

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARI

### HEALTH BEHAVIOURS OF NURSING STUDENTS

Nazan TUNA ORAN

Ayşe SAN TURGAY

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Bornova/İZMİR

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik öğrencisi, sağlık davranışı

**Key Words:** Nursing student, health behaviour

\*Bu araştırma, I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Uluslararası Katılımlı) (24-26 Kasım 2004, Ankara)'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

---

### ÖZET

Sağlık davranışı, sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünüdür. Sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ana görevi sağlık eğitimi aracılığıyla sağlığın geliştirilmesini sağlamaktır. Sağlık eğitimi veren hemşire iyi bir model olmak için kendisi de bu davranışları sergilemelidir.

Bu çalışmanın amacı, farklı sınıflardaki (hazırlık, I., 2. ve 4. sınıf) hemşirelik öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını karşılaştırmak ve hemşirelik eğitiminin sağlığı geliştirme davranışına olan etkisini ortaya koymaktır. Araştırma, Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'ne dayandırılmıştır. Verilerin toplanmasında Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirliği Esin tarafından yapılmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) kullanılmıştır.

Çalışma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde yapılmıştır. Farklı sınıflardaki öğrencilerin ölçeğin alt boyutlarından (kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi) aldıkları puanlar arasında fark bulunmuştur. Üst sınıflardaki hemşirelik öğrencileri daha fazla sağlığı geliştirme davranışı eğilimi göstermiştir. Hemşirelik eğitiminin, sağlığı geliştirme ile ilişkili aktiviteler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

### SUMMARY

*Health behavior is a sum of activity related to the health, protection of health, and promotion of health. Main duty of nurses working in health services is to ensure health promotion by using health education. Nurses as a health educator must exhibit health-promoting lifestyle in order to be a good model.*

*The purpose of this study were to compare the health promotion behaviors among the nursing students with different classes (preparatory, first, second, and*

*fourth classes) and to find the impacts of nursing education on health promoting behaviors. The study was based on the Pender's Health Promotion Model. The data were obtained by using Health Promotion Lifestyle Profile Scale. The validity and reliability of this scale's Turkish translation has been tested previously by Esin.*

*The study was conducted in Ege University Nursing School. Its subscales (self actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support, stress management) significantly differed among students with different classes. Nursing students with higher classes tend to practice more health-promoting behaviors. Nursing education have positive impact on the promotion of the health-related activities.*

## **GİRİŞ**

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Uzun yıllardan bu yana sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp, her bir birey için bir hak olduğu geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir (Fadıloğlu ve Zaybak 2002). Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı sağlık üzerine odaklanmıştır. Bunun sonucu olarak hemşire kuramcı ve araştırmacılar, sağlık, sağlık davranışları ve sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara önem vermektedirler (Esin 1999). Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup, bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (Aksayan ve Gözüm 1998).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları birbirlerinden farklı olmasına karşı çoğu kez aynı anlamda kullanılmaktadır. Pender sağlığı geliştirici davranışları, bireylerin yaşam biçimlerini olumlu yönde destekleyen sürekli aktiviteler olarak açıklamaktadır (Erdoğan ve ark. 1994). Sağlığı geliştirme, doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ifade etmektedir. Bireyin var olan sağlık davranışını en üst düzeye çıkarmasıdır. Sağlığı koruma ise bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade eder (Esin 1999). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (Esin ve Erdoğan 1997).

Sağlığın daha iyiye götürülmesi ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (Esin 1999). Sağlık eğitiminin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde

başlatmaları ve sürdürmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmek zorundadırlar (Aksayan ve Gözüm 1998).

