T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNE UYGULANAN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ TEMELLİ PROGRAMIN SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ

AYŞE DOST

DANIŞMAN
PROF.DR. M. NİHAL ESİN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 12.10.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Melek Nihal ESİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Duygu GÖZEN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Aysun ARDIÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

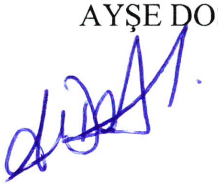
Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

AYŞE DOST



İTHAF

Biricik kızım İpek'e ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda bana rehberlik eden ve destekleyen, akademik ilerlememde önemli katkıları olan ve her zaman kendisini örnek aldığım sayın danışman hocam Prof. Dr. M. Nihal ESİN'e,

Tez izleme jürimde yer alan ve tezimin her aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU ve Dr. Öğr. Üye. Aysun ARDIÇ'a,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim İstanbul Medipol Üniversitesi yöneticilerine, akademisyenlerine ve araştırmama katılan öğrencilere,

Yaşamımın her anında olduğu gibi bu aşamada da yanımda olan sevgilerini, desteklerini ve sabrını esirgemeyen annem Fatma EYRİ ve babam Latif EYRİ'ye, varlığı ile bana güç veren sevgili eşim İskender DOST'a ve yol arkadaşım Derya ASLAN'a en içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİİ
ÖZET ..... XİV
ABSTRACT XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİ VE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI 4
2.1.1. Üniversite Gençliği 4
2.1.2. Üniversite Gençliğinde Riskli Sağlık Davranışları 4
2.1.2.1. Sağlıksız Beslenme 5
2.1.2.2. Fiziksel Hareketsizlik 8
2.2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ 10
2.2.2. Sağlığı Geliştirme Modelinde Davranış Değişim Sürecinde Kullanılan Hemşirelik Girişimleri 15
2.3. ÜNIVERSITE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI 21
2.3.1. Sağlığı Geliştiren Üniversiteler 25
2.3.1.1. Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 28
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ 28
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ 28
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 32
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 32
3.4.1. Araştırmanın Evreni 32
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi ve Randomizasyon 33

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 35
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Form-1) 35
3.5.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formu (Form-2) 36
3.5.3. Adım sayısı Takip Çizelgesi (Form-3)..... 36
3.5.4. Egzersiz Davranışları Ölçeği (Form-4)..... 37
3.5.5. Beslenme Davranışları Ölçeği (Form-5) 37
3.5.6. Günlük Besin Tüketim Formu (Form-6).....37
3.5.7. Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Formu (Form-7) 38
3.5.8. Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (Form-8) 38
3.5.9. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (Form-9)..... 38
3.5.10. Sağlığın Önemi Ölçeği (Form-10) 38
3.5.11. Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği (Form-11).....39
3.5.12. Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği (Form-12) 39
3.6. ÜNIVERSITE ÖĞRENCILERINE YÖNELIK FIZIKSEL AKTIVITE VE SAĞLIKLI BESLENME (ÜNİ-FASAB) PROGRAMI 39
3.6.1. ÜNİ-FASAB Programı Uygulama Süreci..... 41
3.6.1.1. Web Tabanlı Sağlık Eğitimi..... ..41
3.6.1.2. Bireysel Beslenme ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı..... 45
3.6.1.3. Hatırlatıcı Girişimler 47
3.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ..... 48
3.8. ARAŞTIRMA PLAN VE TAKVİMİ..... 50
3.9. ETİK KONULAR..... 50
3.10. VERİLERİN ANALİZİ 51
3.11. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI 51
4. BULGULAR.....53
4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, FİZİKSEL AKTİVİTE VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLERE YÖNELİK ÖZELLİKLERİ..... 54
4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri..... 54
4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Aktivite Davranışları İle İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi 55

4.1.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Beslenme Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi 56
4.1.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Bilişsel Faktörlere İlişkin Özelliklerin Gruplararası Değerlendirilmesi 57
4.2. ÜNİ-FASAB PROGRAMININ FİZİKSEL AKTİVİTE VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLER ÜZERİNE ETKİSİ.. 57
4.2.1. ÜNİ-FASAB Programının Fiziksel Aktivite Davranışlarına Etkisi..... 58
4.2.1.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu..... 58
4.2.1.2. Günlük Adım Sayısı..... 61
4.2.1.3. Egzersiz Davranışları Ölçeği..... 62
4.2.2. ÜNİ-FASAB Programının Beslenme Davranışlarına Etkisi..... 63
4.2.2.1. BKİ ve Bel Çevresi Ölçümleri 63
4.2.2.2. Beslenme Davranışları Ölçeği..... 65
4.2.2.3. Besin Öğesi Alım Durumları 66
4.2.2.4. Günlük Su Tüketimi.....69
4.2.2.5. Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı 69
4.2.3. ÜNİ-FASAB Programının Bilişsel Faktörler Üzerine Etkisi..... 70
4.2.3.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği..... 70
4.2.3.2. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği..... 74
4.2.3.3. Sağlığın Önemi Ölçeği..... 75
4.2.3.4. Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlik Ölçeği 76
4.2.3.5. Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği 77
5. TARTIŞMA 79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... .. 94
KAYNAKLAR 95
FORMLAR 108
Form-1: Tanıtıcı Özellikler Formu 109
Form 2: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Form..... 111
Form 3: Adım Sayısı Takip Çizelgesi..... 112
Form 4: Egzersiz Davranışları Ölçeği 113
Form 5: Beslenme Davranışları Ölçeği 114
Form 6: Günlük Besin Tüketimi Kayıt Formu 115
Form 7: Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Formu 116

Form-8: Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği 117
Form-9 Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği 118
Form 10: Sağlığın Önemi Ölçeği..... 119
Form 11: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği120
Form 12: Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği.....121
EKLER.....122
Ek-1: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu Kullanım İzni 123
Ek-2: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni 124
Ek-3: Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni..... 125
Ek-4: Kurum İzinleri..... 126
Ek-5: Etik Kurul Kararı 127
Ek-6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 131
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 133
ÖZGEÇMİŞ.....1 34

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: ÜNİ-FASAB Programı Uygulama Süreci

Tablo 3-2: Web Tabanlı Eğitim İçeriği

Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Aktivite Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Beslenme Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Gruplarının Bilişsel Faktörlere İlişkin Özelliklerinin Gruplararası Değerlendirilmesi

Tablo 4-5: IPAQ puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-6: Günlük Adım Sayılarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-7: Egzersiz Davranışları Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-8: BKİ ve Bel Çevresi Ölçümlerinin Grup içi ve Gruplararası Değerlendirilmesi

Tablo 4-9: Beslenme Davranışları Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplararası Değerlendirilmesi

Tablo 4-10: Besin Öğeleri Alım Durumları

Tablo 4-11: Günlük Su Tüketimi Durumlarının Grup İçi ve Gruplararası Değerlendirmesi

Tablo 4-12: Sebze Meyve Tüketim Sıklığı Durumlarının Grup İçi ve Gruplararası Değerlendirmesi

Tablo 4-13: Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Grup içi ve Gruplarası Değerlendirmesi

Tablo 4-14: Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-15: Sağlığın Önemi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-16: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Tablo 4-17: Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi
Tablo 4-18: Ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Sağlığı Geliştirme Modeli

Şekil 3-1: CONSORT (2018) Akış Diyagramı

Şekil 3-2: Araştırma Akış Süreci

Şekil 3-3: Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme Programı

Şekil 3-4: Araştırma Zaman Çizelgesi

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BeBİS: Beslenme Bilgi Sistemi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Centeral Diseases of Control (Hastalık Kontrol Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

NCT: The National Clinical Trial (Ulusal Klinik Çalışma)

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÜNI-FASAB: Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme Programı

ÖZET

Dost, A. (2020). Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Programın Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerine uygulanan sağlığı geliştirme programının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları geliştirmeye etkisini belirlemektir. Araştırmada tam deneysel tasarım tipi kullanıldı. Araştırmanın örneklemini 110 fazla kilolu/ obez üniversite öğrencisi (55 deney, 55 kontrol) oluşturdu. Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak oluşturulan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme Programı (ÜNİ-FASAB) kapsamında deney grubundaki öğrencilere web tabanlı sağlık eğitimleri, bireysel beslenme ve egzersiz danışmanlığı ve hatırlatıcı girişimler yapıldı. Veriler "Tanıtıcı Özellikler Formu, Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği, Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği, Sağlığın Önemi Ölçeği, Beslenme ve Egzersiz Davranışları Ölçekleri, Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği, Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu, Günlük Besin Tüketimi Kayıt Formu, Adım sayısı Takip Çizelgesi, Su Tüketimi Takip Çizelgesi" kullanılarak girişim öncesi, girişim sonrası 1., 3. ve 6.ayda toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Mann Whitney U testi, Ki-kare (chi-square), Yates Süreklilik (Continuity) Düzeltmesi, Fisher Tam (Exact) Ki-kare testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19,56±1,78 yıl ve tamamının beden kitle indeksi 25'in üzerindedir. ÜNİ-FASAB programı sonrasında deney grubunun kontrol grubuna göre beden kitle indeksi, bel çevresi, su tüketimi, adım sayısı, hafif, orta ve yüksek şiddetli aktivite yapma durumları, sağlık durumunu algılama, sağlığa verilen önem, beslenme davranışları, egzersiz davranışları, beslenmede öz yeterlilik, düzenli egzersiz yapmada öz yeterlilik ile günlük besin tüketiminde anlamlı farklılıklar bulundu. Bu sonuçlar ÜNİ-FASAB programının öğrencilerin, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını etkileyen faktörleri geliştirmede etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlığı Geliştirme Modeli, obezite, fazla Kiloluluk, beslenme, fiziksel aktivite

ABSTRACT

Dost, A. (2020). The Effect of Health Promotion Model Based Program on Improving Healthy Nutrition and Physical Activity Behaviors of University Students. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Public Health Nursing Department. Doctoral Thesis. Istanbul.

This study's goal is to determine the effect of the health promotion program applied to university students on improving their healthy nutrition and physical activity behaviors. The full experimental design type was used in the study. The sample of the study consisted of 110 overweight/obese university students (55 intervention-55 control). Within the scope of the Physical Activity and Healthy Nutrition Program for University Students (ÜNİ-FASAB), which was created based on the health promotion model, web-based health training, individual nutrition and exercise counseling, and reminder interventions were provided to the students in the experimental group. Data were collected using the "Descriptive Characteristics Form, Multidimensional Health Check Scale, Perception of Health Status Scale, Health Importance Scale, Nutrition and Exercise Behavior Scales, Scale of Self-Efficacy in the Regulation of Nutrition Habits, Scale of Self-Efficacy in Exercising Regularly, International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Short Form, Daily Food Consumption Registration Form, Number of Steps Follow-up Chart, Water Consumption Follow-up Chart" before the intervention, at the 1^{st}, 3^{rd}, and 6^{th} months after the intervention. Descriptive statistics and the Mann-Whitney U test, chi-square, Yates continuity correction, Fisher's exact chi-square test, and Wilcoxon signed-rank test were used in the data analysis. The mean age of the students participating in the study is 19.56±1.78 years, and the body mass index of all of them is over 25. After the ÜNİ-FASAB program, significant differences were found in the experimental group's body mass index, waist circumference, water consumption, number of steps, light, moderate and high-intensity activity, perception of health status, attention to health, nutritional behaviors, exercise behaviors, self-efficacy in nutrition, self-efficacy in regular exercising, and daily food consumption from those of the control group. These results indicate that the ÜNİ-FASAB program is effective in improving the factors affecting students' healthy nutrition and physical activity behaviors.

Keywords: Health Promotion Model, obesity, overweight, nutrition, physical activity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üniversite dönemi, aileden ilk ayrılış, yeni eğitim ortamına ve yaşama geçiş gibi önemli değişikliklerin yaşandığı yıllardır. Bu süreçteki yeni yaşama uyum zorlukları nedeniyle bireysel yaşam, mesleki eğitim ve sağlık davranışlarında değişimler olmaktadır (Tuğut ve Bekar 2008; Straker ve ark. 2014). Üniversite dönemi riskli sağlık davranışları kazanmada en riskli dönemler arasında olup, sağlıksız beslenme davranışları ve sedanter yaşam, evden veya okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere ilgisizlik, erken yaşta cinsellik yaşama, korunmasız cinsel ilişkiye girme, sigara, alkol veya madde kullanımı, riskli (alkollü, kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi riskli davranışlar arasında sayılmaktadır (Atlam ve ark. 2017).

Geç ergenlikten erken yetişkinliğe geçiş dönemi olan üniversite yılları yaşamsal alışkanlıkların şekillendiği bir dönem olup, kilo alımı için savunmasız bir dönemdir ve bu yaşam geçişi sırasında aşırı kilo / obezitede iki kat artış olduğu belirtilmektedir. Hem National Health ve Nutrition Examination Survey hem de National Longitudinal Study of Adolescent Health çalışmasına göre adölesan dönemden gençliğe geçişte, adölesanların yüksek bir oranında obezite geliştiği ve obezitenin kaldığı tespit edilmiştir (Soyuer ve ark. 2010; Napolitano ve ark. 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkinlerin %23'ü ve okul çağı çocuklarının %81'i yerince aktif değildir. Avustralya'da yaş ortalaması 20 olan 2729 üniversite öğrencisinde; kızların %53'ünün ve erkeklerin %68'inin fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Amerika'da da öğrencilerinin %51'inin fiziksel aktivite oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Oğuz ve ark. 2018). Güney Kore'de obez genç yetişkinlerin prevalansının son on yılda keskin bir artış gösterildiği bildirilmiş olup sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında da genç yetişkinlerin büyük oranda ihmal edildiği ifade edilmektedir (Lee ve ark. 2017). Fiziksel aktivitenin azalmasının yanında önemli bir diğer sorun da pasif aktivitelerin artmasıdır. Amerika'da 2011 yılında 10-24 yaş arası öğrencilerin üçte birinin okul günlerinde ortalama 3 saat ve üzeri bilgisayar oyunu oynadığı ya da televizyon izlediği, ülkemizde de bilgisayar ve televizyon başında geçirilen zamanın ortalama 2 saati geçtiği belirtilmiştir (Gözüm 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %18,81'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı,

kızların %14,98'i ve erkeklerin %28'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Oğuz ve ark. 2018).

Üniversite öğrencilerinin genellikle öğünlere dikkat etmeyerek tek öğün yemek yedikleri, kahvaltı yapmadıkları sadece karınlarını doyurmak için beslendikleri ve sağlıksız seçimler yaptıkları saptanmıştır (Bağrıaçık 2019; Wilson ve ark. 2017). Özdoğan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %50,1'inin gün içerisinde üç öğün yemek yemediği, %84,5'inin ana öğünleri atladığı ve en çok atlanan öğünün kahvaltı olduğu belirtilmiştir (Özdoğan ve ark. 2012).

Üniversite öğrencilerinin uygun ağırlıkta olması ve fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması teşvik edilmelidir (Soyuer ve ark. 2010). Düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme, kronik hastalık riskini azaltmaya katkıda bulunan temel sağlık davranışlarıdır (Duncan ve ark. 2014). DSÖ "bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü sağlamak amacıyla, fiziksel aktivite ve beslenme için toplum programları, okullarda sağlıklı beslenme ortamlarının oluşturulması, okul temelli fiziksel aktivite programları ve beslenmeyle ilgili bilgi ve danışmanlık verilmesi" gibi müdahale programlarının yapılmasını önermektedir (WHO 2013). Sağlıklı beslenme, egzersiz, alkol ve sigara kullanmama gibi sağlık yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak amacıyla yürütülen programlar sonucunda, bireylerin egzersiz oranlarının arttığı, beden kitle indekslerinde düzelme görüldüğü ve sigara bırakma durumlarının arttığı belirlenmiştir (Esin ve Aktaş 2012).

Üniversite öğrencileri organizasyonlar, toplumlar ve ülkeler için gelecekteki karar vericilerdir. Bu nedenle üniversite öğrencilerine sağlığının geliştirilmesine yönelik destek sağlanması, politika yapıcılar ve sağlık profesyonellerinin toplum temelli hizmet sunmaları için öncelikli olmalıdır (Hong ve ark. 2006).

Üniversite ortamı, çok sayıda gence ulaşmak ve onlara yalnızca kendi sağlıklarını değil kuracakları ailelerin ve yaşayacakları toplumların da sağlığını pekiştirecek bilgi, beceri ve tutumları kazandırmak için bir fırsattır (Fertman ve Allensworth 2012). Ancak üniversite öğrencileri için sağlıklı beslenme ve davranış değişikliği müdahalelerine katılımın önündeki en büyük engel, zaman eksikliğidir. Bunun nedeni genellikle iş, çalışma, spor, sosyal ve aile taahhütlerinin bir kombinasyonunu dengelemeleri ve sağlıklı yeme tipik olarak bu diğer taahhütlerden daha düşük önceliğe sahip olmalarıdır. Bu nedenle, kısa müdahaleler, yani, önemli ve sürdürülebilir bir etki elde etmek için

minimum giriş ve temas içerenler, bu grupta etkili bir müdahale yaklaşımı olabilir. Sistematik incelemeler değerlendirildiğinde kısa web tabanlı müdahalelerin sebze ve meyve alımını arttırmak, yağ alımını azaltmak da dahil olmak üzere kısa vadede beslenme davranışlarını önemli ölçüde iyileştirebileceği bulunmuştur ve genel diyet kalitesinin artırılması açısından kısa vadeli çalışmaların üniversite öğrencileri arasında etkili olduğu görülmüştür (Whatnall ve ark. 2019).

Bu kanıtları birleştirerek ve katılımcı bir araştırma modeli rehberliğinde genç yetişkin üniversite öğrencileri için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını geliştirmeye yönelik web tabanlı sağlığı geliştirme müdahalesi geliştirilmiştir.

Sağlık davranışlarının kazandırılmasında en çok kullanılan modellerden birisi Pender tarafından geliştirilen, sosyal öğrenme teorisini temel alan "Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)"dir. Model bireylerin sağlık ve esenlik düzeyini arttırmak için kullanılır (Zaybak ve Fadıloğlu 2004). Model de bireylerin davranışları etkileyen temel bileşenler "1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler, 2) Davranış-Özel Bilişsel Süreçler ve Etkileri ve 3) Davranış Sonuçları" olarak tanımlanmaktadır. Davranış değişim sürecinde ise "bilişsel kapasiteyi güçlendirme, model alma, uyaran kontrolü, operant koşullanma, bireysel danışmanlık ve grup tartışmaları" gibi girişimler kullanılmaktadır. Üniversite gençliğinin sağlık davranışları ile ilgili literatürde çok sayıda tanımlayıcı çalışma olduğu görülmektedir. Ancak üniversite dönemindeki öğrencilerin olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeyi açıklayan model temelli girişimsel çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerine uygulanan sağlığı geliştirme modeli temelli programının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları geliştirmeye etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİ VE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

2.1.1. Üniversite Gençliği

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); "15-24 yaş arasını gençlik dönemi, 19-24 yaş arasını ise genç insan" şeklinde tanımlamıştır (DSÖ 2014). 18-24 yaş arası "geç adölesan ya da erişkinliğe geçiş dönemi" olarak da sınıflandırılmaktadır (Gözüm 2016; Park ve ark. 2014). UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)'nun kabul ettiği ifadeyle "12-24 yaşları arasında yaşanan dönem olup bu zaman aralığı bazı bireylerde daha erken ya da geç başlayabilir, bazen de daha erken bitebilir." Genç yetişkin (17-35 yaş) üniversite öğrencileri, önemli yaşam değişikliklerinin yaşam tarzı davranışları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği bir geçiş yaşam aşaması ve ortamındadır. Yaşam durumu, istihdam, sosyal yaşam, öz-kimlik ve öz-yeterlik gelişimindeki değişiklikler, üniversite öğrencilerinin yaşamı üzerinde etkili olan faktörlerden bazıları olarak belirtilmektedir (Whatnall ve ark. 2019).

2.1.2. Üniversite Gençliğinde Riskli Sağlık Davranışları

Liseden üniversiteye geçiş süreci öğrenciler tarafından çoğunlukla bağımsızlığa geçiş süreci olarak değerlendirildiğinden beslenme ve egzersiz de dahil olmak üzere genel alışkanlıklarında büyük değişiklikler olmaktadır. Beslenme sorunları, alkol ve sigara kullanımı, korunmasız cinsel deneyim bu dönemdeki olumsuz davranışların en sık görülenleri olarak ifade edilmektedir. Bu yeni bağımsızlık, sağlıklı beslenme ve egzersiz için öz yeterlilik eksikliğine yol açabilir. Bu durumun gençlerin fazla kilolu/obez olma olasılığını ciddi şekilde artırdığı ifade edilmektedir. Üniversite dönemi sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları oluşturmak için kritik bir zaman olarak tanımlanmıştır. Amerikan Koleji Sağlık Derneği'nin yakın tarihli bir raporu, üniversite öğrencilerinin %5'inden daha azının günde 5 veya daha fazla porsiyon meyve /sebze tükettiğini ve % 80'inin Amerikalılar için fiziksel aktivite kurallarını karşılamadığını bildirmiştir (Stephens ve ark. 2017).

Üniversite dönemi genellikle egzersiz faaliyetlerine daha az katılım, sebze, meyve ve tam tahıl ürünleri alımının azalması gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile karakterize bir dönem olarak bilinmektedir. Buna ek olarak, üniversite öğrencilerinin diyet-hastalık ilişkileri gibi beslenme olgularını anlamakta zorluk çektikleri ve gıda maddelerini vücut

gereksinimleri üzerindeki etkisinden ziyade üretim yöntemlerine ve katkı maddelerine dayanarak sağlıklı olarak görme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Caperchione ve ark. 2017).

Öğrenciler evden daha fazla uzak kaldıklarından dolayı ev dışında beslenme yaygındır. Öğrencilerin genellikle hamburger, tost, sosis, kola, cips gibi ayak üstü yenilen besinleri seçtikleri görülmüştür. Böyle bir beslenme sonucu yağ ve şeker fazla, sebze ve meyveler az tüketilmektedirler. Bu dengesiz beslenme alışkanlığı inaktivite ile birlikte fazla kilo ve obezite sorununa yol açmaktadır (Gözüm 2016).

DSÖ'ne göre sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik değiştirilebilir risk faktörleri, üniversite öğrencilerinde en yaygın görülen bulaşıcı olmayan hastalık nedenlerindendir. Bunlar aynı zamanda, birçok hastalık için bağımsız bir risk faktörü teşkil eden ve dünya çapında hızla artan obezite için de risk faktörleridir (WHO 2015).

2.1.2.1. Sağlıksız Beslenme

Sağlıksız yeme davranışları, genç yetişkin üniversite öğrencileri arasında yüksek oranda görülmekte olup, zihinsel sağlığın zayıflığı, akademik başarıda düşme, kilo alma riski ve buna bağlı olarak kronik hastalık risk faktörleri ile ilişkilidir (Whatnall ve ark. 2019).

Literatür incelendiğinde üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin çoğunluğunun sağlıksız beslenme alışkanlıkları olduğu; atıştırmalık, fast food, tatlı, kek ve turta, alkolsüz içeceklerin fazla tüketildiği ve sebze ve meyve tüketiminin düşük olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı gıda alışkanlıklarını benimsemelerini engelleyen birçok faktör vardır. Bu faktörler, yemek pişirme becerilerinin yetersizliği, yiyecek hazırlama konusunda zaman, para ve bilgi eksikliği, yemek pişirmek için uygun yer ve mutfak gereçleri eksikliği, ebeveynlerin evinden uzakta yaşamak, sağlıksız ve hazır yiyeceklere ulaşılabilirlik ve erişimin kolay olmasıdır (Bernardo ve ark. 2017; Naserpoor ve ark. 2018; Rector 2018).

Öğrencilerin genellikle lezzet, kolay ulaşılabilirlik ve ekonomik uygunluk nedeniyle fast food besinleri seçtiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda üniversite öğencilerinin %80'inin düzensiz yemek yediği ve öğrencilerin yarısının günde iki ana öğün yediği bildirmiştir. Bu nedenle, bu davranışlardan hoşlanan öğrenciler, artan kilo alma, obezite riski ve bulaşıcı olmayan hastalıkların gelecekteki gelişimi riski altındadır

(Llanaj ve ark. 2018; Çakır 2017; Genena ve Salama 2017; Ansari ve ark. 2015; Tanton ve ark. 2015; Gözüm 2016; Hilger ve ark. 2016;).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm dünyada artmaktadır ve gelişmekte olan ülkelerde büyük sorunlara neden olmaktadır. Küresel olarak, bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm ölümlerin %63'ünden sorumludur ve küresel hastalık yükünün %80'inden sorumludur. İstatistikler, ölüm nedenlerinin %53'ünün insan yaşam tarzıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlıksız yaşam tarzı nedeniyle, obezite, ateroskleroz ve koroner kalp hastalığı gibi birçok kronik durumun prevalansında ve insidansında büyük bir artış olmuştur (Kromhout ve ark. 2002). Bu kronik durumlar arasında hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde sedanter bir yaşam tarzına bağlı fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme sonucu ciddi bir salgın sağlık sorunu olarak obezite prevalansı artmıştır (Mokhtar ve Al-Mashi 2013; Mirmohammadi ve ark. 2013).

DSÖ'ne göre "obezite ve fazla kilolu olmanın temel nedeni, tüketilen kaloriler ile harcanan kaloriler arasındaki enerji dengesizliğidir." Obezitedeki küresel artışlar, yağdan ve şekerden yüksek ancak vitamin, mineral ve diğer mikro besin maddelerinde düşük enerji yoğun gıdaların alımında artan bir diyette küresel bir kayma, birçok çalışma biçiminin giderek hareketsizleşen doğası, aşırı teknoloji kullanımı, ulaşım araçlarının yoğun kullanımı, artan kentleşme gibi bir dizi faktöre bağlanabilir (Bağrıaçık 2019).

Obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erişkin yaşı ilgilendirdiği kadar son yüzyılda çocuk ve adölesan yaşlarını da içine alan ciddi bir hastalık olarak görülmektedir. Gelişmiş birçok ülkedeki toplam sağlık maliyetlerinin %2 ile %6'sını oluşturur. Aşırı kilo ve obezite nedeniyle çok sayıda insanın etkilemesi sonucunda ülkelerin tedavi harcamaları artmaktadır (Carels ve ark. 2008).

Avrupa'da bugün yaklaşık erişkin yaşı 200 milyon obez, çocuk yaşı 35 milyon obez bulunmaktadır. Obez sayısının artması ile beraber komplikasyonlar ve ölümlerin de arttığı saptanmıştır. Amerika halkının yüzde 70'i fazla kilolu, yüzde 50'si obezdir. Ülkemizde de Amerika ve Avrupa ülkeleri ile yarışır şekilde obez sayısı artmaktadır. Türkiye Obezite Araştırma Derneği ve Türk Diyabet Cemiyeti ile TÜDOV'un yaptığı araştırma ve çalışmalarda yurdumuzun 6 ayrı bölgesinde 20-70 yaş arası 13.878 kişinin %39,6'sı "fazla kilolu" tespit edilirken, %29,5'i "obez" olarak bulunmuştur (Bağrıaçık 2019).

Vücut kompozisyonu değişimleri üniversitedeyken de gerçekleşmektedir ve yakın zamanda yapılan 49 prospektif çalışmanın meta-analizi, öğrencilerin vücut kitlelerinde ve vücut yağlarında sırasıyla 1,6 kg ve %1,2'lik bir artış göstermiştir ve ağırlık artışları çalışma yılları boyunca dağılmıştır (Fedewa ve ark. 2014).

Obezite, hipertansiyon, tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı, inme, osteoartrit, belirli kanser türleri ve mortalite gibi birçok önemli sağlık sorunuyla ilişkilendirilmiştir (Gill ve ark. 2019; Mastellos ve ark. 2014). Amerika'da yapılan kesitsel bir araştırmada, üç öğrenciden birinin haftada en az bir veya iki kez fast food tükettiği bildirilmiştir (Yahia ve ark. 2016). Yedi Birleşik Krallık üniversitesindeki benzer bir çalışma, öğrencilerin sadece %15'inin önerilen meyve ve sebze alımına (5 porsiyon / gün) ulaştığını ve %70'inin haftada bir kereden fazla tatlı yediğini saptamıştır (Ansari ve ark. 2015). İngiltere'de yapılan bir araştırmada da 16-24 yaşları arasında erkeklerin sadece %17'sinin ve kadınların ise %19'unun günlük en az beş porsiyon sebze ve meyve tükettiği tespit edilmiştir (Cameron ve ark. 2015).

