

# LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI

\*Ümran SEVİL, \*\*Ayden ÇOBAN, \*\*\*Emel TAŞÇI

\*Doç Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

\*\*Araş. Gör. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa Sağlık Yüksekokulu, Manisa

\*\*\*Araş. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

Bu araştırma 24-26 Kasım 2004 tarihlerinde Ankara'da yapılmış olan I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu'nda (Uluslararası Katılımlı) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

## ÖZET

**Amac:** Bu araştırma, Karşıyaka Kız ve Anadolu Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, 03.11.2003-28.11.2003 tarihleri arasında Karşıyaka Kız ve Anadolu Meslek Lisesi'nden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 3 sınıfta, çalışmanın yapıldığı tarihlerde okulda olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 169 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Veriler, bireysel özellikleri içeren bir soru formu ve sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için de "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life - Style Profile)=HPLP" ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri, yüzdelik, ortalama, Independent Samples t Testi, One Way ANOVA ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması  $15.22 \pm 0.76$ , genel olarak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması ( $116.18 \pm 18.21$ ) orta düzeyde olduğu ve diğer alt gruplara oranla sağlık sorumluluğu alt grubundan en düşük puan aldıkları ( $19.85 \pm 4.61$ ) bulunmuştur. Öğrencilerin sınıf numarası arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının azaldığı ve aradaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P < 0.00$ ). Aile gelir durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının da yükseldiği ( $P < 0.05$ ), öğrencilerin beden kitle indeksine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $P > 0.05$ ).

**Sonuç:** Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlar kazanmaları için sağlık eğitim programlarının düzenlenmesi ve yürütülmesi gerekmektedir.

**Anabtar kelimeler:** Sağlığı geliştirme davranışları, lise öğrencileri, sağlık eğitimi

*Dirim 2006; 81 (3): 255-267*

*Yazışma Adresi: Araş. Gör. Ayden ÇOBAN Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu 45020 Manisa*

## ABSTRACT

**Objective:** This research was planned descriptively to investigate the health promoting behaviors and the factors affecting them of students attending to Karşıyaka Girls and Anadolu Trade School.

**Material and Methods:** Research was carried out with total 169 students who accepted to participate in research and who were present in school between the dates of 03-28 November 2003, in 3 classes of Karşıyaka Girls and Anadolu Trade School, which were determined by stratified random sampling method (N=193). Data were collected through a questionnaire containing individual characteristics and a Health Promoting Life-Style (HPLP) used to measure health-promoting behaviors. Data were assessed by means of percentage, median, independent sample t test and One-way ANOVA.

**Findings:** The mean age of students was  $15.22 \pm 0.76$  and their overall mean scores of Healthy Life-Style Behaviors were at medium level ( $116.18 \pm 18.21$ ) and when compared to other subgroups they received the lowest score from health responsibility subgroup ( $19.85 \pm 4.61$ ). It was identified that their mean scores of healthy life-style behavior decreased as their classroom numbers increased and the difference in between was highly significant ( $P < 0.00$ ). It was also determined that mean scores of healthy life-style behavior increased as the family income elevated ( $P < 0.05$ ) and no significant difference was found in the results of a statistical analysis performed among the scores of healthy

life-style behaviors according to the students body mass index ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** In order to gain health-promoting behaviors, high school students health education programs should be established and implemented.

**Key words:** *Health promoting behaviors, high school students, health education.*

## GİRİŞ

Sağlık ve sağlık bakımı insanların yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Sağlığın geliştirilmesinde, gelişmeyi sağlayıcı davranışlar anahtar rolü oynamaktadır. Son yıllarda yaşam tarzı ve bunun önemi fark edilmiş, sağlıklı ilgili davranışların değiştirilmesi ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir (1). Kişilerin yaşam tarzları ile birlikte sağlık risklerine karşı olan ilgi literatürde yer almaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı olarak bilinen, sağlığı geliştirme davranışları sağlığın korunması ve kolaylaştırılması için önemli stratejilerdir (2). Olumlu sağlık davranışları bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur (1). Sağlık davranışları sosyal normlar, kültür, toplu iletişim araçları, ulusal sağlık politikaları, fiziksel ve sosyal çevreden etkilenmektedir (3).

