

Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeğinin Geliştirilmesi: Metodolojik Çalışma

Developing Promotive and Protective Health Behaviors Scale: Methodological Study

Nalan BOSTAN,^a
Özlem ÖRSAL,^a
Engin KARADAĞ^b

^aHemşirelik Bölümü,
Halk Sağlığı Hemşireliği AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu,
^bİlköğretim Bölümü, Eğitim Yönetimi,
Teftişi, Planlaması ve Ekonomisi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eğitim Fakültesi,
Eskişehir

Geliş Tarihi/Received: 22.08.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 24.02.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nalan BOSTAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü,
Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Eskişehir,
TÜRKİYE/TURKEY
nbostan3@hotmail.com

doi: 10.5336/nurses.2014-41578

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlığın geliştirilmesi ve korunması davranışlarını saptamaya yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmektir. **Gereç ve Yöntemler:** Metodolojik tipteki çalışma 2013-2014 güz döneminde bir üniversitenin Sağlık Yüksekokulunda öğrenim görmekte olan 117 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma altı aşamada yürütülmüştür. Bunlar; (i) madde havuzu oluşturma, (ii) içerik geçerliği (uzman görüşü alma), (iii) ölçeği uygulama, (iv) madde-toplam korelasyonları, (v) yapı geçerliği (doğrulayıcı faktör analizi), (vi) iç tutarlılık belirleme aşamalarıdır. **Bulgular:** Ölçeğin madde-toplam korelasyonlarında elde edilen korelasyon katsayıları 0,25-0,56 arasındadır. Çalışma kapsamında yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçek için oluşturulan modele uygun uyum iyiliği indeksleri (RMSEA=0,05, $\chi^2/df=1,38$), ölçek için önerilen modelin uygun olduğunu göstermektedir. Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeği fiziksel, psikososyal ve korunma olmak üzere üç alt boyuttan ve 24 maddeden oluşmaktadır. Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda 0,61-0,76 arasında ve ölçeğin geneli için 0,83 olarak saptanmıştır. **Sonuç:** Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin kabul edilebilir düzeyde geçerlilik göstergeleri olduğu ve yeterli güvenilirlik katsayılarına sahip bir ölçme aracı olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık desteğinin geliştirilmesi; sağlık tutumu

ABSTRACT Objective: The purpose of this study is to develop a valid and reliable tool for detection health promotion and protection behaviors. **Material and Methods:** This study has a methodological design and data were collected from 117 students who are studying at a School of Health in the fall semester of 2013-2014 Academic Year. The study was conducted in six phases. These are (i) forming item pool, (ii) content validity (assessment of expert), (iii) scale applications, (iv) item-total correlations, (v) construct validity (confirmatory factor analysis), (vi) internal consistency determination phase. **Results:** Correlation coefficient which obtained in item total correlations of scale is between 0.25 to 0.56. According to results of confirmatory factor analysis which conducted during the study, goodness of fit index to model showed that the proposed model was appropriate for the scale (RMSEA=0.05, $\chi^2/df=1.38$). Promotive and protective health behaviors scale is composed of 24 items and three sub dimensions including physical, psychosocial, protection. Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.61 and 0.76 in the sub dimensions of the scale and was found to be 0.83 for total scale. **Conclusion:** Results indicate that promotive and protective health behaviors scale is an acceptable level of validity indicators and with sufficient reliability coefficients.

Key Words: Health promotion; health behavior

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(2):102-11

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli” olarak tanımlamaktadır. Tanımda bahsedilen iyi olma durumu; kişinin aktivitelerden aldığı doyum, dengeli bir beslenme düzeyinin olması,

kişilerle olumlu ilişkiler kurabilmesi, stresle başa çıkabilmesi ve bir yaşam amacının olmasıyla açıklanır.

Sağlığı geliştirme; bireylerin farkındalığını güçlendirerek tutumlarını etkiler ve alternatiflerini belirler. Böylece kişilerin, fiziksel ve sosyal çevrelerini düzeltmeleri için bilinçli seçimler yapmalarını, bu süreç içerisinde davranışlarını değiştirmelerini, optimal fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyine ulaşmalarını sağlar.

Sağlığın korunması; biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin olumlu hâle getirilmesidir. Bu durum ayrıca, kişinin sağlığına yönelik önlemlerin ihmal edilmemesi sonucunu sağlayabilir.^{1,2}

Sağlığı geliştirme ve korumada bahsedilen fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık bileşenleri “bütüncül sağlık” anlayışını vurgular ve bu bileşenler arasındaki dinamik denge de “optimal sağlık” olarak tanımlanır. Egzersiz, beslenme ve öz bakım gibi kavramları içeren “fiziksel sağlık” alanında kişi, temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir. Duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sevgi, umut, yardımseverliği içeren “ruhsal sağlık” alanı bireyin duygu, düşünce ve davranışları sayesinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Toplumlar, aileler, arkadaşlar, eğitim, başarı, kariyer gelişimi kavramlarından oluşan “sosyal sağlık” alanı ise bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, aile içi ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkilerini, yaşamını ve gelişimini etkileyen dernek, tiyatro, sinema gibi sosyal uğraşlarının olması durumunu içerir.^{1,2}