Beslenme alışkanlıklarının temelinin aile ortamında atıldığı, daha sonra ise alınan eğitimler ve çevrenin etkisiyle şekillendiği belirtilmektedir. Beslenme şekli, insan sağlığının değiştirilebilen en önemli belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Özenoğlu ve ark. 2018). DSÖ Avrupa Gıda ve Beslenme 2015-2020 Eylem Planı'nda, "beslenmeyle ilişkili hastalıkların ve sağlıksız beslenmenin bütün şekillerinin önlenmesi ve kontrol edilmesine yönelik genç bireyler için sağlıklı beslenmenin teşvikine yönelik çalışmaların yapılması gerektiği" belirtilmiştir (WHO 2014).

Fazla kilolu/obez üniversite öğrencilerinin fast food gıda, gazlı içecek ve alkol içeriği düşük olan içecek tüketiminin azaltılması yalnız sosyal yaşantı gereği toplantılarda alınması şeklinde sınırlandırılması, kötü beslenme alışkanlıklarını tetikleyecek çevre faktörleri, diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğinin yapılması önerilmektedir (Bağrıaçık 2019). Ülkemizde fazla kilolu/obez öğrencilerle sağlıklı diyet seçenekleri konusunda çalışmalar yapılması beklenmektedir (Sağlık Bakanlığı 2018). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenme konusunda farkındalığının arttırılarak, sağlıklı beslenme ve sürdürmeye teşvik eden okul politikaları ve programları geliştirmek önem arz etmektedir (WHO 2018).

2.1.2.2. Fiziksel Hareketsizlik

Fiziksel aktivitenin sağlık açısından yararları bilinmesine rağmen, dünya nüfusunun %40'ından azı yeterli miktarda fiziksel aktivite yapmaktadır ve bu oranlar sürekli olarak düşmektedir. Evde, okulda/işte, rekreasyon sırasında ve ulaşımda dahil olmak üzere tüm yaşam ortamlarında fiziksel aktivite sürekli olarak azaldığı için bu eğilim devam etmektedir. Şu anda fiziksel hareketsizlik mortalite açısından dördüncü küresel risktir ve hastalık yükü açısından on birinci risktir. Yüzde olarak ise fiziksel hareketsizlik küresel ölümlerin %6'sından ve hastalık yükünün %2,8'inden sorumludur (Freak-Poli ve ark. 2013; Wolfenden ve ark. 2017).

20. yüzyılın ikinci yarısından sonra modern dönemin ortaya çıkardığı sedanter yaşamın insanları daha fazla yemeye, atıştırmalara yönelttiği, hareketli yaşam ve fiziksel aktivitenin giderek azaldığı belirtilmektedir. Daha çok araba kullanmak, metro kullanımının artmış olması, modern ev aletlerinin kullanılması nedeniyle bedensel enerji harcama miktarının azaldığı tespit edilmiştir. Yemek pişirme yerine hazır gıda paketleri alınıp fırında ısıtılıp yenilmekte, fast food ağırlıklı beslenilmekte ve bu besinlerin içeriklerinde yağ ve karbonhidrat daha fazla olduğu için kilo almanın kolaylaştığı ileri sürülmektedir (Bağrıaçık 2019).

Sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaşmak ve bu ağırlığı korumak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına verilen önem, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, tip 2 diyabet, depresyon ve erken ölüm gelişme riskini azaltabileceği ifade edilmektedir (Arias-Palencia ve ark. 2015; Caperchione ve ark. 2017).

DSÖ'ne göre yetişkinlerin %23'ü ve okul çağı çocuklarının %81'i yeterince aktif değildir. Avustralya'da yaş ortalaması 20 olan 2729 üniversite öğrencisinde; kızların %53'ünün ve erkeklerin %68'inin fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada öğrencilerinin %51'inin fiziksel aktivite oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Oğuz ve ark. 2018). Öğrencilerin fiziksel aktivite oranlarının azalamasının yanında pasif hareketlerinde arttığı bildirilmiştir. ABD'de 2011 yılında 10-24 yaş arası öğrencilerin üçte birinin okul günlerinde ortalama 3 saat ve üzeri bilgisayar oyunu oynadığı ya da televizyon izlediği, ülkemizde de bilgisayar ve televizyon başında geçirilen zamanın ortalama 2 saati geçtiği belirtilmiştir (Gözüm 2016). Birleşik Krallık'ta bulunan üniversitelerde yapılan bir çalışma, öğrencilerin sadece %13'ünün tavsiye edilen orta şiddetli aktivite düzeylerine ulaştığını ve erkek öğrencilerin oranının kadın

öğrencilere kıyasla daha fazla oranda yüksek şiddetli aktivite yaptıkları bildirilmiştir (Ansari ve ark. 2015).

Türkiye Beslenme ve Fiziksel Aktivite Araştırması'na göre ülkemiz genelinde fiziksel aktivite yapanların oranı sadece yüzde 14'tür (Bağrıaçık 2019). Ülkemizde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %18,81'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı, kızların %14,98'i, erkeklerin %28'inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur (Oğuz ve ark. 2018). Fiziksel aktivite yapmama nedeni olarak zaman kısıtlılığı, çalışma şekli, altyapı ya da sahip olunan evin buna uygun olmadığı, yaşanılan muhitte spor yapacak yerin olmadığı ileri sürülmektedir (Bağrıaçık 2019).

Düzenli fiziksel aktivitenin hem kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, insüline bağımlı olmayan diyabet, diyabetes mellitus, obezite, inme, bazı kanserler ve osteoporozun önlenmesinde ve tedavisinde, hem de lipit profilinin iyileştirilmesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır (Gill ve ark. 2019; Khodaveisi ve ark. 2017). Fiziksel aktivite ile koroner kalp hastalıkları veya kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan bir meta-analizde; fiziksel olarak en aktif olanların risk oranları, en az aktif olanlara göre %30 daha düşük bir riskin olduğu rapor etmiştir. Aynı zamanda fiziksel hareketsizliğin küresel olarak iskemik kalp hastalığının yaklaşık %22'sine neden olduğu tahmin edilmektedir (Foster ve ark. 2005). Bu nedenle DSÖ "günde en az 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite" yapılmasını önermektedir ve maksimal kalp hızını 140-150 arasında tutmak gerekli olduğunu bildirmektedir. Maksimal kalp hızı 220'den kişinin yaşının çıkarılması ile elde edilir (Ardıç 2014).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik stratejiler; okullarda risk faktörü taramaları, yürüyüş parkurlarının oluşturulması, bisiklet yolları ve bisiklet kullanımına teşvik, kampüslerde açık ve kapalı spor sahalarının oluşturulması, merdiven kullanımını teşvik etmek, pedometre kullanımı, grup olarak ya da bireysel olarak uyarlanmış sağlık davranışı değişikliği programları, geliştirilmiş okul temelli beden eğitimi dersleri, telefon, e-posta ve web siteleri aracılığıyla sağlıklı yaşam eğitimleri olarak bildirilmiştir (CDC 2011; WHO 2010).

2.2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlığı üzerindeki gücünü artırmaya yönelik sağlık eğitimi, önleme hizmetleri (primer, seconder ve tersiyer) ve sağlığı korumaya yönelik politikaların bir kombinasyonu olarak ifade edilmektedir (Evans ve ark. 2017). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin artmasını sağlamaktadır. Pender'e göre "sağlıklı yaşam biçimi davranışları özetkililik, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi" dir (Pender 1996). Sağlığı geliştirme uygulamalarına rehber olacak nitelikte olan Sağlığı Geliştirme Modeli 1980'lerde hemşire Nola Pender tarafından yayınlanmıştır (Rector 2018; Gözüm 2016). Model, sağlık davranışını etkileyen arka plan faktörlerini tanımlamaktadır. Modelin merkezi odağı hemşire tarafından değerlendirilebilecek sekiz inanç üzerinedir. Bu sekiz inanç hemşirelik müdahalesi için kritik noktalardır. Modeli kullanarak ve sağlıklı/ hasta birey ile iş birliği içinde çalışan hemşirenin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında yardımcı olabileceği beklenmektedir (Pender ve ark. 2011). Model, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek, korumaları ve geliştirmelerini sağlayan kavramsal bir çerçeve sunarak rehber niteliği taşımaktadır (Kaya ve ark. 2017). Eğitim verme, rol model olma ve ve etkili iletişim yoluyla tüm hemşirelerin sağlığı geliştiren davranışları teşvik etmek için her fırsatı değerlendirmesi vurgulanmaktadır (Evans ve ark. 2017).

Modelin Amacı

Sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak ve öngörmek için çok değişkenli bir paradigma oluşturmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışların belirleyicilerinin anlaşılması konusunda hemşirelere yardımcı olmak ve bireyin geçmiş deneyimleri ve davranışlarına yönelik algıları üzerinde etkili olabilecek faktörleri değerlendirmektir.

Modelin önemi

Model sağlığı geliştirme kavramı doğrultusunda hemşirenin rolünün odak noktasının, sağlıklı ve standartları yükseltilmiş bir yaşam için kaynakları, potansiyelleri ve yetenekleri güçlendirme, eğitim desteği sağlamak olarak değiştiğini ifade edilmektedir. Model sağlıklı/hasta bireyin sağlığını kendisinin kontrol etmesi için fırsat verdiği ifade edilmektedir. Tüm topluma yönelik olarak yaşam süresi boyunca birçok farklı durumlara uygulanması önerilmektedir.

Modelin temelleri

Modelin kişilerarası ve fiziksel çevreleriyle etkileşimde bulunan kişilerin çok boyutlu doğasını tanımladığı belirtilmektedir. Modelin beklenti-değer teorisi ve sosyal bilişsel teori yapılarını bütünsel bir hemşirelik perspektifinde birleştirdiği ifade edilmiştir Beklenti değer teorisi'ne göre; "bireyler, mümkün olduğunca algılanan ve değerli sonuçlara yol açan hedeflere ulaşmak için harekete geçer." İnsanların davranışlarını değiştirmeleri için düşüncelerini değiştirmeleri gerekir" (Murdaugh ve ark. 2019).

Modelin varsayımları

Model hemşirelik ve davranış bilimi perspektiflerini yansıtan aşağıdaki varsayımlara dayanmaktadır (Pender ve ark. 2011):

- "Kişiler, eşsiz insan sağlığı potansiyellerini ifade edebilecekleri yaşam koşulları yaratmaya çalışırlar."
- "Kişiler, kendi yeterliliklerinin değerlendirilmesi de dahil olmak üzere yansıtıcı öz farkındalık kapasitesine sahiptir."
- "Kişiler pozitif olarak görülen yönlerde büyümeye değer verir ve değişim ile istikrar arasında kişisel olarak kabul edilebilir bir denge kurmaya çalışır."
- "Bireyler kendi davranışlarını aktif olarak düzenlemeye çalışırlar."
- "Tüm biyopsikososyal karmaşıklıktaki bireyler çevreyle etkileşime girer, çevreyi aşamalı olarak dönüştürür ve zaman içinde dönüşür."
- "Sağlık çalışanları, yaşamları boyunca kişilere etki eden kişiler arası ortamın bir parçasını oluşturur."
- "Kişi-çevre etkileşimli modellerin kendi kendine başlattığı yeniden yapılandırma davranış değişikliği için çok önemlidir."

Modelin teorik önerileri

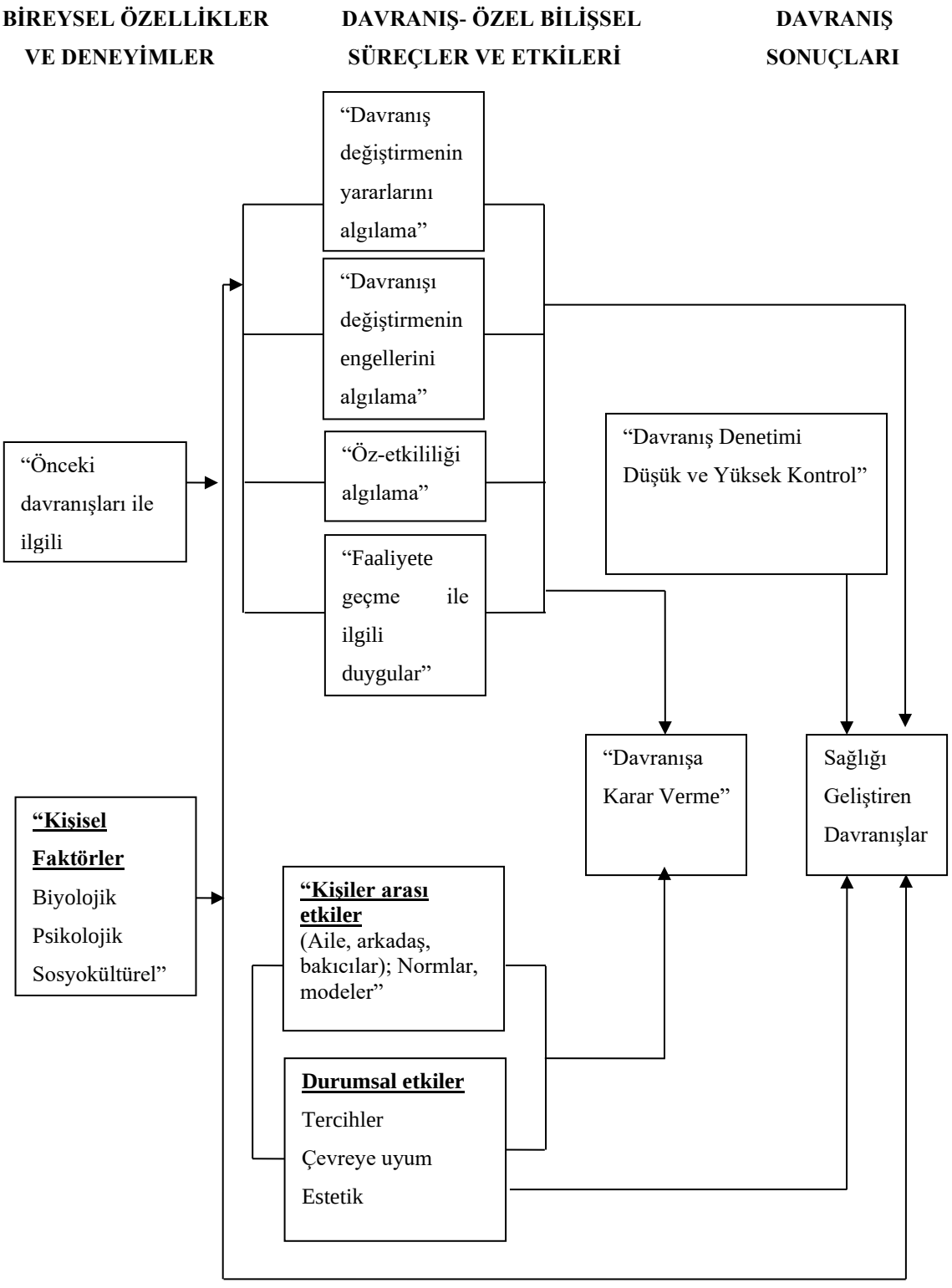
Modelden türetilen teorik ifadeler sağlık davranışları üzerine araştırma çalışmaları için bir temel oluşturmaktadır. Model aşağıdaki teorik önerilere dayanmaktadır (Pender ve ark. 2011):

- "Önceki davranışlar ve kalıtsal ve edinilmiş özellikler, sağlığı geliştirici davranışların inançlarını, etkilerini ve yasalarını etkiler."

- “Kişiler, kişisel olarak fayda elde etmeyi bekledikleri davranışlarda bulunmayı taahhüt ederler.”
- “Algılanan engeller eyleme bağlılığı, davranışsal aracıyı ve gerçek davranışı kısıtlayabilir.”
- “Belirli bir davranışı yürütmek için algılanan yeterlilik veya öz-yeterlilik, eyleme bağlılık olasılığını ve davranışın gerçek performansını artırır.”
- “Daha fazla algılanan öz-yeterlik, belirli bir sağlık davranışında daha az algılanan engelle sonuçlanır.”
- “Bir davranışa yönelik olumlu etki, algılanan öz yeterliliğin artmasına neden olur.”
- “Olumlu duygular veya duygulanım bir davranışla ilişkilendirildiğinde, bağlılık ve eylem olasılığı artar.”
- “Önemli başkaları davranışı modellediğinde, davranışın gerçekleşmesini beklediğinde ve davranışı etkinleştirmek için yardım ve destek sağladığında, kişilerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma ve bu davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir.”
- “Aileler, akranları ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlıkla mücadele davranışına bağlılığı ve bağlılığı artırabilecek veya azaltabilecek kişiler arası etkinin önemli kaynaklarıdır.”
- “Dış ortamdaki durumsal etkiler, sağlığı geliştirici davranışlara olan bağlılığı veya katılımı artırabilir veya azaltabilir.”
- “Belirli bir eylem planına bağlılık ne kadar büyük olursa, sağlıkla ilgili davranışların zaman içinde sürdürülme olasılığı o kadar yüksektir.”
- “Bir eylem planına bağlılığın istenen davranışla sonuçlanma olasılığı daha düşüktür hangi kişilerin üzerinde çok az kontrole sahip oldukları ile ilgili rakip talepler anında dikkat gerektirir.”
- “Bir eylem planına bağlılığın, diğer eylemler daha çekici olduğunda ve dolayısıyla hedef davranışa göre tercih edildiğinde istenen davranışla sonuçlanma olasılığı daha düşüktür.”
- “Kişiler, sağlığı geliştirici davranışlar için teşvikler oluşturmak üzere bilişleri, etkileri, kişilerarası etkileri ve durumsal etkileri değiştirebilir.”

Sağlığı Geliştirme Modelinin Temel Bileşenleri

Model Pender ve arkadaşları tarafından 1996 yılında gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranış-özgü bilişsel süreçlerve etkileri" ve "davranış sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır (Murdaugh ve ark. 2019; Özcan ve Bözhüyük 2013; Pender ve ark. 2011). (Şekil 2-1).



Şekil 2-1: Sağlığı Geliştirme Modeli

Kaynak: "Pender, N.J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice,* Fourth Edition. New Jersey."

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Davranışsal Faktörler: Kişinin belirli bir etkinlikle ilgili önceki deneyimlerini tanımlamaktadır. Daha önce öğrenilen faaliyet ve ilişkili bilgiler, kişinin faaliyete katılımı sürdürme konusundaki öz yeterliliğini etkileyebildiği belirtilmektedir (Galloway 2003; Pender ve ark. 2011). Araştırmalara göre bir davranışın en iyi yordayıcısının geçmişteki davranışın sıklığı olarak kabul edilmektedir. Önceki davranışların sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma olasılığı üzerinde etkileri olduğu ileri sürülmektedir (Murdaugh ve ark. 2019).

Kişisel Faktörler: Modelle ilgili yaş, cinsiyet, gelir, etnik, ırksal ve eğitimsel geçmiş gibi demografik özellikleri oluşturmaktadır. Örneğin, bir bireyin geliri arttıkça önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığı daha yüksek olmaktadır. Bu yön sağlığı geliştirme modelinin kendini gerçekleştirme kavramı ile iç içe geçmesini sağlar (Galloway 2003).

-"Biyolojik Faktörler (yaş, cinsiyet)

-Sosyo-kültürel faktörler (etnik köken, eğitim, sosyoekonomik durum)

-Psikolojik faktörler (benlik saygısı, öz motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı)"

Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkileri

Eylemin algılanan yararları: Bir sağlık davranışını gerçekleştirmenin olumlu veya pekiştirici sonuçlarının algılanmasıdır. Algılanan faydaların kişinin belirli bir davranışta bulunma arzusunu etkilediği belirtilmektedir. Faydalar içsel veya dışsal olabilir. İçsel faydalar, artan enerji veya algılanan çekicilik potansiyelini içermektedir. Dışsal faydalar, davranışa dahil olmanın bir sonucu olarak olası parasal ödülleri veya sosyal etkileşimleri içermektedir. Başlangıçta dışsal faydalar daha önemli olabilirken, içsel faydalar sağlık davranışının sürdürülebilirliğini motive etmede daha güçlü olabilmektedir (Murdaugh ve ark. 2019).

Eylemde algılanan engeller: "Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algılar" olarak tanımlanmaktadır. Engeller genellikle belirli bir davranışı üstlenmenin önündeki zihinsel engeller, engeller ve kişisel maliyetler olarak görülmektedir. Engeller, belirli bir eylemi gerçekleştirmenin

uygunsuzluğu, masrafı, zorluğu veya zaman alıcı doğası hakkındaki inançlardan oluşmaktadır. Engeller, belirli bir davranışı gerçekleştirmekten kaçınmak için güdüler uyandırır. Beklenen engellerin davranışa girme niyetlerini etkilediğine yapılan çalışmalarda sıkça rastlanmıştır "Algılanan yararın algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilimin o ölçüde fazla olacağı" belirtilmektedir (Murdaugh ve ark. 2019).

Öz Etkililik: Belirli bir sağlık davranışını organize etmek ve yürütmek için kişisel yeteneğin yargılanmasıdır. Sağlık davranışlarını başarılı bir şekilde yerine getirme konusundaki özgüvendir. Davranışı gerçekleştirmeye yönelik kararlılık ve inançtır.

Öz-yeterliliğin algılanan eylem engellerini etkilediği, yüksek öz etkililik düzeyinin engellerin algılanmasını azalttığı öne sürülmektedir. Öz-yeterliliğin bir eylem planını takip etme taahhüdünü artırarak sağlığı geliştirme davranışına yönelik motive ettiği öne sürülmektedir (Murdaugh ve ark. 2019).

Kişilerarası Etkiler (Aile, akran, sağlık personeli vb.): Kişilerarası etkiler, "başkalarının davranışlarını, inançlarını veya tutumlarını içeren bilişler" olarak tanımlanmaktadır. Davranışlar üzerindeki kişilerarası etkinin birincil kaynakları aile, akranlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak kabul edilmektedir. Kişilerarası etkiler, sosyal normları (önemli başkalarının beklentileri), sosyal desteği ve modellemeyi (başkalarını gözlemleyerek dolaylı öğrenme) içermektedir. Sosyal normların, bireylerin benimseyebileceği veya reddedebileceği davranışlar için standartlar belirlediği tespit edilmiştir. Sağlığı geliştirme modeli, kişilerarası etkilerin sağlığı geliştirici davranışları doğrudan ve dolaylı olarak sosyal normlar yoluyla (bir eylem planına bağlanmaya yönelik baskı veya teşvik) etkilediğini belirtmektedir. Bireylerin, başkalarının isteklerine, örneklerine ve övgülerine karşı duyarlı oldukları ölçüde davranışlarının farklılık göstereceği söylenmektedir (Murdaugh ve ark. 2019). Örneğin; bireye sigarayı bırakmasını tavsiye eden saygın bir klinisyen, bireyin sigarayı bırakması için itici güç sağlayabilir (Galloway 2003).

Duruma Özgü Etkiler: Bireyin içinde yaşadığı çevrenin bireylerin davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Örneğin, bir kişi kilo vermek istiyorsa ancak yalnızca yüksek kalorili veya yüksek yağlı yiyecek / yemek seçeneklerine sahipse, daha fazla zorlanacaktır (Galloway 2003; Pender ve ark. 2011).

Faaliyete geçme ile ilgili duygular: Aktiviteyle ilişkili duygulanım üç bileşenden oluşmaktadır: "eylemin kendisine karşı duygusal uyarılma (eylemle ilgili), kendi kendine

eylem (kendiyle ilgili) ve eylemin gerçekleştiği ortam (bağlam)". Ortaya çıkan duygu durumu, bir bireyin davranışı tekrar edip etmeyeceğini veya davranışı uzun vadede devam ettirip ettirmeyeceğini belirleyecektir. Öznel duygu durumları, davranışla ilişkili uyaran özelliklerine bağlı olarak bir etkinlik öncesinde, sırasında ve sonrasında ortaya çıkacaktır (Murdaugh ve ark. 2019).

Davranış Sonucu

Davranışa ilişkin plan yapma/bir eylem planına karar verme: davranışı planlı ve belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmektir. Başarılı bir şekilde yapılacak belirli stratejilerin tanımlanması da dahil olmak üzere belirli bir sağlık davranışı yürütme niyetidir. Bir eylem planına bağlılığın, önlenemeyen bir talep veya karşı çıkılamayan bir tercih olmadıkça bireyleri eyleme ittiği belirtilmektedir. Belirli stratejilerin belirlenmesi, eylem planının uygulanma olasılığını artırdığı tespit edilmiştir. Stratejiler, bireysel tercihlere göre sağlık davranışlarını gerçekleştirmek ve pekiştirmek için uyarlanmalıdır (Murdaugh ve ark. 2019).

Acil /Anlık taleplerin ve tercihlerin karşılanması: Acil/anlık talepler veya tercihlerin, planlı bir sağlığı geliştirici davranışı gerçekleştirmeden hemen önce bilinçliliğe giren engellerle ilgili olduğu belirtilmektedir. Bir bireyin anlık taleplerine direnme derecesi, kendi kendini düzenleme yeteneğine bağlıdır. Anlık tercihlere "pes etme" örneği tat veya lezzet tercihlerinden dolayı az yağlı bir gıda yerine yüksek yağlı bir gıda seçmek olabilir. Birbiriyle yarışan talepler ve tercihler bir eylem planını rayından çıkarabilmektedir. Bu durumu engellemek, öz düzenleme ve kontrol uygulamasını gerektirmektedir. Bir eylem planına güçlü bir bağlılık, anlık talepler veya tercihler karşısında olumlu davranışı tamamlama kararlılığını sürdürebilir (Murdaugh ve ark. 2019).

Sağlığı geliştiren davranış: Sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda olumlu eylemin sonucudur. Sağlığı geliştirici davranış, olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmaya yöneliktir. Sağlığı geliştirici davranışların, daha iyi sağlık, gelişmiş işlevsel yetenek ve daha iyi yaşam kalitesi ile sonuçlanacağı vurgulanmaktadır (Murdaugh ve ark. 2019; Özcan ve Bözhüyük, 2013; Pender ve ark. 2011).

2.2.2. Sağlığı Geliştirme Modelinde Davranış Değişim Sürecinde Kullanılan Hemşirelik Girişimleri

Hemşireler, halk sağlığının geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Geleneksel olarak, hemşireler tarafından sağlığı geliştirmenin odak noktası, hastalıkları önleme ve bireylerin sağlıklarına ilişkin davranışlarını değiştirmedir (Kempainen ve ark. 2012). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması için hemşirelerinin kullanacağı stratejiler; "farkındalığı artırma, kendi kendini değerlendirme, öz etkililiği geliştirme, değişimin yararlarını artırma, çevreyi kontrol etmek, davranış engellerinin üstesinden gelmek, davranış değişimi müdahalesinin kişiye özel hale getirilmesi ve davranış değişikliklerinin sürdürülmesi" olarak belirtilmektedir.

Farkındalığı Artırma: Girişimlerin başarısını etkileyen en önemli faktör bireylerin davranış değişimine hazırlık durumu olarak kabul edilmektedir (Pender ve ark. 2002). Kısa süreli fakat etkili görsel ve yazılı materyaller kullanılarak yapılan bilgilendirmelerle bireylerde farkındalık yaratılmasının uygulanacak davranış değişimi programının etkisini artıracağı ifade edilmektedir. Afişler, broşürler, yaşanmış deneyimlerin anlatıldığı kısa video gösterimleri veya olumsuz sağlık davranışları sürdürüp hastalığa yakalanan meslektaşlarının deneyimlerini paylaştığı toplantılar farkındalığı artıracak yöntemler arasında sayılabilir. Yöntemler seçilirken kişinin kültürüne, eğitim durumunu, değer ve inançlarına uygun olmasına dikkat edilmelidir.

Kendini Yeniden Değerlendirme: Bireylerin kendi standartları ile mevcut davranışları arasındaki tutarsızlıkların ortaya çıkarılması ilkesine dayanmaktadır. Bireyin bu tutarsızlığı farketmesi ile ortaya çıkacak olası mutsuzluğu bireyin tutarlı davranışları sergilemeye yönelteceğini hedefleyen bir stratejidir. Bu strateji sonucunda bireyde kendini kınama veya suçluluk duygularının yerini gurur ve tatmin duyguları alacaktır. Bireyin sağlığına zarar veren olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmeye yöneltmek için kendini yeniden değerlendirme tekniği kullanılabilmektedir (Pender ve ark. 2002). Rokeach'ın sağlığın önemi veya değerler haritasi ölçeği bireyin kendini yeniden değerlendirmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek bireyin değerlerinin ve tutarsızlıklarının tartışılması için temel oluşturmaktadır. Örneğin; merdiven çıkarken zor nefes alan biri kendini sağlıklı olarak görüyorsa, mutsuz olan bir kişi mutlu ve başarılı olduğuna inanıyorsa, bu insanlar kendi kavramları ve davranışları arasında çelişki yaşıyorlardır. Bu tutarsızlıkların birey tarafından değerlendirilmesi değişimi başlatan uyaran olabilmektedir (Esin 1997).

