



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İSTANBUL İLİNDEKİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
BİRİNCİ VE DÖRDÜNCÜ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI  
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**MERVE KOCAAKMAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Güler AKSOY**

**İSTANBUL – 2009**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KOCAAKMAN tarafından hazırlanan "*İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Yaşam Biçimi Davranışları*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07.10.2009

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Prof.Dr.Güler AKSOY  
:Cerrahi Hast. Hemşireliği (Emekli)  
(Danışman)



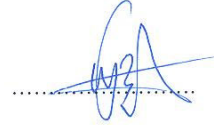
Jüri Üyesi :Prof.Dr.Necmiye SABUNCU  
:Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Prof.Dr.Nevin KANAN  
:İstanbul Üni. Florence Nigh./ HYO




Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ  
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
: Haliç Üniversitesi / Sağ. Bil. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

  
Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## ***I. TEŞEKKÜRLER***

*Araştırmamın planlanmasında ve yürütülmesinde her türlü destek ve yardımlarını gördüğüm danışmanım Sayın Prof. Dr. Güler AKSOY'a,*

*Her zaman yardımlarını aldığım İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki Araştırma Görevlisi Şerife KURŞUN ve Serpil YÜKSEL'e,*

*Yüksek lisans eğitimim süresince, bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan başta hocalarım Prof. Dr. Necmiye SABUNCU ve Öğretim Görevlisi Fatma ÖZHAN olmak üzere, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndaki diğer öğretim üyelerine,*

*Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen çok sevgili aileme,*

*Tüm kalbimle teşekkür ederim...*

*Saygılarımla*

*Merve KOCAAKMAN*

## II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜRLER	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	IV
IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ	V
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	
4.1. SAĞLIK KAVRAMI	6
4.2. SAĞLIĞI KORUMA VE GELİŞTİRME	9
4.2.1. Sağlığı Koruma	10
4.2.2. Sağlığı Geliştirme	11
4.2.3. Sağlığı Geliştirme Modelleri	12
4.3. GENÇ TOPLUM	18
4.3.1. Gençlerin Sağlık Durumu	19
4.3.2. Gençlerin Fiziksel Gelişimi	21
4.3.3. Gençlerde Psikososyal Gelişim	22
4.3.4. Genç Toplumun Sağlığını Olumsuz Yönde Etkileyen Faktörler	24
4.3.5. Gençlerde Sağlık Sorunları	28
4.3.5.1. Cinsellik ve Üreme Sağlığı	28

4.3.5.2. Alışkanlık Yapıcı Madde ve Alkol Kullanımı	30
4.3.5.3. Şiddet, Yaralanmalar ve Kötüye Kullanım	38
4.3.5.4. Akıl ve Ruh Sağlığı	39
4.3.5.5. Beslenme	41
4.3.5.6. Aktivite Yetersizliği	46
4.4. GENÇLİK VE TOPLUM SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ	47
5. GEREÇ VE YÖNTEM	49
6. BULGULAR	54
7. TARTIŞMA	77
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
9. EKLER	92
10. KAYNAKLAR	97
11. ÖZGEÇMİŞ	106
12. ETİK KURUL ONAYI	107

### **III. KISALTMALAR VE SİMGELER**

**Health Belief Model:** Sağlık İnanç Modeli

**Health Promotion Model:** Sağlığı Geliştirme Modeli

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**SYBD:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**X<sup>2</sup>:** Ki-kare Testi

## IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

### i. ŐEKİLLERİN LİSTESİ

<b>Şekil 4-1:</b> Sağlık İnanç Modeli	14
<b>Şekil 4-2:</b> Sağlığı Geliştirme Modeli	17
<b>Şekil 4-3:</b> Alkol ve Alkol Dışı Madde Kullanımı M¼cadelesinde Sağlık Personelinin Rol¼	33
<b>Şekil 4-4:</b> T¼t¼n ve T¼t¼n Ürünleri ile SavaŐımda Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı	37

### ii. TABLOLARIN LİSTESİ

<b>Tablo 4-1.</b> Okul Sağlığı Hemşiresinin Öğrenciyi Beslenme D¼zeyi AçıŐından Değerlendirme Kriterleri	43
<b>Tablo 6-1.</b> Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri	55
<b>Tablo 6-2.</b> Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özellikleri	57
<b>Tablo 6-3.</b> Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Özellikleri	59
<b>Tablo 6-4.</b> Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Gruplarından Aldıkları Puanlar	60
<b>Tablo 6-5.</b> Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması	61
<b>Tablo 6-6.</b> Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması	66
<b>Tablo 6-7.</b> Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması	71
<b>Tablo 6-8.</b> Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Lojistik Regresyon Analizi	75

## 1. ÖZET

Bu araştırma, İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimi ortaya koyarak, aldıkları eğitimin sağlık davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak 2008-2009 eğitim-öğretim yılında yapıldı.

Araştırmanın evrenini, Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 708 öğrenci, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 506 öğrenci oluşturdu. Araştırma verileri, “Veri Toplama Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılarak toplandı. Veriler; sayı, yüzdelik, ortalama, Ki-Kare ( $\chi^2$ ), Student t Testi, bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD, Ssheffe ve Dunnet’c testi, Pearson Korelasyon Testi, Lojistik Regresyon Analizi ve Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak değerlendirildi.

Öğrencilerin yaş ortalamasının  $20.93 \pm 1.84$  olup, %90.5’inin kız, %40’ının yaşamlarının büyük bir kısmını büyükşehirde geçirdiği ve yarısından fazlasının (%51.3) dördüncü sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %65.2’sinin annesinin, %52.9’unun babasının ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Öğrencilerin %83.4’ünün sağlığını iyi olarak algıladığı belirlendi. SYBD ölçeğinden alınan toplam puan  $124.11 \pm 22.21$  olarak belirlendi. Lojistik regresyon analiz sonuçları yaş, bir işte çalışma durumu, arkadaş ilişkileri ve sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini gösterdi.

Sonuç olarak; hemşirelik yüksekokullarında verilen eğitimin, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği belirlendi. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelik yüksekokullarında verilen eğitim programının geliştirilerek sürdürülmesi önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Hemşirelik öğrencileri, Sağlık davranışı, Sağlığı geliştirme



## 1. SUMMARY

### **Healthy Life Style Behavior of the students attending to the first and the fourth year classes at the nursing college in Istanbul.**

This research has been done as descriptive-relation searcher in the 2008-2009 academic years to determine the effects of training on the health behavior by showing the healthy life style behavior changes of the students attending to the first and the fourth year classes at the nursing schools in Istanbul.

The 708 students who are attending to the first and the fourth year classes at the nursing college formed the universe of this research, 506 students who admitted to take part in this research formed the sampling. Research data were collected by using "Data Collection Form" and "Healthy Lifestyles and Behavior Scale". Data were evaluated by using number, percentage, average, Ki-Square ( $\chi^2$ ), Student t test, independent groups t test, Analysis of Variance (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD, Ssheffe and Dunnet'c test, Pearson Correlation Test, Logistic Regression Analysis and Cronbach Alpha coefficient.

20.93  $\pm$  1.84 is the average age of students, 90.5 % of the students are girls and 40 % of the students have been living in the metropolis in a large portion of their life, more than half (51.3%) are fourth-class students. Mothers of the 65.2% of the students, fathers of the 52.9% of the students graduated from primary school. 83.4% of the students have perceived their health well. Total score taken from HLSB scale was determined as 124.11 $\pm$ 22.21. Logistic regression analysis results shown that, age, working status of a job, friend relationships, and health perception affects the healthy lifestyle behaviors.

As a result, it is determined that training at the nursing colleges affects the Healthy Life Style Behavior of the students. In the direction of the results of this research, the development of educational programs in nursing college has been proposed to be continued.

**Keywords:** Healthy Life Style Behavior, The students of Nursing, Health Behavior, Health Development

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, bireyi merkeze alan sağlık bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayışın, bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanma, bedenine sahip çıkma ve kendi sağlığına ilişkin doğru kararlar almayı sağlamaya temellendirildiği bilinmektedir (1,2,3).

Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmelerin ve kentleşmenin insan yaşamına olumlu yöndeki getirilerinin yanı sıra olumsuz yönde de getirileri olduğu gözlenmektedir. Bu gelişmelerin, bireylerin yaşamını kolaylaştırması, üretkenliğini ve performansını olumlu yönde etkilemesine karşın, toplumsal ilişkiler, sosyokültürel yapı, yoğun iş temposu ve maddi yetersizliklere ilişkin güçlüklerin, stres düzeyini yükselttiği üzerinde durulmaktadır. Geçmişte kitlesel ölümlere infeksiyon hastalıkları neden gösterilirken, günümüzde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile direkt ilişkili hipertansiyon, obezite, Tip-II diyabet, koroner kalp hastalıklarının, yaşamın yitirilme nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir (4). Bu durumda, hastalıkların tedavisi için yeterli çaba göstermenin yanı sıra daha da önemli olanın sağlığın korunması ve geliştirilmesinde odaklandığı ve önceliğin korunmada olduğu vurgulanmaktadır. Burada da bedenini ve sağlığını önemseme, değişimlere duyarlılık, erken dönemde sağlık arayışına girmek üzere danışmanlık alma önem kazanmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmede istendik davranışları kazanmalarını ve sürdürmelerini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi, yaşam tarzında olumlu değişikliklerin kazandırılması, bu gelişimi gerçekleştirmede de bireysel sorumluluk ve kendi bedenlerine sahip çıkma bilincinin yerleştirilmesi beklenmektedir. Toplumların sağlık düzeylerinin, gelişmişliğin göstergesi olarak kabul edildiği savunulmaktadır (5).

Bilimsel ve teknolojik alanda hızlı gelişmelerin gözlendiği günümüzde, kültür düzeylerinde artış, yazılı görsel medyanın sağlığa yaklaşımı, büyük merkezlere ulaşım

kolaylıklarının bireylerin kendi sağlıklarına duyarlılıklarını ve bilgilenme istemlerini görünür bir biçimde arttırdığı vurgulanmaktadır.

Sağlık alışanlarının, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimiyle hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olduğu bir gerçektir. Hasta ve sağlıklı bireylerle sürekli etkileşim içinde olduğu bilinen hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazanılmasında sorumluluk ve yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenmektedir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını ve risk faktörlerini belirleme, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sayılabilir. Hemşirenin korumaya ilişkin etkinlikleri, öncelikle sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, kendi sağlıkları kadar bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli yöntemleri öğrenmelerinin yararlı olacağı vurgulanmaktadır (4). Sağlıklarını korumanın öneminin gündemde olması ile değerinin farkındalığı özellikle hemşirelerin, sağlık eğitimi yapma, bireyleri pozitif sağlık arayışına motive etme şansına sahip olduklarının göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık Hedefleri” de sağlığı geliştirmenin üzerinde önemle durulmasına karşın, hemşirelik eğitiminin sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerine temellendirilmesinde yetersizlikler olduğu gözlenmektedir. Günümüz hemşirelik eğitimine ilişkin programlarda, bireyi merkeze alan sağlığın korunması ve geliştirilmesine temellendirilen programlara yer verilmesinin toplumda sağlıklı davranışların gelişimini de beraberinde getireceği üzerinde durulmaktadır. Sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi ile ilgili belirli gruplar üzerinde (işçiler, I. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli) az sayıda çalışmalar yapılmış olmasına karşın, hemşirelik mesleğine aday olan hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmaların yeterince yapılmadığı gözlenmektedir (5).

Çalışma yaşamlarında, sağlıklı, hasta bireylere bakım, eğitim ve danışmanlık hizmeti sunumunu üstlenecek hemşirelik öğrencilerinin, eğitim-öğretimleri süresince, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar konusunda yeterli bilgi, beceri, tutum ve davranışlara sahip olmaları ve bunu kendi yaşamlarında sürdürmelerinin topluma yol gösterici olacağı göz ardı edilmemelidir. 2008-2009 eğitim ve öğretim yılında İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimin, sağlık davranışları üzerindeki etkisini belirleyerek, hemşirelik eğitiminde sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerine ulaşmasına katkı sağlayıcı öneriler getirilmesi amacıyla planlandı.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık, yalnızca hastalığın var olmayışı olarak değil, bireysel sorumluluk ve yaşam kalitesini de kapsayıcı, geniş bir açıdan tanımlanmaktadır. Sağlık, korunma, öz bakım, optimal iyilik hali, sağlık davranışı gibi pek çok yeni kavrama odaklanmaktadır. Günlük yaşamın bir bölümü kapsamında kullanılan sağlık için evrensel bir tanım yapmanın oldukça güç olduğu belirtilmektedir. Fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynakların da önemini vurgulayan bireyin ya da grubun, istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre koşulları ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyi sağlık kapsamında ele alınmaktadır. Bu nedenle, sağlığın yaşamın bir amacı olmasının yanı sıra günlük yaşamın da önemli bir ögesi olduğu bilinmektedir (6,7).

Zaman içinde bilgi, kuramlar, inançlar ve kültürlere bağlı olarak sağlık kavramının değişebileceği, toplumların sosyal değerleri, inançları, alışkanlıklarına bağlı olarak değişen sağlık kavramının, sosyal bir olgu olduğu ifade edilmektedir. Tarihsel gelişim süreci içinde sağlık tanımlarının incelenmesi, değişikliklerin ortaya konulmasına olanak sağlamaktadır. Eski çağlarda fiziksel bütünlük, toplum içinde var olmanın birinci koşulu olarak ele alınmış, fiziksel yetersizliği olan bireylerin dış görünüşlerindeki farklılık, toplumdan izole edilmelerine neden gösterilmiştir. Bireylerin sağlıklı olmalarında, bir diğer koşul olan psikolojik sağlığın da önemli olduğu konusunda ancak 19. yüzyıl sonlarına doğru duyarlılık gelişmiş, beden ve ruh sağlığı kavramları birlikte ele alınmaya başlamıştır (8,9,10).

Zamanla sağlığın bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi daha iyi anlaşılmaya başlanmış, sağlık ve hastalık durumları farklı kavramlar olarak irdelenmiştir. Yirminci yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur“ anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir (8,9,10).

İkinci Dünya Savaşı sırasında, bireylerin güçlü stresörler etkisiyle ruhsal sorunları yoğun olarak yaşamalarına bağlı olarak, fiziksel yetersizliğin oluşmasında ruhsal etkenlerin önemi anlaşılmıştır. İlk defa Hipokrat, etkileşim kuramı ile akıl ile beden birbirini etkilediğini savunmuştur. 1926 yılında Afrikalı Dr.Christian Smits, sağlığa “Holistik (Bütüncül)” yaklaşımı getirerek bireyin, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle bir bütün olduğunu belirtmiştir (11). Günümüzde bireyi merkeze alan “bütüncül sağlık” modelinde, bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her bireyin birbirinden farklı olarak ailesi, çevresi ve toplumla bütünleştiği, sağlık ve hastalığın birbirinden ayrı olarak düşünülmemeyeceği vurgulanmaktadır (7).

1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Hemşire kuramcılar sağlığı farklı boyutları ile ele almışlardır. Nightingale’in kavramsal modeli, hemşirelik kavramı ile kişi, çevre ve sağlık arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu modelin gelişiminde pek çok faktörün etkili olduğu, bireysel, toplumsal ve mesleki değerlerin, modelin gelişiminde birleştirici olduğu üzerinde durulmuştur. Florence Nightingale, sağlığı iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini olabildiğince en üst düzeyde kullanması olarak tanımlamıştır (7,8).

Öz Bakım Yetersizlik kuramını gündeme getiren Dorothea E.Orem’e göre sağlık, bireyin bedensel ve işlevsel olarak bir bütünlük içinde olma durumudur. Orem, bireylerin bireysel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyilik durumlarını korumada kendilerine düşen sorumluluğu üstlenmelerini, bireyin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli bireysel çaba içinde olmalarını önermiştir. Sağlığı, kişinin bedensel, biyolojik ve sosyal çevresi içinde, potansiyelini belli ölçüde kullanmasının yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu işaret etmiştir (7).

Modelini hümanistik değerlere temellendiren Sister Callistra Roy’e göre sağlık, bir durum, var olma süreci ve bütünlüktür. Roy, adaptasyon modelini en geniş biçimde geliştirmiş ve ana kavramlarını kişi, çevre, hemşirelik ve sağlık olarak tanımlamıştır. Roy, bireyin değişen bir çevrede, sürekli büyüyen ve gelişen adaptif bir sistem olduğunu, her bireyin yaşamında kendine özgü amacı ve bu amacı karşılamada

potansiyeli olduğu düşüncesini savunmuştur. Roy'a göre birey, sağlık ya da hastalık sürekliliğinde hareket halindedir ve sorunlarla başa çıkabilmek için uyumlu olmak zorundadır (7,8).

Engel'e göre sağlık var olan bir durumdur ve organizmanın çevre ile uyum sağlama yeteneği ve başarısı oranında, sağlıklı olacağını ve bağımsız durumunu sürdüreceğini belirtmiştir (7,8).

İda Jean Orlando'dan etkilenen ve kuramını var oluşçuluk felsefesine temellendiren Joyce Travelbee, WHO'nun tanımını benimsemiş ve sağlığı subjektif ve objektif sağlık kriterleriyle tanımlamıştır. Travelbee, bir kişinin subjektif sağlık durumunu “kendi sağlığını nasıl algıladığı”, objektif sağlık durumunu, “fizik muayene, laboratuvar testleri, rehberlik uzmanı veya psikolojik danışman tarafından değerlendirme ile ölçülmüş, görülebilir bir hastalık, yetersizlik ya da bozukluğun yokluğu” şeklinde ele almış, ancak bu değerlerin bireysel olduğu üzerinde durmuştur (7).

Günümüz hemşire kuramcılarında Dixon sağlığı olumlu, iyi, yapıcı duygular, iyimserlik, yaşam amacı, konfor düzeyi, üretken davranışlar gibi etkenlere bağlı olarak sürekli, dengeli bir yaşam süreci olarak tanımlamıştır (7).

Son yıllarda “sağlığı geliştiren” faaliyetlere ilişkin farklı açıklamalar ele alınmakta, negatif, nötral, pozitif sağlık kavramları gündeme getirilmektedir.

**Negatif Sağlık:** Tedavi, bakım ve rehabilitasyonu gerektiren bir sağlıkta yetersizlik durumu olarak tanımlanmaktadır.

**Nötral Sağlık:** Herhangi bir hastalık durumu olmaksızın dengeli bir sağlığı ifade etmektedir. Sağlığı geliştirebilmek için, önce negatif sağlık durumundan nötral sağlık durumuna ulaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (11,12,7).

**Pozitif Sağlık:** Sağlığın geliştirilmesi, iyilik düzeyinin artırılması ile ilişkilidir. Nötral sağlık durumundan sonra ulaşılan, yaşam kalitesini ve potansiyel sağlığı geliştiren sağlık davranışlarını ifade ettiği üzerinde durulmaktadır (4,7,11,12).

Halbert Dunn'a göre sağlık, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği en yüksek potansiyele ulaşmasıdır. Birey yüksek düzeyde iyilik haline ulaşabilmek için özgür olmalı ve yaratıcı gücünü kullanabilmelidir (7,11,12).

Hoyman'a göre sağlık verimli ve yaratıcı bir çevrede, bireyin yüksek düzeyli iyilik halidir. Sağlık dinamik bir süreçtir ve genetik yapı, çevre, davranış biçimi gibi durumlardan etkilenebilmektedir (8).

Newman ve Martha Rogers sağlığı yaşam sürecinin bütünü olarak tanımlamışlar, Gelişmenin, yaşam boyu sürdüğünü ifade ederek, sağlıkla ilgili 4 temel nokta üzerinde odaklanılmasını önermişlerdir. Bunlar;

- Sağlık, hasta olmama durumu olarak tanımlanamaz.
- Sağlık, bireyin kendi değerleri ile oluşur.
- Sağlık, bilinçli bir gelişmedir.
- Sağlık, enerji harcama oranının artması ve daha iyiye doğru gelişen yaşam süreci şeklinde ele alınmaktadır (8).

## 4.2. SAĞLIĞI KORUMA VE GELİŞTİRME

Sağlığı korumanın sağlığı olumsuz etkileme olasılığı olan davranışları eyleme geçirmeme ve sakınmayı ifade ederken, sağlığı geliştirmenin sağlığın olumlu yöne doğru gidişini hedefleyen dinamik bir süreç olduğuna dikkat çekilmektedir.

Brauker'in sağlığı koruma ile sağlığı geliştirme kavramları arasındaki farklılığı açıklamalarında; **Koruma;** bir şeyi saklama ve muhafaza etmek, **geliştirme;** bir şeyi olgunlaştırma, en üst düzeye çıkarma ve gerçekleştirmedir ifadesini kullanmıştır. Sağlığı korumanın dengeli ve durağan bir süreç olduğu üzerinde dururken, sağlığı geliştirmeyi dinamik bir süreç olarak ele almış ve bu iki kavramın birbirinin yerine



kullanılmayacağını ancak birbirlerini tamamlayan iki süreç olduğunu vurgulamıştır (7,11,13,14,15).

#### **4.2.1. Sağlığı Koruma**

Sağlığı koruma ilk olarak 1953 yılında H.r. Leavell ve E.G.Clark tanımlamışlar ve hastalıklardan koruyucu yaklaşımları birincil (primer), ikincil (sekonder), üçüncül (tersiyer) koruma olarak sıralamışlardır. Gerald Coplan, 1960 yılında korumada ele alınan bu üç düzeyi tanımlamıştır.

**Birincil Koruma:** Birincil koruma, hastalığın altında yatan ve bilinen risk faktörlerinin bireyi etkilemesinin engelleme çabaları olarak tanımlanabilir. Günümüzde geçmişe oranla daha fazla bilginin var olmasına karşın, özellikle bazı hastalıkların gelişimine ilişkin tanı ve açık bir belirginliğin olmaması, risk faktörleri ile karşılaşılmasını engellemenin başa çıkılması zor bir yaklaşım olduğu düşüncesini destekleyebilir. Ancak birey tarafından kontrol edilebilen bazı faktörlerin denetiminin, birincil korunmaya büyük katkısı olabileceği üzerinde durulmaktadır (16,17).

Birincil korumada, bilgilendirme, risk faktörlerinden kaçınma ya da karşılaşmanın en aza indirilmesi, sağlıklı davranışlar kazanma, güvenli çevre oluşturulması önerilmektedir. Bu düzeyde, bireysel koruma aktivitelerinin önemine dikkat çekilmektedir (16,17).

Bireylerin, ailelerin, toplum ve grupların olası hastalık ve yetmezlik durumlarının önlenmesinde, korumaya yönelik tüm aktivitelerin ele alınması önerilmektedir. Örneğin; bağışıklama, hastalık insidansının azaltılması, kanser oluşturma olasılığı yüksek olan faktörlerin kontrolü, genetik danışmanlık yoluyla genetik hastalıkların süregelmesini önlemek ve dengeli beslenmeyi düzenlemek vb. (7, 8, 11, 14, 15,16,17).

**İkincil Koruma:** Korumanın ikinci aşaması, ikincil korumayı içermektedir. Erken tanı ile hastalığın patolojik sürece gitmesini engelleyecek aktivitelerin yanı sıra

hastalık nedeniyle gelişmesi olası sorunları en alt düzeyde tutma çabalarının önemsenmesi üzerinde durulmaktadır. Risk tanılması ile yüksek riskli bireylerin belirlenmesinin erken tanının en önemli ölçü olduğu, hastalığın erken tanılması ile yaşamın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinin hedeflendiğine dikkat çekilmektedir (16,17).

İkincil koruma kapsamında tarama programlarının, hastalığın başlangıç aşamasında tanılmasına ya da hangi aşamada olduğunun belirlenmesine olanak sağlayarak tedavi/bakım girişimlerinin gerçekleştirilmesini yönlendireceği ifade edilmektedir. Örneğin: kişilere erken tanısı önemli olan hastalık belirtilerine duyarlılığı, periodik muayenelere ve kitle taramalarına katılımını desteklemek vb. yaklaşımlar (16,17).

**Üçüncül Koruma:** Herhangi bir hastalık ve yetmezlik sonucu bireyde oluşan kalıcı yetmezlik durumlarında, var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkarmak, yetersizlikleri sınırlamayı içermektedir. Bu tür korunmada rehabilitasyona odaklanmanın olumlu getirileri üzerinde durulmaktadır (8,7,11,14,15,16).

#### **4.2.2. Sağlığı Geliştirme**

Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden en üst sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirmeyi sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreç olarak ele alınmaktadır (8).