Optimal sağlığa ulaşmada, sağlığı geliştirme ve koruma önemli olup, sağlığı geliştirme konusuna ilgi artmıştır. Sağlığı geliştirmeye artan ilginin beş farklı nedeni gündemdedir. Bunlar; 1) Sağlığın olumlu hâle getirilmesi ve yaşam kalitesinin artması, 2) Kişilerin kendi yaşamlarını kontrol altına alma isteklerinin artması, 3) Sağlık eğitimiyle ilgili geleneksel stratejilerin etkisinin sınırlı olması, 4) Birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, 5) Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkinin zayıflığına yönelik artan bilimsel kanıtlardır. Bir başka deyişle sağlığı geliştirme; kişilerin sağlıklarını yükseltmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerin-

deki kontrollerini artırmalarının olanaklı hâle gelmesini sağlayacak süreç olarak tanımlanır.^{1,2} Bu sürecin sonucu da “sağlık davranışları”dır.

Sağlık davranışları bir tek teoriyle ya da modelle açıklanamaz. Modeller bir veya birden fazla teoriye dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlayarak, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılır. Sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde kullanılan bireysel ve bireyler arası sağlık davranışıyla ilgili sosyal-bilişsel modeller, grup ve toplum modelleri vardır.³

Pender’in geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser. Cox tarafından geliştirilmiş olan Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM), hemşirelik temelli, birey merkezli, çevresel faktörlerle birlikte bireysel özellikleri inceleyerek sağlık davranışları hakkında son bilgilerin öğrenilmesine izin veren bütüncül bir sağlık davranış modelidir. Koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılan Champion’un Sağlık İnanç Modeli (SİM)’nin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışları belirleyicilerinin öngörülmesidir. James Prochaska (1982) tarafından geliştirilmiş olan “Transteorik Model” ise, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimleri kullanması gerektiğini savunur.⁴⁻⁸ Bahsedilen dört modelin birlikte ele alınmasıyla hem sağlığı geliştirme davranışları ve hem de sağlığı koruma davranışları ortaya çıkabilir.

Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği, Sağlığın Önemi Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği gibi ölçekler literatürde bulunmaktadır. Ancak, ülkemizde sağlığı geliştirmeye yönelik bu ölçeklerin çevirilerini ele alan çalışmalar olsa da; sağlığı koruma kavramını içine alan ölçeğe rastlanmamıştır.^{4,9} Çalışma, bireyler için son derece önemli olan mevcut sağlık durumunun korunması ve var olan sağlık durumunun daha ileriye götürülmesini bir arada ele aldığı için literatüre katkı sağlayacaktır. Çünkü sağlığı koruma ve geliştirme

kavramları birbiriyle bir bütün olup birlikte ele alınmalıdır. Bu kavramların bütüncül bir yaklaşımla ele alınması beklenen sağlık davranışlarının ortaya çıkmasını sağlamaktadır.^{10,11}

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarının birbiriyle bir bütün olması ve bu iki kavramı birlikte ele alan ölçeğe literatürde rastlanmaması nedeni ile çalışma sağlığın geliştirilmesi ve korunması davranışlarını belirlemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmek amacıyla yapılmıştır. “Ölçek maddelerinin faktör yükü yeterince yüksek ve anlamlı mıdır?” “Ölçek maddelerinin güvenilirliği (iç tutarlılığı) yeterince yüksek midir?” sorularına bu çalışmada yanıt aranmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Metodolojik çalışmanın evreni, 2013-2014 Eğitim-Öğretim yılında Ege Bölgesi’ndeki bir üniversitenin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü üçüncü ve dördüncü sınıflarında öğrenim gören 220 öğrenciden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemini %5 hata payıyla, %90 güven aralığında 122 olarak hesaplanmıştır. Hazırlanan 45 maddeli ölçek Kasım 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 117 (%95,9) öğrenciye uygulanmıştır. Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) katsayısına ve Bartlett Küresellik testine bakılmıştır.

DIŞLAMA KRİTERLERİ

Adolesan dönemden yeni çıkmaları ve sağlık konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları sebebiyle hemşirelik birinci ve ikinci sınıf öğrencileri çalışmaya dâhil edilmemiştir.

ETİK İLKELER

Çalışmada, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri temel alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumdan izin alınmış ve katılımcılardan bilgilendirilmiş olur formu toplanmıştır.

ÖLÇEK TASLAĞININ OLUŞTURULMASI

Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği (SGKDÖ) hazırlama çalışmasında; Pender’in SGM, Cox’un SDEM, Champion’un SİM, Prochaska ve

Diclemente’nin Transteorik Modeli olmak üzere dört modelin teorik alt yapısı temel alınmıştır.