Sağlık bakım sistemi, çevresel ve kültürel etmenler doğrultusunda sürekli değişime uğramaktadır. Son otuz yıldır bu değişim sağlığı koruyan, sürdüren ve geliştiren yönde etkisini sürdürmüş ve bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin kapsamını da genişletmiştir (Erdoğan ve ark. 1994). Sağlık bakımının artan maliyeti, hastalık bakımının etkisizliğinin fark edilmesi ile birleşince sağlık bakım ekibi, özellikle hemşireler tarafından sağlığı geliştirme kavramının savunulmasına ve gelişmesine yol açmıştır (Barnfather 1991, Haddad ve ark. 2004). Sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimini sürdürme sağlık bakımı vericilerinin temel amacı haline gelmiştir (Barnfather 1991).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD); Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek için geliştirilmiştir (Walker ve ark. 1987). Birçok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarla geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanan ölçeğin Türkçe'ye uygulanabilir güvenli bir ölçek olduğu Esin tarafından yapılmıştır (Esin 1999).

Sağlığın geliştirilmesinden sorumlu bir eleman durumunda olacak hemşirelik öğrencilerinin, sağlık davranışlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi önemlidir. Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tanımlamak ve sağlık davranışlarını etkileyecek bireysel özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmada evreni, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (E.Ü.H.Y.O) 1999-2000 eğitim öğretim yılı öğrencileri (473 kişi) (Hazırlık, 1., 2., 3., ve 4. sınıf) oluşturmuştur. Evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması düşünülmüş, ancak E.Ü.H.Y.O'nda 3. sınıf öğrenci mevcudunun çok az olması nedeni ile bu öğrenciler, anketin uygulandığı gün devamsızlık yapan ve anketi doldurmayı kabul etmeyen öğrenciler (toplam 118 kişi) araştırmaya alınmamıştır. Böylece araştırma 355 kişi (evrenin %75.05'i) üzerinde yürütülmüştür.

E.Ü.H.Y.O Müdürlüğü'nden yazılı izin alındıktan sonra, veriler 2000 yılı Haziran ayında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini içeren bir soru formu ile "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" (Esin ve Erdoğan 1997) kullanılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile HPLP), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de 1997 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin tarafından yapılmıştır (Esin 1999). Ölçeğin alt grupları; kendini gerçekleştirme (13-52 puan, 13 soru), sağlık sorumluluğu (10-40 puan, 10 soru), egzersiz

(5-20 puan, 5 soru), beslenme (6-24 puan, 6 soru), kişiler arası destek (7-28 puan, 7 soru), stres yönetimi (7-28 puan, 7 soru) den oluşmaktadır. Tüm ölçek için en düşük puan 48, en yüksek puan 192`dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (Esin 1999). Veriler; ortalama ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Ortalama hesapları her bir alt ölçek için yapılmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

**Tanıtcı Özelliklere Ait Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %73.8`i 20-22 yaş grubunda olup, yaş ortalaması 20.50±1.30 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %30.4`ünün hazırlık sınıfında eğitim gördüğü, büyük çoğunluğunun (%45.9) en uzun süre bir il merkezinde yaşadığı ve %86.5`inin çekirdek ailesi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%52.7) yurttan kaldığını ve %59.4`ü ailelerinin ekonomik durumunu “gelir gidere denk” olarak belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin %54.9`u ilköğretim mezunu iken, babalarının %41.7`si ilkokul ve %21.4`ü lise mezunu olarak saptanmıştır.

**Tablo 1.** Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Ortalama Puanlarının Dağılımı. (n=355)

Alt Ölçekler	Puan Ortalaması	Seçenekleri İşaretlenme Ortalamaları
Kendini Gerçekleştirme	36.00 ± 6.03	2.75 ± 0.48
Sağlık Sorumluluğu	22.05 ± 4.93	2.19 ± 0.50
Egzersiz	9.43 ± 2.99	1.87 ± 0.60
Beslenme	15.22 ± 3.02	2.52 ± 0.51
Kişilerarası Destek	20.96 ± 3.43	2.98 ± 0.50
Stres Yönetimi	16.71 ± 3.33	2.44 ± 0.47
<b>Toplam</b>	<b>120.86 ± 17.84</b>	<b>2.50 ± 0.38</b>

Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 1`de görülmektedir. Öğrencilerin sağlığı geliştirme yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 120.86 olarak saptanmıştır. Fadiloğlu ve Zaybak tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 121.21, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin puan ortalaması ise 121.86 olarak saptanmıştır (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirici davranışların puan ortalamaları 122.5-104.6 arasındadır (Erci ve Sayan 1998). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek amacıyla Esin (1997), (1998),

Pasinlioğlu ve Gözüm (1998), Duffy ve ark. (1996), Lee ve Loke (2005) tarafından yapılan çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait genel puanın orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Esin 1997, Esin 1998, Pasinlioğlu ve Gözüm 1998, Duffy ve ark. 1996, Lee ve Loke 2005).