Bu sürecin, davranış değişikliği üzerine odaklandığı ve öz bakım girişimlerini destekleyici olduğu gözlenmektedir. Sağlığı geliştirmede temel amacın, olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlama olduğu ifade edilmektedir. Pender'in 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, direkt iyilik düzeyini artırma ve birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleri olarak tanımladığı gözlenmektedir (8,11).

Shomonsky ve Clausen'ın 1980 yılında sağlığı geliştirmeyle ilgili yaptığı tanımda, “optimum sağlık ve kişisel gelişim, kişinin fiziksel ve emosyonel stresörlere dayanma kapasitesini arttırmak” olarak ele alınmaktadır. İlk olarak hastalık veya sorunlar için risk gruplarıyla çalışılmasının ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasının önemi üzerinde durdukları dikkati çekmektedir. Sağlığı geliştiren davranışların, sağlıkta en üst noktaya doğru hareketi arttırıcı ve kendini gerçekleştirmeyi veya nötral sağlıktan sonraki sağlık potansiyelini arttırmayı hedeflediği ve bu durumun iyilik düzeyini ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu üzerinde durulmaktadır (10,11,12,18).

#### **4.2.3. Sağlığı Geliştirme Modelleri**

Model, bir kavram ya da fikrin kuramsal olarak açıklanmasını ve uygulama yollarını içermektedir. Sağlık davranışı, bireyin sağlığını koruyup, geliştireceğine inandığı ve hastalıkları asemptomatik dönemde ortaya çıkartarak, önlemeye yardımcı olacak her türlü tutum ve davranışını eyleme geçirme anlamında ele alınmaktadır. Bireylere, olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenleme öncesi, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığının ve etkileyen faktörlerin tanınmasının önemi vurgulanmaktadır. İnsanın karmaşık yapısı bu faktörlerin tek bir görüşle açıklanmasında güçlüklerle yol açmakta, modellerin, bir davranış konusunda bilimsel ve gerçekeçi değerlendirme yapmaya olanak sağladığı belirtilmektedir. Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışma ile kanıtlanmış modeller arasında, Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) ve Sağlığı Geliştirme Modelinden (Health Promotion Model) söz edilmektedir (11).

1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Halk Sağlığı Servisi tarafından görevlendirilen bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modelinin, en eski ve en çok bilinen sağlık eğitimi modellerinden biri olduğu ve bireyin sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğinin anlamaya temellendirilmiş bir motivasyon teorisi olarak kabul edildiği bilinmektedir (11,12).

Bireyin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiye yönelen, gerek sağlık davranışını, gerekse uyumluluğu açıklayıcı bir model olan Sağlık İnanç Modelinin

Rosenstock (1966) ve Becker ile Maiman (1975) tarafından tekrar ele alınarak düzenlendiği gözlenmektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çeşitli çalışmalarda kullanılmış olan bu model, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklamaktadır (11).

Toplum sağlığı koruyucu hizmetler alanında kullanılmakta olan modelin bileşenlerine göre, bireyin, eksik bulunan yönleri değerlendirilerek, bu açıdan desteklenmesi ve uygun davranışla eyleme geçmesinin sağlanması hedeflenmektedir.

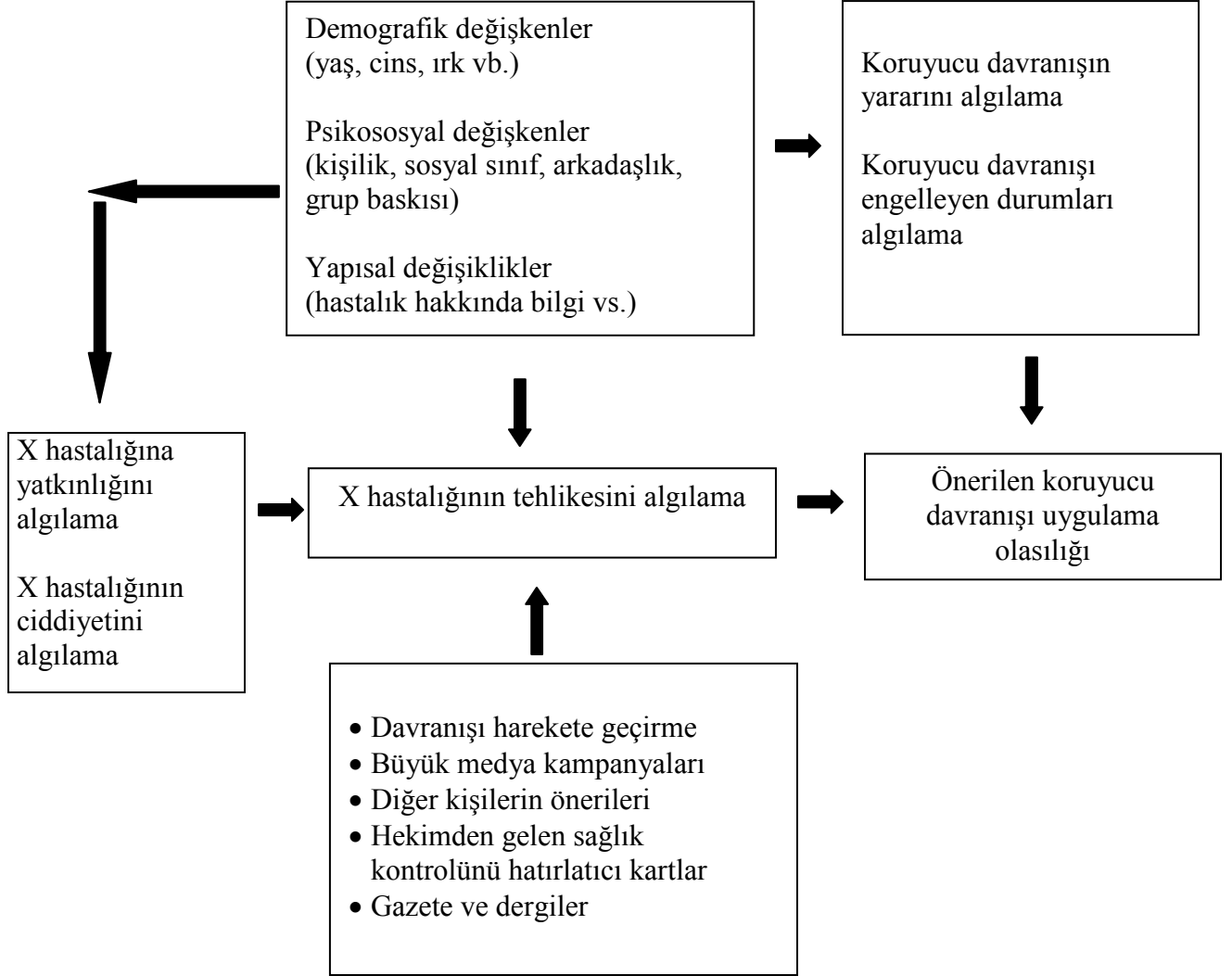
Modele ilişkin dört temel boyut:

- **Kişisel Duyarlılık:** Bireyin hastalığa hassasiyetini algılaması,
- **Duyarlılık Derecesi:** Bireyin, hastalığın ciddiyetini algılaması,
- **Yararının Algılanması:** Bireyin, koruyucu davranışların, hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetinin azaltılmasında yararlı olacağını algılaması,
- **Engellerin Algılanması:** Bireyin, önerilen koruyucu sağlık davranışının yararlarının fiziksel, psikolojik, maddi ve diğer getirilerinin algılanması olarak sıralanmaktadır (Şekil 4.1) (11).

## Bireysel Algılama

## Etkisi Değiştirilebilir Faktörler

## Davranışı Yapma Olasılığı



**Şekil 4.1: Sağlık İnanç Modeli**

Kaynak: Ay F., Ertem Ü., Özcan N., Ören B., Sarvan S. (Eds): Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul 2008, s.45.

Sağlığı Geliştirme Modeli 1982-1984 yılları arasında Pender tarafından geliştirilmiştir. Sosyal öğrenme kuramından kaynaklanan model, bireyin sağlığı geliştiren davranışlarını etkileyen, bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Modelde sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bileşenler, bilişsel algılama faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve davranışın oluşmasını etkileyen değişkenler olarak ele alınmaktadır. Modelin, pek çok toplum grubu üzerinde test edildiği ve geçerliliğinin kanıtlandığı gözlenmektedir. Modele göre sağlığı geliştiren davranışları etkileyen faktörler (7,11):

**Bilişsel Algılama Faktörleri:** Burada her bir faktörün, sağlığı geliştiren davranışın yapılması üzerinde doğrudan etkisi üzerinde durulmakta ve kapsamında sağlığın önemi, sağlık kontrolünü, öz etkinliği, sağlık durumunu ve sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılama ele alınmaktadır (11).

- **Sağlığın Önemi:** Bireyin sağlığa verdiği önemin davranışını doğrudan etkilediği belirtilmektedir. Toplumlar için de gelişmişliğin temel göstergesi olduğuna dikkat çekilmektedir.

- **Sağlık Kontrolünü Algılama:** Sağlık davranışı üzerindeki bireysel kontrol olduğu bilinmektedir. Bireyin kendi sağlık davranışını nasıl algıladığı ve kontrol ettiğini bilmesi, yeni sağlık davranışının kazandırılmasında önemlidir. Bireyin sağlık kontrolünü, içsel ve dışsal etmenlerin şekillendirdiği, içsel kontrolün bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıttığı belirtilmektedir. Bireyin içsel kontrolü ne kadar yüksekse, olumlu sağlık davranışlarına sahip olmasının o oranda yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Dışsal etkiler ise Güçlü Dışsal Etki ve Şans Etkisi ile açıklanmaktadır. Güçlü Dışsal Etki, bireyin sağlığı üzerinde diğer kişilerin (aile, arkadaş, hekim, hemşire) etki düzeyini gösterdiği, Şans Etkisi ise, sağlığının kontrolünde şansın, talihin ve oluruna bırakmışlığın düzeyini gösterdiği anlamında ele alındığı belirtilmektedir. Güçlü dışsal etki ve şans etkisi düzeyinin yüksek olmasının, bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olma ve kazanma düzeyinin azalmasına neden olduğu açıklanmaktadır (6,19,20).

- **Öz-Etkililiği Algılama:** Bireyin sağlığını geliştirme veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlenmede etkin olma gücü olarak tanımlanmaktadır. Öz etkinliğin olumlu sağlık davranışları üzerinde önemli bir payı olduğu üzerinde durulmaktadır.

- **Sağlık Durumunu Algılama:** Bireyin kendi değerler sistemine göre sağlığa bakış açısı, sağlık davranışlarını doğrudan etkilemekte ve sağlık durumunu algılaması, olumlu davranış kazanmasına ortam hazırlamaktadır. Birey sağlığı sadece hastalık durumunun olmaması olarak görmesinin, olumlu sağlık davranışı kazanmasını güçleştirdiği, sağlığı yüksek düzeyde iyilik olarak görmesinin olumlu davranış kazanma düzeyini yukarılara taşıdığı savunulmaktadır.

- **Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen ve Engelleyen Faktörleri Algılama:** İçsel ya da dışsal etkenlerin sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemesi doğal karşılanmalıdır. Bireyin motivasyonu, sağlık durumu, davranışın yararını algılaması, sağlığın gelişiminde önemli olumlu davranışların kazanılmasına katkı sağlayıcı olarak ele alınmaktadır (7,8,11).

#### **Değiştirilebilir Faktörler:**

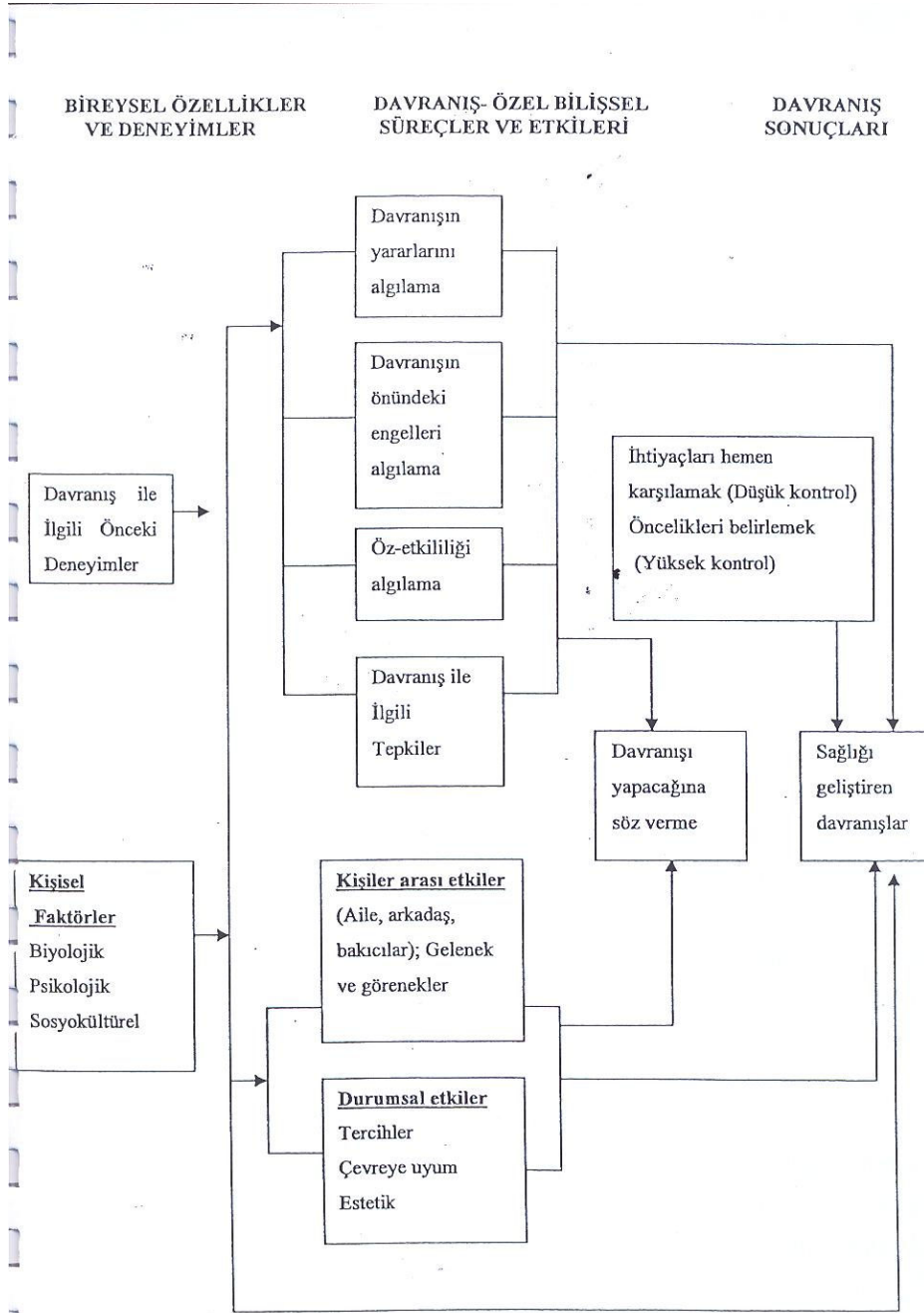
- **Demografik Faktörler:** Yaş, cins, ırk, etnik köken, eğitim, meslek gibi özellikler sağlığı geliştiren davranışları dolaylı olarak etkilemektedir.

- **Biyolojik Faktörler:** Bireyin beden ağırlılığının sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmektedir.

- **Kişilerarası Etkileşim:** Bireyin aile, akraba, arkadaş, sağlık görevlileri ile olumlu etkileşimi, olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir.

- **Yapısal Faktörler:** Bireyin içinde bulunduğu çevre davranış oluşumunu etkilemektedir.

- **Davranışsal Faktörler:** Bireyin bilişsel ve psikomotor beceri düzeyi davranış kazanmada etkindir (Şekil 4.2) (8).



Şekil 4.2: Sağlığı Geliştirme Modeli

Kaynak: Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A.: Health promotion in nursing practice, Fourth Edition, New Jersey, p.13, 2002.



### 4.3. GENÇ TOPLUM

Adölesan, genç toplum ve gençlik terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmakta, bunun bazı karışıklıkları beraberinde getirdiği gözlenmektedir. Temelde bu konuya ilişkin her terim spesifik belli yaş gruplarını kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaş grupları sıralamasında, grupların birbiri içine girdiği gözlenmekte, 10-19 yaş grubu adölesan, 15-24 yaş grubu gençlik ve 10-24 yaş grubu genç toplum olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle Uluslar arası Hemşireler Birliği (ICN) adölesan ve gençlik terimlerini de kapsayan genç toplum ifadesinin kullanılmasını öngörmektedir (21).

Uluslararası tanımlamalarda gençler, “15 ile 25 yaş arasında öğrenimini sürdüren, yaşamında maddi kazanç elde etmek için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan bireyler” olarak açıklanmaktadır. Gençlik dönemi yaklaşık 15 yıllık bir süreci kapsamakta, 9-12 yaş puberte, 13-18 yaş adölesan, 19-25 yaş geç adölesan dönemi olarak sınıflandırılmaktadır (8).

Bir başka görüşe göre, gençlik çağı ergenlik belirtileriyle başlayarak, 12-21 yaşlarını da içine alan ve büyüme anlamına gelen “adölesan” dönemi olarak isimlendirilmektedir. Genellikle 12-25 yaş ergenlik gelişimini içine aldığından “ilk gençlik” dönemi, 15-21 yaş “asıl gençlik” dönemi, 21-25 yaş “uzamış gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır (8).

Gençlik çağının genel bir deyimle çocukluk çağından erişkinlik çağına geçişte yer alan, cinsel olgunlaşma ve bedensel gelişme dönemi olduğu belirtilmektedir. Her bireyin kendine özgü değişik büyüme ve gelişme göstermesi nedeniyle bu dönemi takvimsel olarak sınırlamanın güç olduğuna dikkat çekilmektedir (8,9,22,23,24).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ), Avrupa Bölgesi için belirlediği 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri Arasında 4., 12. ve 19. hedeflerin adölesanların sağlığına ve üst düzeyde sağlığa erişilmesine ortam hazırlayıcı araştırmalara yönelik olduğu

anlaşılmaktadır. 4. hedef; 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olması ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelerini hedeflemektedir. Bu hedeflere:

- Çocukların ve gençlerin daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olmaları sağlandığında,
- Gençlerin karıştığı şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlık en az %50 azaltıldığında,
- İlaç, sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranı azaltıldığında,
- Adölesan gebeliklerin insidansı en az üçte bir oranında azaltıldığında ulaşılabileceğinden söz edilmektedir (6,8,25,26).

#### **4.3.1. Gençlerin Sağlık Durumu**

Bir buçuk milyar genç nüfus, dünya popülasyonunun yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Nüfusun böylesine büyük bir bölümünü kapsayan gençliğe ulaşmak ve sağlıklı, yüksek yaşam standardına ulaşma ortamı hazırlamak her ülkenin ulusal hedefleri arasında yer almaktadır.

Türk toplumu için de gençlik aynı önemi taşımaktadır. Yetmiş beş milyona yaklaşan nüfusumuzun en büyük grubunu gençlerin oluşturduğu gözlenmektedir. Okuma çağındaki çocuk ve genç sayısının 25 milyona ulaştığı, genç nüfusun, dünya ülkelerinin üçte ikisinin nüfusundan daha fazla olduğu ülkemizin Avrupa'nın en genç nüfusuna sahip olması, gençlere yaklaşımının önemini vurgulayıcıdır (6,8).

Nüfusumuzun %27'sini oluşturan gençlerin bu denli sayıca fazla olmasının, toplum sorumluluğunu da arttırdığı göz ardı edilmemelidir. Avrupa ülkelerinde ise genel nüfusun içinde gençlerin yerinin %20'nin altında olduğu doğum oranları hızla düşerken, yaşlı nüfusunun artmakta olduğu dikkati çekmektedir. Buna karşın çocuk ve genç nüfusumuzun fazla olmasının dünya ülkeleri arasında ayrıcalıklı olmamıza yol açacağı ve bunun ülkemize olumlu katkıları olması yönünde çabaların yoğunlaştırılmasının önemli olduğu bir gerçektir (6).

Özellikle gelişmiş ülkelerde, gençler arasında serbest cinsel ilişkilerin hızla yayılmasıyla istenmeyen gebelikler, evlilik dışı doğumlar, cinsel hastalıklar, düşükler ve zoraki evliliklerin toplumlara olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. ABD'deki bir çalışmada Ocak-Eylül ayları içinde 2388 zührevi hastalık vakasının, 19 yaşın altındakilerde tanılandığından söz edilmektedir. Yine Amerika Birleşik Devletlerinde, genç ölümlerinin %54'ünün kaza, %10'unun intihar sonucunda gerçekleştiği, Japonya'da da buna yakın oranlarda genç ölümlerin %33'ünün kaza, %16'sının intihar nedeniyle meydana geldiği bildirilmektedir (22).

Ülkemizde ise gençler arasında uyuşturucu kullanımı, intihar oranı, trafik kazaları sonucu ölümlerin günümüzde büyük oranlara ulaşmamış olması sevindiricidir. Gençler arasında toplu suç işleme eğilimi batı ülkelerinde yüksekken, ülkemizde bireysel suçların ön planda olduğu, kişilere yönelik yaralama/öldürmenin ilk sırada yer aldığı bunları cinsel saldırı ve hırsızlık gibi suçların izlediği gözlenmektedir. Türkiye'de gençlere ait bazı istatistikler incelendiğinde aşağıda belirtilen sonuçlar görülmektedir:

- 1976 istatistiğine göre, 1186 hükümlü çocuğun %66'sının köy kökenli, %20'sinin kasaba kökenli, %14'ünün ise kentte oturanlardan oluştuğu ve kentte oturup suça karışan gençlerin %93'ünün köyden kente göç etmiş ailelerin çocukları olduğu belirlenmiştir (27).

- 1978'de üç değişik çocuk ceza ve ıslahevinde toplam 214 genç (15-18 yaş) üzerinde yapılan bir araştırmada, gençlerin ailelerinin %73'ünün köyden göç ettiği, %15'inin kentli olduğu, %80'inin beş veya daha çok çocuklu aile üyesine sahip olduğu, ailelerin %67'sinin geniş, %22'sinin parçalanmış aile olduğu saptanmıştır (24).

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yaptığı araştırma sonuçlarına, Dünya Bankasının ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nun desteklediği çalışma raporuna göre Türkiye'de 12-19 yaş grubundaki on bir milyon çocuk ve gencin 3,5 milyonu (%32) bir iş yerinde çalışmaktadır. Bunların %51'i sigortasızdır. 6-14 yaş grubundaki çocukların ise %30'u bir işyerinde veya evde çalışmakta (ev işi, çocuk bakımı vb.), %13'ü ise okula gitmemektedir. Bu kapsamda sokak çocuklarını da göz ardı etmemek gerekir. Türkiye'de bilinen 60 bin, bilinmeyenler ile yaklaşık 100 bin sokak çocuğu olduğu belirtilmektedir (8).

- Devlet İstatistik Enstitüsü 1997 yılı istatistiklerine göre ülkemizde intihar edenlerin 15-35 yaş grubunda yoğunlaştığı ve gençlerde öğrenim başarısızlığının önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gençlerde ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada intiharların yer aldığı ve 1950'li yıllara göre 3 kat arttığı, birinci sırada olan motorlu taşıt kazalarının 5-24 yaş grubunda ölüm nedenlerinin %29'unu oluşturduğu ve bunların %30-40'ının alkol nedeni ile olduğu, ikinci sırada şiddete bağlı ölümlerin yer aldığı bildirilmiştir (28).

- Terörle Mücadele Daire Başkanlığı'nın 1995 yılı sonunda yayınladığı raporda terör eylemine katılan gençlerin yaş ortalaması 25 olup, %12'si 20 yaşından küçük, %58'i 21-30 yaş dilimi arasında, %30'uda 30 yaşından büyük bulunmuştur (23).

#### **4.3.2. Gençlerin Fiziksel Gelişimi**

Adölesan dönemi puberteyle başlayıp, olgunlaşmayla son bulan bir dönem olarak ele alınmaktadır. Puberte ilk kez üretkenliğin yaşandığı ve bu konuda fiziksel kapasitenin gelişmeye başladığı bilinmektedir. Her adölesan kız veya erkeğin kendisine özgü gelişme hızının gözlenmesi, bireyselliği önemsemeyi ön plana çıkarmaktadır (5).