SGM ve Transteorik Model, ölçeğin fiziksel ve psikososyal sağlığı geliştirme boyutunda; SİM ve SDEM ise ölçeğin sağlığı koruma boyutunda rehber olarak alınmıştır. Çalışmada incelenen bu dört model doğrultusunda 45 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur. Havuzdaki maddeler sistemli bir hâle getirildikten sonra alanında uzman olan beş öğretim üyesine değerlendirilmek üzere gönderilmiştir. İçerik geçerliliği ile ilgili yapılan diğer işlemler içerik geçerliliği bölümünde ayrıntılı olarak verilmiştir.

Beşli likert tipinde tasarlanan ölçek, “Asla 1”, “Çok seyrek 2”, “Bazen 3”, “Çoğunlukla 4”, “Her zaman 5” şeklinde derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçekten düşük puan alan kişinin sağlığı geliştirici (düzenli egzersiz yapma; yeme, içme gibi fizyolojik gereksinimlerini karşılama; kendisine ve çevresine zaman ayırma gibi) ve koruyucu davranışlar göstermediği düşünülebilecektir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 14.0 ve LISREL 8.51 paket programları kullanılmıştır. Geçerlilik analizleri (kapsam geçerliliği ve doğrulayıcı faktör analizi) ve güvenilirlik testleri (madde analizi, korelasyon ve Cronbach alfa değeri) yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların %69,2 (n=81)’si kadın, %30,8 (n=36)’i erkektir ve yaşları 20-24 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $21,49 \pm 1,32$ yıldır. Öğrencilerin %54,7’si üçüncü sınıfta, %45,3’ü dördüncü sınıfta öğrenim görmektedir.

1. İÇERİK (KAPSAM) GEÇERLİLİĞİ

İçerik geçerliliğinde ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca hizmet edip etmediği ölçeği geliştiren kişilerin kendilerine değil, uzman kararlarına bırakılmıştır. Bu nedenle halk sağlığı, halk sağlığı hemşireliği, halk eğitimi, eğitim yönetimi ve eğitimde ölçme değerlendirmeden birer uzman

olmak üzere toplam beş uzman tarafından ölçek maddeleri içerik geçerliliğinin kavramsal çerçeveye uygunluğu değerlendirilmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

2. MADDE ANALİZİ

SGKDÖ'de yer alan 45 maddenin, madde silindiğinde ölçek ortalaması, madde silindiğinde ölçek varyansı, düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek Cronbach alfa değeri değerlendirmeye alınmıştır. Beş kez yapılan korelasyona dayalı madde analizi sonuçlarına göre; madde ölçek korelasyon değerleri 0,0 korelasyon gösteren toplam altı madde, 0,1 korelasyon gösteren toplam 10 madde ve 0,2 korelasyon gösteren toplam beş madde olmak üzere ölçek korelasyonu

düşük görülen 21 madde ölçekten çıkarılmıştır. Çıkarılan 21 madde sonucunda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79'dan 0,83'e yükselmiştir. Kalan 24 maddenin madde toplam korelasyonlarında elde edilen korelasyon katsayıları 0,25-0,56 arasındadır. Tablo 1'de, kalan 24 maddenin, madde silindiğinde ölçek ortalaması-varyansı, düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek Cronbach alfa değerleri görülmektedir.

3. YAPI GEÇERLİĞİ-DOĞRULAYICI FAKTÖR ANALİZİ

Doğrulayıcı faktör analizi için ölçeğin KMO değeri 0,71 olarak saptanmıştır. Ayrıca, Barlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde ki-kare (χ^2) değeri 698,91 ve $p=0,00$ olarak bulunmuştur. Tablo 2'de ölçeğin faktör analizi uygunluğuna ilişkin veriler görülmektedir.

TABLO 1: Kalan 24 maddenin madde silindiğinde ölçek ortalaması-varyansı ve düzeltilmiş madde toplam korelasyonları ve madde silindiğinde ölçek alfası.

Madde no	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde toplam korelasyonları	Madde silindiğinde ölçek alfası
Madde 1	80,94	100,45	0,34	0,82
Madde 2	81,75	101,53	0,27	0,82
Madde 3	81,01	102,06	0,28	0,82
Madde 4	80,97	100,56	0,30	0,82
Madde 5	80,45	98,59	0,30	0,82
Madde 6	79,65	102,12	0,43	0,82
Madde 7	80,90	99,70	0,36	0,82
Madde 8	81,92	102,41	0,25	0,82
Madde 9	80,96	101,58	0,27	0,82
Madde 10	80,08	101,37	0,32	0,82
Madde 11	80,80	99,21	0,36	0,82
Madde 12	80,70	100,84	0,29	0,82
Madde 13	80,92	98,10	0,39	0,82
Madde 14	81,02	98,09	0,38	0,82
Madde 15	80,34	100,74	0,41	0,82
Madde 16	80,32	99,10	0,49	0,82
Madde 17	80,67	100,15	0,33	0,82
Madde 18	80,28	96,72	0,48	0,81
Madde 19	80,73	97,73	0,48	0,82
Madde 20	80,42	101,47	0,32	0,82
Madde 21	80,49	98,63	0,49	0,82
Madde 22	80,74	96,91	0,50	0,81
Madde 23	80,73	93,99	0,56	0,81
Madde 24	80,02	100,87	0,39	0,82

TABLO 2: Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin faktör analizi uygunluğuna ilişkin veriler.

