

ÖĞRENCİLERİN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*

Abide AKSUNGUR¹, Bayram GÖKTAŞ², Ömer R. ÖNDER³, İbrahim H. CANKUL⁴

¹ Sağlık Bakanlığı, Hizan Devlet Hastanesi, Bitlis, Türkiye.

² Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye,
bgoktas@ankara.edu.tr

³ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye.

⁴ Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Ankara, Türkiye.

ÖZET

Sağlığı geliştirme; sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşkesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirme konusunda ilerleme; ancak sağlıkta eşitsizliklerin gidermekle sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesinin başarısı, bireyin ve toplumun güçlendirilmesine bağlıdır. Araştırma, Ankara Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik bölümü öğrencilerinin, bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Öğrencilerin sağlık davranışları Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli'ne (Health Promotion Life-Style Profile) göre araştırılmıştır. Araştırma evreni 2008 yılında hemşirelik bölümünde öğrenim gören 261 öğrenciden oluşmaktadır. Örneklem seçilmeyip evrene ulaşılmaya çalışarak 241 öğrenciye anket uygulanmıştır. Sosyo-demografik değişkenlerle ve sağlık durumunu algılama ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklılık; varyansların homojen olduğu durumlarda varyans analizi (ANOVA), iki ortalama arasındaki farkın (independent samples t testi) önemlilik testi, ve hangi gruplar arasında farklılık olduğunu bulmak için de LSD testi ile incelenmiştir. Varyansların homojen dağılmadığı durumlarda ise non-parametrik testlerden Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis Varyans Analizi uygulanmıştır. Sonuç

olarak; hemşirelik öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 122.02 ± 16.07 'dir. Hemşirelik öğrencilerinin, sağlık durumlarını genelde iyi olarak algıladıkları, hemşirelik öğrencilerin en düşük ortalama puanın egzersiz davranışında, en yüksek ortalama puan ise kendini gerçekleştirme davranışında olduğu saptanmıştır. Sosyal aktivitenin, yaşın, anne ve baba mesleğinin, gelir düzeyinin, gelir düzeyinin gereksinim karşılama durumunun, sağlığı korumayla ilgili eğitim almasının ve sağlık çalışanı yakını olmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı Geliştirme, Hemşirelik, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

1.Giriş

Sağlığı geliştirme; sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşkesi olarak tanımlanmaktadır [1]. Bu tanımdan yola çıkarak sağlığı geliştirme çalışmalarının bir bütün olduğunu ve sağlığı geliştirme çalışmalarının planlanması aşamasında, bütün bu bileşenlerin toplumun özellikleri bakımından tek tek ele alınıp incelenmesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca sağlığı geliştirme konusunda ilerleme; ancak sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesiyle sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesinin başarısı,

* IV. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi 4-7 Şubat 2010 Antalya'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

bireyin ve toplumun güçlendirilmesine bağlıdır [2].

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki ilerlemeler nedeniyle dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, bireylerin daha kaliteli yaşam talebi artmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni "ölüm nedenleri" çıkmakta, dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar bulaşıcı hastalıklar nedeni ile değil örneğin; kalp damar hastalıklarından, kanser ve yaşam biçimine bağlı sorunlardan (alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite vb) çevre kirliliği nedeni ile ölmektedirler [3,4].

Gençlerde ve erişkinlerde ilk sıralarda yer alan mortalite ve morbidite nedenlerine katkıda bulunan en önemli sağlık riski oluşturan davranışlar genellikle gençlik yıllarında kazanılmakta, erişkin hayatına taşınmakta, çoğu kez birbiriyle örtüşen yönler içermektedir ve en önemlisi, önlenbilir özelliktedir [5]. Bu nedenle, genç insanlardaki sağlık davranışlarını belirlemek, bu davranışlardaki değişimleri izlemek, bu davranışları etkilemesi olası faktörleri incelemek ve buna göre müdahalede bulunmak gerekmektedir [6].

Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alacak olan ve hastalarla en çok etkileşim içinde bulunan hemşirelerin öğrencilik yıllarından itibaren sağlığı geliştirmenin önemini kavramaları, davranışlarıyla topluma model olmaları beklenmektedir. Sağlığın, birçok boyutları olan dinamik ve pozitif bir kavram olduğu söylenebilir. Sağlığın boyutları ise şöyle özetlenebilir:

1. Fiziksel Sağlık: Vücudun mekanik fonksiyonları ile ilgilidir ve belki de sağlığın en belirgin boyutudur. Fiziksel muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır.

2. Mental Sağlık: Açık ve tutarlı bir şekilde düşünebilmeyi ifade eder.

3. Duygusal Sağlık: Duygularını tanıyabilme ve uygun bir şekilde duygularını ifade edebilme yeteneğidir. Bireyin kendisiyle

ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır.

4. Sosyal Sağlık: Diğer insanlarla etkileşim ve iletişimde bulunma, sürdürme yeteneğini ifade eder. Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir.

5. Spiritüel (manevi) Sağlık: Bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve daha yüksek bir güçle bireysel bir ilişkiyi vurgular. Sağlığın spiritüel boyutu, sıklıkla sağlık bakımında kişinin sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır [7, 8].

Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de alkol tüketimi ve alkole bağlı sorunlar hızla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2004 yılı verilerinde Türkiye’de kişi başı yıllık alkol tüketimi 1,0 litre olarak belirtilmiştir [9, 10]. Şenel ve arkadaşlarının, Mersin’de 3282 ortaokul, lise ve üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde şimdiye kadar en az bir kez alkol kullanma sıklığı %50,5; halen alkol kullanma sıklığı ise %43,9 olarak bulunmuştur [11]. Sigara, çeşitli hastalıkların mortalite ve morbiditesinde önemli bir etken olduğu bilinen bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada her yıl 4 milyon kişi sigara nedeniyle ölmektedir. Sigara epidemisinin en önemli noktalarından birisi de sigaraya başlama yaşlarıdır. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16’dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin sigara bağımlısı olduğu bildirilmektedir [12]. Sigara üreticilerinin reklamları, tütün ürünlerine kolayca ulaşılabilme, düşük fiyatlar, arkadaş ve kardeşlerin sigara içmesi, imaj kaygıları gibi pek çok faktör genç yaşta sigara içme riskini artırmaktadır. [13]. Türkiye’de 15 yaşın üzerindeki nüfusun %33’ünün sigara bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Ergenlik çağındakiler de dahil edilince ülkemizde yaklaşık 16,5 milyon kişinin düzenli biçimde sigara içtiği tahmin edilmektedir. Bu durum da dünyada ve Türkiye’de sigaranın toplumsal bir sorun olduğunu göstermektedir. Nitekim Türkiye’de 1985 yılında 64,8 milyar adet olan yıllık sigara

satışı 2000 yılında 122,6 milyar adede ulaşmıştır. Yani söz konusu dönemde satışlar %89,2 oranında artmıştır [14].

Bireylerin ve toplumların sağlıklı olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, mutlu, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde; yeterli ve dengeli beslenme temel koşulların birisi ve belki de en önemlisidir [15]. Ülkemizde de birçok dünya ülkesinde olduğu gibi yetersiz ve dengesiz beslenme önemli bir sorun haline gelmeye başlamıştır. “Ayaküstü beslenme (fast-food)” alışkanlıklarının yaygınlaşması ve fizik aktivitenin azalıp daha sedanter bir yaşam sürdürülmesi özellikle dengesiz beslenmenin en önemli sonucu olan şişmanlık sıklığının artmasının temelinde yatan nedenler arasında yer almaktadır. Araştırmalar sonucunda şişmanlığın gelişmiş ülkelerde düşük sosyo-ekonomik düzeylerde, gelişmekte olan ülkelerde ise yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip kesimlerde daha sık olduğu gösterilmiştir. Aşırı şişmanlık ise sosyo-ekonomik durumdan bağımsızdır. Beslenme biçimi ve beslenme alışkanlığı olarak yüksek kalorili yiyeceklerle beslenen çocuklarda şişmanlık daha kolay gelişmektedir [16].