Genç popülasyonda büyüme ve gelişim açısından cinse göre farklılıklar olduğu açıktır. Erken adölesan döneminde, kızların hızla büyüdüğü, sıklıkla sakar, tembel, çekici olmayan bir görünüşte, erkek cinsinde genital organlarındaki değişimin farkındalığının yüksek olduğu ve gereksinimlerini karşılamada bazı örneklerin mastürbasyon gibi yöntemler kullandıkları bilinmektedir. Ayrıca erkeklerin diğer hemcinsleri ile primer erkeklik karakterleriyle ilişkili göğüs, adale, genital büyüklük, ejakülasyon kapasitesini karşılaştırma yoluna gittiklerinden söz edilmektedir. Tüm kız cinsinin akran gruplarından destek ve duygusal güvenlik alma gereksinimi içinde oldukları ve hemcinsleri ile cinsel deneyimleri paylaşmanın yaygınlığına dikkat çekilmektedir (10,21).

Orta adölesan döneminde, gençlerin hızlı fiziksel değişim nedeniyle, "Ben kimim?", "Yaşamımda bana ne oluyor?" şeklinde düşünmeye başladığı ve bu dönemde seksüel ilgi ve aktivitelerinin yoğunlaştığı gözlenmektedir (3,5,8,25).

Genç adölesan dönemine geçişle, fiziksel değişimde düşüşler yaşandığı dikkati çekmektedir. Yetişkin yaşam biçimine hazırlık olarak algılanan bu dönemde seçim yapma ve maddi bağımsızlığa erişilme çabalarının önem kazandığı, kalabalık ve akran gruplarının yerini, küçük arkadaş gruplarına bıraktığı vurgulanmaktadır (3,5,8,25).

### **4.3.3. Gençlerde Psikososyal Gelişim**

Gençlik dönemine ilişkin fiziksel değişiklikler kadar psiko-sosyal gelişme ve değişikliklerin de oldukça yoğun gelişen süreçler olduğu üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde gençlerde çok karmaşık sorunların çözümünün beklendiği, iç çatışmaların yaşandığı, çevreyle uyumun oldukça güç olduğu, bağımlı çocukluktan, özgür olmanın, kişilik savaşını kazanma gibi değişikliklere kaynak oluşturduğu ele alınmaktadır (8,18,29).

Ergenlik çağındaki psikososyal gelişmenin erken, orta ve geç ergenlik gibi üç dönemde incelendiği gözlenmektedir.

#### **Erken Ergenlik (11-13 Yaş)**

- Puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklere karşı uyum ve baş etme çabası içindedirler.
- Psikososyal gelişim, hızlı büyüme ve cinsel gelişmeye aynı hızda ayak uydurmaları güç olabilir.
- Duygu ve davranışlarında yorum ve ifade biçimlerinde aşırı olabilirler ve duygusal dalgalanmaları yoğundur.
- Somut düşünce dönemi aşılıarak, soyut kavramları düşünebilme yetisi gelişmeye başlamıştır.
- Cinsellik konusunda ilgileri ve aynı cinsle arkadaşlık etme eğilimleri artmıştır (30).

### **Orta Ergenlik (14-16 Yaş)**

- Hızlı pubertal gelişmenin yavaşlaması ve gencin bedenine alışma dönemidir.
- Bu dönemde baş edilecek en önemli konulardan birinin, cinsel kimlik gelişimi kapsamında cinselliğe ve karşı cinsle ilgilerinin artmış olmasıdır.
  - Anne babadan ayrılma sürecinin başladığı ve arkadaş grubu ile daha fazla bütünleşmenin yoğunlaştığı dönemdir.
  - Kuralları ve sınırları zorlamayı dener, riskli davranışlara girişebilirler.
  - Düşünme ve davranışlarını daha iyi değerlendirmeye bağlı pişmanlık veya utanç, güvensizlik veya çekingenlik duyguları ortaya çıkabilir (30).

### **Geç Ergenlik (17-19 Yaş)**

- Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile kaygıları sona ermiştir.
- Ergenliğin başlangıcından itibaren yaşanan duygu, düşünce, beceri ve deneyimler birleştirilerek kimlik duygusu oluşumu gerçekleşir.
  - Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere yönelmiştir.
  - Büyüklerden yardım istemek ve akıl danışmak artık rahatsızlık verici değildir.
  - Soyut düşünce yeteneğinin gelişmesi ile gelecekle ilgili daha gerçekçi hedefler belirlemeye başlarlar (30).

Bu dönemde her iki cinste, aşağıda belirtilen bazı olumlu ve olumsuz psikolojik değişiklikler görülmektedir (30).

#### **Olumlu Değişimler**

- Sevinç, gururlanma,
- Kendini büyümüş hissetme,
- Toplumsal olaylara, politikaya ilgi artar,
- Yeni arayışlar içindedir,
- Spora ve sanata ilgi duyarlar,
- Gönüllü hizmetlere eğilim gözlenir,
- Bilime karşı ilgi artar,

### Olumsuz değişimler

- Utanç, suçluluk, korku
- Sıkıntı, çekingenlik, güvensizlik
- Kendisi ve çevresiyle çatışma içindedir.
- Kurallardan yakınır.
- Tepkisel çıkış, antisosyal saldırganlık
- Aile çevresinden kopma çabaları
- Yaşıtlarına bağlanma eğilimi
- Yemek, temizlik alışkanlıkları düzensiz
- Onaylanma ve kabul edilme gereksinimi ele alınmaktadır (30).

#### **4.3.4. Genç Toplumun Sağlığını Olumsuz Yönde Etkileyen Faktörler**

Genç toplum kendine özgü sorunlar ve sağlık gereksinimleri ile karşı karşıya gelmektedir. Tüm toplumun gereksinimlerine yanıt verecek yeterli sağlık hizmetinin olmamasının, genç toplumun da bu hizmetlerden yeterince yararlanamamasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşmada sıklıkla gençlerin zorlandığından söz edilmektedir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin okul saatlerinde ya da onlar için uygun olmayan zamanlarda sunulması ve sıklıkla kolaylıkla ulaşamayacakları alanlarda bulunması hizmete ulaşmayı engelleyici olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının gençleri eleştirici davranışları, sağlık hizmeti alma konusunda gençlerin isteksiz olmalarına yol açmaktadır. Gençlerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki temel engeller arasında öncelik verilmemesi, hizmeti almada farklı yönelimleri, eğitim yetersizliği, yasa ve yönetmelikler, izin alma, düşük evlenme yaşı, zararlı madde kullanımı, bilgilendirme olanağı olmaması, kız cinsi koruma yaklaşımı sayılabilir.

**Gençlere Öncelik Verilmemesi:** Genç toplumun kendi sağlıklarını önemsememeleri, sosyal aktivitelere yönelim sonucu ihmal ve erteleme sergilenmesi, ulaşılabilir hizmet ve bilgilendirme aktivitelerinden yararlanmaya hazır olmamaları, danışmanlığın, düzenli sağlık kontrolleri ve sağlığı korumanın önemini

anlamamış olmalarının yanı sıra genç yaşın getirdiği sağlığın üst düzeyde olduğu düşüncesinin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkilediği üzerinde durulmaktadır (8).

**Sağlık Hizmeti Almada Farklı Yönelim:** Ailesi ve yakınlarına bağımlı olan gençlerin ilaç kullanma, üreme sağlığı gibi sağlık sorunları ile ilgili olarak formal olmayan kaynaklardan aldıkları bilgiye göre hareket ettikleri gözlenmektedir. Ancak bu durum gençlerin erken dönemde tedavi/bakım olanaklarından yararlanmalarını engellemekte, utangaçlık, mahcubiyet, gizliliğine tehdit ve korku nedeniyle özellikle genç kızların tabu olarak gördükleri cinsel sorunlarda sağlık arayışına girme, tedavi ve bakım için başvuruda bulunmaktan kaçındıkları vurgulanmaktadır. Gençlerin yaşam biçiminin, ailenin yanı sıra sağlık çalışanlarınca onaylanmaması ya da negatif tavırlar, onların güvenlerini kaybetmelerine ve isteksiz olmalarına neden olabilmektedir (8,31).

Gençlerin sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri arasında:

- Sağlık hizmetlerinin gençlerin gereksinimlerini fark etmede yetersiz olması,
- Hizmetlerin kullanılması ve yararları ile ilgili bilgi yetersizliği,
- Var olan hizmetlerin içeriği, yeri, mali getirisi konusunda belirsizlik,
- Gençlerin ceza alma ve kınanma korkusu,
- Cinsellik ve üreme sağlığı konularındaki kültürel değerlerin etkisi,
- Sağlık çalışanlarının gizli bilgileri açıklayacakları korkusu,
- Tedavi maliyetinin yüksek oluşu belirtilmektedir (8,32).

**Eğitim Yetersizliği:** Sağlık çalışanlarının zaman zaman gençlerin sağlık gereksinimlerini belirleme ve tanımlamada yetersiz olduklarından söz edilmektedir. Gençlerin deneyimlediği bazı farklı davranışların yetişkin sağlık çalışanlarınca değişik algılandığı gözlenmekte, dolayısıyla kendilerince doğru bazı öneriler getirmeleri, anlaşılması güç terminoloji ve dil kullanmalarının bilgilenmeyi olumsuz etkilediği dikkati çekmektedir (32).

**Yasalar:** Bu yöndeki uygulamaların gençlerin pozitif sağlıklarını geliştirmede, çevre desteğini sağlama açısından önemli bir role sahip oldukları üzerinde



durulmaktadır. Üreme ve cinsel sağlık, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, şiddet, kazalar ve yaralanmalarla ilgili yasalar ve uygulamalarda gençlere yardımcı ve yol gösterici hükümlerin bulunduğu vurgulanmaktadır. Yasa ve yönetmeliklerde evlenme, suç sorumluluğunu üstlenme, oy kullanma, askerlik yapma, alkol kullanma, motorlu araç kullanma, tıbbi bakım alma, cinsel ilişkide bulunma gibi konulara ilişkin yaş sınırlamaları bulunmakta ve en az yaş sınırının ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği vurgulanmaktadır (8,32).

**İzin:** Batı ülkelerinde gençlerin kanunlara göre sağlık bakımı alma hakkı ebeveynlerinin izni olmaksızın gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde ise tedavi/bakım eylemi için ebeveynin iznini alma zorunluluğu, gençlerin sağlık bakımı alma konusunda yönelimlerini olumsuz yönde etkileyerek sağlık bakım arayışına girmeyi engelleyebilmektedir.

**En Düşük Evlenme Yaşı:** Adölesanın cinsel aktivitesi ve fertilitésinin sağlığa ilişkin bazı sorunlar ve gereksinimlerle doğrudan bağlantılı olduğu bilinmektedir (8). Birçok ülkede evlenme için gerekli en düşük yaşla ilgili yasaların olduğu ve genellikle bunun kadınlarda 16 yaş, erkeklerde 18 yaş olarak sınıflandırıldığı gözlenmektedir. Ancak bazı ülkelerde yasalar, alışılâgelen uygulamalar ve inançların erken evliliğe izin verici nitelikte olduğu ve aileler tarafından da onaylandığı dikkati çekmektedir (8,32).

Cinsel ilişki için gerekli yaş sınırının sıklıkla evlenme yaşıyla beraber olduğu, belirlenen yaşın altındaki cinsel aktivitenin, sıklıkla tecavüz ve cinsel sömürü olarak kabul edildiği vurgulanmaktadır.

**Zararlı Madde Kullanma:** Birçok ülkede gençlerin sigara, alkol gibi zararlı madde kullanımları, yasalardaki madde kullanımı, satış, reklam ve dağıtıma yönelik cezalarla sınırlanmaktadır. Ülkemizde 18 yaş altı gençlere sigara satışı, okullarda da gençlerin sigara içmelerinin yasaklanmış olduğu bilinmektedir. Gençlerin ve ebeveynlerinin bu konuda bilgilendirilmeleri, yazılı/görsel medyanın zararlı madde kullanımının olumsuz getirilerine ilişkin uyarılarının gençlerin sağlıklarını sürdürme ve geliştirmede önemli katkısından söz edilmektedir (5,14,33).

**Bilgilendirme Olanakları:** Gençlerin cinsellikleri ve üreme sağlıklarıyla ilgili yasa ve yönetmelikler halen tartışılmaktadır. Gençlerin cinsel aktivite gereksinimlerinde koruyucu önlemlere ilişkin bilgilendirme ve akran eğitiminin önemli olduğu vurgulanmaktadır. İstenmeyen gebelikleri önlemede bir yöntem olan kürtaj dünyadaki birçok ülkede yasa dışı kabul edilmekte buna bağlı olarak da özellikle gençlerin istenmeyen gebelikler nedeniyle yasal veya yasal olmayan yollarla kürtaja başvurdukları ve büyük ölçüde genç kız ve kadınların yaşamının tehlikelerle karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir.

**Genç Kızları ve Kadınları Koruma:** Birçok ülkedeki genç kız ve yetişkinlerin koruyucu yasaların ve uygulamadaki yetersizliklerin aile içinde, dışında, işyerlerinde psikolojik ve fiziksel şiddetle karşılaştıkları ve bedelinin bazen yaşamlarını yitirme olduğu gözlenmektedir. Ayrıca aile içi şiddet, özellikle önemsenmeyerek göz ardı edilmekte, genital organlara yönelik zararlı geleneksel uygulamaların ve üzücü boyutlardaki şiddetin fiziksel ve psikolojik sorunlara kaynak olduğuna dikkat çekilmektedir.

Yöresel geleneklerin kadın cinsine ayırımlar getirdiği, özellikle eğitim hakkından yoksun olmalarının, bedenlerine sahip çıkma ve kendilerini korumada yetersiz kalmalarına neden gösterilmektedir. Oysa genç kadın cinsinin eğitilmesinin özellikle hem kendi sağlıklarını, hem de yetiştirdikleri çocuklarının sağlığını pozitif yönde etkileyeceği açıktır. Örneğin; 25 gelişmiş ülkede yapılan bir araştırmada 1-3 yıl eğitilen kadınlarda çocuk ölüm hızının %15 gibi büyük bir oranda düştüğü belirlenmiştir (20).

Ayrıca yasaların arabalarda emniyet kemeri, motorsikletlerde koruyucu kask kullanmak, içkili araba kullanmamak, sağlığı korumak için içki ve ilaç kullanmama zorunluluğu getirdiği bilinmektedir (8).

### 4.3.5. Gençlerde Sağlık Sorunları

#### 4.3.5.1. Cinsellik ve Üreme Sağlığı

Evrensel bir gereksinim olduğu kabul edilen cinsellik, kişilik boyutlarından biri olarak ele alınmakta, günümüz Türkiye'sinde, halen toplumsal bir tabu olarak düşünülmekte, gençler ve yetişkinler bu konuda çok az bilgilendirildiğinden hala pek çok kişi için yanıtlanamayan soru ve sorunlarla dolu bir karmaşa olmayı sürdürmektedir (5,34).

Üreme sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında olduğu gibi “ Yalnızca üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır.” şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Üreme sağlığıyla ilgili olarak dünyada yaşanan gelişmeler incelediğinde üreme sağlığının öneminin daha iyi anlaşılabilir olacağı üzerinde durulmaktadır. Her gün 100 milyonun üzerinde olduğu varsayılan cinsel ilişkilerin, 910.000'inin gebelik ve 356.000'inin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sonuçlandığından söz edilmektedir. Bu gebeliklerin yalnızca %50'sinin planlı olarak gerçekleştiği, %25'ini kesinlikle istenmeyen gebeliklerin oluşturduğu belirtilmektedir. Her gün bu istenmeyen gebeliklerden 150.000'inin isteyerek düşükle sonlandırıldığı, 500'ünün ölümle sonuçlandığı vurgulanmaktadır. Gebelik ve doğum sırasında her gün 1.370 kadının yaşamını kaybetme gibi bir tehlike ile yüz yüze geldiği belirtilmektedir. Ülkemizde kadınlarda ilk evlenme yaş ortalamasının 19 gibi erken bir yaş olmasının ve fertil dönemin uzun olmasına yol açmasının doğurganlığı etkilediği, erken yaşta ebeveyn olmanın da birçok açıdan olumsuz sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (8,35).

Genç toplum ise sıklıkla üreme sağlığı konusundaki bilgileri akranlarının, arkadaşlarının ağızlarından veya medyadan almakta, cinsel konuların genellikle aile içinde konuşulmaması tercih edilmektedir. Sonuç olarak cinsellik, hayali bir örtü altında

kalan bir sır ve fertil grubun aralarındaki konuşmalarla sınırlı yanlış bilgi ve inançlarla şekillenmektedir. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin ve buna bağlı olarak sağlık risklerinin artmasına karşın, hala birçok ülkede cinsellik eğitimine karşı bir direnç süregelmektedir. Cinsellik tartışmalarındaki görüşün sıklıkla görmezlikten gelme, konuşmama, tartışmama olduğu buna karşın akran olan cinsler arasında cinsel aktiviteye yönelik cesaretlendirmenin ön plana geçtiği anlaşılmaktadır (36,37).

Cinsellikle bağlantılı üzerinde önemle durulması gereken bir diğer durumun cinsel yolla bulaşan hastalıklar olduğu bilinmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, cinsel açıdan aktif olan her bireyi etkileyebileceği, 14-19 yaş arasındaki kadınlarda daha sık, 19 yaşından sonra ise erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğünden söz edilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, yaşamın en üretken döneminde kadın ve erkeklerin üretkenliğinde olumsuzluklar yaşanmasına yol açabileceğine dikkat çekilmektedir (30).

Ülkemizde 1997 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 1985 yılında bir AIDS, bir HIV vakası kayıtlıyken, 1997 yılında bu sayı AIDS için 242, HIV için 429 olmak üzere toplam 671 vaka olarak bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın resmi kayıtlarına göre, Türkiye'de 2008 yılı itibarıyla 960'ı kadın toplam 3 bin 178 kişinin HIV ile infekte oldukları belirlenmiştir (36). Yayılımın en aza indirgenmesinin tek yolunun da toplumu oluşturan bireylerin yaşam biçiminin düzenlenmesi olduğu ve burada da eğitimin en önemli ve geçerli yol olduğu açıktır. Bu nedenle toplumun, yazılı/görsel medya yoluyla doğru, korkutmadan, objektif olarak bilgilendirilmeleri, yanlış algılama ve karmaşadan kaçınılmasını beraberinde getirebileceği ve bu girişimi etkin bir meslek üyesi olarak hemşirelerin gerçekleştirecekleri ifade edilmektedir.

Cinsellik eğitimi birkaç derste kazanılacak bilgiler toplamı olarak düşünülmemekte, bireye cinsel konularda sağlıklı bir tutum ve anlayış kazandırarak korku ve saplantılardan, suçluluk duygularından arındırılmış eğitim ve bilgilendirmenin en etkin yöntem olduğu üzerinde durulmaktadır. Tıp uzmanları, hemşireler, psikologlar, halk sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, ev ekonomisi ve çocuk gelişimi uzmanları, öğretmenler, askerler/ polisler ve dini liderlerin bu konuda eğitilerek birer

danışman ve eğitimci olarak görev almalarının sorunun çözümünde etkin olabileceği göz ardı edilmemelidir (36,37).

Cinsellik eğitimi:

- Yaygın ve örgün eğitim sisteminde
- Sağlık kuruluşlarında
- Ana-çocuk sağlık merkezleri
- Aile planlaması üniteleri
- Sağlık ocakları
- Spor ve gençlik kulüpleri
- Halk eğitim merkezleri
- Fabrikalar (işçiler)
- Dini alanlar
- Orduda erlerin bu kapsamda ele alınması önerilmektedir (36).

#### **4.3.5.2. Alışkanlık Yapıcı Madde ve Alkol Kullanımı**

Madde kullanma insidansının 18-25 yaş grubunda yüksek olduğu ve genç popülasyonun %10'undan fazlasında da sigara alışkanlığından söz edilmektedir. Madde kullanımının genellikle 12-17 yaş arasında başladığı, 18-34 yaş arasında yükselişe geçtiği ve ancak 35 yaşından sonra azaldığı bildirilmekte ve birçok yetişkinin madde kullanımına adölesan döneminde başladığı gözlenmektedir (19, 38,27).

Gençlerin madde kullanımına yönelmelerini açıklayıcı çeşitli kuramlar üzerinde durulmakta ve sosyolojik açıdan madde kullanımında, önceki deneyimler ve sosyal çevrenin ilişkisinin önemi vurgulanmaktadır. Bireyin ev çevresindeki sosyal ilişkilerinin bozulmasının (ebeveyn çocuk arasındaki olumsuz ilişkiler, ayrılma, boşanma ve yakınlarının ölümü vb.) hazırlayıcı faktör olduğu savunulmaktadır.

Özgüven yetersizliği, beden imajı değişimleri, aile ve akran baskıları, çevresini kontrol etmede yetersizlik gibi psikolojik faktörlerin de madde kullanımına ortam hazırlayabileceği düşünülmektedir. Çevre tarafından fark edilmemek, keyif ve zevk deneyimlemeyi istemek, merak etmek, farklı deneyim kazanmak ve risk almak gibi

faktörler odaklanılan, genel açıklamalar olarak dikkati çekmektedir. Biyolojik kurama göre, sigara ve alkol alışkanlığının genetik yollarla geçebileceği ve ailede var olan bağımlılığın eğilime yol açabileceği varsayılmaktadır. Genç toplum tarafından çeşitli maddeler kullanılmakla birlikte sigara, alkol ve ilaç kullanımının yüksek olduğu belirtilmektedir. Genç bireylerin ev, çevre ve okul yaşamında kişilik zaafı olan bireylerle ilişkileri ve yakınlarının alkol kullanımı, akranlarının baskısı, sosyal çevreye kabul edilmede kolaylık getireceği düşüncesi ile alkol kullandıkları ve zamanla alışkanlık geliştirdikleri belirtilmektedir (19,27,38).

Gençlerin alkol kullanmalarında yazılı ve görsel medyanın yanı sıra alkol üreticilerinin reklam kampanyalarının da etkili olduğuna dikkat çekilmekte, alkolün sosyal ilişkileri azaltmasına ek olarak riskli davranışları arttırdığından söz edilmektedir. Çalışmalar fazla alkol tüketiminin karar verme yeteneğini ve psikomotor aktiviteleri azalttığı, intihar girişimlerini ve yaralanmalarda artışa neden olduğunu vurgulamaktadır. Geleceğin uzakta olduğu düşüncesi ile gençlerin bugüne odaklanmaları olumsuz sonuçları değerlendirmelerini engellemekte ve alkol kullanımının uzun süreli olumsuz getirilerinden etkilenmedikleri izlenimini vermektedir. Sonuç olarak, erken yaşta alkol kullanımına başlamanın, gözle görülür ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getireceğinden endişelenmedikleri gözlenmektedir (19,39).

**a) Türkiye’de Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı:** Türkiye’de alkol ve madde kullanım sıklığına ilişkin yapılan araştırmalarda:

- Ögel ve arkadaşları çalışmalarında (2003), Adana, Diyarbakır, Eskişehir, Mersin, İstanbul, İzmir, Kocaeli, Sivas ve Trabzon’da 2001 yılında 11.989 ilköğretim öğrencisinden %1,2’si ve 12.270 ortaöğretim öğrencisinden %4,0 ‘ünün esrar kullandığını belirtmiştir (27).

- Dışişleri Bakanlığı’nın eşgüdümünde yapılan araştırmada (2003) Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, İzmir ve Samsun’da 2003 yılında ortaöğrenim kurumlarına devam eden “15-16” yaş grubundaki 4.182 öğrencinin yaklaşık yarısının alkol kullanma deneyimlerinin olduğu belirlenmiştir. Gençlerin, %4’ünün esrar,

%4'ünün uçucu maddeler, %3'ünün anabolik steroidler, %3'ünün sakinleştiriciler ve %2'sinin ekstazi kullandığını saptadıkları anlaşılmaktadır (27).

- Uluslararası Çocuk Merkezi tarafından Türkiye'de sekiz üniversitenin (Adnan Menderes, Harran, Kırıkkale, Kocaeli, Mersin, Ondokuz Mayıs, Osmangazi, Yüzüncü Yıl) birinci sınıf öğrencileri arasında 2004-2005 öğrenim yılında yapılan bir çalışmada (n=3.101), en az bir defa alkol içme oranının %47,2 ve halen içme oranının %22,9; madde kullanmayı denemenin %3 ve halen kullanma oranının %0,6 olarak saptandığı bildirilmektedir (27).