Bireyler farklı değer ve eğitim düzeylerine, farklı yaşam biçimlerine ve kültürlere sahip olduklarından sağlık gibi kavramlar farklı bireyler için farklı anlamlara gelebilmektedir (1). Bu farklı değer ve eğitim düzeyine

sahip bireylere ait olan ergenlik dönemi, çocuklukla yetişkinlik arasında yer alan, kendine özgü özellikleri ve sorunları olan bir devredir (4). UNESCO tarafından ergenlik dönemi 15-25 yaş dilimleri arasında gösterilmektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası dönem olarak tanımlanan adölesan dönemi; duyu, düşünce, davranış ve tutumun gelişme çabası, fizyolojik ve psikolojik değişimle sosyal olgunluğa hazırlanma dönemidir (5). Bu dönem ülkemizde kızlarda yaklaşık 10-12, erkeklerde 12-14 yaşları arasında başlamaktadır. Sosyo-ekonomik koşullar, sağlık, beslenme alışkanlığı gibi faktörler ergenliğin başlama yaşını da büyük ölçüde etkilemektedir (4).

Sağlık alışkanlıkları ve uygulamaları yaşamın erken döneminde yerleştiği için, çocuklar olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri için teşvik edilmelidirler. Bu nedenle okul çağındaki çocuklara, olumlu sağlık davranışları geliştirmelerine yardım etmek amacıyla daha fazla eğitim programları hazırlanmalı ve sunulmalıdır (6). Adölesanların sağlığı geliştiren davranışları benimsemesi ve uygulaması, uygun bilgiyi öğrenmesine ve kullanmasına bağlıdır. Çocuklara ve adölesanlara gerekli bilginin verilmesi, karar verme, başa çıkma ve topluma katılım becerilerinin öğretilerek güçlendirilmesi hemşirenin önemli rollerindedir (7).

Günümüzde sağlık hizmetleri çok yüksek harcamalar gerektirdiği için bireylerden sağlık sorumluluklarını üstlenmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uygun tutum sergilemeleri beklenmektedir. Bunun

için yapılması gereken şey insanları sağlıklarından sorumlu tutabileceğimiz nitelikte bilgi ve beceri sahibi kişiler olarak kılmaktır. Bunun için de bireysel ve toplumsal taramalarda öncelikle yapılması gereken; bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uygun tutum ve davranış sergileyip sergilemediklerini ve bunları etkileyen faktörleri saptamaktır (8).

Bu araştırma, Karşıyaka Kız ve Anadolu Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, “Karşıyaka Kız ve Anadolu Meslek Lisesi” öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Karşıyaka Kız ve Anadolu Meslek Lisesi’nden tabakalı örnekleme yöntemi ile 3 sınıf (hazırlık sınıfı, 9. sınıf, 10. sınıf) belirlenmiştir. Örnekleme alınan sınıflardaki toplam öğrenci sayısı 193’tür. Araştırma 03.11.2003 - 28.11.2003 tarihleri arasında okulda olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 169 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde stajları olan, üniversiteye hazırlanmak için raporlu olan ve devamsızlık yapan öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin çoğunluğunu 9. sınıf öğrencileri oluşturmuştur.

Veriler bireysel özellikleri içeren soru formu ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davra-

nışları Ölçeği (Health Promotion Life - Style Profile) = HPLP" ile toplanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlık Geliştirme Modeli'ni test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Esin (1998) tarafından yapılmıştır (9).

Ölçek toplam olarak 48 maddeden oluşmuştur, 6 alt grubu vardır. Alt grupları; kendini geliştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü Likert Tipli Ölçek üzerinde yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için bir, "bazen" yanıtı için iki, "sık sık" yanıtı için üç, "düzenli olarak" yanıtı için dört puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir (10, 11). Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Cronbach's Alfa katsayısı .90 bulunmuştur.

Öğrencilerin bireysel özelliklerine ilişkin soru formunda yer alan Beden Kitle İndeksi (BKİ) şu formüle göre hesaplanmıştır:  $Ağırlık (Kg) / Boy (m^2)$ . Bu formülle hesaplanan değer; 20'nin altında ise "zayıflık", 20-25 arasında ise "normal olma", 25'in

üzerinde ise "şişmanlık" olarak kabul edilmektedir (11).