Öz Etkililiği Geliştirme: Öz etkililik; belirli bir davranışın gerçekleşmesi için kişisel yetenekler ve inancı ifade etmektedir. Gösterilen başarılı bir performans sonucunda bireyin belirlediği hedeflere ulaşacağına dair geri bildirimler alması, öz etkililiği artıracaktır (Pender ve ark. 2002). Burada hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu aşamada bireyi destekleyen yeni stratejiler geliştirilerek hedef davranışın yararlarının birey tarafından algılanmasının sağlanmasıdır.

Değişimin Yararlarını Artırma: Davranış değişikliğinden elde edilen sonuçları artırmak için ödül ve desteklerin uygulanması gerekmektedir. Birey davranış değişimi sonucunda olumlu etkilerle karşılaşırsa davranışın şekillenmesi ve yaşam şekline dönüştürülme ihtimalini yükseltmektedir (Pender ve ark. 2002). Değişim sürecini gerçekleştirmede en başarılı uygulanan tektiklerden biri "Operant Koşullanma" dır. Davranış değişikliğinin potansiyel faydaları veya ödülleri somut, sosyal veya kendi kendine yaratılmış olabilir. Faydalar, istenen davranışı güçlendirmeye hizmet eder. Somut faydalar arasında yeni bir mobil cihaz gibi görünür nesneler veya aktiviteler ya da favori bir aktiviteye katılma süresi yer alır. Somut faydalar ayrıca, düzenli bir fiziksel aktivite programının bir sonucu olarak kilo kaybı veya düşük kan basıncı gibi fiziksel değişiklikleri içerir. Sosyal yardımlar, aileler ve arkadaşlarla yapılan faaliyetlere odaklanır. Kendi kendine üretilen faydalar, artan özgüven veya kilo vermenin bir sonucu olarak olumlu bir vücut imajı gibi iç ödülleri içerir. Ödüller için planlama, davranış değişikliğinin olumlu sonuçlarını genişletmenin benzersiz bir yoludur. Başlangıçta ödüller dışsal olabilir veya başkaları tarafından sağlanabilir. Bir birey için istenen bir davranışta bulunmaya başladıktan sonra, kilo vermek veya daha enerjik hissetmek gibi içsel ödüller pekiştirici özelliklere sahiptir. Davranış kendi ödülünü sunmaya başladığında, davranışın faydalarını artırmak için dışsal ödüller artık gerekli olmayabilir (Murdaugh ve ark. 2019).

Çevreyi Kontrol Etmek: Sosyal bilişsel kurama göre, davranış değişimini sağlamada çevrenin kontrol edilmesi ve düzenlenmesi önemli unsurlar arasında gösterilmektedir. Çevresel uyaranların olumlu yönde şekillendirilmesinin çalışanları olumlu sağlık davranışlarına yönelteceği veya olumsuz etkenleri ortadan kaldırabileceği öne sürülmektedir (Pender ve ark. 2002). Örneğin; sigara bırakmayı hedefleyen kisinin çevresinde sigara içilmemesi ve bireyin sigara içilmeyen ortamlarda bulunması sigara bırakma davranışını destekleyecektir.

Davranış Engellerinin Üstesinden Gelmek: Davranış değişiminin önündeki engeller iç ve dış olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İç engeller bilgi, beceri, duygu ve motivasyon eksikliği; dış engeller ise imkan, olanak ve sosyal destek eksikliği olarak kabul edilmektedir (Pender ve ark. 2002). Davranış değişimini hedefleyen hemşirelere düşen sorumluluk, engellerin tespit edilmesi ve ortadan kaldırılmasıdır. Engeller veya davranışı değiştirmenin algılanan maliyetleri, sağlık inanç modelinde, sosyal bilişsel modelde ve sağlığı geliştirme modelinde merkezi kavramlardır. Harekete geçmenin önündeki engeller en aza indirildiğinde veya ortadan kaldırıldığında davranış değişikliği kolaylaştırılır. Değişim sürecinin erken safhalarında, olası engellerin belirlenmesi gerekir. Olası engeller şunları içerebilir:

- Belirsiz kısa vadeli ve uzun vadeli hedefler
- Değişiklik yapmak için gereken bilgi ve / veya becerilerin eksikliği
- Kaynak yetersizliği
- Algılanan kontrol eksikliği

Davranış Değişikliğinin Sürdürülmesi: Davranış değişiminin en zor aşaması olumlu sağlık davranışının sürdürülmesi ve kalıcı hale gelmesidir. Davranış değişimi geçici olursa bireyin sağlık durumunda değişim gözlenmeyeceği, olumlu davranış genelleştirilip her durumda kullanıldığı takdirde girişimin başarılı olacağı ifade edilir. Olumlu sağlık davranışının sürdürülmesi amacıyla "davranışın toplumsallaşması, asosyatif öğrenme, kaydetme ve aralıklı destekleme" teknikleri kullanılmaktadır (Pender ve ark. 2002; Esin 1997).

Davranışın Toplumsallaşması: Olumlu sağlık davranışları bütünlük ve düzen içinde tekrar edilirse ve içinde bulunan çevredeki insanların yanında yapılırsa davranışın toplumsallaşması sağlanılır (Esin 1997).

Kaydetme: Sağlık davranışları bir grafiğe kaydedilmektedir. Davranışların sıklığı ve süresi bireylerin davranışı sürdürmedeki başarısını yansıtmaktadır (Esin 1997).

Aralıklı Destekleme: Davranış değişikliğine yönelik planlanan uzun vadeli hedeflerin gerçekleştirilmesinde bireylerin belirli aralıklarla desteklenmesinin istenmeyen davranışlara dönüşü engellemek ve motivasyonu artırmak için etkili olduğu belirtilmektedir (Esin 1997).

2.3. ÜNIVERSITE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Okul sağlığı hemşireleri okul çağında ve yetişkinlik döneminde öğrencilerin sağlıklı olabilmeleri için "bakım verici, değişim ajanı olma, eğiticilik ve yöneticilik" gibi rollerini kullanarak öğrencilerin ve okul personelinin sağlıkla ilgili önceliklerini belirlemede, koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanmasında ve değerlenmesinde kilit insan gücüdür. "National Association of School Nurses (NASN)" okul hemşirelerini; "çocukların ve gençlerin entelektüel potansiyellerini kullanarak bireysel yeteneklerini arttırmak, şu anda ve gelecekteki fiziksel, sosyal, kişisel ve emosyonel büyümelerini olumlu etkilemek için yararlı kararlar alan kişiler" olarak tanımlamaktadır (Gözüm 2016).

Okul hemşireleri öğrencilerin okul ortamında beslenme alışkanlıklarının kalitesini artırmaya yönelik yerel ve ulusal düzeyde, sağlıklı gıda ortamlarını destekleyen ve teşvik eden, öğrencilerin beslenme durumu değerlendirmelerini gerçekleştiren ve kanıta dayalı sağlığı geliştirme programlarının uygulanmasına öncülük eden politikaların planlanmasında hayati bir role sahiptir (Malone 2005).

DSÖ tarafından değiştirilebilir sağlık risklerinin toplumdaki etkisinin azaltılması bir halk sağlığı önceliği olarak tanımlanmıştır. Çocuklarda ve gençlerde sağlık risklerinin ortadan kaldırılmasına yönelik sağlıklı yaşam biçimi müdahalelerinin hedeflenmesi, ortaya çıkan sağlık davranışlarının ileri yaşlara taşınarak sürdürülmesi nedeniyle önemli bir kronik hastalık önleme stratejisidir. Örneğin, kapsamlı fiziksel aktivite müdahaleleri, okul günü boyunca çocukların aktivitesini, hareket becerisi oranını ve yaşam boyu fiziksel aktivite bilgisini geliştirebilir. Benzer şekilde, Cochrane listeleri okullarda uygulanan obezite önleme programlarının beden kitle indeksi üzerinde olumlu koruyucu etkileri olan müdahalelerin örneklerini içermektedir (Wolfenden ve ark. 2017).

Fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme kronik hastalık riskiyle doğrudan bağlantılı olup, kanıtlar bu sağlık riskiyle ilişkili ateroskleroz, obezite ve diyabet gibi hastalıkların yaşamın ikinci ve üçüncü yıllarında ortaya çıktığını göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin çoğunun (>%50) halk sağlığı yönergesi tavsiyelerinin altında olduğu, mevcut önerilen günlük meyve ve sebze porsiyonunun yarısından daha azını tükettiği ve fiziksel aktivite düzeylerinde yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bu

davranışların modifikasyonunun sağlık için proksimal etkileri olabileceği ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde kronik hastalık riskini azaltabileceği; bununla birlikte, geç ergenlik döneminde ortaya çıkan kötü davranış biçimlerinin yetişkinliğe kadar devam edebileceğine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Brown ve ark. 2014).

Bireylerin sağlıklı beslenme davranışları edinebilmesi için ilk önce sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışlarının incelenmesi ve kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları, sağlığa verilen önem gibi bilişsel faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Öğrencilerin üniversite hayatına geçişinde yaşadığı rutin, çevre ve sosyal yaşamdaki değişiklikleri göz önüne alındığında, sağlıklı alışkanlıkların korunması için bazı özdenetim becerileri gereklidir. Yeni çevre, öğrencilerin üniversitedeki sağlıksız gıda seçeneklerine yüksek maruz kalmasına neden olacağından gıda cazibesine karşı engelleme için öz-denetim taleplerini de artırabilir (Kliemann ve ark. 2018). Bu nedenle kişilerin bilişsel algıları ve var olan yaşam biçimi davranışlarının bilinmesi gereklidir (Karaca ve Aslan 2019).

Sağlığı teşvik etmek ve hastalıkları önlemek amacıyla öğrencileri sağlıklı beslenme ve egzersiz için motive etmek için gençlere yönelik sağlığı geliştirme programlarının planlanması gereklidir (Mehri ve ark. 2016). Amerikanların sağlığını geliştirmeye odaklanmış olarak hazırlanan Healthy People 2020 hedefleri de sağlıklı beslenme, vücut ağırlığını koruma ve fiziksel aktivitenin artırılması amacıyla, okullar, iş yerleri, sağlık kuruluşları ve toplulukların kullandığı ortamlarda sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Rector 2018).

Üniversiteler sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik programlarının uygulanması için elverişli bir altyapı sağlamaktadır (Gözüm 2016). Okullarda ve üniversitelerde, çok sayıda öğrencinin bir arada bulunması ve öğrencilerin riskli durumlar ve ciddi sağlık tehditlerine maruz kalabilceklerinden dolayı sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Fertman ve Allensworth 2012).

Okullarda sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi ile üniversite öğrencilerinin akademik başarısının da olumlu etkilediği ileri sürülmektedir. CDC gençlerin göstergelerinin temel belirleyicilerinden birinin akademik başarı olduğunu vurgulamaktadır. Gençlerin sağlık sorunları derslerde konsantrasyon sorunları, devamsızlık, sınavlarda düşük notlar almaya ve akademik başarısızlığa neden olmaktadır. Eğitim kurumları sağlık ve akademik başarı arasındaki ilişkiden yola çıkarak öğrencilerin

sağlığını geliştirmeye yönelik politika ve programları uygulamalıdır (Fertman ve Allensworth 2012).

2.3.1. Sağlığı Geliştiren Üniversiteler

Günümüzde okullarda sağlığı geliştirme, sekiz bileşenli modele dayanmaktadır. Bu modeli takip eden programlar, ilk olarak kapsamlı okul sağlığı programları olarak etiketlenmiştir ancak günümüzde koordineli okul sağlığı programları olarak anılmaktadır. Koordineli okul sağlığı programlarının temel bileşen ve ilkeleri "beden eğitimi, sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, beslenme hizmetleri, danışmanlık, psikolojik ve sosyal hizmetler, sağlıklı okul çevresi, personel için sağlığı geliştirme, aile ve toplum katılımı" kolej ve üniversite kampüslerinde öğrenci sağlığını geliştirme için de geçerlidir (Tsouros ve ark. 1998).

1980'lerin ortasında, DSÖ tarafından yayınlanan Ottawa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi'nde ana sonuçlardan biri sağlığı geliştirme stratejilerinde geleneksel tıbbi/önleyici çerçeveden uzaklaşılarak daha geniş topluluklara ulaşmayı amaçlayan "ortama dayalı" yaklaşımın benimsenmesi olarak belirtilmiştir. DSÖ tarafından belirlenen ortamlar işyeri, toplum, hastaneler, okullar, evler ve ailedir. Daha sonradan belirlenmiş bir ortam, hapishanelerdir. Ancak en son eklenen, Sağlığı Geliştiren Üniversite (Health Promoting University, HPU)'lerdir (Whitehead 2004).

Sağlığı geliştiren üniversiteler programının amaçları, koordineli okul sağlığı programlarının amaçlarına benzemektedir. Bu amaçlar; öğrencilerin, üniversite personelinin ve daha geniş anlamda toplumun sağlığını iyileştirerek sağlığı üniversitenin kültürüne, yapısına ve süreçlerine entegre etmeyi içermektedir Bu amaçlara ulaşmadaki kilit hedefler şunları içermektedir (Tsouros ve ark. 1998):

- Üniversitelerde sağlığı geliştirme birimlerini oluşturma
- Üniversitede sağlıklı ve sürdürülebilir planlamayı ve politikaya karar vermeyi teşvik etme,
- Sağlıklı çevreler sağlama (örneğin; sabun, tuvalet kağıdı olan tuvaletler, sağlıklı yiyecek bulunduran kantin ve yemekhaneler, herkesin ulaşabileceği egzersiz alanları, sigarasız çevreler vb.)
- Öğrenciler, personel ve yerel toplum için destekleyici soysal çevreler yaratma,

- Temel sağlık hizmetlerini oluşturma ve güçlendirme, öğrenciler ve personel arasında kişisel ve sosyal gelişimi kolaylaştırma,
- Sağlıklı ve sürdürülebilir,yeşil fiziksel çevre sağlama,
- Sağlığı geliştirmeye ve araştırmaya daha geniş bir akademik ilgiyi teşvik etme (örneğin, sağlıkla ilgili derslerin sayısı artırılarak derslerde sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sağlıklı cinsellik, tütün ve madde bağımlılığı, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi konularının yer alması sağlanmalıdır)
- Sağlık için toplum ortaklıkları yaratma

Sağlığı geliştiren üniversitelerdeki beslenme hizmetleri, geleneksel okul öğle yemeği programlarından ve yurtlardaki yemek planlarından daha fazlasını içermektedir. Çoğu okul artık okulda kahvaltı programları sunmaktadır ve sınıfta atıştırmalık yiyecekler, okulda öğle yemekleri, otomatlar ve okul marketleri gibi okul günü içinde daha sağlıklı gıda seçenekleri sağlamaya çalışmaktadır. Birçok üniversite daha geniş yemek seçeneği sunmaktadır (örneğin, vejeteryan) ve girişime katılan bazı kampüsler, kampüste yetişen veya yerli yetiştirilen ve üretilen gıdaları kullanma girişimlerine katılmaktadır (Holt ve Powell 2017). Ancak günümüzde çoğu üniversite kampüsünde satılan yiyecek ve içecekler genelde gazoz, yüzde yüz gerçek meyveden yapılmayan meyve suları ve karbonhidrat, yağ, tuz ve şeker oranı yüksek atıştırmalıklardan oluşmaktadır (Fertman ve Allensworth 2012).

Okul ortamları, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını uygulama fırsatı yüksek olan yerlerdir. Yapılan birçok çalışma okul gıda politikalarının okul ortamındaki gıda ortamını ve beslenme alışkanlıklarını iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Bu kanıtlara rağmen, okullarda bu sağlık risklerini azaltmak için politikaların, müdahale programlarının veya önerilen uygulamaların uygulanması zayıftır. Brezilya, Kanada ve Avustralya'da yapılan araştırmalarda, okulların %10'undan daha azının okullarda sağlıklı gıdaların satışı ve tanıtımıyla ilgili mevzuata, politikaya veya beslenme yönergelerine uygun olduğunu göstermektedir (Wolfenden ve ark. 2017).

Fiziksel aktiviteyi teşvik etmeye yönelik girişimler, okul sağlığı programlarının beden eğitimi bileşenine entegre edilmiştir ve üniversitelerde sağlığı geliştirmenin önemli bir hususudur. Üniversiteler fiziksel aktivite ve egzersiz için öğrencilere sıklıkla geniş çaplı fırsatlar sunmaktadır. Fitness merkezlerinin yanında, öğrencilerin çok çeşitli sayıda

fiziksel aktiviteye katılmasını sağlamak için okullar arası, okul içi ve kulüp sporları ile kredisiz egzersiz dersleri ile kulüpler (örneğin swing dansı) gibi fırsatlar da yer almaktadır (Fertman ve Allensworth 2012).

Avustralya'da yakın tarihli bir rapor, okulların %30'unun çocuklara planlı fiziksel aktivite önerdiğini vurgulamıştır. Ayrıca, ABD'de, okulların %17'sinden azı, tütün ve alkol kullanımı ile ilgili olanlar da dahil olmak üzere, madde kötüye kullanımını önleme programlarını etkili bir şekilde uygulamaktadır. Okullar ve üniversite topluluklarında kanıta dayalı sağlığı geliştirme programlarının uygulanamaması, kamuya bu tür sağlık araştırmalarının sunmayı amaçladığı yararı reddetmektedir (Wolfenden ve ark. 2017).

Ülkemizde ise üniversitelerde bulunan öğrenci sağlık merkezleri, Yüksek Öğretim Kurumları Mediko-Sosyal Merkezleri Sağlık, Kültür ve Spor Dairesi'ne bağlanmıştır. Bu birim öğrencilerin sağlık hizmetleri almalarının yanında, sosyal, kültürel danışma ve rehberlik ile spor ihtiyaçlarını karşılamaktadır. İlgili yönetmeliğe göre "Sağlık-Kültür ve Spor Dairesinin (SKSD) görevi; öğrencilerin beden ve ruh sağlığını korumak, hasta olanları tedavi etmek veya ettirmek, barınma, beslenme, çalışma, dinlenme ve ilgi alanlarına göre boş zamanlarını değerlendirmek, yeni ilgi alanları kazanmalarına imkan sağlayarak, gerek sağlık ve gerekse sosyal durumlarının iyileşmesine, yeteneklerinin ve kişiliklerinin sağlıklı bir şekilde gelişmesine imkan verecek hizmetler sunmak ve onları ruhsal ve bedensel sağlıklarına özen gösteren bireyler olarak yetiştirmek, birlikte düzenli ve disiplinli çalışma, dinlenme ve eğlenme alışkanlıkları kazandırmaktır" (T.C. Resmi Gazete 1984).

Mevcut araştırma bulguları üniversite öğrencilerine sağlık hizmeti birimlerin sadece tedavi edici hizmetlere odaklandığını göstermektedir. Ancak modern sağlık hizmetleri koruyucu hizmetleri ve sağlık eğitimini ön plana almaktadır. Bu nedenle öğrenci sağlık merkezlerinin sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri son derece önemlidir ve tüm dünyada olduğu gibi ön plana çıkmalıdır (Larson ve ark. 2011).

Üniversiteler içindeki yerleşik sağlık birimleri veya halk sağlığı bölümlerinin yanı sıra, çoğu üniversite klinik uygulamada hemşireler tarafından edinilen sağlıkla ilgili deneyimlerden ve uzmanlıktan büyük ölçüde faydalanacaktır. Ne yazık ki birçok üniversite hemşirelerin toplum odaklı sağlık fırsatlarını uygulama ve hedeflemeye yönelik sağlığı geliştirme bileşenini tanımada başarısızdır. Hemşirelerin üniversite

ortamında ve ötesinde oynayabilecekleri potansiyel sağlığı geliştirme rolünün tanınması ve desteklemesi önem arz etmektedir (Whitehead 2004).

2.3.1.1. Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Okul hemşireleri, sağlığı geliştirme, sağlık tavsiyeleri sunma, diğer hizmetlere yönlendirme, aktif tedavi, eğitim, aile desteği, koruma ve hizmet koordinasyonu yoluyla çocukların ve gençlerin sağlığını ve refahını iyileştirmenin anahtarıdır (Hoekstra ve ark. 2016).

Okul hemşireleri öğrencilerin okul ortamında beslenme alışkanlıklarının kalitesini artırmaya yönelik yerel ve ulusal düzeyde, sağlıklı gıda ortamlarını destekleyen ve teşvik eden, öğrencilerin beslenme durumu değerlendirmelerini gerçekleştiren ve kanıta dayalı sağlığı geliştirme programlarının uygulanmasına öncülük eden politikaların planlanmasında hayati bir role sahiptir (Malone 2005). Okul hemşireleri;

- Obezitenin önlenmesine yönelik güncel literatürü takip etmek,
- Obezitenin önlenmesine yönelik kanıt temelli ve güncel okul sağlığı politikaları ve rehberleri oluşturmak,
- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeyinin geliştirilmesine yönelik broşürler ve afişler hazırlanarak öğrencilerin yoğun bir biçimde bir araya geldikleri kafeterya ve diğer sosyal tesislerde görebilecekleri yerlere asılması,
- Tüm öğrencilerin boy, kilo ve bel çevresi ölçümünün yapılması ve kaydedilmesi,
- Fazla kilolu ve obez öğrencilerin düzenli BKİ kayıtlarını tutması,
- Kan basıncı, kan şekeri ölçümlerinin izlemlerinin yapılması,
- “Sağlık beslenme ve fiziksel aktivite” konularında danışmanlık yapılması,
- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik modül ve programlarının teorik ve pratik bileşenlerinin uygulanması,
- Öğrencilerin talepleri göz önünde bulundurularak danışmanlık/hizmet almak istedikleri zamanlara uygun hizmet düzenlemesi yapılması,

- Sağlığı geliştirme programların uygulanmasında üniversite yöneticileri işbirliği yapılması konularında sorumluluk almalıdır (Whitehead 2004; Tedik 2017; Yonkaitis 2018).

Üniversite öğrencilerinin okul ortamı, sağlıklı üniversiteler kavramı kapsamında değerlendirilerek, gerekli düzenlenmelerin yapılması gerekmektedir. Öğrencilerin sağlıksız yaşam biçimine neden olacak risklerden korunması ve üniversite ortamlarının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını geliştirmeye yönelik uygun olarak düzenlenmesi, öğrencilerin sağlığını ve akademik performansını etkileyeceğinden bu konuya gereken önem verilmelidir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmak için, üniversitelerde basit, uygun maliyetli ve kolay uygulanabilir sağlığı geliştirme programlarının kullanılması sağlanmalıdır. Üniversite temelli sağlık hizmetlerinin ve öğrencilere yönelik okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır (Malone 2005).

Sağlığı geliştiren üniversiteler hareketi hemşirelerin klinik ortamda sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme uygulamalarını pekiştirmek ve dahil etmekle yükümlü oldukları kadar yüksek öğretim ortamında da benzer bir sorumluluğa sahip olduklarını savunmaktadır (Whitehead 2004).

Literatürde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde iyi planlanmış sağlığı geliştirme programlarının öğrencilerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Stephens ve ark. 2017; Whatnall ve ark. 2019; Duan ve ark. 2017; Heeren ve ark. 2018; Melynk ve ark. 2013, Cotten ve Prapavessis 2016). Ancak hemşire liderliğinde yapılan obezite önleme çalışmaları nadir olup, okul sağlığı hemşireleri öncülüğünde daha fazla araştırma yapılması gereklidir (Arslan ve Ardıç 2020).

Ülkemizde “Sağlıklı Üniversiteler” programına benzer nitelikte çalışmalar oldukça yetersiz olup, üniversitelerde öğrencilerin geleceğe dönük sağlıklı davranışlar kazanmasında multidisipliner sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırmanın amacı üniversite öğrencilerine uygulanan sağlığı geliştirme modeli temelli programının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları geliştirmeye etkisini değerlendirmektir.

Araştırmada, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alındı ve tam deneysel olarak planlanan çalışmada "ön test-son test kontrol gruplu tasarım tipi" kullanıldı. Randomizasyonu sağlamak için; bireyler, çalışma evreninden rastlantısal olarak seçildi. Deney ve kontrol gruplarına atama, deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylerin listesinden araştırmacı dışında iki kişi tarafından randomize olarak seçildi. Denetim, kontrol grubu oluşturularak sağlandı. Yönetme ise Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme (ÜNİ-FASAB) programının, deney grubunu oluşturan bireylerde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları üzerine etkisi değerlendirilerek sağlandı.

Araştırmanın planlama aşamasında tam deneysel çalışmaları niteliksel olarak uluslararası düzeyde değerlendiren ve uygunluğunu Registried trial number vererek onaylayan Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) ve Ulusal Tıp Kütüphanesi (NLM) tarafından yönetilen ClinicalTrials adlı kurumdan, Dünya Sağlık Örgütü , Uluslararası Tıp Dergileri Editörleri Komitesi tarafından tanınan Randomised Controlled Trial Number alınmıştır. Çalışma "NCT04195516" olarak kayıt altına alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ

Araştırmanın bağımlı (sonuç) ve bağımsız değişkenleri aşağıda belirtildi.

Bağımsız Değişkenler

ÜNİ-FASAB programı

Bağımlı Değişkenler

Fiziksel aktivite ve beslenme davranışları ile ilgili değişkenler

- Fiziksel Aktivite Sıklığı-Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Puanı Ortalaması
- Günlük Adım Sayısı
- Egzersiz Davranışları Ölçeği Puan Ortalaması
- Beden Kitle İndeksi (BKİ)
- Bel Çevresi
- Beslenme Davranışları Ölçeği Puan Ortalaması
- Bireylerin enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alımları
- Günlük Su Tüketimi
- Sebze-Meyve Tüketimi

Bilişsel risk davranışları ile ilgili değişkenler

- Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği puan ortalaması
- Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puan ortalaması
- Sağlığın Önemi Ölçeği puan ortalaması
- Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması
- Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması

Bu çalışmada bağımlı değişkenler doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıdaki gibidir.

Hipotez 1

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Hipotez 2

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin günlük adım sayısı ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Hipotez 3

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Egzersiz Davranışları Ölçeği puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Hipotez 4

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin BKİ ve bel çevresi ortalaması kontrol grubuna göre düşük olacaktır.

Hipotez 5

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Beslenme Davranışları ölçeği puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Hipotez 6

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin sağlıklı besin öğeleri tüketim ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır

Hipotez 7

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin günlük su tüketimi kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

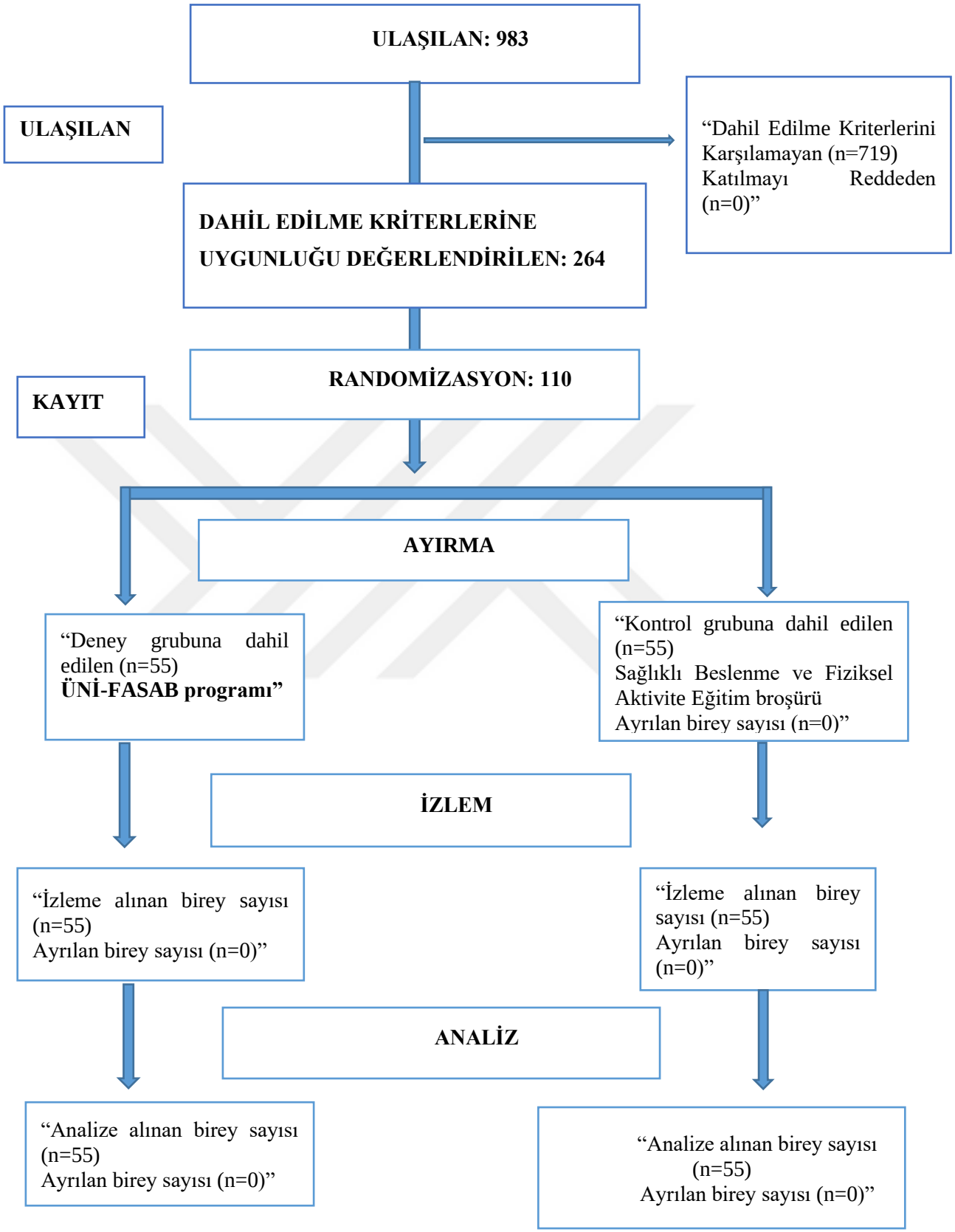
Hipotez 8

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin sebze ve meyve tüketim sıklığı kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Hipotez 9

ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ve Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Araştırmanın CONSORT (2018) bildirimine göre akış diyagramı Şekil 3-1'de yer almaktadır.