**b) Sağlık Çalışanlarının Alkol ve Madde Kullanımını Engellemedeki Rolü:** Sağlık çalışanlarının özellikle ergenlerle iletişimde, alkol ve madde kullanımı konusunda duyarlı olması ve öykü almada kesinlikle bu alışkanlıkları sorgulaması, gençlerin geleceğini olumlu etkilemede önemlidir.

Alkol ve alkol dışı madde kullanımı ile ilgili toplumda bazı yanlış inançların var olduğu, bu yanlış inançların ve ilgili doğru bilgilerin sağlık çalışanları tarafından bilinmesinin bireye yaklaşımda ve durumla başa çıkmada kolaylaştırıcı olacağı unutulmamalıdır (36).

Konu ile ilgili korunma çalışmalarında, ergenlere verilecek iletilerin temelinde “Kendinde var olan yetenekleri etkin kullandığında, başka bir maddeye ya da kişiye bağımlı olmadan da amacına ulaşabileceği”, “Bağımsızlığından ödün vermemiş olacağı”, “Kendi bedenlerinin çok değerli olduğu; kendisinin ve başkalarının bu değere zarar vermesine engel olması gerektiğine” yer verilmektedir. Bu yöntemle ergenlerin alkol ve alkol dışı madde kullanımının bedenlerine zararlı olduğu ile ilgili farkındalık düzeylerinin artması sağlanabilir (36).

Ergenlerle kurulan iletişim sırasında, yargılayıcı ve sorgulayan yaklaşımlardan kaçınılması, bunun yerine sevecen, anlatılanları dinleyen ve tarafsız bir yaklaşım içinde nerede hata yaptıklarını belirleyerek, yol gösterici önerilerin getirilmesi savunulmaktadır (Şekil 4.3) (36).

## Alkol ve Alkol Dışı Madde Kullanımı Savaşımında Sağlık Çalışanının Yaklaşımı



Alkol ve alkol dışı madde kullanımı davranışının hiç edinilmemesi için

- Hedef gruplara yönelik eğitim etkinlikleri yürütmek
  - Ergenlerin eğitimi (Çocuk ve ergenlerin “sağlığın korunması” ve “sağlığın geliştirilmesi” konusundaki bilgi ve bilinç düzeylerini artırmaya yönelik uygun teknikler kullanarak çalışmalar planlamak ve yürütmek)
  - Ana babaların eğitimi (sorumluluklarını vurgulayan, “iyi” örnek olmalarını destekleyen çalışmalar)
  - Öğretmenlerin eğitimi (sorumluluklarını vurgulayan, “iyi” örnek olmalarını destekleyen çalışmalar)
- Okul ve diğer kurum/kuruluşlarla işbirliği içinde hareket etmek
- Alkol ve alkol dışı madde kullanımının engellenmesi konusunda toplumda farkındalık yaratma ve duyarlılık geliştirmesinin sağlanmasına katkıda bulunmak
- Ergenler için ilgi ve enerjilerini “doğru” yönlendirebilecekleri etkinlikler planlamak, düzenlemek (örneğin, spor, sanat, vb etkinliklerin özellikle okul ortamlarında yürütülmesi önerilmektedir)

Alkol ve alkol dışı madde kullanımı davranışının bırakılması için



Kuşgulu olguların uygun kurum ve kişilere yönlendirilmesi

### Şekil 4.3. Alkol ve Alkol Dışı Madde Kullanımı Mücadelesinde Sağlık Personelinin Rolü

Kaynak: Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (Eds): Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic.Ltd.Şti., Ankara 2008, s.89.



**c) İlaç Kullanımı:** Kullanılan ilaçların opiat, eroin, barbitüratlar, amfetaminler, kokain ve son dönemlerde extasy olduğu dikkati çekmektedir. Zararlı sonuçları arasında ağır bağımlılık ve ciddi sağlık sorunları, kazalar, fazla doz ve güvenli olmayan enjeksiyonlarla HIV, hepatit B gibi infeksiyonların yayılımının yer aldığı bilinmektedir. Son yıllarda alkol ve madde kullanımının, toplum normlarına karşı ayaklanma, yeni deneyimler ve büyük heyecanlar yaşama ile stresli yaşamla baş etme gibi hedeflere yönelim nedeniyle yoğunluk kazandığından söz edilmektedir (8).

**d) Sigara Kullanımı:** Kolayca elde edilebilir olduğundan dünyada en sık tüketilen tütün ürününün sigara olduğu, sigaranın beden bağışıklık sistemini etkilediği, sıklıkla alt solunum yolu infeksiyonlarının gelişmesine ortam hazırladığı kanıtlanmıştır. Sigara kullanımı ile kronik hastalıklar ve mortalite hızları arasında ilişki üzerinde durulmakta ancak, yaklaşık 20-30 yıllık alışkanlık döneminden sonra yakınmaların başlaması, gençlik yıllarında bunun önemsenmemesine neden gösterilmektedir. Sigaraya başlamada kritik yaş olan 13-19 yaşın önemi üzerinde durulmakta ve son yıllarda genç kızların özellikle erken yaşta sigara içmeye başladığı gözlenmektedir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre daha çok alkol kullanmaya eğilimli oldukları ve madde kullanımını deneyimledikleri vurgulanmaktadır (40,41,42).

Gençlerin sigara kullanımına başlamasındaki risk faktörleri arasında sosyo-demografik, çevresel, davranışsal, bireysel faktörler ele alınmaktadır.

#### Sosyo-demografik Faktörler:

- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Gelişimsel durum: 18 yaşından küçük olma
- Erkek cinsiyeti: Son yıllarda kadınlara doğru yön değiştirmekte olduğu gözlenmektedir.

#### Çevresel Faktörler:

- Ulaşılabilirlik ve maliyet
- Reklamlar: Sigara içimini çekici, alımlı gösteren davranışlar
- Akranlarının sigara kullanması

- Yetersiz sosyal destek

#### Davranışsal Faktörler:

- Bazı olumsuz davranışları sergileme (zayıf okul performansı, okula gitmeme vb.)
- Yeni deneyimler yaşama isteği
- Risk alma: İsyankar davranışlar
- Diğer bazı alışkanlıklar (alkol ve ilaç kullanımı)
- Akranlarının baskısına dayanamama
- Baş etme yeteneğinde yetersizlik

#### Bireysel Faktörler:

- Yetersiz bilgi
- Fonksiyonel anlam (yaşamındaki anksiyeteden kurtulmak veya baş etmek)
- Yetersiz özgüven/beden imajı faktörleri
- Akran baskılarından etkilenmek
- Büyük heyecanlar aramak (8).

Türkiye’de sigara kullanım sıklığına ilişkin Bilir ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları çalışmada, lise öğrencilerinde sigaraya başlama yaş ortalaması 14,2 olarak bulunmuştur (40). Ögel ve arkadaşlarının (2004), Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinden seçilen dokuz ilden (İstanbul, İzmir, Sivas, Diyarbakır, Adana, Mersin, Trabzon, Eskişehir, Kocaeli) 2001 yılında toplam 11.989 ilköğretim öğrencileri arasında yaşamı boyunca en az bir kez tütün kullanımının %55,9 olduğu saptanmıştır (36). Uluslararası Çocuk Merkezi tarafından Türkiye’de sekiz üniversitenin (Adnan Menderes, Harran, Kırıkkale, Kocaeli, Mersin, Ondokuz Mayıs, Osmangazi, Yüzüncü Yıl) birinci sınıf öğrencileri arasında 2004-2005 öğrenim yılında yapılan bir çalışmada (n=3.101) en az bir defa sigara kullanma %57,8 ve halen kullanma %22,5 olarak bulunmuştur (36).

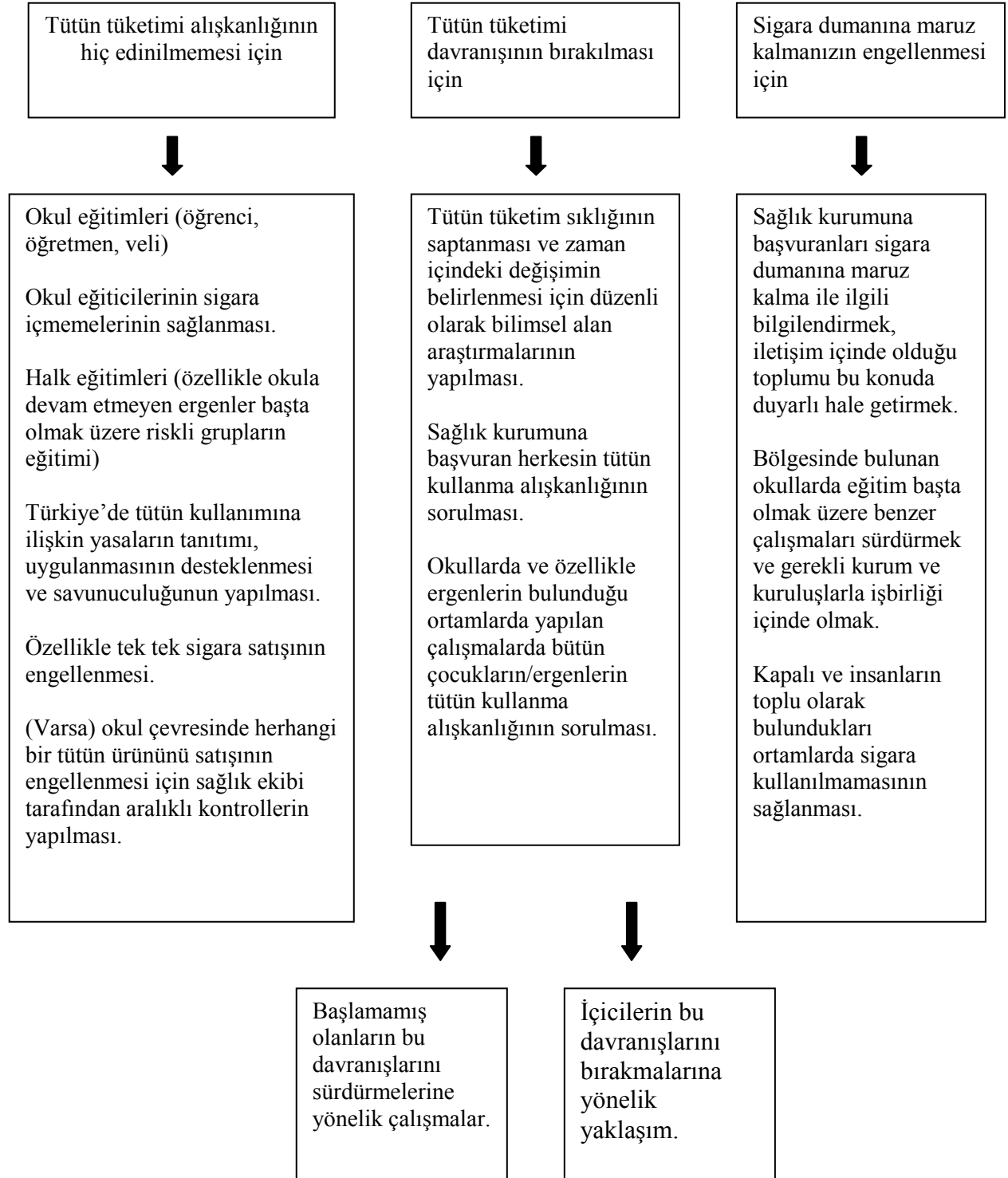
## **Tütün ve Tütün Ürünleri ile Savaşımında Sağlık Çalışanlarının Yeri**

Tütün ürünleri ile savaşımın çok sektörlü bir yaklaşım gerektireceği ve bu çoklu yaklaşım içerisinde de sağlık çalışanına ilişkin sorumluluklar olduğu savunulmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, diş hekimi, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının bu konuda ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte kullananların bırakmaları ve sağlıklı davranışlar kazanmaları için eşgüdümlü çalışmaların üzerinde önemle durulmaktadır (8,43,44).

Sağlık çalışanlarının hizmet sunumları içerisinde tütün ve tütün ürünleri savaşımını önemsemeleri ve olağan bir görev olarak algılamaları önemlidir. Tütün ve tütün ürünleri ile savaşımında “tütün tüketiminin engellenmesi”, “tütün tüketim sıklığının azaltılması” ve “sigara dumanına maruz kalmanın engellenmesi” olarak üç temel yaklaşımdan söz edilmektedir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının benimsemesi gereken temel yaklaşımlar:

- Çalıştığı kurumda “tütünsüz” bir yaklaşım benimsemek,
- Bütün başvuranların tütün kullanma durumlarını sorgulamak,
- Kamuya açık yerlerde tütün tüketiminin engellenmesi için çaba göstermek,
- Tütün bırakma yollarını araştırmak, güncel bilgileri izlemek,
- Davranışları ile rol modeli olmak,
- Sağlık çalışanlarının ergenlere yönelik sağlık hizmet sunumları sırasında sigara ile ilgili bilgilendirmeye yer vermek şeklinde sıralanmaktadır (Şekil 4.4) (36).

## Tütün ve Tütün Ürünleri ile Savaşmada Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı



**Şekil 4.4. Tütün ve Tütün Ürünleri ile Savaşmada Sağlık Çalışanlarının Yaklaşımı**

Kaynak: Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (Eds): Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic.Ltd.Şti., Ankara 2008, s.84.

#### 4.3.5.3. Şiddet, Yaralanmalar ve Kötüye Kullanım

Yaşamlarının aktif dönemlerinde gençlerin kaybedilmelerinde şiddetin (saldırı, tecavüz, öldürme, intihar vb.) geniş yer aldığı bilinmektedir. Şiddet kavramının evrensel olduğu, sosyal ve psikolojik faktörlerin belirlediği şiddet davranışlarına eğilimin erken adölesan döneminde şekillendiği savunulmaktadır. Şiddet uygulanması ve yaralanmaların kısa sürede yardım edilmesini gerektirdiği, gecikmelerin çeşitli negatif durumlarla sonuçlanabileceği gibi yaşamın yitirilmesine de neden olabileceği ancak madde kullanımının gelecek uzun dönemde sağlık açısından bu sonuçlara ulaşacağı üzerinde durulmaktadır (8,38,45).

ABD'deki cinayetlerin %30'unun aile içi şiddet sonucu geliştiği yanı sıra aile içi şiddet ve kötüye kullanımın belirlenmesinin güç olmasında, olayla ilgili suçluluk duygusu ve tekrarlanmasına bağlı korku hissetmenin etkili olduğu varsayımı öne sürülmektedir. Şiddet ve kötüye kullanımın sıklıkla kalabalık toplumlarda, azınlık gruplarında, otokratik ve hiyerarşik yönetilen ailelerde, sosyal yönden izole, düşük özgüvenli, savunmasız bireylerde ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (45).

Kendi bedenine zarar verme (intihar) hızının genç toplumlarda diğer yaş gruplarına göre daha hızlı bir artış gösterdiği belirtilmektedir. İntihar girişimi, yalnızca gencin yaşamını sonlandırması değil, aynı zamanda sevdiklerine büyük üzüntü, suçluluk, öfke ve kırgınlık hissettirmeyi de hedeflediği gözlenmektedir. İntihar davranışının nedenleri arasında, aile içi çatışmalar, kişiler arası ilişkilerin bozulması, beklentilerin karşılanamaması ve özgüvenin azalması, okul veya işyerinde rekabet, gerginlik, işsizlik, işten ayrılma, yaşam ortamındaki değişikliklerin yanı sıra serotinin düzeyindeki yetersizlik, zayıf impuls kontrolü, anksiyete, depresyon, agresyonun da yer aldığı ifade edilmektedir (45).

Kaza ve yaralanmaların dünyadaki ölüm ve yetersizlik nedenlerinin en önemlileri arasında olduğu, yaralanmaların tüm genç ölümlerinin yarısını oluşturduğu bildirilmektedir. Gençlerin kazalara neden olan davranışları arasında da, alkol ve ilaç

olarak araba kullanma, bana bir şey olmaz davranışlarına eğilimli olma, deneyimsizlik gibi riskli yaklaşımlardan söz edilmektedir (8).

#### 4.3.5.4. Akıl ve Ruh Sağlığı

Gençlerde akıl ve ruh sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında sosyal ve psikolojik faktörlere yer verilmektedir. Akıl sağlığı sorunlarına kaynak olan nedenler arasında, aile yapısı ve fonksiyonlarında bozulma (boşanma, ayrılık), fiziksel, duygusal veya seksüel kötüye kullanım, psikoaktif ilaçların kullanımı vb. ele alınmaktadır. Gençlerdeki mental bozukluklar arasında depresyon, şizofreni, hipokondriazis, enürezis, içe kapanma, zorlayıcı davranış ve düşüncelerden söz edilmektedir (30,46,47) :

- **Depresyon:** Adölesanlarda depresyonun fiziksel yetersizlik, emosyonel yönden hayal kırıklıkları ile ilişkili olduğu ve sıklıkla depresyona çatışmaların eşlik ettiği belirtilmektedir (30).
- **Şizofreni:** Genellikle içe kapanma reaksiyonları ile karakterize olan şizofreni belirtilerinin yeni başladığı dönemde:
  - Kişilerarası ilişkilerin zorlaşması,
  - Kendini izole ederek, hayal kurmanın yaygın olması,
  - Hata yapmaya eğilim, mantıklı ve gereksinimlere yönelik halüsinasyonların yaşanması öne çıkmaktadır (30).
- **Hipokondriazis:** Hipokondriazisin, sağlık ile ilgili kronik yakınmalar ile yakınlarına bağımsızlığını gösterme gereksinimine karşı, onlardan çocukça ilgi görme isteminden kaynaklanan çatışmanın bir uyarısı olarak değerlendirildiği ve adölesanların sıklıkla ebeveynlerinden sempati, ilgi görme isteğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (30).
- **Enürezis:** Kendisi, ailesi ve toplumla çatışmaya ilişkin ortaya çıkan idrar kaçırma, fiziksel-psikososyal bir reaksiyon olarak ele alınmaktadır. Adölesanlarda sadece

%1-4 oranında görüldüğü, kendinden utanma düşüncesinin zamanla yerleştiği ve diğerlerinin bu durumu anlaması açısından korku içinde oldukları vurgulanmaktadır.

- **İçine Kapanma, Geri Çekilme Reaksiyonları:** Gençlerde çatışma ve karışıklıklara tepki olarak, bazı kız ve erkeklerde içine kapanma reaksiyonlarının çatışmalara karşı tepki olarak ortaya çıktığı, bu negatif duygu durumunun çatışmalardaki karar verme ve çözümleme potansiyellerini düşürdüğü belirtilmektedir.
- **Zorlayıcı Davranış ve Düşünceler:** Zorlayıcı davranışların çatışmalara karşı savunmaya yardım edici olduğu ve sıklıkla temizlik veya el yıkama, kognitif olarak istemeden kontrolsüz çalma gibi olumsuzluklara yol açtığı vurgulanmaktadır. Ancak bunun, zorlayıcı davranışların, adölesanların karar verme yeteneğinin desteklenmesiyle ortadan kalkabileceğine dikkat çekilmektedir (48).

Hızla büyüme ve çocukluktan gençliğe geçiş dönemi olan gençlik, beden imajı değişimi, cinsel çatışmalar, okul ve aile baskısı, ebeveynle ilişkiler, gelecek endişesi ve ideolojik çatışmalar gibi stresörlerin etkisinde oldukları dönem olarak kabul edilmektedir. Çeşitli uyarıların etkisinde kaldıkları gözlenen gençlerin, bunlarla baş etmede, sağlıklı bir çözüme ulaşmada başarısız olmalarının gençte ve ailede ciddi sorunlar yaşanmasına ortam hazırlayacağı savunulmaktadır (30,47).

Tüm bireylerde olduğu gibi, gençlerinde stresi günlük yaşamın ve büyümenin bir parçası olarak sıkça yaşamaları doğal karşılanabilir. Ancak stresin mide ülseri, hipertansiyon, depresyon gibi fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olabileceği göz ardı edilmemelidir. Gençler yıkıcı veya olumsuz davranışlar gelişmeden de stresle baş etme yollarının öğrenilebileceği, belirli düzeyde stresin motive edici etkisinden yararlanmak üzere yönetilebileceği üzerinde durulmaktadır. Schoter tarafından önerilen stres yönetimi modeline göre stresör kontrolünde, stres filtresinin yönetimi ve savunma mekanizmalarının kullanımından söz edilmektedir (7,11).

#### Stres etkisini azaltmada:

- Düzenli olarak egzersiz yapılması ve uygun kilonun sürdürülmesi,
- Bitmemiş işlerin olabildiğince tamamlanması,
- Duyguların kabul edilmesi ve olumluya dönüştürülmesi,
- İçinde bulunulan zamanla ilginin arttırılması,
- Aile, arkadaş ve bireylerle dürüst ve güvene dayalı ilişkiler kurulması,
- Günlük hayattaki küçük şeylerden de haz almaya yönelinmesi,
- Yalnızlıktan kaçınılması,
- İlaç bağımlılığına yer verilmemesi,
- Kişisel büyüme ve gelişmenin farkında olunması,
- Düzenli aralıklarla gevşeme, meditasyon, yalnız kalmama, sakinleştirici müzik dinlemeye zaman ayrılması önerilmektedir (8,30,7).

#### **4.3.5.5. Beslenme**

Adölesanın fiziksel ve emosyonel gelişiminde yaşamsal bir rolü olduğu bilinen dengeli beslenmenin, bireyin gelecekteki yaşam dönemi sağlığı üzerindeki etkisi açıktır. Örneğin; genç yaşta düşük kalsiyum alımının, kadınların pelvis kemiği gelişimini etkileyebileceği, gebelik ve doğum sırasında sorun yaşanmasının yanı sıra ileri ki yaşamında osteoporoza neden olabileceğine dikkat çekilmektedir.

Gençlerde malnütrisyondun büyüme ve gelişme geriliği, enerji yetersizliği, konsantrasyon zayıflığı, sık sık hastalanma, zayıf bellek, baş dönmesi, bulantı sorunlarına yol açabileceği öğrenme kapasitesini ve okul performansını olumsuz etkileyebileceği üzerinde durulmaktadır. Büyüme ve gelişmenin yanı sıra gençlik döneminde yeterli vitamin ve mineral alımının da ayrıca önemli olduğu ancak birçok gelişmekte olan ülkede beslenme yetersizlikleri nedenleri arasında ailede yeme alışkanlıkları, yoksulluk, yetersiz yiyecek alımı, besin seçiminde ayrımlar vb. yer verilmektedir. Ayrıca gençlerin beden imajlarıyla ilgili endişelerinin, ünlü modellerin görünümlelerinden etkilendiği ve özellikle kızların, sıklıkla ince görünmek için çok uzun süre arındırılmış, kronik diyetlere başvuruda bulunmalarına yol açtığı gözlenmektedir. Bu bağlamda gençlerde toplum ve akranlarınca kabullenilme için yaptıkları kronik



diyetlerle, anoreksia nervoza ve bulimia gibi yeme bozukluklarının gelişebileceği vurgulanmaktadır (21,49,50).

Gençlik dönemindeki beslenmenin, yiyecek seçimi ve yeme davranışlarının biyolojik, sosyokültürel, çevresel faktörlerden etkilenebileceği savunulmakta, ayrıca politik, ekonomik, sosyal normu etkileyen yetiştirilme tarzı, besinlerin dağıtımı gibi faktörlerinde etkili olduğu ifade edilmektedir (10).

Gençlerin günlük öğünlerini tüm besin gruplarını içerecek şekilde planlamaları önemlidir. Günlük diyet ilkeleri arasında dikkat edilmesi gerekenler:

- Her gün değişik besin gruplarını içeren öğünlerin planlanması,
- İdeal kilonun korunması,
- Aşırı yağ ve kolesterolden sakınılması,
- Diyetle nişastalı ve lifli uygun gıdalara yer verilmesi,
- Fazla şeker, tuz ve alkolden kaçınılması önerilmektedir (10,48).

Okul sağlığı hemşireliği kapsamında öğrencilerin beslenmeyle ilgili klinik bulgular açısından değerlendirilmelerinin, risk faktörleri açısından önemine dikkat çekilmektedir (Tablo 4-1) (51).

