



Araştırma Makalesi
Research Article

Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi
Yıl: 2022 Cilt-Sayı: 15(1) ss: 116-128

Academic Review of Economics and Administrative Sciences
Year: 2022 Vol-Issue: 15(1) pp: 116-128

<http://dergipark.org/tr/pub/ohuibf/>

ISSN: 2564-6931

DOI: 10.25287/ohuibf.981575

Geliş Tarihi / Received: 11.08.2021

Kabul Tarihi / Accepted: 14.11.2021

Yayın Tarihi / Published: 25.01.2022

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ VE KORUYUCU DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ: KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ*

Yunus KULOĞLU ¹

Cem YALÇI ²

Mustafa HELVACI ³

Öz

Sağlık ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Sağlığın geliştirilmesine ve korunmasına yönelik davranışların artırılması sağlıklı ve yaşam kalitesi yüksek bireylerden oluşan bir topluma evrilişin göstergesidir. Bu çalışmada gelecekte sağlık alanında çalışacak sağlık hizmetleri MYO öğrencilerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışları, sosyo-demografik özellikleri ve riskli sağlık davranışları açısından incelenmiştir. Katılımcıların SGKD ölçeği puanı $80,03 \pm 12,67$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların SGKD Ölçeği puan ortalamaları yaş, beden kitle indeksi, okudukları bölüm, kronik rahatsızlık durumu ve alkol kullanma durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Katılımcıların SGKD ölçeği ortalama puanlarının cinsiyet ve tütün ve tütün mamulleri kullanım durumları değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sağlık Davranışları, Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlığın korunması, Üniversite Gençliği.

Jel Sınıflandırması : I12, I31.

* İlgili çalışmada 11.02.2020 tarih ve 32097928-044-E.3060 sayılı Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

¹ Dr., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, yunus_kuloglu@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-3701-337X.

² Öğr. Gör., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, cem.yalci@klu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8807-2647.

³ Öğr. Gör., Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, mustafahelvaci@klu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0526-6847.

Atıf/Citation (APA6):

Kuloğlu, Y., Yalçı, C., & Helvacı, M. (2022). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının incelenmesi: Kırklareli Üniversitesi örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 116-128. <http://doi.org/10.25287/ohuibf.981575>.

AN INVESTIGATION OF HEALTH PROMOTION AND PROTECTIVE BEHAVIORS OF HEALTH SERVICES VOCATIONAL SCHOOL STUDENTS: THE CASE OF KIRKLARELI UNIVERSITY

Abstract

Health is a state of complete mental, physical and social well-being. Increasing the behaviors towards the development and protection of health is an indicator of the evolution to a society consisting of healthy and high quality of life individuals. In this study, health-promoting and protective behaviors of students studying at health services vocational college who will work in the field of health in the future were examined according to their socio-demographic characteristics and risky health behaviors. The SGKD scale score of the participants was determined as 80.03±12.67. The SGKD Scale mean scores of the participants did not show a significant difference according to the variables of age, body mass index, department they studied, chronic illness and alcohol use. It was determined that the participants' SGKD scale average scores showed a significant difference according to the variables of gender and tobacco and tobacco products use.

Key Words : Health Behaviors, Health Promotion, Health Protection, University Youth.

Jel Classification : I12, I31.

GİRİŞ

Sağlığı geliştirici davranışlar; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili farkındalık yaratmak adına mevcut tutum ve davranışlarını iyileştirici tercihlerde bulunarak sağlığını daha iyiye götürme sürecidir (Kumar & Preetha 2012: 2; WHO, 2002: 7-8). Bu süreçte sağlıklı bir yaşam tarzı bireyin sağlığını geliştirmek için yakaladığı fırsatlardan optimal seviyede yararlanmasında kilit bir rol oynar. (Korkut Owen & Demirbaş Çelik, 2018: 441-42; Priyanka & Mishra, 2010: 176). Sağlığı geliştirme anlayışı eski yaklaşımlarda, genellikle sağlık eğitimi ile eşdeğer, insanların kendi sağlıklarını iyileştirmek için harekete geçmelerini sağlayacak bilgi olarak görülmüştür. Ancak son gelişmeler, yalnızca sağlıkla ilgili bilgi vermeyi değil bireyi güçlü kılan toplumsal yapıların inşa edilerek insanların sosyal yaşam koşullarını değiştirmeye yönelik eylemleri içeren yeni bir "sağlığı geliştirme" kavramını ortaya çıkarmıştır (Beattie, 2001: 182). Özellikle gençlerin adölesan dönemi itibarıyla başlayan kendi seçimlerini yapma süreci, bir hayat tarzı oluşturma çabası riskli sağlık davranışlarını beraberinde getirebilmektedir (El Ansari ve ark., 2011:197; National Academies of Sciences, 2019: 55). Gençlerin bu riskli sağlık davranışlarından uzak tutulması ve sağlığını geliştirecek davranışlara yönlendirilmesi ailenin, toplumun, sivil toplum kuruluşlarının ve sosyal devletin bir görevidir (Bekker ve ark., 2017: 172; Marlene ve ark., 2012: 316; Sherman ve ark., 2016: 1-2). Bu bakış açısı sağlığı geliştirme sürecinin ilk adımının mevcut sağlığın korunması olduğu gerçeğini ortaya çıkarmıştır (Ministry of Health, 2016: 22-26; Turgul ve ark., 2002: 92).