Şekil 3-1: CONSORT (2018) Akış Diyagramı

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç yerleşkesinde bulunan yüksekokul (5451 öğrenci) öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırma yerinin seçiminda aşagıdaki faktörler etkili olmuştur:

- Üniversite yönetimi tarafından araştırmanın uygun görülmesi ve gerekli izinlerin verilmesi,
- Kampüste bulunan riskli öğrencilerin belirlenebilmesi için öğrencilerin yerleşkede en sık kullandıkları alanda stand açılmasının yönetimce desteklenmesi
- Bu amaçla planlanan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” farkındalık programlarının ("Diyabete Karşı Harekete Geç”, “Her Öğünde Sebze-Meyve Ye!”) yapılmasına izin verilmesi
- Araştırmacının çalışmalarını yürütebilmesi için üniversite uzaktan eğitim merkezi tarafından web tabanlı eğitim sisteminin kurulması
- Uzaktan eğitim salonunun kullanımına izin verilmesi
- Bireysel danışmanlık görüşmeleri için uygun bir dersliğin temin edilmesi etkili olmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın genel evrenini Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç Yerleşkesinde öğrenim gören, örgün eğitim programında kayıtlı olan 5451 öğrenci oluşturdu.

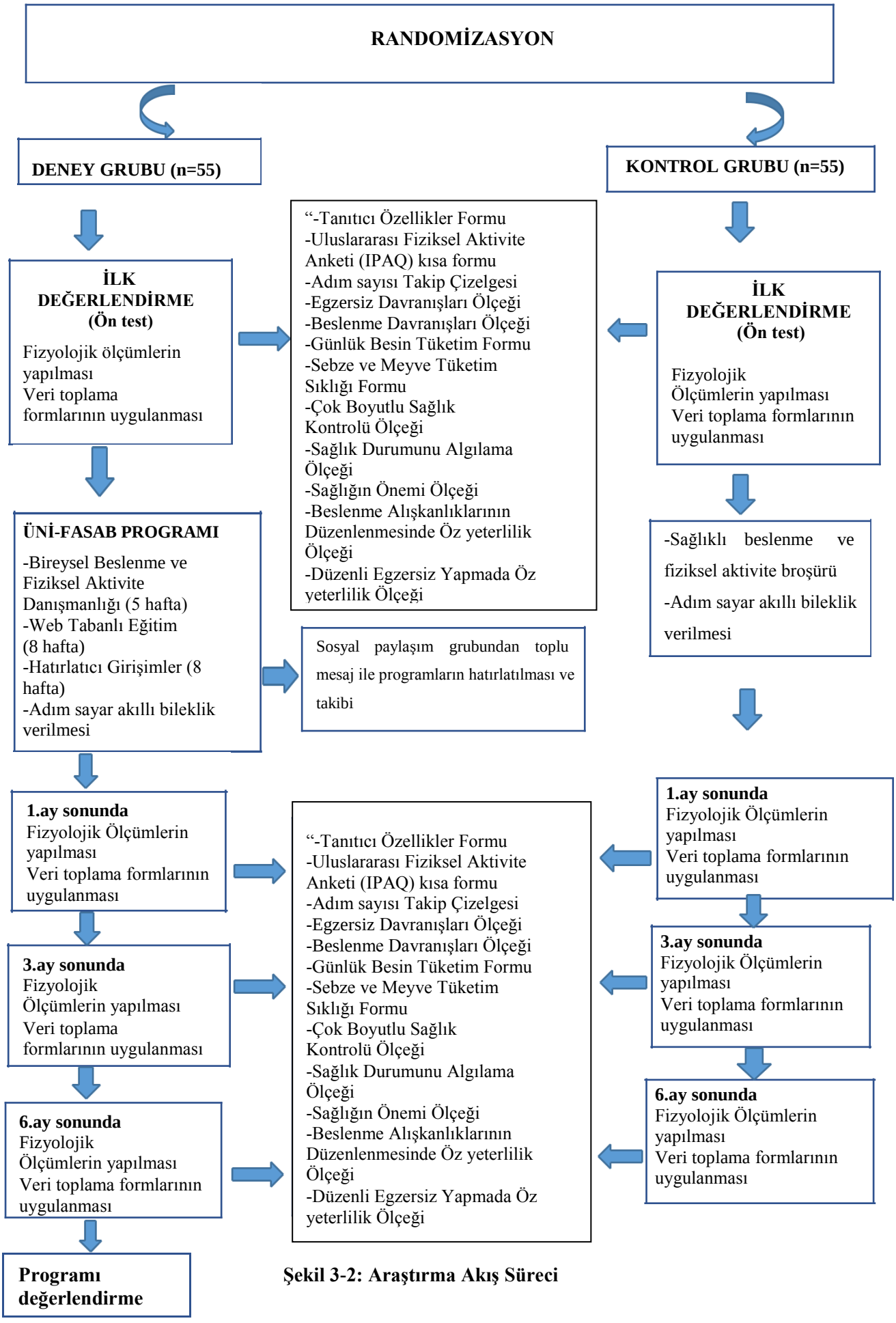
Yerleşkede öğrencilerin en sık kullandıkları alanda stand açılarak “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” farkındalık programı yapıldı. Program kapsamında "Diyabete Karşı Harekete Geç" ve “Her Öğünde Sebze-Meyve Ye! Başlıklı farkındalık etkinlikleri gerçekleştirildi. Etkinliklerin olduğu haftalar standa başvuran öğrencilerin risk değerlendirmesi, boy ve kilo ölçümleri yapıldı. Bunların içinden çalışma evreni kriterlerine uyan 264 öğrenci belirlendi ve çalışma evreni kriterlerine uyan yeni bir liste hazırlandı.

Çalışma evreninin seçiminde;

- Beden kitle indeksleri 25-35 kg/m² aralığında olan,
- Beslenme davranışı puan ortalaması 2 ve altında olan,
- Düzenli fiziksel aktivite yapmayan,
- Egzersiz yapmaya engel olacak kardiyopulmoner sistem, metabolik sistem, kas iskelet sistemi ve diğer sistemlere ait sorunları olmayan,
- Sağlıklı Beslenme'ye yönelik bir ders, kurs almamış olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler oluşturmuştur.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi ve Randomizasyon

Örneklem büyüklüğü power analizi ile hesaplanmış olup; 0,80 güç değeri, 0,05 yanılma düzeyi, 0,60'lık ilişki öngörülerek, örnekleme 45 öğrencinin deney, 45 öğrencinin de kontrol grubuna alınması gerektiği belirlendi. Araştırmada dahil edilme kriterlerini karşılayan 264 öğrenci için bir liste oluşturuldu. Bu listeden, kamu kurumuna ait bir üniversitede çalışan ve araştırma sürecini bilmeyen iki akademisyenden birbirlerinden bağımsız olarak, 55'er kişi seçmeleri istendi. Oluşturulan iki grubun deney ya da kontrol grubu olarak belirlenmesi de kura ile yapıldı. Örneklemi, deney grubu 55 öğrenci ve kontrol grubu 55 öğrenci olmak üzere toplam 110 öğrenci oluşturdu. Biası önlemek için, hem araştırmacı hem de örnekleme alınan bireyler hangi grupta (deney-kontrol) olduklarını bilmemiştir (Nahcivan, 2014). Araştırma akış süreci Şekil 3-2' de gösterildi.



Şekil 3-2: Araştırma Akış Süreci

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Form-1)

Literatüre dayalı olarak geliştirilen "Tanıtıcı Özellikler Formu"nda öğrencilerin "yaş, cinsiyet, gelir, yaşadığı yer, sigara kullanım durumu, hastalık öyküsü, ilaç kullanım durumu, gündüz uyku süresi, gece uyku süresi, günlük öğün sayısı, öğün atlama durumu, öğün atlama nedeni, en çok atlanılan öğün, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme davranışları"na yönelik sorular ve antropometrik ölçümlere ilişkin sorular yer almaktadır.

Antropometrik Ölçümler

Formlar doldurulmadan önce; araştırmacı tarafından çalışmaya katılan öğrencilerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve bel çevresi ölçümleri yapıldı. Ayrıca beden kitle indeksi hesaplandı.

Vücut ağırlığı: Öğrencilerin vücut ağırlıkları ince kıyafetle ve ayakkabısız, 0,1 kg'a duyarlı hassas dijital baskül ile ölçüldü.

Boy uzunluğu: Boy uzunluğu, ayakta, ayakkabısız, ayaklar yan yana ve baş gözle kulak kepçesi paralel olacak şekildeyken (Frankfort düzlem), ölçüm esnemeyen mezura ile yapıldı.

Beden kitle indeksi (BKİ): Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kabul ettiği ve tüm dünyada kullanılan bir metottur. Vücut ağırlığının (kg), boyun m²'sine bölünür. Bu ölçümün normal ve anormal değerleri yine uluslararası komitece tespit edilerek kabul edilmiştir

Beden Kitle İndeksi	
kg/m² < 18.5	Zayıf
kg/m² 18-24.9	Normal
kg/m² > 25-29.9	Fazla kilolu
kg/m² >30	Şişman
kg/m² 30-34.9	1 evre şişman aşırı şişman
kg/m² 35-39.9	2 evre şişman aşırı şişman
kg/m² > 40	3 evre şişman (morbid obez)

Bel çevresi ölçümü: santral obeziteyi belirlemede çok değerlidir. Bel ölçümü kalça kemiğinin kristalarının üzerinden göbeğe geçen horizontal hat ölçüsüdür.

Kadınlarda 80-88 cm, erkeklerde 94-102 cm geçen değerler obez olarak kabul edilir (Bağrıaçık 2019)

3.5.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formu (Form-2)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Dünya Sağlık Örgütü ve Hastalık Kontrol Merkezi'nin desteğiyle çeşitli ülkelerden araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bir 30 halk sağlığı problemi olan fiziksel inaktivitenin sistematik bir şekilde incelenmesini sağlayan standartlaştırılmış bir araçtır. Anketin uzun ve kısa olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Uluslararası geçerlik ve güvenirliği Craig ve ark. (2003), Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe kısa formunun Kappa katsayısı 0,69 olup, ölçeğin güvenirliği kullanımı için uygundur. Çalışmada kullanılan kısa form "oturma, yürüme, orta şiddet ve şiddetli fiziksel aktivite" ile harcanan zaman hakkında bilgi sağlayan 7 sorudan oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesi, son 1 haftada yapılan aktivitelerin süre (dakika), sıklık (gün) ve MET değeri çarpımı ile puanlanır. Bu hesaplamadan MET-dakika/hafta şeklinde bir puan elde edilir. MET (Metabolic Equivalent of Task), istirahat metabolik hızının katlarıdır ve fiziksel aktivitedeki harcanan enerji değerini ifade eder (Yürüme = 3.3 MET, Orta şiddetli fiziksel aktivite = 4.0 MET, Şiddetli fiziksel aktivite = 8.0 MET). Bir kişi için spesifik bir aktivitenin metabolik hızının istirahat metabolik hızına bölünmesine eşittir (IPAQ Research Committee 2005).

Değerlendirme aralıkları şu şekildedir:

İnaktif: < - 3000 MET- min/ hafta

Minimal Aktif: 600< - <3000 MET- min/ hafta

Çok aktif: >3000 MET- min/ hafta

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için yazardan kullanım izni alındı (Ek-1).

3.5.3. Adım sayısı Takip Çizelgesi (Form-3)

Adımsayar (pedometre) ile gün içinde kaç adım atıldığı, buradan kaç km. yol yüründüğünü ve kaç kalorilik enerji harcandığını yaklaşık olarak gösteren bir cihazdır. Her yaş, cinsiyet ve sağlık grubundan yetişkinler için sıklıkla önerilen günlük adım sayısı 10.000' dir. Başlangıç düzeyi olan ortalama günlük adım sayısını bulmak için pedometreyi haftanın 7 günü takıp, ortalama günlük adım sayısı bulunur. Günün sonunda

pedometrede yazılı adım sayısı günlük adım sayısı çizelgeye yazılmalıdır. Haftanın her günü için adım sayısı çizelgeye kaydedilir. Ortalama başlangıç seviyesinin % 10 adım fazlası eklenerek bir kişisel günlük adım sayısı hedefi belirlenebilir. Örneğin; başlangıç düzeyi günlük 5.000 adım ise kişisel hedef 5.000 adım + 500 adım= 5.500 adım olabilir. 10.000 adım son hedef olabilir (Sağlık Bakanlığı 2013).

3.5.4. Egzersiz Davranışları Ölçeği (Form-4)

Egzersiz Davranışları Ölçeği, toplam 48 maddeden oluşan 1996 yılında Nihal Esin tarafından Türkçe'ye uyarlanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin altı alt grubundan biridir. Beş maddeden oluşan Egzersiz Davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur ve 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılanmıştır. ''Hiçbir zaman'' için 1, ''Bazen'' için 2, ''Sık sık'' için 3, ''Düzenli olarak'' 4 şeklinde puanlanmaktadır. Beslenme Ölçeğinden alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir.

3.5.5. Beslenme Davranışları Ölçeği (Form-5)

Beslenme Davranışları Ölçeği, toplam 48 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin altı alt grubundan biridir. 6 maddeden oluşan Beslenme Davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur ve 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılanmıştır. ''Hiçbir zaman'' için 1, ''Bazen'' için 2, ''Sık sık'' için 3, ''Düzenli olarak'' 4 şeklinde puanlanmaktadır. Beslenme Ölçeğinden alınacak en düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. 1996 yılında Nihal Esin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik, güvenirlilik çalışması yapılmıştır (Esin 1999).

3.5.6. Günlük Besin Tüketim Formu (Form-6)

Bu form, beslenme ile ilgili çalışmalarda kullanılan standart bir formdur, son üç gün tüketilen tüm yiyecek- içeceklerin, adet, sayı, miktar, gram, su bardağı, çay bardağı, çay kaşığı, çorba kaşığı gibi standart ölçülerle üç ana ve üç ara öğün toplam altı öğün olacak şekilde bireyler tarafından kayıt edilir. Bu form, günlük öğün sayıları, atlanılan öğünler ve bazı yiyecek ve içeceklerin tüketim miktarları ile ilgilidir. Günlük beslenme kayıt formları ile elde edilen veriler, Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS 8.0) programı kullanılarak değerlendirildi.

3.5.7. Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Formu (Form-7)

Bireylerin son 1 ay içerisinde sebze ve meyveleri ne sıklıkla tükettikleri saptamamıza yardımcı bir formdur. Formda tüketim sıklığının seçilmesi için "her öğün, her gün, haftada 1-2 kez, haftada 3-4 kez, haftada 5-6 kez, 15 günde 1, ayda 1, seyrek ve hiç" olmak üzere 9 seçenek bulunmaktadır."Her öğün" yanıtı için 1, "her gün" yanıtı için 2, "haftada 1-2 kez" yanıtı için 3, "haftada 3-4 kez" yanıtı için 4, "haftada 5-6 kez" yanıtı için 5 "15 günde 1" yanıtı için 6, "ayda 1" yanıtı için 7, "seyrek" yanıtı için 8, "hiç" yanıtı için 9 puan verilir (Baysal ve ark. 2014).

3.5.8. Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği (Form-8)

1978 yılında geliştirilen Wallston ve De Wellis tarafından "Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği"nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin tarafından 1997 yılında yapılmıştır. 36 maddeden oluşan ölçekte tersten kodlanacak madde yoktur ve her ifadenin yanıtı 1'den 6'ya kadar puanlanmıştır. Ölçeğin alt boyutları"içsel sağlık kontrolü", "güçlü dışsal kontrol" ve "şans etkisi"dir. Her alt boyut 12 maddeden oluşup, alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 72'dir. Esin'in çalışmasında "içsel sağlık kontrolü" alt boyutunun cronbach alfa değeri 0,73, "güçlü dışsal kontrol" alt boyutunun 0,64 ve şans etkisi alt boyutunun ise 0,73 bulunmuştur (Esin 1997).

3.5.9. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (Form-9)

Davis, Avery ve Donald tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Ölçek tek maddeden oluşmakta olup, katılımcılardan "Şu anda sağlığınınızı nasıl yorumlarsınız" sorusunun derecelendirilmesi istenmektedir. "Çok iyi" yanıtı için 1, "iyi" yanıtı için 2, "kötü" yanıtı için 3, "çok kötü" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçekten alınacak en düşük puan 4, en yüksek puan ise 1'dir (Esin 1997).

3.5.10. Sağlığın Önemi Ölçeği (Form-10)

1976 yılında Wallston ve arkadaşları tarafından, Rokeach'ın geliştirdiği 18 maddelik bireyin değer haritası ölçeğinin 9 maddesi alınıp, sağlık maddesi eklenerek, 10 maddeden oluşan Sağlığın Önemi Ölçeği oluşturulmuştur. Türkçe güvenilirlik çalışması 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Bireyden yaşam hedeflerini içeren 10 maddeyi önem derecesine göre1 den 10'a doğru sıralama yapması istenir. Sağlık maddesinin

başına yazılan sayı 11'den çıkarılarak ölçeğin puanı elde edilir. Esin'nin çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği için test-tekrar test güvenirliği değerlendirilmiş ve r katsayı 0,89 olarak bulunmuştur (Esin 1997).

3.5.11. Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği (Form-11)

Ölçek 1997 yılında Bandura tarafından geliştirilmiş olup, bireylerin düzenli beslenme öz yeterlilik düzeylerini belirlemek için kullanılmaktadır. 30 maddeden oluşan ölçekte, katılımcıların yeterlilik inançlarının gücüne göre 10 birimlik aralıklarla 0'dan (yapılamıyor), 50'ye (orta seviyede kesinlikle yapabiliyor) ve 100'e (kesinlikle yapabiliyor) kadar puanlama yapması istenir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, bireyin öz yeterlilik düzeyi de yükselmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Sevinç ve Argon tarafından yapılmış olup, Cronbach's alpha 0,98 olarak hesaplanmıştır (Sevinç ve Argon 2014). Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazardan kullanım izini alınmıştır (Ek-2).

3.5.12. Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği (Form-12)

Ölçek 1997 yılında Bandura tarafından geliştirilmiş olup, bireylerin düzenli egzersiz yapmada öz yeterlilik düzeylerini belirlemek için kullanılmaktadır. 18 maddeden oluşan ölçekten alınan puan yükseldikçe, bireyin öz yeterlilik düzeyi de yükselmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Bozkurt tarafından yapılmış olup, Cronbach's alpha 0,97 olarak hesaplanmıştır (Bozkurt 2009). Ölçeğin araştırmada kullanılması için yazardan kullanım izini alınmıştır (Ek-3).

3.6. ÜNIVERSITE ÖĞRENCILERINE YÖNELIK FIZIKSEL AKTIVITE VE SAĞLIKLI BESLENME (ÜNİ-FASAB) PROGRAMI

Sağlığı Geliştirme Modelli Temelli Program, ÜNİ-FASAB (Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme Programı) olarak isimlendirilmiştir. ÜNİ-FASAB programının amacı; üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirmektir (Şekil 3-3).

BİREYSEL ÖZELLİKLER VE DENEYİMLER

DAVRANIŞA ÖZGÜ BİLİŞSEL SÜREÇLER VE ETKİLERİ

DAVRANIŞ SONUCU

Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktiviteye İlişkin Önceki Deneyimler
(Bireysel Danışmanlık yolu ile tartışılarak öğrenilecek)

Sağlıklı Beslenmenin Algılanan Yararları, Fiziksel Aktivitenin Algılanan Yararları
(Web Tabanlı Eğitim) Kardiyovasküler Hastalıklar, Diyabet ve Kas İskelet Sistemi Hastalıklarının Risk faktörleri Nelerdir? Beslenme ve Fiziksel Aktivite ile ilgili Hastalıklardan Korunma, Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivitenin önemi, Eğitimin Yararı ve Öneminin Tartışılması

Kilo verme konusunda bir eylem planına karar verme
(Web Tabanlı Eğitim İçeriği- öğrencilere web tabanlı eğitim sırasında her ders sonunda haftalık olarak ödevler verilecektir)

Sağlıklı Beslenmenin Algılanan Engelleri, Fiziksel Aktivitenin Algılanan Engelleri
(Bireysel danışmanlık yolu ile tartışılarak öğrenilecektir)
SYBD'ye başlamaya yönelik karar vermeleri konusunda destekleme, SYBD'ye başlamaya yönelik özgüveni destekleyen sözlerin paylaşılması, Geçmiş deneyimler paylaşılarak, olumlu davranışların tebrik edilmesi, ödüllendirilmesi)

Sağlığı Geliştirme Davranışı
(Sağlıklı Beslenme ve egzersiz davranışlarını uygulamanın ve yaşam boyu sürdürmenin öneminin vurgulanması)
(Fiziksel ve Bilişsel Ölçümler)

Bireysel Faktörler
"Biyolojik (yaş, cinsiyet, BKİ),
-Psikolojik (kilosunu algılama, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yeterliliğini algılama),
-Sosyokültürel (eğitim, sosyoekonomik durumu)"
(Sosyo demografik bilgiler formu kullanılarak elde edilecektir)
Fiziksel aktivite ve beslenme davranışları ile ilgili ölçümler
"Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi puanı,
-Adım sayısı, Beden Kitle İndeksi,
-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği beslenme ve egzersiz ölçekleri puanı
-Günlük besin tüketim kaydı"
Bilişsel risk davranışları ile ilgili ölçümler
"Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği puanı
-Sağlığın Önemi Ölçeği puanı
-Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puanı"

Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite ile ilgili Öz yeterlilik Algısı
(Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği ve Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ile belirlenecek, Bireysel danışmanlık yolu ile öğrenci desteklenecektir
SYBD'ye başlamaya yönelik karar vermeleri konusunda destekleme, SYBD'ye başlamaya yönelik özgüveni destekleyen sözlerin paylaşılması, Geçmiş deneyimler paylaşılarak, olumlu davranışların tebrik edilmesi, ödüllendirilmesi)

Acil, birbiriyle yarışan istekler (düşük kontrol ve tercihler) (yüksek kontrol) (Bireysel danışmanlık)

Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktiviteye ilişkin duygular
(Bireysel danışmanlık yolu ile öğrenilecektir)

Kişilerarası Etkiler
(Ailenin Desteği, Akranların beslenme-egzersiz düzeni ile etkileri) **(Bireysel danışmanlık yolu ile öğrenilecektir)**

Durumsal Etkiler
(Kilo vermesini etkileyen durumsal faktörler, çevresel faktörler)
(Bireysel danışmanlık yolu ile öğrenilecektir)

Şekil 3-3: Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme (ÜNI-FASAB) Programı

3.6.1. ÜNİ-FASAB Programı Uygulama Süreci

Deney grubundaki öğrencilere ÜNİ-FASAB programı kapsamında 3 temel girişim uygulanmıştır (Tablo 3-1):

1. Web Tabanlı Eğitim
2. Bireysel Beslenme ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı
3. Hatırlatıcı Girişimler

Tablo 3-1: ÜNİ-FASAB Programı Uygulama Süreci

ÜNİ-FASAB Programı	**Başlangıç**	**1.hafta**	**2.hafta**	**3.hafta**	**4.hafta**	**5.hafta**	**6.hafta**	**7.hafta**	**8.hafta**	**1.ay**	**3.ay**	**6.ay**
Web Tabanlı Eğitim		■	■	■	■	■	■	■	■			
Bireysel Beslenme ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı	■		■		■		■		■			
Hatırlatıcılar		■	■	■	■	■	■	■	■			
Bilişsel ve Fiziksel Ölçümler	■									■	■	■

3.6.1.1. Web Tabanlı Sağlık Eğitimi

Web tabanlı sağlık eğitimleri ile, deney grubundaki öğrencilerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması hedeflendi. ÜNİ-FASAB programı içeriğindeki sağlık eğitimlerinin verilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden izin alınarak uzaktan eğitim sınıfı oluşturuldu. Öğrencilerin uzaktan eğitim sistemine kayıt edilmesi için gerekli bilgileri (mail adresi, telefon numarası) alınarak sınıfa kayıt edildi. Öğrencilere web tabanlı eğitim öncesi program ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapılarak ÜNİ-FASAB programı içeriğinin yer aldığı doküman verildi. Web tabanlı eğitim içeriği Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 3-2: Web Tabanlı Eğitim İçeriği

Tarih	Süre	Konu	İçerik	Amaç	Hedefler	Öğretim Yöntemleri
1.hafta	60 dk	Kardiyovasküler hastalıklar, Diyabet ve Kas iskelet Sistemi Hastalıklarının Risk Faktörleri Nelerdir?	-Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kas iskelet sistemi hastalıklarının önemi, epidemiyolojisi, risk faktörleri, tedavisi -Sağlıklı yaşam biçimleri	Grup üyelerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı ile kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kas iskelet sistemi hastalıkları arasındaki ilişkiyi öğrenmeleri amaçlanmıştır.	-Grup üyelerinin kardiyovasküler hastalıklar, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı arasındaki ilişkiyi ifade edebilmesi -Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kas iskelet sistemi hastalıklarına karşı duyarlılığın artırılması -Adım sayısının %10 arttırılması	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS
2.hafta	60 dk	Sağlıklı Beslenme İlkeleri	Besin Öğeleri ve vücudumuzdaki görevleri Besin piramidi Besin öğelerinin fazla ya da eksik alındığında insan vücudunda meydana gelen değişiklikler Sebze meyve tüketimi ve önemi Su tüketimi Karbonhidrat tüketimi Beslenme problemleri ve alışkanlıklar Vücut ağırlığı denetimi Kahvaltının önemi Yeterli ve Dengeli Beslenme	Grup üyelerinin ana ve ara öğünlerde tüketebileceği besin maddelerini öğrenmeleri, hastalık riskini azaltan besin maddelerini öğrenmeleri amaçlanmıştır.	Beslenme alışkanlığında neleri değiştirmesi gerektiğini ifade edecek -Sebze ve meyve öğün sayısını artıracak -Su tüketim miktarını arttıracak -Karbonhidrat tüketimini azaltacak -Şekerli içecekler yerine su tüketmeli -Sağlıklı bir kahvaltı için başlangıç yapmalı -Adım sayısını %10 arttırmalı	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS
3.hafta	60 dk	Porsiyon Ölçüsü ve Günlük Menü Planlama	Porsiyon ölçüsünü kontrol etme yöntemleri Sağlıklı öğün hazırlama Glisemik İndeks, Glisemik Yük, Karbonhidrat Sayımı	Porsiyon sayılarını ve ölçülerini kontrol edebilmesini sağlamak.	-Adım sayısını %10 arttırmalı -Şekerli içecekler yerine su tüketmeli -Kahvaltı yapmalı -Bir öğününüzde Porsiyon kullanarak yemeğinizi hazırlayın	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS

4.hafta	60 dk	Besin Etiketlerini Okuma	Alışveriş stratejileri Sağlıklı gıda tüketimi için sağlıklı alışveriş Hazır gıda maddelerinin üzerindeki içindekiler kısmının okunmasının Önemi	Besin etiketlerini okuma alışkanlığı kazandırmak.	Adım sayısını %10 arttırmalı Beslenmede 80/20 kuralını uygulayabilmeli Kahvaltı yapmalı Porsiyon kullanarak yemeğini hazırlamalı Alışveriş listesinde nelerin yer alması gerektiğini ifade edebilmesi	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS
5.hafta	60 dk	Sağlıklı Atıştırmalıklar	Fast food türü beslenme alışkanlığı zararları Sağlıklı ara öğün hazırlama Sosyal toplantılarda yeme Sağlıklı beslenme tercihleri Yapay Tatlandırıcıların Kullanımı	Sağlıklı atıştırmalıklar tercih etmesini sağlamak	Adım sayısını %10 arttırmalı Beslenmede 80/20 kuralını uygulayabilmeli Kahvaltı yapmalı Porsiyon kullanarak yemeğini hazırlamalı Sağlıklı ara öğün seçenekleri kullanmalı	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS
6.hafta	60 dk	Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri	Hangi aktiviteler fiziksel aktivite olarak Kabul edilir? Günlük fiziksel aktivitemizi nasıl arttırırız? Düzenli fiziksel aktivitenin yararları Obezite ve fiziksel aktivite ilişkisi Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde egzersizin yararları Sedanter davranışların vücut üzerine etkileri fiziksel Aktivite -Egzersizin Önemi ve Gerekliliği Egzersiz ve Uygun Giysi Seçimi Egzersiz Sırasında Yanında Bulundurulması Gerekenler	Fiziksel aktivitenin sağlık üzerinde olumlu etkilerini bilmelerini sağlamak Fiziksel aktivite yapmaya istekli olma.	Adım sayısını %10 arttırmalı Beslenmede 80/20 kuralını uygulayabilmeli Kahvaltı yapmalı Porsiyon kullanarak yemeğini hazırlamalı Sağlıklı ara öğün seçenekleri kullanmalı Egzersiz alışkanlığında neleri değiştirmesi gerektiğini ifade edebilmeli Hastalıkların önlenmesinde egzersizin yararlarını ifade edebilmesi	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS

7.Hafta	60 dk	Egzersiz Türleri	Fiziksel aktivite seçimi Orta şiddette fiziksel aktiviteler Egzersiz şekli ve hızının belirlenmesi Egzersizlerin riskli olduğu durumlar	Kendilerine uygun fiziksel aktivite türlerini belirleyebilmelerini sağlamak	Adım sayısını %10 arttırmalı Beslenmede 80/20 kuralını uygulayabilmeli Kahvaltı yapmalı Porsiyon kullanarak yemeğini hazırlamalı Sağlıklı ara öğün seçenekleri kullanmalı Kendilerine uygun fiziksel aktivite türlerini günlük hayatta uygulama başlaması	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS
8.Hafta	60 dk	Esneme ve Kalp Hızı	Egzersiz sırasında nelere dikkat edilmelidir Kalp hızı nedir Kalp kızı nasıl arttırılır Kalp hızı nasıl azaltılır Maksimum kalp hızı nedir Kalp hızını neden kontrol etmek isteriz Esneme egzersizleri	Belirlenen fiziksel aktiviteyi kuralına uygun olarak yapma	Adım sayısını %10 arttırmalı Beslenmede 80/20 kuralını uygulayabilmeli Kahvaltı yapmalı Porsiyon kullanarak yemeğini hazırlamalı Sağlıklı ara öğün seçenekleri kullanmalı	Düz Anlatım Video Soru cevap Whatsapp grubundan renkli SMS

3.6.1.2. Bireysel Beslenme ve Fiziksel Aktivite Danışmanlığı

Genç yetişkinlerde obezitenin önlenmesi için yanlış beslenme ve öğün uygulamalarının düzeltilmesi, fiziksel aktivitenin düzenlenmesi gereklidir. Bu kapsamda genç yetişkinlerin gün içerisinde uzun süre hareketsiz kalmasına neden olan televizyon izleme, bilgisayar oyunu oynama gibi aktivitelerin kısıtlanması ve yürümeye, okul ve okul dışında sportif faaliyetlere katılmaya teşvik etmesi önemlidir. Öğrencilere günlük kalori alımı, yeterli ve dengeli beslenme, sağlığa yararlı yiyecekler ile ilgili eğitimler verilmelidir (Pyle ve Poston 2006).