Veriler SPSS for Windows 10.0 programına işlenerek; sayı ve yüzdelik, ortalama, Independent Samples t Test, One Way ANOVA ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması  $15.22 \pm 0.76$ , %69.2'si 9. sınıfta, boy uzunluk ortalaması  $163.51 \pm 6.98$  cm, vücut ağırlığı ortalaması  $50.32 \pm 8.23$  kg olarak belirlenmiştir. Beden Kitle İndeksine bakıldığında; %71.6'sının zayıf, %18.9'unun normal, %4.1'inin şişman olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ortalama olarak  $12.56 \pm 4.56$  yıl İzmir'de yaşamış oldukları, %55.0'nin annesinin eğitim düzeyinin ilkökul, %75.7'sinin annesinin ev hanımı, %50.9'unun babasının eğitim durumunun ortaokul-lise mezunu, %33.1'inin babasının serbest çalıştığı saptanmıştır.

Öğrencilerin %43.2'sinin aile gelir durumunun orta düzeyde ve ailelerindeki çocuk sayısı ortalama  $2.39 \pm 1.04$ , %79.9'unun çekirdek ailede yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %10.8'inin sigara, alkol vb. kullanımı olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin %95.9'unun sürekli ilaç kullanılmasını gerektirecek herhangi bir hastalığı bulunmazken, %42.6'sının ailesinden herhangi birinin sürekli ilaç kullanımının gerektiği saptanmıştır.

Öğrencilerin genel olarak toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden ortalama  $116.18 \pm 18.21$  puan aldıkları saptanmıştır. Çalışmada öğrencilerin diğer alt

**Tablo I: Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı**

ALT ÖLÇEKLER	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Genel X±SD
Kendini Gerçekleştirme	13-52	22-52	34.27±6.02
Sağlık Sorumluluğu	10-40	10-35	19.85±4.61
Egzersiz	5-20	5-20	10.27±2.95
Beslenme	6-24	7-24	14.33±3.23
Kişiler Arası Destek	7-28	10-28	19.60±3.75
Stres Yönetimi	7-28	10-28	17.83±3.68
TOPLAM	48-192	76-169	116.18±18.21

**Tablo II: Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları**

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		SAĞLIKLIL YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI			
		n	X±SD		P
SINIF	Hazırlık sınıfı	31	127.74±21.09	F=12.171	P<0.001
	9. sınıf	117	115.22±16.08		
	10. sınıf	21	104.47±16.16		
AİLE GELİR DURUMU	Çok iyi	14	124.28±15.36	F=4.504	P<0.01
	İyi	68	121.02±17.31		
	İdare eder	73	112.02±17.74		
	Kötü	12	108.25±19.86		
	Çok kötü	2	94.00±9.89		
BEDEN KİTLE İNDEKSİ	Zayıf	121	116.69±19.06	F=0.094	P>0.05
	Normal	32	115.28±16.27		
	Şişman	7	117.85±13.00		
MADDE KULLANMA DURUMU (Alkol, Sigara vb.)	Evet	21	113.23±14.38	t=0.791	P<0.05
	Hayır	148	116.60±18.69		

gruplara oranla sağlık sorumluluğu alt grubundan en düşük puan aldıkları (19.85±4.61) bulunmuştur (Tablo I).

Öğrencilerin sınıf numarası arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının azaldığı ve aradaki farkın ileri derecede

anamlı olduğu saptanmıştır ( $P<0.05$ ) (Tablo II).

Aile gelir durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının da yükseldiği ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P<0.05$ ) (Tablo II).

Madde kullanma (alkol, sigara vb.) alışkanlığı olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları  $113.23\pm 14.38$ , madde kullanma alışkanlığı olmayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları  $116.60\pm 18.69$  bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

Hazırlık sınıfı öğrencilerinin kendini gerçekleştirme alt ölçek puanları diğer öğrencilerin puanlarından anlamlı derecede yüksektir ( $P<0.05$ ) (Tablo III). Madde kullanma (alkol, sigara vb.) alışkanlığı olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme puanları madde kullanma alışkanlığı olmayan öğrencilerden düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $P<0.05$ ) (Tablo III).