Sağlığın korunması; kişinin sağlığına yönelik önlemler alınması ve sağlığını tehdit eden engellerin ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir (Bostan, Örsal, Karadağ, 2016: 103). Artan kronik rahatsızlık oranları ve bunun sağlık sistemine yüklediği maliyetler, ülke yönetimlerini uyuşturucu madde, sigara ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve egzersiz yapmama gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışlara karşı daha fazla önlem almaya yönlendirdi (Baum & Fisher, 2014: 213; Conner & Norman, 2012: 896; Ortabag ve ark., 2011: 304). Bireye kazandırılacak sağlıklı yaşam tarzı, toplumun yaşam kalitesini artırmakla birlikte sürdürülebilir bir sağlık bilincinin ortaya çıkmasına katkı sağlar (Aksoy & Uçar, 2014: 54-55). Bu sağlık

bilincinin oluşmasında hastalıkların tedavisinde olduğu gibi sağlığın korunması ve riskli sağlık davranışlarından uzak durulması konusunda da sağlık profesyonellerinin kuşkusuz büyük bir payı vardır (Araz ve ark., 2007: 112). Bu bilgiler ışığında bu araştırma genç sağlıkçı adaylarının sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının sosyo-demografik ve riskli sağlık davranışları açısından incelemeyi ve nitelikli sağlık profesyonellerin yetişmesine katkı sağlamayı amaçlar.

I. TEORİK VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bilimsel bir makale için mevcut teori sorgulanmalı, netleştirilmeli ya da geliştirilmelidir. Daha sonra mevcut teorilerin sentezlenmesi ve entegre edilmesiyle yeni bir teori oluşturulmalıdır (Keskin ve ark., 2016: 59; Mack, 2018: 3). Bilimsel bir araştırma modelinde yer alan değişkenler arasında istatistiksel bir ilişkinin bulunması onların mutlak nedensel bir ilişkiye sahip oldukları anlamına gelmez. Nedenselliğin mantıksal veya kuramsal bir dayanağı olmalıdır. (Gürbüz, 2019: 29). Bu sebeple öncelikle sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarla ilgili ortaya konulmuş teorik çalışmalar ve araştırma modelleri incelenmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi kavramının kökeni ve gelişimi karmaşıktır. Genel kanı, bir halk sağlığı bileşeni olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili ilk adımın 1986 yılında Ottawa’da Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ortaya atıldığı yönündedir. Bununla birlikte daha öncesinde 1978 yılında Alma-Ata konferansında birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine vurgu yapılmış, DSÖ’nün “2000 yılına kadar herkes için sağlık” stratejisinin temelleri atılmıştır. Ayrıca, sağlıkta iyileşmelerin, yalnızca daha fazla sağlık hizmeti geliştirerek veya halk sağlığı çözümleri ortaya koyarak gerçekleşmeyeceğinin ve sağlıklı olma bilincinin sağlık hizmetleri sağlayıcılarından birey ve topluma doğru yön değiştirmesinin farkına varılmıştır (Madi & Hussain, 2008: 15). Özellikle 2000’li yıllardan itibaren sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesine yönelik yaşam boyu sağlık yaklaşımı, sağlığı korumayı ve geliştirmeyi bir bütüncül yaklaşım olarak ele almıştır. Sağlıklı beslenme, zararlı alışkanlıklardan uzak durma, fiziksel aktivite gibi faaliyetler, stresi azaltmanın yanı sıra tüm yaş grupları için yaşam kalitesini ve süresini artırdığı anlaşılmıştır (Bozhüyük, ve ark., 2012: 13; UNECE, 2010: 2).

Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışların tek bir model ve teoriyle açıklanması zordur (Bostan ve ark., 2016: 103; Redding ve ark., 2000: 180). Bunun sebebi sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların sadece tıbbi bakım ve tedavi hizmetleriyle açıklanamaması aile yapısı, sosyal çevre, kültür, inanç, ekonomik ve politik unsurların da sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların üzerinde etkili olmasıdır (Raingruber, 2014: 53-54). Literatürde yer alan sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları açıklamaya çalışan bazı teoriler şöyledir:

Sağlık İnanç Modeli: Model ilk olarak 1950 ile 1960 yılları arasında halk sağlığı hizmetlerinde karşılaşılan hastalıklara karşı koruyucu önlemler almak için uygulamalı olarak ortaya çıkmış daha sonra Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Erkin & Özsoy, 2012: 32; Rosenstock, 1974: 328). Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireyi riskli sağlık davranışlarından uzak tutarak bireyin sağlığına olumlu yönde katkı sağlayacak davranışların kazanılmasını, uygulanmasını, geliştirilmesini ve devamlılığını sağlamayı amaçlar (Rosenstock ve ark., 1988: 177; Vazini & Barati, 2014: 107).

SİM ilk geliştirildiğinde bir sağlık davranışının benimsenme olasılığının dört unsura bağlı olduğu ortaya koymuştur. Bunlar; hastalığa karşı *duyarlılık algısı*, sağlık problemlerine karşı *ciddiyet algısı*, sağlık davranışının *yarar algısı* ve sağlıklı davranışın önündeki *engel algısıdır*. Daha sonra modele bireyi motive eden *eyleme geçirciler* ve bireyin kendine olan inancını gösteren *öz etkililik* dâhil edilmiştir (Çenesiz & Atak, 2007: 428; Gözüm & Çapık, 2014: 221; Janz & Becker, 1984: 2; Yılmaz Tuncay ve ark., 2019: 39).