Kaiser-Mayer-Olkin örneklem ölçüm değeri yeterliliği				0,71
Barlett testi	χ^2		698,91	
	df		276	
	p		0,00	

TABLO 3: Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi modeline ilişkin uyum parametreleri.

Uyum parametresi	Katsayı	Değer aralıkları
χ^2	344,38	
df	249	
χ^2/df	1,38	0-2 mükemmel uyum 2-5 iyi uyum >5 uyumsuz
RMSEA	0,05	0-0,05 mükemmel uyum 0,05-0,10 iyi uyum >0,10 uyumsuz
p	0,00	

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation.

Ölçeğin madde yazımı aşamasında teorik yapı dikkate alındığından dolayı, ölçeğin yapı geçerliliğinin saptanmasında doğrulayıcı faktör analizi çalışması yapılmıştır. Ölçeğin faktör yapısında elde edilen alt faktörlerin (10 maddeli fiziksel alt boyut, altı maddeli psikososyal alt boyut ve sekiz maddeli korunma alt boyutu) doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre değerlendirilmesinde, elde edilen sonuçlar teorik limitleri aşmamakta, doğrulayıcı faktör analizine ilişkin modele ait uyum indeksleri ($\chi^2=344,38$, $df=249$, $p=0,00$, Ortalama Hata Karekök Yaklaşımı [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)]=0,05, $\chi^2/df= 1,38$) ölçek için önerilen modelin uygun olduğunu göstermektedir. Gözlenen ve üretilen matrisler arasından hata payını ifade eden bu RMSEA'da, diğer uyum indekslerindeki durumun tersine elde edilen değerlerin 0'a yakın olması uyumluluk için gereklidir. RMSEA'da elde edilen 0,05 ve 0,05'ten daha küçük değerler uyumluluk için yeterlidir. χ^2/df oranının 2-5 arasında olması iyi uyumu, 2'den küçük değerde ol-

ması ise mükemmel uyumu ifade etmektedir. Bu sonuç, çalışma modeline ilişkin elde edilen değerler incelendiğinde modellenen faktör yapısını doğrulamaktadır. Tablo 3'te yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına ilişkin uyum parametreleri görülmektedir.

Ayrıca, ölçeğin toplam puanı ve alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam puan ve faktör 1 arasında 0,88, toplam puan ve faktör 2 arasında 0,80, toplam puan ve faktör 3 arasında 0,90 değerinde ilişki olduğu görülmektedir.

