2004) hemşirelik okullarının sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme programlarını yaratmak ve teşvik etmek için ideal bir pozisyonda olduğunu söylemektedirler.

Ülkemizde son yıllarda hemşirelik eğitim programlarında günümüz sağlık ve eğitim anlayışları doğrultusunda çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır (Ayaz ve ark. 2005). Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda da sağlık ve hemşirelikle ilgili günümüzde önem kazanan anlayışlar doğrultusunda sağlıktan hastalığı doğru, bir süredir mevcut müfredat programında düzenlemeler yapılmaktadır. Eğitim programı, bütüncü sağlık anlayışı doğrultusunda, sağlıktan hastalığa doğru, öğrenme merkezli ve çok yönlü hemşireler yetiştirmeye hedeflenmiş olup, bu süreçteki hedeflerden birisi de, "eğitim programının öğrencilerin sağlığını ve bireysel gelişimlerine katkı vermesi"ni sağlamaktır. Bu doğrultuda yapılandırılan birinci sınıf eğitim programında Biyolojik Bilimler II ve Sağlıklı Yaşam II dersleri yer almaktadır. Biyolojik Bilimler II Dersi öğrencinin nitelikli bir bakım sunmasında temel oluşturan anatomi, fizyoloji, biyokimya, histoloji ve genetik bilgileri ile tanışması ve bu bilgilerin ışığı altında sağlıktan sapma durumlarının altında yatan nedenleri analiz etmesinde rehberlik edecek temel bilgileri öğrenmesi ve sağlık durumunu\ düzeyini değerlendirebilme becerisi kazanmasını amaçlamaktadır. Sağlıklı Yaşam II Dersi ise öğrencilerin "insan"ı biyolojik, duygusal, sosyokültürel, ruhsal yönleriyle tanımaya odaklanmaktadır. Dersin temel amacı, öğrencilerin hemşireliğin temel kavramlarından biri olan "insan"ı "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli" (Gordon 1982) doğrultusunda tüm boyutlarıyla tanınması, temel fonksiyonel özelliklerini kavraması ve bu bilgiler doğrultusunda bir birey olarak kendini ve diğer bireyleri değerlendirmesidir. Derslerin etkinliğini artırmak için anlatımın yanı sıra grup çalışması, kendi bakım planını hazırlama, tartışma, gözlem yapma ve role-playing (rol oynama) gibi

eğitim yöntemleri de kullanılmaktadır. Derslerin bu amaçlara ulaşıp ulaşamadığının ortaya konulması, ders içeriğinde ve eğitim yöntemlerinde gereken düzenlemelerin yapılmasına katkı sağlayacaktır. Bu Şekilde ğrencilerin hizmet sunacağı bireylerin özelliklerini kavramasının yanı sıra kendilerinin de sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

II. AMAÇ

Bu çalışmada, bir hemşirelik yüksekokulu birinci sınıf eğitim programı içinde yer alan derslerin öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin gelişimine etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

III.1. Sağlık Kavramı:

Sağlık, evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. Geçmiş yıllarda sağlık; “hastalık ya da sakatlığın olmayışı” olarak dar bir çerçevede tanımlanıyordu. Bu görüş bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal faktörleri dikkate almıyordu. Oysa sağlık; kültürel, ekonomik, sosyal, fiziksel ve biyolojik faktörlerden etkilenen bir olgudur. DSÖ sağlığı; “sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Tanımda bahsedilen iyi olma durumu; kişinin aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması, kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olması ile açıklanmaktadır (Pender ve ark. 1992, Batlaş 2007, Erdoğan ve ark 1994, Birol 2005, Potter, Perry 1995, Öz 2004, Mavilla ve Huerta 2002).

Sağlık kavramı değişik otoriteler tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Biyolojik bilimler açısından sağlık; beden her bir hücresinin en üst düzeyde işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durum olarak kabul edilir. Davranış bilimlerine göre sağlık; kişinin çevresiyle uyumu ve beklemediği bir olay karşısındaki savunma potansiyeli olarak algılanmaktadır. Sosyal bilimlere ise sağlığı; bireyin sosyal rollerini yerine getirmedeki yeterliliği olarak tanımlar (Öz 2004, Akça Ay 2008).

Sağlık kavramı bir çok hemşire kuramcı tarafından da tanımlanmış ve kavramın farklı yönlerine vurgular yapılmıştır. Kuramcılarının sağlık tanımları incelendiğinde sağlık kavramının belirli özelliklerine vurgu yaptıkları görülmektedir. Örneğin; Virginia Henderson’un bağımsızlığı, Martha E. Rogers’ın pozitif sağlık kavramını, Sister Callista Roy’un uyumu (adaptasyon), Dorethea E. Orem’in fiziksel, mental ve sosyal bütünlük içinde olma durumunu, Florence Nightingale’in çevresel faktörleri yönetmeyi, Betty Neuman’ın iyilik-hastalık kavramlarını ve Dorothy E. Johnson’ın ise stres ve sağlık ilişkisini daha çok ele aldığı anlaşılmaktadır (Velioğlu 1999, Birol 2005, Potter ve Perry 1995, İnanc ve ark 1998, Öz 2004, Akça Ay 2008).

Birçok tanımı yapılmış olan sağlık kavramı tarihsel süreç içerisinde farklılıklar göstermiştir. Eski çağlarda fiziksel bütünlük, toplum içinde var olmanın birinci şartı olarak görülürken, fiziksel yetersizliği olanlar ve dış görünüşleri farklı olanlar toplumdan tecrit edilmişlerdir. Bireylerin sağlıklı sayılabilmesinde ruh sağlığının önemi 19 yy. sonlarına doğru fark edilmiş, ruh ve beden ayırımına gidilmiştir. Bilimsel çalışmalar ilerledikçe, bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle sağlık ilişkisi fark edilmiş, sağlık ve hastalık kavramları arasındaki farklılıklar anlaşılmaya başlanmıştır. Hastalıkların oluşumunda bakteri, mantar v.b özel bir etkenin rolü olduğunun anlaşılmasıyla da tanı koyma girişimleri başlamıştır. Yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde, sağlık ve hastalık kavramları “biri var ise diğeri yoktur” anlayışı ile iki uç kavram olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Kum 1992, Pender ve ark 1990, Edelman ve Mandle 2002). İkinci Dünya Savaşı sırasında bireylerin güçlü stresörlerin etkisiyle ruhsal sorunları yoğun olarak yaşamalarına bağlı olarak, fiziksel yetersizliğin oluşmasında ruhsal etkenlerin önemi anlaşılmıştır. İlk defa Hipokrat etkileşim kuramı ile akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. 1926 yılında Kuzey Afrikalı Dr.Christian Smits, sağlığa “holistik (bütüncül)” yaklaşımı getirerek bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütün olduğunu vurgulamıştır (Ocakçı 2003, Edelman ve Mandle 2002, Stenhope ve Lancaster 2000).

Bütüncül sağlık kavramı ile, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlarının birbiriyle etkileşim içinde olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bir bütün olduğu ve sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülmemeyeceği vurgulanmaktadır. Bütüncül sağlık anlayışına göre sağlık kavramının bazı bileşenleri vardır.

Fiziksel sağlık: fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir.

Spirüüel sağlık: bir kişinin yaşamının anlamını, ölümünün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel ilişkiyi vurgular. Burada alışılmış fiziksel sınırların

ve kısıtlılıkların aşıldığı bir farkındalık düzeyi vardır. Ayrıca sağlığın anlamını açıklamak ve sağlık değeri oluşturmak için bir fırsat sağlar.

Ruhsal sağlık: bireyin duygu, düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ancak bu denge durağan bir nitelik taşımayıp, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur (Öz 2004).

Sosyal sağlık: bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir (Öz 2004).

Bütüncü sağlık anlayışının gelişmesinden itibaren 20. yüzyılın sonlarına doğru ise sağlık bakım politikaları daha çok sağlığı koruyan ve geliştiren faaliyetler üzerinde odaklanmaya başlamıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları birbirinden farklı olmasına karşın çoğu kez aynı anlamda kullanılmaktadır. (Walker ve ark. 1987, Pender ve ark. 1992, Edelman ve Mandle 2002, Ocakçı 2003, Stenhope ve Lancaster 2000).

III.2.Sağlığı koruma

Sağlığı koruma kavramı, 1953 yılında H.R Leawell ve E.G Clark tarafından tanımlanmıştır. Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozan davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder. Erken tanı ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar (Stenhope ve Lancaster 2000). Sağlığı koruma davranışları koruyucu sağlık hizmetleri anlayışına göre sağlığın her alanında yer almaktadır ve bunlar birincil, ikincil ve üçüncül koruma hizmetleri olarak belirtilmektedir.

Birincil Koruma: sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin, toplumun ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik aktiviteleri içerir. Bireyleri hastalıklardan koruyan bağışıklama ve karsinojenler, mesleki tehlikeler ve çevresel risklere maruz kalmayı azaltan müdahaleleri kapsar. Örneğin; temiz su, sağlıklı konut, katı ve

sıvı atıkların sağlığa zarar vermeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin yanı sıra yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin sunulması ve kişisel hijyen önlemlerinin alınması birincil koruma uygulamalarındandır. Ayrıca bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kuşaktan kuşağa geçmesini önlemek, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer.

İkincil Koruma : birey, aile ve grupların suboptimal sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini sınırlar ve hastalıkların presemptomatik evrede yapılan kontrollerle ve taramalarla erken tanı ve tedavisini içerir. İkincil koruma hastalıkların erken tanınmasını sağlayan tarama aktivitelerini kapsar ve hastalıkların kronikleşmesini engeller.

Üçüncül Koruma ise bireyleri hastalıkların tekrarından, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan korumaya yönelik hizmetleri kapsar. Önlenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumunda olan bireylerin, bu engellerini yenerek kendilerini yeterli ve üretken duruma getirmelerini, ayrıca toplumsal uyumlarını geliştirmelerini sağlar. Üçüncül koruma rehabilitasyona odaklanır ve bireylerin yetersizlikleri içinde optimum seviyede fonksiyon görmelerini sağlar (Erefe ve ark. 1998, Akdemir ve Birol 2005, Öztekin 2001, Stenhope ve Lancaster 2000, Black ve Matassorian 1997, Edelman ve Mandle 2002).

III.3. Sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirebilmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir (Pender ve ark.1992). DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, sağlık politikaları ve destekleyici çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (Stenhope ve Lancaster 2000, Akdemir ve Birol 2005). O'Donnell (1989) sağlığı geliştirme kavramını "optimal sağlık durumuna doğru hareket etmek için, kendi yaşam

tarzlarını seçmede insanlara yardım etme bilim ve sanattır” diye tanımlamıştır (Edelmann ve Mandle 2002). Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (Geçkil ve Yıldız 2006). Sağlığı geliştirmede, bireyin sağlıklı davranışı gibi pozitif bir yaklaşım esastır. Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziksel kapasitesine uygun düzenli egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması amaçlanmaktadır (Edelman ve Mandle 2002).

Tanımlardan da anlaşıldığı gibi, sağlığı geliştirmenin temel hedefi, bireylerin olumlu sağlık davranışlarını kazanması ve sürdürmesidir. Bunun sağlanabilmesi için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirerek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve bu davranışları sürdürmeleri gerekmektedir (Edelman ve Mandle 2002, Pender ve ark 1992).

Şekil 1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranış Örnekleri

Sağlığı Koruyan Davranışlar	Sağlığı Geliştiren Davranışlar
<p>Düzenli Yapılması Gereken Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pap-Smear, TA kontrolü gibi periyodik muayeneler 2. 40 yaşından sonra yılda bir kez dışkıda gizli kan aranması, 3. İki yılda bir göz muayenesi, 4. 6-12 ayda bir diş muayenesi 5. 50 yaşından sonra yılda bir kez mamografi 6. Yaşa uyan aşılama, 7. Tıbbi tedavi ile ilgili şikayetleri değerlendirme, <p>Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sigara içmeme, 2. Alkol almama ya da az alma, 3. Kolestrolden ve yağdan düşük diyet alma, 4. Lifli diyet alma, 5. Diyette düşük veya orta oranda tuz alma, 6. Kafein almama veya sınırlı oranda alma, <p>Egzersize Yönelik Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengeli diyet ile haftada üç kez 20 dk egzersiz yapma, 2. Gecede 6-8 saat uyku uyuma, 3. Boş zamanlarında eğlenceli aktivitelerde bulunma, <p>Diğer Uygulamalar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendi kendine meme muayenesi, 2. Emniyet kemeri kullanma, 3. Güneş ışınlarından korunma, 4. Günlük hijyen uygulamaları, 5. Olumlu kişilerarası ilişkiler kurma. 	<p>Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Büyüme değişikliklerini izleme, 2. Uzun hedefler geliştirilme, 3. Gerçek hedeflerini belirleme, 4. Yaşamda amaç edinme, 5. Mutluluğu ve hoşnutluğu hissetme, 6. Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma, <p>Sağlık sorumlulukları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Şikayetlerini sağlık sorumlularına iletme, 2. Sağlıkla ilgili tartışmalara girme, 3. Sağlıkla ilgili yayın okuma, 4. Çevre sağlığı programlarına katılma, <p>Egzersiz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nabız kontrolü ile egzersiz yapma, 2. Haftada üç kez etkili ve düzenli egzersiz yapma, 3. Yeni aktiviteler yaratma, <p>Beslenme</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gıda katkı maddesi içeren besin maddesi kullanmama, 2. Günde üç öğün dört besin grubunu tüketme, 3. Vücut fonksiyonlarını destekleyen, koruyan yiyecek tüketme, 4. Besin sanitasyonuna dikkat etme, <p>Kişiler Arası Destek</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemlerini başkaları ile tartışabilme, 2. Dokunmaktan kaçınmama, 3. Sevgiyi ifade edebilme, <p>Stres Yönetimi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Günlük gevşeme egzersizleri yapma, 2. Stres kaynaklarının farkında olma, 3. Dengeli uyku uyuması ve egzersiz yapma, 4. Stres kontrol yöntemleri kullanma, 5. Duygularını ifade etme.

Kaynak: Perry A.G, Potter A.P (1995) Basic Nursing Theory and Practice, Mosby, Third Edition, 26-40.

III.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışları bireylerin sağlığı geliştirme, hastalıkları azaltma veya önlemeye yönelik olarak iyi olduğuna inandığı ve uyguladığı aktivitelerdir (Esin 1997, Geçkil ve Yıldız 2006). Sağlık davranışı; sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür (Oran ve San Turgay 2004). Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Sağlığı geliştirmeye, sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri sergilemekle katkıda bulunulur.

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumaya yönelik bilinçli çabalardan oluşur. Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgi davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler (Herkes İçin Sağlık Hedefleri 2000, Ulusal Sağlık Politikası 1993).

Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığı olumlu veya olumsuz olarak etkiler (Kıray Vural 1998). Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözümler bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyuşmazlıkları çözümlenme yeteneğinin, etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif müdahalede bulunma kapasitesinin olması gerekir (Spellbring 1991). Walker, Sechrit ve Pender (1987), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını “kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik halini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması” şeklinde tanımlamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri içinde;

- Kendini gerçekleştirme
- Sağlık sorumluluğu

- Egzersiz ve Fiziksel aktivite
- Beslenme
- Kişilerarası destek
- Stres yönetimi

olarak belirtilen 6 faktörün önemli düzeyde etkisinin olduğu bildirilmektedir (Ahijevych ve Bernhard 1994, Spellbring 1991, Pender ve Barkauskas 1992). Aşağıda bu faktörler kısaca açıklanmaktadır.

III.3.1.1. Egzersiz ve fiziksel aktivite

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (Griffith 2002, Speck 2002).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkin olmayabileceği bildirilmektedir (Black ve Matasorrian 1997). Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, sağlığın daha da geliştirilmesine katkı verir. Bununla birlikte yapılacak iyi bir diyet, düzenli kilo kontrolü, sigaranın azaltılması, stresi kontrol altına alabilmek, iyi bir uyku gibi genel sağlık kurallarına dikkat etmek, sağlıklı yaşamın diğer boyutlarını oluşturmaktadır (Sevim 2002, Black ve Matasorrian 1997).

Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumlardaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur. Ayrıca hızlı ve çarpık kentleşmenin getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemlerle birlikte psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler de ortaya çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (Kale 2002, Cindaş 2001, Sevim 2002).

Fiziksel egzersizin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sürdürmek ve geliştirmek için birçok olumlu etkisi vardır. Egzersiz her yaşta kas kuvvetini,

eklem hareketliliğini, esnekliği, koordinasyonu ve kilo kontrolünü sağladığı gibi bireylerin kendisini daha iyi hissetmesini sağlar ve sosyal bağlarını güçlendirerek toplumdaki izole olmalarını önler. Tüm bu gelişmelere bağlı olarak da yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artmasını sağlar (Potter ve Perry 2001, Speck 2002).

Egzersiz bu tür yararlarının olduğu bilinmesine rağmen birçok gencin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yeterli egzersiz yapmadıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu birçok çalışmayla da ortaya konulmuştur (Özmen ve ark. 2007, Savcı ve ark. 2006, Vaizoğlu ve ark 2004). Bunlardan Savcı ve ark.'larının (2006) üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %72'sinin yüksek düzeyde, %68'inin orta düzeyde fiziksel aktivite yapmadığı, %15'inin fiziksel olarak aktif olmadığı, %68'inin fiziksel aktivitesinin düşük düzeyde olduğu ve sadece %18'inde fiziksel aktivitesinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır (Savcı ve ark. 2006).

Yukarıda da belirtildiği gibi fiziksel egzersiz uygun bir beslenme düzeniyle birlikte yapıldığında, fiziksel sağlığı geliştirmeye katkı verebilir. Yani yalnızca düzenli egzersiz yapmak sağlığı geliştirmek için yeterli değildir. Bunun yanında beslenmeye de dikkat etmek gerekir (Black ve Matasorrian 1997).

III.3.1.2. Beslenme

Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Günlük olarak alınan besinler, 6 temel besin öğesinden oluşur. Bu öğeler, su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraldir. Su, yaşamı oluşturan ve devam ettiren temel besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise, besinlerdeki karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden karşılanır. Vitamin ve mineraller, vücut içindeki biyokimyasal olaylarda önemli role sahiptir. Besinler mümkün olduğunca kimyasallardan, katkı maddelerinden, koruyuculardan ve toksinlerden uzak olmalıdır (Black ve Matasorrian 1997, Akça Ay ve ark 2008). Besin, organizmada

ısı, enerji, hücre yapımı ve yenilenmesini sağlayan, metabolik süreçleri düzenleyen yiyeceklerde bulunan organik ve inorganik kimyasal maddelerdir. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere ihtiyacı vardır. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir. Yenilen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması ya da bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki vardır. Sağlıksız beslenme sonucunda osteoporoz, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar yaygın olarak görülmektedir (Black ve Matasorrian 1997).

Diğer taraftan günümüzde yaşam koşullarının oluşturduğu, "fast food" türü beslenme biçimi alışkanlık haline dönüşmüştür. Bu durum, özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve şişmanlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Black ve Matasorrian 1997, Akça Ay ve ark 2008, Çakırcalı 1996).

Yeterli ve dengeli beslenme: Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Black ve Matasorrian 1997, Akça Ay ve ark 2008, Çakırcalı 1996). Bununla birlikte bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi gelişimsel, kültürel, ekonomik nedenler, alışkanlıklar ve sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.

Bu faktörlerin bireyler üzerindeki etkilerini azaltmak için aşağıdaki özelliklerin dikkate alınması gerekir.

Sağlıklı beslenme önerileri

- Öğün atlanmamalı, kahvaltı mutlaka yapılmalıdır. Üç ana öğünün yanı sıra, ara öğünlerde de besin tüketimi sağlanmalıdır.
- Şekerli meşrubat ve şeker eklenmiş meyve sularının tüketimi azaltılmalıdır.
- Balığın düzenli olarak tüketilmesi teşvik edilmelidir.
- Yalnızca yağsız et ve az yağlı et ürünleri tercih edilmelidir.

- Rafine edilmiş unlardan hazırlanan ekmekler ve tahıl ürünleri yerine “tam ekmek”, “tam tahıl ürünü” tüketilmelidir.
 - Yüksek kalorili sosların (peynir sosu, krema sosları vb.) tüketimi sınırlandırılmalıdır.
 - Ayaküstü beslenmeden, abur cubur yemekten kaçınılmalıdır.
 - Çay ve kahve tüketimi sınırlandırılmalıdır.
 - Çok tuzlu ve çok yağlı yiyeceklerin tüketimi engellenmelidir.
 - Çocukların büyüklerini rol modeli alacağı unutulmamalı ve erişkinlerin de diyetlerine gereken özeni göstermesi sağlanmalıdır.
- (Kale 2002, <http://www.hm.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/Bolum8.pdf>)

III.3.1.3. Kişilerarası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsemeyecek bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta etkin bir iletişimin sağlanmasıdır (Özcan 2006).

İletişim; insanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı gelişir ve bu bağı karşılıklı değer vermeye, saygı duymaya ve destek olmaya bağlıdır. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli rol oynar.

- Algılama (bireyin genel deneyimleri olup, davranışın yönünü belirler)
- Değerler (değer sisteminde yaş, cins, inanışlar rol oynar)
- Kültür (bireyin dünya görüşü, örf ve ananeler)
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat ve kin duyguları)
- Sosyal konum

Kişilerarası destek sağlamada önemli noktalardan birisi aktif dinlemedir. Aktif dinleme bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma, sorunlarını belirleme ve çözüm bulmada önemlidir (Özcan 2006, Barg ve Heard 1996).

Bireyler çeşitli dönemlerde hastalık, boşanma, ekonomik yetersizlikler vb. gibi çeşitli nedenlerle beden, rollerinde, ilişkilerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi dönemlerde bireylerin aile veya yakın çevresinden destek görmesi sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmada yardımcı olur (Barg ve Heard 1996).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar. Destek veren kişi veya kişiler problemin çözümüne, altta yatan temel gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (Arkanoc 1993).

Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir ve bunun sonucunda üretkenliği artar ve yaşam kalitesi de artar (Batlaş ve Batlaş 2006, Cüceloğlu 1994).

III.3.1.4. Stres Yönetimi

Stres sözcüğü ile “kişinin fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik stres tepkileri” anlatılır. Stres kelimesinin ifade ettiği diğer anlam ise organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümüdür. Stres vericiler, fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) ve ya sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b.) içerikli olabilir (Balcıoğlu 2005, Batlaş ve Batlaş 2006).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır (Güçlü 2001). Stres aynı zamanda bireylerin sağlığını da etkileyebilir. Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermez ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini, hastalıklarla savaşıma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine katkıda bulunabilir. Stres olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkiler (Atkinson ve ark.2006).

İnsan vücudu stresle baş etmek için üstün bir tarzda yaratılmıştır. Fakat bu ancak belirli bir seviyeye kadar geçerlidir. Uyum, yeni duruma organizmayı tehdit

eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir seri olayları kapsayan süreçtir, insanın strese uyum eğilimi vardır ve bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel olarak üç düzeyde gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her düzeyde, bireysel farklılıkların olduğunu kesinlikle gözardı etmemek gerekir (Akdemir ve Birol 2005) .

Uyum sürecinde, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz ya da uygun olmayan biçimde olabilir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyarılara duyarlılık azalır ya da artar. Uyum sürecinde durumla ilgili;

- Gerçekçi hedefler belirlemek
- Uyum için davranış değişikliği yapabilmek
- Baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamak
- Gerektiğinde destek almak önemlidir.

Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin çok önemli hedeflerinden biridir. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır.

Stres ile baş etmeye yönelik olarak:

- Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek,
- Baş etme stratejileri geliştirmek,
- Gevşeme yöntemlerini geliştirmek,
- Eğitim,
- Sosyal destekleri geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (Akdemir ve Birol 2005, Batlaş ve Batlaş 2006, Smeltzer ve Bare 1996) .

III.3.1.5. Kendini Gerçekleştirme

Sağlık günümüzde, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu

anlamda sağlık, yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte ve kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (Edelman ve Mandle 2002).

Kendini gerçekleştirme, bireylerin potansiyelleri doğrultusunda her türlü konuda yaratıcılıklarını artırmalarına yönelik olarak ortaya çıkan ihtiyaçlar olarak tanımlanabilir (zmutaf 2005). İnsanın davranışlarına yön veren ana güdü, insanın kendini gerçekleştirme güdüsüdür (Köksal 2006).

Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle yaşama odaklanarak ve yaşamı özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşamasıdır. Maslow'a göre kendini gerçekleştirmiş birey farkındalık, dürüstlük, özgürlük ve güven gibi önemli özellikler gösterir.

Farkındalık, gerçeğin etkin, net bir şekilde algılanması demektir. Farkındalık düzeyi yüksek olan bireyler politik, dini konularda ve duygularını tam ifade etmede net bir algıya sahip olma, doğadaki düzen ve güzelliği değerlendirme, deneyime açık, tutumlarında esnek ve yeni bilgi edinme konusunda istekli, ahlaki konularda st düzeyde netlik taşıma gibi özellikler gösterirler. Toplumun norm ve yasalarının etkisini aşmışlardır. Dünyadan bu biçimde haberdar olmaları sonucu sık sık zirve ve yoğun yaşantılar geçirirler, kendilerini aşarlar ve diğerlerinden değerlişik grnrlr. Maslow'a göre kendini gerçekleştiren bireyler kültürlerin üstünde değerlere sahiptir, tutumları esnektir ve ahlaki farkındalıkları yüksektir.

Dürüstlük, kendini gerçekleştiren bireyin ikinci özelliğidir. Bu, kişinin kendi duygularını bilmesi ve onlara güvenmesi sonucu ortaya çıkar. Dürüst bireyler kendilerini diğerlerine yakın hissederler, her düzeyde insanı kabul ederler. İlişkilerindeki derinlik nedeniyle gerek arkadaşlar edinebilirler. Gerçeği arayan yapılandırıcı kişi de bilir ki farklı bakış açıları ve farklı zamanlar farklı cevaplar üretir. Bu nedenle bu bireyler insanlarla yakın ve empatik bir ilişi kurmaya çalışırlar. Böyle bir yaklaşım kişiyi kendinin olduğu kadar diğerlerinin de davranış ve düşüncelerini dikkate almaya yönlendirir.

zgrlk, kendini gerçekleştiren kişinin nc özelliğidir. Bu; bağımsız, yaratıcı, spontan bir yaşama biçimidir. Kendini gerçekleştiren kişiler fiziki ve sosyal çevrelerinden daha az etkilenirler, davranışları daha çok iş yaşamlarından

kaynaklanır. Yapılandırıcının özgürlüğü ise diğerlerinin bakış çerçevesinden çıkabilmesindedir. Hem kendinin hem diğerlerinin bakış açılarını birleştirir ve yaşam kalitesini yükseltir.

Güven, kendini gerçekleştiren insanın bir başka özelliğidir. Bu kişiler kendilerini, diğerlerini ve doğayı olduğu gibi kabul ederler. Olabileceklerinin en iyisi olmaya çalışırlar ve yaşama tam bir problem çözümcü olarak yaklaşır. Problem çözme yollarını ararlar ve yapabileceklerini davranışa geçirirler. (Kuzgun 2000).

A. Maslow'a göre kendini gerçekleştirenlerin özellikleri ve kendini gerçekleştirmeye götüren davranışların listesi aşağıda verilmiştir (Atkinson ve ark. 2006).

Kendini gerçekleştiren bireylerin özellikleri:

- Gerçekliği etkin biçimde algılamak ve belirsizliği giderebilmek,
- Kendisini ve başkalarını olduğu gibi kabul etmek,
- Düşünce ve davranışta kendi gibi olmak,
- Ben merkezli olmaktan çok problem merkezli olmak,
- İyi bir mizah anlayışına sahip olmak,
- Yüksek düzeyde yaratıcılık,
- Bilinçli olarak görenek dışı olmakla birlikte özkültürün içselleştirilmesine direniş,
- İnsanlığın refahıyla ilgilenmek,
- Yaşamın temel deneyimlerini derinlemesine değerlendirmek,
- Az sayıda insanla derin, doyurucu kişisel ilişkiler kurmak,
- Yaşama nesnel bir bakış açısından bakmak.

Kendini gerçekleştirmeye götüren davranışlar:

- Yaşamı bir çocuk gibi tam bir özümleme ve yoğunlaşmayla yaşamak,
- Güvenli tarzlara takılıp kalmaktansa yeni bir şeyler denemek,
- Deneyimleri yorumlarken, geleneğin, otoritenin ya da çoğunluğun sesinden çok kendi duygularını dinlemek,
- Dürüst olmak; oyunculuktan ya da rol yapmaktan kaçınmak,

- Görüşleri çoğu insan görüşleriyle çakışmıyorsa, gözden düşmeyi göze almak,
- Sorumluluk sahibi olmak,
- Karar verdiği şey ne olursa olsun o konuda çok çalışmaktır (Atkinson ve ark. 2006).

III.3.1.6 Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir (Lusk ve ark 1995, Bottorff ve ark. 1996).

Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar. Bireyin sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğine inandığı davranışları geliştirmesinde sorumluluk almasına katkı verir (Smaltzer ve Bare 1996).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Basit sapmalar (sağlıkla ilgili değişiklikler) olduğunda dahi gerekli önlemleri alması ile belirlenir.

Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini ve bireysel çaba harcadığını gösterir (Lusk ve ark 1995, Bottorff ve ark. 1996).

İstendik olan bütün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireylerde aktif

şekilde gelişmesidir. Ancak sağlığı geliştiren bu davranışlar pek çok davranış gibi bazı faktörlerden etkilenmektedir.

III. 3.2. Sağlığı Geliştiren Davranışları Etkileyen Faktörler

Bu faktörler :

Demografik ve sosyo-ekonomik özellikler: yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda önemli rol oynamaktadır.

Motivasyon: sağlık sorunu olan veya daha sağlıklı olma isteği içinde bulunan bireyler sağlığı geliştirme programlarına daha uzun süre katılmaktadır.

Öz-etkililik ve sağlıksız davranışlara dönme eğilimi: öz-etkililiği yüksek olan bireyler davranış değişikliğini daha uzun süre sürdürmektedirler. Ancak stres altındaki bireylerin öz-etkililikleri olumsuz yönde etkilenebilir ve yeniden sağlıksız davranışlara dönebilirler.

Engelleyen ve destekleyen özellikler: engelleyen özellikler sağlığı geliştirici davranışları olumsuz yönde engelleyen dışsal veya içsel etmenlerdir. Fiziksel ve psikolojik özellikler, motivasyon ve çevresel özellikler, bireyin sağlık durumu ve kişisel nedenler engelleyen nedenlere örnek olarak verilebilir. Destekleyen özellikler sağlığı geliştirici davranışları olumlu yönde etkileyen dışsal veya içsel etmenlerdir. Sağlığı geliştiren davranışların fark edilmesi, yararlarının anlaşılması ve destekleyici çevrelerin varlığı destekleyen özelliklere örnek olarak verilebilir (Spellbring 1991, Erdoğan ve ark 1994).

Yukarıda anılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu hemşireleri temel insan gücü olarak görmektedir. Hemşirelerin aynı zamanda toplumda yaşayan birer birey oldukları da düşünüldüğünde, hem kendileri hem de hizmet verdikleri bireyler açısından bu davranışları bilmeleri ve öğretmeleri büyük önem taşımaktadır (Esin 1999).

III.3.3. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü, tıbbi bir hizmet değil bir sağlık aktivitesidir. Hemşirenin sağlığı geliştirmedeki rolü karmaşıktır ve biręok hemşirelik rolünü kapsar. Günümüz sağlık bakım sistemi içinde hemşirelik, hemşirelik felsefesi ve uygulamaları sağlığı geliştirme kavramı ve bu kavramı geręekleřtirmeye yönelik önemli bir konumdur. (Mavilla ve Huerta 2002, Spellbring 1991)

Amerikan Hemşireler Birliği hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü, “hemşire, bireylerin ve grupların geręek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumludur” şeklinde belirlemiştir (Black ve Matossorin 1997).

Hemşirenin sağlığı geliştirme rolleri literatürde savunucu, bakım yöneticisi, konsültan, hizmetlerin dağıtıcısı, eğitici, iyileştirici, araştırıcı olarak belirtilmektedir (Spellbring 1991, Kozier ve ark. 2004, Edelman ve Mandle 2002). Ancak hemşireler değişen gelecek hedefleri ve hemşirelik rolleri doğrultusunda sağlığı geliştirmede farklı roller de üstlenmelidir (Edelman ve Mandle 2002).

Bu roller kısaca şu şekilde özetlenebilir:

1. Hemşire bireysel ve ailesel kaynaklı potansiyel risk faktörlerini belirler. Eldeki verilerle mevcut problem hakkında tanı koyar, problemin çözümleri için plan yapar, hemşirelik girişimlerinde bulunur ve değerlendirme yapar.
2. Hemşire, bireyin kendi sağlığı ile ilgili sorumlulukları taşımasına ve sağlığı geliştiren aktivitelerin öneminin algılanması ve uygulanmasına yardımcı olur.
3. Hemşire, bireyi fizik ve sosyal çevresi ile birlikte ele alarak yapılacak kişisel sağlığı geliştirme çabalarına uyumuna yardımcı olur ve bireyi aktiviteleri yapmaya cesaretlendirir.
4. Birey ya da hasta kendi durumlarını, sağlık problemlerini ve tıbbi tanılarını bilme, yapılan bakımı ve tedavileri öğrenme, kabul veya reddetme, kendilerine sağlık hizmeti sunan bireyleri tanıma, hizmeti veren kuruluşların sağlık sistemleri hakkında haberdar olma hakkına sahiptir. Hemşirenin bu durumdaki

bireylerin savunuculuğunu yapma ve hakları konusunda bilgilendirme sorumluluğu vardır (Edelman ve Mandle 2002, Spellbring 1991).

5. Hemşire vaka yönetiminden sorumludur. Mevcut durum hakkında bilgi sahibi olmak, veri toplamak, izlemlerde bulunmak, holistik bir yaklaşım içinde tüm sağlığı geliştiren aktiviteleri yerine getirmek durumundadır.
6. Hemşire, yapılması gereken aktiviteleri bir istem ve program doğrultusunda gözden geçirir, öncelikleri belirler, konsülte eder, daha kolay ve daha yararlı olanlardan başlayarak girişimlerde bulunur.
7. Hemşirenin, sağlığın geliştirilmesinde eğitici ve bilgi verici rolü bulunmaktadır. Hemşire bireylere, sağlık ve hastalık hakkında düzenli ve programlı bir şekilde gereksinim duyulan ve gerekli görülen durumlarda eğitim verir.
8. Hemşire, özellikle yaşam kalitesini ve iyilik halini doğrudan etkileyen kronik hastalıklar veya erken teşhis ve tedavinin öncelikle önem taşıdığı sağlıktan sapma durumlarında bireylere bilgi verir (Spellbring 1991, Kozier ve ark. 2004).

Sağlığı geliştirme alanında çalışan hemşireler bu rollerini yerine getirirken bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi öğrenmelerini sağlamak için programlar geliştirmelidirler. Programlar bazı aşamaları içermelidir. Bunlar :

- Hedef ve amaç oluşturma,
- Gereksinimleri değerlendirme ve katılımcıyı dahil etme,
- Katılımcı öğrenme ortamı oluşturma,
- Katılımcılar arasında etkileşimi kolaylaştırma,
- Bildiriler ve görsel-işitsel öğretim araçları geliştirme,
- Sempozyum, panel, beyin fırtınası, tartışma, demonstrasyon, vaka çalışmaları, görüşme, rol play ve problem çözme gibi bağımsız öğretim stratejileri geliştirmeyi kapsamalıdır.

Sağlığı geliştirmede anahtar rol oynayan hemşirelerin bu rollerini yerine getirmesini etkileyen bazı faktörler ise (1) sağlık bakım sistemi, (2) hemşirelik rolleri, (3) artan teknolojik gelişmeler, (4) ekonomik çevre ve (5) bireylerin davranışlarıdır. Bu faktörlerin etkileri kısaca şöyle açıklanabilir:

Sağlık bakım sistemi : sağlık bakım giderlerinin artmasına paralel olarak sağlık bakım sistemi de hızla değişmektedir. Bu bakış açısının bir sonucu olarak da hastaların mümkün olduğunca en kısa sürede hastaneden taburcu edilmeleri istenmekte ya da çok gerek duyulmadıkça hastaların hastaneden uzak durmaları sağlanmaktadır. Sundukları bakımın yarım kalması nedeniyle bu değişimlerden en çok etkilenen grup ise hemşireler olmuştur.

Hemşirelik rolleri: hemşirelerin bilgi birikimlerinin artması ve sağlık bakım sistemindeki değişimlere paralel olarak hemşirelerin rollerinde de birtakım değişimler söz konusu olmuştur. Eskiden hekimin istemini uygulayan ve çoğunlukla hastanelerde çalışan hemşireler, günümüzde uzmanlaşarak daha farklı alanlarda çalışmaya başlamıştır. Sağlık ekibinin üyeleriyle işbirliği yaptılar. Artan bilgi birikimi ve onun getirdiği sorumluluklara bağlı olarak hemşireler sağlığı geliştirme faaliyetleri için liderlik rolünü üstlenmeye başlamışlardır.

Artan teknolojik gelişmeler: teknolojik gelişmeler öğrenme ve bilginin paylaşılma hızını artırmakla kalmayıp aynı zamanda özel tanılama testleri ve tedavilerin de bulunmasına katkı sağlamıştır. Fakat her evde bilgisayar ve televizyonun var olması ve medya ve internet kullanımının artması da sağlığı geliştirmeyle ilgili eksik ya da sınırlı bilgilerin halka ulaşmasına neden olmaktadır.

Ekonomik çevre: sağlığı sürdürme için yapılan harcamalar giderek artmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve sağlık ihtiyaçlarının artması sağlık bakım maliyetlerini daha da artırmaktadır. Buna bağlı olarak da sağlık durumunu sürdürme daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bireyin davranışları: her bireyin kendi sağlığı için sorumluluk alması gerekir. Ancak genetik yatkınlıklar sağlık durumunu etkileyebilir. Bu durumda hemşirenin bireyi genetik hastalıklar ve sağlığı sürdürme konusunda eğitmesi gerekir (Maville ve Huerta 2002)

III.4. Yaşam Kalitesi

Çağdaş sağlık hizmetlerinin amacı, sadece hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek değil, bireye toplum içindeki rolünü sürdürebileceği yüksek kalitede bir yaşam sunmaktır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini artırmak ve geliştirmektir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi sağlığın önemli bir unsuru olmaya başlamış ve sağlık bilimcilerin yaşam kalitesini ölçmeye olan ilgisi artmıştır (Lın 2007, Akdemir ve Birol 2005).

Yıllarca felsefenin tartışma konusu olan yaşam kalitesi kavramı:

Antikçağ ve ortaçağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır. 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomistler tarafından; ulusal üretim; ulusal gelir, satın alma gücü olarak ifade edilmiş, sosyologlar tarafından da çalışma, barınma sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır. 1970'li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutu ile gündeme getirilmiştir. 1970'lerden sonra tıp alanına, 1980'lerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir.

Geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, doğrudan sağlıkla ilgili konuların yanı sıra, sağlığı dolaylı yollardan etkileyen işsizlik, çevre ve diğer yaşam koşullarını da ele almaktadır. İlk olarak, ölçme ve veri değerlendirmede ortaya çıkan teknik ilerlemeler sonucu, bireylerin, grupların hatta toplumların yaşam kalitesini incelemek mümkün olmuştur. İkinci olarak, davranış bilimciler tarafından sosyal çevrenin bireyin yaşam tarzında oldukça önemli etkisi olduğu gösterilmiştir (Fitzpatric ve ark. 1992). Bu sosyal güçlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini anlamak, planlayıcıların iyi yaşam için hazırladıkları sosyal programları daha etkili biçimde hazırlayabilmelerine ve olası hatalardan kaçınmalarına yardımcı olmaktadır. Üçüncüsü, kişinin yaşantısını, deneyimlerini, beklentilerini daha iyi anlamak ve yaşantılarını daha iyi sürdürebilmeleri için kararlar alabilmeleri yönündedir. İnsanlar değişen dünyada nasıl doyum sağladıkları ve yaşam kalitesini arttıracaklarını öğrenmek istemektedirler. Esas olarak, yaşam kalitesi yaşamın iyiliği ile ilgili bir kavramdır (Şimşek 2001).Bu terim, ekonomi ve coğrafyadan psikoloji ve sosyolojiye, hemşirelikten diğer

tüm tıp dallarına kadar, geniş bir yelpazedeki birçok bilim dalı tarafından kullanılmaktadır (Tüzün ve Eker 2003).

Birçok bilim dalı tarafından kullanılmasına karşın yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamda nelerden zevk alındığını ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültüre faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır (Akdemir ve Birol 2005). Yaşam kalitesi çoğunlukla bireylerin “iyi olma” durumu olarak da değerlendirilmektedir. (Aygençel ve Öztürk 2001, Webster ve Cella 1998). Meeberg (1992) yaşam kalitesini çok yönlü tatmin olma; mutluluk ve zevkin kişisel algısı olarak değerlendirmiştir.

DSÖ’ye göre yaşam kalitesi “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir” ve kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır. (WHO 1997, King ve Hinds 2003).

İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak da tanımlanabilir. Yaşam kalitesi psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürülmesine temellenmiştir (Akdemir ve Birol 2005).

Yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanımlama yapılmışsa da genel anlamda, kişinin bireysel iyilik durumunun anlatımı ve fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır (Arslan ve Kutsal 1999). Yaşam kalitesi değişik göstergeler kullanmayı gerektirir. Yaşam kalitesi güzellik ve estetik olarak algılanabildiği gibi; yaşam memnuniyeti olarak da ele alınabilmektedir (WHO 1997).

Yaşam kalitesin tanımlarında anahtarlar rol üstlenen kavram öznelliktir. Yaşam kalitesi, bir kişinin şu anda içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı, eksikliği tanımlamaktadır. Bireyler, kendi algıladıkları sosyal durumlarını diğerleri ile karşılaştırarak umut ve beklentilerini ortaya koyarlar. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, sağlık

durumu, dini inanışlar, meslek gibi birçok değişken umut ve beklentilerin şekillenmesinde rol oynamaktadır (Tüzün ve Eker 2003).

Araştırmacılar yaşam kalitesinin; çok boyutlu ve kapsamlı bir kavram olduğu görüşünü benimsemişlerdir (Akdemir ve Birol 2005). Kavramın tam olarak anlaşılabilmesi için boyutlarının da incelenmesi gerekmektedir.

III.4.1. Yaşam kalitesinin boyutları-alanları

Ware ve Sherbourne (1992) belirttiğine göre yaşam kalitesi bileşenlerini ilk olarak inceleyen Cambell ve arkadaşları, yaşam kalitesinin barınma, yaşama standardı, evlilik durumu, iş doyumu, iş durumu, komşuluk, kendi kendine yeterlilik alanlarından oluşan bir kavram olduğunu ve yaşam kalitesi algısının bu alanların etkileşiminden oluştuğunu belirtmiştir.

Yaşamın nicelik ve nitelik olmak üzere iki boyutu vardır. Yaşamın niteliği: yaşam süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlere bağlı ölüm olaylarının değerlendirilmesi ile ifade edilir. Yaşam kalitesi değişik göstergeler kullanmayı gerektirir. Yaşam kalitesi güzellik ve estetik olarak algılanabildiği gibi; yaşam memnuniyeti, olarak da ele alınabilmektedir. Talas'a göre (2001) Rene Dubos yaşam kalitesinin büyük ölçüde subjektif değer yargıları içerdiğini ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken duyulan memnuniyete eşit olduğunu öne sürmüştür.

Yaşam Kalitesinin objektif göstergeleri; fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, Fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar. Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri ise; psikolojik/duygusal iyilik hali ve yaşam doyumu ile ilgili konuları kapsar (Akdemir ve Birol 2005).

Yaşam kalitesinin 4 temel alanı psikolojik, fiziksel, sosyal ve bireysel, parasal/maddi esenliktir.

a) Psikolojik esenlik

Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın

anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar psikolojik esenlik alanında değerlendirilir.

b) Fiziksel esenlik

Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.

c) Sosyal ve bireysel esenlik

Bireyin eşi varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

d) Parasal/maddi esenlik

Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir.

Yukarıda söz edilen alanlardaki değerlendirmeler yapılarak toplam yaşam kalitesi değerlendirilmiş olur (Tüzün ve Eker 2003, Akdemir ve Birol 2005).

Bu alanların dışında da yaşam kalitesini etkileyen (azaltan ve artıran) durumlar söz konusudur. Bu durumlar aşağıda verilmiştir.

III.4.2. Yaşam kalitesini azaltan durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi:

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlikler
- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları nedenleri ile yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilir (Akdemir ve Birol 2005).

III.4.3. Yaşam kalitesini artıran durumlar

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması,
- Güven içinde yaşaması,
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması,
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması,
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması,
- İtibar görmesi,
- Otomosinin olması,
- Mahremiyetine değer verilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi,
- Fonksiyonel olarak yeterli olması,
- Özgün bir birey olarak algılanması,
- Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (Akdemir ve Birol 2005).

III. 4.5. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Geçmişte yaşam kalitesi kavramı daha dar kapsamlı olarak ele alınmakta ve genellikle hastalıklara özel olarak düşünölmekteydi. Bu soyut kavramın ölçölmesi ise sıklıkla klinisyenlerin gözlemlerine dayanmaktaydı. Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel (tüm topluluklara uygulanabilen) ve özgün (belirli hastalık gruplarına uygulanan) ölçekler olarak gruplanmaktadır. Bu ölçekler genellikle yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir. Mevcut ölçekler sağlıklı kişilerde, belirli sağlık sorunları olan kişilerde, belirli yaş gruplarına özel ya da toplumun genelinde yaşam kalitesini ölçebilmektedir. Bu ölçekler kullanılarak yaşam kalitesi; sosyal, fiziksel, ruhsal ve akli fonksiyonları içeren “fonksiyonellik” ve yaşamdan alınan

tatmin ile sağlık durumunu içeren ‘‘algılar’’ olarak iki ana bileşen halinde değerlendirilebilir (Fidan ve ark. 2003)

Bireyin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanır ve değerlendirmektedir.

leklerde;

- Fiziksel fonksiyonu
- Sosyal fonksiyonu
- Fiziksel rol fonksiyonu
- Emosyonel fonksiyonu
- Mental sağlık durumu
- Enerji (zindelik) yorgunluk, ağrı
- Genel sağlık algısı gibi konular ele alınmaktadır (Fidan ve ark. 2003).