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında (Tablo 1) sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en fazla uygulanan davranışın kişilerarası desteğe ( $2.98 \pm 0.50$ ), en az uygulanan davranışın ise egzersize ( $1.87 \pm 0.60$ ) ait olduğu bulunmuştur. Kişilerarası destekten sonra en çok uygulanan sağlık davranışları sırası ile; kendini gerçekleştirme ( $2.75 \pm 0.48$ ) ve beslenme ( $2.52 \pm 0.51$ )`dir. Hui, MacDonald ve arkadaşları ile Haddad ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Hui WH 2002, MacDonald ve ark. 1994). Farklı kültürlerde olsalar bile, her iki çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin aldığı puanların benzer olması aynı yaş grubu hemşirelik öğrencilerinin, benzer sağlık davranışları sergilediklerini düşündürmektedir. Pasinlioğlu ve Gözüm birinci basamak sağlık personeli üzerinde yaptıkları çalışmada, en yüksek madde puanın beslenme, en düşük madde puanının egzersiz olduğunu belirtmiştir (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Pasinlioğlu ve Gözüm`ün çalıştıkları grubun erişkin yaş grubu ve çalışan sağlık personeli olduğu dikkate alınırca, bu araştırmadaki öğrenci grubu ile karşılaştırılması çok uygun olmayacaktır. Yine, Duffy ve arkadaşları (1996), Johnson (2005) ile Esin (1997), (1998) tarafından yapılan çalışmalarda da kadınların en az uyguladıkları sağlık davranışının egzersize ait olduğu belirtilmiştir (Duffy ve ark 1996, Johnson 2005, Esin 1997, Esin 1998).

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 2`de verilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan genel puan ortalaması ile tanıtıcı özelliklerden “Ailedeki birey sayısı” ile “Ailenin gelir durumu” arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailedeki kişi sayısının artması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (2 kişi  $126.00 \pm 16.13$ , 3 kişi  $121.38 \pm 17.88$ , 4 kişi  $119.57 \pm 19.36$ , 5 kişi  $117.15 \pm 18.50$ ,  $p < 0.05$ ). Erci ve Sayan (1998) yaptıkları çalışmada ailedeki kişi sayısının artması ile sağlık davranışı seviyesinin düştüğünü saptamıştır (Erci ve Sayan 1998). Ailesinin gelir ortalamasını, gelir giderden çok olarak belirten öğrencilerin puan ortalamasının, gelir giderden az olarak belirten öğrencilerden yüksek olması bireyin ekonomik durumu ile olumlu sağlık davranışları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir (gelir giderden fazla  $127.71 \pm 21.02$ , gelir gidere denk  $121.74 \pm 17.54$ , gelir giderden az  $116.74 \pm 19.48$ ,  $p < 0.05$ ). Aylık gelir düzeyi tek başına sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan bir değişken olmamakla birlikte, aylık gelir düzeyinin artışı ile birlikte

gelişen sosyo-kültürel durum sağlık davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Fadiloğlu ve Zaybak (2002) yaptıkları benzer çalışmada, üniversite öğrencilerinin gelir ortalamaları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yükseldiğini saptamıştır (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Johnson ve arkadaşları (1993) ile Lusk ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmalarda da ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur (Johnson ve ark. 1993, Lusk ve ark. 1994).