4. CRONBACH ALFA KATSAYISI HESAPLANMASI

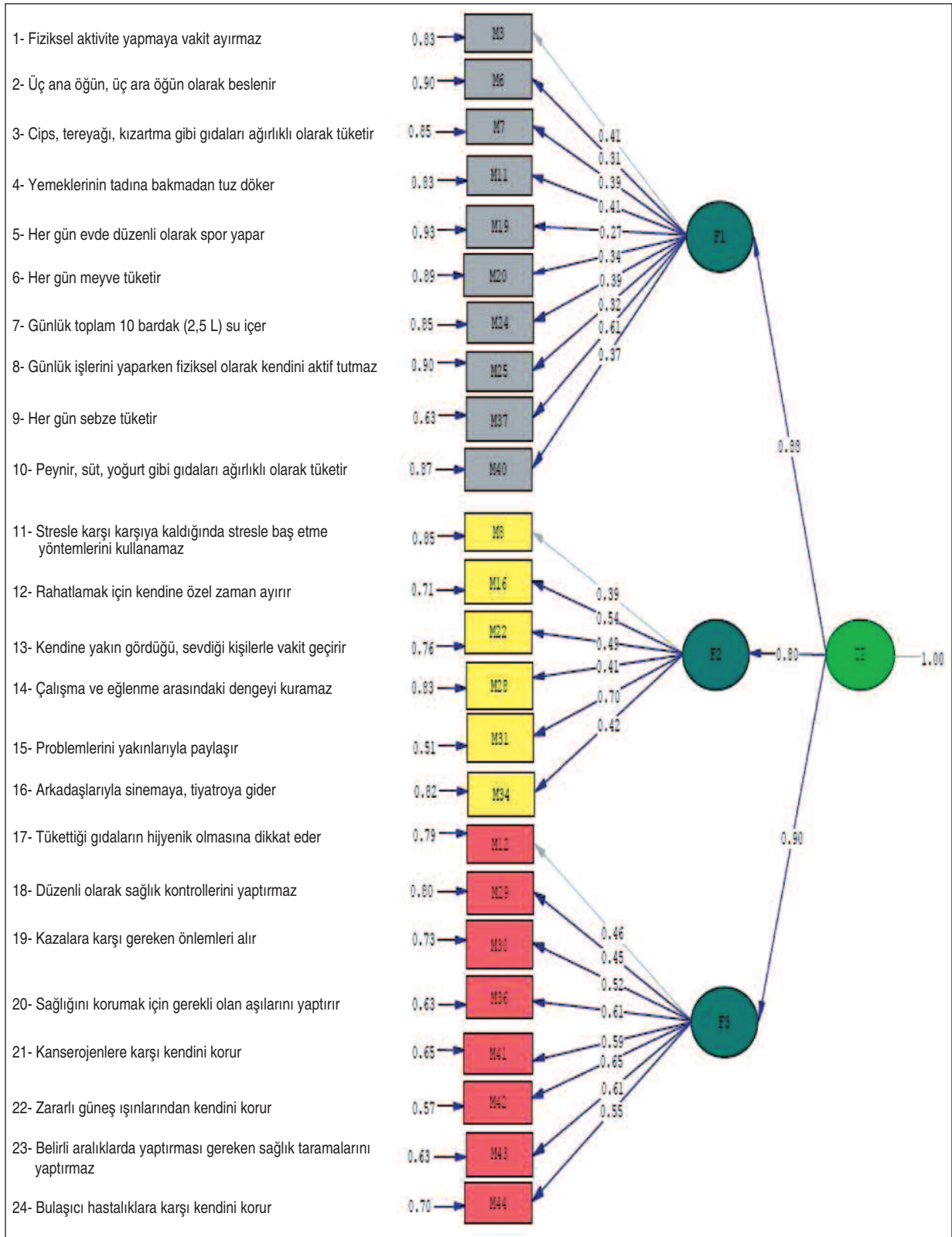
Ölçeğin güvenilirlik düzeyini belirlemek için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa değeri) alt faktörlerde 0,61-0,76 arasındadır. Ölçeğin geneli için Cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur. SGK DÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,62 olan fiziksel faktörü 10 (1,2,3,5,8,9,11,12,19,20) maddeden oluşmuştur; günlük yaşam içerisinde bireyin kendini ne derecede aktif tuttuğunu, düzenli egzersiz davranışlarını ve kişinin yeme, içme gibi fizyolojik gereksinimlerini karşılamasıyla ilgili davranışlarını değerlendirir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,61 olan psikososyal faktörü altı (4,7,10,13,16,17) maddeden oluşmuştur; kişiler arası ilişkiler, stresle baş etme gibi psikososyal becerileri ve bireyin kendisine, çevresine zaman ayırması gibi davranışları değerlendirir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,76 olan korunma faktörü ise sekiz (6,14,15,18,21,22,23,24) maddeden oluşmuştur. Bu faktör de bireyin mevcut sağlığını korumak için yapması gereken davranışları değerlendirir. Tablo 4'te tüm alt faktörlerde Cronbach alfa katsayıları görülmektedir.

5. ALT FAKTÖRLER ARASINDAKİ KORELASYON VE TOPLAM PUAN

Tablo 5'te alt ölçekler arasında korelasyon katsayılarının 0,4-0,52 arasında değiştiği görülmektedir.

TARTIŞMA

Sağlığı geliştirme ölçekleri, tutum ölçekleri gibi o ülkenin gereksinimleri doğrultusunda geliştirilmelidir.¹² Bu ölçeklerde kültür, din, etnik yapı, sağlık



ŞEKİL 1: Doğrulayıcı faktör analizi sonucu path diyagramından elde edilen standart değerler ve hata varyansları.

TABLO 4: Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin tüm alt faktörlerdeki Cronbach alfa katsayıları.

Alt faktörler	n	Madde sayısı	Cronbach alfa
Fiziksel	117	10	0,62
Psikososyal	117	6	0,61
Korunma	117	8	0,76
Genel ölçek	117	24	0,83

TABLO 5: Sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar ölçeğinin alt faktörleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.

Alt faktörler	Fiziksel	Psikososyal	Korunma
Fiziksel	1	-	-
Psikososyal	0,397*	1	-
Korunma	0,521*	0,492*	1

*p<0,05.

kuruluşuna ulaşma, yaş, medeni durum, sağlık davranışı hakkında farklı tutumların etkili olduğu görülmektedir. Literatürde az sayıda da olsa geliştirilmiş sağlığı geliştirme ölçekleri vardır.¹³ Bu ölçeklerin Türkçeye uyarlanmalarının yanı sıra adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi özelleşmiş/spesifik ölçeklerinde Türkçeye uyarlamaları bulunmaktadır.⁹ Ancak, ülkemizde sağlığı geliştirmeye yönelik bilgi, tutum ve davranışı ele alan çalışmalar olsa da; Türkiye'ye özgü sağlığı geliştirme ölçeğine veya sağlığı koruma kavramını içine alan herhangi bir ölçeğe rastlanmamaktadır.^{4,9}