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları sınıf numaraları arttıkça azalmakta ve aile gelir durumu arttıkça artmaktadır ( $P<0.05$ ) (Tablo III).

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre egzersiz alt ölçeği puanları en yüksek olan grup hazırlık sınıfı olarak saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

Çalışmaya katılan öğrencilerin aile tipine göre beslenme alt ölçek puanları incelendiğinde; en düşük puana sahip öğrencilerin parçalanmış ailede yaşayan öğrenci-

ler olduğu gözlenmiş, çekirdek ve geniş ailede yaşayan öğrencilerin puanları ile karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ( $P<0.05$ ) (Tablo III).

Öğrencilerin babalarının eğitim durumu yükseldikçe kişiler arası destek alt ölçek puanlarının da yükseldiği ve istatistiksel olarak da bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P<0.05$ ) (Tablo III).

Öğrencilerin sınıf numaralarına göre stres yönetimi alt ölçek puanları incelendiğinde; sınıf numarası arttıkça stres yönetimi alt ölçek puanlarının azaldığı belirlenmiştir ( $P<0.05$ ) (Tablo III).

Çalışmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi alt ölçek puanları ailelerinin gelir durumundan etkilenmiş olup, aile geliri çok kötü olan öğrencilerin puanları diğer gruplara göre anlamlı olarak en düşük bulunmuştur ( $P<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Adölesanlar, yaşamakta oldukları hızlı bedensel değişimlerini istedikleri yönde etkileme olanağına sahip olmadığını gö-rerek, daha olumlu bir beden algısı kazanmak amacı ile yanlış kararlar alabilmektedirler. Örneğin, zayıflamak için aç kalma, diyet ilaçları kullanma ve yediklerini kusarak çıkarma gibi sağlıksız yöntemlere başvurabilirler. Gençlerin adölesan dönemde beden imgelerine yönelik aşırı ilgileri, onların sağlıksız beslenmelerine hatta bazı beslenme bozukluklarının ortaya çıkmasına da yol açabilmektedir (5, 13). Bu çalışmada öğrencilerin %71.6'sının zayıf olması dikkat çekicidir.

**Tablo III: Öğrencilerin Bazı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçek Puan Ortalamaları**

ÖZELLİKLER		Kendini gerçekleştirme			
		n	X±'SD		P
SINIF	Hazırlık sınıfı	31	136.90±'6.81	F=7.103	0.001
	9. sınıf	117	34.21±'5.53		
	10. sınıf	21	30.71±'5.78		
MADDE KULLANIMI	Hayır	148	34.63±'6.02	t=2.100	0.037
	Evet	21	31.71±'5.46		
		Sağlık Sorumluluğu			
		n	X±'SD		P
SINIF	Hazırlık sınıfı	31	22.25±'5.47	F=7.011	0.001
	9. sınıf	117	19.59±'4.12		
	10. sınıf	21	17.76±'4.61		
		Beslenme			
		n	X±'SD		P
AİLE TİPİ	Çekirdek aile	135	14.75±'3.15	F=5.809	0.001
	Geniş aile	19	13.26±'3.39		
	Parçalanmış aile	15	11.00±'1.54		
		Kişiler arası destek			
		n	X±'SD		P
BABANIN EĞİTİM DURUMU	Hazırlık sınıfı	4	19.50±'2.51	F=4.418	0.002
	Okur-yazar	2	19.00±'2.82		
	İlkokul mezunu	69	18.26±'3.64		
	Ortaokul-lise mezunu	86	20.61±'3.53		
	Y.okul/fakülte mezunu	6	21.33±'5.00		
		Stres yönetimi			
		n	X±'SD		P
SINIF	Hazırlık sınıfı	31	20.03±'4.56	F=8.939	0.000
	9. sınıf	117	17.56±'3.27		
	10. sınıf	21	16.09±'3.09		

Özbaşaran ve ark.'nın (2004) çalışmalarında öğrencilerin %50.4'ünün zayıf, %45.8'inin normal, %3.8'inin şişman olduğu saptanmıştır (14). Araştırma sonuçlarındaki farklılığın yaş gruplarından ve yaşadıkları ortamdaki kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada öğrencilerin %75.7'sinin annesinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Özbaşaran ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin % 80.2'sinin annelerinin ev hanımı; %54.9'unun annesinin, %34.7'sinin babasının ilköğretim mezunu oldukları saptanmıştır (14).