Günümüzde yaşam kalitesinin arttırılması sağlık alanında temel hedeflerden biridir. Yaşam kalitesi kavramı sağlıktan ekonomiye kadar birçok alanda kullanılan bir kavramdır. Bu kavramı kullanan gruptardan biri de hemşirelerdir. Hemşirelerde bireylerin sağlığını geliştirmeye katkıda bulunurken yaşam kalitesini de geliştirmeyi de hedeflemektedir.

III.4.6. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir, ancak kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Pınar 1997). Hemşirelikte yaşam kalitesi 1980li yıllardan sonra sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı medikal kaynakların dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yöneltmiştir (Pınar 1997, Pınar 1996).

Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı mesleğin alanı içinde olan yaşamın biyolojik psikososyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik

durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (Pınar 1997).

Hasta ve tedaviye muhtaç bireyin yaşam kalitesi, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır. Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir. Düşük veya yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli olduğu, objektif ve sübjektif ölçümlere ne derece önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görüşün sağlanabilmesi için yaşam kalitesi tanımlarının açık yapılması zorunludur. Bunu sağlamak için, temelde yatan değerlerin ve felsefenin belirginleşmesi gerekir (Tüzün ve Eker 2003, Meeberg 1993, Akyol Durmaz 1992).

Hemşirelerin yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak yaptıkları araştırmalar; büyük grupların sağlık durumları hakkında bilgi toplamayı ve sonuçların sağlık politikası oluşturmada kullanmayı amaçlamaktadır. Bu türden araştırmalar ayrıca hastaların hastanede kalma sürelerini azaltmakta ve tedavilerin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalara öncülük etmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından da önemlidir. Hemşireler hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendirerek; onların yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yaparlar ve sonuçları değerlendirirler. Yaşam kalitesi ölçümleri hasta, tedavi ve bakım uygulamalarının yaşamın tüm boyutlarına etkisini hasta bireyin bakış açısından değerlendirme olanağı verir. Bu özelliği ile yaşam kalitesi ölçümleri hemşireliğin insanın bütünlüğüne ve kendi özgünlüğüne olan inancı ile paralellik göstermektedir (Talas 2001).

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

IV.1. Araştırmanın Tipi

Bir Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin gelişimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, ileriye yönelik bir izlem çalışması (kohort)'dır.

IV. 2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerle gerçekleştirilmiştir.

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1982 yılında 41 sayılı kanun ve 17760 sayılı kanun hükmündeki kararname ile Cumhuriyet Üniversitesi'nin ilk eğitim kurumlarından birisi olarak açılmıştır. Ülkemizde hemşirelik eğitimi veren okullardan beşincisidir.

Hemşirelik Yüksekokulu'nda halen lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimleri sürdürülmektedir. Anabilim dalları (Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hem, Cerrahi Hastalıkları Hem, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hem, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hem, Psikiyatri Hem, Toplum Sağlığı Hem, Hemşirelikte Yönetim) 1992 yılında Yükseköğretim Kurulu onayı ile kurulmuştur. Yüksekokulda eğitim öğretim etkinlikleri 12 öğretim üyesi, 16 araştırma görevlisi ve 3 idari personel ile yürütülmektedir.

Lisans eğitiminde 2004–2005 eğitim yılından itibaren “Entegre Eğitim Programı” uygulanmaya başlanmıştır. Programın, temel hemşirelik kavramları (insan, sağlık, çevre, hemşirelik) doğrultusunda sağlıktan hastalığa doğru yapılandırıldığı, öğrencilerin bütüncü bir anlayışla, sağlığa ve bireye odaklı eğitimlerine öncelik verildiği belirtilmektedir.

Entegre eğitim programı uygulanan Yüksekokulda birinci yılda yürütülen sağlıkla ilgili mesleki dersler; I. yarıyıda, Sağlıklı Yaşam I, ve Biyolojik Bilimler

I dersleri, II. yarıyılıda ise, Sağlıklı Yaşam II, ve Biyolojik Bilimler II dersleridir (EK 5).

Araştırmada I. yıl II. yarıyılıda verilen eğitim programının özellikle insanı tüm fonksiyonları ile ele alan ve öğrencilerin kendilerini değerlendirdikleri Sağlıklı Yaşam II Dersi'nin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin gelişimine katkısı değerlendirilmiştir. Eğitim programında Sağlıklı Yaşam II Dersi'nin tanımı şu şekilde yapılmaktadır.

Sağlıklı Yaşam II: Bu ders, öğrencinin hemşireliğin temel kavramlarından biri olan insanı tüm boyutlarıyla tanımasına, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda insanın fonksiyonlarını kavramasına ve bu bilgiler doğrultusunda birey olarak kendini ve diğer bireyleri değerlendirmesine odaklanan bir derstir. Ders, öğrencilere sağlıklı yaşam sürecinde profesyonel hemşirelik rollerini yerine getirebilmesi için gerekli temel bilgiyi sağlar. Ders hemşirelik eğitim programında 1. yıl 2. dönemde, haftada 10 saat süre ile yer alır (EK 6).

Ayrıca dersin hedefleri arasında öğrencilerin “insan”ı “Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli” doğrultusunda biyolojik, duygusal, sosyokültürel, ruhsal yönleriyle tanıması, temel fonksiyonel özelliklerini kavraması ve bu bilgiler doğrultusunda bir birey olarak kendini ve diğer bireyleri değerlendirmesi yer almaktadır.

HYO 'da I. yıl II. yarıyılıda yer alan diğer mesleki ders Biyolojik Bilimler II Dersi'dir. HYO'nun müfredat programında anılan dersin tanımı şöyledir:

Biyolojik Bilimler II : Bu ders, öğrencinin nitelikli bir bakım sunmasında temel oluşturan anatomi, fizyoloji, biyokimya, histoloji ve genetik bilgileri ile tanışmasına, bireyde ortaya çıkan sağlıkta sapma durumlarının altında yatan nedenleri analiz etmesinde rehberlik edecek temel bilgileri öğrenmesine ve sağlık durumunu\düzeyini değerlendirebilme becerisi kazanmasına, kazandığı bu bilgiyi uygulayabilmesine odaklanan bir derstir.

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Fakültesi:

Eğitim Fakültesi 1995 yılında kurulmuş ve 1997-1998 eğitim-öğretim yılında eğitim-öğretime başlamıştır. Fakültenin İlköğretim, Ortaöğretim Fen ve Matematik Alanlar Eğitimi, Ortaöğretim Sosyal Alanlar Eğitimi, Eğitim Bilimleri, Türkçe Eğitimi, Güzel Sanatlar Eğitimi, Yabancı Diller Eğitimi, Bilgisayar ve Ortaöğretim Teknolojileri Eğitimi, Beden ve Spor Eğitimi ve Özel Eğitim Bölümleri bulunmaktadır.

Fakültede 2 Profesör, 2 Doçent, 22 Yardımcı Doçent, 13 Öğretim Görevlisi ve 9 Araştırma Görevlisi olmak üzere toplam 48 öğretim elemanı; 1 Fakülte Sekreteri, 1 Şef, 10 Memur, 8 yardımcı hizmetli olmak üzere toplam 20 idari personel görev yapmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı İlköğretim Bölümü'nde eğitim, Matematik Öğretmenliği, Sınıf Öğretmenliği, Okul Öncesi Öğretmenliği, Sosyal Bilgiler Öğretmenliği ve Fen Bilgisi Öğretmenliği Anabilim Dallarında sürdürülmektedir. Bu anabilim dallarında I. yıl II. yarıyıl müfredat programında sağlıkla ilgili şu dersler yer almaktadır.

Fen Bilgisi Öğretmenliği Anabilim Dalı'nda Eğitim Psikolojisi Dersi ,
Matematik Öğretmenliği Anabilim Dalı'nda Eğitim Psikolojisi Dersi,
Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı'nda Anne-Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım, Eğitim Psikolojisi Dersi,
Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalı'nda Eğitim Psikolojisi Dersi, yer almaktadır (EK 7).

IV. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini her iki eğitim kurumunun birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

2006-2007 öğretim yılında birinci sınıfta Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda 80 öğrenci, Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü'nde 210 öğrenci olmak üzere toplam 290 öğrenci öğrenim görmektedir.

Araştırmanın yapıldığı dönemde araştırma grubundaki HYO'da öğrenim gören öğrencilerin tümünün kız olması nedeniyle kontrol grubundaki

öğrencilerinde araştırma grubuna benzer şekilde kızlardan seçilmesi uygun bulunmuştur. Bu nedenle Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören kız öğrenciler çalışmaya alınmıştır. Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü'nde birinci sınıfta 124 (Fen Bilgisi Öğretmenliği Anabilim Dalından 24 öğrenci, Matematik Öğretmenliği Anabilim Dalından 23 öğrenci, Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalından 41 öğrenci, Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalından 25 öğrenci, Sosyal Bilgiler Öğretmenliği Anabilim Dalı 11), HYO'da ise 80 kız öğrenci öğrenim görmektedir. HYO'daki öğrencilerin tamamı örnekleme alınmıştır. Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü'nden ise anket formlarının uygulanması sırasında sınıfta bulunan 88 kız öğrenci (Fen Bilgisi Öğretmenliği Anabilim Dalından 19 öğrenci , Matematik Öğretmenliği Anabilim Dalından 12 öğrenci, Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalından 34 öğrenci, Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalından 23 öğrenci) örnekleme alınmış, her iki okulda öğrenim gören 168 kız öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Her iki kurumda da çalışmaya katılmayı reddeden öğrenci olmamıştır. Ancak ilk uygulamanın yapıldığı hafta Sosyal Bilimler Öğretmenliği Anabilim Dalındaki kız öğrencilerin okula gelmemesi nedeniyle bu öğrenciler çalışmaya alınamamıştır.

IV. 4. Araştırmanın Hipotezleri

H 1. Sağlıklı Yaşam II Ders'ini alan hemşirelik öğrencilerinin ders öncesi ve ders sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark vardır.

H 2. Sağlıklı Yaşam II Ders'ini alan hemşirelik öğrencilerinin ders öncesi ve ders sonrası yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

H 3. Dersi alan ve almayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark vardır.

H 4. Dersi alan ve almayan öğrencilerin yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

IV. 5. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion

Lifestyle Profile) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF-TR) (WHO Quality of Life Scale Bref) aracılığı ile toplanmıştır.

IV. 6. Veri Toplama Araçları

IV. 6.1. Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan, açık ve kapalı uçlu 18 maddeden oluşan formda, araştırmaya katılacak öğrencilerin yaşı, aile tipi, anne ve babalarının eğitim düzeyi ve mesleği, ekonomik durumları, en uzun süre ve eğitim süresince yaşadıkları yeri, tanılanmış fiziksel/ruhsal hastalık durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve aldıkları eğitimin fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, iletişim becerilerinin gelişimine ve kişisel gelişime katkısını ve aldıkları mesleki dersleri sorgulayan maddeler bulunmaktadır (Ayaz ve ark. 2004, Yıldırım 2005, Zaybak ve Fadiloğlu 2004, Özbaşaran ve ark. 2004, Stark ve ark. 2004, Clement ve ark. 2002, Esin 1997, Palank 1991).

IV. 6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile) (SYBDÖ) (EK 2)

SYBDÖ (Health Promotion Lifestyle Profile),1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir.

Ölçek, toplam 48 maddeden oluşmuştur ve altı alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün toplamından elde edilen puan genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

Alt gruplar;

Kendini gerçekleştirme alt grubu: bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu alt grubu: bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini,sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Egzersiz alt grubu: sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme alt grubu: bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Kişiler arası destek: bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi: bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

SYBDÖ'nin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir.

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir.

Kendini gerçekleştirme alt grubu için en düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir.

Sağlık sorumluluğu alt grubu için en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dır.

Egzersiz alt grubu için en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dür.

Beslenme alt grubu için en düşük puan 6, en yüksek puan 24'dür.

Kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grupları için en düşük puan 7, en yüksek puan 28'dir.

Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir (Esin 1999) .

Kendini gerçekleştirme (13 madde): 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler

Sağlık sorumluluğu (10 madde): 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler

Egzersiz (5 madde): 4, 13, 22, 30, 38. maddeler

Beslenme (6 madde): 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler

Kişilerarası destek (7 madde): 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler

Stres yönetimi (7 madde): 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (48 madde): 1'den 48'e kadar.

Ölçeğin uygulaması 8-10 dk sürmektedir.

Araştırmamızda SYBD Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı "Cronbach Alpha I. ölçüm için; 0.77, II. ölçüm için; 0.78 III. ölçüm için: 0.78" olarak bulunmuştur.

IV. 6.3 DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF) (WHO Quality of Life Scale Bref) (EK 3)

WHOQOL- BREF DSÖ tarafından geliştirilmiş olup kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. WHOQOL-BREF'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL-BREF, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. (Fidaner ve ark. 1999).

3,4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 6'dan çıkarılarak ham puan hesaplanır. Golbal skor için çevre alanındaki 7 sorunun toplam puanı alınarak 7'ye bölünür (Fidaner ve ark. 1999).

WHOQOL-BREF alt ölçekleri ve her alt ölçeği kapsayan sorular aşağıda verilmiştir.

Fiziksel alan: gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme,

çalışabilme gücü boyutlarını, kişinin bunlarla ilgili yaşadığı hoş olmayan duyumları ve bunların yaşamı rahatsız etme ve engelleme derecesini belirlemeye yöneliktir.

Ruhsal alan: beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat-din-kişisel inançlar, düşünme-öğrenme-bellek ve dikkatini toplama boyutlarını belirlemeye yöneliktir.

Sosyal alan: çevredeki bireylerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam boyutlarını içerir. Kişinin ilişkilerinden beklediği destek ve sevgiyi buna ilişkin duygularını, aldığı desteğe yönelik yaptığı değerlendirmeyi, cinsel dürtü ve isteğini irdelemeye yöneliktir.

Çevre alan: maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme ve boş zaman değerlendirme olanakları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre, ulaşım boyutlarında kişinin algılarını belirlemeye yöneliktir.

Kültürel alanı: bireyin çevresinin neden olduğu sosyal baskıyı belirlemeye yöneliktir.

Alanlar	Sorular
Fiziksel Alan	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Ruhsal Alan	5, 6, 7, 11, 19, 26
Sosyal Alan	20, 21, 22
Çevre Alanı	8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25
Kültürel Alan	8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25, 27

Araştırmamızda WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı “Cronbach Alpha I. ölçüm için; 0.84, II. ölçüm için; 0.85 III. ölçüm için: 0.84” olarak bulunmuştur.

IV. 7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için evreni oluşturan Eğitim Fakültesi Dekanlığı ve Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü ile yazışma yapılmış ve izin belgesi alınmıştır (EK 8).

Örneklem grubuna seçilen öğrencilere formlar uygulamadan önce çalışma hakkında sözel açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözel onam alınmıştır. Öğrencilerden formlara isimlerini yazmaları istenilmemiş ancak, okul numaralarını belirtmeleri istenmiştir.

IV.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Formlar; ilk olarak derslerin başladığı hafta içinde öğrenciler toplu haldeyken, çalışma hakkında açıklama yapılarak uygulanmıştır. SYBDÖ ve WHOQOL-BREF Ölçeği öğrencilere ikinci kez ders döneminin son haftası içinde uygulanmış ve son uygulama ders döneminin tamamlanmasının (2. ölçümden sonra) ardından 3 ay sonra aynı formlar kullanılarak yapılmıştır. Öğrencilerden formlara isimlerini yazmamaları ancak okul numaralarını belirtmeleri istenmiştir.

IV. 9. Verilerin Değerlendirilmesi

Kişisel Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) kullanılarak elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 10.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, Hemşirelik Yüksekokulu ve Eğitim Fakültesi öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, SYBD ve WHOQOL-BREF-TR ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farkın değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Independent Samples t Test) ve öğrencilerin her iki ölçekten üç ölçümde aldıkları puanlar arasındaki farkın belirlenmesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

V. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ve Eğitim Fakóltesi (EF) kız öğrencilerine ilişkin tanıtıcı özellikler, sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular ve yapılan istatistiksel analizler yer almaktadır.

Tablo 1. Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ve Eğitim Fakültesi (EF) Öğrencilerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencileri N= 80		Eğitim Fakültesi Öğrencileri N= 88		Test
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	
Sosyodemografik Özellikler					
Yaş					
17-19	46	57.5	58	65.9	$\chi^2= 1.257$ $p = 0.262$
20-22	34	42.5	30	34.1	
Yaş Ortalaması: (19.25±1.16)	19.31 ± 1.09		19.20 ± 1.22		$t= 0.600$ $p= 0.550$
Aile tipi					
Çekirdek	72	90.0	70	79.5	$\chi^2= 3.501$ $p =0.610$
Geniş	8	10.0	18	20.5	
Anne eğitimi					
İlköğretim	75	93.8	69	78.4	$\chi^2= 8.054$ $p =\mathbf{0.005}$
Ortaöğretim ve üstü	5	6.2	19	21.6	
Baba eğitimi					
İlköğretim	43	53.8	47	53.4	$\chi^2= 0.626$ $p =0.731$
Ortaöğretim	24	30.0	23	26.1	
Yüksek öğretim	13	16.2	18	20.5	
Anne mesleği					
Çalışmayan	75	93.8	84	95.5	$p = 0.738$
Çalışan	5	6.2	4	4.5	
Baba mesleği					
Memur	20	25.0	26	29.6	$\chi^2= 1.442$ $p = 0.696$
İşçi	16	20.0	12	13.6	
Serbest	26	32.5	31	35.2	
Emekli	18	22.5	19	21.6	
Ekonomik durum					
İyi	10	12.5	19	21.6	$\chi^2= 2.425$ $p = 0.119$
Orta	70	87.5	69	78.4	
En uzun süre yaşanılan yer					
Şehir	45	56.2	58	65.9	$\chi^2= 3.130$ $p =0.209$
İlçe	28	35.0	20	22.7	
Köy	7	8.8	10	11.4	
Eğitim dönemi süresince yaşanılan yer					
Evde, arkadaşlarla	18	22.4	5	5.7	$\chi^2=33.279$ $p = \mathbf{0.000}$
Evde, aile ile	33	41.3	74	84.1	
Yurtta	29	36.3	9	10.2	
Tanısı konmuş fiziksel/ruhsal hastalık					
Var	12	15.0	9	10.2	$\chi^2= 0.873$ $p = 0.350$
Yok	68	85.0	79	89.8	
Sürekli kullanılan ilaç					
Var	9	11.2	3	3.4	$\chi^2= 3.884$ $p = \mathbf{0.049}$
Yok	71	88.8	85	96.6	
Toplam	80	100	88	100	

Tablo 1' de görüldüğü gibi Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ve Eğitim Fakültesi (EF) öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri birbirine yakındır. Özellikle yaş, aile tipi, baba eğitimi, anne ve baba mesleği, ekonomik durum, yaşanan yer ve fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma durumu açısından iki gruptaki öğrencilerin özellikleri birbirine benzer özellik göstermektedir. HYO öğrencilerinin % 57.5'i, EF öğrencilerinin ise %65.9 17-19 yaş grubundadır. Çalışmaya alınan tüm öğrencilerin yaşları 17-22 yaş arasında değişmekte olup, öğrencilerin yaş ortalaması ise 19.25 ± 1.16 dır. Yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($\chi^2= 1.257, p = 0.262$).

HYO'daki öğrencilerin %90'ı, EF'deki öğrencilerin ise %79.5'i çekirdek ailede yaşadığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 3.501, p =0.610$).

HYO öğrencilerinin baba eğitimi incelendiğinde %53.8'inin ilköğretim, %30'unun ortaöğretim, %16.2'sinin yüksek öğretim mezunu olduğu, EF öğrencilerinin ise %53.4'ünün ilköğretim, %26.1'sinin ortaöğretim, %20.5'inin yüksek öğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 0.626, p =0.731$).

HYO'daki öğrencilerin %93.8'inin, EF'deki öğrencilerin ise %95.5'inin annesinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p = 0.738$).

HYO öğrencilerinin %25'inin babasının memur, %20'sinin işçi, %32.5'inin serbest çalıştığı, %22.5'inin emekli olduğu, EF öğrencilerinin %29.6'sının babasının memur, %13.6'sinin işçi, %35.2'inin serbest çalıştığı, %21.6'inin emekli olduğu saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($\chi^2=1.442, p= 0.696$).

Öğrencilerin ekonomik durumları incelendiğinde, HYO'daki öğrencilerin %87.5'inin, EF'deki öğrencilerin %78.4'ünün ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.425, p= 0.119$).

HYO öğrencilerinin % 15'inin tanılanmış ruhsal/fiziksel hastalığa sahip olduğu, EF öğrencilerinin ise %10.2'sinin tanılanmış ruhsal/fiziksel hastalığa sahip olduğu belirlenmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2= 0.873$, $p= 0.350$).

HYO'daki öğrencilerin %56.2'sinin, EF'deki öğrencilerin ise %65.9'unun yaşamlarının büyük bölümünü şehirde geçirdikleri belirlenmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($\chi^2= 3.130$, $p=0.209$)

Yukarıda belirtilen özellikler benzerlik gösterirken bazı özelliklerde (anne eğitimi, eğitim dönemi süresince yaşanan yer ve sürekli ilaç kullanma durumu) ise EF öğrencileri lehine bir fark olduğu görülmüştür. Anne eğitimi HYO öğrencilerinin % 6.2'sinde orta öğretim ve üzerinde iken, EF öğrencilerde bu oran %21.6 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2= 8.054$, $p= \mathbf{0.005}$).

HYO öğrencilerinin eğitim dönemi süresince %41.3'ü evde, ailesi ile yaşarken, EF öğrencilerin %84.1'i evde, ailesiyle birlikte yaşadığı saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2= 33.279$, $p = \mathbf{0.000}$).

HYO öğrencilerinin %11.2'si sürekli ilaç kullanırken, EF'deki öğrencilerden sadece %3.4'dü sürekli ilaç kullanmaktadır. İki grup karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 3.884$, $p = \mathbf{0.049}$).

Tablo 2. HYO öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki SYBDÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması (N: 80)

SYBD	Eğitim Dönemi Öncesi	Eğitim Döneminden Hemen Sonra	Eğitim Döneminden 3 Ay Sonra	TEST	
				F	P
ALT ÖLÇEKLER	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
Kendini gerçekleştirme	36.43±5.03	38.76±4.73	37.78±4.71	11.12	0.000*
Sağlık sorumluluğu	24.23±6.00	27.02±4.84	27.06±5.58	20.58	0.000*
Egzersiz	9.40±2.91	11.56±3.15	11.01±3.17	26.58	0.000*
Beslenme	16.83±3.36	17.97±3.08	17.96±3.06	8.89	0.000*
Kişilerarası destek	21.43±3.71	22.96±3.47	22.85±3.41	12.38	0.000*
Stres yönetimi	18.25±3.18	20.33±2.82	19.96±3.12	18.71	0.000*
SYBDÖ Genel	129.26±18.84	141.63±16.40	139.63±18.28	32.84	0.000*

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 2’de görüldüğü gibi, HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 129.26 ±18.84, eğitim döneminden hemen sonra 141.63 ± 16.40, eğitim döneminden 3 ay sonra ise 139.63 ±18.28 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur (p <0.05). Gruplar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan ayrıntılı değerlendirmede, HYO öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonra, eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden 3 ay sonra SYBD puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p <0.05). Buna karşın eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki SYBD puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur (p >0.05).