Günümüzde DSÖ ve birçok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği, iş sağlığı geliştirme programlarının uygulanmasından ise iş sağlığı hemşirelerinin sorumlu olduğu görülmektedir [17, 18].

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Pozitif sağlığın anahtarı her bireyin eğitilmesi ve kişilerin sağlık sorumluluğu bilincine sahip olmasıyla mümkündür. Bu stratejilerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında sağlık insan gücü olarak hemşireler rol almaktadır [17].

Bireyleri sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri konusunda bilgilendirme ve bireysel yaşam üzerinde pozitif etki sağlamanın gerekliliği günümüzde hemşirelere önemli sorumluluklar getirmektedir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunun iyileştirilmesinde hemşirenin eğitici rolü DSÖ, Uluslar arası Hipertansiyon Derneği (ISH) ve tüm hemşirelik kuruluşları tarafından vurgulanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerini üstlenen hemşireler, değişik ortamlarda ve çeşitli düzeylerde sağlık sorunları olan kişilerle doğrudan ilişkileri nedeni ile sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlık eğitimi için anahtar roller üstlenmektedirler. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerine bu davranışların hem birey olarak kendi sağlıkları hem de toplum sağlığı için kazandırılması gerekmektedir [19].

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bunun için insanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verilmektedir [20]. Pender (1982) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender, Murdaugh ve Parsons'a göre sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma ya da hastalıklardan korumadan en önemli farkı bireysel kısmında davranış için motivasyonu temel almasıdır [21]. Bir çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, sağlık risklerinin bireysel yaşam şekli ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Hastalık, ölüm ve sakatlıkların azaltılması için birey ve toplumun sağlıklı yaşam biçimi düzeylerinde artış olması gerekmektedir. Sağlıklı yaşamda; kendini gerçekleştirme; sağlık sorumluluğu; egzersiz ve fiziksel

aktivite; beslenme; kişilerarası destek; stres yönetimi, gibi 6 faktörün oldukça önemli düzeyde etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir [22].

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel türde olup, veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Ankette katılımcıları tanımlayıcı 38 soru bulunmaktadır. Çalışmada ankete ek olarak 48 ifadeden oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile)” kullanılmıştır. Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987’de geliştirilen ve 1997’de Esin [23] tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek, “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme”, “kişilerarası destek” ve “stres yönetimi” alt gruplarından oluşan 48 ifade içermektedir [62]. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu ifadeler olup, olumsuz yönde madde bulunmamaktadır. Dört’lü likert türünde olan seçenekler “Hiçbir zaman” “1”, “Bazen” “2”, “Sık sık” “3”, “Düzenli olarak” “4” puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın en düşüğü 48, en yükseği ise 192’dir. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi 2007-2008 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören 4 sınıftan toplam 261 Hemşirelik Bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, evrenin tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Anket gözlem altında uygulanmış olup, araştırmanın amacı konusunda öğrencilere kısa bilgi verilmiş, doğru yanıt vermenin önemi vurgulanmıştır. Toplanan veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmış, min-max tutarlılık denetiminden sonra gerekli tablo ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Analizlerde yüzde dağılımları ve ortalamalar arası anlamlılık testleri kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Hemşirelik bölümünde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin, bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi üzerine planlanan çalışmanın bulguları, bu bölümde ilgili literatür ve benzer çalışmalar doğrultusunda tartışılmış sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Yaş		
≤20	150	63,8
≥21	85	36,2
	Ortalama±ss: 20,45±1,45	Ortanca:20,24
		Alt ve üst sınır: 18-29
Sınıf		
1.sınıf	77	32,0
2.sınıf	66	27,4
3.sınıf	51	21,2
4.sınıf	47	19,5
Sağlık Güvencesi		
Yok	19	7,9
Var	222	92,1
Sağlık Güvencesi		
Emekli Sandığı	63	28,3
Bağ-Kur	43	19,3
Yeşil Kart	12	5,4
Sosyal Sigortalar Kurumu	96	43,2
Özel Sağlık Sigortası	-	-
Üniversitenin verdiği Sağlık Güvencesi	8	3,6