Öğrencilerin %79.9'unun çekirdek ailede yaşadıkları belirlenmiştir. Çeşitli sağlık davranışlarının ailede kazanıldığı ve özellikle anne ve babaların bu konuda örnek model olduğu düşünüldüğünde çekirdek ailenin önemi anlaşılmaktadır. Özbaşaran ve ark.'nın yaptıkları çalışmada öğrencilerin %89.6'sının çekirdek aile tipinde oldukları saptanmıştır (14).

Çalışmaya katılan 21 öğrencinin sigara, alkol vb. kullanım alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Adölesanlar, madde kullanmaya başlama açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadırlar (15). Madde kullanımına ne kadar erken yaşta başlanırsa, bağımlılık gelişme riski de o oranda artmaktadır. Bu nedenle, madde kullanımına zemin hazırlayan faktörlerin bilinmesi ve bunların azaltılması yönünde çaba gösterilmesi gerekmektedir. Bu çabaların başında, toplumun eğitimi gelmektedir (16). Günümüzde madde kullanımının kişi, aile ve toplum üzerinde yarattığı tehlikelere yönelik ilgi artışı olduğu bilinmektedir (15). İnsanlık ve sağlık sorunu haline gelen

çeşitli maddelerle mücadele etmeye yönelik, yaptırım gücü olan ortak çalışmalar, uluslararası düzeyde gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık elemanları, toplumun eğitiminde ve madde kullanımının engellenmesinde anahtar role sahiptir (17). Birçok ülkede gençler arasında, yasa dışı madde kullanım prevelansı artmıştır. Gençler tarafından uyuşturucu kullanımının bazı olumsuz sonuçları, bağımlılık, aşırı dozdan ölme, kazalar, fiziksel ve psikolojik zarar ve erken ölümlerdir (18).

Soyer'in ergenlerle yaptığı çalışmada ergenlerin %25.8'inin alkol, %3.7'sinin keyif verici ve uyuşturucu madde kullandığı saptanmıştır (19). Kara ve arkadaşlarının (2003) Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinin sağlık açısından riskli davranışlarını inceledikleri çalışmada; öğrencilerin %15.4'ünün düzenli sigara içtikleri saptanmıştır (20).

Öğrencilerin genel olarak toplam Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden ortalama 116.18±18.21 puan aldıkları saptanmıştır. Özbaşaran ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise, öğrencilerin Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden ortalama 120.17±15.83 puan aldıkları saptanmıştır (14). Altun'un "Kocaeli'nde Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma"ında katılımcıların Sağlıkli Yaşam Biçim Davranışları Ölçeğinden ortalama 122.085±19.83 puan aldıkları belirlenmiştir (8). Erci'nin "Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri" isimli çalışmalarında katılımcıların Sağlıkli Yaşam



Biçim Davranışları Ölçeğinden ortalama 121.5±20.9 puan aldıkları saptanmıştır (10). Sonuçlardaki farklılık grupların farklı özelliklerde olmasından kaynaklanmış olabilir. Öğrencilerin sınıf numarası arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir. Soyer ve Avcı'nın lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin sınıf durumları ile sağlık davranış puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (21). Spear ve Kulbok'un (2001) belirttikleri gibi, Boehm'in (1993) yaptığı çalışmada öğrencilerin sınıfları ile sağlık davranışları arasında ilişki saptanmıştır (22). Literatürde sağlık davranışlarının yaşla ilgili olduğu söylenmekte ve 7-12. sınıflarla yapılan çalışma sonuçları, yaş arttıkça riskli davranış sayısı ve risk puanının arttığını göstermektedir (7).

Aile gelir durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının da yükseldiği belirlenmiştir. Krick ve Sobal'in yaptıkları çalışmada adölesanların sağlık davranışları ile gelir durumu arasında ilişki saptanmıştır (24). Toplumun sağlık düzeyi ve ekonomik gelişmişlik arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Ekonomik gelişmesini belirli bir düzeye getirmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı için, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir (25).