Sağlığı Geliştirme Modeli: Model 1982 yılında Nola J. Pender tarafından geliştirilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) sağlığın geliştirilmesi sürecinin birey ve toplumun kendini gerçekleştirme ve

refah düzeyini artırması için tasarlanmış faaliyetlerden oluştuğunu ifade etmiştir. Pender'in (1982) modeli bir karar verme aşaması ve bir eylem aşamasından oluşmaktadır. Bireysel özellikler, deneyim ve bireyin davranışını etkileyen modifiye edici faktörler (Demografik, Biyolojik Psikolojik Özellikler, Kişilerarası Etkileşim, Durumsal Faktörler, Davranışsal Faktörler) karar verme aşamasında etkilidir (Raingruber, 2014: 77). Model iki temel teori dayanmaktadır. Bunlar; Beklenti Değer Teorisi ve Sosyal Bilişsel Teoridir (Çalık & Kapucu, 2017: 66). SİM bir hastalıktan kaçınmaya odaklanırken, SGM daha iyi sağlık düzeyine ulaşmak için alınacak önlemlere ve bireyin kendi yaşam tarzı hakkındaki görüşlerine odaklanır. SİM hastalığı önleme; SGM ise sağlığı geliştirmeyi ve daha iyiye götürmeyi amaçlar. Pender'e göre sağlığı geliştirme bireyin yaşam kalitesini artırmasında ve daha mutlu bir birey olmasında bir araç görevi görür (Bahar & Açıl, 2014: 59-60).

Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli: Model Cox (1982) tarafından geliştirilmiştir. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) bireyin sağlığı ile ilgili aldığı kararlarda tam yetkili olmasını ve sağlık davranışlarında da mümkün olduğunca fazla kontrole sahip olabilmesinin gerekliliğini savunur (Pender ve ark., 2006: 44). SDEM sağlıklı geliştirecek davranışların sağlık profesyonellerinin değil bireyin kendi sorumluluğu olduğunu ve sağlığın geliştirecek davranışların birey tarafından içselleştirilmesi gerektiği üzerinde durur (Cox, 1982: 47; Öztürk Haney & Erdoğan, 2013: 219).

Transteorik Model: Prochaska ve ark., (2006) tarafından geliştirilen davranış değişikliğinin altındaki nedenleri analiz etmeyi amaçlayan modele transteorik model (TTM) denir. Bu terim, modelin sağlık davranışındaki değişim sürecini tanımlamak için bir dizi psikolojik, psikoterapik ve sosyolojik teorilerden yararlanmasından gelir (Batten, 1999: 68). TTM riskli sağlık davranışlarının değişim aşamalarını motivasyon, sosyal öğrenme ve tekrarlama teorileri ile açıklamaya çalışır (Prochaska ve ark., 1992: 827). TTM sağlığı olumsuz yönde etkileyen davranışların terapik yöntemlere bağlı olarak aşamalı olarak değiştirilebileceğini ve bu değişim sırasında bireyin yeni bir sağlık davranışını benimsemesinde etkili olan birçok tekniğin olduğunu ileri sürer. Bu teknikler bireyin riskli sağlık davranışından vazgeçmesinde ve olumlu sağlık davranışı kazanmasında etkin bir rol oynar (Burkholder & Nigg, 2002: 61; Prochaska ve ark., 2009: 59).

Sağlığın geliştirilmesi ile sağlığın korunması arasındaki temel fark, bireye ve topluma belirli bir davranış karşısında sundukları temel motivasyonda yatmaktadır. Sağlığı geliştirici davranışlar bireyi daha iyiye teşvik eder ve bireyin sahip olduğu potansiyeli ortaya çıkarmayı amaçlar. Bu yüzden pozitif bir değer kümesi olarak görülür ve birey için çekicidir. Ancak sağlığın korunması, hastalıklardan ve riskli sağlık davranışlarından aktif olarak kaçınma, onu erken tespit etme veya hastalığın kısıtlamaları dâhilinde işlevini sürdürme arzusuna yöneliktir ve olumsuz bir değer taşır. Sağlığın korunması, çevreyi, davranışı ve bedensel savunmaları değiştirerek hastalık süreçlerini ortadan kaldırmak, yavaşlatmak veya değiştirmek için harekete geçme ve çözüm bulma süreçlerinin içerir (Gorin, 2006: 28; Madi & Hussain, 2008: 19-20). Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarla ilgili daha birçok teori ve model mevcuttur. Bu çalışmada kullanılan Bostan, Örsal ve Karadağ (2016) tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği (SGKDÖ) yukarıda açıklamış olduğumuz dört modele dayandırılmıştır (Bostan ve ark., 2016).

II. YÖNTEM

Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Üniversitede sağlık alanında okumakta olan meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının çeşitli değişkenler açısından incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Kırklareli Merkez ilçede Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda okumakta olan 354 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO'nun toplam öğrenci sayısı 1780'dir. %95 güven aralığında %5 hata oranıyla gereken örneklem sayısı 320'dir (Israel, 1992: 2-

4). Veri toplama süreci sonunda eksik kalmış veya aşırı uç değere sahip cevaplar istatistik sürecine dâhil edilmemiştir. Toplam 334 geçerli anketle araştırma tamamlanmıştır.

II. I. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Küresel salgın Covid-19 sebebiyle Kırklareli Üniversitesi'nde 2020-2021 Eğitim-Öğretimin Güz Döneminin uzaktan (Online) eğitim olarak gerçekleşmiştir. Bu sebeple anketler dijital platformlara aktarılmıştır. Öğrencilere Kasım-Aralık 2020 tarihleri arasında mail adreslerinden, sosyal ağ platformlarından ve diğer interaktif uygulamalar üzerinden ulaşılmıştır. Ankete başlamadan önce gönüllü onam formu onayı alınmıştır. Daha sonra sosyo-demografik bilgileri içeren form ve sağlığı geliştirici ve koruyucu anket soruları katılımcılara sorulmuştur.