Araştırmaya katılan öğrencilerin %63,8’i (150 kişi) 20 yaş ve altındadır. 1. sınıfta olanlar %32,0; 2. sınıfta olanlar %27,4; 3.sınıfta olanlar %21,2; 4. sınıfta olanlar %19,5’lik yüzdelik dilimdedir. Araştırma grubunun

sağlık güvence durumları incelendiğinde %92,1’inin sağlık güvencesinin olduğu, bunlardan %43,24’ünün Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Anne-Baba Öğrenim Durumu Ve Mesleği

Anne Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	18	7,5
Okur yazar	8	3,3
İlkokul mezunu	144	59,8
Ortaokul mezunu	32	13,3
Lise mezunu	29	12,0
Üniversitesi/yüksekokul	10	4,1
Anne Mesleği Var mı?		
Evet	17	7,1
Hayır	224	92,9
Baba Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	5	2,1
Okur yazar	2	0,8
İlkokul mezunu	96	39,8
Ortaokul mezunu	43	17,8
Lise mezunu	63	26,1
Üniversitesi/yüksekokul	32	13,3
Baba mesleği var mı?		
Evet	157	65,1
Hayır	84	34,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne öğrenim durumları incelendiğinde %59,8'inin ilkökul mezunu olduğu ve %92,9'unun mesleğinin olmadığı, baba öğrenim durumu

incelendiğinde ise %39,8'inin ilkökul mezunu olduğu, %65,1'inin mesleğinin olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Araştırma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumu	Sayı	Yüzde
Burs alma durumu		
Evet	102	42,3
Hayır	139	57,7
Ailenizin ekonomik durumu		
Çok iyi	3	1,2
İyi	49	20,3
Orta	152	63,1
Kötü	30	12,4
Çok kötü	7	2,9
Günlük yaşamınız için genel olarak harcadığınız para hakkındaki düşünceniz		
Yeterli miktarda, bütün gereksinimlerimi karşılayabiliyor	61	25,3
Kısmen yeterli, harcamalarımı sınırlamak durumundayım	147	61,0
Yetersiz miktarda temel gereksinimlerimi kısıtlamak durumundayım	33	13,7
Kaldığı yer		
Devlet yurdu	98	40,7
Vakıf yurdu	11	4,6
Özel yurt	8	3,3
Aile yanı	74	30,7
Arkadaşlarıyla evde	44	18,3
Tek başıma evde	6	2,5

Araştırma grubunun %57,7'si burs almamakta ve %63,1'inin ailesinin ekonomik durumu orta, %61,0'inin para durumu kısmen yeterli, harcamalarını kısmak zorunda,

%30,7'si aile yanında ikamet etmekte olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Çalışanı Yakını, Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşleri

Sağlık çalışanı yakını	Sayı	Yüzde
Evet	104	43,2
Hayır	137	56,8
Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu		
Evet	106	44,0
Hayır	135	56,0
Sağlık eğitimi almak isteme durumu		
Evet	223	92,5
Hayır	18	7,5
Hangi konularda sağlık eğitimi almak istersiniz		
Doğru ve dengeli beslenme	108	27,2
Sağlıklı yaşam için spor	53	13,3
Kaza ve yaralanmalardan korunma	55	13,8
Stresle baş edebilme	139	35,1
Sigarayı bırakma yöntemleri	30	7,5
Diğer	11	2,7

Araştırma grubunun %56,8'i sağlık çalışanı yakını, %56,0'ı sağlığı geliştirme konusu ile ilgili herhangi bir eğitim almış, %92,5'i sağlık eğitimi almak istemektedir. Araştırma grubunun %35,10'u stresle baş

edebilme konusunda sağlık eğitimi almak istediği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo-5. Araştırma Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİN PUAN ORTALAMALARI			
Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	- X±SD
Kendini Gerçekleştirme	13-52	20-49	37,02±5,61
Sağlık Sorumluluğu	10-40	11-36	21,61±5,01
Egzersiz	5-20	5-18	9,16±2,93
Beslenme	6-24	9-22	16,06±2,88
Kişilerarası Destek	7-28	10-28	20,22±3,51
Stres Yönetimi	7-28	9-28	17,78±3,0
Toplam	48-192	68-166	122,02±16,07