HYO öğrencilerinin SYBDÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme alt grubu puan ortalamaları eğitim dönemi öncesi 36.43 ± 5.03 , eğitim döneminden hemen sonra 38.76 ± 4.73 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 37.78 ± 4.71 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). İleri değerlendirmede, öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonra kendini gerçekleştirme puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunurken ($p < 0.05$) eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden 3 ay sonrası, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

HYO öğrencilerinin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamalarının; eğitim dönemi öncesi 24.23 ± 6.00 , eğitim döneminden hemen sonra 27.02 ± 4.84 , eğitim döneminden 3 ay sonra 27.02 ± 4.84 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıntılı incelemede, öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonra, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonrası sağlık sorumluluğu puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna rağmen, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Öğrencilerin egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları; eğitim dönemi öncesi 9.40 ± 2.91 , eğitim döneminden hemen sonra 11.56 ± 3.15 , eğitim döneminden 3 ay sonra 11.01 ± 3.17 olarak bulunmuş ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki egzersiz puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken ($p > 0.05$), eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonra, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Beslenme alt ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrencilerin puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi 16.83 ± 3.36 , eğitim döneminden hemen sonra 17.97 ± 3.08 , eğitim dönemi bittikten 3 ay sonra 17.96 ± 3.06 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). İleri

değerlendirmede, öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve hemen sonrası, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonrası beslenme puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuş ($p<0.05$), buna karşın eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin kişiler arası destek alt grubu puan ortalamaları incelendiğinde; puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi 21.43 ± 3.71 , eğitim döneminden hemen sonra 22.96 ± 3.47 , eğitim döneminden 3 ay sonra 22.85 ± 3.41 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıntılı incelemede, eğitim dönemi öncesi ve sonrası, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonrası kişiler arası destek alt grup puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p<0.05$), diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p >0.05$).

HYO öğrencilerinin stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları eğitim dönemi öncesi 18.25 ± 3.18 , eğitim döneminden hemen sonra 20.33 ± 2.82 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 19.96 ± 3.12 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında, eğitim dönemi öncesi ve hemen sonrası, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonrası stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), diğer ölçümler arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Bu bulgulara dayanılarak H 1. hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3. EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonra ve eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBD ölçeği genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:88)

SYBD	Eğitim Dönemi Öncesi	Eğitim Döneminden Hemen Sonra	Eğitim Döneminden 3 Ay Sonra	TEST	
				F	P
ALT ÖLÇEKLER	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
Kendini gerçekleştirme	34.50±5.39	34.21±4.94	35.03±4.45	1.59	0.205
Sağlık sorumluluğu	19.01±4.34	19.79±3.86	20.42±4.32	5.94	0.003*
Egzersiz	8.14±2.50	8.92±2.73	8.69±2.46	5.79	0.004*
Beslenme	15.23±2.81	15.10±2.90	15.67±3.15	2.72	0.068
Kişilerarası destek	19.82±3.49	20.09±3.70	20.88±3.29	6.09	0.003*
Stres yönetimi	17.46±2.67	17.32±3.25	17.13±3.03	0.57	0.565
SYBDÖ Genel	116.75±14.10	117.84±14.74	120.48±13.52	5.89	0.003*

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 3'te görüldüğü gibi, EF öğrencilerinin SYBDÖ genel ortalama puanı eğitim dönemi öncesi 116.75 ± 14.10, eğitim döneminden hemen sonra 117.84 ± 14.74, eğitim döneminden 3 ay sonra ise 120.48 ± 13.52 olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ayrıntılı incelemede aradaki farkın öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBDÖ puan ortalamaları arasında olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Diğer ölçümler arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Alt gruplar incelendiğinde, öğrencilerin kendini gerçekleştirme puan ortalamaları eğitim dönemi öncesi 34.50 ± 5.39, eğitim döneminden hemen sonra 34.21 ± 4.94, eğitim döneminden 3 ay sonra ise 35.03 ± 4.45 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Puan ortalamaları ikili

karşılaştırıldığında da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları; eğitim dönemi öncesi 19.01 ± 4.34 , eğitim döneminden hemen sonra 19.79 ± 3.86 , eğitim döneminden 3 ay sonra 20.42 ± 4.32 olarak saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri değerlendirmede farkın eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden 3 ay sonraki sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Egzersiz puan ortalamaları; eğitim dönemi öncesi 8.14 ± 2.50 , eğitim döneminden hemen sonra 8.92 ± 2.73 , eğitim döneminden 3 ay sonra 8.69 ± 2.46 olduğu ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıntılı değerlendirmede, farkın eğitim dönemi öncesi ve hemen sonrası egzersiz puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuş ($p<0.05$); diğer ölçümler arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Beslenme puan ortalamaları karşılaştırıldığında öğrencilerin puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi 15.23 ± 2.81 , eğitim döneminden hemen sonra 15.10 ± 2.90 , eğitim dönemi üç ay sonra 15.67 ± 3.15 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin kişiler arası destek puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim dönemi öncesi 19.82 ± 3.49 , eğitim döneminden hemen sonra 20.09 ± 3.70 , eğitim döneminden 3 ay sonra 20.88 ± 3.29 olarak saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıntılı değerlendirmede, eğitim dönemi öncesi ve 3 ay sonrası, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonrası kişiler arası destek puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p<0.05$), diğer puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Stres yönetimi puan ortalamaları eğitim dönemi öncesi 17.46 ± 2.67 , eğitim döneminden hemen sonra 17.32 ± 3.25 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 17.13 ± 3.03 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi SYBDÖ Genel ve Alt Grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBDÖ	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Kendini gerçekleştirme	36.43 ± 5.03	34.50 ± 5.39	t= 2.400 p= 0.017*
Sağlık sorumluluğu	24.23 ± 6.00	19.01 ± 4.34	t= 6.412 p= 0.000*
Egzersiz	9.40 ± 2.91	8.14 ± 2.50	t= 2.992 p= 0.003*
Beslenme	16.83 ± 3.36	15.23 ± 2.81	t= 3.352 p= 0.001*
Kişilerarası destek	21.43 ± 3.71	19.82 ± 3.49	t= 2.894 p= 0.004*
Stres yönetimi	18.25 ± 3.18	17.46 ± 2.67	t= 1.732 p= 0.085
SYBDÖ Genel	129.26 ± 18.84	116.75 ± 14.10	t= 4.834 p= 0.000*

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4'te görüldüğü gibi HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır (SYBDÖ genel HYO, 129.26±18.84, EF, 116.75±14.10). Eğitim dönemi öncesi SYBDÖ genel puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (t= 4.834, p= **0.000**).

Eğitim dönemi öncesi SYBDÖ alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin kendini gerçekleştirme (t=2.400, p= **0.017**), sağlık sorumluluğu (t= 6.412, p= **0.000**), egzersiz (t= 2.992, p= **0.003**), beslenme (t= 2.992, p= **0.003**), kişilerarası destek (t= 2.894, p= **0.004**) puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Bununla birlikte HYO öğrencilerinin stres yönetimi puan ortalamalarının EF

öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptanmış fakat, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($t= 1.732$, $p= 0.085$).

Tablo 5. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden hemen sonraki SYBDÖ Genel ve Alt Grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBDÖ	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Kendini gerçekleştirme	38.76 ± 4.73	34.21 ± 4.94	t= 6.076 p= 0.000*
Sağlık sorumluluğu	27.02 ± 4.84	19.79 ± 3.86	t= 10.612 p= 0.000*
Egzersiz	11.56 ± 3.15	8.92 ± 2.73	t= 5.815 p= 0.000*
Beslenme	17.97 ± 3.08	15.10 ± 2.90	t= 6.224 p= 0.000*
Kişilerarası destek	22.96 ± 3.47	20.09± 3.70	t= 5.165 p= 0.000*
Stres yönetimi	20.33 ± 2.82	17.32 ± 3.25	t= 6.369 p= 0.000*
SYBDÖ Genel	141.63 ± 16.40	117.84 ±17.74	t= 9.902 p= 0.000*

* : $p<0.05$; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 5 incelendiğinde, Öğrencilerin eğitim döneminden hemen sonraki SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin (141.63 ± 16.40) SYBDÖ genel puan ortalamalarının EF öğrencilerinden (117.84 ±17.74) daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t= 9.902$, $p= \mathbf{0.000}$).

SYBDÖ alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin kendini gerçekleştirme ($t=6.076$, $p=\mathbf{0.000}$), sağlık sorumluluğu ($t=10.612$, $p= \mathbf{0.000}$), egzersiz ($t=5.815$, $p= \mathbf{0.000}$), beslenme ($t= 6.224$, $p= \mathbf{0.000}$), kişilerarası destek ($t= 5.165$, $p=\mathbf{0.000}$) ve stres yönetimi ($t=6.369$, $p=\mathbf{0.000}$) puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptanmış

ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu bulgulara dayanılarak H 3. hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBDÖ Genel ve Alt Grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

SYBDÖ	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Kendini gerçekleştirme	37.78 ± 4.71	35.03 ± 4.45	t= 3.894 p= 0.000*
Sağlık sorumluluğu	27.06 ± 5.58	20.42 ± 4.32	t= 8.561 p= 0.000*
Egzersiz	11.01 ± 3.17	8.69 ± 2.46	t= 5.250 p= 0.000*
Beslenme	17.96 ± 3.06	15.67 ± 3.15	t= 4.770 p= 0.000*
Kişilerarası destek	22.85 ± 3.41	20.88 ± 3.29	t= 3.790 p= 0.000*
Stres yönetimi	19.96 ± 3.12	17.13 ± 3.03	t= 5.939 p= 0.000*
SYBDÖ Genel	139.63 ± 18.28	120.48 ± 13.52	t= 7.653 p= 0.000*

* : $p<0.05$; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 6. da, öğrencilerin eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış; HYO öğrencilerinin (139.63 ± 18.28) SYBDÖ genel puan ortalamalarının EF öğrencilerinden (120.48 ± 13.52) daha yüksek olduğu ve SYBDÖ genel puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t= 7.653, p= **0.000**).

Alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin kendini gerçekleştirme (t= 3.894, p= **0.000**), sağlık sorumluluğu (t= 8.561, p= **0.000**), egzersiz (t=5.250, p= **0.000**), beslenme (t= 4.770, p= **0.000**), kişiler arası destek (t= 3.790, p= **0.000**), stres yönetimi (t= 5.939, p= **0.000**) puan

ortalamlarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7. HYO öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonra ve eğitim döneminden 3 ay sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:80)

YAŞAM KALİTESİ	Eğitim Dönemi Öncesi	Eğitim Döneminden Hemen Sonra	Eğitim Döneminden 3 Ay Sonra	TEST	
				F	P
ALT ÖLÇEKLER	X ± SD	X ± SD	X ± SD	F	P
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	6.78 ± 1.24	7.28 ± 1.18	7.03 ± 1.19	7.74	0.001*
Fiziksel sağlık alanı	14.60 ± 2.27	15.38 ± 2.02	15.15 ± 2.32	6.03	0.003*
Ruhsal sağlık alanı	14.21 ± 2.07	14.71 ± 2.18	14.78 ± 2.04	3.85	0.023*
Sosyal alan	14.63 ± 2.37	15.52 ± 2.39	15.40 ± 1.99	5.94	0.003*
Çevresel alan	13.17 ± 2.24	13.77 ± 2.24	13.80 ± 1.85	6.55	0.002*
Kültürel alan	13.30 ± 2.10	13.72 ± 2.00	13.83 ± 1.70	5.51	0.007*

* : $p<0.05$; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 7’de, HYO öğrencilerinin yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık ve yaşam kalitesi ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 6.78 ± 1.24 , eğitim döneminden hemen sonra 7.28 ± 1.18 , eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise 7.03 ± 1.19 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıntılı değerlendirmede bu farkın öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonraki genel sağlık ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Öğrencilerin fiziksel sağlık alanı ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 14.60 ± 2.27 , eğitim döneminden hemen sonra 15.38 ± 2.02 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 15.15 ± 2.32 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). İleri değerlendirmede, eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonraki fiziksel sağlık alanı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmış ($p < 0.05$), buna karşın diğer puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Ruhsal sağlık alanı ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 14.21 ± 2.07 , eğitim döneminden hemen sonra 14.71 ± 2.18 , eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise 14.78 ± 2.04 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Sosyal alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi 14.63 ± 2.37 , eğitim döneminden hemen sonra 15.52 ± 2.39 , eğitim dönemi bittikten üç ay sonra 15.40 ± 1.99 olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıntılı incelemede, öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonra sosyal alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p < 0.05$), diğer puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

HYO öğrencilerinin çevresel alan ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 13.17 ± 2.24 , eğitim döneminden hemen sonra 13.77 ± 2.24 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 13.80 ± 1.85 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). İleri değerlendirmede farkın öğrencilerin eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden hemen sonraki ile eğitim dönemi öncesi ve eğitim döneminden 3 ay sonraki çevresel alan puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Öğrencilerin Kültürel alan puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi 13.30 ± 2.10 , eğitim döneminden hemen sonra 13.72 ± 2.00 , eğitim döneminden 3 ay sonra 13.83 ± 1.70 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında farkın eğitim dönemi öncesi

ve eğitim döneminden 3 ay sonrası kültürel alan puan ortalamaları arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bu bulgulara dayanılarak H 2. hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 8. EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonra ve eğitim döneminden 3 ay sonraki Yaşam kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:88)

YAŞAM KALİTESİ	Eğitim Dönemi Öncesi	Eğitim Döneminden Hemen Sonra	Eğitim Döneminden 3 Ay Sonra	TEST	
				F	P
ALT ÖLÇEKLER	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	7.13 ± 1.17	7.06 ± 1.13	7.03 ± 1.18	0.35	0.700
Fiziksel sağlık alanı	15.20 ± 2.11	15.29 ± 2.15	15.60 ± 2.04	2.22	0.111
Ruhsal sağlık alanı	14.15 ± 1.92	14.37 ± 1.78	14.54 ± 1.89	2.64	0.074
Sosyal alan	14.36 ± 2.31	14.55 ± 2.46	14.62 ± 2.30	0.65	0.520
Çevresel alan	13.78 ± 2.13	13.62 ± 2.02	14.02 ± 6.23	0.27	0.762
Kültürel alan	13.76 ± 2.00	13.53 ± 1.89	14.06 ± 6.40	0.46	0.628

* : $p<0.05$; istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 8’de, EF öğrencilerinin yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık ve yaşam kalitesi ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 7.13 ± 1.17 , eğitim döneminden hemen sonra 7.06 ± 1.13 , eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise 7.03 ± 1.18 olduğu saptanmış ve üç ölçüm arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin fiziksel sağlık alanı ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 15.20 ± 2.11 , eğitim döneminden hemen sonra 15.29 ± 2.15 , eğitim döneminden 3 ay sonra ise 15.60 ± 2.04 olduğu bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ruhsal sağlık alanı ortalama puanının eğitim donemi oncesi 14.15 ± 1.92 , eğitim doneminden hemen sonra 14.37 ± 1.78 , eğitim doneminden 3 ay sonrasında ise 14.54 ± 1.89 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel yonden onemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

EF ogrencilerinin sosyal alan puan ortalamalarının eğitim donemi oncesi 14.36 ± 2.31 , eğitim doneminden hemen sonra 14.55 ± 2.46 , eğitim doneminden 3 ay sonra 14.62 ± 2.30 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştur ($p>0.05$).

ogrencilerin evresel alan ortalama puanının eğitim donemi oncesi 13.78 ± 2.13 , eğitim doneminden hemen sonra 13.62 ± 2.02 , eğitim doneminden 3 ay sonra ise 14.02 ± 6.23 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kulturel alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında EF ogrencilerinin puan ortalamalarının eğitim donemi oncesi 13.76 ± 2.00 , eğitim doneminden hemen sonra 13.53 ± 1.89 iken, eğitim doneminden 3 ay sonra 14.06 ± 6.40 olduğu saptanmış ve aralarındaki fark onemsiz bulunmuştur ($p >0.05$).

Tablo 9. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) ortalama puanların karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR)	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	6.78 ± 1.24	7.13 ± 1.17	t= 1.864 p= 0.064
Fiziksel alan	14.60 ± 2.27	15.20 ± 2.11	t= 1.783 p= 0.076
Ruhsal alan	14.21 ± 2.07	14.15 ± 1.92	t= 0.173 p= 0.863
Sosyal alan	14.63 ± 2.37	14.36 ± 2.31	t= 0.757 p= 0.450
Çevresel alan	13.17 ± 2.24	13.78 ± 2.13	t= 1.802 p= 0.073
Kültürel alan	13.30 ± 2.10	13.76 ± 2.00	t= 1.456 p= 0.147

HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi Yaşam Kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tablo 9’da görüldüğü gibi genel sağlık ve yaşam kalitesi (t=1.864, p= 0.064), fiziksel alan (t=1.783, p=0.076), ruhsal alan (t= 0.173, p= 0.863), sosyal alan (t= 0.757, p= 0.450), çevresel alan (t=1.802, p= 0.073) ve kültürel alan (t=1.456, p= 0.147) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p >0.05).

Tablo 10. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden hemen sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) ortalama puanların karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR)	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	7.28 ± 1.18	7.06 ± 1.13	t= 1.228 p= 0.221
Fiziksel alan	15.38 ± 2.02	15.29 ± 2.15	t= 0.284 p= 0.777
Ruhsal alan	14.71 ± 2.18	14.37 ± 1.78	t= 1.100 p= 0.273
Sosyal alan	15.52 ± 2.39	14.55 ± 2.46	t= 2.575 p= 0.011*
Çevresel alan	13.77 ± 2.24	13.62 ± 2.02	t= 0.455 p= 0.649
Kültürel alan	13.72 ± 2.00	13.53 ± 1.89	t= 0.634 p= 0.527

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden hemen sonraki Yaşam Kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tablo 10'da görüldüğü gibi, genel sağlık ve yaşam kalitesi (t= 1.228 , p= 0.221), fiziksel alan (t=0.284, p=0.777), ruhsal alan (t= 1.100, p= 0.273), sosyal alan (t= 2.575, p= **0.011**), çevresel alan (t= 0.455, p= 0.649) ve kültürel alan (t= 0.634, p= 0.527) puan ortalamaları arasında sosyal alan puan ortalaması dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p >0.05).

Bu bulgulara dayanılarak H 4. hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 11. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden 3 ay sonraki Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) ortalama puanların karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BREF-TR)	HYO Öğrencileri N= 80	EF Öğrencileri N= 88	TEST
	X ± SD	X ± SD	
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	7.03 ± 1.19	7.03 ± 1.18	t= 0.019 p= 0.985
Fiziksel alan	15.15 ± 2.32	15.60 ± 2.04	t=1.339 p= 0.182
Ruhsal alan	14.78 ± 2.04	14.54 ± 1.89	t= 0.797 p= 0.426
Sosyal alan	15.40 ± 1.99	14.62 ± 2.30	t= 2.337 p= 0.021*
Çevresel alan	13.80 ± 1.85	13.40 ± 1.94	t= 1.329 p= 0.186
Kültürel alan	13.83 ± 1.70	13.42 ± 1.81	t= 1.531 p= 0.128

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

HYO ve EF öğrencilerinin eğitim döneminden 3 ay sonraki Yaşam Kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık ve yaşam kalitesi (t= 0.019, p= 0.985), fiziksel alan (t=1.339, p=0.182), ruhsal alan (t= 0.797, p= 0.426), çevresel alan (t= 1.329, p= 0.186) ve kültürel alan (t= 1.531, p= 0.128) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, sosyal alan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t= 2.337, p= **0.021**).

Tablo 12. HYO ve EF öğrencilerinin aldıkları eğitimin bireysel gelişime katkısına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

Alınan eğitimin katkısı	HYO Öğrencileri N= 80				EF Öğrencileri N= 88				Test
	Var		Yok		Var		Yok		
	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	Sayı n	Yüzde %	
Fiziksel gelişime	70	87.5	10	12.5	23	26.1	65	73.9	$\chi^2=63.850$ $p =\mathbf{0.000}$
Zihinsel gelişime	78	97.5	2	2.5	85	96.6	3	3.4	$p =1.000$
Duygusal gelişime	60	75.0	20	25.0	62	70.5	26	29.5	$\chi^2=0.435$ $p =0.509$
Sosyal gelişime	74	95.0	4	5.0	77	87.5	11	12.5	$\chi^2=2.899$ $p =0.890$
İletişim becerilerinin gelişimine	78	97.5	2	2.5	75	85.2	13	14.8	$\chi^2= 7.762$ $p =\mathbf{0.005}$
Kişisel gelişime ve yaşam kalitesine	78	97.5	2	2.5	82	93.2	6	6.8	$p =0.282$

Tablo 12’de, öğrencilerin aldıkları eğitimin kişisel gelişimlerine olan katkısı incelendiğinde; her iki gruptaki öğrenciler alınan eğitimin zihinsel (HYO öğrencilerinin %97.5’i, EF öğrencilerinin 96.6’sı), duygusal (HYO öğrencilerinin %75’i, EF öğrencilerinin 70.5’i), sosyal (HYO öğrencilerinin %95’i, EF öğrencilerinin %87.5’i) ve kişisel gelişim ile yaşam kalitesinin (HYO öğrencilerinin 97.5’i, EF öğrencilerinin %93.2’si) gelişimine katkısı olduğunu düşündükleri belirlenmiş ve bu görüşler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır. Buna karşın HYO öğrencilerinin % 87.5’i aldıkları eğitimin fiziksel gelişimlerine katkısı olduğunu ifade ederken, EF öğrencilerinin ise sadece %26.1’i eğitimin bu yönde bir katkı sağlayacağını ifade etmektedir. Alınan eğitimin fiziksel gelişime olan katkısı ile ilgili görüşler karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca, HYO öğrencilerinin %97.5’inin EF öğrencilerinin ise %85.2’sinin aldıkları eğitimin iletişim becerilerinin gelişimine katkısı olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Öğrencilerin bu konuya ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

VI. TARTIŞMA

Bu bölümde, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (HYO) ve Eğitim Fakültesi (EF) öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL-BRIEF) eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonraki ve eğitim döneminden 3 ay sonraki puanları ve puanlarında değişiklik olma durumu tartışılmıştır.

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Kong 1995, Sisk 1999, Ayaz ve ark. 2005).

Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (Esin 1997, Geçkil ve Yıldız 2006). Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar (Ak ve ark. 2006, Kıray Vural 1998, Kaya ve ark 2008). Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gereklidir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stresle baş etmedir (Vural 1998, Johnson 2005, Kaya ve ark 2008).

Bir toplumun sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin varlığı ile değerlendirilir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun korunması ve devamlılığının sağlanması sağlık personelinin temel amacı olduğu kadar kişinin kendi sorumluluğudur. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlıklı ya da hasta bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermek üzere yetiştirilen hemşirelik öğrencilerinin içinden geçtiği müfredat gereği sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar konusunda yeterli bilgi ve uygulamalara sahip olmaları beklenmektedir. Aynı zamanda kendi sağlığına gereken önemi vermeyen sağlık personelinden başkalarının sağlığına da gereken önemi vermesi beklenemez (Nutbeam 1997, Pender ve ark 1992, Ayaz ve ark. 2005).

Hemşirelik eğitim programı birinci yıl mesleki derslerinin, özellikle Sağlıklı Yaşam II dersinin öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkili olabileceği düşüncesinden hareketle yapılan bu araştırmada bulgular üç bölüm halinde tartışılmıştır.