Deney grubundaki öğrencilerin girişim öncesi, girişim sonrası 2., 4., 6. ve 8. haftalarda web tabanlı eğitim programı içeriğinde yer alan hedeflere ulaşma durumlarının incelenmesi ve BeBiS programına göre eksik ya da fazla tükettikleri besinlerin sonuç çıktıları beslenme danışmanlığı için temel oluşturdu. Bireysel beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığının amacı, üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitelerini arttırmak konusunda yaşam boyu davranış değişikliği oluşturmalarını sağlamaktı.

Öğrencilerin girişim öncesi beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili önceki deneyimleri, algıları, inançları öğrenilerek notlar alındı. Öğrencilere sahip olduğu riskli davranışlara yönelik değişim hedefleri belirlenerek, her bir risk davranışı için sözleşme ve kendi kendine söz verme kayıt formu imzalatıldı.

Öğrencilerin girişim öncesi kan basıncı, boy, kilo, bel çevresi ölçümleri (fizyolojik ölçümler) boş ve aydınlık bir odada yapıldı. Bu ölçümlere göre BKİ hesaplandı.

Öğrencilere programın her bir oturumuna ilişkin hedeflere ulaşma durumunu kayıt edeceği takip defteri verildi. Takip defterinde, günlük besin tüketim kaydı, adım sayısı takip çizelgesi, su tüketim takip çizelgesi yer almaktadır. Öğrencilere adım sayılarının takibi ve kayıtında kolaylık sağlaması için M3 Smart Wristband markalı adım sayar akıllı bileklik verildi.

Adımsayarlar bireyleri zaman içinde aktivitelerini arttırmaya motive etmeyi amaçlayan fiziksel aktivite seviyeleri hakkında anında ve spesifik geri bildirim sağlar. Pedometre tabanlı sağlık programları yürüyüş veya koşu aktivitelerine odaklanarak öz yeterliliği teşvik eder. Yapılan bir çok çalışmada pedometreleri içeren programların vücut

kitle indeksinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir, uzun vadede fiziksel aktivitede meydana gelen artışın kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi bir dizi kronik hastalık insidansında ve risk faktörlerinde azalmaya yol açacağı öngörülmektedir (Freak-Poli ve ark. 2013).

Takip defterinin nasıl doldurulması gerektiği, formu doldururken dikkat edilmesi gereken hususlar detaylıca anlatıldıktan sonra, öğrencilerin günlük adım sayılarını ve son üç günlük tükettikleri tüm yiyecek ve içecekleri günde üç ana öğün, üç ara öğün şeklinde kayıt etmeleri istendi. İki hafta sonra formlar geri toplandı. Deney grubunda yer alan öğrenciler girişimin 2.,4., 6. ve 8. haftalarında bireysel danışmanlık görüşmelerine çağrılarak takip defterleri incelenerek hedeflere ulaşma durumları incelendi.

Bireysel danışmanlık görüşmeleri esnasında öğrencilerin sağlıklı beslenme ve egzeriz yapmaya yönelik duyguları öğrenilerek, davranış değişiminin önündeki engeller, durumsal faktörler ve çevresel faktörler değerlendirilerek engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik danışmanlık yapıldı. Web tabanlı eğitim içeriğinde yer alan hedefler göz önünde bulundurularak ve bireysel danışmanlık sırasında öğrencilerden alınan geri bildirimler doğrultusunda oluşturulan ÜNİ-FASAB eğitim kitapçığı öğrencilere dağıtıldı.

Öğrencilerin tükettikleri enerji, protein, karbonhidrat, yağ, kalsiyum, fosfor, magnezyum, sodyum, potasyum, demir, fosfor, çinko, lif miktarları ile A, B, B6, B12, C, D, E vitaminleri BeBİS (8.0) analiz programına alanında uzman diyetisyen tarafından girildi ve tüm veriler bu programda analiz edildi (BeBiS 2010).

Analiz sonuçlarına göre öğrencilerin aldıkları tüm besinlerin miktarları ile Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre almaları gereken miktarların karşılaştırıldığı sonuç çıktıları, yetersiz ya da fazla tükettikleri yiyecek-içecekler işaretlenerek öğrencilere verildi.

Yetersiz ya da fazla tüketilen yiyecek ve içeceklerin neler olduğu, eksik tüketilen besinleri, hangi yiyeceklerden ve günlük ne kadar almaları gerektiği konusunda bireysel danışmanlık yapıldı.

Porsiyon sayıları ve ölçülerini kontrol edebilmesi, sağlıklı ara öğün seçenekleri, besin etiketlerini okuma ve alışveriş listesinde nelerin yer alması gerektiğini bilmesi konularında danışmanlık yapıldı.

Öğrencilerin fiziksel aktivite yapmaya istekli olması ve adım sayısını arttırması, kendisine uygun fiziksel aktivite türlerini belirleyebilmesi ve günlük hayatta uygulaması konularında danışmanlık yapıldı.

Hedeflere ulaşmayı başarabilen öğrencilere ödüller verildi. (ajanda, cüzdan, fular, hediye çeki vb.)

Sağlığı geliştirme programlarında katılımcılar arasında iletişim için bir web sitesi, iletişim kanalı kurulması, takım yarışması yapılması, katılım ödülleri veya grup egzersiz seansları etkilidir (Freak-Poli ve ark. 2013). Web tabanlı ve / veya cep telefonu tabanlı müdahalelerin çok sayıda kişi tarafından rahatça erişilebilen, böylece yaygın olarak kullanılan diğer müdahale programlarına göre potansiyel erişimi artırabilecek bir dağıtım yöntemi (mesajlar, afişler, posterler) sağladığı yaygın olarak kabul edilmektedir (Duncan ve ark. 2014). Bu çalışmada da öğrenciler arası iletişimi sağlamak amacıyla whatsapp grubu kuruldu. Hedeflere ulaşma noktasında başarılı olan öğrencilere ödüller verilerek öğrencilerin yarış halinde olması desteklendi.

3.6.1.3. Hatırlatıcı Girişimler

Öğrencilerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirmeye yönelik programa katılımı motive etmek amacıyla öğrencilere sosyal paylaşım grupları üzerinden toplu olarak renkli metin mesajları ve videolar gönderilerek hatırlatıcı girişimler uygulandı.

Renkli metin mesajları ve videolar "DSÖ, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi, Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat" programı obezite ve fiziksel aktivite eğitim modülleri doğrultusunda hazırlandı.

Obez bir üniversite öğrencisinin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını kazanarak beden kitle indeksinin normal sınırlara gelme sürecine yönelik deneyimlerini grup üyeleri ile paylaştığı bir video paylaşıldı. Ödüllü belgesel filmi "The Sugar" öğrencilere izletildi.

Katılımcıların izlenmesi ve hatırlatıcı uygulamaların kullanılması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına teşvik açısından önemlidir. 2014 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede 16 yaş ve üstündeki yetişkinlerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi ve aktivite seviyesini artırmak için yapılan 19 randomize kontrollü çalışma (7598 katılımcı) dan 11 (2195 katılımcı) inde müdahale sonrası katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinde

olumlu artış sağlanmıştır. Pozitif etkinin sağlandığı çalışmalarda diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcılara posta, telefon, yüz yüze toplantılar aracılığıyla profesyonel rehberlik sağlanmış ve izlemler yapılmıştır. (Foster ve ark. 2005).

Üniversite öğrencileri sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak için yeterli bilgi ve beceriye sahip olabilirler ancak gerekli fırsatlara erişemezlerse aktif olmaları kısıtlanabilir. Programın geliştirilmesi sırasında amaçlanan popülasyonun özel ihtiyaçları ve çıkarları göz önünde bulundurulmalıdır (CDC 2011). Bu programın başarılı olmasında etkili olan faktörler ise şunlardır:

- Yönetim desteği: Uzem kullanılması, kampüsde yapılan etkinliklere izin verilmesi, dekanlıktan izin alınması
- Çevresel destekler: kantinin sebze meyve satışlarının artırılması, yemekhane ile görüşülerek meyve getirilmesi
- Bireysel destekler: Whatsapp grupları, Uzem ile ulaşma kolaylığı, bireysel danışmanlık, adım sayar, eğitim kitapçıkları, broşürler verilmesi, okula yürüyerek gelmeleri, merdiven kullanımına teşvik, adım sayısı takip etme, besin tüketimi takip etme, öğrencilere uygun gün ve saatlerde bireysel danışmanlık günlerinin organize edilmesi.

3.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Veri toplama ve programın uygulanma süreci iki aşamadan oluştu.

Ön Hazırlık Aşaması (4 ay)

- Çalışmanın yapıldığı üniversiteden etik kurul izni alınmıştır.
- Yüksekokul müdürlerine çalışmanın amaçları ve uygulama süreçleri ile ilgili sunum yapılmış ve çalışma izni alınmıştır.
- Yerleşkede öğrencilerin en sık kullandıkları alanda stand açılarak “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” farkındalık programı yapıldı. Program kapsamında "Diyabete Karşı Harekete Geç" ve “Her Öğünde Sebze-Meyve Ye! başlıklı farkındalık etkinlikleri gerçekleştirildi. Etkinliklerin olduğu haftalar standa başvuran öğrencilerin risk değerlendirmesi, boy ve kilo ölçümleri yapıldı. Bunların içinden çalışma evreni kriterlerine uyan öğrencilerin listesi belirlendi. Çalışma sürecini bilmeyen iki akademisyen, çalışma evrenine ait listeden kör teknik yöntemi ile birbirlerinden bağımsız olarak 55’er kişi seçti.

- Çalışmaya katılan tüm öğrencilere aydınlatılmış onam formu gönderilerek katılımcı izinleri alındı (Ek-6).
- Deney ve kontrol grubundaki tüm öğrencilerin program öncesi fiziksel ve bilişsel ölçümleri yapıldı.
- Web tabanlı eğitim için üniversitenin uzaktan eğitim merkezinden izin alınarak uzaktan eğitim sınıfı oluşturuldu.
- Öğrencilerin uzaktan eğitim sistemine kayıt edilmesi için gerekli bilgileri (mail adresi, telefon numarası) alınmıştır.
- Program ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yapılarak deney grubunda yer alan öğrencilere ÜNİ-FASAB programı içeriğinin yer aldığı kitapçık, kontrol grubundaki öğrencilere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili eğitim broşürü verildi.
- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili önceki deneyimleri, algı ve inançları öğrenilerek notlar alındı. Öğrencilerin sahip olduğu riskli davranışlara yönelik değişim hedefleri belirlenerek, her bir risk davranışı için sözleşme ve kendi kendine söz verme kayıt formu imzalatıldı.
- Öğrencilere program süresince hatırlatıcı girişimlerin yapılması için whatsapp grubu kurularak öğrenciler gruba eklendi.
- Öğrencilere adım sayılarının takibi ve kayıtında kolaylık sağlaması için M3 Smart Wristband markalı Adım sayar akıllı bileklik verildi.
- Programın her bir oturumuna ilişkin hedeflere ulaşma durumunu kayıt edeceği takip defteri verildi.

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi Aşaması (9 ay)

- Deney grubundaki tüm öğrencilere ÜNİ-FASAB programı kapsamında 8 hafta süren web tabanlı eğitim verildi. Her eğitim öncesinde whatsapp grubu üzerinden konu içeriği ve o oturuma yönelik ulaşılması istenilen hedefler hakkında bilgilendirme yapıldı.
- Deney grubundaki öğrencilere girişim öncesi ve girişim sırası 2.hafta, 4.hafta, 6.hafta ve 8.haftada öğrencilere uygun günler belirlenerek bireysel beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı yapılmıştır

- Deney grubunda yer alan öğrencilere Whatsapp grubu üzerinden girişim süresince her gün, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik renkli metin mesajları, video ve görsel mesajlar gönderildi.
- Tüm girişimler bittikten sonra, öğrencilerin girişim sonrası 1. ay, 3.ay ve 6.ayda fiziksel ve bilişsel ölçümleri yapıldı.

3.8. ARAŞTIRMA PLAN VE TAKVİMİ

Araştırmanın konu seçimi ve konunun belirlenmesi için literatür taramasına Temmuz 2018 tarihinde başlandı. Tezin planlanması, konunun kabul edilmesi, kurum izni ve etik izin alınması, tez projesinin hazırlanması ve projenin kabulü Ocak 2019 tarihinde tamamlandı. Araştırmanın genel aşamaları, uygulanması, izlemi ve değerlendirilmesi Ocak- Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı. Verilerin girişleri, analizleri ve araştırmanın raporlandırma kısmı ise Mayıs 2020 tarihinde tamamlandı. Araştırma zaman çizelgesi Şekil 3-4'de gösterildi.

YIL	**2018**					**2019**								**2020**			
AY	7	8	9	11	12	01	02	04	06	07	09	11	12	1	2	3	5
Literatür Tarama ve Konu Seçimi	■	■															
Kaynak İnceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Konu önerisi			■														
Planlama		■	■	■													
Izin ve onay alma					■	■											
Tez projesi kabulü						■											
Ön çalışma						■	■	■									
Girişim								■	■								
Veri toplama								■	■	■	■		■				
Bilgisayara giriş												■	■	■			
Veri Çözümleme													■	■	■		
Yazım													■	■	■	■	■

Şekil 3-4: Araştırma Zaman Çizelgesi

3.9. ETİK KONULAR

Çalışma öncesinde araştırmanın uygulanması için "İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı"ndan etik kurul izni alındı (Ek-5). "Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu" ve "Meslek Yüksekokulu

Müdürlüğü", "Medipol Üniversitesi Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi"nden kurum izinleri alındı (Ek-4). "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ)" Kısa Formu (Ek-1), "Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği" (Ek-2) ve "Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği" (Ek-3)'nin geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını yapan uzmanlardan ölçeklerin kullanım izinleri alındı. Çalışmanın yapılacağı deney ve kontrol grupları ile tek tek görüşüldü ve çalışmanın amacı, yöntemi, çalışma süreci ve süresi hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve veri toplama formlarına isim, soy isim, kimlik numarası gibi tanıtıcı verilerin yazılmayacağı açıklandı. Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin yazılı ve sözlü yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları alındı (Ek-6).

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmada verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 25 kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (Ortalama, Standart sapma, Frekans) kullanılmıştır. Analizde ÜNİ-FASAB programının uygulandığı deney grubu ile uygulanmadığı kontrol grubu çeşitli değişkenler üzerinden karşılaştırılmıştır. Kullandığımız verilerde sürekli değişkenler Shapiro Wilks testiyle test edilmiş ve verilerin normal dağılmadığı görülmüştür. Bu nedenle deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında parametrik olmayan Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında sürekli olmayan (kategorik) değişkenler için Ki-kare (chi-square), Yates Süreklilik (Continuity) Düzeltmesi veya Fisher Tam (Exact) Ki-kare testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının kendi içindeki girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılşatırmalarında ise Bağımlı Gruplar T-testi'nin parametrik olmayan değişkenler için karşılığı olan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Alfa hata payı 0,05 (%95 güven aralığı) olarak belirlenmiş ve p (sign.) değeri 0,05'ten küçük olan test sonuçlarında deney ve kontrol gruplarının birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu yorumlanmıştır.

3.11. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Bu çalışmanın, randomize kontrollü çalışma olması, NCT numarası alınmış olması, öntest son-test kontrol gruplu 1.ay, 3.ay ve 6.ayda tekrarlayan ölçümler yapılması, web tabanlı eğitim teknolojilerinin kullanılmış olması, BeBİS (8.0) paket programının kullanılmış olması ve uluslararası çalışmalarda bireylerde davranış değişikliği

oluşturmak için kullanılan Sağlığı Geliştirme Modeli temelli olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Çalışma bulguları iki bölümden oluşmaktadır.

I. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, FİZİKSEL AKTİVİTE, SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLERE YÖNELİK ÖZELLİKLERİ

II. ÜNİ-FASAB PROGRAMIN BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLER ÜZERİNE ETKİSİ

4.1. DENEY VE KONTROL GRUPLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, FİZİKSEL AKTİVİTE VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLERE YÖNELİK ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve çeşitli ölçekler kullanılarak elde edilen beslenme ve fiziksel aktivite davranışları ve bilişsel faktörlerle ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4-1'de verilmiştir. Deney grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 19,56 ± 1,78 yıl olup, öğrencilerin %83,6'sı (46) kadın, %16,4'ü (9) erkektir. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise yaş ortalaması 18,94±1,00 yıl olup, öğrencilerin %87,3'ü kadın (48), %12,7'si (7) erkektir. Öğrencilerin %50'si deney (n=55), %50'si kontrol (n=55) olmak üzere iki grup altında incelendi. Gruplar arasında öğrencilere ilişkin sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde kontrol grubundaki öğrencilerin gece uyku süresi ve günlük öğün sayısı deney grubundaki öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olup ($p<0,05$), diğer özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$), grupların benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik Özellikler		Deney	Kontrol	İstatistik	
		n (%)	n (%)	z/χ2	p
Yaş	Ort+SS (Medyan)	19,56±1,78	18,95±1,01	-1,803[1]	0,071
Gündüz Uyku Süresi	Ort+SS (Medyan)	0,19±0,58	0,15±0,52	-0,327[1]	0,743
Gece Uyku Süresi	Ort+SS (Medyan)	6,24±1,19	6,67±0,77	-2,160[1]	0,031
Günlük Öğün Sayısı	Ort+SS (Medyan)	3,4±1,26	3,98±1,01	-2,677[1]	0,007
Cinsiyet	Kadın	46(83,64%)	48(87,27%)	0,293[2]	0,589
	Erkek	9(16,36%)	7(12,73%)		
Gelir Durumu	Kötü	1(1,81%)	9(16,36%)	-0,153[2]	0,878
	Orta	48(87,27%)	32(58,18%)		
	İyi	6(10,91%)	14(25,45%)		
Yaşadığı Yer	Ailemle Birlikte	39(70,91%)	39(70,91%)	0,500[2]	0,779
	Öğrenci Evinde	7(12,73%)	9(16,36%)		
	Yurtta	9(16,37%)	7(12,72%)		
Sağlık Sorunu	Yok	35(63,64%)	45(81,81%)	3,713[2]	0,054
	Var	20(36,36%)	10(18,18%)		
İlaç Kullanımı	Yok	46(83,63%)	54(98,18%)	7,040[2]	0,016
	Var	9(16,36%)	1(1,81%)		
Sigara Kullanımı	Kullanmıyorum	39(70,91%)	43(78,18%)	0,767[2]	0,381
	Kullandım ama Bıraktım	16(29,09%)	12(21,72%)		
Öğün Atlama Durumu	Evet	34(61,82%)	30(54,55%)	0,598[2]	0,439

	Hayır	21(38,19%)	25(45,45%)		
Öğün Atlama Nedeni	**Alışkanlığım yok**	16(32,7%)	18(32,73%)	2,642[2]	0,619
	Vaktim yok	17(30,91%)	14(25,45%)		
	Zayıflamak için	15(27,27%)	11(20%)		
	Diğer	5(9,09%)	12(21,8%)		
En Çok Atlanılan Öğün	**Sabah**	32(58,18%)	34(61,81%)	1,164[2]	0,762
	Öğle	15(27,3%)	11(20%)		
	Akşam	8(14,5%)	10(18%)		
Fiziksel Aktivite Sıklığı	**Hiç fiziksel aktivite yapmıyorum.**	12(21,81%)	23(41,81%)	-1,156[2]	0,248
	Haftada 1 gün en az 20 dakika orta yoğunluktan şiddetliye doğru egzersiz	26(47,27%)	15(27,27%)		
	Haftada1-2 kere en az 20 dk orta yogunluktan şiddetliye doğru egzersiz	15(27,27%)	12(21,81%)		
	Haftada 3 kere veya daha fazla en az 20 dk orta yogunluktan şiddetliye doğru egzersiz	2(3,63%)	5(9,08%)		

[1]Mann Whitney U testi [2]Ki-Kare testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare

4.1.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Aktivite Davranışları İle İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Girişim öncesi yüksek şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve toplam IPAQ puanı ile günlük adım sayısı ve Egzersiz Davranışları Ölçeği puanı gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-2'de verilmiştir. Gruplar arasında girişim öncesi yüksek şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite, günlük adım sayısı ve Egzersiz davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubunun girişim öncesi yürüme puanı, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,006<0,05). Kontrol grubunun girişim öncesi IPAQ toplam puanı, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,013 <0,05)

Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Aktivite Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Fiziksel Aktivite Davranışları (Girişim Öncesi)	**Deney (n=55)**	**Kontrol (n=55)**	**İstatistik**	
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Z***	**P**
IPAQ-Yüksek Şiddetli Aktivite	90,909±141,621	96,000±136,322	-0,208	0,835
IPAQ-Orta Şiddetli Aktivite	121,273±166,133	160,636±172,798	-1,711	0,087
IPAQ-Yürüme	716,691±413,165	919,800±451,271	-2,772	**0,006**
IPAQ-Toplam	928,873±596,265	1176,436±646,671	-2,482	**0,013**
Günlük Adım Sayısı	4290,909±1714,780	4666,364±1976,062	-1,005	0,315
Egzersiz Davranışları Ölçeği	7,727±2,313	8,455±2,226	-1,701	0,089

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi

4.1.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Beslenme Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Girişim Öncesi BKİ, bel çevresi, Beslenme Davranışları Ölçeği puanları, besin öğesi alım durumları ve günlük su tüketimi oranları gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-3'de verilmiştir. Gruplar arasında girişim öncesi BKİ, bel çevresi, Beslenme Davranışları Ölçeği puanları, besin öğeleri alım durumları ve günlük su tüketimi oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Beslenme Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Gruplar Arası Değerlendirilmesi

Beslenme Davranışları (Girişim Öncesi)	Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
	Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	P
BKİ	29,358	2,113	29,365	2,211	-0,084	0,933
Bel Çevresi	92,891	3,645	93,055	4,305	-0,129	0,897
Beslenme Davranışları Ölçeği	10,618	3,064	11,418	3,309	-1,216	0,224
Günlük Su Tüketimi	1033,636	300,779	1157,273	345,529	-1,639	0,101
Enerji (kcal)	2498,234	458,323	2553,997	488,854	-0,720	0,471
Protein g	90,293	24,867	91,739	23,940	-0,571	0,568
Protein %	14,818	3,350	14,691	2,993	-0,136	0,892
Yağ g	103,499	29,316	100,879	24,590	-0,655	0,513
Yağ %	36,691	7,652	35,418	6,887	-1,146	0,252
Cho g	295,709	72,881	313,299	84,386	-1,151	0,250
Cho %	48,400	8,084	49,818	7,313	-1,096	0,273
Lif g	22,891	8,397	24,180	9,684	-0,619	0,536
Kolesterol mg	428,309	203,705	430,585	194,282	-0,111	0,912
A Vitamini mcg	1454,927	2127,540	1673,347	2326,400	-0,989	0,322
E Vitamini mg	16,849	8,886	16,773	8,014	-0,299	0,765
B1 Vitamini mg	1,078	0,309	1,066	0,297	-0,164	0,869
B2 Vitamini mg	1,717	0,816	1,716	0,702	-0,317	0,751
B6 Vitamini mg	1,538	0,550	1,497	0,494	-0,176	0,860
Folat mcg	325,305	130,500	332,952	136,000	-0,290	0,772
C Vitamini mg	113,562	67,364	118,428	72,521	-0,332	0,740
Sodyum mg	6174,637	7702,567	5139,951	3588,994	-0,523	0,601
Postasyum mg	2922,541	963,062	2971,245	968,418	-0,278	0,781
Kalsiyum mg	923,265	359,309	988,987	343,042	-1,079	0,281
Magnezyum mg	327,721	98,116	341,738	98,270	-0,972	0,331
Fosfor mg	1384,252	451,958	1414,716	396,809	-0,762	0,446
Demir mg	12,974	3,765	13,295	4,505	-0,117	0,907
Çinko mg	12,497	3,745	12,647	3,699	-0,281	0,779

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi

4.1.4. Deney ve Kontrol Gruplarının Bilişsel Faktörlere İlişkin Özelliklerin Gruplararası Değerlendirilmesi

Girişim öncesi Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları, Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği toplam puanı, Sağlığın Önemi Ölçeği toplam puanı, Beslenmede Öz Yeterlilik toplam puanı ve Egzersiz Öz Yeterlilik toplam puanı ortalamalarının gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-4'de verilmiştir. Deney grubunun girişim öncesi Sağlığın Önemi Ölçeği puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,016<0,05$). Gruplar arasında diğer ölçek alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Gruplarının Bilişsel Faktörlere İlişkin Özelliklerin Gruplararası Değerlendirilmesi

Ölçekler ve Alt Boyutları (Girişim Öncesi)		Deney (n=55)	Kontrol (n=55)	İstatistik	
		Ort±SS	Ort±SS	Z*	p
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği	İçsel Sağlık Kontrolü	35,036±9,221	33,436±6,877	-1,033	0,30
	Dışsal Sağlık Kontrolü	41,182±7,848	42,091±8,571	-0,754	0,45
	Şans Etkisi	50,109±8,029	51,345±8,654	-0,643	0,52
	Toplam	126,327±15,593	126,873±13,374	-0,434	0,66
Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği	Toplam	2,073±0,766	1,944±0,591	-0,789	0,43
Sağlığın Önemi Ölçeği	Toplam	8,236±1,874	7,565±1,823	-2,420	0,01
Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği	Toplam	26,982±5,905	26,327±5,979	-0,542	0,58
Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği	Toplam	24,218±6,887	22,527±4,910	-1,082	0,27

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi

4.2. ÜNİ-FASAB PROGRAMININ FİZİKSEL AKTİVİTE VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARI VE BİLİŞSEL FAKTÖRLER ÜZERİNE ETKİSİ

Bu bölüm ÜNI-FASAB programının öğrencilerin sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite davranışları ve bilişsel faktörler üzerine etkisini değerlendiren bulgulardan oluşmaktadır.