**Tablo 2.** Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n=355)

Tanıtıcı Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları		
		X	SS	Anlamlılık Derecesi
<b>Yaş Grupları</b>				
17-19	75	117.29 ±15.34	F= 1.91	p>0.05
20- 22	262	121.82 ±18.36		
23+↑	18	121.83 ±18.95		
<b>Sınıf</b>				
Hazırlık	108	119.49 ±14.87	F= 1.92	p>0.05
1. Sınıf	73	124.22 ±21.05		
2. Sınıf	108	118.69 ±16.99		
4. Sınıf	66	122.96 ±19.38		
<b>Şimdiye Kadar En Uzun Süre Yaşanılan Yer</b>				
İl	163	122.69 ±16.85	F= 1.89	p>0.05
İlçe	105	120.70 ±20.42		
Köy	71	116.93 ±16.08		
Yurt Dışı	16	124.13 ±11.81		
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>				
2 Kişi	136	126.00 ±16.13	F= 3.12	<b>p&lt;0.05</b>
3 Kişi	116	121.38 ±17.88		
4 Kişi	51	119.57 ±19.36		
5 Kişi	52	117.15 ±18.50		
<b>Şu Anda Nerede Kaldığı</b>				
Yurt	187	119.23 ±17.99	F= 2.42	p>0.05
Aile	116	123.81 ±18.17		
Evde	52	120.15 ±15.96		
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>				
Gelir Giderden Fazla	17	127.71 ±21.02	F= 4.39	<b>p&lt;0.05</b>
Gelir Gidere Denk	211	121.74 ±17.54		
Gelir Giderden Az	127	116.74 ±19.48		
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>				
Okur Yazar Değil	31	119.77 ±14.77	F= 0.999	p>0.05
İlkokul	195	119.38 ±17.88		
Ortaokul	70	123.43 ±18.79		
Lise	41	123.17 ±18.66		
Y.Okul/Fakülte	18	123.56 ±16.31		
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	148	118.82 ±17.92	F= 1.52	p>0.05
Ortaokul	74	120.62 ±17.10		
Lise	76	123.79 ±18.43		
Y.Okul/Fakülte	57	122.60 ±17.52		

Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Dağılımları (n:=355)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Alt Ölçekleri															
	N	Kendini Gerçekleştirm			Sağlık Sorumluluğu			Egzersiz			Beslenme			Kişilerarası Destek		
		X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık	X	SS	Anlamlılık
<b>Yaş Grupları</b>																
17-19	75	36.27±5.03		20.11±4.75			8.47±2.84			15.08±2.94			20.63±3.31			
20- 22	262	36.02±6.27	F= 0.48	22.52±4.88	F= 8.01		9.70±2.96	F= 5.10		15.18±3.07	F= 1.58		21.06±3.50	F= 0.46		
23+↑	18	34.72±6.52	p>0.05	23.44±4.60	<b>p&lt;0.05</b>		9.61±3.38	<b>p&lt;0.05</b>		16.44±2.71	p>0.05		20.94±3.13	p>0.05		
<b>Sınıf</b>																
Hazırlık	108	37.06±4.79		20.51±5.03			8.82±3.02			15.18±2.87			20.69±3.06			
1. Sınıf	73	36.66±6.69		22.42±5.01			10.12±3.00			15.45±3.06			21.53±3.88			
2. Sınıf	108	34.67±5.72	F= 3.28	22.31±4.53	F= 6.69		9.41±2.75	F=3.04		14.78±3.12	F= 1.70		20.67±3.46	F= 1.34		
4. Sınıf	66	35.73±7.20	<b>p&lt;0.05</b>	23.76±4.73	<b>p&lt;0.05</b>		9.71±3.16	<b>p&lt;0.05</b>		15.79±3.03	p>0.05		21.26±3.44	p>0.05		
<b>En Uzun Süre Yaşanılan Yeri</b>																
İl	163	36.95±6.35		22.31±4.63			9.57±2.79			15.58±3.21			21.16±3.58			
İlçe	105	35.86±6.40		22.09±5.38			9.56±3.51			15.00±2.85			20.93±3.66			
Köy	71	34.42±5.60	F= 2.44	21.68±4.94	F= 0.82		9.12±2.75	F= 1.20		14.72±2.65	F= 1.92		20.49±2.87	F= 0.64		
Yurt Dışı	16	37.56±4.90	<b>p&lt;0.05</b>	21.81±3.60	p>0.05		9.19±2.34	p>0.05		16.19±3.19	p>0.05		20.81±2.64	p>0.05		
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>																
2 Kişi	136	37.59±5.61		22.51±4.55			9.56±3.02			16.01±3.11			22.19±2.89			
3 Kişi	116	36.04±5.99		22.44±5.37			9.47±3.17			15.13±2.75			20.96±3.48			
4 Kişi	51	35.35±6.60	F= 2.65	22.73±5.23	F= 2.12		9.73±2.77	F= 0.44		14.57±2.62	F= 2.63		19.92±3.59	F= 4.93		
5 Kişi	52	34.98±6.37	<b>p&lt;0.05</b>	20.90±4.52	p>0.05		9.04±3.02	p>0.05		15.27±3.33	<b>p&lt;0.05</b>		20.50±3.47	<b>p&lt;0.05</b>		
<b>Şu Anda Nerede Kaldığı</b>																
Yurt	187	35.62±5.91		21.60±5.16			9.33±2.89			14.86±2.75			20.70±3.35			
Aile	116	36.92±6.21	F= 2.05	22.56±4.70	F= 1.66		9.66±3.10	F= 0.47		15.78±3.31	F= 3.39		21.31±3.62	F= 1.23		
Evde	52	35.35±5.97	p>0.05	22.56±4.53	p>0.05		9.33±3.12	p>0.05		15.29±3.19	<b>p&lt;0.05</b>		21.13±3.33	p>0.05		
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>																
Gelir Giderden Fazla	17	39.35±7.43		23.59±6.06			9.71±3.50			15.59±2.83			22.24±3.99			
Gelir Gidere Denk	211	36.13±5.92	F= 4.56	22.29±4.93	F= 3.30		9.41±3.07	F= 0.22		15.56±3.06	F= 5.20		21.04±3.29	F= 2.60		
Gelir Giderden Az	127	34.85±6.52	<b>p&lt;0.05</b>	21.08±5.01	<b>p&lt;0.05</b>		9.25±2.95	p>0.05		14.47±3.06	<b>p&lt;0.05</b>		20.40±3.89	<b>p&lt;0.05</b>		
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>																
Okur Yazar Değil	31	35.19±5.21		22.61±4.33			9.39±2.65			15.03±2.47			20.77±3.06			
İlkokul	195	35.87±6.05		21.51±4.94			9.13±2.88			14.98±2.87			20.89±3.48			
Ortaokul	70	36.81±6.24		22.71±5.26			9.81±3.25			15.57±3.34			21.13±3.26			
Lise	41	36.32±6.66	F= 0.63	22.27±4.52	F= 1.69		9.85±3.19	F= 1.46		15.63±3.58	F= 0.97		21.10±3.98	F= 0.11		
Y.Okul/Fakülte	18	35.00±4.98	p>0.05	23.94±5.09	p>0.05		10.39±3.09	p>0.05		15.89±2.95	p>0.05		21.11±3.27	p>0.05		
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>																
İlkokul	148	35.45±5.91		21.60±4.76			9.41±3.12			15.01±2.70			20.45±3.67			
Ortaokul	74	35.88±5.87		21.80±4.83			9.19±2.69			15.31±3.00			21.30±3.24			
Lise	76	37.33±6.03	F= 1.68	22.54±5.52	F= 1.33		9.45±3.01	F= 0.44		15.39±3.37	F= 0.46		21.28±3.52	F= 1.88		
Y.Okul/Fakülte	57	35.84±6.45	p>0.05	22.93±4.65	p>0.05		9.79±3.02	p>0.05		15.46±3.40	p>0.05		21.42±2.82	p>0.05		