Birinci bölümde; öğrencilerin tanıtıcı özellikleriyle ilgili olan bulgular tartışılmıştır.

İkinci bölümde; öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilgili olan bulgular tartışılmıştır.

Üçüncü bölümde; öğrencilerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlarla ilişkili olan bulgular tartışılmıştır.

VI.1. Hemşirelik Yüksek Okulu ve Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmaya alınan her iki gruptaki öğrencilerin bireysel özelliklerinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. İki öğrenci grubunun yaş, aile tipi, ekonomik durum, baba eğitimi, anne ve baba mesleği, yaşanan yer ve tanılanmış fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma durumu benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). Bu özelliklere göre her iki grubun orta kesimden geldikleri, orta düzey bir aile yapısına sahip oldukları söylenebilir. Anne eğitimi, eğitim dönemi süresince yaşanan yer ve sürekli ilaç kullanma durumu yönünden EF öğrencilerinin HYO öğrencilerine göre daha olumlu özellik gösterdiği görülmektedir ($p<0.05$). Yani EF öğrencilerinin annelerinin eğitimi HYO öğrencilerinininkinden daha yüksektir. EF öğrencilerinin % 84.1'i evde ailesi ile kalırken, HYO öğrencilerinin % 36.3'ünün yurtta, %22.4'ünün de evde arkadaşları ile birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Bu özellikler açısından bakıldığında, EF öğrencilerinin SYBD geliştirme açısından daha avantajlı bir konumda oldukları söylenebilir. Literatür incelendiğinde de birçok çalışmada, anne ve babalarının eğitim düzeyleri yüksek, ekonomik durumları iyi, yaşamlarının büyük bir kesiminde şehirde yaşamış olan ve eğitim dönemi süresince ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin daha olumlu SYBD sergiledikleri görülmektedir (Yıldırım 2005, Özbaşaran ve ark. 2004, Zaybak ve Fadilloğlu 2004, Ayaz ve ark. 2005).

Bu bilgiler doğrultusunda, her iki öğrenci grubu arasında bireysel özellikler yönünden benzerlik olması, anne eğitimi, eğitim dönemi süresince yaşanan yer ve sürekli ilaç kullanma özellikleri yönünden EF öğrencilerinin daha avantajlı bir özellik göstermesinin çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ve çalışmanın güvenilirliği yönünden olumlu olduğu düşünülmektedir.

Diğer yandan öğrencilerin genellikle orta gelirli ailelerden gelmesi, anne ve babalarının eğitim durumlarının orta öğretim düzeyinde olması, annelerinin çalışmaması, babalarının serbest meslekle uğraşması, en uzun süre yaşadıkları yerin yarıya yakınında ilçe ve köy olması ve eğitim dönemi süresince yurtda ve arkadaşlarıyla yaşamaları özellikle hemşirelik öğrencilerinin profiline uygun görünmektedir. Nitekim Yiğit ve ark.(2007) hemşirelik öğrencilerinin profilini belirlemek için yaptıkları çalışmada da, öğrencilerin %30.3 ilçe, %12.3 ise kasaba-köyde yaşadıkları ve %80.5'inin orta gelirli ailelerden geldikleri belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ele aldığımız HYO öğrencilerinin demografik özellikleri de Yiğit ve ark. (2007) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları profil araştırmasının sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

VI.2. HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki SYBDÖ ortalama puanlarının tartışılması

DSÖ' nün tanımına göre, sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini artırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirme uygulamaları, sağlık politikaları ve destekleyici çevre yaratmayı ve sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemeyi de kapsamaktadır (Stenhope ve Lancaster 2000, Akdemir ve Birol 2005).

Eğitim dönemi öncesi HYO'daki öğrencilerin SYBDÖ genel ortalama puanı 129.26 ± 18.84 , EF öğrencilerinin puan ortalaması 116.75 ± 14.10 ise olarak bulunmuştur. Ülkemizde SYBDÖ kullanılarak yapılan birçok çalışma bulunmaktadır ve bunlardan bazıları üniversite öğrencilerinde, bazıları hemşirelik ve sağlık alanındaki öğrenciler üzerinde yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmalarda şu sonuçlar elde edilmiştir; Yıldırım'ın (2005) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma da 117.9 ± 19.5 , Ünal ve ark.(2007) meslek yüksek okullarının

sağlık ve sosyal programlarında okuyan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada ise, sosyal programlarda öğrenim gören öğrencilerde SYBDÖ puanı 125.34 ± 23.95 , Zaybak ve Fadiloğlu'nun (2004) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, birinci sınıf öğrencilerinde puan ortalaması 122.07 ± 15.04 , Ayaz ve ark. (2005) HYO öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında SYBDÖ puanını 122.0 ± 17.2 bulurken, Ünal ve ark.(2007) meslek yüksek okullarının sağlık ve sosyal programlarında okuyan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada ise, sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilerde SYBDÖ puanı 118.46 ± 21.38 olarak bulunmuştur. Ayrıca, Özbaşaran ve ark. (2004) bir Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise 121.92 ± 1.10 , Ecevit Alpar ve ark. (2008) HYO öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, birinci sınıf öğrencilerinde SYBDÖ puanı 121.63 ± 14.93 , son sınıf öğrencilerinde 140.15 ± 15.88 olarak bulunmuştur. Yurt dışında, aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalar incelendiğinde; Martinelli'nin (1996) genç yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada 136.44 ± 19.20 , Butler'in (1995) geç adolesanlar da yaptığı çalışmada SYBDÖ puanının 127.67 ± 24.00 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi bizim çalışmamızda elde edilen puanlar Ayaz ve ark. (2004), Yıldırım (2005), Ünal ve ark.(2007), Zaybak ve Fadiloğlu (2004), Özbaşaran ve ark. (2004), Ecevit Alpar ve ark. (2008) ise birinci sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında elde ettikleri puan ortalamalarından, Butler'in (1995) yurt dışında yaptığı çalışmadan daha yüksektir. Buna karşın Martinelli'nin (1996) çalışmasında elde ettiği sonuçların ise bizim sonuçlarımızdan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın ABD'de yapılması ve bu ülkede bireylere sunulan yaşam ve eğitim standartlarının daha yüksek olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 192, en düşük puanında 48 olduğu düşünüldüğünde; çalışma grubumuzdaki öğrencilerin eğitim dönemi öncesi SYBDÖ genel puanın ortanın üzerinde olması sevindiricidir.

Çalışmada eğitim dönemi başında HYO öğrencilerinin SYBDÖ puanı 129.26 ± 18.84 , EF öğrencilerinin ise 116.75 ± 14.10 olarak bulunmuştur. HYO öğrencilerinin puanın daha yüksek olması birinci sınıfın ilk döneminde yürütülen eğitim programında da sağlıkla ilgili konulara yer verilmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmada birinci sınıf öğrencilerinin SYBD gelişimine ikinci dönem verilen eğitim programının katkısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle de ikinci dönemin başında, bitiminde ve birinci sınıf eğitim programı tamamlandıktan 3 ay sonra ölçümler yapılmıştır. Diğer yandan eğitim döneminden hemen sonra yapılan ölçümde, HYO öğrencilerinin puan ortalamaları 141.63 ± 16.40 'a yükselirken, buna karşın EF öğrencilerinin puan ortalamaları 117.84 ± 14.74 olarak kalmış ve yükselmemiştir. Bununla birlikte, Ecevit Alpar ve ark. son sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları ölçümlerde bizim çalışmamızda eğitim sonrası dönemde elde ettiğimiz sonuçlara ulaşabilmişlerdir. Bunlar birinci sınıf ikinci dönemde yer alan derslerin, özellikle de insan kavramını "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli"ne göre çok yönlü şekilde ele alan Sağlıklı Yaşam II Dersi'nin olumlu katkısının olduğunu göstermektedir. Bu aynı zamanda dersin hedeflerine ulaşıldığını da gösterebilir. Eğitim programının öğrencide olumlu davranış değişikliği oluşturması ve kalıcılığı yönünden değerlendirilmesi amacıyla SYBDÖ öğrencilere eğitim döneminden 3 ay sonra , yeni öğretim dönemi başında tekrar uygulanmıştır. Üç ay sonraki değerlendirmede HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 139.63 ± 18.28 olarak kaldığı (ikinci ölçümde 141.63 ± 16.40 iken), değişmediği görülmüştür. Buna karşın EF öğrencilerinin puan ortalamalarının ikinci ölçümde 117.84 ± 14.74 iken 120.48 ± 13.52 olmuştur. Bu sonuç EF öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da zaman içinde az da olsa geliştiğini ancak eğitimin bu gelişmeye bir katkısının olmadığını, özellikle tatil döneminde kendi ortamlarında bulunmanın ve ölçeğin tekrarlı uygulanmasının yarattığı farkındalığın bu davranışlara katkı sağladığını göstermektedir.

Walker, Sechrit ve Pender (1987), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını "kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması" şeklinde tanımlamıştır. Yani, sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri; Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi gibi 6 önemli faktörden oluşmaktadırlar (Ahijevych ve Bernhard 1994, Spellbring 1991,

Pender ve Barkauskas 1992). Çalışmamızda SYBDÖ alt gruplarına ait puanlar da karşılaştırılmıştır.

Fiziksel egzersiz; enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiyovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (Griffith 2002, Speck 2002). Egzersiz alt grubu ile sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını değerlendirilmektedir.

HYO öğrencilerinin egzersiz puan ortalaması eğitim dönemi öncesi 9.40 ± 2.91 olduğu saptanmıştır. EF öğrencilerinin puan ortalaması HYO öğrencilerinden daha düşüktür (8.14 ± 2.50). Bu durum HYO öğrencilerinin sağlık konusunu ayrıntılı şekilde öğrenmesini sağlayan, birinci dönem aldıkları derslerle ilişkili olabilir. Egzersiz; yüksek tansiyon, şeker hastalığı, aşırı kilo, kolesterol ve hareketsizlik gibi risk faktörlerini önler. Zihin açıklığı ve ruhsal dengeyi korur, enerji seviyesini geliştirir. Stresi, kalp hastalıklarını, kanseri önler. Kemik ve kas sağlığını destekler. Kan basıncını düşürür ve vücutta oluşan toksinlerin dışarı atılmasına yardımcı olur (Demir ve Filiz, 2004). Fiziksel iyilik halinin önemli unsurlarından biri olan egzersiz, günümüzde sağlıklı olmanın koşullarından biri olarak sayılmasına rağmen, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz ilk ölçüm sonuçları SYBDÖ'nin egzersiz alt boyutundan alınabilecek en düşük (5 puan) ve en yüksek (20 puan) puanlar dikkate alındığında ortanın biraz altında olduğu görülmektedir. Diğer yandan çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar Yıldırım (2005) (9.5 ± 3.5), Ünal ve ark.(2007)'nin (10.50 ± 3.59) üniversite öğrencileri ile Özbaşaran ve ark. (2004) (9.53 ± 0.19) , Ayaz ve ark. (2005) (8.7 ± 2.57), Ecevit Alpar ve ark. (2008) (10.40 ± 2.37)'nin HYO öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte Martinelli'nin (1996) (12.17 ± 3.44), Butler'in (1995) (13.20 ± 4.10) çalışmalarından ise daha düşük bulunmuştur. Bu duruma her iki çalışmanın ABD de yapılmış olması ve ABD de sağlık ve egzersiz konusu üzerine çok daha erken sınıflarda vurgu yapılması ve öğrencilerin sağlıklı olmak için egzersiz yapmaya yönlendirilmesi, Ülkemizde ise bu konuya eğitim sistemimizde yer verilse de,

gereken fiziksel şartların ve yeterli yönlendirmenin sağlanamaması gibi nedenlerle öğrencilerin yeterince fiziksel egzersiz yapmadıklarını göstermektedir. Eğitim dönemi sonrası öğrencilerin egzersiz puan ortalamaları incelendiğinde HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 11.56 ± 3.15 'e yükseldiği, buna karşın EF öğrencilerinin puan ortalamalarının ise 8.92 ± 2.73 olarak kaldığı belirlenmiştir. Eğitim sonrası ortaya çıkan bu yükselmenin eğitim programında yer alan Sağlıklı Yaşam II dersinin sağlıklı insana odaklanması ve sağlıklı olmanın ön koşullarından biri olan düzenli egzersizin ayrıntılı şekilde öğrencilere derste anlatılması ve bu konuda kendilerini değerlendirmelerinin istenmesi ve sorun yaşayan öğrencilerin sorunlarını fark edip, bu sorunu çözmek için plan yapması, böylece öğrencilerin kendi sağlıkları konusunda duyarlı hale gelerek egzersiz düzeyinde artış sağlamış olması şeklinde düşünülebilir. Eğitimden döneminden 3 ay sonra ise HYO öğrencilerinin ortalama puanları 11.01 ± 3.17 olarak kalmış, karşılaştırma grubu olan EF öğrencilerinin egzersiz puan ortalaması ise yükselmemiş ve 8.69 ± 2.46 olarak kalmıştır. Bu da bize HYO öğrencilerinin egzersiz yapma konusundaki düşüncelerinin değişmediğini, bu davranışı sürdürdüklerini ve eğitim programının bu alanda da etkin olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte puanların orta düzeyde kalması, egzersiz yapmaları konusunda diğer koşulların da dikkate alınarak yeni düzenlemeler yapılması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan üç ölçümde de EF öğrencilerinin egzersiz puan ortalamaları HYO öğrencilerinden daha düşüktür. Oysa, EF öğrencileri de HYO öğrencileri gibi ülkemizin geleceğini oluşturacak ve sağlıklı nesilleri yetiştirilmesine katkı verecek bir meslek grubunun üyesi olacak olan gençlerdir. Bu konuya verilen önemin her geçen gün arttığı da düşünüldüğünde, EF öğrencilerinin egzersizin yararları konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduğu da söylenebilir.

SYBDÖ'nin diğer bir alt boyut ise beslenmedir. Beslenme, insanın fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bunların vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanabilir. Vücut fonksiyonları için gerekli olan enerji besinlerden sağlanır. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere ihtiyacı vardır (Black ve Matasorrian

1997, Akça Ay ve ark 2008). Beslenme alt grubu ile bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerleri değerlendirilmektedir.

Beslenme puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim dönemi öncesi HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 16.83 ± 3.36 olduğu, EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise 15.23 ± 2.81 olduğu ve HYO öğrencilerinin puan ortalamasının EF öğrencilerinin puan ortalamasından ve Yıldırım (2005) (14.9 ± 3.5), Ünal ve ark.(2007) (14.9 ± 3.51)'nın üniversite öğrencileri üzerindeki çalışmalarından ve Özbaşaran ve ark. (2004) (15.58 ± 0.18), Ayaz ve ark. (2005) (16.0 ± 3.4)'nın, HYO öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarından, Martinelli'nin (1996) (15.75 ± 4.22), Butler'in (1995) (14.39 ± 4.41) yurt dışında yaptıkları çalışmalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat bu alt boyuttan alınabilecek en düşük (6 puan) ve en yüksek (24 puan) puanlar düşünüldüğünde, HYO öğrencilerinin puan ortalamasının ortanın biraz üstünde olduğu söylenebilir. Buna karşın çalışmamızdan elde edilen sonuçların yurtiçi ve dışında yapılan çalışmalardan daha yüksek olması ve öğrencilerimizin ekonomik durumları çok iyi olmasa da düzenli beslenmeye özen göstermeleri oldukça sevindiricidir. Eğitim döneminden hemen sonra ise HYO öğrencilerinin ortalama puanlarının 17.97 ± 3.08 'e yükseldiği, EF öğrencilerinin puan ortalamalarının ise 15.10 ± 2.90 olarak değişmediği belirlenmiştir. Bu durum HYO'da eğitim dönemi süresince yürütülen Sağlıklı Yaşam II dersinde sağlıklı beslenmenin önemine vurgu yapılması ve bu konuda öğrencilerin kendilerini değerlendirerek, sorunlarını saptamaları ve sorunları çözmek için bireysel planlamalar yapmalarının öğrencilerin dengeli ve düzenli beslenme alışkanlığı kazanmalarında etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuç bize düzenli ve dengeli beslenme alışkanlığının ekonomik olanaklardan çok, eğitimle yakından ilişkili olduğunu da gösterebilir. EF öğrencilerinin puan ortalamaları HYO öğrencilerinden daha düşüktür ve eğitim dönemi sonunda da bir ilerleme göstermemiştir. Oysa sağlıklı olabilmek için dengeli ve düzenli beslenmeyi bilmek ve uygulamak gerekir. Bu davranışın öğrenciler tarafından sürdürülme durumunu belirlemek amacıyla yapılan üçüncü ölçümde ise HYO öğrencilerinin ve EF öğrencilerinin puanlarında değişiklik olmamıştır. Bu sonuçlar ise bize HYO'da verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı beslenme

alışkanlıkları kazanmasında etkili olduğu, aynı zamanda da bu davranışları sürdürmelerini sağladığı, dolayısıyla da dersin öğrencilerde SYBD gelişimine katkı verdiği söylenebilir.

SYBDÖ bir diğer alt boyutu kişilerarası destektir. Kişilerarası destek bireylerin birbirleriyle olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki etkinliği küçümsenmeyecek bir olgudur (Özcan 1996). Kişiler arası destek alt boyutu ile bireyin yakın çevresiyle iletişimini ve iletişimin süreklilik düzeyini değerlendirilmektedir.

Öğrencilerin kişilerarası destek puan ortalamaları incelendiğinde; HYO öğrencilerinin puan ortalamasının eğitim dönemi öncesi 21.43 ± 3.71 olduğu, EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise 19.82 ± 3.49 olduğu bulunmuştur. HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının diğerlerinde olduğu gibi EF öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük (7 puan) ve en yüksek (28 puan) puanlar dikkate alındığında ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının ortanın biraz üstünde olduğu söylenebilir. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde; bizim çalışmamızda elde ettiğimiz kişilerarası destek ortalama puanının, Ecevit Alpar ve ark. (2008) (17.12 ± 2.91), Yıldırım (2005) (19.4 ± 3.6), Ünal ve ark.(2007) (20.45 ± 4.04), Özbaşaran ve ark. (2004) (20.78 ± 0.18) HYO öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarından yüksek, Ayaz ve ark. (2005) (21.2 ± 3.4) HYO öğrencileri üzerinde , Butler'in (1995) (21.64 ± 4.81) geç adolesanlarda yaptıkları çalışmalarıyla benzer, Martinelli'nin (1996) (24.03 ± 3.77) genç yetişkinlerde yaptığı çalışmasından düşük bulunmuştur. Martinelli'nin çalışmasında elde ettiği sonuçların bizim çalışmamızdan daha yüksek olmasının nedeninin, çalışmasının ABD' de yapılmış olması ve bireylerin bireysel olarak danışmanlık ve destek almak için başvurabilecekleri toplumsal kuruluşların bulunması olabilir. Çalışmamızda elde ettiğimiz puan ortalamasının öğrencilerin birinci sınıfta olmaları, ailelerinden uzakta olmaları ve yeni bir çevreye alışmaya çalışmalarına rağmen, ülkemizde ve yurt dışında yapılmış olan diğer çalışmalardan ve EF öğrencilerinin puan ortalamasından daha yüksek bulunması oldukça sevindiricidir. Bu durumun öğrencilerin birinci dönem aldıkları derslerle ilişkili olduğu söylenebilir. Eğitim

döneminden sonra yapılan ölçümde ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 22.96 ± 3.47 'ye yükseldiği, EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise 20.09 ± 3.70 olarak kaldığı saptanmıştır. HYO eğitim programının içeriğinde insanlar arasındaki iletişimi içeren bir modülün olması ve kendilerini bu alanda değerlendirmeleri, derste aktif öğrenme yöntemlerinin kullanılması (grup tartışması, kendi bakım planını yapma, gözlem yapma ve derste sunum yapma gibi) öğrencilerin bu alanda farkındalıklarının artırılmasına ve kendilerini geliştirmelerine katkı vermiş olabilir. Bu yönüyle eğitim programının etkin olduğu söylenebilir. Ancak doğrudan insanla ilgili bir meslek olan hemşirelikte öğrencilerin kişilerarası ilişki ve destek yönünden daha fazla desteklenmeleri uygun olacaktır. Eğitim döneminden 3 ay sonra ise HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının 22.85 ± 3.41 olarak kaldığı, EF öğrencilerinin ise 20.88 ± 3.29 olduğu belirlenmiştir. HYO öğrencileri ve eğitim programının etkinliğinin ortaya konulması açısından bu durum oldukça olumludur.

Diğer bir alt grup ise stres yönetimidir. Stres kelimesi ile “kişinin fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik stres tepkileri” anlatılır. Stres kelimesinin ifade ettiği diğer anlam ise organizmanın dengesini bozabilecek etkenlerin tümüdür (Balcıoğlu 2005, Baltaş 2006). Stres yönetimi alt boyutu ile bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları değerlendirilmektedir.

HYO öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi stres yönetimi puan ortalaması 18.25 ± 3.18 iken, EF öğrencilerinin puan ortalaması 17.46 ± 2.67 'dir. Çalışmamızdaki stres yönetimi puan ortalaması üniversite öğrencileri üzerinde yapılan Yıldırım (2005) (17.4 ± 3.6), Ünal ve ark.(2007) (17.87 ± 4.13)'nın çalışmaları ile HYO öğrencileri üzerinde yapılan Özbaşaran ve ark. (2004) (17.02 ± 0.19) Ayaz ve ark. (2005) (17.8 ± 3.3) çalışmalarından yüksek, Ecevit Alpar ve ark. (2008) (27.47 ± 4.41)'nin çalışmasından düşük bulunmuştur. Butler'in (1995) (17.54 ± 4.35), Martinelli'nin (1996) (18.70 ± 3.85) yurt dışında yaptıkları çalışmalarından ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamasının anılan çalışmalardan ve EF öğrencilerinin puan ortalamasından yüksek olması

öğrencilerin birinci dönem aldıkları derslerin zaman yönetimi, grup çalışması vs. gibi konuları öğrencilere sunmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda eğitim döneminden hemen sonra stres yönetimi puan HYO öğrencilerinde 20.33 ± 2.82 'ye yükselirken, EF öğrencilerinin puan ortalaması ise 17.32 ± 3.25 olarak kalmıştır. Stres ile baş etme yöntemlerinin amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek bakım maliyetini azaltır, yaşam kalitesini artırır ve hastalıkları önler. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin en önemli hedeflerinden biridir (Akdemir ve Birol 2005, Baltaş ve Baltaş 2006). HYO öğrencilerinin stres yönetimi puanlarının yükselmesinin nedeni ikinci dönem eğitim programının sağlığı geliştirmeyi hedeflemesi ve bu doğrultuda da öğrencilere stres ve baş etme konusunda ayrıntılı bilgilerin verilmesi ve öğrencilerin stresle baş etme yönünden kendilerini değerlendirerek, bir danışman öğretim elemanının yardımıyla daha iyi baş etmek ve problem çözmek için planlamalar yapmaları olduğu söylenebilir. Bu alt grupta eğitim döneminden 3 ay sonra, HYO öğrencilerinin puan ortalaması (19.96 ± 3.12) ikinci ölçümle aynı düzeyde kalmış, benzer şekilde EF öğrencilerinin stres yönetimi puan ortalaması da (17.13 ± 3.03) yükselme göstermemiştir. HYO öğrencilerinin EF öğrencilerine göre çoğunun ailelerinden uzakta ve dolayısıyla aile desteğinin daha kısıtlı olduğu, eğitim dışındaki sorumlulukları nedeniyle stresörlerin de daha fazla olduğu düşünüldüğünde, HYO öğrencilerinin baş etme yeteneklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca eğitim döneminden 3 ay sonra bile bir düşüşün yaşanmamış olması eğitim programının etkinliğinin devam ettiğini ve öğrencilerin hala stresle baş etme becerilerini kullandıklarını da göstermektedir.