Üniversite öğrencilerinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerine verdikleri yanıtlar işaretlenen madde ortalamasına göre değerlendirildiğinde, en yüksek işaretlenen madde ortalamasına göre sıralama şöyledir; kendini gerçekleştirme alt ölçeği 37.02 ± 5.61, sağlık sorumluluğu alt ölçeği 21.61 ± 5.01, kişilerarası destek alt ölçeği 20.22 ± 3.51, stres yönetimi alt ölçeği 17.78 ± 3.0, beslenme alt ölçeği 16.06 ± 2.88, egzersiz alt ölçeği 9.16 ± 2.93 olarak saptanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 122.02 ± 16.07 olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Ayaz ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamasının 122.0±17.2 olduğu belirtilmiştir [24]. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da ortalamaların benzer şekilde dağıldığı 122.1 ± 19.8 ve 117.5 ± 17.1 bulunmuştur [25, 26]. Özkan ve Yılmaz (2008) tarafından yapılan çalışmada elde edilen bulgularda bu araştırmayı destekler niteliktedir. Araştırmadan elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir [27].

Kendini gerçekleştiren kişi, yeteneklerini ve güçlerini içinde yaşadığı ana göre sonuna

kadar kullanabilen kimsedir. Araştırma grubunun kendini gerçekleştirme puanı 37.02 ± 5.61 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, Yıldırım'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmadan, (35.6 ± 6.4), [28] Sertçelik'in gençler üzerine yaptığı çalışmadan (36.25 ± 6.37) biraz yüksek bulunmuştur [29]. Karakoç tarafından öğretmenler üzerinde yapılan çalışmada ise öğretmenlerin kendini gerçekleştirme puanı 37.98 ± 5.61 olarak belirlenmiştir [30].

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Araştırma grubunun, sağlık sorumluluğu puanı 21.61 ± 5.01 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, Yıldırım'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmadan 20.3 ± 5.7 ve Sertçelik'in gençler üzerine yaptığı çalışmadan (19.15 ± 5.03) yüksek bulunmuştur [28, 29].

Olumlu etkileşim, bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. Araştırma grubundaki öğrencilerin kişilerarası destek puanı 20.22 ± 3.51 olarak belirlenmiştir. Yıldırım'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kişilerarası destek puanı 19.4 ± 3.6 olarak belirlenmiştir. Kişilerarası destek düzeylerinin yüksek olması, aile, arkadaş, akrabaları ile olumlu kişilerarası ilişki içerisinde olduklarını düşündürmektedir [28].

Sertçelik'in gençler üzerine yaptığı çalışmadan (20.25 ± 3.80) düşük bulunmuştur [29]. Kişilerarası destek puanı, Sayan'ın çalışmasına göre (18.86 ± 2.87) yüksek bulunmuştur [31].

Araştırma grubunun stres yönetimi puanı 17.78 ± 3.0 olarak belirlenmiştir. Yıldırım tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışma da stres yönetimi puanı 17.4 ± 3.6 olarak belirlenmiştir [28]. Sertçelik gençler üzerine yaptığı çalışmada, stres yönetimi düzeyini 17.09 ± 3.44 olarak bulmuştur. Araştırma bulguları, bu araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir [29].

Araştırma grubundaki öğrencilerin beslenme puanı 16.06 ± 2.88 olarak saptanmıştır. Yıldırımın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada beslenme puanı (14.9 ± 3.5) olarak saptanmıştır [28]. Sertçelik'in çalışmasında beslenme puanı (14.10 ± 2.97) bulunmuştur [29].