4.2.1. ÜNİ-FASAB Programının Fiziksel Aktivite Davranışlarına Etkisi

4.2.1.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu

Deney ve kontrol gruplarının IPAQ kısa formundan elde edilen yüksek şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve toplam puana ilişkin bulgular Tablo 4-5'de yer almaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi yüksek şiddetli fiziksel aktivite ve orta şiddetli fiziksel aktivite açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun girişim öncesi yürüme puanı, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,00$; $p<0,01$). Kontrol grubunun girişim öncesi IPAQ toplam puanı, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,01$; $p<0,05$). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6.aydaki yüksek şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve IPAQ toplam puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0,006<0,05$).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **yüksek şiddetli fiziksel aktivite** puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin yüksek şiddetli fiziksel aktiviteyi anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki yüksek şiddetli aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların girişim öncesi ile 1. ay ve 1. ay ile 3. ve 6. aylar arasında olduğu, dolayısıyla tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1, 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **orta şiddetli fiziksel aktivite** puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin orta şiddetli fiziksel aktiviteyi anlamlı bir

şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki yüksek şiddetli aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. ayda artış olması ve sonrasında azalış ortaya çıkması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1, 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **yürüme** puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin yürüme puanlarını anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki yürüme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. ayda artış olması ve sonrasında azalış ortaya çıkması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. Aylardaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1, 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **IPAQ toplam puanlarında** istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3. ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin İPAQ toplam puanını anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki İPAQ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. ayda artış olması ve sonrasında azalış

ortaya çıkması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1, 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Tablo 4-5: IPAQ Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

	IPAQ_Yüksek Şiddetli Aktivite	Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	**Girişim Öncesi**	90,909	141,621	96,000	136,322	-0,208	0,835
2	**1. Ay**	264,000	279,083	122,909	140,866	-2,883	0,004
3	**3. Ay**	265,818	283,906	109,818	141,153	-3,254	0,001
4	**6. Ay**	256,364	279,632	103,636	131,774	-3,255	0,001
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		yok			
	Fark GÖ-1.ay	-173,091	-137,462	-26,909	-4,544	-4,926	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-174,909	-142,285	-13,818	-4,830	-5,463	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-165,455	-138,011	-7,636	4,548	-5,631	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	-1,818	-4,823	13,091	-0,287	-0,891	0,373
	Fark 1.ay-6.ay	7,636	-0,549	19,273	9,092	-0,007	0,994
	Fark 3.ay-6.ay	9,455	4,274	6,182	9,379	-0,668	0,504
	İPAQ_Orta Şiddetli Aktivite						
1	**Girişim Öncesi**	121,273	166,133	160,636	172,798	-1,711	0,087
2	**1. Ay**	356,545	268,874	188,636	170,952	-3,489	0,000
3	**3. Ay**	366,000	275,578	178,455	169,602	-3,753	0,000
4	**6. Ay**	358,727	273,022	170,455	167,399	-3,795	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		yok			
	Fark GÖ-1.ay	-235,273	-102,741	-28,000	1,847	-6,596	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-244,727	-109,444	-17,818	3,197	-5,129	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-237,455	-106,889	-9,818	5,399	-6,772	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	-9,455	-6,703	10,182	1,350	-2,120	0,034
	Fark 1.ay-6.ay	-2,182	-4,148	18,182	3,553	-1,297	0,195
	Fark 3.ay-6.ay	7,273	2,556	8,000	2,202	-0,017	0,986
	İPAQ_Yürüme						
1	**Girişim Öncesi**	716,691	413,165	919,800	451,271	-2,772	0,006
2	**1. Ay**	1347,127	667,873	950,427	448,861	-3,373	0,001
3	**3. Ay**	1284,964	639,474	944,400	444,060	-2,978	0,003
4	**6. Ay**	1314,273	673,374	943,500	444,527	-3,127	0,002
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		yok			
	Fark GÖ-1.ay	-630,436	-254,709	-30,627	2,410	-5,378	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-568,273	-226,309	-24,600	7,211	-5,592	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-597,582	-260,209	-23,700	6,744	-5,118	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	62,164	28,400	6,027	4,801	-1,902	0,057
	Fark 1.ay-6.ay	32,855	-5,501	6,927	4,334	-1,194	0,233
	Fark 3.ay-6.ay	-29,309	-33,901	0,900	-0,467	-0,552	0,581

	İPAQ_Toplam						
1	**Girişim Öncesi**	928,873	596,265	1176,436	646,671	-2,482	0,013
2	**1. Ay**	1967,673	880,645	1261,973	621,528	-4,361	0,000
3	**3. Ay**	1916,782	881,144	1232,673	613,117	-4,209	0,000
4	**6. Ay**	1929,364	904,846	1217,591	618,419	-4,299	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		yok			
	Fark GÖ-1.ay	-1038,800	-284,380	-85,536	25,143	-6,998	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-987,909	-284,879	-56,236	33,554	-6,845	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-1000,491	-308,581	-41,155	28,252	-6,792	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	50,891	-0,500	29,300	8,411	-1,553	0,120
	Fark 1.ay-6.ay	38,309	-24,201	44,382	3,109	-1,654	0,098
	Fark 3.ay-6.ay	-12,582	-23,702	15,082	-5,302	-0,007	0,995

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.1.2. Günlük Adım Sayısı

Deney ve kontrol gruplarının günlük adım sayılarına ilişkin bulguları aşağıdaki Tablo 4-6'da verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi günlük adım sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki günlük adım sayıları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılaştırmalarına bakıldığında girişim sonrası 1., 3. ve 6. aylarda adım sayıları girişimden öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalara bakıldığında bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki egzersiz davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05). Bu durumda girişimin adım sayısını arttırdığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki puan ortalamalarının farkları karşılaştırıldığında ise deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasındaki puan farklarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu (p<0,05) görülmüştür. Bu durum, deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ve sonrasındaki adım sayısı ortalamalarının kendi aralarındaki farklılığına bakılarak belirtilen, girişimin deney gruplarında egzersiz davranışlarını arttırması çıkarımını desteklemektedir.

Tablo 4-6: Günlük Adım Sayılarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Günlük Adım Sayısı		**Deney(n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	4290,909	1714,78	4666,36	1976,062	-1,005	0,315
2	**1. Ay**	8865,455	12074,54	4843,09	1915,755	-5,295	0,000

3	**3. Ay**	10198,182	17360,198	4821,27	1987,122	-5,425	0,000
4	**6. Ay**	8960	14047,533	4846,36	1861,146	-5,447	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		yok			
	Fark GÖ-1.ay	-4574,546	-10359,76	-176,73	60,307	-6,901	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-5907,273	-15645,42	-154,91	-11,06	-6,973	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-4669,091	-12332,75	-180	114,916	-6,878	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	-1332,727	-5285,658	21,818	-71,367	-0,703	0,482
	Fark 1.ay-6.ay	-94,545	-1972,993	-3,273	54,609	-0,365	0,715
	Fark 3.ay-6.ay	1238,182	3312,665	-25,091	125,976	-0,402	0,688

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.1.3. Egzersiz Davranışları Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Egzersiz Davranışları Ölçeğine ilişkin bulguları Tablo 4-7'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi Egzersiz Davranışları Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Egzersiz Davranışları Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılaştırmalarına bakıldığında girişim sonrası 1, 3 ve 6. aylarda egzersiz davranışları girişimden öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalara bakıldığında bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki egzersiz davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık (p<0,05) görülse de bu farkların tesadüfi olduğu puan ortalamalarından görülebilir. Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki puan ortalamalarının farkları karşılatırıldığında ise deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasındaki puan farklarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu (p<0,05) görülmüştür. Bu durum, girişimin deney gruplarında egzersiz davranışlarını arttırmasından kaynaklanmıştır.

Tablo 4-7: Egzersiz Davranışları Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Egzersiz Davranışları Ölçeği		**Deney(n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	7,727	2,313	8,455	2,226	-1,701	0,089
2	**1. Ay**	13,055	3,052	9,655	2,119	-5,549	0,000
3	**3. Ay**	12,582	3,059	9,236	2,099	-5,438	0,000

4	**6. Ay**	12,382	3,046	8,891	2,233	-5,661	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4			
	Fark GÖ-1.ay	-5,327	-0,738	-1,200	0,107	-7,832	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-4,855	-0,746	-0,782	0,127	-7,993	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-4,655	-0,733	-0,436	-0,007	-8,360	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	0,473	-0,008	0,418	0,020	-0,182	0,856
	Fark 1.ay-6.ay	0,673	0,006	0,764	-0,114	-0,300	0,764
	Fark 3.ay-6.ay	0,200	0,013	0,345	-0,134	-0,835	0,404

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.2. ÜNİ-FASAB Programının Beslenme Davranışlarına Etkisi

4.2.2.1. BKİ ve Bel Çevresi Ölçümleri

Deney ve kontrol gruplarının BKİ ve Bel Çevresi ölçümlerinin gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-8'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesinde ve 1.ayda beden kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Girişim sonrası 3. ve 6. ayda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıktığı görüldü (p<0,01). Kontrol grubundaki öğrencilerin beden kitle indeksleri 3 ve 6. aylarda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki beden kitle indeksi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay arasında bütün olası ikili karşılaştırmalar bağımlı gruplar testiyle test edilmiştir. Analiz sonucunda bütün farklı kombinasyonlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Ortalamalara bakıldığında girişim sonrası zaman dilimi arttıkça beden kitle indeksi değerinin de düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunda da girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki beden kitle indeksi değerlerinin ikili kombinasyonları arasında anlamlı fark görülmüştür (p<0,05). Ancak deney ve kontrol gruplarının ortalama farkları arasındaki anlamlı fark, girişimin başarılı olduğunu göstermektedir. Özellikle 3. ve 6. aylarda deney ve kontrol gruplarının BKİ değerleri arasındaki fark (deney grubunun ortalamasının düşmesinden kaynaklan) artmıştır.

Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesinde ve 1.ayda bel çevresi ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Girişim sonrası 1, 3 ve 6. aylardan 3. ve 6. ayda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıktığı görülmüştür (p<0,05). Kontrol grubundaki öğrencilerin bel

çevresi ölçümleri 3 ve 6. aylarda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki bel çevresi ölçümü değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay arasında bütün olası ikili karşılaştırmalar bağımlı gruplar testiyle test edilmiştir. Analiz sonucunda bütün farklı kombinasyonlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Ortalamalara bakıldığında ise girişim sonrası zaman dilimi arttıkça bel çevresi ölçüm değerinin de düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunda da girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki bel çevresi ölçüm değerlerinin ikili kombinasyonları arasında anlamlı fark görülmüştür (p<0,05). Ancak deney ve kontrol gruplarının ortalama farkları arasındaki anlamlı fark, girişimin başarılı olduğunu göstermektedir. Özellikle 3. ve 6. aylarda deney ve kontrol gruplarının BKİ değerleri arasındaki fark (deney grubunun ortalamasının düşmesinden kaynaklanan) artmıştır.

Tablo 4-8: BKİ ve Bel Çevresi Ölçümlerinin Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirilmesi

BKİ		**Deney (n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	29,358	2,113	29,365	2,211	-0,084	0,933
2	**1. Ay**	28,342	2,047	28,505	1,883	-0,802	0,423
3	**3. Ay**	27,576	2,269	28,731	1,829	-3,306	0,001
4	**6. Ay**	26,964	2,192	28,925	1,831	-5,120	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4			
	Fark GÖ-1.ay	1,016	0,066	0,860	0,327	-1,933	0,053
	Fark GÖ-3.ay	1,782	-0,156	0,635	0,381	-4,431	0,000
	Fark GÖ-6.ay	2,395	-0,079	0,440	0,379	-6,260	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	0,765	-0,222	-0,225	0,054	-5,855	0,000
	Fark 1.ay-6.ay	1,378	-0,145	-0,420	0,052	-7,113	0,000
	Fark 3.ay-6.ay	0,613	0,077	-0,195	-0,002	-3,614	0,000
Bel Çevresi		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	**Girişim Öncesi**	92,891	3,645	93,055	4,305	-0,129	0,897
2	**1. Ay**	91,145	3,440	91,945	3,734	-1,383	0,167
3	**3. Ay**	90,291	3,376	92,218	3,843	-3,372	0,001
4	**6. Ay**	89,636	3,211	92,327	3,921	-4,336	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4			
	Fark GÖ-1.ay	1,745	0,205	1,109	0,571	-2,370	0,018
	Fark GÖ-3.ay	2,600	0,269	0,836	0,462	-4,578	0,000
	Fark GÖ-6.ay	3,255	0,434	0,727	0,384	-5,404	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	0,855	0,064	-0,273	-0,109	-6,127	0,000
	Fark 1.ay-6.ay	1,509	0,229	-0,382	-0,187	-6,891	0,000
	Fark 3.ay-6.ay	0,655	0,165	-0,109	-0,078	-4,252	0,000

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi Z**=Wilcoxon İşaretli Sıralar Tes

4.2.2.2. Beslenme Davranışları Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Beslenme Davranışları Ölçeğine ilişkin bulguları Tablo 4-9'da verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi Beslenme Davranışları Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Beslenme Davranışları Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Beslenme Davranışları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay arasında bütün olası ikili karşılaştırmalar bağımlı gruplar testiyle test edilmiştir. Analiz sonucunda 3. ay ve 6. ay arasındaki fark hariç olmak üzere bütün farklı kombinasyonlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0,05). Girişim öncesi ile sonrası arasında beslenme davranışları arasında anlamlı bir fark görülmesi ve beslenme davranışları ortalamasının yükselmesi girişimin beslenme davranışlarının arttırdığını göstermiştir. Kontrol grubunda da görülen anlamlı fark ortalamanın 1. ayda biraz yükselmesinden kaynaklanmıştır. Deney ve kontrol grupları için girişim öncesiyle sonrası arasındaki fark değerlerine bakıldığında farkın deney grubunda yüksek değerlerden oluştuğu, kontrol grubunda ise bu değerlerin düşük olduğu görülecektir. Dolayısıyla kontrol grubunun kendi içindeki değerlendirmelerinde ufak değer farklılıklarından kaynaklanan anlamlı farklılık deney grubuyla karşılaştırma yapıldığında esasen anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir.

Tablo 4-9: Beslenme Davranışları Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplararası Değerlendirilmesi

Beslenme Davranışları Ölçeği		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	Girişim Öncesi	10,618	3,064	11,418	3,309	-1,216	0,224
2	1. Ay	16,945	3,913	12,855	2,953	-5,590	0,000
3	3. Ay	16,000	3,559	11,582	3,247	-5,789	0,000
4	6. Ay	16,291	3,337	11,727	3,130	-6,106	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4			
	Fark GÖ-1.ay	-6,327	-0,849	-1,436	0,356	-6,533	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-5,382	-0,495	-0,164	0,062	-8,124	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-5,673	-0,273	-0,309	0,180	-8,194	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	0,945	0,354	1,273	-0,294	-0,527	0,598
	Fark 1.ay-6.ay	0,655	0,576	1,127	-0,177	-0,485	0,627
	Fark 3.ay-6.ay	-0,291	0,222	-0,145	0,118	-0,337	0,736

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.2.3. Besin Öğesi Alım Durumları

Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ve girişim sonrası besin öğeleri alım durumlarının gruplar arası değerlendirmesi Tablo 4-10'da verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi ölçek puanları ve besin öğesi alımları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Deney ve kontrol gruplarının girişim sonrası değerleri arasında ise anlamlı bir fark (p<0,05) görülmüştür. Kontrol grubunun girişim sonrası enerji (p:0,000), protein (p:0,000), yağ (p:0,000), CHO (p:0,000), CHO yüzde (p:0,044), (kalsiyum (p:0,000), potasyum (p:0,000), magnezyum (p:0,000), demir (p:0,000), fosfor (p:0,000), çinko (p:0,000), B1 vitamini (p:0,000), B2 vitamini (p:0,000), B6 vitamini (p:0,001), E vitamini (p:0,012), lif (p:0,000), kolesterol (p:0,007), folat (p:0,004), sodyum (p:0,014) değerleri deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,05).

Deney gruplarının girişim öncesi ve girişim sonrası değerlerinin kendi arasındaki karşılaştırmlarında da ortaya anlamlı bir farklılık çıkmıştır (p<0,05). Değişkenlerin girişim öncesi ve girişim sonrasındaki puan ortalamalarına bakıldığında ise ortaya çıkan anlamlı farklılığın girişimin olumlu bir yansıması olduğu söylenebilir. Deney grubunda girişim öncesine göre, girişim sonrası enerji (p:0,000), protein (p:0,000), yağ (p:0,000), CHO (p:0,000), CHO yüzde (p:0,044), (kalsiyum (p:0,002), potasyum (p:0,000), magnezyum (p:0,000), demir (p:0,000), fosfor (p:0,000), çinko (p:0,001), C vitamini (p:0,004), B1 vitamini (p:0,000), B2 vitamini (p:0,000), B6 vitamini (p:0,000), E vitamini (p:0,002), lif (p:0,000), kolesterol (p:0,001), folat (p:0,005), sodyum (p:0,004) değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05).

Kontrol grubunda bir çok değişken için girişim öncesi ve girişim sonrası puanları arasında anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05); anlamlı fark görülen değişkenlerde bu farkın deney grubuyla karşılaştırıldığında küçük farklardan kaynaklandığı görülmüştür. Kontrol grubunda girişim öncesine göre girişim sonrası enerji (p:0,000), ve A vitamini (p:0,026) değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0,05).

Tablo 4-10: Besin Öğeleri Alım Durumlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Besin Öğeleri		**Deney (n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
Enerji		**Ortalama**	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**z**	**p**
1	**Girişim Öncesi**	2498,234	458,323	2553,997	488,854	-0,720	0,471
2	**6.ay**	1720,905	384,680	2468,037	385,165	-8,151	0,000
	Anlamlı Fark (z, p)	-5,823	0,000	-5,091	0,000		

	Fark GÖ-GS	777,329	73,643	85,960	103,689	-6,226	0,000
Protein						z	p
1	**Girişim Öncesi**	90,293	24,867	91,739	23,940	-0,571	0,568
2	**6.ay**	67,269	21,822	91,097	21,345	-5,346	0,000
	Anlamlı Fark	-3,921	0,000	-0,066	0,948		
	Fark GÖ-GS	23,023	3,045	0,643	2,595	-2,974	0,003
Protein Yüzde						z	p
1	**Girişim Öncesi**	14,818	3,350	14,691	2,993	-0,136	0,892
2	**6.ay**	16,218	4,783	14,964	3,030	-1,234	0,217
	Anlamlı Fark	-1,729	0,084	-0,774	0,439		
	Fark GÖ-GS	-1,400	-1,433	-0,273	-0,037	-1,028	0,304
Yağ						z	p
1	**Girişim Öncesi**	103,499	29,316	100,879	24,590	-0,655	0,513
2	**6.ay**	73,707	20,677	100,087	23,942	-5,670	0,000
	Anlamlı Fark	-4,298	0,000	-0,100	0,920		
	Fark GÖ-GS	29,791	8,639	0,792	0,649	-3,961	0,000
Yağ Yüzde						z	p
1	**Girişim Öncesi**	36,691	7,652	35,418	6,887	-1,146	0,252
2	**6.ay**	38,709	8,073	36,130	7,807	-1,496	0,135
	Anlamlı Fark	-1,294	0,196	-0,662	0,508		
	Fark GÖ-GS	-2,018	-0,421	-0,711	-0,920	-0,634	0,526
Cho						z	p
1	**Girişim Öncesi**	295,709	72,881	313,299	84,386	-1,151	0,250
2	**6.ay**	192,750	61,709	295,537	75,161	-6,627	0,000
	Anlamlı Fark	-5,614	0,000	-1,849	0,065		
	Fark GÖ-GS	102,959	11,173	17,761	9,224	-4,505	0,000
Cho Yüzde						z	p
1	**Girişim Öncesi**	48,400	8,084	49,818	7,313	-1,096	0,273
2	**6.ay**	45,091	8,449	48,691	7,885	-2,016	0,044
	Anlamlı Fark	-2,016	0,044	-0,943	0,346		
	Fark GÖ-GS	3,309	-0,364	1,127	-0,572	-0,945	0,344
Lif Gram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	22,891	8,397	24,180	9,684	-0,619	0,536
2	**6.ay**	16,252	7,214	22,152	8,152	-4,020	0,000
	Anlamlı Fark	-3,737	0,000	-1,152	0,249		
	Fark GÖ-GS	6,639	1,182	2,028	1,532	-1,889	0,059
Kolesterol Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	428,309	203,705	430,585	194,282	-0,111	0,912
2	**6.ay**	294,407	164,621	395,904	197,632	-2,705	0,007
	Anlamlı Fark	-3,435	0,001	-0,856	0,392		
	Fark GÖ-GS	133,901	39,084	34,681	-3,350	-1,880	0,060
A Vitamini Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	1454,927	2127,540	1673,347	2326,400	-0,989	0,322
2	**6.ay**	1052,176	975,661	1191,485	1208,772	-1,677	0,094
	Anlamlı Fark	-1,567	0,117	-2,222	0,026		
	Fark GÖ-GS	402,750	1151,879	481,863	1117,628	-0,577	0,564
E Vitamini Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	16,849	8,886	16,773	8,014	-0,299	0,765
2	**6.ay**	11,503	5,901	14,849	7,044	-2,508	0,012
	Anlamlı Fark	-3,159	0,002	-1,484	0,138		
	Fark GÖ-GS	5,346	2,985	1,924	0,970	-1,300	0,194
B1 Vitamini Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	1,078	0,309	1,066	0,297	-0,164	0,869
2	**6.ay**	0,752	0,250	1,067	0,452	-4,939	0,000
	Anlamlı Fark	-4,474	0,000	-1,029	0,303		
	Fark GÖ-GS	0,326	0,059	-0,001	-0,156	-3,384	0,001
B2 Vitamini Miligram						z	p

1	**Girişim Öncesi**	1,717	0,816	1,716	0,702	-0,317	0,751
2	**6.ay**	1,141	0,437	1,561	0,570	-4,556	0,000
	Anlamlı Fark	-3,817	0,000	-1,566	0,117		
	Fark GÖ-GS	0,575	0,379	0,155	0,133	-2,224	0,026
B6 Vitamini Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	1,538	0,550	1,497	0,494	-0,176	0,860
2	**6.ay**	1,075	0,433	1,379	0,543	-3,411	0,001
	Anlamlı Fark	-4,080	0,000	-1,373	0,170		
	Fark GÖ-GS	0,463	0,118	0,118	-0,048	-2,281	0,023
Folat MCG						z	p
1	**Girişim Öncesi**	325,305	130,500	332,952	136,000	-0,290	0,772
2	**6.ay**	247,318	97,381	297,980	93,308	-2,908	0,004
	Anlamlı Fark	-2,824	0,005	-1,575	0,115		
	Fark GÖ-GS	77,987	33,119	34,972	42,692	-1,566	0,117
C Vitamini Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	113,562	67,364	118,428	72,521	-0,332	0,740
2	**6.ay**	80,192	49,594	103,699	66,430	-1,958	0,050
	Anlamlı Fark	-2,891	0,004	-1,421	0,155		
	Fark GÖ-GS	33,370	17,770	14,729	6,091	-0,798	0,425
Sodyum Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	6174,637	7702,567	5139,951	3588,994	-0,523	0,601
2	**6.ay**	4601,210	6735,925	4571,991	1869,269	-2,454	0,014
	Anlamlı Fark	-2,857	0,004	-0,829	0,407		
	Fark GÖ-GS	1573,427	966,642	567,960	1719,725	-1,731	0,084
Potasyum Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	2922,541	963,062	2971,245	968,418	-0,278	0,781
2	**6.ay**	2161,494	636,843	2859,420	785,672	-4,481	0,000
	Anlamlı Fark	-3,812	0,000	-0,628	0,530		
	Fark GÖ-GS	761,046	326,219	111,825	182,745	-2,711	0,007
Kalsiyum Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	923,265	359,309	988,987	343,042	-1,079	0,281
2	**6.ay**	687,834	270,166	981,874	337,957	-4,881	0,000
	Anlamlı Fark	-3,033	0,002	-0,055	0,956		
	Fark GÖ-GS	235,431	89,142	7,113	5,084	-2,406	0,016
Megnezyum Miligram						z	p
1	**Girişim Öncesi**	327,721	98,116	341,738	98,270	-0,972	0,331
2	**6.ay**	237,799	68,569	322,212	82,264	-5,150	0,000
	Anlamlı Fark	-4,499	0,000	-1,357	0,175		
	Fark GÖ-GS	89,922	29,547	19,526	16,006	-3,046	0,002
Fosfor						z	p
1	**Girişim Öncesi**	1384,252	451,958	1414,716	396,809	-0,762	0,446
2	**6.ay**	1028,422	330,655	1358,841	323,032	-5,108	0,000
	Anlamlı Fark	-3,804	0,000	-0,382	0,702		
	Fark GÖ-GS	355,829	121,304	55,875	73,777	-2,932	0,003
Demir						z	p
1	**Girişim Öncesi**	12,974	3,765	13,295	4,505	-0,117	0,907
2	**6.ay**	9,159	2,998	13,032	4,846	-5,210	0,000
	Anlamlı Fark	-4,407	0,000	-0,628	0,530		
	Fark GÖ-GS	3,815	0,767	0,263	-0,341	-3,124	0,002
Çinko						z	p
1	**Girişim Öncesi**	12,497	3,745	12,647	3,699	-0,281	0,779
2	**6.ay**	9,685	3,247	12,910	3,295	-4,792	0,000
	Anlamlı Fark	-3,351	0,001	-0,537	0,591		
	Fark GÖ-GS	2,812	0,499	-0,263	0,405	-3,022	0,003

4.2.2.4. Günlük Su Tüketimi

Deney ve kontrol gruplarının günlük su tüketim durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4-11'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi su tüketim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1, 3 ve 6. aylarda su tüketimleri kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılaştırmalarına bakıldığında girişim sonrası 1., 3. ve 6. aylarda günlük su tüketimi girişimden öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki su tüketim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p>0,05). Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki puan ortalamalarının farkları karşılatırıldığında ise deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasındaki puan farklarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu (p<0,05) görülmüştür. Bu durum, girişimin deney gruplarında günlük su tüketimini arttırmasından kaynaklanmıştır.