Sağlığın Geliştirilmesi ve Korunması Ölçeği: Bostan ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ölçek, 24 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel (on madde), psikososyal (altı madde) ve korunma (sekiz faktör) boyutlarıdır. Ölçekte 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14 ve 23. maddeler olumsuz maddeler olduğu için ters kodlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Ölçek 5'li likert tipindedir. Olumlu ifadeler her zaman (5), çoğunlukla (4), bazen (3), çok seyrek (2) ve asla (1) şeklinde, olumsuz ifadeler ise ters şekilde puanlanmıştır. Ölçek Sağlık Yüksekokulunda öğrenim görmekte olan 117 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda 0,61-0,76 arasında olup ölçeğin geneli için 0,83 olarak saptanmıştır. Ölçeğin madde-toplam korelasyonlarında elde edilen korelasyon katsayıları 0,25-0,56 arasındadır (Bostan, Örsal, ve Karadağ, 2016).

II. II. Araştırmanın Etiği

Sağlığın Geliştirilmesi ve Korunması Ölçeği için elektronik posta yolu ile izin alınmıştır. Çalışmayı yürütmek için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğünden resmi izin yazısı alınmıştır. Araştırma öncesinde bireylere araştırmanın amacı, önemi, verilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı, üçüncü şahıslar ile paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirme yapılmış ve gönüllü onam formu doldurtulmuştur.

III. BULGULAR

Araştırmaya toplam 334 kişi katılmıştır. Katılımcıların %33,5'i (n=112) erkek, %66,5'i (n=222) kadındır. Katılımcıların %6'sı (n=20) "17-18 yaş" aralığında, %58,7'si (n=196) "19-20 yaş" aralığında, %24'ü (n=80) "21-22 yaş" aralığında, %11,4'ü (n=38) "23 yaş ve üstü" aralığındadır. Katılımcıların %15,6'sı (n=52) "41-50 kilo" aralığında, %36,8'i (n=123) "51-60 kilo" aralığında, %24,9'u (n=83) "61-70 kilo aralığında, %10,5'i (n=35) "71-80 kilo" aralığında, %8,4'ü (n=28) "81-90 kilo" aralığında ve %3,9'u (n=13) "91 ve kilo üstü" aralığındadır. Katılımcıların %13,5'i (n=45) zayıf, %68,9'u (n=230) normal, %13,8'i (n=46) fazla kilolu ve %3,9'u (n=13) obezdir. Katılımcıların %11,1'i (n=37) çocuk gelişimi, 11,7'si (n=39) optisyenlik, %12,3'ü (n=41) sağlık kurumları işletmeciliği, %19,8'i (n=66) tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, %17,4'ü (n=58) tıbbi laboratuvar ve teknikleri, %15'i (n=50) tıbbi tanıtım ve pazarlama, %12,9'u (n=43) yaşlı bakımı bölümünde okumaktadır. Katılımcıların %12,6'sı (n=42) kronik rahatsızlığı sahipken, %87,4'ünün (n=292) herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmamaktadır. Katılımcıların %73,7'si (n=246) tütün ve tütün mamulleri kullanmamakta %15,6'sı (n=52) ortalama günde bir paket, %10,8'i (n=36) günde yarım paket veya daha az tütün ve tütün mamulleri kullanmaktadır. Katılımcıların

%74,3'ü alkol ve alkol ürünleri kullanmamakta, %2,4'ü (n=8) her gün kullanmakta, %9,3'ü (n=31) haftada 1-2 kere, %14,1'i (n=47) çok nadiren(özel günlerde) alkol ve alkol ürünleri kullanmaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Frekanslar

Demografik Değişkenler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	222	66,5
	Erkek	112	33,5
Yaş	17-18 yaş	20	6
	19-20 yaş	196	58,7
	21-22 yaş	80	24
	23 ve üstü yaş	38	11,4
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	45	13,5
	Normal kilolu	230	68,9
	Fazla kilolu	46	13,8
	Obez	13	3,9
Bölümünüz	Çocuk Gelişimi	37	11,1
	Optisyenlik	39	11,7
	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	41	12,3
	Tıbbi Dokümantasyon ve Sek.	66	19,8
	Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	58	17,4
	Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	50	15
	Yaşlı Bakımı	43	12,9
Kronik Rahatsızlığınız var mı?	Var	42	12,6
	Yok	292	87,4
Tütün ve tütün mamulleri kullanıyor musunuz?	Hayır Kullanmıyorum	246	73,7
	Evet Kullanıyorum	88	26,3
Ne kadar sıklıkla?	Ortalama Günde 1 Paket	52	15,6
	Günde Yarım Paket veya Daha az	36	10,8
Alkol ve alkol ürünleri kullanıyor musunuz?	Hayır Kullanmıyorum	248	74,3
	Evet Kullanıyorum	86	25,7
Ne kadar sıklıkla?	Her gün	8	2,4
	Haftada 1-2 kere	31	9,3
	Çok nadiren (Özel günlerde)	47	14,1