SYBD'nin bir alt grubu "sağlık sorumluluğu" boyutudur. Sağlık sorumluluğu alt grubu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Eğitim dönemi öncesi HYO'daki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması 24.23 ± 6.00 , EF öğrencilerinin ise 19.01 ± 4.34 olarak bulunmuştur. EF öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puan ortalaması HYO öğrencilerinin puanlarından daha düşüktür. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40'dır. Buna göre HYO öğrencilerinin puanlarının ortalamasının az üzerinde olduğu söylenebilir. Bu

sonuç, Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan Yıldırım (2005) (20.3±5.7), Ünal ve ark.(2007) (22.08±6.92)'nin çalışmalarından ve Özbaşaran ve ark. (2004) (23.16±0.33), Ayaz ve ark. (2005), (21.9 ± 5.0) Ecevit Alpar ve ark. (2008) (15.40±3.32)'nin HYO öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalardan ve yurt dışında Martinelli'nin (1996) (20.90±6.05), Butler'in (1995) (19.87±6.09) yaptıkları çalışmaların sonuçlarından daha yüksektir. Bizim çalışmamızda eğitim öncesi dönemde elde ettiğimiz sonuçların yurtiçi ve dışında yapılan çalışmalardan daha yüksek oluşu birinci dönem verilen derslerin "sağlık, sağlığı geliştirme, hemşirelik, çevre gibi" kavramları içermesiyle ilişkili olabilir. Bu kavramların öğrenilmesi öğrencilerin sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almaları konusunda katkı verici olabilir. Eğitim dönemi sonrası ise HYO öğrencilerin puan ortalamasının 27.02 ± 4.84'e yükseldiği, EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise yükselmediği ve 19.79 ± 3.86 olarak kaldığı belirlenmiştir. Bu bize eğitim programında yer alan ve öğrencilerin kendi sağlıklarını değerlendirmelerine olanak sağlayacak şekilde yapılandırılmış olan Sağlıklı Yaşam II dersinin öğrencilerin sağlıkları konusunda duyarlı olmasını sağladığı ve sağlık sorumluluğu kazandırdığı söylenebilir. Öğrencilerin kazandıkları bu davranışı sürdürme durumlarını belirlemek amacıyla yapılan eğitim döneminden 3 ay sonraki ölçümde; HYO öğrencilerinin puan ortalamaları 27.06 ± 5.58 olarak kalmış ve EF öğrencilerinin puan ortalamaları ise 20.42 ± 4.32 olduğu saptanmıştır. Bu durum bize HYO öğrencilerinin araya tatil dönemi girmiş olmasına rağmen bu davranışı sürdürdüğünü göstermektedir. Eğitim programının sağlık sorumluluğu kazandırmak konusunda etkili olduğu söylenebilir.

Ölçeğin diğer bir alt boyutu da kendini gerçekleştirmedir. Kendini gerçekleştirme alt grubu ile bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini değerlendirilmektedir.

HYO öğrencilerinin kendini gerçekleştirme puan ortalaması eğitim öncesi 36.43 ± 5.03'dür. EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise 34.50 ± 5.39 olarak bulunmuştur. HYO öğrencilerinin puan ortalamaları EF öğrencilerinden daha yüksektir. Ayrıca ölçekten alınabilecek en düşük puanın 15,

en yüksek puanın ise 52 olduğu düşünülürken HYO öğrencilerinin puanlarının ortanın biraz üzerinde olduğu da söylenebilir. Ülkemizde üniversite öğrencileri ve HYO öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde; bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar Özbaşaran ve ark. (2004) 35.82 ± 0.36 ile Yıldırım'ın (2005) (35.6 ± 6.4) çalışmalarından daha yüksek, Ayaz ve ark. (2005) (36.4 ± 5.6) , Ünal ve ark. (2007) (36.03 ± 7.40) , çalışmalarında elde ettikleri sonuçlarla benzer düzeyde, Ecevit Alpar ve ark. (2008) (39.19 ± 5.31) HYO birinci sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarının sonuçlarından düşük olduğu belirlenmiştir. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalara bakıldığında ise Martinelli'nin (1996) 44.59 ± 6.00 , Butler'in (1995) 41.03 ± 7.82 çalışmalarında elde ettikleri kendini gerçekleştirme ortalama puanlarının bizim çalışmamızdan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bizim sonuçlarımızın yüksek olmasının öğrencilerin birinci dönem aldıkları derslerin sağlıkla ilgili konulara yer vermesinden kaynaklandığı söylenebilir. Diğer yandan kendini gerçekleştirme ile bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini, kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiği değerlendirilmektedir (Esin 1997). Bu doğrultuda düşünülürken ise kendini gerçekleştirmenin bireysel özelliklere bağlı olarak değişim gösterebileceği de söylenebilir. Bu da bize Ecevit Alpar ve ark. çalışmalarında ve yurt dışında yapılan çalışmalarda elde ettikleri sonuçların yüksek olma nedenini açıklayabilir.

Eğitim dönemi sonrası yapılan ölçümde ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 38.76 ± 4.73 'e yükseldiği, buna karşın EF öğrencilerinin puan ortalamasının yükselmediği ve 34.21 ± 4.94 olarak kaldığı belirlenmiştir. Bunun nedeni, eğitim programının sağlıklı bir insanı biyopsikososyal yönden ele alıyor olması ve öğrencilere kendilerini tanımaları ve varolan problemlerini çözebilmeleri için kendilerine bakım planı uygulamaları, bu doğrultuda da kendini gerçekleştirme ihtiyacının farkına varmaları olduğu söylenebilir. Aynı zamanda birçok kuramcının farklı şekillerde ele aldığı kendini gerçekleştirme süreci yaşamın başlangıcından başlamaktadır. Kişinin bu sürece girebilmesi çok önemlidir ve bu süreçte aile, okul gibi çeşitli toplumsal kurumların etkisi fazladır. Bu kurumlardan biri de yükseköğretimdir. Üniversite eğitimi dönemi bireylerin

duygusal, sosyal, zihinsel ve kişilik gelişimlerinin devam ettiği bir dönemdir (Ertem ve Sezer 2004). Kendini gerçekleştirmeye ilişkin sağlık davranışlarının eğitim düzeyi ile birlikte arttığı Sayan'ın çalışmasında da belirtilmiştir (Sayan 2001). Buna rağmen eğitim dönemi sonrasında HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının yurt dışında yapılan çalışmalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum ise bize sadece eğitimin kendini gerçekleştirme için yeterli olmadığını, yukarıda da belirttiğimiz gibi bunun bir süreç olduğunu ve toplumsal kurumlardan etkilendiğini, nitekim, yurt dışında sunulan toplumsal hizmetlerin ve toplumsal refah düzeyinin yüksek oluşundan kaynaklandığı söylenebilir. Eğitim döneminden 3 ay sonra ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 37.78 ± 4.71 olarak kaldığı, karşılaştırma grubumuzdaki EF öğrencilerinin puan ortalamalarının ise 35.03 ± 4.45 olduğu, kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının değişmediği belirlenmiştir.

Sonuç olarak; HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının birinci sınıfın ikinci döneminde eğitim dönemi öncesine göre, eğitim döneminden sonra anlamlı derecede yükselmiş ve 3 ay sonra yapılan ölçümlerde de bu gelişmenin sürdüğü saptanmıştır. Bu durum HYO birinci sınıf eğitim programında yer alan derslerin öğrencilerde SYBD gelişimine katkı sağladığını göstermektedir.

VI. 3. Yaşam Kalitesiyle İlişkili Bulguların Tartışılması:

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir" ve kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır (WHOQOL Group 1997, King ve Hinds 2003).

Hasta ve tedaviye muhtaç bireyin yaşam kalitesi, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır. Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler, hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü

oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir (Tüzün ve Eker 2003, Meeberg 1992, Akyol Durmaz 1993). Bu bakış açısıyla bakıldığında çalışma grubumuzu oluşturan hemşirelik öğrencileri de gelecekte bu mesleği icra edecek kişilerdir ve hemşirelik eğitiminin öğrencilerin yaşam kalitesi konusunda farkındalık kazanmalarına ve kendilerini geliştirmelerine katkı sağlayıcı olması beklenir.

Eğitim dönemi öncesi HYO öğrencilerinin genel sağlık ve yaşam kalitesi ortalama puanı 6.78 ± 1.24 , EF öğrencilerinin ise puan ortalaması ise 7.13 ± 1.17 'dir. Öğrencilerin puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Bu iki grubun da eğitim dönemi öncesi aynı düzeyde olduklarını göstermektedir. Eğitim döneminden sonra ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 7.28 ± 1.18 'e yükseldiği, EF öğrencilerinin puan ortalamasının değişmediği ve 7.06 ± 1.13 olarak kaldığı belirlenmiştir. Eğitim döneminden 3 ay sonra yapılan ölçümde ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 7.03 ± 1.18 olarak aynı kaldığı, EF öğrencilerinin ise 7.03 ± 1.19 olduğu belirlenmiştir. Görüldüğü gibi, HYO öğrencilerinin puan ortalamalarında eğitim dönemi sonrası bir yükselme gösterirken, EF öğrencilerinin puan ortalamalarında ise eğitim sonrası dönemde bir düşüş yaşanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda HYO'da yürütülen eğitim programının öğrencilerin genel sağlık ve yaşam kalitesini artırmaya katkı sağladığı söylenebilir. Aynı zamanda HYO öğrencilerinin %97.5'nin de alınan eğitimin yaşam kalitelerine olumlu katkı sağladığını ifade etmesi bu sonucu destekler niteliktedir.

Yaşam kalitesinin bir alt boyutu olan fiziksel sağlık alanı; fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumları içine almaktadır (Tüzün ve Eker 2003, Akdemir ve Birol 2005). Ölçekte bu boyut için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 20'dir. Eğitim dönemi öncesi HYO öğrencilerinin fiziksel sağlık alanı ortalama puanı 14.60 ± 2.27 , EF öğrencilerinin ortalama puanı ise 15.20 ± 2.11 olarak

bulunmuştur. İki gruptaki öğrencilerin puan ortalamaları benzer düzeydedir ve HYO öğrencilerinin puan ortalamaları ortanın biraz üzerindedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara bakıldığında, Erbay Dünder ve ark. (2004) çıraklık eğitim merkezinde öğrenim gören 17 yaş üzeri gençlerin yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada fiziksel sağlık alanı puan ortalaması 15.30 ± 2.43 olarak bulunmuştur. Dünder ve Pala (2007) hemşire ve sağlık teknisyenleri üzerinde yaptıkları çalışmalarında fiziksel sağlık alanı puan ortalamasını 14.1 ± 2.6 bulunurken, Avcı ve Pala (2004) araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında ise 15.0 ± 2.3 olarak bulmuştur. Kelleci ve ark. (2007) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, 13.53 ± 2.67 , Ay ve Özbaşaran (2007) hemşirelerin yaşam kalitelerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında 12.88 ± 1.85 , Dikmen ve ark. (2007) sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ise sonuçlar 5 üzerinden değerlendirilmiş ve puan ortalaması 3.06 ± 0.81 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim dönemi öncesi saptadığımız sonuç ise Erbay Dünder ve ark. (2004), Avcı ve ark. (2004) ve Dikmen ve ark.'nın (2007) farklı gruplar üzerinde yaptıkları çalışmalarının sonuçlarından daha düşük, Dünder ve Pala'nın (2007) çalışmalarında elde ettikleri sonuçla aynı düzeyde ve Kelleci ve ark. (2007) ile Ay ve Özbaşaran'nın (2007) çalışmalarından ise daha yüksektir. Bu çalışmaların çoğunun yaşları daha büyük, mesleki deneyimleri fazla ve farklı meslek gruplarındaki bireyler üzerinde yapıldığı düşünüldüğünde, çalışmamızın sonucunun benzer düzeyde ya da yüksek düzeyde olması sevindiricidir. Bunun yanında çalışmamızda elde ettiğimiz fiziksel alan puan ortalamasının yukarıda anılan çalışmalardan daha yüksek olması ise bize öğrencilerin birinci dönem aldıkları derslerin (beslenme, aktivite vb.) fiziksel sağlık alanında gelişimlerine katkı verdiğini gösterebilir. Özellikle Sağlıklı Yaşam II Dersi'nde işlenen Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri konuları içinde beslenme, aktivite, cinsellik, uyku, algılama vb. konulara önemli yer ayrılmaktadır. Eğitim döneminden sonra HYO öğrencilerinin fiziksel alan ortalama puanı yükselmiş, EF öğrencilerinin puan ortalaması aynı kalmıştır. Bu durum eğitimin öğrencilerin fiziksel sağlığını olumlu yönde geliştirdiğini göstermektedir. Aynı zamanda HYO öğrencilerinin %

87.5'i de eğitimin fiziksel gelişime katkısı olduğunu doğrultusunda bir görüş bildirerek bu düşüncemizi desteklemektedirler. Ancak HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının EF öğrencileri ile benzer düzeyde olduğu da görülmektedir. Bu da sadece eğitimin yaşam kalitesini artırmak için yeterli olmadığı, başka faktörlerden de etkilendiğini göstermektedir. EF öğrencilerinin anne eğitim düzeylerinin, ilaç kullanma durumu ve aile ile birlikte yaşamak gibi faktörler açısından HYO öğrencilerinden daha olumlu özelliklere sahip olduğu ve bu faktörlerin de yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünüldüğünde puan ortalamalarının birbirine benzer olmasının doğal olduğu söylenebilir. Eğitim dönemi bittikten 3 ay sonra ise HYO öğrencilerinin puan ortalamasının 15.60 ± 2.04 iken, EF öğrencilerinin puan ortalamasının da 15.15 ± 2.32 olduğu ve bir yükselme göstermediği saptanmıştır. HYO öğrencilerinin puan ortalamalarında bir düşüşün olmaması ise sevindiricidir.

WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin diğer alt boyutu ise ruhsal sağlık alanıdır. Ruhsal sağlık alanı ortalama puanı eğitim dönemi öncesi HYO öğrencilerinde 14.21 ± 2.07 , EF öğrencilerinde ise 14.15 ± 1.92 olarak benzer bulunmuştur. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük (0 puan) ve en yüksek (20 puan) puanlar dikkate alındığında öğrencilerin puan ortalamalarının ortanın biraz üzerinde olduğu görülmektedir. Çalışmamız da belirlediğimiz ruhsal alan puan ortalamasının çeşitli gruplar ile yapılan Erbay Dünder ve ark. (2004) (14.50 ± 2.92), Dünder ve Pala (2007) (14.4 ± 2.3), Avcı ve Pala (2004) (14.5 ± 2.3), Kelleci ve ark. (2007) (14.57 ± 2.31) ile Dikmen ve ark.'nın (2007) (5 üzerinden 3.50 ± 0.64) çalışmaları ile aynı düzeyde olduğu saptanmış, Ay ve Özbaşaran'ın (2007) (13.58 ± 1.82) çalışmasından ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim döneminden sonra ise HYO öğrencilerinin ortalama puanının düşük düzeyde de olsa yükselerek 14.71 ± 2.18 olduğu, EF öğrencilerinin ortalama puanının ise yükselmediği 14.37 ± 1.78 olarak kaldığı saptanmıştır. Diğer yandan EF öğrencilerinin puan ortalamalarının HYO öğrencileriyle benzerlik gösterdiği görülmektedir. EF öğrencilerinin çoğunun bazı özellikler açısından (anne eğitimi, sürekli ilaç kullanma durumu ve aile ile birlikte yaşama) daha avantajlı oldukları düşünüldüğünde yaşam kalitelerinin

HYO öğrencilerine göre daha yüksek olması beklenebilirdi. Ancak HYO öğrencilerinin ruhsal alan puanlarının eğitimin etkisiyle düşük düzeyde de olsa bir artış gösterdiği görülmektedir. Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar gibi özelliklerin ruhsal sağlık alanında yer aldığı düşünüldüğünde, sadece eğitim ile bu özelliklerin tümünün değiştirilmesinin mümkün olamayacağı açıktır. Diğer yandan sınırlı düzeyde de olsa hemşirelik eğitim programının öğrencilerin ruh sağlığına olumlu katkı verdiği söylenebilir. Her iki gruptaki öğrencilerin çoğunun alınan eğitimin zihinsel ve duygusal gelişime katkı sağlayabileceği görüşünü desteklemesi, aynı zamanda bu görüşümüzü desteklemektedir. Öğrencilerin eğitim döneminden 3 ay sonraki puan ortalamaları incelendiğinde ise HYO öğrencilerinin puanının düşmediği ve 14.78 ± 2.04 olduğu, EF öğrencilerinin ise değişme göstermediği ve 14.54 ± 1.89 olarak kaldığı belirlenmiştir. Bu durum HYO öğrencilerinin ruhsal sağlıklarının ve eğitim programının sınırlı katkısının sürdüğünü göstermektedir.

Yaşam kalitesinin bir başka alt boyutu ise sosyal alandır. Eğitim dönemi öncesi HYO öğrencilerinin puan ortalaması 14.63 ± 2.37 olarak bulunmuştur. EF öğrencilerinin puan ortalaması ise 14.36 ± 2.31 'dir. Bu alt boyuttan alınabilecek en küçük ve en büyük puan 0 ile 20 arasındadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, HYO öğrencilerinin puan ortalaması ortanın biraz üzerindedir ve Erbay Dünder ve ark.'nın (2004) (15.40 ± 3.62) çalışmalarından düşük düzeyde iken, Dünder ve Pala (2007) (14.7 ± 2.8), Avcı ve Pala (2004) (14.0 ± 2.8), Kelleci ve ark. (2007) (14.04 ± 2.17), Ay ve Özbaşaran (2007) (13.52 ± 2.20) ve Dikmen ve ark. (2007) (5 üzerinden 3.53 ± 0.88) çalışmalarıyla benzer düzeydedir. Eğitim döneminden hemen sonra yapılan ölçümde ise HYO öğrencilerinin puan ortalaması 15.52 ± 2.39 yükseldiği, EF öğrencilerinin puan ortalaması ise 14.55 ± 2.46 olarak aynı kaldığı belirlenmiştir. HYO öğrencilerinin eğitim döneminden sonraki puan ortalamaları EF öğrencilerinden daha yüksektir. Bu da eğitimin öğrencilerde sosyal yaşam kalitesini yükseltmede katkı sağlayıcı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte her iki öğrenci grubundaki

öğrencilerin çoğu eğitimin sosyal gelişime katkı sağladığını da düşünmektedir. Ancak HYO öğrencilerinin puan ortalamalarında artışın çok yüksek olmadığı da görülmektedir. Bunun nedenin ise, sosyal alanın bireyin eşi varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu gibi özellikleri kapsadığı, bu alanda gelişim için eğitimin tek başına yeterli olamayacağıdır. Eğitim döneminden 3 ay sonra ise her iki öğrenci grubunun puanlarında değişiklik olmamıştır. Sosyal sağlık alanında HYO öğrencilerinin yaşam kalitesinin düşük düzeyde de olsa da eğitimden sonra yükselmesi ve bu yükselmenin sabit kalması oldukça sevindiricidir.

WHOQOL-BREF-TR Ölçeğinin bir diğer alt boyutu ise çevresel alandır. Çevresel alan: maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme ve boş zaman değerlendirme olanakları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre, ulaşım boyutlarında kişinin algılarını içermektedir. HYO öğrencilerinin çevresel alan ortalama puanı eğitim dönemi öncesi 13.17 ± 2.24 'dir. EF öğrencilerinin ise ortalama puanı HYO öğrencilerinininki ile benzer düzeyde ve 13.78 ± 2.13 'tür. Bu alt ölçekten alınabilecek alt ve üst puanlar (0-20) değerlendirildiğinde, çalışmamızda saptadığımız puan ortalamaları ortanın biraz üzerinde olup Erbay DüNDAR ve ark.'nın (2004) (13.4 ± 3.02) çalışmalarıyla benzerdir. Buna karşın DüNDAR ve Pala (2007) (12.2 ± 2.0), Avcı ve Pala (2004) (12.9 ± 2.1), Kelleci ve ark.'nın (2007) (12.53 ± 2.17), Ay ve Özbaşaran'ın (2007) (12.33 ± 1.85) Dikmen ve ark.'nın (2007) (5 üzerinden 3.10 ± 0.74) farklı gruplar üzerinde yaptıkları çalışmaların puanlarından ise daha yüksek olduğu görülmektedir. HYO öğrencilerinin puanlarının eğitim döneminden hemen sonra düşük düzeyde bir artış göstererek 13.62 ± 2.02 olduğu, EF öğrencilerinin ise puan ortalamasının değişmeyerek 13.77 ± 2.24 olarak kaldığı bulunmuştur. Puan ortalamalarındaki artışın düşük düzeyde oluşunun çevresel alanın fiziksel güvenlik, ev ortamı, parasal kaynaklar, hizmetler (sağlık ve sosyal hiz.), bilgiye ulaşabilme, boş zamanları değerlendirme, fiziksel çevre, ulaşım olanakları gibi birçok unsuru

içermesinden kaynaklandığı söylenebilir. HYO öğrencilerinin puan ortalamaları EF öğrencileriyle benzerlik göstermektedir. Oysa, EF öğrencilerinin çoğunlukla aileleriyle birlikte ve tanıdıkları bir çevrede yaşadıkları ve HYO öğrencilerinden daha olumlu şartlara sahip oldukları bilinmektedir. Puanlarının benzerlik göstermesi, bize HYO eğitiminin düşük düzeyde de olsa yaşam kalitesinin çevresel boyutuna olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir. Eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise HYO öğrencilerinin puan ortalamaları 13.80 ± 1.85 'e, EF öğrencilerinin puan ortalamasının ise 14.02 ± 6.23 'e yükseldiği belirlenmiştir. bu bulgulara dayanarak HYO öğrencilerinin geçtikleri eğitim programının etkisinin hala sürdüğü fakat, EF öğrencilerinde görülen bu değişimin tatil döneminden sonra ortaya çıkması bu yükselmenin sosyal etkileşimlere bağlı olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesinin diğer bir alt boyutu ise kültürel alandır. Kültürel alan ile bireyin çevresinin neden olduğu sosyal baskı belirlenmektedir. Kültürel alan puan ortalamalarına bakıldığında; HYO öğrencilerinin puan ortalamasının eğitim dönemi öncesi 13.30 ± 2.10 olduğu, EF öğrencilerinin puan ortalamasının da 13.76 ± 2.00 olduğu ve HYO öğrencileriyle benzerlik gösterdiği, ayrıca HYO öğrencilerinin ölçekten aldıkları puanın ortanın biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonucun Dündar ve Pala (2007) (12.5 ± 1.9) ve Ay ve Özbaşaran (2007) (12.19 ± 1.86) çalışmalarından daha yüksek olduğu ve Avcı ve Pala (2004) (13.0 ± 2.0) çalışmalarıyla benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Eğitimden hemen sonra ise HYO öğrencilerinin puan ortalaması 13.72 ± 2.00 ve 3 ay sonra ise 13.83 ± 1.70 olarak düşük düzeyde yükselme göstermiştir. EF öğrencilerinin ise puan ortalamalarının eğitimden hemen sonra 13.53 ± 1.89 ve 3 ay sonra yükselerek 14.06 ± 6.40 olduğu saptanmıştır. Kültürel alan puanının yaşanılan çevrenin ve kültürün özelliklerinden etkilendiği bilinmektedir. Dolayısıyla da puan ortalamalarında eğitim döneminden sonra çok büyük bir değişiklik olmaması şaşırtıcı değildir. HYO öğrencilerinin puan ortalaması ise çoğunluğu kendi çevrelerinde yaşayan EF öğrencileriyle benzer düzeydedir. Bu da büyük çoğunluğu yeni bir çevrede yaşamaya başlayan HYO öğrencileri için

olumlu bir gelişme sayılabilir. Yeni bir çevreye uyum sağlamanın zaman alıcı olduğu düşünüldüğünde ileriki zamanlarda yapılacak ölçümlerde puan ortalamalarının daha da yükselebileceği söylenebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, HYO öğrencilerinin WHOQOL-BREF-TR ölçeği alt grup puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesi, sonrası ve eğitim döneminden 3 ay sonra yapılan ölçümlerde EF öğrencileri ile benzer düzeyde olduğu bulunmuştur. Ölçümler kendi içinde karşılaştırıldığında; eğitim dönemi öncesi iki öğrenci grubunun puan ortalamaları arasında fark bulunmamış, eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonraki puan ortalamaları karşılaştırıldığında da sosyal alan dışında gruplar arasında önemli bir fark belirlenmemiştir. HYO öğrencilerinde ise sosyal alanda gelişme olmuştur. HYO öğrencilerinin eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında ruhsal sağlık alanı dışındaki tüm alanlarda önemli bir fark saptanırken, EF öğrencilerinde fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar HYO 1. sınıfta yürütülen eğitim programı içinde yer alan sağlıklı insanı bütüncü olarak ele alan Sağlıklı Yaşam II Dersi'nin öğrencilerinin ruhsal alan dışında yaşam kalitelerinin yükselmesinde sınırlıda olsa katkı sağladığını göstermektedir.