Wallston, Wallston ve De Wellis tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (The Multidimensional Health Locus of Control); bireyin sağlığını, kontrol düzeyini tanılamada kullanılan bir ölçektir. Wallston ve ark. tarafından 1976 yılında geliştirilen Sağlığın Önemi Ölçeği (Importance of Health), bireyin sağlığıyla ilgili iki değeri tanımlamayı sağlamaktadır. Biri; mutluluk, özgürlük, rahat bir yaşam, başarı duygusuyla yaşamak gibi yaşam hedefleri içinde bireyin sağlığını hangi derecede gördüğünü belirtmekte, diğeri ise bireyin yaşam hedeflerinin önem sırasını belirleyerek danışmanlık yapılmasını sağlamaktadır.¹³

SGKDÖ ise fiziksel boyut açısından kişinin düzenli egzersiz davranışlarını ve yeme, içme gibi fiz-

yolojik gereksinimlerini karşılamasıyla ilgili davranışlarını; psikososyal boyut açısından bireyin kendisine ve çevresine zaman ayırması gibi davranışlarını; korunma boyutu açısından ise kişinin mevcut durumda olan sağlığını korumak için yapması gereken davranışlarını değerlendirmektedir.

Benzer şekilde sağlık davranışlarını ölçen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin (Health Promotion Lifestyle Profile) sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stres yönetimi olmak üzere altı alt boyutu vardır.^{9,13}

SGKDÖ'nün ise; fiziksel, psikososyal ve korunma şeklinde üç alt boyutu bulunmaktadır. Bu durum sağlığı geliştirme ölçeklerinde verilen yanıtlar doğrultusunda farklı kültürlerde farklı alt boyutlar ortaya çıktığının göstergesidir.

SGKDÖ madde toplam korelasyonları, elde edilen korelasyon katsayıları 0,25-0,56 arasındadır ve Özdamar'ın belirttiği gibi, madde-ölçek korelasyon değerinin 0,25'ten yüksek olma önerisini karşılamaktadır.¹⁴

Faktör analizi, veriler arasındaki ilişkilere dayanarak, verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde sunulmasını sağlayan çok değişkenli bir istatistiksel analiz türüdür. Amaç, esas olarak değişkenler arasındaki karşılıklı bağımlılığın kökenini araştırmaktır.¹⁵ Doğrulayıcı faktör analizi için ölçeğin KMO değeri 0,71 olarak saptanmış ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için "iyi" olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶ Ayrıca, Barlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, ki-kare ($\chi^2=698,91$; $p=0,00$) değerinin anlamlı olduğunu göstermektedir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu standardize edilmiş katsayılar göre elde edilen faktör yükleri ve hata varyansları Şekil 1'de görülmektedir. Her bir maddenin taşıdığı yük değerlerinin 0,30 ve üzerinde olması gerekmektedir.¹⁷ Ölçekte bir madde hariç (Bu madde ölçekten çıkarılmadı) diğer tüm maddelerin yük değerleri 0,30 üzerinde olup, gözlenen değişkenlerdeki hata değerleri 1'in üzerinde değildir.

Cronbach alfa katsayısı 0,92 olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 48 maddeden oluşmuş ve Türkçe uyarlaması sonucunda ölçeğin

Cronbach Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.¹³ Ölçek, 1996 yılında revize edilerek madde sayısı 52'ye çıkarılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,94'e yükselmiştir. Revize edilen ölçeğin Türkçeye uyarlamasında Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir.⁹

SGKDÖ ise 24 madde ve üç alt boyuttan oluşmuş olup, ölçeğin toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,83'tür. Tutarlılık derecesi güvenilirlik katsayısı 1'e yaklaştıkça yükselmekte, 0'a yaklaştıkça düşmektedir.¹⁸ Ayrıca, analiz sonuçları her bir alt faktör arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon olduğunu ve ölçeğin genelinden toplam puan elde edilebileceğini göstermektedir. Ölçekten elde edilen alt boyutlara bakacak olursak:

1. Fiziksel sağlığı geliştirme: Egzersiz, beslenme ve öz bakım gibi kavramları içeren fiziksel sağlık alanında kişi, temel insan gereksinimlerini tam olarak yerine getirebilmelidir.^{1,2}

Fiziksel aktiviteyi ele alan French ve ark. tarafından yapılan deneysel bir çalışmada, 1.092 otobüs şoförünün fiziksel aktivite düzeyinin kötü olduğu bildirilmiştir. Şoförlerin düzenli fiziksel aktivite yapma davranışlarını, çalışma ortamının kötü algılanmasının ve öz yeterlilik düzeylerinin kötü olmasının olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur.¹⁹

Shin ve ark. tarafından yapılan çalışma ise, kronik hastalığı olan 400 Koreli erişkin bireyin egzersiz davranışı göstermesinde, sağlığı geliştirme modelinin %54 oranında etkili olduğunu göstermiştir.²⁰

Hemşire öğrenciler üzerinde yapılan pek çok yurt içi çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında en düşük puan ortalaması olarak fiziksel aktivite belirlenmiştir.²¹⁻²⁷ Benzer şekilde, yurt dışında sağlık çalışanlarından hemşire ve hemşire öğrenciler üzerinde yapılan pek çok çalışmada da, fiziksel aktivite en düşük puan olarak bulunmuştur.²⁸⁻³¹ Yapılan bu çalışmalar fiziksel boyutun sağlığı geliştirme üzerindeki büyük etkisini göstermektedir.