Katılımcıların SGK DÖ Puan ortalamaları $80,03 \pm 12,67$ olarak saptanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı ise 0,816'dır. SGK DÖ ait soruların çarpıklık ve basıklık değerleri +1,5 ile -1,5 aralığında olması sorulara ait verilerin normal dağılım gösterdiği varsayımını destekler (Tabachnick & Fidell, 2001: 75). Bu sonuçlar verilerin parametrik testler için uygun olduğunu göstermektedir. Katılımcıların ölçek puanları yaşlarına ($F=0,527/p=0,664$) ve beden kitle endekslerine ($F=0,289/p=0,834$) göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Kadınların ölçekten aldıkları puan erkeklere göre daha yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($t=2,021/p=0,040$). Katılımcıların ölçek puanları okudukları bölüme ($F=0,915/p=0,482$), kronik rahatsızlık durumlarına ($t= -0,626/ p=0,534$), alkol ve alkol ürünleri kullanma durumlarına ($t=-0,512/p=0,609$) göre de anlamlı farklılık göstermemiştir. Alkol ve alkol ürünleri kullananların ise ölçek puanları kullanma sıklıklarına göre de anlamlı farklılık göstermemiştir ($F=0,190/p=0,903$). Tütün ve tütün mamulleri kullanmayanların SGK DÖ ölçeğinden aldıkları puan tütün ve tütün mamulleri kullananlara göre daha yüksek ve istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($t= 2,473/0,014$). Tütün ve tütün mamulleri kullanma sıklıklarının arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($F=0,190/ p=0,903$).

Tablo 2: Katılımcıların Sosyo–Demografik Özelliklere ile Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	SGKD Ölçeği			Test Değeri/p
	N	%	$\bar{x} \pm Ss$	
Cinsiyet				
Kadın	222	66,5	81,02±12,91	t=2,021/0,040
Erkek	111	33,5	78,07±12,00	
Yaş				
17–18 yaş	20	6	83,45±12,73	F=0,527/0,664
19–20 yaş	196	58,7	79,88±12,17	
21–22 yaş	80	24	80,73±13,37	
23 ve üstü yaş	38	11,4	80,60±12,33	
Beden Kitle İndeksi				
Zayıf	45	13,5	81,15±13,56	F=0,289/0,834
Normal kilolu	230	68,9	80,00±12,21	
Fazla kilolu	46	13,8	80,95±11,94	
Obez	13	3,9	82,53±16,28	
Okuduğunuz Bölüm?				
Çocuk Gelişimi	37	11,1	82,10±15,24	F=0,915/0,482
Optisyenlik	39	11,7	79,61±13,09	
Sağlık Kurumları İşl.	41	12,3	82,04±11,71	
Tıbbi Dokümantasyon ve Sek.	66	19,8	77,90±12,79	
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	58	17,4	79,10±11,52	
Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	50	15	81,86±13,41	
Yaşlı Bakımı	43	12,9	79,11±11,16	
Kronik Rahatsızlığınız var mı?				
Evet	42	12,6	78,83±13,41	t= -0,626/0,534
Hayır	292	87,4	80,20±12,58	
Tütün ve tütün mamulleri kullanıyor musunuz?				
Hayır Kullanmıyorum	246	73,7	81,03±12,70	t= 2,473/0,014
Evet Kullanıyorum	88	26,3	77,23±12,23	
Ne kadar sıklıkla?				
Ortalama Günde 1 Paket	52	59,1	76,36±12,00	t= -0,803/0,424
Yarım Paket veya Daha Az	36	40,9	78,50±12,63	
Alkol ve alkol ürünleri kullanıyor musunuz?				
Hayır Kullanmıyorum	248	74,3	79,81±12,29	t= -0,512/0,609
Evet Kullanıyorum	86	25,7	80,67±13,78	
Ne kadar sıklıkla?				
Her gün	8	9,3	80,08±13,52	F=0,190/0,903
Haftada 1–2 kere	31	36,1	79,35±14,52	
Çok nadiren (Özel günlerde)	47	54,6	81,08±13,06	

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F= Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar sağlıklı birey ve toplumun oluşmasında büyük bir önem arz etmektedir. Sağlıklı bireylerden oluşmuş bir topluma sahip ülkeler sağlık harcamalarına daha az bütçe ayırmakta ve beşerî sermayeden optimum seviyede faydalanmaktadır. (İbrahimoğlu ve ark., 2019: 29). Sağlığı koruyan davranışlar bireyin mevcut sağlık durumunu korumak üzerine odaklı sabit davranışlar kümesidir. Sağlığı geliştiren davranışlar ise bireyin kendi sağlığını koruma üzerine odaklanmanın yanında bireyin ve çevresinin sağlık düzeyini en iyiye götüren dinamik davranışları da ortaya koymayı amaçlar (Esin, 2010: 35). Türkiye’de sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile ilgili araştırmalar genellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) veya riskli sağlık davranışları başlığı altında incelenmiştir. Bu sebeple bu araştırmada elde edilen sonuçlar bu çerçevede karşılaştırılıp incelenecektir.