**Tablo 4-1. Okul Sağlığı Hemşiresinin Öğrenciyi Beslenme Düzeyi Açısından Değerlendirme Kriterleri**

<b>Özellik</b>	<b>İyilik Durumu</b>	<b>Kötü Durum</b>
1. Dış görünüş	Uyanık, cevaba hazır	Lakayt, kayıtsız
2. Genel durum	Sabırlı, enerjik, dinç	Uykusuz, yorgun
3. Kilo	Yaşa, vücut yapısına uygun	Şişman ya da zayıf
4. Deri	Pürüzsüz, az nemli, pembe	Nemli, pul-pul, soluk, çürük
5. Postür	Dik, ayakta duruyor	Omuz düşük, göğüs çökük
6. Kas	İyi gelişmiş, sıkı	Gevşek, zayıf
7. İskelet	Malformasyonsuz	Çarpık bacak, kaburgada tesbih taneleri
8. Sınır Kontrolü	Dikkatli, sınırlı değil	Dikkatsiz, huzursuz
9. Saç	Berrak, parlak, saç derisi sağlıklı	Donuk, kolay kırılır
10. Boyun Glandları	Büyüme yok	Tiroid büyümüş
11. Gözler	Parlak, temiz, yorgun değil	Kuru, kanlı ve infeksiyon var
12. Dudaklar	İyi renkte, nemli	Kuru, şiş, lezyonlu
13. Dil	Pembe, lezyonsuz	Solgun, pürüzlü, şişmiş, atrofik
14. Dişeti	Pembe, şişme, kanama yok	Kırmızı, şiş, çekilmiş
15. Dişler	Düzenli, temiz, sıkışmamış	Diş yok, benekli, aşınmış
16. Karın	Düz	Şiş
17. GIS fonksiyon	Sindirim-iştah iyi	Anoreksia, hazımsız

Kaynak: Sertçelik E.: Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999, s.29, Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Tuncel.

Gençlerin beslenme durumunun tanılmasında kullanılacak rehberde öykü alma, sistemleri gözden geçirme, fiziksel tanılama, laboratuvar sonuçlarının alt başlıkları oluşturduğu belirtilmektedir.

### **Öykü Alma:**

- Yakın aile üyelerinde ve kendisinde obesite, diabetüs mellitüs veya kalp hastalığı var mı?
- Koruyucu bir diyet uyguluyor mu?
- İştah, günlük toplam besin alımı, özel diyet, öğün sıklığı, öğün arası alışkanlıkları, besin tercihi ve alerjileri, vitamin desteği var mı?
- Oral kontraseptif kullanıyor mu? Kullanıyorsa artmış C vitamini ve folik asit gereksinimi var mı?
- Günlük egzersiz alışkanlıkları var mı? Özel bir spor yapıyor mu? Hangi sporu, ne sıklıkla yapıyor? Artmış kalori, C ve B vitamini, su ve tuz gereksinimi olabilir mi?
- Önceki deneyimlerinde kısa süreli kilo alma veya kaybetme oldu mu? Obesite, anemi, tiroid sorunu veya diabet var mı?
- Hamilelik, artmış kalori, protein, demir, B, A ve C vitamini gereksinimi göz önünde tutuluyor mu?

**Sistemleri Gözden Geçirme:** Bireylerde ortaya çıkan semptomların gözden geçirilmesi:

- Kuru ve çatlak deri veya dudaklar, genital organlarda kaşıntı
- Sinirlilik, irritabilite, uykusuzluk, mental depresyon, yorgunluk, adale krampları
- Hazımsızlık, konstipasyon
- Gece körlüğü, pürüzlü cilt, kuru saç
- Diş eti kanaması, yavaş iyileşme
- Anoreksia, baş ağrısı var mı?

### **Fiziksel Tanılama:**

- Boy ve kilo, yaşa ve büyüme planına uygun mu? Protein ve kalori yoksunluğu düşünülmeli mi? Obesite, düşük kilo düşünülmeli mi?

- Laterji, genel depresyon, kuru cilt veya sa, dudak, cilt veya genitalerde çatlaklar, ŐiŐen veya kanayan diş etleri, tiroidin bũyũmesi gibi yetersizlik belirtileri var mı? (8,51).
- Hemoglobin ve hemotokrit dũzeyinin dũŐũk olması olası demir eksikliği anemisini dũŐũndũrebilir (51).

**Obesite:** Kilo vermenin oldukça gũ olmasının obesite sorununun özũmũnũ de zorlaŐtırmaktadır. Depresif, zayıf motivasyonlu gençlerin kilo verme programına olumlu yanıt vermelerinin oldukça gũ olduğu bu konuda danışmanlık almalarının yararlı olacağı önerilmektedir. Bu dũnemde diyet ve egzersiz sorumluluğu geliştirmenin önemli olduğu bildirilmektedir (10).

**Zayıflık:** AŞırı zayıflığın da sağlıkla ilişkili sorunlar yaşanmasına neden olacağı açıktır. Özellikle gençlerde estetik ve giydiğini yakıŐtırma özentisinin bazı hastalıklara kaynak oluşturduğu bilinmektedir.

**Anoreksia Nevroza:** Kilo kaybıyla karakterize (%20 ile %40), yağ ve adale dokularının kaybı, adale zayıflığı, kardiyak dũzensizlik, ekstremelerde yetersiz dolaŐım, yetersiz ısı dũzenlemesi (hipotermi), metabolik hız, kan basıncı ve kalp hızında azalma, uyku rahatsızlıkları, ayak bileğinde Ődem gibi belirtilerin ortaya çıktığı gözlenmektedir (10).

Anoreksia nervozalı genin hastaneye yatırılarak kilosunda artış sağlanması ve Őlũm derecesindeki açlığının Őnlenmesi hedeflenmektedir. Oral yolla alımın sağlanamaması durumunda önerilen tũple besleme, intravenöz tedavi ve total paranteral beslenme yaşamsal destek açısından önemlidir. Aktivitelerin kısıtlanması, ayrıca psikoterapi ve hastane sonrası aile terapisi ile ilişkili olarak psikolojik ve beslenme danıŐmanlıęına gereksinim olduğuna dikkat çekilmektedir (4,20,32).

**Bulimia:** Bulimia sorununun adölesan dũneminde ve yirmi yaşından Önce başladığı belirtilmektedir. Elektrolit dengesizliği ve dehidratasyon, kas zayıflığı ve letarji, senkop, kardiyovaskũler yetersizlik, renal yetersizlik, gastrik distansiyon,

dişlerde aşınma, salgı bezlerinde büyüme, menstrüel düzensizlik, el parmağıyla uyararak kusmaya neden olma, bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişimle karakterize olduğu vurgulanmaktadır (10).

Bulimialı adölesanlarda:

- Çok fazla miktardaki yiyeceğin hızla tüketildiği,
- Yüksek kalorili yiyecek yeme alışkanlığı olduğu,
- Yemek sonrası abdominal ağrı, sosyal ilişkilerde kesinti veya uyku hali ve yemek yemenin kusma ile sonlandırıldığı,
- Sıklıkla kilonun düzensiz değişiminin deneyimlendiği,
- Anormal yemek alışkanlığının farkındalığının yanı sıra davranışlarını kontrol altına alamama korkusunun geliştiği,
- Depresif modda özgücün azaldığını bilmenin söz konusu olduğu ifade edilmektedir.

Bulimia nedenleri arasında biyolojik (hipotalamus işlev bozukluğu vb.), ailesel (zayıf olması için sosyal baskı vb.) ve psikolojik faktörler ele alınmakta ve düşük özgüven ve depresyonun başlamasına neden gösterilmekte, bu durumun da davranışın süregelmesine katkı sağladığı belirtilmektedir. Yaygın olarak bulimialı hastaların “Ben hiçbir şeyi doğru yapamam” duygusu içinde oldukları ifade edilmekte ve anoreksia nervozadaki tedavi/bakım yaklaşımlarının bulimia içinde geçerli olduğu vurgulanmaktadır (8,48,10).

#### **4.3.5.6. Aktivite Yetersizliği**

Fiziksel sağlık; yorgunluk hissetmeksizin dinç ve enerjik bir şekilde günlük görevlerini yapabilme, boş zamanlarını değerlendirme ile fazla enerjisini kullanabilme yeteneğine sahip olma ve acil beklenmedik durumları sorunsuz karşılayabilme olarak ele alınmaktadır.

Geniş bir kavram olan egzersiz, fizyolojik ve psikososyal sağlığı geliştiren, doğumdan ölüme kadar devam eden aktivite süreci olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel

aktivitenin amacı, sağlığı sürdürme ve geliştirmede planlı ve tekrarlayan etkinliklerdir. Egzersizlerin, bireyler üzerinde olumlu kardiyovasküler, biyokimyasal, morfolojik ve doğal antidepresan etkisi göstererek psikolojik değişimler yaratmasının yanı sıra kişisel ve toplumsal etkileri nedeniyle yaşama anlam katması açısından da yararlı olduğu bildirilmektedir (4,14,18,33).

Aktivitelelerin haftanın her günü, 20-30 dakika süreli olması ve arttırılma sıklığının bireyin yaşı, sağlık durumu, hedeflerine göre değişiklik göstereceği üzerinde durulmaktadır. Aktivite türlerinden yürüme, engelli koşu, yavaş koşma, yüzme, paten, bisiklete binme, kürek çekme, ip atlamanın uzun adaleleri çalıştırmasının kardiyovasküler fonksiyonların düzenlenmesinde önemli olduğu, dans, futbol, tenis gibi çeşitli aktivitelerin riskleri azaltmadaki yararları savunulmaktadır (14,52,53).

Bedenin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünün, dengesinin korunabilmesi için dinlenmenin önemi açıktır. Özellikle genç adölesanın uyku ve dinlenmeye günlük 10-13 saat ayırması önerilmektedir. İstirahat ve uyku alışkanlığı arasında kurulan dengedeki bozulmaların, çalışma, seyahat, hastalık, stres, ilaç, ağrı, gürültü, sıcak, kalabalık ortam ve psikolojik-nörolojik iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediğine dikkat çekilmektedir. Uyku ile beden yorgunluğunun giderilmesi ve enerjinin korunması söz konusudur. Sıklıkla görülen uyku sorunları arasında insomnia, uyrurken düşme, diş gıcırdatma ve karabasan görmeye yer verilmektedir (8).

#### **4.4. GENÇLİK VE TOPLUM SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

Ülkemizin sağlık sorunlarının çözümlenmesinde, temel sağlık hizmeti modelinin benimsendiği ve hemşirenin bu sistemde esas güç unsuru olarak kabul edildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin görev ve sorumluluklarının her ülkenin kendi koşullarına ve yasal sistemine göre şekillenmesi olağandır. Ülkemiz sağlık politikasının, temel sağlık bakımına temellenmede çok da yeterli olmadığı ve hemşirelik uygulamalarını da bu ilkeler üzerine oturtmada aksaklıklar yaşandığı gözlenmektedir. Ancak temel hemşire ünvanını almış olan Toplum Sağlığı Hemşiresinin bağımsız bir uygulayıcı

olarak, işlevlerinin birey, aile, toplum grupları ve toplumun gereksinimlerine temellendirilmesi öngörülmektedir (12,54,55).

Sağlık çalışanlarının, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği, sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimiyle hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olmaları istenendir. Hasta ve sağlıklı bireylerle sürekli etkileşim içinde olan hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazanılmasında sorumluluk ve yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenmektedir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığını belirleme, topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışları sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sayılabilir. Hemşirenin korumaya ilişkin etkinlikleri arasında, öncelikle sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, kendi sağlıkları kadar bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirmeleri için gerekli yöntemleri öğrenmelerinin yararı vurgulanmaktadır (4,26,56,57).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık Hedeflerinde” sağlığı geliştirmenin üzerinde önemle durulmasına karşın, hemşirelik eğitiminin sağlığı koruma ve geliştirme hedeflerine yeterince dayandırılmadığı görülmektedir. Günümüz hemşirelik eğitiminde bireyi merkeze alarak geliştirilen programların, sağlığın korunması ve geliştirilmesine temellendirilmesinin, toplumda sağlıklı davranışların gelişimini de beraberinde getireceği yadsınamaz (5,58,59,60).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Araştırma, 2008-2009 eğitim-öğretim yılında İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimi ortaya koyarak, aldıkları eğitimin sağlık davranışları üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

### **5.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

Araştırma soruları 3 grup altında toplanmıştır.

1. Grup: Öğrencilerde sağlıklı yaşam davranışları ne düzeydedir?
2. Grup: Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?
3. Grup: Hemşirelik Yüksekokulunda verilen eğitim sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler mi?

### **5.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda, öğrencilerin okulda buldukları zaman dilimleri (09:00-17:00) içerisinde, sınıf ortamında, Ocak - Nisan 2009 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitim gören 708 öğrenci oluşturdu. Araştırmada, evrenin tamamına ulaşmak hedeflendi. Ancak 202 öğrenciye çeşitli nedenlerle (devamsızlık, kayıt dondurma ve



araştırmaya katılmayı kabul etmeme) ulaşamadığından, örnekleme araştırmaya katılmayı kabul eden 506 öğrenci oluşturdu.

#### **5.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri**

- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıfta eğitimini sürdüren tüm öğrenciler araştırma kapsamına alındı.

### **5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Veri toplama aracı olarak “Veri Toplama Formu (Ek 1)” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 2)” kullanıldı.

#### **5.5.1. Veri Toplama Formu**

Bu form, Sağlığı Geliştirme Modelindeki değiştirilebilir faktörler kapsamında, literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi (5,8,61,62,63,64).

Veri toplama formu toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Formda sosyo demografik özellikler, ailesel özellikler, kişiler arası ilişkiler, sağlık algısı, hastalık varlığı ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ölçümlerini içeren maddeler yer almaktadır.

**Sosyo demografik özellikler bölümünde;** yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum yeri, yaşamının büyük kısmını geçirdiği yer, harçlık miktarı ve okul dışında bir işte çalışma durumu ile ilgili sorulara yer verildi.

**Ailesel özellikler bölümünde;** aile tipi, anne ve babanın eğitim durumları, anne ve babanın mesleği ile ilgili sorulara yer verildi.

**Kişilerarası ilişkiler bölümünde;** aile, arkadaş ilişkileri ve akrabalarıyla görüşme sıklığı ile ilgili sorulara yer verildi.

**Sağlık öyküsü bölümünde;** kronik hastalık varlığını ortaya çıkarmayı amaçlayan sorulara yer verildi.

**Beden Kitle İndeksi (BKİ) bölümünde;** öğrencilerin ifadeleri ile boy ve kiloları kaydedilerek BKİ’leri hesaplandı.

**B.K.İ=Ağırlık(kg)**

Boy uzunluğu (m<sup>2</sup>)

- 18.5 kg/m<sup>2</sup> altında olanlar zayıf,
- 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> arasında normal kilolu,
- 25-29.9 kg/ m<sup>2</sup> arasında olanlar hafif şişman,
- 30-39.9 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar şişman olarak değerlendirildi.  
(<http://www.istanbuleah.gov.tr/saglikkosesi/bedenkitleindeksi/>, Erişim:10.02.2009)

Araştırmaya başlamadan önce, 20 öğrenci üzerinde ön uygulama yapıldı, gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verildi.

### 5.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD)

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilen ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Pender (1987) tarafından Sağlığı Geliştirme Modeli'ni test etmek için geliştirilmiştir (62,65,66,67). Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1997 yılında Esin tarafından yapılmış ve ölçeğin genelinden elde edilen Cronbach Alpha değeri 0.91, alt gruplarından ise, kendini gerçekleştirme 0.77, sağlık sorumluluğu 0.74, egzersiz 0.71, beslenme 0.57, kişilerarası destek 0.65 ve stres yönetimi 0.63 olarak bulunmuştur (8,68).

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur ve tüm maddeleri olumludur. Birbirinden bağımsız kullanılabilen altı alt grubu vardır.

- **Kendini gerçekleştirme:** Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini değerlendiren alt grubudur. 13 maddeden (3,8,9,12,16,17,23, 29,33,40,41,44 ve 48. maddeler) oluşmaktadır.
- **Sağlık sorumluluğu:** Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını değerlendiren alt grubudur. 10 maddeden (2,7,15,20,28,30,32,42,43 ve 46. maddeler) oluşmaktadır.

- **Egzersiz:** Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını değerlendiren alt grubudur. 5 maddeden (4,13,22,27 ve 36. maddeler) oluşmaktadır.
- **Beslenme:** Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimini değerlendiren alt grubudur. 6 maddeden (1,5,14,19,26 ve 35. maddeler) oluşmaktadır.
- **Kişilerarası destek:** Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini değerlendiren alt grubudur. 7 maddeden (10,18,24,25,31,39 ve 47. maddeler) oluşmaktadır.
- **Stres yönetimi:** Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını değerlendiren alt grubudur. 7 maddeden (6,11,21,34,37, 38 ve 45. maddeler) oluşmaktadır (8,17).

Ölçek her bir madde için 4'lü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. "Hiçbir zaman" için 1, "Bazen" için 2, "Sık sık" için 3 ve "Düzenli olarak" için 4 puan verilir. Kendini gerçekleştirme (13-52 puan), sağlık sorumluluğu (10-40 puan), egzersiz (5-20 puan), beslenme (6-24 puan), kişilerarası destek (7-28 puan) ve stres yönetimi (7-28 puan) olmak üzere ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artar (8,9,17,69).

## 5.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Veri toplama formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, araştırmacının kendisi tarafından, araştırmanın amacı, bilgilerin gizli kalacağı, doğru veya yanlış yanıt olmadığı açıklanarak ve gönüllülük ilkesi dikkate alınarak uygulandı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin doldurulmasıyla ilgili bilgilendirme yapıldı. Ölçek maddeleri ile ilgili sorulara, değerlendirme sonuçlarını olumsuz etkilememesi için açıklama getirilmedi.

Öğrencilerin birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla, veri toplama formu ve SYBD ölçeği sınav öncesi veya sonrası, eğitmen gözetiminde uygulandı. Veri toplama süresi, araştırmaya katılmayı kabul eden her öğrenci için 10-15 dakika sürdü.

## 5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS for Windows 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı, parametrik ve nonparametrik istatistiksel analizler kullanıldı. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzdelik ve ortalama ile değerlendirildi. Bu özellikler ile ölçek toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde; Ki-Kare ( $\chi^2$ ), Student t Testi, bağımsız gruplarda t testi, Varyans Analizi (ANOVA), Post-Hoc Tukey HSD, Ssheffe ve Dunnet'C Testi, Pearson Korelasyon Testi, Lojistik Regresyon Analizi istatistiksel yöntemleri kullanıldı. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmede Cronbach Alpha katsayısı kullanıldı (70). Ölçeğin genelinden elde edilen Cronbach Alpha değeri 0.92, alt gruplarından ise, kendini gerçekleştirme 0.80, sağlık sorumluluğu 0.82, egzersiz 0.73, beslenme 0.66, kişilerarası destek 0.75 ve stres yönetimi 0.71 olarak bulundu. Sonuçlar, %95'lik güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 5.8. ETİK YAKLAŞIM

Araştırma öncesi, araştırmacı tarafından araştırmanın yapılacağı Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Müdürlükleri'nden (Ek 3,4,5) yazılı izin, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan sözel izin alındı. Araştırmacı, veri toplamaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı Hemşirelik Yüksekokul yöneticileri ile görüşerek çalışma hakkında bilgi verdi ve veri toplama şekli ve günleri ile ilgili plan oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü izin alındı.

## **6. BULGULAR**

Araştırmada elde edilen bulgular,

**I.** Öğrencilerin sosyo-demografik, ailesel ve sağlıkla ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (Tablo 6-1,6-2,6-3),

**II.** Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarından aldığı puanlara ilişkin bulgular (Tablo 6-4),

**III.** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt maddeleri ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular (Tablo 6-5,6-6,6-7),

**IV.** Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olan değişkenleri gösteren bulgular (Tablo 6-8) olmak üzere dört bölümde ele alındı.

**BÖLÜM I:** Bu bölümde, öğrencilerin sosyo-demografik, ailesel ve sağlıkla ilgili tanıttıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 6-1,6-2,6-3).

**Tablo 6-1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
17-21	286	56.5
22-25	220	43.5
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	458	90.5
Erkek	48	9.5
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar ve dul	505	99.8
Evli	1	0.2
<b>Doğum yeri</b>		
Marmara	174	34.4
Karadeniz	91	18.0
İç Anadolu	59	11.7
Doğu Anadolu	56	11.1
Ege	48	9.5
Akdeniz	37	7.3
Güneydoğu Anadolu	25	4.9
Yurtdışı	16	3.1
<b>Yaşantının büyük kısmını geçirdiği yer</b>		
Büyükşehir	203	40.1
Şehir	141	27.9
İlçe	129	25.5
Köy	33	6.5
<b>Okuduğu fakülte/yüksekokul</b>		
Florence Nightingale HYO	167	33
Marmara Üniversitesi HYO	146	28.9
Haliç Üniversitesi HYO	110	21.7
Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	52	10.3
Koç Üniversitesi HYO	31	6.1
<b>Sınıf</b>		
Dördüncü sınıf	260	51.3
Birinci sınıf	246	48.7
<b>Aileden alınan harçlık</b>		
30-50 TL	170	33.6
30 TL'den az	96	19
51-70 TL	86	17
111 TL ve üzeri	61	12
71-90 TL	48	9.5
91-110 TL	45	8.9
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	446	88.1
Çalışıyor	60	11.9
<b>Toplam</b>	<b>506</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması  $20.93 \pm 1.84$  olup, yarısından fazlası (%56.5) 17-21 yaş grubundadır. Öğrencilerin %90.5'inin kız, %34.4'ünün Marmara bölgesi doğumlu olduğu ve %40'inin yaşamlarının büyük bir kısmını büyükşehirde geçirdiği saptandı. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%51.3) dördüncü sınıf öğrencisi olduğu ve yaklaşık üçte birinin (%33.6) 30-50 TL arasında harçlık aldığı ve %88'inin bir işte çalışmadığı belirlendi (Tablo 6-1).

**Tablo 6-2. Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	458	90.5
Geleneksel aile	37	7.3
Parçalanmış aile	11	2.2
<b>Annenin eğitimi</b>		
İlköğretim	330	65.2
Lise	91	18.0
Okur-yazar	59	11.7
Üniversite	26	5.1
<b>Babanın eğitimi</b>		
İlköğretim	268	52.9
Lise	121	23.9
Üniversite	104	20.6
Okur-yazar	13	2.6
<b>Annenin yaptığı iş</b>		
Ev hanımı	417	82.5
Memur	27	5.3
Emekli	24	4.7
Serbest meslek	23	4.5
İşçi	15	3.0
<b>Babanın yaptığı iş</b>		
Emekli	192	37.9
Serbest meslek	139	27.5
İşçi	84	16.6
Memur	72	14.2
Çalışmıyor	19	3.8
<b>Aile içi ilişkiler</b>		
İyi	250	49.4
Çok iyi	243	48
Kötü	13	2.6
<b>Aile ve akrabalarla birliktelik</b>		
Büyük tatillerde	229	45.3
Ayda bir	119	23.4
Haftada bir	101	20.0
Ailesi ile birlikte yaşayanlar	57	11.3
<b>Arkadaş ilişkileri</b>		
İyi	298	58.9
Çok iyi	202	39.9
Kötü	6	1.2
<b>Toplam</b>	<b>506</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya alınan öğrencilerin ailelerine ilişkin özellikleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%90.5) çekirdek aile tipine sahip olduğu, %65.2'sinin annesinin, %52.9'unun babasının ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Ebeveynlerin yaptığı iş durumları incelendiğinde, %82.5'inin annesinin ev hanımı, %37.9'unun babasının emekli olduğu belirlendi. Öğrencilerin %49.4'ünün ailesi ile olan ilişkilerinin iyi



olduğu, aile/akrabalarıyla %45.3'ünün büyük tatillerde (ara dönem ve yaz tatilleri) beraber olduğu ve öğrencilerin yarısından fazlasının arkadaş ilişkilerinin (%58.9) iyi olduğu saptandı (Tablo 6-2).