Bu çalışmalar paralelinde ölçeğin fiziksel sağlığı geliştirme boyutunda "Fiziksel aktivite yapmaya ayıracak vaktim olmadığını düşünürüm." "Her gün evde düzenli olarak spor yaparım." "Gün-

lük işlerimi yaparken fiziksel olarak kendimi çok aktif tutmam." şeklindeki ifadeler yer verilmiştir.

2. Psikososyal sağlığı geliştirmeye ilişkin tutumların gelişmesinde sosyokültürel özellikler önemli bir rol oynamaktadır. Duygusal kriz bakımı, stres yönetimi, sevgi, umut, yardımseverliği içeren ruhsal sağlık alanı bireyin duygu, düşünce ve davranışları sayesinde kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Toplumlar, aileler, arkadaşlar, eğitim, başarı, kariyer gelişimi kavramlarından oluşan sosyal sağlık alanı ise, bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, aile içi ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkileri, yaşamını ve gelişimini etkileyen dernek, tiyatro, sinema gibi sosyal faaliyetlerinin olması durumunu içermektedir.^{1,2}

Amerika Birleşik Devletleri'nin bir bölgesindeki okullarda öğrenim gören öğrencilerle yapılan bir çalışmada, SGM temel alınarak, karar verme ve iletişim süreçlerinin geliştirilmesi, beceri geliştirme, stres yönetimi, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, tedavi, rol play, video, kültürel özellikleri içeren hikâyeler vb. uygulandığında alkol ve madde kullanımının azaldığı bulunmuştur.³²

Hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalardan Al-Kandari ve Vidal'in yaş arttıkça stres yönetimi puan ortalamalarının arttığı, Choi Hui'nin çalışmasında ise 19-21 yaş grubundaki öğrencilerin stres yönetimi puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{28,29} Yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi sağlığı geliştirme açısından psikolojik ve sosyal boyutu değerlendirmek gerekmektedir.

Bu bakış açısıyla ilgili ölçeğin psikososyal sağlığı geliştirme boyutunda "Stresle karşı karşıya kaldığımda stresle baş etme yöntemlerini kullanmam." "Rahatlamak için kendime özel zaman ayırırım." gibi ölçek maddeleri vardır.

3. Sağlığı Koruma: Alt boyutu sağlığı geliştirme modelinin tamamlayıcısıdır.⁴ Bu görüş nedeni ile çalışmada sağlığı geliştirmeye birlikte sağlığı koruma boyutu birlikte ele alınmıştır. Sağlığın korunması, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevrenin olumlu hâle getirilmesidir. Bu durum ayrıca, kişiyeye yönelik önlemlerin ihmal edilmemesiyle sağlanabilir.^{1,2}

Türkiye’de Erol ve Erdoğan tarafından Trans-teorik model temelli olarak 274 adolesan üzerinde yapılan çalışmada, sigara bırakma davranışlarının azaltılması amaçlanmış, modelin değişim aşamalarına uygun girişimler planlanmış ve uygulanmıştır. Girişim sonrası üçüncü ayda sigara bırakma oranı %18,3, altıncı ayda ise %33,3 olarak bulunmuştur.³

Koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılan SİM’in ana kavramını koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesi oluşturmaktadır.⁷ Seçginli ve Nahciyan tarafından yapılan ve bir grup kadında, meme sağlığını geliştirme programının meme muayenesi yapma, mamografi çekirme, meme sağlığını koruma bilgisi ve sağlık inançları üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada, yapılan girişimin çalışmanın değişkenleri üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.³³ Yapılan bu çalışmalardan da anlaşılacağı gibi sağlığı koruma alt boyutu ölçek açısından önemlidir.

Dolayısıyla ölçekte “Düzenli olarak sağlık kontrollerimi yaptırمام.” “Belirli aralıklarda yaptırمام gereken sağlık taramalarını yaptırمام.” ifadeleriyle sağlığı koruma alt boyutu vurgulanmıştır.

SONUÇ

SGKDÖ üç alt faktör içinde yer alan 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 24, maksimum puan 120’dir. Doğrulamalı faktör analizi sonucunda geliştirilen ölçeğin mükemmel uyuma sahip olması üç faktörlü yapının örneklem grubumuz için uygun olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, bu çalışmanın verilerine göre; “Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar Ölçeği” kabul edilebilir düzeyde geçerlilik göstergeleri bulunan ve yeterli güvenirlik katsayılarına sahip bir ölçme aracı olarak değerlendirilebilir.