Sağlık alanında okumakta olan öğrencilerde yapılan bu çalışmada SGKDÖ puan ortalaması $80,03 \pm 12,67$ olarak saptanmıştır. Değerli ve Yiğit (2020) tarafından Isparta il merkezindeki 18 yaş ve üzeri bireylerde gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dikkat ettiği ve olumlu sağlık davranışları sergiledikleri sonucuna varmıştır (Değerli & Yiğit, 2020: 573). Bir üniversitenin sağlık yüksekokulunda okumakta olan öğrencilerde yapılan araştırmada öğrencilerin SYBD puanları orta düzeyde bulunmuştur (Özbaşaran ve ark., 2004: 43). Üniversitede hemşirelik bölümünde okumakta olan öğrencilerin katıldığı başka bir araştırmada SYBD puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin SYBD puanlarının öğrencilerin yaşadığı aile ortamından, üniversitede okutulmakta olan ders müfredatında yeterince sağlığı geliştirme konularına yer verilmemesinden ve sosyal çevresinden edindiği alışkanlıklardan etkilendiği düşünülmektedir (Tambağ, 2011: 53).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ve riskli sağlık davranışları cinsiyete göre incelendiğinde; bir üniversitede sağlık hizmetleri MYO’da okumakta olan öğrenciler ile gerçekleştirilmiş araştırmada katılımcıların SYBD puanları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Şen ve ark., 2017: 6). Üniversite ve devlet hastanelerinde çalışmakta olan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada da katılımcıların SYBD puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Yalçınkaya ve ark., 2007: 417). Özbaşaran ve ark., yaptığı araştırmada ise kızların erkeklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı ortalamaları anlamlı seviyede daha yüksek çıkmıştır (2004: 53). Sağlık YO öğrenciler ile gerçekleştiren başka bir çalışmada öğrencilerin SYBD puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Oyur Çelik ve ark., 2009: 16).

Araştırma sonucuna göre katılımcıların BKİ değerleri zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Çetinkaya ve ark., tarafından devlet liselerinde okuyan öğrenciler ile gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların SYBD puan ortalamalarının beden algısı durumlarına (zayıf, normal, şişman) göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Beden algısı normal olanların SYBD toplam puan ortalamaları beden algısı zayıf ve şişman olan bireylerin SYBD ortalama puanlarına göre daha yüksektir (2017: 166). Türkiye’de sağlık personelleri ile gerçekleştirilen araştırmada BKİ değerleri zayıf, normal ve şişman olarak gruplanan katılımcıların SYBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Pasinlioğlu & Gözüm, 1998: 65). BKİ’nin yüksek olması obezite sorunlarını beraberinde getirmektedir. Riskli sağlık davranışları arasında yer alan sağlıksız beslenme ve yemek bozuklukları bireyleri sağlığı geliştirme ve koruma davranışlarından uzaklaştırmaktadır (Sutin & Terracciano, 2017: 1183).

Katılımcıların SGKDÖ puan ortalamaları kronik rahatsızlık durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Kolaç ve ark., tarafından fabrika çalışanları ile gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların SYBD puan ortalamaları kronik rahatsızlık durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (2018: 271). Kronik hastalık durumu bireylerin sağlığını korumasında ve geliştirmesinde büyük bir önem teşkil

eder. Kronik hastalıklar uzun süredir önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir. Küresel olarak, ölümlerin %70'inden fazlası, Amerika Birleşik Devletleri'nde %87'den fazlası kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Kronik hastalıklar, genel sağlık hizmetleri bütçelerini, çalışan verimliliğini ve ekonomileri doğrudan etkiler. Küresel olarak, bulaşıcı olmayan hastalıklar orta gelirli ülkelerdeki genel hastalık yükünün üçte ikisini oluşturmaktadır (Schmidt, 2019: 137).

Katılımcıların %26,3'ü tütün ve tütün mamulleri kullanmaktadır. SGKD ölçeği puan ortalamaları tütün ve tütün mamulleri kullanma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermiştir. Tütün ve tütün mamulleri kullanmayanların SGKD puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar Türkiye'de 15-25 yaş aralığında yapılmış diğer çalışmalarla aynı minvaldedir (Kuloğlu, 2015: 78; Ayaz ve ark., 2005: 8). Tütün ve tütün mamulleri kullanımı dünya genelinde mücadele edilen riskli sağlık davranışları arasında en önde gelenlerdendir (Şimşek, 2013: 343). Sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin önündeki en büyük engellerden biri olan tütün ve tütün mamulleri kullanımından kaynaklanan sağlık sorunları nedeniyle dünyada yılda 8 milyon insan ölmektedir (WHO, 2020). Türkiye'de 2010 yılında tütün ve tütün mamullerini her gün kullananların nüfusa oranı %25,4 iken bu oran 2019 yılında %28'e yükselmiştir. Aynı araştırma sonucuna göre 15-24 yaş aralığında tütün ve tütün mamullerini her gün kullananların 2010 yılında nüfusa oranı %16,4 iken, 2019 yılında bu oran %19,6'ya yükselmiştir. 15-24 yaş aralığında tütün ve tütün mamullerini ara sıra kullananların nüfusa oranı 2010 yılında %3,4 iken, 2019 yılında bu oran %3,2 olarak saptanmıştır (TUİK, 2020).

Araştırma sonucuna göre katılımcıların SGKD ölçeği puan ortalamaları alkol ve alkol ürünleri kullanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Katılımcıların Alkol kullanım oranı % 25,7 olarak tespit edilmiştir. Alkol kullananların %54,6'sı çok nadiren (özel günlerde) alkol kullanmaktadır. Türkiye'de 2010 yılında alkol ve alkol ürünlerini kullananların nüfusa oranı %25,1 iken bu oran 2019 yılında %25,6'ya yükselmiştir. Aynı araştırma sonucuna göre 15-24 yaş aralığında alkol ve alkol ürünleri kullananların nüfusa oranı 2010 yılında %16,1 iken, 2019 yılında bu oran %15,8'e düşmüştür. (TUİK, 2020). Sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların SYBD ölçeğinde aldıkları puan ortalamaları alkol kullanma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Yalçınkaya ve ark., 2007: 417).