Fiziksel iyilik açısından organizmanın en üst olduğu genç toplumda, gençlerin egzersiz yapma düzeylerinin yüksek olması beklenir. Araştırma grubunun egzersiz puanı 9.16 ± 2.93 olarak bulunmuştur. Yıldırım'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada egzersiz puanı 9.5 ± 3.5 olarak bulunmuştur [28]. Sertçelik'in çalışmasında bu değer (9.22 ± 3.44)'dür [29,31].

Tablo-6. Araştırma Grubunun "30 Dakikadan Fazla ve Terleten" Tarzda Fiziksel Aktivite Yapıp Yapmamasına Göre Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	30' dan fazla ve terleten tarzda fiziksel aktivite yapıyor mu?	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kendini Gerçekleştirme	Evet	51	39,13	5,25	3,091	,002
	Hayır	190	36,45	5,57		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	51	24,56	4,78	4,975	,000
	Hayır	190	20,81	4,78		
Egzersiz	Evet	51	12,03	2,53	9,149	,000
	Hayır	190	8,38	2,52		
Beslenme	Evet	51	16,94	2,74	2,494	,013
	Hayır	190	15,82	2,87		
Kişilerarası destek	Evet	51	20,33	3,36	,259	,796
	Hayır	190	20,18	3,55		
Stres Yönetimi	Evet	51	18,56	2,78	2,129	,034
	Hayır	190	17,56	3,02		
Toplam	Evet	51	131,58	13,04	5,028	,000
	Hayır	190	119,44	15,85		

Araştırma grubunun “30 dakikadan fazla ve terleten” tarzda fiziksel aktivite yapıp yapmamalarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt ölçeğinden ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

($p<0,05$). Bu alt ölçeklerde egzersiz yapanların puan ortalamaları egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik Öğrencilerinin “30 dakikadan fazla ve terleten” tarzda fiziksel aktivite yapıp yapmamalarına göre kişilerarası destek alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-6).

Tablo-7. Hemşirelik Öğrencilerinin Annenin Mesleğinin Olup Olmamasına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Anne mesleği var mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	t/z	p
Kendini Gerçekleştirme	Evet	17	38,76	2,68	Z=-1,850	,064
	Hayır	224	36,88	5,74		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	17	24,52	4,50	2,517	,012
	Hayır	224	21,38	4,99		
Egzersiz	Evet	17	10,35	3,35	1,744	,082
	Hayır	224	9,07	2,88		
Beslenme	Evet	17	18,17	2,62	3,207	,002
	Hayır	224	15,89	2,83		
Kişilerarası destek	Evet	17	20,64	1,86	Z=-,949	,343
	Hayır	224	20,18	3,60		
Stres Yönetimi	Evet	17	16,94	1,56	Z=-1,235	,217
	Hayır	224	17,84	3,07		
Toplam	Evet	17	131,76	12,15	2,627	,009
	Hayır	224	121,27	16,10		

Araştırma grubunun annelerinin mesleğinin olup olmamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, beslenme alt ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Annesinin mesleği olan öğrencilerin alt ölçek puan ortalamaları annesi meslek sahibi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelik Öğrencilerinin annelerinin mesleğinin olup olmamasına göre diğer alt ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo-8. Hemşirelik Öğrencilerinin Babalarının Mesleğinin Olup Olmamasına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Baba mesleği var mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kendini Gerçekleştirme	Evet	157	37,07	5,79	-,263	,834
	Hayır	84	36,91	5,26		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	157	21,54	5,20	-,295	,793
	Hayır	84	21,72	4,67		
Egzersiz	Evet	157	9,12	2,82	,322	,768
	Hayır	84	9,23	3,13		
Beslenme	Evet	157	16,10	3,04	-1,255	,747
	Hayır	84	15,97	2,55		
Kişilerarası destek	Evet	157	20,01	3,40	-,516	,211
	Hayır	84	20,60	3,68		
Stres Yönetimi	Evet	157	17,70	2,95	-,257	,606
	Hayır	84	17,91	3,08		
Toplam	Evet	157	121,82	16,23	,210	,797
	Hayır	84	122,38	15,83		