Ölçeğin, Türkçeye uyarlanmış Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile aynı anda değerlendirilerek karşılaştırmasının yapılması, farklı yaş gruplarında daha geniş örnekleme denemesi, genellenebilirliği açısından yürütülecek çalışmalarda güvenirlik analizlerinin yapılması, ayrıca test-tekerrar test ile güvenirliliğinin başka araştırmalarda yapılması önerilmektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmanın bir üniversitenin sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılmış olması örneklem büyüklüğünün 117 öğrenci ile kısıtlı kalmasına sebep olmuştur.

KAYNAKLAR

- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. [Healthy lifestyle and family medicine]. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2012;6(1):13-21.
- Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. A Framework for Health Promotion Evaluation, Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, et al. (eds.). Denmark: WHO Regional Publications; 2001. p.7-41.
- Erol S, Erdogan S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the transtheoretical model-based study. Patient Educ Couns 2008;72(1):42-8.
- Tomey AM, Alligood MR. Nursing theories. Nursing Theorists and Their Work. 7thed. United States of America: Elsevier Mosby; 2010. p.396-417.
- Polit DF, Beck CT. Conceptualizing a research study. Nursing Research: Principles and Methods. 7thed. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.114-134.
- Öztürk-Haney M, Erdoğan S. [Interaction model of client health behavior: a guide to determination of childrens’ diet habits]. DEUHYO ED 2013;6(4):218-23.
- Champion VL, Skinner CS. The health belief model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. Health Behavior and Health Education. 4thed. United States of America: Jossey Bass; 2008. p.45-62.
- Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997;12(1):38-48.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. [Healthy lifestyle behaviors scale II: a reliability and validity study]. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1):1-13.
- Bahar Z, Açıl D. [Health promotion model: a conceptual structure]. DEUHYO ED 2014;7(1):59-67.
- Gördes-Aydoğdu N, Bahar Z. [The effects of using health belief and health promotion models in low-income women with regard to breast and cervical cancer early detection behaviour]. DEUHYO ED 2011;4(1):34-40.
- Öner N. [A methodology model in cross-cultural scale adaptation]. Psikoloji Dergisi 1987;6(21):80-2.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. Nurs Res 1987;36(2):76-81.

14. Özdamar K. [Simple linear regression and correlation analysis]. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi I. 8. Baskı. İstanbul: Kaan Kitabevi; 2011. p.491-503.
15. Baloğlu N, Karadağ E. Teacher efficacy and ohio teacher efficacy scale: adaptation for Turkish culture, language validity and examination of factor structure. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2008;14(56):571-606.
16. Dağ İ. [Reliability and validity in psychological tests and scale]. Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Psikoloji Dergisi 2005;13(ek4):17-23.
17. Seçer İ. [Factor analysis]. SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi: Analiz ve Raporlaştırma. 1. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2013. p.134-61.
18. Esin MN. [Data collection methods and tools & the reliability and validity of data collection tools]. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editörler. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. p.217-23.
19. French SA, Harnack LJ, Toomey TL, Hannan PJ. Association between body weight, physical activity and food choices among metropolitan transit workers. Int J Behav Nutr Phys Act 2007;2;4:52.
20. Shin Y, Yun S, Pender NJ, Jang H. Test of the health promotion model as a causal model of commitment to a plan for exercise among Korean adults with chronic disease. Res Nurs Health 2005;28(2):117-25.
21. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. [Relationship between perceptions of health status and health promotion behaviors in nursing students]. Gulhane Med J 2013;55(3):181-7.
22. Can G, Özdemir K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaser S, et al. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nurs Health Sci 2008;10(4):273-80.
23. Cürçani M, Tan M, Küçüköğlü S. [Nursing students about healthy lifestyle behaviors and related factors]. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2011;14(1):41-9.
24. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. [Healthy life style behavior of the students at the nursing college in İstanbul]. S.D.Ü. Tıp Fak Derg 2010;17(2):19-24.
25. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. [Determinants of nursing students' healthy life style]. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2011;8(2):277-332.
26. Tambağ H, Turan Z. [The impact of students' healthy lifestyle behaviors of public health nursing course]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012;1:46-55.
27. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. [Health Promoting Behaviors in Nursing Students]. TAF Prev Med Bull 2013;12(3):261-70.
28. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing student in Kuwait. Nurs Health Sci 2007;9(1):112-9.
29. Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. J Prof Nurs 2002;18(2):101-11.
30. Hong JF, Semrsri S, Keiwkarnka B. Health promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University. J Public Health Development 2007;5(1):27-40.
31. Kim YI. Effect factors on health promotion lifestyle of shift work nurses. Korean J Occup Health Nurs 2011;20(3):356-64.
32. Lieberman L, Diffeley U, King S, Chanler S, Ferrara M, Alleyne O, et al. Local tobacco control: application of the essential public health services model in a county health department's efforts to put it out Rockland. Am J Public Health 2013;103(11):1942-8.
33. Secginli S, Nahcivan NO. The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: a randomized controlled trial. Int Nurs Stud 2011;48(1):24-36.