Sonuç olarak gelecekte sağlık alanında çalışacak üniversite gençliğinin sağlığını geliştirici ve koruyucu davranışlara daha yatkın olması beklenmektedir. Almış oldukları sağlık eğitiminin farkındalık yaratması ön görülmektedir. Bu farkındalık sağlık okuryazarlığı seviyelerinde, sağlık algılarında ve riskli sağlık davranışlarına karşı bilinçli olmalarında onlara yardımcı olmaktadır. Dünyada ve ülkemizde gençlerin sağlığın önemini tam olarak kavrayabilmeleri için resmi kurum/kuruluşların ve sivil toplum örgütlerinin çeşitli kampanya ve iletişim kanallarıyla gençlere ulaşması onlara sağlığın anlam ve önemini tanıtmaları ve anlatmaları önemli bir görev ve sosyal sorumluluktur. Bununla birlikte bireyin sağlığı destekleyen fiziksel aktiviteler, sağlıklı spor, sağlıklı beslenme ve sağlıklı eğlence davranışları gibi faaliyetlerin bir arada bulunduğu bir sağlık kültürünün oluşturulması tüm ülkelerin yarınlarını garanti altına alması için ihtiyaç duyduğu bir anlayış olacaktır. Bu anlayış gençleri daha iyiye ve daha güzele daha sağlıklı ulaşmak için motive edecek dinamikleri içinde barındırmalıdır. Sağlıklı ve sıhhatli bir yaşamın meyvesini alan gençler zamanla sağlığını korumayı ve geliştirmeyi içselleştireceklerdir. Bu içselleştirme süreci sonunda öncelikle kendi sağlığına ve sonrasında da toplumun sağlığına saygı göstermeyi bir etik haline dönüştürmüş bireylerin sayısı artacaktır. Gelecekte bu bireylerin sayısı artması DSÖ'nün tanımladığı ulaşılması zor olan sağlık kavramına; fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tam iyilik haline birey ve toplumları daha da yaklaştıracaktır.

KAYNAKÇA

- Aksoy, T., & Uçar, H. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
- Araz, A., Harlak, H., & Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülten*, 6(2), 112-122.
- Ayaz, S., Tezcan, S., & Akıncı, F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Bahar, Z., & Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: Kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.
- Batten, L. (1999). The transtheoretical model: profiling smoking in pregnancy. E. R. Perkins, I. Simnett, & L. Wright içinde, *Evidence-based Health Promotion* (s. 78). Chichester: John Wiley & Sons.
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225.
- Beattie, A. (2001). Health promotion. C. Dowrick içinde, *Medicine in Society: Behavioural sciences for medical students* (s. 182-191). London: Arnold.
- Bekker, M., Helderma, J., Jansen, M., & Ruwaard, D. (2017). The conditions and contributions of 'whole of society' governance in the Dutch 'All about health...' programme. WHO, S. L. Greer, M. Wismar, G. Pastorino, & M. Kosinska (Dü) içinde, *Civil society and health contributions and potential*. United Kingdom.
- Bostan, N., Örsal, Ö., & Karadağ, E. (2016). Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin Geliştirilmesi: Metodolojik Çalışma. *Türkiye Klinikleri*, 8(2), 102-111.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 3(1), 13-21.
- Burkholder, G. J., & Nigg, C. R. (2002). Overview of the transtheoretical model. P. M. Burbank, & D. Riebe (Dü) içinde, *Promoting exercise and behavior change in older adults*. New York: Springer Publishing Company.
- Conner, M., & Norman, P. (2012). Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychology & Health*, 32(8), 895-906.
- Cox, C. L. (1982). An interaction model of client health behavior theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(1), 41-56.
- Çalık, A., & Kapucu, S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*(4)2, 62-75.
- Çenesiz, E., & Atak, N. (2007). Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 427-34.
- Çetinkaya, A., Tayhan, A., Özmen, D., Uyar, F., & Şahin Büyük, Ş. (2017). Beden kitle indeksleri ve beden algılarına göre adölesanların yaşam biçimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 160-69.
- Değerli, H., & Yiğit, A. (2020). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573-586.
- El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., . . . Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Cent Eur J Public Health*, 19(4), 197-204.
- Erkin, Ö., & Özsoy, S. (2012). Validity and reliability of health belief model applied to influenza. *Academic Research International*, 2(3), 31-40.
- Esin, M. N. (2010). *Sağlığı geliştirme*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi (Ders Notları).
- Fall, E., Izaute, M., & Chakroun-Baggioni, N. (2018). How can the health belief model and self determination theory predict both influenza vaccination and vaccination intention ? A longitudinal study among university students. *Psychology & Health*, 33(6), 746-64.