**Tablo 6-3. Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Yararlanılan sağlık merkezleri</b>		
Devlet	292	57.7
Sağlık Ocağı	127	25.1
Üniversite	35	6.9
Özel	31	6.1
Mediko-sosyal	21	4.2
<b>Sağlık merkezlerinin yeterliliği</b>		
Yeterli	292	57.7
Yetersiz	214	42.3
<b>Kronik hastalık varlığı*</b>		
Yok	446	88.1
Var	60	11.9
<b>Son altı ayda ciddi hastalık</b>		
Geçirmeyen	486	96.0
Geçiren	20	4
<b>Sağlığını algılama durumu</b>		
İyi	422	83.4
Çok iyi	45	8.9
Kötü	39	7.7
<b>Beden kitle indeksi</b>		
Normal kilolu	404	79.8
Zayıf	57	11.3
Hafif şişman	45	8.9
<b>Toplam</b>	<b>506</b>	<b>100</b>

\* Kronik hastalıklar kapsamında, diyabet ve hipertansiyon yer almaktadır.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin sağlıkla ilgili özellikleri incelendiğinde, yarısından fazlasının (%57.7) devlet hastanelerinden yararlandığı ve %57.7'sinin sağlık merkezlerini yeterli bulduğu saptandı. Öğrencilerin yaklaşık dörtte üçünün (%88.1) kronik bir hastalığının olmadığı, %96.0'ının son altı ayda ciddi bir hastalık geçirmediği ve %83.4'ünün sağlığını iyi olarak algıladığı belirlendi. Öğrencilerin boy ve kilolarına göre BKİ'leri hesaplandı. Buna göre %79.8'inin normal beden ağırlığına sahip olduğu saptandı (Tablo 6-3).

**BÖLÜM II:** Bu bölümde, öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarından aldığı puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 6-4).

**Tablo 6-4. Öğrencilerin SYBD Ölçeği Alt Gruplarından Aldıkları Puanlar**

<b>SYBD Ölçeği alt grupları</b>	<b>Madde sayısı</b>	<b>Min-max puanı</b>	<b>Ortalama±standart sapma(X±S.S)</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	13	18-48	34.34±4.95
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	10	11-40	23.49±5.18
<b>Kişilerarası Destek</b>	7	12-28	21.04±3.27
<b>Stres Yönetimi</b>	7	10-28	18.53±3.24
<b>Beslenme</b>	6	8-24	16.10±3.10
<b>Egzersiz</b>	5	5-20	10.61±2.47
<b>Toplam</b>	48	64-188	124.11±22.21

SYBD ölçeği ve alt gruplarından alınan puanlar; kendini gerçekleştirme 34.34±4.95, sağlık sorumluluğu 23.49±5.18, kişilerarası destek 21.04±3.27, stres yönetimi 18.53±3.24, beslenme 16.10±3.10 ve egzersiz 10.61±2.47 dir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği için alınan toplam puan 124.11±22.21 olarak belirlendi (Tablo 6-4).

**BÖLÜM III:** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt maddeleri ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 6-5, 6-6,6-7).

**Tablo 6-5. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Yaş</b>							
17-21	33.78±4.88	22.39±5.09	10.64±2.40	15.95±3.02	20.61±3.37	18.51±3.27	124.23±14.43
22-25	35.08±4.97	24.90±4.96	10.58±2.57	16.30±3.19	21.60±3.04	18.57±3.22	129.32±17.49
<b>İstatistik analizi</b>	t:-2.943 <b>p:0.003*</b>	t:-5.555 <b>p:0.000**</b>	t:0.292 p:0.770	t:-1.275 p:0.203	t:-3.435 <b>p:0.001**</b>	t:-0.201 p:0.840	t:-3.252 <b>p:0.001**</b>
<b>Cinsiyet</b>							
Kız	34.49±4.92	23.69±5.18	10.49±2.41	16.15±3.12	21.14±3.28	18.51±3.23	126.75±17.69
Erkek	32.91±5.10	21.56±4.86	11.79±2.79	15.62±2.82	20.10±3.02	18.77±3.36	123.45±16.87
<b>İstatistik analizi</b>	t:2.109 <b>p: 0.035*</b>	t: 2.274 <b>p: 0.007*</b>	t: -3.485 <b>p: 0.001**</b>	t: 1.135 p: 0.257	t:2.102 <b>p: 0.036*</b>	t: -0.518 p: 0.605	t: 1.234 p: 0.218
<b>Doğum yeri</b>							
Marmara	34.91±5.19	24.18±5.29	10.35±2.44	16.16±3.23	21.14±3.33	18.59±3.43	127.75±18.61
Ege	34.18±4.27	22.08±5.13	9.87±2.26	16.25±2.97	21.60±2.78	17.97±3.09	123.83±15.21
Karadeniz	34.74±4.46	22.95±4.32	10.98±2.70	16.29±3.01	20.89±3.17	18.73±3.05	126.94±15.58
Doğu Anadolu	33.05±5.25	22.85±5.58	11.03±2.74	15.87±2.84	21.0±3.62	18.75±3.23	124.91±18.26
Güneydoğu Anadolu	33.16±4.08	21.32±5.25	9.84±2.03	14.64±2.78	19.12±2.65	18.52±2.04	118.80±13.5
Akdeniz	33.97±5.69	24.40±5.91	11.37±2.55	15.43±2.77	21.75±3.38	18.35±3.62	127.62±19.84
İç Anadolu	33.67±4.84	23.81±4.67	10.72±1.88	16.61±3.26	20.69±3.16	18.27±3.33	126.01±17.30
Yurtdışı	36.06±4.97	25.50± 5.50	11.18±2.71	16.81±3.58	21.93± 3.35	19.25±3.43	133.37±21.34
<b>İstatistik analizi</b>	F:1.645 p:0.121	F:2.419 <b>p:0.019*</b>	F:2.448 <b>p:0.018*</b>	F:1.515 p:0.160	F:2.038 <b>p:0.049*</b>	F:0.473 p:0.854	F:1.421 p:0.195
<b>Yaşantının büyük kısmını geçirdiği yer</b>							
Büyükşehir	34.87±5.43	24.36±5.25	10.72±2.61	16.19±3.38	21.08±3.38	18.63±3.53	120.60±16.52
Şehir	34.11±4.53	23.09±4.23	10.88±2.53	15.91±2.67	21.05±3.15	18.67±2.82	125.57±17.99
İlçe	34.34±4.82	22.86±5.42	10.27±2.28	16.25±3.07	21.29±3.07	18.41±3.38	125.97±14.72
Köy	32.15±3.41	22.24±6.72	10.15±1.92	15.84±3.14	19.75±3.61	17.90±2.51	128.27±19.19
<b>İstatistik analizi</b>	F: 3.057 p: 0.028*	F: 3.545 p: 0.015*	F: 1.880 p: 0.132	F: 0.405 p: 0.750	F: 1.977 p: 0.116	F: 0.614 p: 0.606	F:2.085 p:0.101

**Tablo 6-5. (devam): Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Okuduğu fakülte/yüksekokul</b>							
Özel	34.93±5.50	24.25±5.20	10.12±2.89	16.05±3.48	21.61±3.37	19.23±3.42	129.47±19.17
Devlet	34.12±4.72	23.19±5.15	9.52±2.77	16.13±2.94	20.82±3.20	18.27±3.14	125.28±16.87
<b>İstatistik analizi</b>	t:-1.653 p:0.099	t:-2.064 p:0.040*	t:-2.148 p:0.032*	t:0.263 p:0.793	t:-2.430 p:0.015*	t:-3.005 p:0.003*	t:-2.406 p:0.016*
<b>Sınıf</b>							
Birinci sınıf	33.28±4.82	22.02±5.08	10.72±2.40	15.60±2.99	20.38±3.40	18.34±3.33	122.68±16.93
Dördüncü sınıf	35.35±4.87	24.87±4.90	10.51±2.54	16.58±3.13	21.66±3.01	18.71±3.15	130.00±17.55
<b>İstatistik analizi</b>	t: -4.775 p: 0.000**	t: -6.425 p: 0.000**	t: -0.927 p: 0.354	t: -3.558 p: 0.000**	t: -4.492 p: 0.000**	t: -1.280 p: 0.201	t: -4.764 p: 0.000**
<b>Aileden alınan haftalık harçlık</b>							
30 TL'den az	33.08±5.22	22.77±5.77	10.58±2.59	15.65±3.15	20.35±3.13	17.73±3.15	122.38±18.81
30-50 TL	33.98±4.74	23.54±4.55	10.28±2.49	16.06±2.99	20.75±2.98	18.22±2.90	125.02±15.73
51-70 TL	35.61±4.89	24.26±5.27	10.84±2.37	16.47±3.03	21.43±3.45	19.40±3.29	130.62±18.28
71-90 TL	35.16±4.45	28.85±4.45	10.97±2.19	16.35±3.35	21.37±3.28	19±3.60	129.18±17.09
91-110 TL	33.62±5.21	24±5.09	11±2.44	16.44±2.64	21.04±3.87	18.31±3.61	126.40±17.53
111 TL ve üzeri	35.44±4.83	22.70±6.19	10.72±2.59	15.98±3.49	22.14±3.24	19.26±3.30	128.75±18.99
<b>İstatistik analizi</b>	F: 3.700 p:0.003*	F:1.176 p:0.320	F:1.218 p:0.299	F:0.841 p:0.521	F:2.902 p:0.014*	F:3.647 p:0.003*	F:2.693 p:0.021*

**Tablo 6-5. (devam): Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	33.95±5.33	24.08±5.53	10.05±2.92	14.71±3.03	20.78±3.75	17.98±4.04	124.18±21.36
Çalışmıyor	34.40±4.90	23.41±5.13	10.69±2.40	16.29±3.06	21.08±3.20	18.61±3.12	126.74±17.06
<b>İstatistik analizi</b>	t: -0.662 p:0.508	t: 0.944 p:0.346	t: -1.898 p:0.058	t: -3.749 p: <b>0.000**</b>	t: -0.661 p: 0.509	t: 1.414 p:0.158	t: -1.059 p:0.290

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Tablo 6-5’de öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt grupları ve toplam puanı ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Öğrencilerin yaşı ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). SYBD ölçeği alt gruplarından egzersiz, beslenme ve stres yönetimi ile öğrencilerin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Öğrencilerin yaşı ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin ortalama puanı, 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin cinsiyeti ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; kız öğrencilerde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, erkek öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Erkek öğrencilerde ise egzersiz ortalama puanı kız öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Öğrencilerin cinsiyeti ile SYBD ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin doğum yeri ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; yurtdışı doğumlu öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişilerarası destek ortalama puanları, Güneydoğu Anadolu doğumlu öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı ile öğrencilerin doğum yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin yaşamının büyük bir kısmını geçirdiği yer ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; yaşamının büyük bir kısmını Büyükşehir de geçiren öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu ortalama puanları, yaşamının büyük bir kısmını köyde geçirenlere göre yüksek bulundu

( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı ile yaşamın büyük bir kısmının geçtiği yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülte/yüksekokul ile SYBD ölçeği alt grupları ve SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; Özel fakülte/yüksekokul'da öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları ve SYBD ölçeği toplam puanı, Devlet fakülte/yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıf ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; dördüncü sınıf öğrencilerinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek ortalama puanları, birinci sınıf öğrencilerine göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıf ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; dördüncü sınıf öğrencilerinin ortalama puanları birinci sınıf öğrencilerine göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin aldığı haftalık harçlık miktarı ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; haftalık 111 TL ve üzerinde harçlık alan öğrencilerin kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları, haftalık 30 TL'den az harçlık alan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Haftalık 51-70 TL harçlık alan öğrencilerin ise kendini gerçekleştirme ortalama puanı, 30 TL'den az harçlık alan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin aldığı haftalık harçlık miktarı ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; 51-70 TL harçlık alan öğrencilerin ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin bir işte çalışma durumu ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; bir işte çalışmayan öğrencilerin beslenme ortalama puanının, çalışan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Öğrencilerin bir işte çalışma durumu ile SYBD ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).



**Tablo 6-6. Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Aile tipi</b>							
Çekirdek aile	34.34±4.87	23.42±5.10	10.53±2.39	16.12±3.10	21.03±3.23	18.45±3.19	126.18±17.18
Geleneksel aile	34.86±5.74	24.78±5.99	11.83±3.27	16.24±3.16	21.45±3.86	19.86±3.66	131.75±22.21
Parçalanmış aile	32.72±5.67	21.72±5.33	10±1.89	15.18±3.09	20.27±2.83	17.45±3.04	119.27±16.60
<b>İstatistik analizi</b>	F:0.788 p:0.455	F:1.825 p:0.162	F:5.166 p:0.006*	F:0.528 p:0.590	F:0.607 p:0.545	F:3.879 p:0.021*	F:2.657 p:0.071
<b>Annenin eğitimi</b>							
Okur-yazar	32.30±4.95	22.06±5.08	8.76±2.72	15.22±2.71	20.11±3.03	17.45±2.96	118.98±15.92
İlköğretim	33.99±4.65	23.29±5.18	9.49±2.66	16.08±3.08	20.86±3.21	18.33±3.07	125.29±16.78
Lise	36.05±5.34	24.75±5.09	10.52±3.03	16.57±3.25	22.06±3.45	19.53±3.53	132.89±19.21
Üniversite	37.50±4.34	24.73±4.77	11.30±3.03	16.76±3.27	21.80±2.98	20.07±3.69	135.46±16.22
<b>İstatistik analizi</b>	F:11.700 p:0.000**	F:4.011 p:0.008*	F:8.555 p:0.000**	F:2.711 p:0.044*	F:5.458 p:0.001**	F:7.716 p:0.000**	F:10.929 p:0.000**
<b>Babanın eğitimi</b>							
Okur-yazar	31.53±4.71	21.15±4.91	8.84±2.47	15.76±3.53	18.29±3.32	18.38±3.40	117.61±17.32
İlköğretim	33.98±4.79	23.65±5.28	9.45±2.74	15.86±3.00	20.75±3.30	17.99±3.03	124.89±17.17
Lise	34.73±4.87	23.53±5.25	10.03±2.95	16.49±3.12	21.63±2.82	19.28±3.39	128.99±18.28
Üniversite	35.17±5.33	23.30±4.87	9.99±2.84	16.33±3.25	21.38±3.59	19.09±3.37	128.58±17.47
<b>İstatistik analizi</b>	F:3.106 p:0.026*	F:1.014 p:0.386	F:2.010 p:0.112	F:1.435 p:0.232	F:4.324 p:0.005*	F:5.787 p:0.001**	F:3.176 p:0.024*

**Tablo 6-6. (devam): Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Annenin yaptığı iş</b>							
Ev hanımı	33.99±4.77	23.23±5.05	9.46±2.68	16.08±3.04	20.86±3.27	18.30±3.12	125.14±16.77
İşçi	37.86±4.06	25.26±4.74	11.73±2.89	16.00±3.13	22.26±1.53	20.46±3.56	136.93±14.58
Memur	36.51±4.88	25.74±5.25	10.62±2.98	16.92±3.30	22.37±2.93	20.00±2.81	135.55±17.33
Emekli	34.41±6.35	23.00±5.97	10.04±3.14	15.45±3.61	21.58±3.59	19.29±4.01	127.04±22.41
Serbest meslek	35.91±5.66	24.82±6.16	10.91±3.66	16.30±3.43	21.47±3.59	19.08±3.99	131.78±23.59
<b>İstatistik analizi</b>	F:4.416 <b>p:0.002*</b>	F:2.425 <b>p:0.047*</b>	F:4.690 <b>p:0.001**</b>	F:0.763 <b>p:0.550</b>	F:2.246 <b>p:0.063</b>	F:3.808 <b>p:0.005*</b>	F:4.341 <b>p:0.002*</b>
<b>Babanın yaptığı iş</b>							
Çalışmıyor	31.10±4.90	22.05±6.31	9.68±2.58	15.52±2.89	21.10±4.09	17.36±3.33	120.26±20.58
İşçi	35.05±5.27	23.46±5.86	10.35±3.04	16.42±3.26	21.14±3.07	19.35±3.57	129.02±18.30
Memur	34.23±4.48	22.94±5.86	8.90±2.86	15.80±3.23	20.59±3.17	18.31±2.97	124.00±18.47
Emekli	34.34±5.08	23.46±5.18	9.76±2.86	16.09±3.00	21.21±3.48	18.59±3.32	126.69±17.71
Serbest meslek	34.42±4.70	24.02±4.54	9.58±2.53	16.16±3.11	20.97±3.02	18.23±2.98	126.64±16.04
<b>İstatistik analizi</b>	F:2.512 <b>p:0.041*</b>	F:0.930 <b>p:0.446</b>	F:2.688 <b>p:0.031*</b>	F:0.572 <b>p:0.683</b>	F:0.497 <b>p:0.738</b>	F:2.372 <b>p:0.051</b>	F:1.399 <b>p:0.233</b>
<b>Aile içi ilişkiler</b>							
Çok iyi	35.63±4.47	24.02±5.30	10.84±2.45	16.45±3.01	21.69±3.46	18.98±3.34	129.93±17.58
İyi	33.25±5.07	22.98±5.07	10.42±2.44	15.92±3.13	20.48±2.92	18.13±3.06	123.51±16.99
Kötü	31.23±5.16	23.15±4.37	10±3.31	13.23±2.42	19.76±3.78	17.92±3.98	117.69±18.38
<b>İstatistik analizi</b>	F:17.99 <b>p:0.000*</b>	F:2.50 <b>p:0.083</b>	F:2.19 <b>p:0.113</b>	F:7.72 <b>p:0.000*</b>	F:9.73 <b>p:0.000*</b>	F:4.53 <b>p:0.011*</b>	F:10.171 <b>p:0.000*</b>

Tablo 6-6. (devam): Öğrencilerin Ailelerine İlişkin Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Aile ve akrabalarla birliktelik</b>							
Haftada bir	34.97±5.61	24.21±5.54	10.93±2.83	16.34±3.29	21.62±3.25	18.70±3.45	128.92±20.29
Ayda bir	34.27±4.26	23.17±4.93	10.25±2.30	15.97±3.26	20.82±3.41	18.26±2.91	125.15±15.98
Büyük tatillerde	34.03±4.92	23.22±5.20	10.81±2.48	15.96±3.02	20.98±3.08	18.62±3.29	125.95±17.36
Ailesi ile birlikte yaşayanlar	34.64±5.18	23.91±4.96	10.05±1.94	16.54±2.72	20.73±3.65	18.50±3.40	126.70±16.85
<b>İstatistik analizi</b>	F:0.913 p:0.435	F:1.131 p:0.336	F:2.891 <b>p:0.035*</b>	F:0.808 p:0.490	F:1.435 p:0.232	F:0.425 p:0.735	F:0.938 p:0.422
<b>Arkadaş ilişkileri</b>							
Çok iyi	35.90±5.04	24.51±5.57	10.84±2.54	16.37±3.32	22.28±3.19	19.16±3.46	131.45±18.52
İyi	33.37±4.63	22.81±4.82	10.42±2.38	15.92±2.95	20.25±3.06	18.13±3.04	123.16±16.28
Kötü	30.50±2.88	22.33±3.55	12.50±3.56	16.50±1.64	18.33±2.25	17.66±1.96	120.50±11.79
<b>İstatistik analizi</b>	F:18.716 <b>p:0.000**</b>	F:6.804 <b>p:0.001**</b>	F:3.447 <b>p:0.033*</b>	F:1.307 p:0.272	F:27.920 <b>p:0.000**</b>	F:6.496 <b>p:0.002*</b>	F:14.378 <b>p:0.000**</b>

\* p<0.05

\*\*p<0.001

Tablo 6-6’da öğrencilerin ailelerine ilişkin özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt grupları ve toplam puanı ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Öğrencilerin aile tipi ile egzersiz ve stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0.05$ ). Geleneksel aile özelliklerine sahip öğrencilerin egzersiz ve stres yönetimi puan ortalaması, çekirdek ve parçalanmış aile tipine göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları, annesi okur-yazar olan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Öğrencilerin annelerinin eğitim durumu ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin babalarının eğitim durumu ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde; babası üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ortalama puanı babası okur-yazar olanlara göre, babası lise mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi ortalama puanı babası okur-yazar olanlara göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Öğrencilerin babalarının eğitim durumu ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; babası lise mezunu olan öğrencilerin ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin annelerinin mesleği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ).

Öğrencilerin babalarının mesleği ile kendini gerçekleştirme ve egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ( $p<0.05$ ).

Öğrencilerin aileleri ile olan ilişkileri ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; aile ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek ortalama puanları, aile ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Aile ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin stres yönetimi ortalama puanı, aile ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin aileleri ile olan ilişkileri ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; ailesi ile ilişkileri “kötü” olanların ortalama puanlarının düşük olduğu saptandı ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin aile ve akrabalarıyla görüşme sıklığı ile egzersiz arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı ile aile ve akrabalarla görüşme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin arkadaş ilişkileri ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; arkadaş ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, arkadaş ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Arkadaş ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilerin egzersiz ortalama puanı, “iyi” olarak belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin arkadaş ilişkileri ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; arkadaş ilişkileri “kötü” olanların ortalama puanlarının düşük olduğu saptandı ( $p<0.001$ ).

**Tablo 6-7. Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Yararlanılan sağlık merkezleri</b>							
Mediko-sosyal	32.52±5.02	21±4.83	9.90±3.06	14.57±3.02	20.52±3.40	17.14±3.60	117.80±18.55
Özel	35.16±6.18	23.03±6.46	10.51±2.26	15.45±2.98	22.19±3.28	19.19±3.70	128.09±20.18
Devlet	34.39±4.91	24.01±5.26	10.61±2.29	16.13±3.22	20.99±3.19	18.57±3.26	127.05±17.78
Üniversite	33.85±4.83	24.77±4.77	11.20±3.34	16.25±2.79	21.08±3.64	18.20±3.36	127.45±18.57
Sağlık ocağı	34.48±4.73	22.44±4.56	10.59±2.56	16.41±2.87	20.95±3.31	18.61±2.96	125.78±15.96
<b>İstatistik analizi</b>	F:1.034 p:0.389	F:3.927 <b>p:0.004*</b>	F:0.932 p:0.445	F:1.992 p:0.095	F:1.132 p:0.341	F:1.412 p:0.229	F:1.495 p:0.203
<b>Sağlık merkezlerinin yeterliliği</b>							
Yeterli	34.87±4.79	23.92±5.21	10.85±2.48	16.45±3.22	21.20±3.30	18.94±3.23	128.54±17.44
Yetersiz	33.63±5.09	22.89±5.09	10.28±2.43	15.63±2.86	20.82±3.22	17.98±3.19	123.58±17.51
<b>İstatistik analizi</b>	t:2.804 <b>p:0.005*</b>	t:2.228 <b>p:0.026*</b>	t:2.570 <b>p:0.010*</b>	t:2.989 <b>p:0.003*</b>	t:1.286 p:0.199	t:3.313 <b>p:0.001*</b>	t:3.153 <b>p:0.002*</b>
<b>Kronik hastalık varlığı</b>							
Olan	33.15±5.15	24.61±6.45	10.15±2.56	15.68±3.79	21.06±3.79	18.10±3.06	126.63±17.22
Olmayan	34.50±4.91	23.33±4.98	10.68±2.46	16.16±2.99	21.04±3.19	18.59±3.27	125.06±20.48
<b>İstatistik analizi</b>	t:1.99 <b>p:0.046*</b>	t:-1.796 p:0.073	t:1.562 p:0.119	t:1.131 p:0.258	t:-0.53 p:0.957	t:1.117 p:0.265	t:0.645 p:0.519

**Tablo 6-7. (devam): Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Özelliklerinin SYBD Ölçeği Alt Grupları ve Toplam Puanı İle Karşılaştırılması**

Özellikler	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	SYBD Ölçeği Toplam Puanı
<b>Son altı ayda ciddi hastalık</b>							
Geçiren	34.55±5.43	25.00±4.87	11.30±2.67	16.10±3.32	21.55±4.16	18.05±3.47	126.32±17.48
Geçirmeyen	34.33±4.94	23.42±5.19	10.59±2.46	16.10±3.09	21.02±3.23	18.55±3.24	129.35±21.01
<b>İstatistik analizi</b>	t:-0.186 p:0.853	t:-1.329 p:0.184	t:-1.255 p:0.210	t:0.013 p:0.990	t:-0.703 p:0.482	t:-0.687 p:0.492	t:-0.752 p:0.452
<b>Sağlığını algılama</b>							
Çok iyi	38.20±5.46	25.20±6.24	12.02±3.15	17.15±3.84	22.73±3.76	20.62±3.80	138.51±22.36
İyi	34.17±4.64	23.31±4.92	10.44±2.35	16.02±3.07	20.86±3.07	18.45±3.04	125.50±16.30
Kötü	31.79±5.37	23.46±6.32	10.87±2.44	15.76±0.48	21.10±4.14	17.07±3.65	122.66±20.21
<b>İstatistik analizi</b>	F:20.48 p:0.000**	F:2.178 p:0.067	F:8.709 p:0.000**	F:2.958 p:0.053	F:6.824 p:0.001**	F:14.041 p:0.000**	F:12.59 p:0.000**
<b>Beden kitle indeksi</b>							
Zayıf	35.35±5.59	23.40±4.78	10.75±2.70	16.56±3.43	20.80±3.22	19.07±3.65	127.93±19.84
Normal kilolu	34.26±4.83	23.44±5.01	10.55±2.35	16.14±3.03	20.92±3.22	18.44±3.16	126.20±17.03
Hafif şişman	33.82±5.14	24.04±6.98	11.04±3.21	15.17±3.13	22.40±3.55	18.73±3.45	126.65±20.24
<b>İstatistik analizi</b>	F:1.479 p:0.229	F:0.283 p:0.754	F:0.896 p:0.409	F:2.682 p:0.069	F:4.323 p:0.014*	F:1.019 p:0.362	F:0.254 p:0.776

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Tablo 6-7’de öğrencilerin sağlıkla ilgili özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt grupları ve toplam puanı ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Öğrencilerin yararlandığı sağlık merkezleri ile SYBD Ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; üniversite hastanelerinden yararlanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanı, mediko-sosyal sağlık hizmetlerinden yararlanan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin sağlık sorunu olduğunda kullandığı merkezlerin yeterlilik durumları ile SYBD Ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; kullandığı sağlık merkezlerini “yeterli” bulan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi ortalama puanları, “yetersiz” olduğunu belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin sağlık sorunu olduğunda kullandığı merkezlerin yeterlilik durumları ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık merkezlerini “yeterli” bulan öğrencilerin ortalama puanları, yeterli bulmayan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).