Tablo 8’de görüldüğü gibi, araştırma grubunun babalarının mesleğinin olup olmamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği ve alt ölçekleri arasında

anlamli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo-9. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlığı Koruma Ve Geliştirmeye İlgili Eğitim Alıp Almamasına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili eğitim aldı mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	t/z	p
Kendini Gerçekleştirme	Evet	106	37,45	5,40	1,061	,290
	Hayır	135	36,68	5,75		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	106	22,71	5,07	3,090	,002
	Hayır	135	20,74	4,81		
Egzersiz	Evet	106	9,50	3,06	1,636	,103
	Hayır	135	8,88	2,80		
Beslenme	Evet	106	16,33	3,16	Z=-1,691	,091
	Hayır	135	15,83	2,62		
Kişilerarası destek	Evet	106	20,30	3,84	,321	,749
	Hayır	135	20,15	3,23		
Stres Yönetimi	Evet	106	18,16	3,16	1,795	,074
	Hayır	135	17,47	2,83		
Toplam	Evet	106	124,49	15,76	2,134	,034
	Hayır	135	120,07	16,09		

Araştırma grubunun sağlığı koruma ve geliştirmeye ilgili eğitim alıp almamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlığı

koruma ve geliştirme ile ilgili eğitim alanların puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelik Öğrencilerinin sağlığı koruma ve geliştirmeye ilgili eğitim alıp almamasına göre diğer alt ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo-10. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Çalışanı Yakını Olup Olmamasına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	Sağlık çalışanı yakını var mı?	n	Ortalama	Standart Sapma	t/z	p
Kendini Gerçekleştirme	Var	104	38,42	4,42	Z=-3,505	,000
	Yok	137	35,95	6,16		
Sağlık Sorumluluğu	Var	104	22,54	5,28	2,559	,011
	Yok	137	20,89	4,69		
Egzersiz	Var	104	9,80	2,93	3,029	,003
	Yok	137	8,67	2,84		
Beslenme	Var	104	16,32	2,90	1,265	,207
	Yok	137	15,85	2,85		
Kişilerarası destek	Var	104	20,66	2,71	Z=-1,962	,050
	Yok	137	19,88	3,98		
Stres Yönetimi	Var	104	17,86	2,55	Z=-,703	,482
	Yok	137	17,71	3,30		
Toplam	Var	104	126,01	13,69	Z=-3,354	,001
	Yok	137	118,97	17,08		