- Gorin, S. S. (2006). Models of health promotion. S. S. Gorin, & J. Arnold (Dü) içinde, *Health Promotion in Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Gözüm, S., & Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-37.
- Gürbüz, S. (2019). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S. (2019). *Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Health, S. R. (2016). *Plan for people's health protection, care and promotion 2016-2020*. Hanoi: Socialist Republic of Vietnam. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/viel79587.pdf>
- İbrahimioğlu, Ö., Saray Kılıç, H., & Mersin, S. (2019). Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Bilecik ili örneği. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 26-32.
- İsrael, G. D. (2012). Determining sample size. Florida cooperative extension service, *Institute of Food and Agricultural Sciences*, 2. 05 20, 2021 tarihinde <https://www.psychosphere.com/Determining%20sample%20size%20by%20Glen%20Israel.pdf> adresinden alındı
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Keskin, H., Akgün, A. E., & Koçoğlu, İ. (2016). *Örgüt teorisi*. Ankara: Nobel Kitap.
- Kolaç, N., Sezer Balcı, A., Şişman, F. N., Ataçer, E. B., & Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(2), 67-74.
- Korkut Owen, F., & Demirbaş Çelik, N. (2018). Lifelong healthy lifestyle and wellness. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 440-453.
- Kuloğlu, Y. (2015). *Genç kuşakta riskli sağlık davranışları (Kırklareli Üniversitesi öğrencileri örneği)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5-12.
- Mack, C. A. (2018). *How to write a good scientific paper*. Washington USA: Society of Photo-Optical Instrumentation Engineers Press.
- Madi, H. H., & Hussain, S. J. (2008). Health protection and promotion. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(Special), 15-22.
- Marlene, K. T., Allensworth, D. D., & Grizzel, J. (2012). S. Bakanlığı, C. I. Fertman, & D. D. Allensworth (Dü) içinde, *Sağlığı geliştirme programları teoriden pratiğe* (N. M. İştman, Çev.). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- National Academies of Sciences. (2019). *The promise of adolescence: Realizing opportunity for all youth* (The National Academies Press. b.). (R. J. Bonnie, & E. P. Backes,, Dü) Washington, DC.
- Organization, W. H. (2002). The world health report, *Reducing risks, promoting healthy life*. France: WHO.
- Ortabag, T., Ozdemir, S., Bakir, B., & Tosun, N. (2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey among adolescents in Turkey. *The Journal of School Nursing*, 27(4), 304-15.
- Oyur Çelik, G., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Sami Yümer, A., Öztürk, Z., & Demir, E. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin İncelenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(3), 164-69.
- Özbaşaran, F., Çetinkaya, A., & Güngör, N. (2004). Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 43-55.
- Öztürk Haney, M., & Erdoğan, S. (2013). Sağlık davranışı etkileşim modeli: Çocukların beslenme alışkanlıklarını belirlemek için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(4), 218-23.
- Pasinlioğlu, T., & Gözüm, S. (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 60-68.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4 b.). New Jersey: Prentice Hall.
- Priyanka, & Mishra, S. (2010). Gender difference in life satisfaction of elderly people. *Advance Research Journal of Social Science*, 1(2), 176-179.

Kuloğlu, Y., Yalçı, C., & Helvacı, M. (2022). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının incelenmesi: Kırklareli Üniversitesi örneği. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 116-128.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1992). Comments on Davidson's 'Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? *British Journal of Addiction*(87), 825–35.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The transtheoretical model of behavior change. S. A. Shumaker, J. K. Ockene, & K. A. Riekert (Dü) içinde, *The handbook of health behavior change* (s. 59). New York: Springer Publishing Company.
- Raingruber, B. (2014). Health promotion theories. B. Raingruber içinde, *Contemporary health promotion in nursing practice*. USA: Joney&Barlett.
- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2000). Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(Special), 180–193.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–35.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Schmidt, H. (2019). Chronic disease prevention and health promotion. D. H. Barret, L. W. Ortmann, A. Dawson, C. Saenz, A. Reis, & G. Bolan (Dü) içinde, *Public health ethics: Cases spanning the globe*. Library of Congress Control Number: 2015960197, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-23847-0.pdf> (01.07.2021).
- Sherman, L. E., Payton, A. A., Hernandez, L. M., & Greenfield, P. .. (2016). The power of the like in adolescence: Effects of peer influence on neural and behavioral responses to social media. *Psychological Science* 27(7), 1–9.
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2017). Perceived Weight Discrimination and High–Risk Health–Related Behaviors. *Obesity* (Silver Spring), 25(7), 1183–86.
- Şen, A. M., Ceylan, A., Kurt, M. E., Palancı, Y., & Adm, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 1–11.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 343–58.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 b.). Massachusetts, United States of America: Allyn & Bacon.
- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 47–58.
- TUİK. (2021, 07 07). *Türkiye sağlık araştırması*. TUİK–Veri portalı: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1> adresinden alındı
- Turgul, Ö., Doğan, F., Mandıracıoğlu, A., & Lüleci, E. (2002). Sağlığı geliştirici davranışların değerlendirilmesi amacıyla çok boyutlu sağlık anketi (ÇSA)'nin Bausel ölçeği ile birlikte uygulanması. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 91–95.
- UNECE. (2010). *Health promotion and disease prevention*. UNECE Policy brief on ageing, 6. United Nations Economic Commission for Europe.
- Vazini, H., & Barati, M. (2014). The health belief model and self–care behaviors among type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 6(3), 107–13.
- WHO. (2021, 07 07). *Leading cause of death, illness and impoverishment. Tobacco*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> adresinden alındı
- Yalçınkaya, M., Gök Özer, F., & Yavuz Karamanoğlu, A. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülten*, 6(6), 409–20.
- Yılmaz Tuncay, S., Demirhan, İ., Şahin, S., & Kaplan, S. (2019). Sağlık inanç modeli örneği: Tütün bağımlısı gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38–46.

Etik Beyanı : Bu alışmanın tm hazırlanma srelerinde etik kurallara uyulduğunu yazarlar beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde HBF Dergisinin hibir sorumluluğu olmayıp, tm sorumluluk alışmanın yazar(lar)ına aittir.

Yazar Katkıları : Yazarlar eşit katkı sağlamışlardır.

ıkar Beyanı : Yazarlar arasında ıkar atışması yoktur.

Ethics Statement : The authors declare that ethical rules are followed in all preparation processes of this study. In case of detection of a contrary situation, HBF Journal does not have any responsibility and all responsibility belongs to the authors of the study.

Author Contributions : The authors contributed equally.

Conflict of Interest : There is no conflict of interest.