Sonuç olarak; çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda HYO birinci sınıf eğitim programında yer alan Sağlıklı Yaşam II Dersi'nin, öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine önemli derecede, yaşam kalitesinin yükselmesinde ise kısmen etkili olduğu belirlenmiştir.

VII. SONUÇLAR

Bir Hemşirelik Yüksekokulu eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin gelişimine etkisinin belirlenmesi amacıyla izlem çalışması (kohort) olarak yapılan bu çalışmada HYO (80) ve EF (88) kız öğrencileri çalışmaya alınmıştır. Her iki gruptan alınan veriler doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Her iki gruptaki öğrencilerin çoğu 17-19 yaş grubunda, orta gelir düzeyinde, anne ve babaları ilköğretim mezunu olup, anneleri çalışmamakta ve babaları serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin çoğunun, tanılanmış bir fiziksel/ruhsal hastalığı olmayıp ve sürekli ilaç kullanmamakta, çoğunlukla evde aileleri ile birlikte veya yurttta kalmaktadırlar (Tablo 1).

- HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ortalama puanı eğitim dönemi öncesi 129.26 ± 18.84 iken, eğitim döneminden hemen sonra 141.63 ± 16.40 'e yükseldiği, eğitim döneminden 3 ay sonra ise değişmediği ve 139.63 ± 18.28 olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın eğitim dönemi öncesi ile hemen sonrası ve eğitim dönemi öncesi ile eğitim döneminden 3 ay sonraki puan ortalamaları arasında olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna karşın EF öğrencilerinin SYBDÖ genel ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 116.75 ± 14.10 iken, eğitim döneminden hemen sonra 117.84 ± 14.74 olduğu, eğitim döneminden 3 ay sonra ise 120.48 ± 13.52 olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin eğitim döneminden önceki puanları ile eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış ($p < 0.05$), eğitim dönemi öncesi ile eğitim döneminden hemen sonraki puanlar arasında fark bulunmamıştır (Tablo 2, 3).

- HYO öğrencilerinin SYBDÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bütün alt grup puan ortalamalarının eğitim dönemi öncesine göre eğitim döneminden sonra yükselme gösterdiği ve eğitim döneminden 3 ay sonrada aynı düzeyde kaldığı, düşme göstermediği belirlenmiştir. Tüm alt gruplarda puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında öğrencilerin eğitim döneminden önceki puanları ile eğitimden sonraki puanları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmuştur (Tablo 2). EF öğrencilerinin ise; egzersiz ve kişilerarası destek alt

boyutu dışında puan ortalamalarında bir artış olmamıştır. Egzersiz alt grubu puan ortalamaları ikili karşılaştırıldığında bu alt grupta eğitim öncesi ve eğitimden hemen sonraki puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kişilerarası destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise eğitim öncesi ve sonrası puanları arasında fark belirlenmezken, puanlarının eğitimden 3 ay sonra anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Tablo 3).

- HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin genel ve alt grup puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptanmış ve stres yönetimi alt grubu dışında genel ve alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

- Öğrencilerin eğitim döneminden hemen sonraki SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; HYO öğrencilerinin genel ve alt ölçek puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). (Tablo 5)

- Öğrencilerin eğitim döneminden 3 ay sonraki SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ve alt ölçek puan ortalamalarının EF öğrencilerinden daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 6).

- HYO öğrencilerinin yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF) puan ortalamaları incelendiğinde; genel sağlık ve yaşam kalitesi ortalama puanının eğitim dönemi öncesi 6.78 ± 1.24 iken, eğitim döneminden sonra 7.28 ± 1.18 'e yükseldiği, eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise aynı düzeyde kaldığı (7.03 ± 1.19) saptanmış ve öğrencilerin eğitim döneminden önceki ve sonraki genel sağlık ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Buna karşın, EF öğrencilerinin ortalama puanlarının eğitim dönemi öncesi 7.13 ± 1.17 , eğitim döneminden hemen sonra 7.06 ± 1.13 , eğitim döneminden 3 ay sonrasında ise 7.03 ± 1.18 olduğu ve gelişme göstermediği saptanmış ve aralarındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 7,8).

- HYO öğrencilerinin yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; ruhsal sağlık alanı dışında bütün alt gruplarda eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 7,8).

- HYO ve EF öğrencilerinin eğitim dönemi öncesi WHOQOL-BREF alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm alt gruplarda, iki öğrenci grubunun puanları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 9).

- Eğitim döneminden hemen sonra ve 3 ay sonra yapılan değerlendirmede de, HYO öğrencilerinin puanları ile EF öğrencilerinin puanları arasında sosyal alan dışında fark olmadığı belirlenmiştir. Sosyal alanda ise HYO öğrencilerinin puanlarının EF öğrencilerinin puanlarından daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 10, 11).

- Eğitim programının öğrencilerin bireysel gelişimine katkısı ile ilgili olarak öğrencilerin görüşleri değerlendirildiğinde; HYO öğrencilerinin büyük çoğunlukla eğitimin fiziksel (%87.5), zihinsel (%97.5), duygusal (%75), sosyal (%95), iletişim becerileri (%97.5) ve kişisel gelişime ve yaşam kalitesinin (%97.5) gelişimlerine katkı sağladığını belirtirken, EF öğrencileri fiziksel gelişim dışında (%26.1) diğer alanlarda gelişimlerine katkı sağladığını belirtmişlerdir. İki grup karşılaştırıldığında, HYO öğrencileri EF öğrencilerine göre fiziksel gelişim ve iletişim becerilerinin gelişimi yönünden aldıkları eğitimden daha fazla yararlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 12).

VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1- Eğitim dönemi sonrasında HYO öğrencilerinin SYBDÖ genel ve alt ölçek puan ortalamalarında EF öğrencilerine göre artış olması nedeniyle HYO eğitim programında yer alan Sağlıklı Yaşam II dersinin eğitim programında geliştirilerek sürdürülmesi ,

2- Araştırmada elde edilen bulgular dikkate alınarak, HYO öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gelişmenin daha az olduğu beslenme, stres yönetimi ve kişiler arası destek gibi alanlarda eğitim programının gözden geçirilerek programın bu alanlarda yeniden yapılandırılması,

3- Öğrencilerin yaşam kalitelerini artırmak için, yaşam kalitesini etkileyen unsurları daha ayrıntılı olarak inceleyecek araştırmaların yapılması,

4- Bu çalışmada HYO öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları birinci sınıf öğrencilerinde incelenmiştir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğer yıllardaki gelişimini içeren izlem çalışmalarının planlanması,

5- Entegre eğitim programının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin gelişimine bütünsel katkı sağlama durumunun değerlendirilmesi amacıyla aynı öğrenci grubunun 4 yıllık süre boyunca izlenmesi,

6- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gençlere kazandırılması için sağlıklı ilgili alanlar dışında eğitim veren kurumların da bu konuda eğitim programları düzenlemesi önerilmektedir.

IX. ÖZET

Bu çalışma, bir Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin gelişimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 2006-2007 öğretim yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda (HYO) ve Eğitim Fakültesi (EF) İlköğretim Bölümü'nde birinci sınıfta öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 168 kız öğrenci (HYO'dan 80 öğrenci, EF'den 88 öğrenci) oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- BREF) (WHO Quality of Life Scale Bref) kullanılarak toplanmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözel onamları alındıktan sonra formları eğitim döneminin başladığı ilk hafta, eğitim döneminin son haftası ve son ölçümden üç ay sonrası sınıf ortamında doldurmaları sağlanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS10 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede frekans dağılımı, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

HYO öğrencilerinin SYBD genel ve alt ölçek puanlarının eğitim dönemi öncesine göre eğitim döneminden hemen sonra bütün alanlarda yükselme gösterdiği ve puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim döneminden 3 ay sonra ise puan ortalamalarının aynı kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca HYO öğrencilerinin puan ortalamalarının EF öğrencilerine göre daha yüksek olduğu ve EF öğrencilerinin SYBD genel ve alt ölçek puan ortalamalarının eğitim döneminden sonra yükselmediği bulunmuştur.

Her iki gruptaki öğrencilerin eğitim döneminden önce Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Eğitim döneminden sonra HYO öğrencilerinin WHOQOL-BREF puan ortalamaları tüm

alanlarda yükselme göstermemiş, genel sağlık ve yaşam kalitesi ile fiziksel, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamaları yükselmiştir. EF öğrencilerinde ise bir yükselme olmamıştır. Eğitim döneminden 3 ay sonra HYO öğrencilerinin puan ortalamaları aynı düzeyde kalmış ve düşme saptanmamıştır.

Sonuç olarak; hemşirelik eğitim programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişiminde önemli derecede, yaşam kalitesinin yükselmesinde ise kısmen etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda HYO birinci sınıfta yürütülen eğitim programının geliştirilerek sürdürülmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik Eğitimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlığı Geliştirme, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

This study has been done to determine the effect of the first-year curriculum on the development of the life quality and the behaviours of qualitative life style of the students of Higher School of Nursing.

The population of the research includes the first-year students the Higher School of Nursing and the students of Primary Education department of Educational Faculty at Cumhuriyet University in 2006-2007 academic year. (168 voluntary female students: 80 from Higher School of Nursing, 88 from Educational Faculty)

The data of the research was collected by means of Student Identification Profiles, Health Promotion Life Style Profile, and WHO quality of Life Scale BREF. The aim of the research was explained to students and after their oral confirmation of acceptance to take part in the research, the forms were filled in by the students at the first week of the term and three months later than the last measurement in classroom atmosphere.

The data was evaluated by means of computer programme of SPSS10. Frequency Distribution was used in statistical evaluation, and Variance Analysis was used in Significance Test between two medians and in recurrent measurements.

SYBD general and sub-scale scores of the students of HSN were found to be higher just after the educational term in all fields, and difference among score medians were significant. Three months later, the scores were found the same. In addition, the score medians of the HSN students were higher than the EF students, and SYBD general and sub-scale score medians of the EF students were found not to increase after educational term.

There has been no difference among the Life Quality Scale (WHOQOL-BREF) score medians of both groups before education term. After the education term, the students of HSN showed increases in WHOQOL BREF score medians not in all fields. But the scores increased in general health and life quality, and

physical, social, environmental and cultural fields. There was no increase among the students of EF. The score medians of the HSN students kept the same level.

Finally, the curriculum of Nursing was found to be effective greatly in Healthy Life Styles of the students and partly effective in the promotion of life quality. In accordance with the results of the study, the development and continuation of the curriculum in the first year of HSN was suggested.

HSN: Higher School of Nursing

Key Words: Nursing Education, Health Promoting Life Style Behavior, Health Promotion, Life Quality.

KAYNAKLAR

1. Adderley-Kelly B., Green P.M. (2000). Health Behaviors of Undergraduate African American Nursing Students. Association of Black Nursing Faculty Journal. 11(1),7-13.
2. Ak Ş., Çelen Ü., Özen Y., Tabak R.S., Piyal B.(2006). Ankara Merkez İlçeler İlköğretim Okulları Çalışanlarının Sağlık Davranışları. Koruyucu Hekimlik Bülteni. 5(2):84-8.
3. Akça Ay F.A., Ertem Ü.T., Özcan N.K. Ören V.G. Işık R.D. ve Ark.(2008). Temel Hemşirelik İstanbul. Medikal Yayıncılık. 2. Basım. 43-47.
4. Akdemir N., Birol L.(2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara. Sistem Ofset.3-20.
5. Akyol Durmaz A.(1993). Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. E.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 9(3):71-76.
6. Altınparmak S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler. Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 5(6), 416-423.
7. Anhiyevych K., Bernard L. (1994). Health Promotion Behaviors of African American Women. Nursing Research. 43(2), 86-89.
8. Arkanoc S. (1993) "Grup İlişkileri". Alfa Basın Yayın Dağıtım İstanbul.1. Baskı. 4-6.
9. Arslan Ş, Kutsal YG.(1999). Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics, 4:173-178.
10. Atkinson R.L., Atkinson R.C., Smith E.E., Bem D.J. Hoeksema S.N. (2006). Psikolojiye Giriş. Çev: Yavuz Alagon. Ankara. Arkadaş Yayınevi.3. Baskı. 487-492.
11. Avcı K., Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 30(2), 81-85.

12. Ay S., Güngör N., zbaşaran F. (2004). Manisa İl Merkezinde Sağlık Ocaklarında alışan Personelin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve zet Kitabı. İzmir.

13. Ay S., Güngör N., zbaşaran F.(2007). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde alışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörler. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve zet Kitabı. İzmir.140.

14. Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. (2005). Hemşirelik Yüksek Okulu ğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 9(2), 26-34.

15. Aygencel G., ztrk C. (2001). Akciğer Kanserinde Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri. Hematoloji-Onkoloji. 3(3);260-268.

16. Barg F. Heard L. (1996). "Psikososyal Destek" Aban S, ev. Platin N (Ed). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. IV.Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara. s: 175-185.

17. Batlaş A., Batlaş Z.(2006). Stresle Başa ıkma Yolları. İstanbul. Remzi Kaitabevi.A.ř. 23 Basım. 175-184.

18. Batlaş Z.(2007) Sağlık Psikolojisi. İstanbul Remzi Kitabevi, 56-58.

19. Bektaş M. (2002). Sağlığı Geliştirme Konusunda Verilerin Eğitimin Benlik Kavramı, Kaygı Düzeyi ve Olumlu Sağlık Davranışlarında Bulunma Durumuna Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. Yüksek Lisans Tezi.

20. Birol L. (2005). Hemşirelik Süreci. İzmir.Etki Matbaacılık. 7. Baskı.16-18.

21. Black J.M., Matassorin Jacobs E. (1997). Medical Surgical Nursing. USA. Saunders Company. 161-175.

22. Bottorff JL., Johnson JL., Ratner PA., Hayduk LA., (1996). "The Effects Of Cognitive - Perceptual Factors On Health Promotion Behavior Maintenance" Nursing Research. Jan/Febr. 45(1):30-36.

23. Burkhardt M., Nagai-Jacobson M. (2001). Nurturing and Caring for Self. Nursing Clinic of North America. 16, 23-31.

24. Butler M.A. (1995). Self-Esteem and Health Promoting Lifestyle As Predictors of Health Risk Behavior Among Older Adolescents. Doctor of Philosophy. Texas.

25. Chalmers K., Seguire M., Brown J. (2002). Tobacco Use and Baccalaureate Nursing Students: A Study of Their Attitudes , Beliefs and Personal Behaviors. Journal of Advanced Nursing. 40(1), 17-24.

26. Cindaş A. (2001). Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. Geriatri. 4(2), 77-84.

27. Clement M., Bouchard L., Jankowski L., Perreault M. (1995). Health Promotion Behaviors in First Year Undergraduate Nursing Students. Canadian Journal of Nursing Research. 27(4), 111-131.

28. Clement M., Nurs M., Jankovski L.W., Bouchard L. ve Ark. (2002). Health Behaviors Of Nursing Students: A Longitudinal Study. Journal of Nursing Education. 6(41), 257-265.

29. Clemmens D., Engler A., Chinnp.L. (2004). Learning And Living Health: College Students' Experiences with An Introductory Health Course. Journal of Nursing Education. 7 (43), 313-318.

30. Connolly M., Gulanic M., Keough V., Holm K. (1997). Health Practice and Critical Care Nurses: Are These Nurses' Good Role Models for Patients?. American Journal of Critical Care .6,261-266.

31. Coşkun Ö., Dikmen A.U., İlhan M.N. Gözil R. (2007). Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Yaşam Tarzlarına Göre

Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı. İzmir. 137.

32. Cüceloğlu D. (1994). İnsan ve Davranışı. Remzi Kitabevi. İstanbul.166-167.

33. Decro G., Ballinger K., Hoyt M., Wilcher M., Dusek J. Myers P. ve ark. (2002). The Evaluation of A Mind/Body Intervention to Reduce Psychological Distress and Perceived Stres in College Students. Journal of American College Health. 50, 281-287.

34. Dikmen A.U., Coşkun Ö., İlhan M.N. Gözil R. (2007). Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Bazı Sosyoekonomik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı. İzmir. 138.

35. Dünder P.E., Bilge B., Baydur H., Pala T., ve Ark. (2004) 17 Yaş Ve Üzeri Çalışan Gençlerin Yaşam Kalitesini Belirleyen Faktörler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı. İzmir. 60.

36. Dünder P.E., Pala K. (2007). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşire ve Sağlık Teknisyenlerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı. İzmir.164.

37. Ecevit Alpar Ş., Şenturan L., Karabacak Ü., Sabuncu N. (2008). Change in The Health Promoting Lifestyle Behaviour of Turkish University Nursing Students From Begining to End of Nurse Training. Nurse Education in Practice. 1-7.

38. Edelman C.L., Mandle C.L. (2002). Health Promotion Throughout The Lifespan, USA. Mosby, 13-25.

39. Erbay Dünder P., Bilge B., Baydur H., Pala T., Eser E. ve ark. (2004). 17 Yaş ve Üzeri Çalışan Gençlerin Yaşam Kalitesini Belirleyen Etmenler. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı. İzmir. 60.

40. Erdemir F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2(1), 59-63.

41. Erdoğan S., Nahçıvan N., Esin M.N., İbrikçi S. (1994). Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni. 8 (32), 28-36.

42. Erefe İ., Bayık A., Kubilay G., Bahar Z., ve ark. (1998). Halk Sağlığı Hemşireliği EL kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları.İ Erefe (Ed). İstanbul.1-12.

43. Eser E. (2003). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri Ve Ölçümü.Sağlıkta Birikim. 1(2), 1-5.

44. Esin M. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik bülteni.7(45), 86-96.

45. Esin M.N. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması Ve Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.

46. Fidan D., Ünal B., Demiral Y. (2003). Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık Ve Toplum. 13(3), 3-8.

47. Fidaner H., Elbi H., Fidaner C., Eser S.Y. ve ark. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BRIEF. 3P Dergisi. (7), 5-13.

48. Fitzpatric R., Fletcher A., Gore S., Joners D., Spilegelhalter D. (1992). Quality of Life Measures in Healthy Care. I: Applications and Isuses in Assesment. 305(6861): 1074-1077.

49. Geçkil E., Yıldız S. (2006). Adölesanlara Yönelik Beslenme Ve Stersele Baş Etme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10(2), 19-28.

50. Gordon M. (1982). Functional Health Paterns, Nursing Diagnosis Process and Aplication. Newyork. Mc Graw-Hill Book Company. s. 81.

51. Griffith H.W. (2002). Spor Sakatlıkları Rehberi.(Ş.Erdoğan, Çev.). İstanbul. Birol Yayınevi.(Orijinal Çalışma Basım Tarihi 1987).

52. Grossman, S., Wheeler K. (1999). Integrating Multidimension all Stres Manengment into A Baccalaureate Nursing Curriculum. Nursing Connections. 12(2)23-29.

53. Haughey B.P., Kuhn M.A., Dittmar S.S., Wu Y.W. (1992). Health Care of Critical Care Nurses. Heart and Lung. 21, 203-208.

54. Herkes İçin Sağlık Hedefleri. (2000). DSÖ Avrupa Bölgesi Ofisi. Kopenhag. Ankara.

55. Hui W.H.C. (2002). The Health Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses In Hong Kong. Journal Of Professional Nursing. 18(2), 101-111.

56. İnanç N., Hatipoğlu S., Yurt V., Avcı E., Akbayrak N., Öztürk E.(1998). Hemşirelik Esasları. Ankara. Gata Basımevi.42-45.

57. Johnson RL. (2005). Gender Differences in Healthpromoting Lifestyles of African Americans. Public Health Nursing. 22 (2):130-37.

58. Kale R. (2002). Yaşam Boyu Spor. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 1. Baskı.15-17.

59. Kaya F., Ünüvar R., Bıçak A., Yorgancı E., Çınar B., Öz F., Kabkaya F. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlık Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 7(1):59-64.

60. Kelleci M., Gölbaşı Z., Doğan S., Ata E., Kocak E. (2007). Hemşirelerde Yaşam Kalitesi, İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 4. Uluslararası. 11. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı. Ankara. 85.

61. Kıray Vural B. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik için Önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2(2):39-43.

62. King C., Hinds P. (2003). Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives: Theory, Research and Practice. Boston. Jones and Barflet. 3-6.

- 63.** Kong R. (1995). Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses. *Public Health Nursing*. 12(5):312-318.
- 64.** Kozier B., Erb G., Berman A., Synder S. (2004). *Fundamentals Of Nursing Concepts, Process, and Practice*. (7. Baskı). USA. Prentice Hall. s. 119-139.
- 65.** Köksal M.S. (2006). Kavram Öğretimi ve Çoklu Zeka Teorisi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 14(2):473-480.
- 66.** Kuzgun M. (2000). *Meslek Danışmanlığı*. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. 20-22.
- 67.** Lanchman V. (1996). Stres and Self-Care Revisited: A Literature Review. *Holistic Nursing Practice*. 10(2), 1-12.
- 68.** Larouche R. (1998). Determinants of College Students'health Promoting Lifestyles. *Clinical Excellence For Nurse Practitioners*.2(1),35-44.
- 69.** Laschinger H.K.S. (1996).Undergraduate Nursing Students' Promotion Counselling Self-Efficacy. *Journal of Advanced Nursing* 24,36-41.
- 70.** Lee R.L.T., Loke A.J.T.Y. (2005). Health Promotion Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Public Health Nursing*. 22(3), 209-220.
- 71.** Lin T.H. (2007). Identifying Optimal Items in Quality of Life Assesment. *Quality&Quantity*. 41:661-672.
- 72.** Lindsey E., Hardrick G. (1996). Health Promoting Nursing Practice: The Demise of The Nursing Process. *Journal of Advanced Nursing*. 23, 106-112.
- 73.** Lusk SL. Ronis DL. Kerr MJ. Atwood JR. (1994). Test Of Helath Promotion Model As A Causal Model Of Worker's Use Of Hearing Protection. *Nursing Research*. 43 (3): 151-157.
- 74.** Martinelli A.G. (1996). A Study of Health Locus of Control, Self-Efficacy, Health Promotion Behaviors and Environmental Factors Releated To

The Self Report of The Avoidance of Environmental Tobacco Smoke in Young Adults., Doctor of Nursing Science, USA.