Sağlık öyküsünde kronik hastalığı olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ortalama puanının düşük olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). SYBD ölçeği diğer alt grupları ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Son altı ayda ciddi hastalık geçiren öğrenciler ile SYBD ölçeği alt grupları ve toplam puanı arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin sağlık algısı ile kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, egzersiz ve kişilerarası destek ve toplam puan arasında anlamlı ilişki belirlendi ( $p<0.05$ ). “Şu andaki sağlığını nasıl yorumlarsınız?” sorusunu “çok iyi” olarak yanıtlayan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi ortalama puanları, “kötü” olarak yanıtlayan öğrencilere



göre; egzersiz ve kişilerarası destek ortalama puanları “iyi” olarak yanıtlayan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.001$ ). Öğrencilerin sağlık algısı ile SYBD ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlığını çok iyi algılayan öğrencilerin ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlendi ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin beden kitle indeksi ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendiğinde; hafif şişman olduğu belirlenen öğrencilerin kişilerarası destek ortalama puanı, zayıf öğrencilere göre yüksek olarak belirlendi ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin beden kitle indeksi ile SYBD ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

**BÖLÜM IV:** Bu bölümde, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olan değişkenleri gösteren bulgular yer almaktadır (Tablo 6-8).

**Tablo 6-8. Öğrencilerin SYBD Lojistik Regresyon Analizi**

Özellikler	B	St. Hata	Wald İstatistiği	df	P değeri	Odds Oranı	%95 CI	
							Alt	Üst
<b>Yaş</b>								
17-21						1.000		
22-25	0.870	0.196	19.722	1	0.0000	2.386	1.626	3.503
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışmayan						1.000		
Çalışan	0.619	0.305	4.127	1	0.0422	1.856	1.022	3.372
<b>Arkadaş ilişkileri</b>								
Çok iyi						1.000		
İyi	-0.734	0.197	13.872	1	0.0002	0.480	0.326	0.706
<b>Sağlık algısı</b>								
Çok iyi						1.000		
İyi	-0.925	0.368	6.300	1	0.0121	0.397	0.193	0.817
Kötü	-1.660	0.514	10.442	1	0.0012	0.190	0.070	0.520
<b>Sabit</b>	0.445	0.452	0.970	1	0.3246	1.560		

Tablo 6-8'de öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olan değişkenleri gösteren bulgular yer almaktadır (Tablo 6-8).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla, bağımsız değişkenler (sosyo-demografik, ailesel ve sağlıkla ilgili özellikler) ile bağımlı değişkenin (SYBD ölçeği) toplam puanı arasında Ki Kare Anlamlılık Testi yapılmış ve anlamlı ilişkisi bulunan bağımsız değişkenler seçilerek regresyon modelini oluşturan adım adım (stepwise) lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Analiz sonuçları; yaş, bir işte çalışma durumu, arkadaş ilişkileri ve sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini gösterdi. Yaşları 22-25 arasında olan öğrencilerin 17-21 yaştakilere göre 2.8 kat (OR=2.386, %95 CI=1.626-3.503), bir işte çalışanların çalışmayanlara göre 1.85 kat (OR=1.856, %95 CI= 1.022-3.372), arkadaş ilişkileri iyi olanların çok iyi olanlara göre 0.48 kat (OR=0.480, %95 CI=0.326-0.706), sağlıklarını çok iyi algılayanların iyi algılayanlara göre 0.39 kat daha fazla (OR=0.397, %95 CI= 0.193-0.817) sağlıklı yaşam biçim davranışı sergilediği saptandı (Tablo 6-8).

## 7. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının, bireysel/mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimiyle, hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip oldukları bilinen bir gerçektir. Sağlıklı/hasta bireylerle sürekli etkileşim içinde olan hemşirelerin, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin olumlu davranış kazanılmasında, sorumluluk alma ve yol gösterici olma özelliği taşımaları beklenendir. Hemşirelerin sağlığı geliştirme girişimleri arasında, bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkları ve risk faktörlerini belirleme, bireylere sağlıklı yaşam bilincini kazandırma ve sağlıksız davranışları değerlendirerek sağlığı geliştirme davranışlarına dönüştürme sayılabilir. Sağlığı geliştirme programları planlanırken, uygulanacak grubun sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin önceden belirlenmesinin ve sağlık davranışlarının geçerli ve güvenilir ölçme araçları kullanılarak değerlendirilmesinin en doğru yaklaşım olacağı açıktır (4).

İnsan son derece karmaşık bir varlıktır. Bu nedenle bireyin sağlık davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin bir kuram ya da model ile açıklanabileceği vurgulanmaktadır. Sağlık davranışlarının açıklanmasında en çok kullanılan modeller arasında; “Sağlık İnanç Modeli” ve “Sağlığı Geliştirme Modeline” yer verilmektedir (71).

Bu bölümde, Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışlarına ilişkin veriler, Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen SYBD ölçeği ile toplandı ve etkileyen faktörler Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri ile tartışıldı.

## 7.1. BÖLÜM I

### 7.1.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre sağlık davranışlarını, bireysel özellikler, deneyimler ve çevreyle olan ilişkiler etkilemektedir. Bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel farklılıkları, sağlık davranışlarının bireyden bireye farklılık göstermesinde temel olan en önemli özelliklerdendir. Bireyin önceki deneyimleri de, sağlık davranışlarının alışkanlık haline dönüştürülmesinde etkili olmaktadır. Ayrıca Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, bireyin çevresiyle olumlu etkileşimler oluşturması sağlık davranışının kazanılmasında etkili olan faktörlerdendir (Şekil 4.2) (71). Bu nedenle, Bölüm I'de öğrencilerin sosyo-demografik, ailevi özelliklerine ve sağlık öyküsüne ilişkin bulgular, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak tartışıldı (Tablo 6-5, 6-6, 6-7).

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, bireylerin yaşları arttıkça sağlık davranış puanı artmaktadır (71). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, yaşın artmasıyla birlikte SYBD ölçeğinin sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alt grup puan ortalamalarının da arttığı bulunmuştur (9,63,64). Yapılan diğer bir çalışmada ise, öğrencilerin yaşları küçüldükçe sağlık davranış puanının arttığı saptanmıştır (61). Araştırmada, 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puanı ile ölçek alt gruplarından kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6-5). Yaşın artmasıyla birlikte sağlık sorumluluğu puan ortalamasının artması, yaşla birlikte kişinin sağlık bilincinin arttığını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda, kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi puanları erkek öğrencilere göre, erkek öğrencilerin ise egzersiz puanı kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (48,63). Bu çalışmaların sonuçlarına benzer olarak, araştırmada da, kız öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek puanları, erkek öğrencilerin ise egzersiz puanı yüksek bulundu (Tablo 6-5). Ancak, yurt dışında öğrencilerle yapılan bir çalışmada, cinsiyetler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (51). Bu durumun, ülkeler arasındaki sosyo-kültürel, çevresel, ekonomik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, öğrencilerinin sağlığı algılama durumları incelendiğinde, metropolde yaşayanların ilçede yaşayanlara göre sağlık algı düzeyleri (17), şehirde yaşayanların diğerlerine göre sağlık davranış düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (64). Araştırmada, yaşamının büyük bir kısmını büyükşehirde geçiren öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu puanları, yaşamının büyük bir kısmını köyde geçirenlere göre daha yüksek bulundu (Tablo 6-5). Kentsel yerleşim bölgelerinde eğitim, sağlık, ulaşım, iletişim gibi hizmetlerin üst düzeyde sunulması ve bu hizmetlere daha kolay ulaşılması ile bu merkezlerde yaşayanların sağlık davranışlarının olumlu yönde etkilendiği söylenebilir.

Öğrencilere olumlu sağlık davranışlarının, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme bilincinin kazandırılabilmesi için okulların müfredat programlarında sağlığı geliştirmeye yönelik derslerin olması gerektiği vurgulanmaktadır (45,53). Okullarda verilen sağlık eğitimi derslerinin, öğrencilerin olumlu sağlık bilinci ve davranışı kazanmalarında, sağlıklarının sorumluluğunu almada etkin olduğu bilinmektedir (5,35). Yapılan çalışmada, okunulan fakülteye bağlı olarak alınan eğitimin sağlık davranışlarını etkilediği belirlenmiştir (8). Özellikle sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin olumlu sağlık davranışlarının daha yüksek olması beklenmektedir. Hemşirelik yüksekokulu öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrenim görülen sınıfa göre SYBD ölçeğinin alt gruplarından sağlık sorumluluğu puanının, birinci ve ikinci sınıfta ( $20.8 \pm 4.8$ ) düşük, üçüncü ve dördüncü sınıfta ( $24.8 \pm 4.8$ ) ise yüksek olduğu belirlenmiş ve bunun nedeni üst sınıflarda okuyan öğrencilerin müfredat programında yer alan sağlığı koruma ve geliştirme dersini almış olmalarına bağlanmıştır (5). Bu çalışma sonucuna benzer olarak, araştırmada da, dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puanı birinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksek bulundu. Yanı sıra araştırmada dördüncü sınıf öğrencilerinin kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek puanlarının da birinci sınıf öğrencilerinden daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6-5). Elde edilen bu veri, hemşirelik eğitimi müfredat programında sağlığı geliştirme ile ilgili derslerin yer almasının, bireylerin sağlıklarını korumada ve geliştirmede etkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak yapılan bir çalışmada, sosyal programlarda öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı, sağlık programlarında öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (9). Bu sonuç, bu sağlık programlarındaki öğrencilerin sağlık bilinci kazanmada yetersiz kaldıklarını ya da öğrencilerin verilen eğitimi davranışa dönüştüremediğini düşündürmektedir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, öğrencilerin harçlık miktarı arttıkça SYBD ölçeği alt gruplarından sağlık sorumluluğu (61,64), fiziksel aktivite (61), egzersiz (63) ve beslenme puanlarının (64) arttığı bulunmuştur. Ancak başka bir çalışmada, öğrencilerin harçlık miktarı ile SYBD Ölçeği alt gruplarından aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (9). Araştırmada ise, haftalık 111 TL ve üzerinde harçlık alan öğrencilerin kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları, haftalık 30 TL'den az harçlık alan öğrencilere göre daha yüksek bulundu (Tablo 6-5). Ekonomik açıdan giderek artan maddi gelirin, öğrencilerin konfor düzeyini arttırarak, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanlarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlıklı ilgili davranışların değerlendirilmesinde sosyal ve ekonomik faktörlerin kişisel davranışları etkilediği gerçeğinin dikkate alınması önerilmektedir.

Yapılan çalışmalarda, okul dışında herhangi bir işte çalışma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (9,61). Araştırmada ise, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sadece beslenme alt grup puanının, herhangi bir işte çalışmayan öğrencilerde daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç, bir işte çalışan öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenme konusunu önemsememelerinin ve beslenme için yeterli zaman ayıramamalarının beslenme davranışını olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

### **7.1.2. Öğrencilerin Aile ile İlgili Özellikleri**

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrencilerin aile yapısı değerlendirildiğinde, geleneksel aile yapısına sahip öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanı, çekirdek ve parçalanmış aileye sahip olanlara göre yüksek bulunmuştur (61). Yapılan diğer çalışmalarda aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (64,71). Araştırmada, geleneksel aile özelliklerine sahip öğrencilerin egzersiz ve stres yönetimi puanları, diğer aile yapılarına sahip öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6-6). Bu sonuç, parçalanmış aileye sahip olan öğrencilerin yaşayabileceği psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik yetersizliklerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda, öğrencilerin annelerinin eğitim durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde; annesi ilköğretim mezunu olan

öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanı, lise ve üniversite mezunu olanların ise fiziksel aktivite puanı yüksek bulunmuştur (19,63). Araştırmada, annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin, SYBD ölçeği toplam puanı ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi puanları, annesi okur-yazar olan öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6-6). Bu sonuç, bireyin biyo-psiko-sosyal gelişiminde önemli rol oynayan annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının, bireyin olumlu sağlık davranışları kazanmasında da etkili olduğunu gösterdi. Araştırma sonuçlarıyla benzer olarak, yapılan başka bir çalışmada da eğitimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık algısını olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir (62).

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, babası lise mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur (19). Ancak diğer bir çalışmada, babanın eğitim durumu ile sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (63). Araştırmada, babası üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanı, babası lise mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi puanları, babası okur-yazar olanlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 6-6). Bireyin gelişiminde annenin olduğu kadar babanın da önemli rol oynadığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, babaların eğitim düzeyinin yüksek olmasının, bireyin olumlu sağlık davranışları kazanmasında etkin olduğu düşünülmektedir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrencilerin annelerinin mesleği ile sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam bakışı alt grubu arasında ve babanın mesleği ile fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres, kişiler arası ilişkiler alt grup puanları ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (61). Diğer bir çalışmada ise, annenin ve babanın mesleği ile sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (63). Araştırmada, öğrencilerin annelerinin mesleği ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi ve SYBD ölçeği toplam puanı, babalarının mesleği ile kendini gerçekleştirme ve egzersiz puanları arasında anlamlı ilişki belirlendi (Tablo 6-6). Bu durum ebeveynlerin mesleğinin, öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, olumlu aile ilişkileri, sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (5,71). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, aile içi



ilişkilerini “iyi” olarak yorumlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur (61,64). Araştırmada, aile ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme, kişilerarası destek stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı, aile ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre daha yüksek bulundu (Tablo 6-6). Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre kişilerarası ilişkiler alt grubu; gençlerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile olan iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemektedir. Gençlerin aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim içinde olması, sağlık davranışı kazanma düzeyini yükseltmektedir (71).

### 7.1.3 Öğrencilerin Sağlıkları ile İlgili Özellikleri

Sağlığı Geliştirme Modeli’nde bireyin kronik bir hastalığa sahip olmasının sağlık sorumluluğunu arttırdığı belirtilmektedir (71). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrencilerin kronik hastalık öyküsü ile fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi puanları ve ölçek toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (61). Diğer bir çalışmada, kronik hastalığı olan öğrenciler ile sağlık davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmazken (17), başka bir çalışmada, tıbbi hastalık tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (18). Araştırmada ise, kronik hastalığı olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanının, kronik hastalığı olmayanlara göre düşük olduğu, ölçeğin diğer alt grup puanları ve toplam puanı arasında fark olmadığı belirlendi (Tablo 6-7). Araştırmada kendini gerçekleştirme puanının düşük bulunmasının, kronik hastalıkların tedavisinin ve komplikasyonlarının, bireyin yaşam biçimini olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlığı Geliştirme Modeli’ne göre, bireyin sağlık algısı, sağlık davranışı kazanmada ve davranışı sürdürmede etkilidir (71). Sağlık durumunu algılama düzeyinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (1). Yapılan çalışmalarda, sağlığını “çok iyi” olarak algılayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı, diğer öğrencilere göre yüksek bulunmuştur (8,17,61). Diğer bir çalışmada da, sağlığını “çok iyi” olarak algılayan öğrencilerin egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt grup puanları ile ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur (10). Araştırmada, yapılan çalışma sonuçları ile benzer olarak, sağlığını çok iyi algılayan öğrencilerin kendini

gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grup puanları ile toplam ölçek puanı, diğer öğrencilere göre yüksek bulundu (Tablo 6-7). Sağlık algı düzeyinin yüksek olması, öğrencilerin sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik olumlu sağlık davranışları kazanmalarına ortam hazırlayıcı olarak ele alınabilir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, öğrencilerin %72'sinin beden kitle indeksleri normal sınırlarda bulunmuş ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (61). Biyolojik özellikler, bireyin sağlık davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir. Özellikle, genç erişkinlerde beden ağırlığı ve görünüşün çok önemli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle araştırmada, öğrencilerin beden kitle indeksi ile SYBD ölçeği alt grupları arasındaki puan dağılımları incelendi. Hafif şişman olduğu belirlenen öğrencilerin kişilerarası destek puanının, zayıf öğrencilerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6-7).

## 7.2. BÖLÜM II

Bu bölümde, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili bulgularının tartışılmasına yer verildi (Tablo 6-4).

### 7.2.1. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBD Ölçeği'nin, sağlığın sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde önemli olan yaşam biçimi davranışlarını ölçtüğü bilinmektedir. Ölçekten alınacak puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artmaktadır (8,9,17,69).

SYBD ölçeğinden en az 48, en fazla 192 puan alınmaktadır (5,26,43,61). SYBD ölçeği ve alt grup puanlarının yüksek olması bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir (5,61). Yapılan çalışmalarda, SYBD ölçeği toplam puan ortalaması, sağlıklı adölesanlarda  $96.4 \pm 11.7$  (48), lise öğrencilerinde  $118 \pm 17.78$  (62) ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde  $121.92 \pm 1.10$  (51) bulunmuştur. Araştırmada, öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puanı  $124.11 \pm 22.21$  olarak bulundu (Tablo 6-4).

SYBD ölçeğinin kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin kendini geliştirme ve gerçekleştirme yeteneğini, kendinin farkında olma durumunu ve yaşam amaçlarını değerlendirmektedir (5,26,43,61). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, kendini gerçekleştirme puan ortalaması  $36.4 \pm 5.6$  (5) ve  $35.6 \pm 6.4$  (17) olarak verilmektedir. Araştırmada, öğrencilerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının ( $34.34 \pm 4.95$ ), ölçeğin diğer alt grup puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6-4). Bu sonuç, sağlıkla ilgili programlarda eğitim gören üniversite öğrencilerinin, öğrenme ilkesini benimsemiş, kendilerini sürekli yenilemeye, geliştirmeye ve gerçekleştirmeye çalışan bireyler olmalarının kendini gerçekleştirme düzeyini etkilediğini düşündürmektedir.

SYBD ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili sorumluluk alma durumunu, sağlığını koruma, geliştirme ve yükseltmeye ne düzeyde katıldığını değerlendirmektedir (5,61). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam ettirmesini etkiler. Bu gruptan en az 10, en fazla 40 puan alınmaktadır (5). Yapılan bir çalışmada, sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalaması  $16 \pm 4$  (71), üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda ise sağlık sorumluluğu puan ortalaması

22.08±7.40 (9) ve 20.3±5.7 (63) olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçlarıyla benzer olarak, araştırmada, öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalaması 23.49±5.18 olarak bulundu (Tablo 6-4). Sağlık sorumluluk düzeyi puanının düşük olmasının, yaşamda henüz tek başına kalmamış, değişken bir dönemde olan, erişkinliğe geçişini tamamlamamış, yaşam amaçlarını tam ve net olarak belirleyememiş olan gençler için beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

SYBD ölçeğinin egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersizin birey tarafından ne düzeyde uygulandığını değerlendirmektedir (5,61). Bu gruptan en az 5, en fazla 20 puan alınmaktadır. Yapılan çalışmalarda, egzersiz alt grup puan ortalamaları, 8.7±2.57 (5), 9.5±3.5 (17) ve 9.22±3.44 (8) olarak bulunmuştur. Organizmanın fiziksel iyilik açısından en üst düzeyde olduğu genç bireylerde, gençlerin egzersiz yapma düzeylerinin yüksek olması beklenirken, araştırmada öğrencilerin egzersiz alt grup puan ortalaması 10.61±2.47 olarak bulundu (Tablo 6-4). Egzersiz puanının düşük olması, eğitim sisteminde egzersize yeterli önem verilmeyişine, kampus ve yurt olanaklarının spor yapmaya uygun olmayışına, üniversite öğrencilerinin yoğun oldukları gerekçesi ile egzersize zaman ayıramamalarına bağlı olabileceği kanısını uyandırmaktadır.

SYBD ölçeğinin beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini düzenleme durumunu, yiyecek seçimini değerlendirmektedir. Fiziksel ve zihinsel anlamda sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanabileceği bilinmektedir. Bu alt gruptan en az 6, en fazla 24 puan alınmaktadır (5,61). Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda, beslenme alt grup puan ortalaması 16.0±3.4 (5) ve 14.9±3.5 (17) olarak bulunurken, yurt dışında yapılan bir çalışmada, 22±5 (72) olarak bulunmuştur. Araştırmada, öğrencilerin beslenme alt grup puan ortalaması 16.10±3.10 olarak bulundu (Tablo 6-4). Son yıllarda, ülkemizde, gençler arasında düzensiz atıştırma biçiminde beslenme nedeniyle obezite ve diğer beslenme sorunlarının artmaya başladığı bildirilmektedir (72). Ancak, yetersiz devlet politikaları, yazılı ve görsel medyanın olumsuz katkıları, ailenin rol modeli olma konusunda yetersiz olması, sağlık ve eğitim sisteminin sağlığı geliştirme üzerine odaklanamaması sonucu gençler olumlu beslenme bilince sahip olamamaktadır. Bu etkenlerin araştırma grubunda yer alan gençlerin beslenme davranışları üzerinde olumsuz etki yaratabileceği üzerinde durulması önerilmektedir (72).

SYBD ölçeğinin kişilerarası destek alt grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini değerlendirmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu bir etkileşim içinde olma, sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir (71). Bu alt gruptan en az 7, en fazla 28 puan alınmaktadır. Adölesanlarla yapılan çalışmada, kişilerarası destek puan ortalaması  $18.5 \pm 2.63$  (61) olarak bulunmuş ve bu sonucun ortaya çıkmasında “orta ve geç adölesan dönem arkadaş ve aile ilişkilerinin önem kazanmaya başlayan dönem olmasının etkili olabileceği” ifade edilmiştir (61). Yapılan diğer çalışmalarda ise, kişilerarası destek puan ortalaması  $21.2 \pm 3.4$  (5) ve  $21 \pm 4$  (35) olarak bulunmuştur. Araştırmada, öğrencilerin kişilerarası destek ortalama puanı  $21.04 \pm 3.27$  olarak elde edilmiştir (Tablo 6-4). Üniversite ortamının sosyal bir çevre olması ve gençlik döneminde arkadaşlarla bütünleşmenin ilişkileri etkilemesi nedeniyle, kişilerarası destek puan ortalamasının etkilendiği düşünülmektedir.

SYBD ölçeğinin stres yönetimi alt grubu; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını değerlendirmektedir. Bu alt gruptan en az 7, en fazla 24 puan alınmaktadır (5,61). Yapılan çalışmalarda stres yönetimi alt grup puan ortalaması,  $17.4 \pm 3.6$  (63),  $17.8 \pm 3.3$  (5) ve  $18.1 \pm 2.69$  (61) olarak bulunmuştur. Araştırma grubundaki öğrencilerin stres yönetimi puan ortalaması  $18.53 \pm 3.24$  olarak bulundu (Tablo 6-4). Öğrencilerin yabancı bir çevrede bulunma, aileden uzak olma, ekonomik sorunlar ve okula uyum gibi stresörlerle baş etmek zorunda kalmalarının bu konuya ilişkin gelişimlerini olumlu yönde etkilediği, bu nedenle de stres yönetim puanının yüksek olduğu kanısına varılmaktadır.