Tablo 4-11: Günlük Su Tüketimi Durumlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Günlük Su Tüketimi		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	Girişim Öncesi	1033,636	300,779	1157,273	345,529	-1,639	0,101
2	1. Ay	1853,636	443,247	1165,455	289,615	-7,165	0,000
3	3. Ay	1813,636	473,702	1191,818	305,318	-6,594	0,000
4	6. Ay	1785,455	476,452	1170,000	311,300	-6,445	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		Yok			
	Fark GÖ-1.ay	-820,000	-142,468	-8,182	55,914	-8,403	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-780,000	-172,923	-34,545	40,212	-8,043	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-751,818	-175,673	-12,727	34,230	-7,729	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	40,000	-30,455	-26,364	-15,702	-0,786	0,432
	Fark 1.ay-6.ay	68,182	-33,205	-4,545	-21,684	-1,299	0,194
	Fark 3.ay-6.ay	28,182	-2,750	21,818	-5,982	-0,639	0,523

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.2.5. Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı

Deney ve kontrol gruplarının yeşil yapraklı sebze, sebze ve meyve tüketim sıklığına ilişkin bulgular Tablo 4-12'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi yeşil yapraklı sebze ve sebze tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Meyve tüketim sıklığında ise girişim

öncesinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptamnıştır (p<0,05). Deney grubunun girişim sonrasındaki yeşil yapraklı sebze, sebze ve meyve tüketim sıklıkları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05). Girişim öncesi ve 6. ay arasındaki fark değerinin deney ve kontrol gruplarında anlamlı olarak farklaşıp farklışmadığına baktığımızda ise yeşil yapraklı sebze ve sebze tüketim sıklıklarında anlamlı bir farklılık olduğu (p<0,05) meyve tüketim sıklığında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Bu durumda girişimin yeşil yapraklı sebze ve sebze tüketimi sıklığını arttırdığını ancak meyve tüketim sıklığı üzerinde etkisinin olmadığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde girişim öncesi ve girişim sonrası ortalamalarına bakıldığında ise hem deney hem kontrol grubunda anlamlı olarak sebze ve meyve tüketim sıklığında artış yaşandığı (p<0,05) ancak yeşil yapraklı sebze ve sebze tüketim sıklığındaki artışın deney gruplarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, meyve tüketim sıklığında ise bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4-12: Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Durumlarının Grup İçi ve Gruplararası Değerlendirmesi

Yeşil Yapraklı Sebze		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	z	p
1	Girişim Öncesi	5,073	1,687	5,073	1,709	-0,087	0,931
2	6.ay	2,927	1,086	4,255	1,590	-5,312	0,000
	Anlamlı Fark (z, p)	-5,979	0,000	-4,099	0,000		
	Fark GÖ-6.ay	2,145	0,601	0,818	0,119	-4,495	0,000
Sebze							
1	Girişim Öncesi	4,309	1,426	4,182	1,733	-0,350	0,726
2	6.ay	2,236	0,793	3,327	1,454	-4,614	0,000
	Anlamlı Fark (z, p)	-6,219	0,000	-4,164	0,000		
	Fark GÖ-6.ay	2,073	0,633	0,855	0,279	-5,147	0,000
Meyve							
1	Girişim Öncesi	4,018	1,748	3,255	1,430	-2,429	0,015
2	6.ay	2,745	1,280	2,127	0,640	-3,064	0,002
	Anlamlı Fark (z, p)	-4,025	0,000	-4,735	0,000		
	Fark GÖ-6.ay	1,273	0,468	1,127	0,790	-0,898	0,369

4.2.3. ÜNİ-FASAB Programının Bilişsel Faktörler Üzerine Etkisi

4.2.3.1. Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-13'de yer almaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü,

şans etkisi alt boyutları ve ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki toplam ölçek puanı ile içsel sağlık kontrolü ve şans etkisi alt boyutlarının puanları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay arasında dışsal sağlık kontrolü alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **içsel sağlık kontrolü** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3 ve 6. ay arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin içsel sağlık kontrolünü anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki içsel sağlık kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. aydaki yükselmeden ve sonrasındaki düşmeden, dolayısıyla tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. Aylardaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1, 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **dışsal sağlık kontrolü** puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar ve 1 ile 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda da aynı şekilde anlamlı farklılıklar vardır. Deney ve kontrol gruplarının puanları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ancak deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. Aylardaki puan farkları karşılaştırıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. Aylar arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) görülmüştür. Bu durumda girişimin dışsal sağlık kontrolü puanlarını anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **şans etkisi** puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar

sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar ve 1 ile 3 ve 6. aylar arasında olduğu belirlenmiştir. Bu durumda girişimin şans etkisi puanlarını anlamlı bir şekilde düşürdüğü söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki şans etkisi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. aydaki düşüşten sonra artış olması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki puan farkları ile 1 ve 3. ay ile 6. ay arasındaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı ($p<0,05$) ancak 1 ve 3. ayların kendi aralarındaki farkının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü ölçeği toplam puanlarında** istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3. ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır ancak bu farklılık 1. aydaki yükselişten sonra 3. ve 6. aydaki düşüşten kaynaklandığı için girişimin ölçek toplam puanını hem 1. hem de 3. ve 6. aylar için anlamlı bir şekilde arttırdığını söylemek mümkün değildir. Bu durumda deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1., 3. ve 6. aylardaki puanlarının farkları alınarak yapılan karşılaştırmaya bakılmıştır. Bu karşılaştırmadan sadece girişim öncesi ile 1. ay arasında anlamlı bir fark ($p<0,05$) görüldüğünden girişimin ölçek toplam puanını 1. ayda anlamlı olarak arttırdığı, 3 ve 6. aylarda ise artışın anlamlı olmadığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$) ancak bu farklılıkların 1. ayda artış olması ve sonrasında azalış ortaya çıkması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülecektir.

Tablo 4-13: Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği-İçsel Sağlık Kontrolü		**Deney (n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	35,036	9,221	33,436	6,877	-1,033	0,302
2	**1. Ay**	45,164	11,020	34,945	6,832	-5,084	0,000
3	**3. Ay**	43,745	10,547	33,855	6,640	-5,251	0,000
4	**6. Ay**	43,273	10,643	32,836	6,638	-5,432	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4			
	Fark GÖ-1.ay	-10,127	-1,798	-1,509	0,044	-4,225	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-8,709	-1,325	-0,418	0,237	-5,045	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-8,236	-1,422	0,600	0,238	-6,996	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	1,418	0,473	1,091	0,192	-0,425	0,671
	Fark 1.ay-6.ay	1,891	0,377	2,109	0,194	-1,580	0,114
	Fark 3.ay-6.ay	0,473	-0,097	1,018	0,002	-1,306	0,191
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği- Dışşal Sağlık Kontrolü		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	**Girişim Öncesi**	41,182	7,848	42,091	8,571	-0,754	0,451
2	**1. Ay**	47,964	8,919	44,491	8,428	-1,936	0,053
3	**3. Ay**	46,382	8,933	43,236	8,485	-1,846	0,065
4	**6. Ay**	46,964	9,512	42,891	8,480	-1,933	0,053
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4			
	Fark GÖ-1.ay	-6,782	-1,071	-2,400	0,142	-4,191	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-5,200	-1,085	-1,145	0,085	-3,919	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-5,782	-1,664	-0,800	0,090	-4,574	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	1,582	-0,014	1,255	-0,057	-1,121	0,262
	Fark 1.ay-6.ay	1,000	-0,593	1,600	-0,052	-0,806	0,420
	Fark 3.ay-6.ay	-0,582	-0,579	0,345	0,005	-1,083	0,279
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği-Şans Etkisi		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	**Girişim Öncesi**	50,109	8,029	51,345	8,654	-0,643	0,520
2	**1. Ay**	42,945	10,960	48,218	10,320	-3,084	0,002
3	**3. Ay**	41,527	10,513	48,491	8,604	-3,773	0,000
4	**6. Ay**	41,182	11,025	49,709	7,576	-4,629	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 1-3, 1-4			
	Fark GÖ-1.ay	7,164	-2,931	3,127	-1,666	-4,906	0,000
	Fark GÖ-3.ay	8,582	-2,483	2,855	0,050	-5,430	0,000
	Fark GÖ-6.ay	8,927	-2,996	1,636	1,078	-6,124	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	1,418	0,448	-0,273	1,716	-1,267	0,205
	Fark 1.ay-6.ay	1,764	-0,065	-1,491	2,744	-2,362	0,018
	Fark 3.ay-6.ay	0,345	-0,513	-1,218	1,028	-2,437	0,015
Çok Boyutlu		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	

Sağlık Kontrolü Ölçeği Toplam		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	**Girişim Öncesi**	126,327	15,593	126,873	13,374	-0,434	0,665
2	**1. Ay**	136,073	17,198	127,655	13,562	-2,637	0,008
3	**3. Ay**	131,655	16,040	125,582	13,961	-2,093	0,036
4	**6. Ay**	131,418	16,565	125,436	12,354	-2,156	0,031
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2, 2-4			
	Fark GÖ-1.ay	-9,745	-1,605	-0,782	-0,189	-2,589	0,010
	Fark GÖ-3.ay	-5,327	-0,446	1,291	-0,588	-1,908	0,056
	Fark GÖ-6.ay	-5,091	-0,972	1,436	1,020	-1,703	0,089
	Fark 1.ay-3.ay	4,418	1,158	2,073	-0,399	-1,420	0,156
	Fark 1.ay-6.ay	4,655	0,633	2,218	1,208	-1,190	0,234
	Fark 3.ay-6.ay	0,236	-0,525	0,145	1,607	-0,109	0,913

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.3.2. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

Öğrencilerin Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puanlarına ilişkin deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay puanlarına ilişkin bulgular Tablo 4-14'de verilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesinde sağlık durumu algıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki sağlık durumu algısı puanı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunun sağlık durumu algısı tüm karşılaştırmalarda kontrol grubuna göre daha iyidir. Deney grubunun girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılaştırmalarına bakıldığında ise sadece 1. ay ve 3. ay arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,05), diğer tüm karşılaştırmalarda fark anlamlıdır (p<0,05). ÜNİ-FASAB programının uygulanmasıyla birlikte deney grubunda sağlık durumu algısı girişim öncesine göre olumlu yönde değişmiştir ancak 1. ve 3. aylar ile 6. ay arasında sağlık durumu algısı olumsuz yönde değişmiştir. Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aylardaki ortalamalarının farkları alınıp bu değerlerin farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Analizler sonucunda girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasındaki fark değerleri deney ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklılaşmıştır (p<0,05).

Tablo 4-14: Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Sağlık Durumu Algısı		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	Girişim Öncesi	2,073	0,766	1,945	0,591	-0,789	0,430
2	1. Ay	1,509	0,505	1,855	0,488	-3,415	0,001
3	3. Ay	1,509	0,505	1,873	0,511	-3,488	0,000
4	6. Ay	1,691	0,466	1,891	0,458	-2,160	0,031
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-4, 3-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4			
	Fark GÖ-1.ay	0,564	0,262	0,091	0,103	-3,129	0,002
	Fark GÖ-3.ay	0,564	0,262	0,073	0,079	-3,603	0,000
	Fark GÖ-6.ay	0,382	0,300	0,055	0,132	-2,172	0,030
	Fark 1.ay-3.ay	0,000	0,000	-0,018	-0,024	-0,304	0,761
	Fark 1.ay-6.ay	-0,182	0,038	-0,036	0,029	-1,526	0,127
	Fark 3.ay-6.ay	-0,182	0,038	-0,018	0,053	-1,784	0,074

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi Z**=Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.3.3. Sağlığın Önemi Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Sağlığın Önemi Ölçeği'ne ilişkin bulguları Tablo 4-15'te verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi sağlığa verilen önem açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Deney grubunun 1, 3 ve 6. aydaki sağlığa verilen önem puanları kontrol grubuna göre yüksek ve aralarındaki fark anlamlı (p<0,05) olsa da bu anlamlı farklılık girişim öncesinde de olduğundan girişimin sağlığa verilen önem konusunda etkisinin olmadığı söylenebilir. Ayrıca deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. ay puan farklarının aralarındaki ilişkiye bakıldığında bu ilişkinin anlamlı bir farklılık göstermediği (p>0,05) de görülmüştür. Bu durumda ÜNİ-FASAB programının sağlığa verilen önem puanlarına anlamlı bir etkisinin olmadığı, ortaya çıkan anlamlı puan farklarının tesadüfi olduğu söylenebilir.

Tablo 4-15: Sağlığın Önemi Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Sağlığın Önemi Ölçeği		Deney (n=55)		Kontrol (n=55)		İstatistik	
		Ortalama	Std Sapma	Ortalama	Std Sapma	Z*	p
1	Girişim Öncesi	8,236	1,875	7,564	1,823	-2,420	0,016
2	1. Ay	8,982	0,892	7,745	1,635	-4,385	0,000
3	3. Ay	9,255	1,601	8,055	1,420	-4,243	0,000
4	6. Ay	9,091	0,800	8,509	1,386	-2,047	0,041
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		1-3,1-4, 2-4, 3-4			
	Fark GÖ-1.ay	-0,745	0,983	-0,182	0,188	-1,594	0,111
	Fark GÖ-3.ay	-1,018	0,274	-0,491	0,404	-1,412	0,158
	Fark GÖ-6.ay	-0,855	1,076	-0,945	0,437	-1,053	0,292
	Fark 1.ay-3.ay	-0,273	-0,709	-0,309	0,216	-0,091	0,928

	Fark 1.ay-6.ay	-0,109	0,092	-0,764	0,249	-2,925	0,003
	Fark 3.ay-6.ay	0,164	0,801	-0,455	0,034	-2,747	0,006

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.3.4. Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlik Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlik Ölçeği'ne ilişkin bulguları Tablo 4-16'da verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki **beslenme öz yeterlilik** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin beslenme öz yeterliliğini anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda sadece girişim öncesi ile 1. aydaki beslenme öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0,05) ancak bu farklılıkların tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki ve 1. ay ile 3 ve 6. ay arasındaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı (p<0,05) ancak 3 ve 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı (p>0,05) görülmüştür.

Tablo 4-16: Beslenme Alışkanlıklarının Düzelenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz yeterlilik Ölçeği		**Deney (n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	26,982	5,905	26,327	5,979	-0,542	0,588
2	**1. Ay**	45,564	7,065	27,564	6,224	-8,427	0,000
3	**3. Ay**	46,455	7,052	26,818	5,657	-8,862	0,000
4	**6. Ay**	47,473	7,899	26,891	6,451	-8,817	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4, 2-3, 2-4		1-2			
	Fark GÖ-1.ay	-18,582	-1,160	-1,236	-0,245	-8,566	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-19,473	-1,147	-0,491	0,321	-8,909	0,000
	Fark GÖ-6.ay	-20,491	-1,994	-0,564	-0,473	-8,920	0,000

	Fark 1.ay-3.ay	-0,891	0,013	0,745	0,566	-2,643	0,008
	Fark 1.ay-6.ay	-1,909	-0,834	0,673	-0,228	-2,662	0,008
	Fark 3.ay-6.ay	-1,018	-0,847	-0,073	-0,794	-0,816	0,415

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

4.2.3.5. Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği

Deney ve kontrol gruplarının Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği'ne ilişkin bulguları Tablo 4-17'de verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında girişim öncesi ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu saptanmıştır. Bu durumda girişimin egzersiz öz yeterliliğini anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0,05) ancak puan ortalamalarına bakıldığında bu farklılıkların tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görülecektir. Ayrıca girişim öncesi ile 1. ay, 3. ay ve 6. aylardaki puan farklarının deney ve kontrol grubu karşılaştırmalarına bakıldığında girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylardaki ve 1. ay ile 3. ay arasındaki puan farklarının deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı (p<0,05) ancak 1 ile 6 ve 3 ile 6. ayların kendi aralarındaki farklarının deney ve kontrol grubuna göre farklılaşmadığı (p>0,05) görülmüştür.

Tablo 4-17: Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Grup İçi ve Gruplar Arası Değerlendirmesi

Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği		**Deney (n=55)**		**Kontrol (n=55)**		**İstatistik**	
		Ortalama	**Std Sapma**	**Ortalama**	**Std Sapma**	**Z***	**p**
1	**Girişim Öncesi**	24,218	6,887	22,527	4,910	-1,082	0,279
2	**1. Ay**	37,818	9,064	25,527	5,987	-6,459	0,000
3	**3. Ay**	38,055	9,979	23,982	5,482	-6,812	0,000
4	**6. Ay**	37,800	8,392	24,636	6,138	-6,943	0,000
	Anlamlı Fark**	1-2, 1-3, 1-4		1-2, 1-3, 1-4, 2-3			
	Fark GÖ-1.ay	-13,600	-2,177	-3,000	-1,077	-6,600	0,000
	Fark GÖ-3.ay	-13,836	-3,091	-1,455	-0,573	-7,570	0,000

	Fark GÖ-6.ay	-13,582	-1,505	-2,109	-1,229	-7,350	0,000
	Fark 1.ay-3.ay	-0,236	-0,915	1,545	0,505	-2,204	0,028
	Fark 1.ay-6.ay	0,018	0,672	0,891	-0,151	-0,589	0,556
	Fark 3.ay-6.ay	0,255	1,587	-0,655	-0,656	-0,937	0,349

p<0,05 Z*=Mann Whitney U Testi, Z**= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Ölçeklerin girişim öncesi, 1.ay, 3.ay ve 6.aydaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 4-18'de verildi.

Tablo 4-18: Ölçeklere İlişkin Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçekler	**Alt Boyutlar**	**Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları**			
		Girişim Öncesi	**1.ay**	**3.ay**	**6.ay**
Egzersiz Davranışları Ölçeği	**Toplam**	0,714	0,823	0,765	0,719
Beslenme Davranışları Ölçeği	**Toplam**	0,624	0,689	0,725	0,734
Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği	**İçsel Sağlık Kontrolü**	0,713	0,742	0, 812	0, 756
	Dışsal Sağlık Kontrolü	0,791	0,686	0,738	0,710
	Şans Etkisi	0,786	0,747	0, 795	0,764
Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği	**Toplam**	0,973	0,882	0,924	0,903
Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği	**Toplam**	0,815	0,937	0,860	0,896

5. TARTIŞMA

İnsan hayatının önemli basamaklarından olan üniversite dönemi mesleki eğitimin yanı sıra kişilik gelişiminde, bireysel ve toplumsal bazı sorumlulukların kazanılmasında, sağlıklı davranışların geliştirilmesinde önemli bir dönemdir. Bu dönemde kazanılacak sağlıklı davranışlar sadece bireyi değil, ailesini, çevresini ve toplumu etkileyecektir. Sağlığı geliştiren davranışlar bireyin iyilik halini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan ve böylelikle yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen davranışları içerir. Fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik pek çok değişimin birlikte yaşandığı üniversite hayatı, bireyin sadece şimdiki değil, gelecek yaşantısını da etkileyecek davranışların kazanıldığı kritik bir süreçtir (Özenoğlu ve ark. 2018). Aşırı kilo alımı genç yetişkinlikte ortaya çıkma eğilimindedir. Çok sayıda kanıt, üniversite öğrencilerinin hareketsiz davranışlar, sağlıksız beslenme, yetersiz sebze ve meyve alımı nedeniyle obezite açısından yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (Duan ve ark. 2017). Bununla birlikte, bu yaş grubu için ağırlıkla ilgili etkili müdahaleleri inceleyen araştırmalar sınırlıdır (Laska ve ark. 2016).

Üniversite öğrencilerinin olumlu sağlık davranışlarını kazanması için internet tabanlı müdahalelerin, sağlıksız alışkanlıkların değiştirilmesinde umut verici olduğu görülmektedir (Duan ve ark. 2017). Davranış değişikliği programları toplum sağlığının korunmasında önemli rol oynar. Bu programlar iş yerlerinde, okullarda ve evlerde toplum temelli yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılır. Bu programlar politik ve çevresel müdahalelerin etkilerini tamamlama konusunda çok önemlidir. Toplum, sağlık kuruluşları ve diğer kilit sektörler, bireylerin davranış değişimini destekleyen politikaları sistematik hale getiren ortamlar ve politikalar yarattığında, bireysel davranış değişikliklerinin sürdürülmesi daha olasıdır (CDC 2011). Sağlığı teşvik etmek ve hastalıkları önlemek amacıyla öğrencileri sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik motive etmek için gençlere yönelik sağlığı geliştirme programlarının planlanması gereklidir (Mehri ve ark. 2016).

Obeziteye yönelik hazırlanan bilgisayar ve web tabanlı müdahalelerin, maliyet etkin veya ücretsiz olduğundan, önemli bir halk sağlığı etkisi potansiyeli vardır. Potansiyel olarak büyük halk sağlığı etkisi nedeniyle, bu müdahalelerin etkisini anlamak, aşırı kilo ve obezite salgınını ele almak için bir halk sağlığı stratejisinin formüle edilmesinde kritik öneme sahiptir (Wieland ve ark. 2014). Bu nedenle, üniversite öğrencilerine yönelik sağlığı geliştirme programlarının düzenlenmesi gereklidir.

Bu araştırmada, 18-30 yaş arasındaki fazla kilolu ve obez üniversite öğrencilerinde SGM temel alınarak geliştirilmiş ÜNİ-FASAB'ın sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları geliştirme üzerine etkisi incelenmiş ve öğrencilerin beden kitle indekslerinin azaldığı, adım sayılarının arttığı, hafif, orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite sürelerinin arttığı, sağlıklı beslenme davranışları ve öz yeterlilik düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu nedenle ÜNİ-FASAB programı etkili bir program olarak değerlendirilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli temelli geliştirilen ÜNİ-FASAB programında, Sağlığı Geliştirme Modeli'nde davranışı etkileyen; "Bireysel Özellikler ve Deneyimler, Davranışa-Özel Bilişsel Süreçler ve Etkileri ve Davranış Sonuçları" olarak belirlenen temel bileşenleri değerlendiren ölçüm araçları kullanılmıştır. Bu kapsamda, ÜNİ-FASAB Programının uygulanabilirliği değerlendirilirken, öğrencilerin bilişsel ve fiziksel özelliklerindeki değişimleri de incelenmişir.

Sağlığı geliştirme modeline göre davranış değişim sürecinde önemli özelliklerden biri bireyin olumlu sağlık davranışını sürdürebilmesidir. Bunun sağlanmasında bireyin öz etkililik düzeyinin geliştirilmesi gereklidir. Genç yetişkinlerin öz etkililiği arttırıldığında bireyin sağlık algıları da olumlu yönde değişecek ve davranışı sürdürme aşamasındaki engellere karşı kendini daha güçlü hissedecektir. Üniversite öğrencilerinin sağlığını koruma ve davranış geliştirme programlarında temel alınan kanıta dayalı uygulamalarda; eğitim programları, adım sayar kullanımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite rehberleri, bireysel danışmanlık ve izlem, sosyal destek programları, okul tabanlı multidisipliner destek programları, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışını koruma davranışını sürdürmede web tabanlı görsel hatırlatıcılar ve okul ortamı ile ilgili düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Bu araştırmada bu kanıt temelli uygulamalar, sağlığı geliştirme modeli içerisine entegre edilmiş ve ÜNİ-FASAB programı geliştirilmiştir. Bu açıdan bu program uygulanarak yapılan bu çalışmanın benzerlerinin ilgili literatürde olmadığı belirtilebilir. Ayrıca çalışmanın önemli sonuç değişkeni olan besin öğesi alımlarının belirlenmesinin araştırmacıdan bağımsız olan bir uzman diyetisyen tarafından yapılması da çalışmanın sonuçlarının güvenirliğini arttırmaktadır.

ÜNİ-FASAB programı uygulaması sonrasında deney ve kontrol grupları arasında, deney grubunun lehine yürüme, orta ve yüksek şiddetli aktivite MET değerleri, günlük adım sayısı ve egzersiz davranışları puanlarında artma, beden kitle indeksi ve bel çevresi oranlarında azalma, beslenme davranışları, su tüketimi, sebze ve meyve tüketimi, sağlık

durumunu algılama düzeyi, beslenmede öz yeterlilik düzeyi, egzersiz öz yeterlilik düzeyi, içsel ve dışsal sağlık kontrollerinde artma sağlanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmış ve ilgili H1 hipotezleri kabul edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular araştırma hipotezleri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hipotez 1: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1. ay, 3.ay ve 6.aydaki yüksek şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite, yürüme ve IPAQ toplam puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki IPAQ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3. ve 6. aylar arasında olduğu saptandı. Bu durumda girişimin IPAQ toplam puanını anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aydaki İPAQ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ancak bu farklılıkların 1. ayda artış olması ve sonrasında azalış ortaya çıkması nedeniyle tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

Araştırma sonuçlarına benzer olarak Afrika'da 176 üniversite öğrencisi üzerinde sosyal bilişsel teoriye dayalı bir sağlığı geliştirme müdahalesinin (fiziksel aktivite, sebze ve meyve tüketimini hedefleme; cinsel riskli davranışlarının ve HIV riskinin azaltılması) etkinliğini değerlendirilmek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubuna göre fiziksel aktivite rehberine daha fazla uyduğu, şiddetli ve orta şiddetli aktiviteleri daha fazla yaptığı belirlenmiştir (Heeren ve ark. 2018).

Okazaki ve arkadaşları tarafından Japonya'da üniversite öğrencilerinin fiziksel aktiviteyi artımasına yönelik 4 aylık internete dayalı bir kursun etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada deney grubundaki öğrencilerin, kontrol grubuna göre Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile ölçülen enerji harcamasi daha yüksek bulunmuştur (Okazaki ve ark. 2014).

Kanada'da üniversiteye yeni başlayan 60 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada, deney grubundaki öğrencilere 20 hafta uygulanan sağlıklı yaşam programı (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite seminerleri, futbol, tırmanış etkinlikleri, sağlıklı besin

hazırlama uygulamaları) müdahalesi sonucunda, deney grubunun küresel fiziksel aktivite puanı (GPAQ) kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Brown ve ark. 2014). Cotten ve Prapavessis tarafından Kanada'da 82 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde sedanter olmayan aktivite davranışlarını artırmada fiziksel aktiviteyi aarttırmayı amaçlı hedefler için kısa mesaj tabanlı bir müdahale sonrası deney grubunun hafif düzeyde fiziksel aktivite düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Cotten ve Prapavessis 2017).

Amerika'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada üniversite öğrencilerine 15 ay uygulanan web tabanlı diyete dayalı olmayan kilo yönetimi programı sonrasında deney grubunun fiziksel aktivite düzeyi girişim sonrası artmış ve kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Kattelmann ve ark. 2014).

Foster ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede 16 yaş ve üstündeki yetişkinlerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi ve aktivite seviyesini artırmak için yapılan 19 randomize kontrollü çalışma (7598 katılımcı) dan 11 (2195 katılımcı) inde müdahale sonrası katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinde olumlu artış sağlanmıştır. Pozitif etkinin sağlandığı çalışmalarda diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcılara posta, telefon, yüz yüze toplantılar aracılığıyla profesyonel rehberlik sağlanmış ve izlemler yapılmıştır. Katılımcıların izlenmesi, hatırlatıcı uygulamaların kullanılması fiziksel aktiviteye teşvik açısından önemlidir (Foster ve ark. 2005). Bu araştırmada da deney grubuna yüz yüze bireysel danışmanlık yapılarak, deney grubu belirli periyotlarla izlenmiş olup, hatırlatıcı uygulamalar kullanılmıştır.

Araştırma bulgularının aksine, Duan ve arkadaşları tarafından Çin'de 142 üniversite öğrencisi ile yapılan randomize kontrollü çalışmada, sosyal-bilişsel göstergeleri hedefleyen 8 haftalık web temelli program sonrası deney grubunun fiziksel aktivite düzeylerinde bir değişim olmadığı belirlenmiştir (Duan ve ark. 2017).Hivert ve arkadaşları tarafından Kanada'da 115 üniverssşte birinci sınıf öğrencisi üzerinde yapılan randomize kontrllü bir çalışmada sağlıklı bir yaşam tarzının sürdürülmesine yardımcı olmak üzere tasarlanmış bir eğitim / davranışsal müdahale (küçük grup seminerleri) programı sonrasında, deney ve kontrol grupları arasında kondisyon, fiziksel aktivite düzeyi veya toplam kalori alımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hivert ve ark. 2007).

Hipotez 2: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin günlük adım sayısı ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki günlük adım sayıları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı. Deney grubunun girişim sonrası 1., 3. ve 6. aylarda adım sayıları girişimden öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kontrol grubunda ise girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki egzersiz davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Bu durumda girişimin adım sayısını arttırdığı söylenebilir.

Pedometreler, bireyleri zaman içinde aktivitelerini arttırmaya motive etmeyi amaçlayan fiziksel aktivite seviyeleri hakkında anında ve spesifik geri bildirim sağlar. Pedometre tabanlı sağlık programları yürüyüş veya koşu aktivitelerine odaklanarak öz yeterliliği teşvik eder. Yapılan bir çok çalışmada pedometreleri içeren programların vücut kitle indeksinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir, uzun vadede fiziksel aktivitede meydana gelen artışın kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi bir dizi kronik hastalık insidansında ve risk faktörlerinde azalmaya yol açacağı öngörülmektedir (Freak-Poli ve ark. 2014).

İrlanda'da üniversite öğrencilerinde fiziksel aktiviteyi artırmak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışma sonrasında deney grubunun adım sayısı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur (Tully ve Cupples 2011).

Kanada'da adım sayısını artırmak amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubuna uygulanan fiziksel aktivite danışmanlığı, koçluk oturumları, telefon aramalarını içeren 6 ay süren "HealtheSteps" programı sonrasında deney grubundaki katılımcıların adım sayısı artmış, oturma süreleri de azalmıştır, 12.ay sonunda yapılan ölçümlerde de girişimin etkisinin sürdüğü tespit edilmiştir (Gill ve ark. 2019).

Üniversite öğrencilerinde fiziksel hareketsizlik obezite ile ilişkili bulunmuş olup, yapılan çalışmalarda pedometer ile belirlenmiş fiziksel aktivite ve BKİ arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu nedenle adım sayısının artırılmasına yönelik girişimler obezitenin önlenmesinde önemlidir (Clement ve ark. 2004; Anding ve ark. 2001; Mestek ve ark. 2008).