Hemşirelik öğrencilerinin tüm tanıtıcı özelliklerinin her bir alt ölçekle ilişkisi aranmış, “kendini gerçekleştirme”, “sağlık sorumluluğu”, “egzersiz”, “beslenme” ve “kişilerarası destek” alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine yönelik olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; öğrencilerin yaş gruplarının sağlık sorumluluğu (17-19 yaş 20.11±4.75, 20-22 yaş 22.52±4.88, 23+↑ yaş 23.44±4.60, p<0.05) ve egzersiz (17-19 yaş 8.47 ±2.84, 20-22 yaş 9.70 ±2.96, 23+↑ yaş 9.61±3.38, p<0.05) alt ölçekleri ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Yaş arttıkça öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve egzersiz puanları buna paralel olarak artmaktadır. Sağlığı geliştirme modeline göre yaş arttıkça sağlığı geliştirme davranışları artmaktadır. Erci ve Sayan (1998) ile Aytan (1998) çalışmalarında yaş arttıkça olumlu sağlık davranışlarının da arttığını saptamıştır (Erci ve Sayan 1998, Aytan 1998).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf ile kendini gerçekleştirme (hazırlık 37.06±4.79, 1. sınıf 36.66±6.69, 2. sınıf 34.67±5.72, 4. sınıf 35.73±7.20 , p<0.05), sağlık sorumluluğu (hazırlık 20.51±5.03, 1. sınıf 22.42±5.01, 2. sınıf 22.31±4.53, 4. sınıf 23.76±4.73 , p<0.05) ve egzersiz (hazırlık 8.82±3.02, 1. sınıf 10.12 ±3.00, 2. sınıf 9.41±2.75, 4. sınıf 9.71±3.16, p<0.05) alt ölçekleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin aldıkları eğitim sonucunda; sağlıkla ilgili bilgilerinin artmasına paralel olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik daha fazla sorumluluk üstlendiklerini göstermekte ve hemşirelik öğrencilerinin aldıkları sağlık eğitiminin olumlu etkisi olarak düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaşamını en uzun süre geçirdikleri yer ile kendini gerçekleştirme (il 36.95±6.35, ilçe35.86±6.40, köy 34.42±5.60, yurt dışı 37.56±4.90, p<0.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Esin (1997) tarafından yapılan çalışmada yaşamının büyük bir kısmını büyük şehirde geçiren bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek bulunmuştur (Esin ve Erdoğan 1997). Bu sonuç, kent yaşamının öğrencileri olumlu yönde etkileyen bir uyaran olduğunu düşündürmektedir.

Ailedeki birey sayısı ile kendini gerçekleştirme (2 kişi 37.59±5.61, 3 kişi 36.04±5.99, 4 kişi 35.35±6.60, 5 kişi 34.98±6.37, p<0.05), beslenme (2 kişi 16.01±3.11, 3 kişi 15.13±2.75, 4 kişi 14.57±2.62, 5 kişi 15.27±3.33, p<0.05) ve kişilerarası destek (2 kişi 22.19±2.89, 3 kişi 20.96±3.48, 4 kişi 19.92±3.59, 5 kişi 20.50±3.47, p<0.05) alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Ailedeki birey sayısı arttıkça öğrencilerin kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek puanları buna paralel olarak düşmektedir. Erci ve Sayan (1998) tarafından yapılan çalışmada, ailedeki birey sayısının artması ile sağlık seviyesinin düştüğü saptanmıştır (Erci ve Sayan 1998).



Öğrencilerin kaldıkları yer ile beslenme alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (yurt  $14.86 \pm 2.75$ , aile  $15.78 \pm 3.31$ , evde  $15.29 \pm 3.19$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 3). Yurtta kalan öğrencilerin beslenme puanları, evde ve ailesi ile kalan öğrencilerden daha düşük olarak bulunmuştur. Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesini olumlu yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerden biri de aile olarak gösterilmektedir (Erdoğan ve ark. 1994). Fadiloğlu ve Zaybak (2002) yaptıkları benzer çalışmada, yurtta kalan öğrencilerin beslenme puanlarını akrabalarının veya ailesinin yanında kalan öğrencilere göre daha düşük bulmuştur (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Nahçıvan (1995) çalışmasında, aile ortamında kalan öğrencilerin öz-bakım güçlerini daha yüksek olarak saptamıştır (Nahçıvan 1995).