75. Maville J.A., Huerta C.G. (2002). Helath Promotion in Nursing, USA. Delmar.1-17.

76. Meeberg G.A. (1992). Quality of Life: A Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing.18(1), 32-38.

77. Minaire P. (1992). Disease, İllness and Health: Theoretical Models of The Disablement Process. Bultein of World Health Oragnization. 70(3), 373-379.

78. Najem G.R., Passannante M.R.,Foster J.D., (1995). Health Risk Factors and Health Promotion Behavior of Medical, Dental and Nursing Students. Journal oF Clinical Epidemiology. 48 (6),841- 849.

79. Ocakçı A.(2003). Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Ve Toplum.10(2), 20-27.

80. Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. 11-33.

81. Özbaşaran F., Çetinkaya A., Güngör N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 7(3), 43-55.

82. Özcan A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset. Ankara. 24-30.

83. Özmen D., Çetinkaya Ç., Ergin D., Şen N., Ve Ark. (2007). Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(2):98-105.

84. Özmutaf N.M. (2005). Su Ürünleri Sektöründe Yer Alan İşletmelerde Çalışanların Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri. E.Ü. Su Ürünleri Dergisi. 22(3-4): 413-418.

85. Öztekin Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye, 39, 294-298.

86. Palank C.L. (1991). Determinants of Health–Promotive Behaviour: A Review of Currentresearch. Nursing Clinic North of America, 26(4), 815-832.

87. Pasinlioğlu T., Gözüm S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2), 60-68.

88. Pender N.J., Barkauskas V.H., Hayman L.,Rice V.H., Anderson E.T. (1992). Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook, 40(3), 106-112.

89. Pınar R. (1996). Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi. Sendrom. 8(10):109-114.

90. Pınar R. (1997). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Sendrom. 9(9):117-123.

91. Potter P.A., Perry A.G. (1995). Basic Nursing. USA. Mosby. Third Edition.26-40.

92. Savcı S., Öztürk M., Arıkan H., İnal İnce D., Tokgözoğlu L. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 34(3):166-172.

93. Sayan A. (2001). Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum Ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erzurum.

94. Sevim Y. (2002). Antreman Bilgisi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 7. Basım. 17-28.

95. Sharon Staib M.S., Sally F., Kitty C. (2006). How Healthy Are Your Nursing Students?, Teaching and Learning Nursing. 1, 55-60.

96. Shipton S. (2002). The Process of Seeking Stres-Care: Coping As Experienced By Senior Baccalaureate Nursing Students in Response to Appraised Clinical Stres. Journal of Nursing Education. 41,243-256.

97. Shriver C., Scott-Stiles A. (2000). Health Habits of Nursing Versus Non-Nursing Students : A Longitudinal Study. Journal of Nursing Education. 39, 308-314.

98. Sisk R.J. (1999). Caregiver Burden and Health Promotion. International Journal of Nursing Studies. 37, 37-43.

99. Smaltzer S.C., Bare B.G. (1996). Medical Surgical Nursing. USA. Lipincott Company. Fifth Edition.45-48.

100. Speck R.N. (2002). Exercise and Physical Activity. Holistic Nursing Practice. 17(1), 24-31.

101. Spellbring A.M. (1991). Nursing's Role in Health Promotion : An Overview. Nursing Clinic North of America, 26(4), 805-813.

102. Stark M.A., Manning- Walsh J., Vliem S. (2005). Caring For Self While Learning to Care For Others: A Challenge For Nursing Students. Journal of Nursing Education. 44(6), 266-270.

103. Stenhope M., Lancaster J. (2000). Community Public Health Nurnzing . USA, Mosby. 285-292.

104. Şahin F. (2004). Yaşam Tarzından Kaynaklanan Hastalıklar ve Sağlık Eğitimi. 1. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Özet Kitabı. Ankara.

105. Şenol Y., Türkay M. (2006). Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 5(5), 382-389.

106. Şimşek Z. (2001). Yaşam Kalitesi Ölçeğini Psikometrik Değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim Dergisi, 2(2): 8-25.

107. Talas S. (2001). Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. III. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyum Bildiri Kitabı. Ankara. S122-124.

108. Tüzün E.H., Eker L. (2003). Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Ve Toplum.13(2), 3-8.

- 109.** Ulusal Sağlık Politikası (1993) TC Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- 110.** Ünalın D., Şenol V., Öztürk A., Erkorkma Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık Ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 14(2), 101-109.
- 111.** Vaizoğlu S., Akça O., Akdağ A. ve ark. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 3 (4),63-72.
- 112.** Velioglu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul. Alaş Ofset. 78-93.
- 113.** Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research. 36(2), 76-81.
- 114.** Walker Z., Townsend J. (1999). The Role of General Practice in Promoting Teenage Health: A Review of The Literature . Family Practise . 16, 164-172.
- 115.** Ware J.F., Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (sf-36) : Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care, 30(6):473-483.
- 116.** Webster K., Cella D. (1998). Quality of Life Patient with Low-gradenon-Hodgkin's Lymphoma. Oncology. 12 (5); 697-714.
- 117.** What Quality Of life. (1996). World Health Forum. 17, 354-356.
- 118.** World Health Organization. (1997). Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Life.
- 119.** World Health Organization. (1998). Adolescent Health and Development: The Second Decade . Western Pasific Region: Author.

120. Yağmur Y. (2006). Genç Kadınlar Uygulanan Osteoporozdan Korunmaya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 13(4), 257-262.

121. Yıldırım N. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas. Cumhuriyet Üniversitesi.

122. Yiğit R., Esenay F.G., Derbent E. (2007). Türkiyede Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Profili.C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(3).11-23.

123. Zaybak A., Fadıllıoğlu Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 20(1),77-95.

124. Okul Çağı Çocukları İçin Sağlıklı Beslenme önerileri ve Beslenmeyle İlişkili Hastalıklar. <http://www.hm.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/Bolum8.pdf> erişim tarihi: 12.04.2008.

EKLER

EK :1

ÖĞRENCİ TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli öğrenciler,

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerine uygulanan eğitim programının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatle okumaya ve yanıtlamaya çalışınız. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederim.

Elvan E. ATA

1. Yaşınız:.....

2. Aile tipiniz nedir?

1.Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Parçalanmış aile ()

3. Annenizin eğitim düzeyi:

1. Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar ()

3. İlköğretim () 4. Lise ()

5. Yükseköğretim ()

4. Babanızın eğitim düzeyi:

1. Okur-yazar değil () 2. Okur-yazar ()

3. İlköğretim () 4. Lise ()

5. Yükseköğretim ()

5. Annenizin mesleği:

6. Babanızın mesleği:

7. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

1. İyi () 2. Orta () 3. Yüksek ()

8. Üniversite eğitimine başlamadan önce en uzun süre yaşadığınız yeri işaretleyiniz.

1. Büyük şehir () 2. Şehir () 3. İlçe () 4. Köy ()

9. Eğitim dönemi süresince yaşadığınız yeri işaretleyiniz.

1. Evde, yalnız ()
2. Evde, arkadaşlarla ()
3. Evde, ailemle ()
4. Yurtta ()
5. Diğer (yazınız).....

10. Tanısı konulmuş fiziksel veya ruhsal hastalığınız var mı?

1. Var () Açıklayınız.....
2. Yok ()

11. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1. Var () Açıklayınız.....
2. Yok ()

12. Aldığınız eğitimin fiziksel gelişiminize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet () Açıklayınız.....
2. Hayır ()

13. Aldığınız eğitimin zihinsel gelişiminize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet () Açıklayınız.....
2. Hayır ()

14. Aldığınız eğitimin duygusal gelişiminize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet () Açıklayınız.....
2. Hayır ()

15. Aldığınız eğitimin sosyal gelişiminize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet () Açıklayınız.....
2. Hayır ()

16. Aldığınız eğitimin iletişim becerilerinizin gelişimine katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet () Açıklayınız.....
2. Hayır ()

17. Bu dönemde aldığınız eğitimin genel olarak kişisel gelişiminize ve yaşam kalitenize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz? Açıklayınız.

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

18. 2006-2007 öğretim yılı bahar döneminde aldığınız mesleki dersleri yazınız.

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

EK: 2

**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ
(HEALTH PROMOTION LIFE-STYLE PROFILE)**

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1 Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
2 Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim	()	()	()	()
3 Kendimi beğenirim.	()	()	()	()
4 Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım	()	()	()	()
5 Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim	()	()	()	()
6 Hergün kendime rahatlamak için zaman ayırırım	()	()	()	()
7 Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim	()	()	()	()
8 Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım	()	()	()	()
9 Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.	()	()	()	()
10 Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım	()	()	()	()
11 Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim	()	()	()	()
12 Kendimi mutlu ve memnun hissedirim	()	()	()	()

13	Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım	()	()	()	()
14	Hergün düzenli olarak üç öğün yemek yerim	()	()	()	()
15	Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum	()	()	()	()
16	Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım	()	()	()	()
17	Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım	()	()	()	()
18	Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim	()	()	()	()
19	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum	()	()	()	()
20	Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım	()	()	()	()
21	Geleceğe ümitle bakarım	()	()	()	()
22	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım	()	()	()	()
23	Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim	()	()	()	()
24	Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım	()	()	()	()
25	İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm	()	()	()	()
26	Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim	()	()	()	()
27	Hergün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım	()	()	()	()
28	Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım	()	()	()	()
29	Kendi başarılarımla övünürüm	()	()	()	()
30	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim	()	()	()	()
31	Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm	()	()	()	()
32	Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim	()	()	()	()
33	Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım	()	()	()	()

- | | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|-----|
| 34 | Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum | () | () | () | () |
| 35 | Hergün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım | () | () | () | () |
| 36 | Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim | () | () | () | () |
| 37 | Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum | () | () | () | () |
| 38 | Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum | () | () | () | () |
| 39 | Başkalarına kolaylıla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm | () | () | () | () |
| 40 | Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım. | () | () | () | () |
| 41 | Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum | () | () | () | () |
| 42 | Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım | () | () | () | () |
| 43 | Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim | () | () | () | () |
| 44 | Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım | () | () | () | () |
| 45 | Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım | () | () | () | () |
| 46 | Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım | () | () | () | () |
| 47 | Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarımı önemserim | () | () | () | () |
| 48 | Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım | () | () | () | () |

EK: 3

**YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(WHOQOL-BREF)**

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın diğer yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. *Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.* Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, *lütfen size en uygun görünen cevabı* seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın *son iki haftasını* dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin, bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir: İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1) Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Tamamen

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlak içine almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, 4 rakamını yuvarlak içine almanız gerekiyor. Son iki hafta içinde ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlak içine almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevabın rakamını yuvarlak içine alınız.

1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1)Çok kötü 2)Biraz kötü 3)Ne iyi, ne kötü 4)Oldukça iyi 5)Çok iyi

2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1)Hiç hoşnut değil 2)Çok az hoşnut 3)Ne hoşnut, ne değil 4)Epeyce hoşnut 5)Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı sorgulamaktadır.

3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

7 FS.3 Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

8 F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

9 F22.1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Tamamen

11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Tamamen

12 F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Tamamen

13 F20.1 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derecede 4) Çokça 5) Tamamen

14 F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

1) Hiç 2) Çok az 3) Orta derecede 4) Çokça 5) Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 F9.1 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

1) Çok kötü 2) Biraz kötü 3) Ne iyi, ne kötü 4) Oldukça iyi 5) Çok iyi

16 F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

19 F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

20 F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

21 F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

- 1)Hiç hoşnut değil 2)Çok az hoşnut 3)Ne hoşnut, ne değil 4)Epeyce hoşnut
5)Çok hoşnut

23 F17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

- 1)Hiç hoşnut değil 2)Çok az hoşnut 3)Ne hoşnut, ne değil 4)Epeyce hoşnut
5)Çok hoşnut

24 F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1)Hiç hoşnut değil 2)Çok az hoşnut 3)Ne hoşnut, ne değil 4)Epeyce hoşnut
5)Çok hoşnut

25 F23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- 1)Hiç hoşnut değil 2)Çok az hoşnut 3)Ne hoşnut, ne değil 4)Epeyce hoşnut
5)Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı Şeyleri ne sıklıkla hissettiğinize ya da yaşadığınızla ilişkindir.

26 F8.1 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

- 1) Hiçbir zaman 2)Nadiren 3)Ara sıra 4)Çoğunlukla 5)Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

- 1)Hiç 2)Çok az 3)Orta derecede 4)Çokça 5)Aşırı derecede

EK : 4

HYO öğrencilerinin SYBDÖ (eğitim öncesi, eğitimden hemen sonra ve 3 ay sonra) puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (N:80)

Sosyodemografik Özellikler	Eğitim Dönemi Öncesi SYBD Genel Puanı		Eğitimden Hemen Sonra SYBD Genel Puanı		Eğitim Döneminden 3 Ay Sonra SYBD Genel Puanı	
	X ± SD	Test	X ± SD	Test	X ± SD	Test
Anne eğitimi İlköğretim Ortaöğretim ve üstü	128.22±18.90 144.80 ± 9.14	z=-2.108 p=0.035	140.56±15.77 157.80±18.93	z=-1.969 p=0. 049	139.36±17.99 143.80±24.27	z=-0.249 p=0.804
Ekonomik durum İyi Orta	136.30±19.13 128.25±18.72	z=-1,383 p=0.167	147.90±15.15 140.74±16.47	z=-1,273 p=0.203	151.30±21.67 137.97±17.29	z=-1,805 p=0.071
Eğitim dönemi süresince yaşanan yer Evde, arkadaşlarla Evde, ailemle Yurtta	131.61± 0.72 129.33±18.51 127.72±18.51	KW=0.07 p= 0.790	142.05±16.66 141.00±13.89 142.10±19.21	KW=0.00 p=0.992	143.61±18.67 138.78±18.64 138.13±17.92	KW=0.85 9 p=0.354
Tamısı koyulmuş fiziksel/ruhsal hastalık Var Yok	138.91±15.86 127.55±18.91	z=-2.042 p=0.041	145.91±15.28 140.88±16.58	z=-1.159 p=0.246	142.75±18.57 139.08±18.32	z=-0.600 p=0.549
Sürekli kullanılan ilaç Var Yok	138.66±19.79 128.07±18.52	z=-1.424 p=0.154	143.77±14.74 141.36±16.67	z=-0.541 p=0.589	139.66±22.15 139.63±17.92	z=-0.251 p=0.802

* : p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı

EK:5

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU LİSANS EĞİTİM PROGRAMI

I. SINIF I.(GÜZ) YARIYIL

<u>Dersin Kodu</u>	<u>Dersin Adı</u>	<u>Teori</u>	<u>Uyg.</u>	<u>Lab.</u>	<u>Kredi</u>
HMŞ 1005	Sağlıklı Yaşam I	10	2	-	11
HMŞ 1007	Biyolojik Bilimler I	10	-	6	13
ENF 1001	Temel Bilgisayar Bilimleri	1	-	2	0
YDİL 1001	İngilizce I	2	-	-	2
ATA 1001	Atatürk İlkeleri ve İnk.Tarihi I	2	-	-	2
					28

I. SINIF

II. (BAHAR) YARIYIL

<u>Dersin Kodu</u>	<u>Dersin Adı</u>	<u>Teori</u>	<u>Uyg.</u>	<u>Lab.</u>	<u>Kredi</u>
HMŞ 1006	Sağlıklı Yaşam II	12	-	-	12
HMŞ 1008	Biyolojik Bilimler II	12	-	4	14
ENF 1002	Temel Bilgisayar Bilimleri II	2	2	-	3
YDİL 1002	İngilizce II	2	-	-	2
ATA 1002	Atatürk İlkeleri ve İnk.Tarihi II	2	-	-	2
	Sosyal Seçmeli Dersler	2	-	-	2
					35

EK: 6

**C.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
HEM 1004 SAĞLIKLI YAŞAM II
DERSİ**

Dersin Tanımı: Bu ders, öğrencinin hemşireliğin temel kavramlarından biri olan insanı tüm boyutlarıyla tanımasına, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda insanın fonksiyonlarını kavramasına ve bu bilgiler doğrultusunda birey olarak kendini ve diğer bireyleri değerlendirmesine odaklanır. Sağlıklı yaşam sürecinde profesyonel hemşirelik rollerini yerine getirebilmesi için gerekli temel bilgiyi sağlar.

Dersin Dönemi: Bu ders 1. Yıl 2. Dönemde yer alır.

Dersin Süresi: Teori : 10 saat / hafta Lab: 2 Kredi :11

Dersin Hedefleri:

Öğrencinin;

- İnsan ve insanın doğasını çeşitli kuramlara göre açıklaması
- İnsanın fiziksel, sosyal ve psikolojik özelliklerini tanımlaması
- Bütüncü bir anlayışla temel insan gereksinim ve fonksiyonlarını değerlendirmesi
- Aile, çevre, kültür, değerler vb. nin insan davranışlarına ve ilişkilere etkisini kavraması
- Bir insan olarak kendi gereksinim ve fonksiyonları ile gelişimine etki eden durumları fark etmesi
- Bir insan olarak bireysel fonksiyonlarını ayrı ayrı değerlendirerek her bir fonksiyona yönelik sorun çözme yöntemine göre kendi bakım planını yapması
- Bir insan olarak kendi bireysel özelliklerini fark etmenin diğer insanları anlamadaki önemini ifade etmesi
- İnsan ve yapısı ile ilgili bilgilerinin hemşirelikteki yeri ve önemini fark etmesi
- Öğrencinin yaşam boyu öğrenmenin önemini kavraması

Derste İşlenen Konu Başlıkları

- Sağlıklı Yaşam II Dersine Giriş
- Beslenme fonksiyonu
- Boşaltım fonksiyonu
- Aktivite egzersiz fonksiyonu
- Uyku ve dinlenme fonksiyonu
- Algılama-kavrama fonksiyonu
- Rol ve ilişki fonksiyonu
- Benlik kavramı
- Stres ve baş etme fonksiyonu
- Cinsellik fonksiyonu
- Değer ve inanç fonksiyonu

EK: 7**OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLİĞİ LİSANS PROGRAMI (2006-2007)****I.YARIYIL**

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Okul Öncesi Eğitime Giriş	3	0	3
A	İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi	3	0	3
A	Psikoloji	2	0	2
GK	Bilgisayar I	2	2	3
GK	Türkçe I: Yazılı Anlatım	2	0	2
GK	Yabancı Dil I	3	0	3
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi I	2	0	2
MB	Eğitim Bilimine Giriş	3	0	3
TOPLAM		20	2	21

II.YARIYIL

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Anne-Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım	3	0	3
GK	Bilgisayar II	2	2	3
GK	Eğitim Felsefesi *	2	0	2
GK	Türkçe II: Sözlü Anlatım	2	0	2
GK	Yabancı Dil II	3	0	3
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi II	2	0	2
MB	Eğitim Psikolojisi	3	0	3
TOPLAM		17	2	18

SINIF ÖĞRETMENLİĞİ LİSANS PROGRAMI (2006-2007)**I.YARIYIL**

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Temel Matematik I	2	0	2
A	Genel Biyoloji	2	0	2
A	Uygurlık Tarihi	2	0	2
GK	Türkçe I: Yazılı Anlatım	2	0	2
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi I	2	0	2
GK	Yabancı Dil I	3	0	3
GK	Bilgisayar I	2	2	3
MB	Eğitim Bilimine Giriş	3	0	3
TOPLAM		18	2	19

II.YARIYIL

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Temel Matematik II	2	0	2
A	Genel Kimya	2	0	2
A	Türk Tarihi ve Kültürü	2	0	2
A	Genel Coğrafya	2	0	2
GK	Bilgisayar II	2	2	3
GK	Türkçe II: Sözlü Anlatım	2	0	2
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi II	2	0	2
GK	Yabancı Dil II	3	0	3
MB	Eğitim Psikolojisi	3	0	3
TOPLAM		20	2	21

FEN BİLGİSİ ÖĞRETMENLİĞİ LİSANS PROGRAMI (2006-2007)**I.YARIYIL**

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Genel Fizik I	4	0	4
A	Genel Fizik Lab I	0	2	1
A	Genel Kimya I	4	0	4
A	Genel Kimya Lab I	0	2	1
A	Genel Matematik I	4	0	4
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi I	2	0	2
GK	Türkçe I: Yazılı Anlatım	2	0	2
MB	Eğitim Bilimine Giriş	3	0	3
TOPLAM		19	4	21

II.YARIYIL

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Genel Fizik II	4	0	4
A	Genel Fizik Lab II	0	2	1
A	Genel Kimya II	4	0	4
A	Genel Kimya Lab II	0	2	1
A	Genel Matematik II	4	0	4
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi II	2	0	2
GK	Türkçe II: Sözlü Anlatım	2	0	2
MB	Eğitim Psikolojisi	3	0	3
TOPLAM		19	4	21

İLKÖĞRETİM MATEMATİK ÖĞRETMENLİĞİ LİSANS PROGRAMI (2006-2007)**I.YARIYIL**

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Genel Matematik	4	2	5
GK	Türkçe-I: Yazılı Anlatım	2	0	2
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi I	2	0	2
GK	Bilgisayar I	2	2	3
GK	Yabancı Dil I	3	0	3
MB	Eğitim Bilimine Giriş	3	0	3
TOPLAM		16	4	18

II.YARIYIL

	DERSİN ADI	T	U	K
A	Soyut Matematik	3	0	3
A	Geometri	3	0	3
GK	Türkçe II: Sözlü Anlatım	2	0	2
GK	Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi II	2	0	2
GK	Yabancı Dil II	3	0	3
GK	Bilgisayar II	2	2	3
MB	Eğitim Psikolojisi	3	0	3
TOPLAM		18	2	19

EK: 8

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.CUM.0.36.00.00/ 156

01/03/2007

Konu :

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Hemşirelik Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Elvan Emine Ata'nın yüksek lisans tez çalışması gereği , "Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını, Yüksekokulumuz I. sınıf öğrencilerine uygulama isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.



Prof . Dr. Selma DOĞAN

Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü

EK: 9



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Eğitim Fakültesi Dekanlığı
SİVAS

SAYI : B.30.2.CUM.0.36.00.00/ 258

02/03/2007

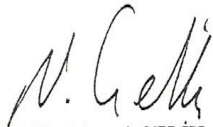
KONU :

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'nün 21.02.2007 tarih ve B.30.2.CUM.0.82.00.00/175 sayılı yazısı.

Hemşirelik Yüksekokulu Arş.Gör.Elvan Emine ATA'nın; yüksek lisans tez çalışması gereği, "Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını, Fakültemiz I.sınıf öğrencilerine uygulama isteği Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.


Prof.Dr.Necati ÇELİK
Dekan