Madde kullanma (alkol, sigara vb.) alışkanlığı olan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları 113.23±14.38, madde kullanma alışkanlığı olmayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamaları 116.60±18.69 bulunmuştur. Bu sonucun madde kullanmaya başlama kriterleri ve maddenin

yaşam üzerindeki etkisinden dolayı çıktığı düşünülmektedir. Spear ve Kulbok'un (2001) belirttikleri gibi Chassin'in yaptıkları çalışmada adölesanların sigara içmesi ile sağlık davranışları arasında ilişki saptanmıştır (22). Engels ve Bogt'un (2001) çalışmasında; adölesanların olumlu akran ilişkilerinin sağlık davranışlarını iyi yönde etkiledikleri belirtilmektedir (26). Sigara içme alışkanlığı, günümüzde insan sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri nedeniyle acil ve etkin önlemler alınmasını gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur (27). Sigara kullanımının zararlı etkilerinin geniş çapta bilinmesine rağmen, birçok genç, adölesan dönemde sigara kullanmaya başlamaktadır (18). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre; sadece Avrupa'da 1999 yılında, 15-29 yaş arası genç insanlar arasında alkol tüketimi, 55.000'den fazla ölümden sorumlu tutulmaktadır (29). 14 yaş ve altında alkol kullanmaya başlayan gençlerin, 20 yaş ve üstünde alkol kullanmaya başlayan gençlere göre bağımlı olma olasılığı 4 kez daha fazladır. Lise öğrencilerinin yaklaşık olarak 1/3'ünün 13 yaşından önce alkol kullanmaya başladıkları belirtilmektedir. Bu sonuçlara göre öğrenciler alkol kullanımıyla ilgili gelecekte gelişecek problemler için risk altındadır (30). Spear ve Kulbok'un (2001) belirttikleri gibi Rossow ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada adölesanların madde kullanımı ile sağlık davranışları arasında ilişki saptanmıştır (22).

Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları sınıf numaraları arttıkça azalmakta ve aile gelir durumu arttıkça artmaktadır. Sınıf numaraları arttıkça adölesanların

yaşları da arttığı için bilinç düzeyi ile bağlantılı olarak sağlık sorumluluklarını kendilerinin üstlendikleri, adölesanların yaşları ilerledikçe daha bağımsız hareket ettikleri, fakat kendi sağlık sorumluluklarını yeterince yerine getiremedikleri düşünülebilir.

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre egzersiz alt ölçeği puanları en yüksek olan grup hazırlık sınıfı olarak saptanmıştır. Bu sonucun öğrencilerin sınıf numaraları artıkça üniversite sınavına hazırlanmaları ve derslerinin daha ağır olmasından dolayı, egzersize vakit bulamadıklarından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin aile tipine göre beslenme alt ölçek puanları incelendiğinde; en düşük puana sahip öğrencilerin parçalanmış ailede yaşayan öğrenciler olduğu görülmektedir. Sonuçlarda da aile desteğine sahip olmayan parçalanmış aileye sahip olan adölesanların daha düşük beslenme alt ölçek puanına sahip oldukları ve ailenin sağlıklı beslenme konusunda çocuklara verdiği desteğin önemi görülmektedir. Parçalanmış ailede yaşayan çocukların ise yeterli desteğe sahip olmadıkları düşünülebilir. Spear ve Kulbok'un (2001) çalışmalarında da aile ile yaşamanın adölesanların sağlık davranışlarını etkilediği saptanmıştır (22).

Öğrencilerin babalarının eğitim durumu yükseldikçe, kişiler arası destek alt ölçek puanlarının da yükseldiği görülmektedir. Dent ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1993), baba eğitiminin ve baba ilgisinin adölesanların sağlık davranışlarını etkilediği saptanmıştır (28). Soyer ve Avcı'nın

yaptıkları çalışmada ise baba eğitim durumuna göre sağlık davranış puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (21).