Araştırma grubunun sağlık çalışanı yakını olup olmamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden kendini geliştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlık çalışanı yakını olanların puan ortalamaları sağlık çalışanı yakını olmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; üniversite öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 122.02 ± 16.07 'dir. Hemşirelik öğrencilerin en düşük ortalama puan egzersiz davranışında, en yüksek ortalama puan ise kendini gerçekleştirme davranışında olduğu saptanmıştır. Sosyal aktivitenin, yaşın, anne ve baba mesleğinin, gelir düzeyinin, gelir düzeyinin gereksinim karşılama durumunun, sağlığı korumayla ilgili eğitim almasının ve sağlık çalışanı yakını olmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri ayrıca toplum gruplarına örnek olabilmelerini sağlayacak yaşam tarzlarını benimsemeleri için aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için, sağlıkla ve diğer konularla ilgili eğitim programları oluşturulmalı, öğrencilerin eksik kaldıkları konular saptanmalı, eğitim programlarının zamanı öğrencilere danışılarak belirlenmelidir. Hemşirelik öğrencileri için, spor ve fiziksel faaliyet programları yaygınlaştırılmalı ve daha kolay yararlanabilecekleri bir konuma getirilmelidir. Egzersiz ve fiziksel faaliyetlerin yararının algılanması için eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Egzersiz yapmayı sağlayacak alt yapı hazırlanmalı ve bu hizmetlerden yararlanması sağlanmalıdır. Beslenme ve egzersiz davranışları birlikte yürütülmelidir. Eğitici seminerler düzenlenmeli ve kampüs içindeki iletişim araçları (panolar, dergiler vs.) vasıtasıyla bilgilendirilmelidir. Hemşirelik öğrencilerine, stresle başa çıkma yolları öğretilmelidir. Strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik fakülte yönetimince araştırmalar yapılabilir. Bu tür araştırmaların üniversiteler genelinde yaygınlaştırılarak daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1] Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, HHV Yayınları, 2000, Ankara.
- [2] Tones, K. Health Promotio, Health Education and Public Health, Chapter 7.3. In: R. Detels, J. McEwen, R.Beaglehole and H. Tanaka (eds), Oxford Textbook of Public Health, Oxford University Pres, 2002.
- [3] Öztekin Z (2001) Sağlık Kavramı Ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, 7:39, 204-205.
- [4] Hayran O, Sur H (1997) "Sağlık ve Hastalık Kavramları", Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, ss.1-32, İstanbul.
- [5] Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, Harris WA, McManus T, Chyen D, Collins J. MMWR Surveill Summ. 2004 May 21;53(2):1-96 (Erratum in: MMWR Surveill Summ. 2004 Jun 25;53(24):536.).
- [6] Steptoe A, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. Preventive Medicine 2002; 35:97-104.
- [7] Stachawiah B, Tripp S (1992) Health Maintenance, Health Promotion: Is There A Difference?, Public Health Nursing, 8:2.
- [8] Swanson MJ, Albrecht M (1993) Community Health Nursing: Promotion The Health Of Aggregates. WB. Saunders Co., USA.
- [9] İlhan İ.Ö., Yıldırım F., Demirbaş H., Doğan Y.B. Bir Üniversite Örneğinde Alkol Kullanım Yaygınlığı ve Alkol Kullanım Örüntüleri. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul 2006; 318-319.
- [10] T. C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. 1923-2005 İstatistik Göstergeleri. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Aralık 2006;311.
- [11] Tot S., Yazıcı A., Yazıcı K. Mersin’de Ergenler Arasında Sigara, Alkol ve Yasa Dışı Madde Kullanım Oranlarının Yaygınlığı: Ortaokul, Lise ve Üniversite Öğrencilerinin Karşılaştırılması. Yeni Symposium. 2004;42(2):77-81.
- [12] World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Washington, World Bank
- [13] Mackay J., Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 5.Youht 2002; 28-9
- [14] Mayda S. A., Tufan N., Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (5): 364-370
- [15] Aslan, D., Gürtan, E., Hacım , A., Karaca. N., Şenol., E. ve Yıldırım, E. Ankara’da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi’nde Bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirmeleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25 (2): 55-62
- [16] Sagun P. Farklı Sosyo-Kültürel Çevrelerdeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının Ölçülmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1987
- [17] Kum E., Kum N., Uyer G. ve ark., 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, 301-307.
- [18] Çakır H.: Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
- [19] Velioglu, P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş, Ofset, İstanbul.
- [20] Hardrick G., Lindsey E. "Health Promotion Nursing Practice: The Demise Of Nursing Process", Journal of Adv. Nursing, 1996; 23: 106-112
- [21] Hendricks D., L. The Relationship of Hope and Self-efficacy to Health Promoting Behaviors Among Student- athletes Attending Historically Black Colleges and Universities. The Degree of Doctor Education. Auburn University 2004
- [22] Walker N.W., Madeleine J.K., Pender N.J. (1990). A Spanish Language Version of the Health Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research 1990; 39 (5)
- [23] Esin N (1999) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Hemşirelik Bülteni, Cilt XII, Sayı 15.
- [24] Ayaz, S., Tezcan, S., Akıncı, F., Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005, 9(2)
- [25] Altun İ (2002) Kocaeli’nde Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına Ve Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma, Sağlık ve Toplum, 3: 41-51.
- [26] Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 60-68

- [27] Özkan, S., Yılmaz,E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:7 (2008)
- [28] Yıldırım, N., (2005) Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
- [29] Sertçelik E (1999) Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- [30] Karakoç, A. (2006) Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yasam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi.
- [31] Sayan A (1998) Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz- Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.