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumları ile kendini gerçekleştirme (gelir giderden fazla  $39.35 \pm 7.43$ , gelir gidere denk  $36.13 \pm 5.92$ , gelir giderden az  $34.85 \pm 6.52$ ,  $p < 0.05$ ), sağlık sorumluluğu (gelir giderden fazla  $23.59 \pm 6.06$ , gelir gidere denk  $22.29 \pm 4.93$ , gelir giderden az  $21.08 \pm 5.01$ ,  $p < 0.05$ ), beslenme (gelir giderden fazla  $15.59 \pm 2.83$ , gelir gidere denk  $15.56 \pm 3.06$ , gelir giderden az  $14.47 \pm 3.06$ ,  $p < 0.05$ ) ve kişilerarası destek (gelir giderden fazla  $22.24 \pm 3.99$ , gelir gidere denk  $21.04 \pm 3.29$ , gelir giderden az  $20.40 \pm 3.89$ ,  $p < 0.05$ ) alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3). Öğrencilerin gelir durumları arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları da artmaktadır. Fadiloğlu ve Zaybak'ın (2002) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin ailelerinin gelir durumları ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunması, bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (Fadiloğlu ve Zaybak 2002). Bu sonuç, bireyin ekonomik durumu ile olumlu sağlık davranışları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma sonucunda, araştırma kapsamını oluşturan hemşirelik öğrencilerinin;

- ◆ sağlığın geliştirilmesi ile ilgili sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğu,
- ◆ en çok uygulanan sağlık davranışının kişilerarası destek, en az uygulanan sağlık davranışının ise egzersiz olduğu,
- ◆ sağlık sorumluluğunun eğitim yılına paralel olarak yükseldiği,
- ◆ ailedeki birey sayısı ve ailenin gelir durumu ile sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarının genel puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, eğitim gördükleri sınıflar ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı,

- ◆ tanıtıcı özellikleri ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ◆ hemşirelik öğrencilerinin sağlığını geliştirmesine yönelik eğitim sürecinde aldığı bilgileri davranışa dönüştürme çabalarına yoğunlaşması,
- ◆ konu ile ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarda rol modeli oluşturulması,
- ◆ yapılacak çalışmalarda sağlık davranışına ilişkin bilginin davranışa dönüşememe nedenlerinin araştırılması önerilebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Aksayan S, Gözüm S (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 35-42.
2. Aytan AŞ (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
3. Barnfather JS (1991). Resructuring the role of school nurse in health promotion. Public Health Nursing 8(4): 234-238.
4. Duffly ME, Rossow R, Hernandez, M (1996). Correlates of health promotion activities in employed Mexican American women, Nursing research, 45(1): 18-24.
5. Erci B, Sayan A (1998). Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 427-433.
6. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN ve ark (1994). Sağlığı sürdürme, geliştirme ve hemşirelik. HB, 8(32): 28-35.
7. Esin MN (1999). "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği" nin Türkçe`ye uyarlanması. HB, 12(45): 87-96.
8. Esin MN, Erdoğan S (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Uluslar Arası Katılımlı. Çevik Matbaacılık, İstanbul, 342-347.
9. Esin N (1998) Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Adana.
10. Fadıoğlu Ç, Zaybak A (2002). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Raporu. İzmir.
11. Haddad L, Kane D, Rajacich D et al. (2004). A comparison of health practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. Public Health Nursing, 21(1): 85-90.
12. Hui WH (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J Prof Nurs., 18(2):101-11.

13. Johnson JL, et al (1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL, *Nursing Research*, 42(3): 132-137.
14. Johnson RL (2005). Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans, *Public Health Nursing*, 22(2): 130-137.
15. Lee RLT, Loke AJTY (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong, *Public Health Nursing*, 22(3):209-220.
16. Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood, JR (1994). Test of promotion model as a causal model of workers use of hearing protection. *Nursing Research*, 43, 151-157.
17. MacDonald MB, Laing GP, Faulkner RA (1994). The relationship of health-promoting behaviour to health locus of control: analysis of one baccalaureate nursing class. *Can J Cardiovasc Nurs.*, 5(2):11-8.
18. Naçivan N (1993). Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
19. Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 60-68.
20. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ (1987). The Health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.