Çalışmaya katılan öğrencilerin stres yönetimi alt ölçek puanları ailelerinin gelir durumundan etkilenmiş olup, aile geliri çok kötü olan öğrencilerin puanları diğer gruplara göre anlamlı olarak en düşük bulunmuştur. Ailenin gelir durumunun düşük olmasının ailenin bütün üyelerinin stres düzeyini etkilediği ve öğrencilerin stres yönetimi alt ölçek puanlarının düşük olmasına yol açtığı söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin genel olarak toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden ortalama  $116.18 \pm 18.21$  puan aldıkları saptanmıştır. Kendini gerçekleştirme alt grubundan  $34.27 \pm 6.02$ , sağlık sorumluluğu alt grubundan  $19.85 \pm 4.61$ , egzersiz alt grubundan  $10.27 \pm 2.95$ , beslenme alt grubundan  $14.33 \pm 3.23$ , kişiler arası destek alt grubundan  $19.60 \pm 3.75$ , stres yönetimi alt grubundan  $17.83 \pm 3.68$  puan almışlardır. Çalışmada öğrencilerin diğer alt gruplara oranla sağlık sorumluluğu alt grubundan en düşük puan aldıkları ( $19.85 \pm 4.61$ ) bulunmuştur.

Öğrencilerin sınıf numarası arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış puan ortalamalarının azaldığı ve aradaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ( $P < 0.05$ ). Aile gelir durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının da yükseldiği ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $P < 0.05$ ). Öğrencilerin beden

kitle indeksine göre sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $P>0.05$ ). Öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları sınıf numaraları arttıkça azalmakta ve aile gelir durumu arttıkça artmaktadır ( $P<0.05$ ). Öğrencilerin buldukları sınıflara göre egzersiz alt ölçeği puanları en yüksek olan grup hazırlık sınıfı olarak saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

Öğrencilerin sınıf numaralarına göre stres yönetimi alt ölçek puanları incelendiğinde; sınıf numarası arttıkça stres yönetimi alt ölçek puanlarının azaldığı belirlenmiştir ( $P<0.05$ ).

Okullarda geleneksel sağlık eğitim programları az ya da orta derecede başarı ile gerçekleştirilmektedir. Okul ortamında yapılan eğitim programları gözle görülebilir pozitif sağlık davranışlarına yol açmaktadır (31). Uygur yaşam kapsamı içinde eğitimin temel amacı birey ve toplumların çağdaş refah ölçütlerine ulaştırılmasıdır. Sağlık elemanları, toplumun eğitiminde anahtar role sahiptir. Günümüz hemşireliğinin temel rollerinden biri olan eğitici rolünün amacı ise; birey, aile ve topluma sağlıklarını geliştirecek ve koruyacak bilgi, tutum ve davranışları gereksinmelerine uygun ve planlı bir şekilde kazandırmaktır. Sağlıklı yaşam biçimi geliştirmeye yönelik her türlü girişimin temeli sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi bireylerin kişisel, ailesel ve toplumsal iyiliklerine yönelik olumlu davranışlarını, yeterliliklerini geliştiren ve onların doğru kararlar almasını destekleyen etkinliklerini, entelektüel, psikolojik, sosyal

boyutları içine alan bütüncül bir süreçtir. Hemşire bu süreç içinde anahtar nitelikte bir konuma sahiptir (7, 17, 32).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlar kazanmaları için sağlıklı ilgili eğitim ve sağlık hizmeti veren kurumların işbirliği yaparak öğrencilere yönelik sağlık eğitim programlarının düzenlenmesi ve yürütülmesi,
- Sağlık eğitim programlarında özellikle öğrencilerin daha düşük puan aldıkları alanlara ağırlık verilmesi önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Şahin B. Sağlık Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış, Sağlık ve Toplum, 1999; 9(3): 3-12.
2. Haddad L, Kane D, Rajacich D, Cameron S, Al-Ma'aitah R. Comparison of Health Practices of Canadian and Jordanian Nursing Students, Public Health Nursing, 2004; 21(1): 85-90.
3. Hawks SR, Madanat HN, Merrill RM, Goudy MB, Miyagawa TA. Cross-Cultural Comparison of Health Promoting Behaviors Among College Students, The International Electronic Journal of Health Education, 2002; 5: 84-92.
4. Akduman S, Bolşık B, Sönmez S. Sağlıklı Ergenlerin Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu, 2004; 7(1): 17-22.
5. Bağcı T, Tabuk O. H.Ü. Halk Sağlığı Sağlık Yönetimi Programı, Toplum Beslenmesi Semineri, Adölesan Beslenmesi, Ankara, 1999.
6. Özbaşaran F, (Çakmakçı) Çetinkaya A.

Öğretmenlerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, *The First Regional Meeting of The Asian Pacific Organization for Cancer Prevention Kongre Kitabı*, 14-16 Ekim 2003.

7. Çimen S. Adölesan Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü, *III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı*, İzmir, 2005: 131-135.

8. Altun İ. Kocaeli'nde Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma, *Sağlık ve Toplum*, 2002; 12(3): 41-5.

9. Esin MN. Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, *VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 1998: 52-55.

10. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000; 3(1): 10-16.

11. Yetkin A, Uzun Ö. Eğitimi Sağlıkla İlgili Olan ve Olmayan Yüksekokul Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Karşılaştırılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 3(2): 3-10.

12. Baysal A. Beslenme, VI. Baskı, Hatipoğlu yayınevi, 1996, Ankara.

13. Licence K. Promoting and Protecting The Health of Children and Young People, *Child Care, Health and Development*, Nov. 2004; 30(6): 623.

14. Özbaşaran F, Çoban A, Bora Y, Kaymaz A, Solar M, Kuş K. Yurtta Kalan ve Eğitimi Sağlıkla İlgili Olmayan Kız Öğrencilerin Sağlık Davranışlarının

Değerlendirilmesi, *III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı*, 29-30 Nisan 2004, Edirne.

15. Tamar D, Ögel K. Ergenlik Döneminde Madde Kullanımı, *Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1997.

16. Cimete G. Adölesanlarda Madde Kullanımı, *Hemşirelik Forumu*, 2000; 5(1), 2-9.

17. Akın M. Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Sağlık Eğitim Gereksinimleri, *Bağımlılık Dergisi*, 2000; 1:1, 1-7.

18. Prevention and Care of Illness Adolescents, [http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescents\\_substance.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescents_substance.htm), 28.10.2005.

19. Soyer M. Ergenlerin Sağlık Davranışı Geliştirme Durumları, 8. Halk Sağlığı Günleri, 23-25 Haziran 2003, Sivas.

20. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Sevim GA. Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003; 46(1): 30-37.

21. Soyer M, Avcı S. Sağlık Bilgisi Dersinin Lise Öğrencilerinde Sağlık Bilgisi ve Sağlık Davranışı Geliştirmeye Etkisi, 8. Halk Sağlığı Günleri, 23-25 Haziran 2003, Sivas.

22. Spear HJ, Kulbok AP. Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review, *Public Health Nursing*, 2001; 18(2): 82-93.

24. Krick JP, Sobal J. Relationships Between Health Protective Behaviors, *Journal of Community Health*, 1990; 15(1): 19-34.

25. Taban S. Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik

*Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi*  
<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/01-01.pdf>, 4.1.2006.

26. Engels Rutger CME, Bogt T. *Influences of Risk Behaviors on the Quality of Peer Relations in Adolescence*, *Journal of Youth and Adolescence*, Aralık 2001; 30(6): 675-695.

27. Temel A, Dilbaz N, Bayam G, Dr. Okay T, Şengül C. *Bir Eğitim Hastanesinin Sağlık Personelinde Sigara Alışkanlığı, Bırakma Sıklığı ve Bağımlı Kişilik Özelliklerinin İlişkisi*, *Bağımlılık Dergisi*, 2004; 5(2): 1-6.

28. Dent CW, Galaif J, Sussman S, Stacy A. *Demographic, Psychosocial and Behavioral Differences in Samples of Actively and Passively Consented Adolescents*, *Addictive Behaviors*, 1993; 18: 51-56.

29. *Global Status Report on Alcohol* World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, 2004, p. 1-2.

30. D'Amico JE. *Factors That Impact Adolescents' Intentions to Utilize Alcohol-Related Prevention Services*, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2005; 32(3): 332-340.

31. McLellan L, Rissel C, Donnelly N, Bauman A. *Health Behavior and the School Environment in New South Wales, Australia*, *Social Science and Medicine*, 1999, 49; 611-619.

32. Bulut A, Nalbant H, Çokar M. *Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi UNFPA TUR/03/01.07/PO7, Ergenler ve Sağlık Durum Raporu*, Ankara, 2002.