### 7.3. BÖLÜM III

Bu bölümde, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olan değişkenlerin tartışılmasına yer verildi (Tablo 6-8).

#### 7.3.1. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında Etkili Olan Değişkenler

Araştırmada, Sağlığı Geliştirme Modeli'nde belirtilen ve sağlık davranışlarını etkileyen değişkenlerin, sağlık davranışları üzerindeki etkisi açıklandı. Öğrencilerin sosyo-demografik, ailesel ve sağlıkla ilgili özelliklerinin sağlık davranışlarını etkilediği belirlendi. Sağlık davranışını en fazla etkileyen değişkeni belirlemek amacıyla regresyon analizi yapıldı.

Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, yaş, bedensel sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasında korelasyon analizi yapılmış ve yaş ile sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olmasına karşın, yaş ile stres yönetimi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (10). Araştırmada yapılan regresyon analizine göre yaşın, sağlık davranışlarının gelişmesinde en etkili değişken olduğu saptandı. Araştırmada, yaşları 22-25 arasında olan öğrencilerin 17-21 yaştakilere göre 2.8 kat (OR=2.386, %95 CI=1.626-3.503) daha fazla sağlıklı yaşam biçim davranışı sergilediği saptandı (Tablo 6-8). Hemşirelik birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, alınan eğitimin etkisi nedeniyle yaş arttıkça sağlık davranışlarının da arttığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmadaki regresyon analizine göre, sağlık algısı öncelikli değişken olarak bulunmuş ve sağlık durumunu iyi olarak algılayan öğrencilerin diğerlerine göre, 3,8 kat daha fazla olumlu sağlık davranışı gösterdiği belirlenmiştir (61). Araştırmada, sağlıklarını çok iyi algılayan öğrencilerin iyi algılayanlara göre 0.39 kat (OR=0.397, %95 CI= 0.193-0.817) daha fazla sağlıklı yaşam biçim davranışı sergilediği saptandı (Tablo 6-8). Bu sonuç, sağlık algı düzeyinin yüksek olmasının, öğrencilerin sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye yönelik olumlu sağlık davranışları kazanmalarında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada, bir işte çalışanların çalışmayanlara göre 1.85 kat (OR=1.856, %95 CI= 1.022-3.372) daha fazla sağlıklı yaşam biçim davranışı sergilediği saptandı (Tablo 6-8). Bu sonuç, okul dışında herhangi bir işte çalışma durumunun, öğrencilerde olumlu sağlık davranışlarının gelişmesinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 8.1. Sonuç

İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimin, sağlık davranışları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda elde edilen sonuçlar aşağıdaki verilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puanı  $124.11 \pm 22.21$ , alt grup puanları ise kendini gerçekleştirme  $34.34 \pm 4.95$ , sağlık sorumluluğu  $23.49 \pm 5.18$ , egzersiz  $10.61 \pm 2.47$ , beslenme  $16.10 \pm 3.10$ , kişilerarası destek  $21.04 \pm 3.27$  ve stres yönetimi  $18.53 \pm 3.24$  olarak bulundu.
- 22-25 yaş grubundaki öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, 17-21 yaş grubundaki öğrencilere göre yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ).
- Kız öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları ( $p < 0.05$ ). erkek öğrencilerin ise egzersiz ortalama puanları ( $p < 0.001$ ) karşı cinse göre yüksek olarak bulundu.
- Dördüncü sınıf öğrencilerinin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek ortalama puanları, birinci sınıf öğrencilerine göre ileri derecede anlamlı olarak belirlendi ( $p < 0.001$ ).
- Annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalama puanları, annesi okur-yazar olan öğrencilere göre ileri derecede anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ).
- Babası üniversite mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ortalama puanı babası okur-yazar olanlara göre, babası lise mezunu olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi ortalama puanı babası okur-yazar olanlara göre ileri derecede anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ).
- Aile ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek ortalama puanları, aile ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre ileri derecede anlamlı bulundu ( $p < 0.001$ ).



- Arkadaş ilişkilerini “çok iyi” olarak belirten öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek ortalama puanları, arkadaş ilişkilerini “kötü” olarak belirten öğrencilere göre ileri derecede anlamlı bulundu ( $p<0.001$ ).
- Üniversite hastanelerinden yararlanan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanı, mediko-sosyal sağlık hizmetlerinden yararlanan öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).
- Sağlık öyküsünde kronik hastalığı olan öğrenciler ile kendini gerçekleştirme arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.05$ ).
- Kullandığı sağlık merkezlerini “yeterli” bulan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi ortalama puanları, “yetersiz” olduğunu belirten öğrencilere göre yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).
- Hafif şişman olduğu belirlenen öğrencilerin kişilerarası destek ortalama puanı, zayıf öğrencilere göre yüksek olarak belirlendi ( $p<0.05$ ).
- Öğrencilerin sağlık davranışlarını yaş, bir işte çalışma durumu, arkadaş ilişkileri ve sağlık algısı gibi değişkenlerin etkilediği bulundu.

## 8.2. Öneriler

İstanbul ilindeki Hemşirelik Yüksekokulu birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin aldıkları eğitimin, sağlık davranışları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Hemşirelik Yüksekokulları ve sağlık programlarında olumlu sağlık davranışı geliştirmeye yönelik uygulama ağırlıklı derslere ve etkinliklere yer verilmesi,
- Verilen sağlık eğitiminin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması,
- Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel, ailesel ve çevresel olumsuzlukların belirlenmesi ve bu olumsuzlukların en aza indirilmesi için gerekli girişimlerin yapılması,

- Gençlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri ve kazanmaları konusunda desteklenmesi önerilebilir.

## 9. EKLER

### EK - 1

#### VERİ TOPLAMA FORMU

Bu anket sağlık durumunuz ve yaşamınız ile ilgili davranış ve dűřüncelerinizi belirlemek için hazırlanmıştır. Yařam biçiminizi belirleyen sorular vardır. Vereceđiniz bilgiler doğrultusunda hazırlanacak sağlık programları, daha sağlıklı bir yaşam sürmenize olanak sağlayacaktır. İsim yazmanız gerekmemektedir. Verilen tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Bu nedenle lütfen size en uygun cevapları form üzerinde işaretleyiniz.

İlginiz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

**Merve KOCAAKMAN**  
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hemşireliği Yüksek lisans Programı

Aşağıdaki sorulara uygun cevaplarını yanlarındaki parentezlere işaretleyiniz, yazmanız gerekenleri yazınız.

#### SORULAR

- 1) Yaşınız (yazınız):.....
- 2) Cinsiyetiniz: 1.Kadın ( ), 2. Erkek ( )
- 3) Okuduğunuz fakülte / yüksekokul (yazınız): .....
- 4) Hangi sınıftasınız (yazınız): .....
- 5) Medeni durumunuz (yazınız): .....
- 6) Doğum yeriniz (il, ilçe ve köy olarak yazınız) : .....
- 7) Yaşantınızın büyük çoğunluğunu (2/3'lük kısmını) nerede geçirdiniz?  
1. Köy ( ), 2. İlçe ( ), 3. şehir ( ), 4.Büyükşehir ( ), 5. Yurtdışı ( )
- 8) Ailenizin tipi  
1. Çekirdek aile (anne-baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşur) ( )  
2. Geleneksel aile (aile büyükleriyle beraber oturlan geniş aile) ( )  
3. Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi) ( )
- 9) Anne ve babanızın eğitim durumları  
Anne (yazınız) : .....  
Baba (yazınız) : .....

- 10) Anne ve babanızın yaptığı iş  
Anne (yazınız) : .....  
Baba (yazınız) : .....
- 11) Aldığınız harçlık (haftalık) miktarı nedir?  
1. 30 TL'den az ( )                      4. 71-90 TL ( )  
2. 30-50 TL ( )                              5. 91-110 TL ( )  
3. 51-70 TL ( )                              6. 111 TL ve üstü ( )
- 12) Okul dışında bir işte çalışıyor musunuz?  
1. Evet ( )                      2. Hayır ( )
- 13) Sağlık sorununuz olduğu zaman kullandığınız merkezler(yazınız) : .....
- 14) Sağlık sorunlarınızı gidermede kullandığınız merkezler sizce yeterli mi?  
1. Evet ( )                      2. Hayır ( )
- 15) Ailenizle olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız?  
1. Çok iyi ( )                      2. İyi ( )                      3. Kötü ( )                      4. Çok kötü ( )
- 16) Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız?  
1. Çok iyi ( )                      2. İyi ( )                      3. Kötü ( )                      4. Çok kötü ( )
- 17) Aileniz ve akrabalarınızla ne kadar sıklıkla birlikte oluyorsunuz?  
1. Haftada bir kez ( )                      3. Büyük tatillerde ( )  
2. Ayda bir kez ( )                              4. Diğer (yazınız) : .....
- 18) Kronik bir hastalığınız var mı?  
1. Yok ( )                      2. Var ( )
- 19) Son 6 ayda ciddi bir hastalık geçirdiniz mi?  
1. Hayır ( )                      2. Evet (yazınız): .....
- 20) Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?  
1. Çok iyi ( )                      2. İyi ( )                      3. Kötü ( )                      4. Çok kötü ( )
- 21) Boyunuz: .....cm
- 22) Kilonuz: .....kg

**EK - 2****SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki 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.

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Düzenli Olarak</b>
1. Sabahları kahvaltı ederim.	( )	( )	( )	( )
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	( )	( )	( )	( )
3. Kendimi beğenirim.	( )	( )	( )	( )
4. Haftada en az üç kez beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim.	( )	( )	( )	( )
6. Her gün 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 sebeplerinin bilirim.	( )	( )	( )	( )
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.	( )	( )	( )	( )
13. Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.	( )	( )	( )	( )
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	( )	( )	( )	( )
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	( )	( )	( )	( )
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	( )	( )	( )	( )

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Düzenli Olarak</b>
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. Her gün, rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk zaman ayırırım.	( )	( )	( )	( )
28. Sağlığım ile 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.	( )	( )	( )	( )

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Düzenli Olarak</b>
35. Her gün dört besin grubu (protein, karbohidrat, 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 kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	( )	( )	( )	( )
40. Yataırken 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 yaklaşıırım.	( )	( )	( )	( )
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	( )	( )	( )	( )
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	( )	( )	( )	( )
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	( )	( )	( )	( )
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	( )	( )	( )	( )

## 10. KAYNAKLAR

1. Kong R.: Building Community Capacity for Health Promotion: A Challenge for Public Health Nurses, *Public Health Nursing*, 12(5):312-318, 1995.
2. Lundy KS, Sharny J.: Clients in Home Health, Hospice and Long-Term Care Settings: Community Health Nursing Caring for the Public's Health, Jones and Barlett Publishers, Boston Toronto London Singapore, 2001.
3. Sisk RJ.: Caregiver Burden and Health Promotion, *International Journal of Nursing Studies*, 37:37-43, 2000.
4. Spradley WB.: Health Promotion and Wellness, *Community Health Nursing Concept and Practice*, Lippincott, 2001.
5. Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2):26-34.
6. Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Yardım N., Özbay H., Çaylan A., Ünüvar N., Aydın S. (Eds): Türkiye'de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2007, s:227-229.
7. Öz F.: Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., Ankara 2004, s.11-33.
8. Sertçelik E.: Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Tuncel).
9. Ünalın D., Şenol V., Öztürk A., Erkorkmaz Ü.: Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-



bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2):101-109, 2007.

**10.** Yılmaz Ç., Değirmenci C. (Eds): Sağlıklı Beslenme Kitabı, Elit Ofset Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., İstanbul 2002, s.8-11.

**11.** Ay F., Ertem Ü., Özcan N., Ören B., Sarvan S. (Eds): Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul 2008, s.5-47.

**12.** Kaymaz A.: Halk Sağlığı Ders Notları-1, Tayf Ofset, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2001, s.1-11.

**13.** Ögel K., Taner S., Yılmazçetin C.: Ergenlerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Kılavuzu, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul 2003.

**14.** Richmond J.B.: Health for life. 508-509, 1994.

**15.** Sefit Ü.: Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Bilgilerinin Saptanması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996 (Danışman: Doç. Dr. K. Babadağ).

**16.** Aksoy G.: Birincil ve İkincil Korumada Hemşirenin Rolü. Klinik Onkoloji Kitabı, Editörler: Topuz E., Aydınar A., Nafiz A. Tunç Matbaa, İstanbul, 2000, s.340-345.

**17.** Tuğut N., Bekar M.: Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Erzincan, 11 (3):17-26, 2008.

**18.** Aksayan S., Gözüm S.: Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1) :35-41, 1998.

19. Arıkan Z.: Alkol bağımlılığında biyolojik görüşler. 3P dergisi, poster no: 4, 1996.
20. Pross E. International nursing students: A phenomenological perspective. Nurse education today. 23(6):396-403, 2003.
21. Altun I.: Effect of a health promotion course on health promoting behaviours of university students. East Mediterr Health Journal. 14(4):880-7, 2008.
22. Boskin W. (Ed): Readings in International Health, San Diego, 1995, p:9-11.
23. Çimen S.: 15-18 Yaş Grubu Gençlerde “Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin” Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., Doktora Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Prof. Dr. S. Savaşer).
24. Gültekin K., İrgil E.: Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sosyal aktiviteleri ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1-2-3):33-37, 2001.
25. Batı H., Tezer E., Duman E., Önen E., Yılmaz C., Fadiloğlu Ç., Esen A.: Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Değerlendirmesi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği 8. Halk Sağlığı Günleri, Poster Sunumu Kongre Kitabı, Sivas, s.227-228, 2003.
26. Kaya F., Ünüvar R., Bıçak A., Yorgancı E., Çınar B., Öz F., Kankaya F.: Öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(1):59-64, 2008.
27. Ögel K., Çorapçioğlu A., Sır A., Tamara M., Tot Ş., Doğan O., Uğuz Ş., Yenilmez Ç., Bilici M., Liman O.: Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(2):112-118, 2004.

- 28.** Burgess Dowdell E.: Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 29(3):157-71, 2006.
- 29.** Seçinti G.: *Toplum Tanıma ve İletişim Ders Kitabı*, Samgür Yayıncılık ve Eğitim Hizmetleri Ticaret Ltd.Şti., Ankara 1994, s.1-15.
- 30.** Yıldız A., Özdemir S., Cengizhan G., Şermet Ş., Bingöl E., Delen S.: Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, İstanbul, P-008., 2007.
- 31.** Glass JC, Atkinson S.: Continuing education needs of nurses employed in nursing facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 30(5):219-223, 1999.
- 32.** Wojtal M, Kurpas D, Bielska D, Steciwko A.: The nursing students of Public Higher Medical Professional School in Opole spreading non-smoking lifestyle. *Przegląd Lekarski*. 65(10):588-90, 2008.
- 33.** Al-Kandari F, Vidal VL, Thomas D.: Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences*. 10(1):43-50, 2008.
- 34.** Esin MN, Bulduk S.: Healthy behaviours and educational needs among Turkish women: A school-based study. *Collegium Antropologicum*. 32(4):1043-51, 2008.
- 35.** İnanç N., Coşkun A., Okumuş H., Taşkın L., Ekizler H., Karanisoğlu H., Kömürcü N., Pasinlioğlu T., Yılmaz D.: *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 2. Baskı, Birmat Matbaacılık San.Tic.Ltd.Şti., İstanbul 200, s.23-69.
- 36.** Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (Eds): *Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı*, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic.Ltd.Şti., Ankara 2008, s.9-90.

- 37.** Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak K., Atabek T.: Hemşirelik Esasları, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir 1996, s.92-122.
- 38.** Miller NS., Fine J.: Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders, psychiatric clinic of North America, 1993.
- 39.** Anderson K.: Young people and alcohol, drugs and tobacco. WHO Regional Publications European Series, Abst.:66, 1995.
- 40.** Bilir N., Doğan BG., Yıldız N.: Smoking behavior and attitudes. Hacettepe Public Helath Foundation and International Development Research Center, Ankara, 1997.
- 41.** Powers CA, Thomson CC, Feuerstein I, Cross M, Powers EM, Prout M, Geller AC.: Smoking Sleuths: A pilot tobacco prevention elective for medical school students. Journal of Cancer Education. 23(2):122-5, 2008.
- 42.** Yang RJ, Wang EK, Hsieh YS, Chen MY.: Irregular breakfast eating and health status among adolescents in Taiwan. BMC Public Health. 7:6:295, 2006.
- 43.** Başaran S., Güzel R., Sarpel T.: Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, 20(1):55-63, 2005.
- 44.** Ögüş C., Özdemir T., Kara A., Şenol Y., Çilli A.: Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi dönem I ve VI öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları-orijinal araştırma. Akciğer Arşivi Dergisi, 5(3):139-142, 2004.
- 45.** Krug EG. (Ed): World Report on Violence and Helath, World Health Organization, Geneva 2002.

46. Aydemir Ö.: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü:kısa form-36 (SF-36). 3P Dergisi, 7:14-22, 1999.
47. Björck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C.: Low back pain lifestyle factors and physical activity: Apopulation based-study. Journal of Rehabilitation Medicine. 40(10):864-9, 2008.
48. Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R., Karakurt P.: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal durumlarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Erzincan, 11 (2): 1-5, 2008.
49. Crogan NL, Shultz JA, Massey L.: Nutrition knowledge of nurses in long-term care facilities. The Journal of Continuing Education in Nursing. 32(4):171-175, 2001.
50. Gökçay G., Garipağaoğlu M.: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Beslenme, Saga Yayınları, İstanbul 2002.
51. Özcebe H., Ulukol B., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Karaman F. (Eds): Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic.Ltd.Şti., Ankara 2009, s.9-90.
52. Diarmid S.: Continuing nursing education: What resources do bedside nurses use. The Journal of Continuing Education in Nursing. 29(6):267-270, 1998.
53. Shin YH, Ahn SH, Ahn JR, Yang GW, Oh SK.: Development of a mentoring program to improve exercise and dietary habits of adolescents. Taehan Kanho Hakhoe Chinese. 37(5):703-14, 2007.
54. Kasapoğlu A.: Sağlık Sosyolojisi Türkiye'den Araştırmalar, Sosyoloji DerneğiVI, Ankara 1999, s.1-14.

- 55.** Sheaffer CM, Philips CY, Donlevy JA, Pietruch BL.: Continuing education as a facilitator of change: Implementing a new nursing delivery model. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 29 (1):35-39, 1998.
- 56.** Baydur H., Taşpınar A., Bolsoy N., Özbaşaran F.: Kamu Sektörü Çalışanlarında Sağlığı Geliştirici Davranışlar ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Poster Bildiri*, İzmir, 2004.
- 57.** Chen MY, Liou YM, Wu JY.: The relationship between TV/computer time and adolescents' health-promoting behavior: A secondary data analysis. *The Journal of Nursing Research*. 16(1):75-85, 2008.
- 58.** Babadağ K.: Hemşirelik Yüksekokulu Lisans Programı Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinin Kişisel Sağlıkları ile İlgili Uygulamalarının Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B.D., Doktora Tezi, İstanbul, 1984 (Danışman: Prof. Dr. Ö. Güray).
- 59.** Baker C.M, Carley C.A.: Directors of continuing nursing education: A national survey of educational needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 26(5):196-201, 1995.
- 60.** Kodama K.: Continuing Education in Nursing in Japan. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 25(2):53-58, 1994.
- 61.** Ardiç A.: Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008 (Danışman:Yard.Doç.Dr.M.N. Esin).
- 62.** Duffy M., Hernandez M., Rossow R.: Corralates of health promotion activites employed mexican american women. *Nursing Research* 45(1):18-24, 1996.

- 63.** Yıldırım N.: Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005.
- 64.** Zaybak A., Fadıloğlu Ç.: Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1):77-95, 2004.
- 65.** Arslantaş D., Metintaş S., Ünsal A., Kalyoncu C.: Eskişehir mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 28(2):81-89, 2006.
- 66.** Fidaner C.: Sağlıklı Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Kitabı, İzmir, s.14-35, 2004.
- 67.** Kalem E.: Life Style Index (Yaşam Biçimi Ölçeği) Ego Savunma Mekanizmaları Testinin Türkçe Formu Dil Eşdeğerliliği Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. İ.Ü. Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Yrd. Doç. Dr.H. Ergenç).
- 68.** Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N., Memiş A.: Kısa Form-36 (KF-36)'NİN Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri, İzmir, 1998.
- 69.** Kaya M.: Ankara'da 112 Acil Yardım Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003 (Danışman: Doç. Dr. B. Piyal).
- 70.** Bahar Z.: Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. Verilerin Çözümlemesinde İstatiksel Yöntemler. Odak Ofset, İstanbul 2007, s. 189-250.
- 71.** Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A.: Health promotion in nursing practice, Fourth Edition, New Jersey, 13-209, 2002.

72. Baysal A.: Gençliğin beslenme sorunları. Aile ve Toplum Dergisi, 3(1), 1993.



## 11. ÖZGEÇMİŞ

Merve Kocaakman 05 Mayıs 1985 tarihinde İstanbul'da doğdu. 2003 yılında İstanbul Çemberlitaş Kız Lisesi'nden mezun olduktan sonra, aynı yıl kazandığı Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu lisans programını 2007 yılında ikincilikle tamamladı ve aynı yıl Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Ağustos- Ekim 2007 tarihleri arasında V.K.V Amerikan Hastanesi'nde cerrahi hemşiresi olarak çalıştı. Ekim 2007 tarihinde İstanbul İl Özel İdaresi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı -Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Projeler Birimi proje oluşturma ekibinde uzman hemşire olarak çalışmaya başladı ve halen iş hayatına burada devam etmektedir.

12. ETİK KURUL ONAYI

EK-3



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Bakırköy Sağlık Yüksekokulu  
Müdürlüğü



Sayı : B.30.2.İST.0.Y2.71.00  
Konu:

38

Tarih: 09-01-09

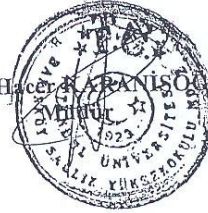
T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜNE,

İLGİ: 07.10.2008 tarih ve 113 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KOCAAKMAN 'nın Prof.Dr. Güler AKSOY danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı " İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu araştırmasını Yüksekokulumuzda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Hacer KARANİŞOĞLU





EK-4



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Hemşirelik Yüksekokulu

Sayı: B.30,2.MAR.Y3.02.00/1602-160  
Konu:

İstanbul, 05.03.2009

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 16.02.2009 tarih ve 21 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrenciniz Merve KOCAAKMAN'ın "İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" konulu araştırma anketlerini yüksekokulumuz 4. sınıf öğrencilerine uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR  
Müdür Vekili



EK-4



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sayı : B.30.2.MAR.0.28.00/463  
Konu : Merve KOCAAKMAN Hk.

İstanbul, 4.../2009

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü)

İlgi: 07.02.2009 tarih ve 113 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve KOCAAKMAN 'nın Prof. Dr. Güler AKSOY danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları " konulu araştırmasının anketlerini hemşirelik bölümü 1.Sınıf öğrencilerimize uygulaması dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Deniz SELİMEN  
Dekan

EK-5



**KOÇ**  
**UNIVERSITY**

School of Nursing

Ötzebahçe Sokak No:20  
34366 - Nişantaşı - İstanbul-Türkiye  
Telephone : (90-212) 311 26 00  
Fax : (90-212) 311 26 02

06 Mart 2009

**Konu: İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - Etik Kurul Başvurusu:**

**Protokol no: 803**

Sayın Merve Kocaakman

Üniversitemiz Sağlık Yüksek Okulu Etik Kurulu'na 13 Ocak 2009 tarihinde yaptığımız başvuruyla " İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu 1. ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" başlıklı (tez) çalışması için öğrencilerimizden soru formu ile veri toplama isteğiniz, gönderdiğiniz protokol kapsamında onaylanmıştır. Araştırmanızın sonuç raporu veya tez çalışmaları için tezin bir kopyasının başvurunuzla ilgili bütün yazışmalarla birlikte arşivlenmek üzere okulumuza yollamanızı önemle rica ederiz. Araştırma sonuçlarının kurum adı ve olgu isimleri saklı tutularak yayınlanması konusunda tekrar dikkatinizi çekmek isteriz.

Bilgilerinizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

ZDörtbudak

KU.HYO Etik Komite Başkanı