Hipotez 3: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Egzersiz Davranışları Ölçeği puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Egzersiz Davranışları Ölçeği puanlarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Deney grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. ay karşılaştırmalarına bakıldığında, girişim sonrası 1, 3 ve 6. aylarda ölçek puan ortalaması girişim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kontrol grubunda girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki egzersiz davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülse de bu farkların tesadüfi olduğu puan ortalamalarından görülebilir. Deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki puan ortalamalarının farkları karşılatırıldığında ise deney ve kontrol gruplarının girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasındaki puan farklarının birbirinden anlamlı olarak farklı olduğu görüldü. Bu durum girişimin deney gruplarında Egzersiz Davranışları ölçek puan ortalamasını arttırmasından kaynaklanmıştır.

Araştırma bulgularına benzer olarak, Melynk ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Ohio'da üniversite birinci sınıf öğrencilerine verilen 15 haftalık Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları (pozitif düşünme, beslenme, porsiyon ölçüsü, sosyal yeme, fiziksel aktivite, uyku, stres yönetimi, duygularla baş etme, sağlıklı ilişkiler, riskli davranışlar) kursunun sağlıklı yaşam tarzı seçimleri, fiziksel aktivite, bilişsel inançlar, bilgi , ruh sağlığı, üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla 36 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada, deney grubunun, karşılaştırma grubuna kıyasla sağlıklı bir yaşam tarzı için daha fazla niyeti olduğu, fiziksel aktivitelerinin başlangıca göre önemli ölçüde arttığı bulunmuştur. (Melynk ve ark. 2013).

Türkiye'de 2015 yılında 70 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir randomize kontrollü çalışmada trans contextual model temelli fiziksel aktivite kursu sonrası deney grubunun fiziksel aktivite için harcadığı zaman, boş zamanlarında fiziksel aktivite yapmak için pozitif niyeti, algılanan davranış kontrolü, psikolojik ihtiyaçların karşılanması durumu kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (Müftüler ve İnce 2015),

Araştırma bulgularının aksine, Epton ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, online sağlığı geliştirme (fiziksel aktivite, sebze-meyve tüketimi, sigara ve alkol kullanımı) programının öğrencilerin fiziksel aktivite durumu üzerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür (Epton ve ark. 2014).

Erenoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının üniversite öğrencilerinin egzersiz davranışları üzerinde etkisi olmadığı görüldü (Erenoğlu ve ark. 2019).

Hipotez 4: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin BKİ ve bel çevresi ortalaması kontrol grubuna göre düşük olacaktır.

Deney gruplarına ÜNİ-FASAB programının uygulandığı 1, 3 ve 6. aylardan 3. ve 6. ayda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıktığı görüldü. Kontrol grubundaki öğrencilerin beden kitle indeksleri 3 ve 6. aylarda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Deney grubunda girişim sonrası zaman dilimi arttıkça beden kitle indeksi değerinin de düştüğü görüldü. Kontrol grubunda da girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki beden kitle indeksi değerlerinin ikili kombinasyonları arasında anlamlı fark görüldü. Ancak deney ve kontrol gruplarının ortalama farkları arasındaki anlamlı fark, girişimin başarılı olduğunu göstermektedir. Özellikle 3. ve 6. aylarda deney ve kontrol gruplarının BKİ değerleri arasındaki fark (deney grubunun ortalamasının düşmesinden kaynaklanan) artmıştır.

Bel ölçümleri incelendiğinde girişim sonrası 3. ve 6. ayda deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıktığı görüldü. Kontrol grubundaki öğrencilerin bel çevresi ölçümleri 3 ve 6. aylarda deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Deney grubunda girişim sonrası ölçümlerde bel çevresi ölçüm değerinin de düştüğü görüldü. Kontrol grubunda da girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki bel çevresi ölçüm değerlerinin ikili kombinasyonları arasında anlamlı fark görüldü. Ancak deney ve kontrol gruplarının ortalama farkları arasındaki anlamlı fark, girişimin başarılı olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulgularına benzer olarak, New York'da bir üniversitede 60 öğrenci üzerinde kilo kaybını sağlamak amacıyla akıllı telefon aracılığıyla uygulanan, danışmanlık oturumları ve sağlık koçu müdahalesinden oluşan sağlığı geliştirme programı sonrasında deney grubundaki öğrenciler kontrol grubuna göre daha fazla ağırlık kaybetmiş olup, beden kitle indekslerinde azalma görülmüştür (Stephens ve ark. 2017).

Gill ve arkadaşları tarafından adım sayısını artırmaya yönelik uygulanacak, öz denetim teorisi ve hedef belirlemeye dayalı HealtheSteps programının etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada, 6.ay sonunda deney grubundaki katılımcıların sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik davranışlarında olumlu

değişimler yaşanmış, adım sayısında artış gözlenmiş olup, kilo, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinde kontrol grubuna göre anlamlı düşüş gözlenmiştir (Gill ve ark. 2019).

Intrakamhang ve Malarat tarafından Tayland'da 59 obez üniversite öğrencisi üzerinde Health Behavioral Modification (HBM) modeline dayalı sağlığı geliştirme programının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunda yer alan obez öğrencilerin girişim sonrası beden kitle indeksleri kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Intrakamhang ve Malarat 2014).

Lee ve arkadaşları tarafından 34 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubuna uygulanan 10 günlük yoğun sağlığı geliştirme programı (sınırsız miktarda vejetaryen yemekler, aerobik, esneklik ve kuvvet egzersizleri, sağlıklı yaşam dersleri, masaj uygulaması ve sağlıklı yemek pişirme uygulamaları) sonrası deney grubunda yer alan öğrencilerin kontrol grubuna göre vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi önemli ölçüde azaltmıştır (Lee ve ark. 2017).

Kanada'da 115 üniversite birinci sınıf öğrencisinin obezite düzeylerinin azaltılması ve sağlıklı bir yaşam tarzının sürdürülmesine yardımcı olmak üzere hazırlanan seminer programının etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, kontrol grubu kilo alırken, müdahale grubu 2 yıl boyunca hafif bir kilo vermiştir (Hivert ve ark. 2007).

Araştırma bulgularının aksine, İrlanda'da üniversite öğrencilerine yönelik günde 10.000 adım atmanın fitness ve kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubunun beden kitle indeksinde girişim öncesine göre değişim olmamıştır (Tully ve Cupples 2011).

Kattelmann ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencilerine yönelik hazırlanan toplum temelli web tabanlı gençler için beslenme ve fiziksel aktivite programı (15 ay internet ve e posta yoluyla süren. fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlıklı kilo yönetimi konularında diyet dışı yaklaşımla geliştirilen ve yeme davranışına odaklanan yirmi bir mini eğitim dersi ve e-posta mesajı) girişimi sonrasında deney ve kontrol grubu arasında beden kitle indeksi, bel çevresi ve sebze meyve tüketimi acısından anlamlı bir farklılık olmamıştır (Kattelmann ve ark. 2014).

Hipotez 5: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Beslenme Davranışları ölçeği puanı ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Beslenme Davranışları Ölçeği puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Deney grubunda girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Beslenme Davranışları Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Girişim öncesi ile sonrası arasında beslenme davranışları arasında anlamlı bir fark görülmesi ve beslenme davranışları ortalamasının yükselmesi girişimin beslenme davranışlarının arttırdığını göstermiştir.

Araştırma sonuçlarına benzer olarak, Avustralya'da 2019 yılında 124 üniversite öğrencisi üzerinde sebze-meyve tüketimi ve kahvaltı tüketimini geliştirmek amacıyla oluşturulan web tabanlı beslenme programının etkinliğini değerlendirmek için yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunun sağlıklı beslenme davranışları puanı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Whatnall ve ark. 2019).

Heeren ve arkadaşları tarafından Afrika'da üniversite öğrencileri üzerinde sosyal bilişsel teoriye temelli sağlığı geliştirme girişiminin etkinliğini değerlendirilmek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubuna göre sağlıklı beslenme davranışları puanlarının daha yüksek olduğu, kızartmaları girişim öncesine göre oldukça az tükettikleri belirlenmiştir (Heeren ve ark. 2018).

Laska ve arkadaşlarının ABD'de 2016 yılında 441 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı 2 yıllık randomize kontrollü obezite önleme çalışmasında deney grubundaki öğrencilere 24 ay 1 kredilik sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve uyku konularında verilen online eğitim programı sonucunda deney grubunun fast food tüketiminde önemli düzeyde azalma görülmüştür (Laska ve ark. 2016).

Araştırma sonuçlarının aksine, Erenoğlu ve arkadaşları tarafından Türkiye'de üniversite öğrencilerine yönelik hazırlanan 8 haftalık (dengeli beslenme, stres yönetimi, etkili iletişim, sağlık sorumluluğu, manevi gelişme) sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının sağlıklı yaşam tarzı davranışı, sağlık algısı ve öğrencilerin öz yeterlik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada girişimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (beslenme, egzersiz vb.) üzerinde etkisi olmadığı görüldü (Erenoğlu ve ark. 2019).

Hipotez 6: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin sağlıklı besin öğesi tüketimi ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır

Öğrencilerin besin kayıtları doğrultusunda yapılan Bebis analizi sonucuna göre deney grubunun girişim sonrası protein, yağ, CHO, CHO yüzde, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir, fosfor, çinko, B1 vitamini, B2 vitamini, B6 vitamini, E vitamini, lif, kolesterol, folat ve sodyum alımlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edildi. Bulgular doğrultusunda girişimin deney grubunun sağlıklı besin öğesi tüketimi ortalamalarını artırmadığı ancak fazla tüketilmesi sonucunda vücut yağlanma oranını artıran karbonhidrat, yağ ve kolesterol alımlarının girişim öncesine ve kontrol grubuna göre azalmış olması nedeniyle etkili olduğu söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin kolay ulaşılabilirlik ve ucuzluk gibi nedenlerle en fazla tükettiği gıda maddeleri ekmek, poğaça, simit, makarna vb. karbonhidrat yönünden zengin gıdalardır (Güllü ve Küçükkömürler 2020). İsveç'de bir müdahale programının parçası olan diyet veri tabanından elde edilen 25 yıllık verilere göre karbonhidratlardan alınan enerjinin diğer gruplara oranlara daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ancak karbonhidratların fazla alınması vücut yağlanma oranını arttırmaktadır ve obezite riskini artırmaktadır (Bergstrom ve ark. 2020).

Öğrencilerin yüksek yağ alımları fast food, cips gibi besinlerin kolay ulaşılabilir olmasına bağlı olarak fazla tüketmeleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Diyette fazla yağ tüketilmesinin kalp hastalıkları ile ilişkisi olduğu bildirildiğinden günlük enerjinin %30'undan fazlasının yağdan karşılanması önerilmez (Merdol 2015). Yüksek kolesterol düzeyleri ile kalp damar hastalıkları arasında yakın ilişki olduğu gösterilmektedir, arteriyosklerotik hastalıklar için risk faktörüdür (Aksoy, 2018). Llanaj ve arkadaşlarının çalışmasında da fazla kilolu/obez üniversite öğrencilerinin kolesterol değerleri bu çalışmayla benzer şekilde yüksek bulunmuştur (Llanaj ve ark. 2018).

Araştırma bulgularına benzer olarak Matvienko ve arkadaşları tarafından 40 fazla kilolu/obez üniversite öğrencisi üzerinde öğrencilere verilen beslenme kursunun üniversite yaşamının ilk 16 ayında kilo alımını önlemek için yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubuna göre daha düşük yağ, protein ve karbonhidrat alımı görülmüştür (Matvienko ve ark. 2011).

Avustralya'da sebze, meyve ve kahvaltı tüketimini geliştirmek amacıyla 124 üniversite öğrencisi üzerinde PRECEDE-PROCEED modeline göre geliştirilen web temelli beslenme programı sonrasında deney grubunun sağlığa yararlı olmayan atıştırmalıklardan elde ettiği enerji miktarı kontrol grubuna göre azalmıştır (Whatnall ve

ark. 2019). Amerika Birlesik Devletleri'nde 2016 yılında 441 üniversite öğrencisi üzerinde iki yıllık randomize kontrollü bir obezite önleme çalışması sonucunda deney grubunun fast food tüketiminde önemlı düzeyde azalma görülmüştür (Laska ve ark. 2016). Kattelmann ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri için hazırlanan ve 15 ay süren web tabanlı beslenme ve fiziksel aktivite program sonucunda deney grubunun yağ tüketim oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Kattelmann ve ark. 2014).

Üniversite yıllarında fakülte ya da bölüm ayırt etmeksizin zorunlu beslenme dersi ve doğru besin tercihini sağlamak için programlar geliştirilmesi daha sağlıklı nesiller ve toplumların oluşturulması açısından önemlidir (Bayındır Gümüş ve Yardımcı 2020).

Hipotez 7: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin günlük su tüketimi kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1, 3 ve 6. aylarda su tüketimleri kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı. Deney grubunda girişim sonrası 1., 3. ve 6. aylarda su tüketimi girişimden öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Kontrol grubunda; girişim öncesi, 1, 3 ve 6. aydaki su tüketim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Girişimin öğrencilerin su tüketimlerini artırmada etkili olduğu söylenebilir.

Uluslararası ve ulusal veriler çocukların ve genç yetişkinlerin yeterli su tüketmediğini vurgulamaktadır. Ingiltere'de 3683 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada öğrencilerin günlük su tüketimi 250 ml ile 1000 ml arasında bulunmuştur (Holt ve Powell 2017).

Uzun süre yetersiz ve uygunsuz günlük sıvı alımı insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde genç erişkin bireylerde yapılan gıda tüketim araştırmasında kişi başına toplam ortalama su alımının erkeklerde 1247 ml ve kadınlarda 1074 ml arasında olduğu saptanmıştır (Balaghi ve ark. 2011).

Ülkemizde ise 804 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin su tüketim davranışları puanlarının orta düzeyde olduğu ve su tüketimi bilincinin düşük olduğu belirtilmiştir (Bayat ve ark. 2017).

Deneysel kanıtlar, artan su tüketimini obeziteyi önlemeye bağlamıştır ve ABD Ulusal Okul Sonrası Derneği, su hizmetini beslenme standartlarından biri olarak

adlandırmıştır. Boston merkezli yapılan öğrencilerin su tüketimini artırmaya yönelik bir programın etkilerinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada su tüketimine yönelik verilen eğitimler ve ücretsiz içme suyu hizmeti sonrasında müdahale bölgesindeki öğrencilerin su tüketiminde kontrol bölgelerindeki çocuklara göre yüksek oranda artış görülmüştür. Öğrencilerin sağlığının geliştirilmesine yönelik hizmetlerin etkinliğini artırmada öğrencilere yönelik eğitim faaliyetleri dışında, okul idari desteği de uygulamaları etkileyen önemli bir faktördür (Lee ve ark. 2014).

Hipotez 8: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin sebze ve meyve tüketim sıklığı kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun girişim sonrasındaki sebze ve meyve tüketim sıklıkları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı. Girişim öncesi ve 6. ay arasındaki fark değerinin deney ve kontrol gruplarında anlamlı olarak farklaşıp farklışmadığına baktığımızda ise sebze tüketim sıklıklarında anlamlı bir farklılık olduğu, meyve tüketim sıklığında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Bu durumda girişimin sebze tüketimi sıklığını arttırdığı ancak meyve tüketim sıklığı üzerinde etkisinin olmadığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde girişim öncesi ve girişim sonrası ortalamalarına bakıldığında ise hem deney hem kontrol grubunda anlamlı olarak sebze ve meyve tüketim sıklığında artış yaşandığı ancak sebze tüketim sıklığındaki artışın deney gruplarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, meyve tüketim sıklığında ise bir fark olmadığı görüldü.

Araştırma sonuçlarına benzer olarak, Whatnall ve arkadaşlarının Avustralyada bir grup üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada, deney grubunun sağlığa yararlı olmayan atıştırmalıklardan elde ettiği enerji miktarı kontrol grubuna göre azalmış olup, deney grubunun sebze-meyve tüketimi artmıştır (Whatnall ve ark., 2019).

2017 yılında Çin'de sebze meyve tüketimi ve fiziksel aktiviteyi arttırma amacıyla 142 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada 8 haftalık web tabanli eğitim programı sonrası deney grubundaki öğrencilerin sebze meyve tüketiminin attığı görülmüştür (Duan ve ark. 2017).

Brown ve arkadaşları tarafından Kanada'da üniversiteye yeni başlayan 60 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada, deney grubundaki öğrencilerin fiziksel aktivite, sebze meyve tüketimini artırmak amacıyla sağlıklı yaşamı destekleyen bir kampüse yerleştirilerek 20

hafta uygulanan sağlıklı yaşam programı (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite seminerleri, futbol, tırmanış etkinlikleri, sağlıklı besin hazırlama uygulamaları) sonucunda, deney grubunun sebze ve meyve tüketimide kontrol grubuna göre artış olmuştur (Brown ve ark. 2014).

Nitzke ve arkadaşları tarafından ekonomik olarak dezavantajlı üniversite öğrencilerinin sebze ve meyve tüketimini iyileştirmek için amacıyla yapılan 6 ay süren Transteoretik model temelli sebze ve meyve tüketimi programı sonucunda, deney grubundaki öğrencilerin günlük sebze ve meyve tüketimi kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur (Nitzke ve ark. 2007).

Aynı zamanda elektronik sağlık müdahalelerinin (örn. web tabanlı ve kısa mesaj müdahaleleri) de üniversite öğrencilerinin sebze ve meyve yeme davranışlarını önemli ölçüde iyileştirdiği belirtilmiştir (Whatnall ve ark. 2019).

Web tabanlı sağlığı geliştirme programı olan, katılımcıların sağlık davranışlarını yönetmelerine veya değiştirmelerine yardımcı olmak, eğitmek ve değerlendirmek için e-öğrenme modülleri içeren LifeGuide programı kullanılarak yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunun 6 aylık takipte, kontrol durumundaki katılımcılara göre önemli ölçüde daha fazla meyve ve sebze porsiyonu tükettiği bildirilmiştir (Cameron ve ark. 2015).

Araştırma bulgularının aksine, planlı davranış teorisine dayalı olarak hazırlanan online sağlık davranışları girişiminin 1445 üniversite öğrencisi üzerinde etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise, deney grubunun sebze-meyve tüketiminde girişim öncesine göre anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir (Epton ve ark. 2014). Amerika'da 2014 yılında üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, 15 ay süren diyet dışı yaklaşımla geliştirilen sağlıkli kilo yönetimi üzerine odaklı web tabanlı beslenme ve fiziksel aktivite programının sebze meyve tüketimi üzerinde etkili olmadığı belirlendi (Kattelmann ve ark. 2014)

Hipotez 9: ÜNİ-FASAB programına katılan deney grubundaki öğrencilerin Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması ve Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz yeterlilik Ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre yüksek olacaktır.

Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki Beslenme Öz Yeterliliği Ölçeği puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olarak saptandı. Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki beslenme öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında ve 1. ay ile 3 ve 6. aylar arasında olduğu tespit edildi. Bu durumda girişimin beslenme öz yeterliliğini anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda sadece girişim öncesi ile 1. aydaki beslenme öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ancak bu farklılıkların tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görüldü.

Deney grubunun 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki egzersiz öz yeterlilik puanlarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi. Deney grubunda; girişim öncesi, 1. ay, 3. ay ve 6. aydaki egzersiz öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında olduğu belirlendi. Bu durumda girişimin egzersiz öz yeterliliğini anlamlı bir şekilde arttırdığı söylenebilir. Kontrol grubunda da girişim öncesi ile 1, 3 ve 6. aylar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ancak puan ortalamalarına bakıldığında bu farklılıkların tesadüfi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun 1, 3 ve 6. aylardaki puanlarının kontrol grubuna göre oldukça yüksek olduğu görüldü.

Araştırma bulgularına benzer olarak Tayland'ta 2014 yılında obez üniversite öğrencileri sağlığı geliştirme programının öğrencilerin vücut ağırlığı, öz yeterlilik, ve özbakım davranışları üzerine etkisini incelemek yapılan bir çalışmada deney grubuna yapılan 8 haftalık müdahale (deneyimlerin paylaşılması, hedef belirleme ve grubun kilo verme planlaması, grup etkinlikleri, egzersiz, beslenme ve stres yönetimine yönelik geri bildirimler, sorunu çözmenin yollarını bulmak için beyin fırtınası yaparak işbirliği ile öğrenme, sürekli egzersiz, beslenme ve stres yönetimi için grup üyelerini irtibat halinde tutmak, bireysel ve grup düzeyinde başarılı olanlara ödül verilmesi) sonrasında deney grubunda yer alan obez öğrencilerin öz yeterlilik düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. (Intrakamhang and Malarat 2014).

Kanada'da üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerini artırmak ve müdahalenin sedanter davranışlarını azaltmak için öğrencilerin öz-yeterlik inançlarını geliştirip geliştiremeyeceğini ve bu etkili inançların gerçek sedanter davranışları öngörüp öngöremeyeceğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada kısa mesaj tabanlı sağlık programı deney grubunun fiziksel aktivite öz yeterlilik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Cotten ve Prapavessis 2016).

Araştırma bulgularının aksine, Erenoğlu ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencilerine yönelik hazırlanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının sağlıklı yaşam tarzı davranışı, sağlık algısı ve öğrencilerin öz yeterlik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla Türkiye'de 38 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubuna kıyasla, sağlık sorumluluğu, kişiler arası iletişim, sağlık durumunu algılama ve öz-yeterlik düzeyleri olumlu yönde artmıştır ancak girişimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (beslenme, egzersiz vb.) üzerinde etkisi olmamıştır (Erenoğlu ve ark. 2014).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Üniversite Öğrencilerine Yönelik Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenme programı sonrasında bireylerin;

- Sağlık Durumunu Algılama, Beslenme ve Egzersiz Davranışları Ölçekleri, Beslenme Öz yeterlilik ve Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçekleri puan ortalamalarında artış,
- Hafif, orta ve yüksek şiddetli aktivite yapma skorlarında artış,
- Adım sayısında artış,
- Sebze meyve tüketim sıklığında artış,
- Su tüketiminde artış,
- Beden kitle indeksleri ve bel çevresi oranlarında azalma sağlanmıştır.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda;

- Üniversite öğrencilerinin okul ortamı, sağlıklı üniversiteler kavramı kapsamında değerlendirilerek, gerekli düzenlenmelerin yapılması gerekmektedir. Öğrencilerin sağlıksız yaşam biçimine neden olacak risklerden korunması, üniversite ortamlarının sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını geliştirme yönelik uygun olarak düzenlenmesi, öğrencilerin sağlığını ve akademik performansını etkileyeceğinden bu konuya gereken önem verilmelidir.
- Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmak için, üniversitelerde basit, uygun maliyetli ve kolay uygulanabilir sağlığı geliştirme programlarının kullanılması sağlanmalıdır.
- Üniversite temelli sağlık hizmetlerinin ve öğrencilere yönelik okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Üniversiteler içindeki yerleşik sağlık birimleri veya halk sağlığı bölümlerinin yanı sıra, çoğu üniversite klinik uygulamada hemşireler tarafından edinilen sağlıkla ilgili deneyimlerden ve uzmanlıktan büyük ölçüde faydalanacaktır. Hemşirelerin üniversite ortamında ve ötesinde oynayabilecekleri potansiyel sağlığı geliştirme rolünün tanınması ve desteklemesi önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

Aksoy, M. (2018). *Ansiklopedik Beslenme ve Diyet Sözlüğü*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ansari, W.E., Suominen, S. ve Samara, A. (2015). Eating habits and dietary ıntake: is adherence to dietary guidelines associated with ımportance of healthy eating among undergraduate universıty students in Finland? *Central European Journal of Public Health, **23**,* 306–313.

Anding, J.D., Suminski, R.R. ve Boss, L. (2001). Dietary intake, body mass index, exercise, and alcohol: are college women following the dietary guidelines for Americans? *Journal of American College Health*, ***49***, 167–171.

Arslan, N., Ardıç, A . (2020). Okullarda obezite ve önleme programları: sistematik derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, ***2***, 73-88 .

Ardıç, F. (2014). Egzersiz reçetesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, ***60***, 1-8.

Arias-Palencia, N. M., Solera-Martinez, M., Gracia-Marco, L., Silva, P., Martinez-Vizcaino, V., Canete-Garcia-Prieto, J., ve Sanchez-Lopez, M. (2015). Levels and patterns of objectively assessed physical activity and compliance with different public health guidelines in university students. *PloS one*, ***10***, e0141977.

Atlam, D.H., Aldemir, E. ve Altıntoprak, A.E. (2017). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların yaygınlığı ve madde kullanımı ile ilişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, **30,*** 287-298.

Bağrıaçık, N. (2019). *Obezite (Şişmanlık) Bir Hastalık Mıdır? Önlem ve Tedavisi Nedir?* Türk Diyabet ve Obezite Vakfı. İstanbul: Özgün Ofset.

Balaghi, S., Faramarzi, E., Mahdavi, R., ve Ghaemmaghami, J. (2011). Fluids ıntake and beverage consumption pattern among university students. *Health Promotion Perspectives, **1***, 54–61.

Bayat, S., Özer, A., Fırıncı, B., ve Pehlivan, E. (2017). The water consumption behaviors of the students of Inonu University and influencing factors, Turkey. *European Journal of Public Health,* **27**, 403-404.

Bayındır Gümüş A, Yardımcı H. (2020). Üniversite öğrencilerinin günlük besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti kalite indeksi (KIDMED) ile ilişkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* ***6***, 167-173.

Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Mercanlıgil, S.M. ve ark. (2014). *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları

Belpomme, D., Irigaray, P., Sasco, A. J., Newby, J. A., Howard, V., Clapp, R. ve Hardell, L. (2007). The growing incidence of cancer: role of lifestyle and screening detection (Review). *International Journal of Oncology*, ***30***, 1037–1049.

Bergstrom, M., Hakansson, A., Blucher, A., Andersson, HS. (2020). From carbohydrates to fat: Trends in food intake among Swedish nutrition students from 2002 to 2017. *Plos One*, ***15,*** 1-14.

Bernardo, G.L., Jomori, M.M., Fernandes, A.C., Colussi, C.F., Condrasky, M.D. ve ark. (2017). Nutrition and Culinary in the Kitchen Program: a randomized controlled intervention to promote cooking skills and healthy eating in university students – study protocol. *Nutrition Journal*, ***16***, 83.

Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS), Versiyon 8. (2010). Ebispro for Windows, Stuttgart, Germany; Turkish version BeBiS, Versiyon 8; Data bases: Bundeslebenmittelschlüssel (BLS), 11.3 and other sources.

Bozkurt, N. (2009). Meme kanseri hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Brown, D. M., Bray, S. R., Beatty, K. R. ve Kwan, M. Y. (2014). Healthy active living: a residence community-based intervention to increase physical activity and healthy eating during the transition to first-year university. *Journal of American College Health*, ***62***, 234–242.

Brown, C. L., Halvorson, E. E., Cohen, G. M., Lazorick, S., ve Skelton, J. A. (2015). Addressing childhood obesity: opportunities for prevention. *Pediatric Clinics of North America*, ***62***, 1241–1261.

Cameron, D., Epton, T., Norman, P., Sheeran, P., Harris, P.R., Webb, TL., Julious, S.A., Brennan, A. ve ark. (2015). A theory-based online health behaviour intervention for

new university students (U@Uni:LifeGuide): results from a repeat randomized controlled trial. *Trials*, ***16***, 555.

Caperchione, C. M., Bottorff, J. L., Oliffe, J. L., Johnson, S. T., Hunt, K., Sharp, P. ve ark. (2017). The HAT TRICK programme for improving physical activity, healthy eating and connectedness among overweight, inactive men: study protocol of a pragmatic feasibility trial. *BMJ Open Access, **7**,* 1-13.

Carels, R. A., Konrad, K., Young, K. M., Darby, L. A., Coit, C., Clayton, A. M., ve Oemig, C. K. (2008). Taking control of your personal eating and exercise environment: a weight maintenance program. *Eating Behaviors, **9**,* 228–237.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

Clement, J. M., Schmidt, C. A., Bernaix, L. W., Covington, N. K. ve Carr, T. R. (2004). Obesity and physical activity in college women: implications for clinical practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, **16,*** 291–299.

Cotten, E., ve Prapavessis, H. (2016). Increasing nonsedentary behaviors in university students using text messages: randomized controlled trial. *JMIR MHealth and UHealth, **4***, 99.

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E. ve ark. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise, **35,*** 1381–1395.

Çakır, B. (2017). *Sağlıklı Yaşam: Gündelik Hayatta Karşılaştığımız Sağlık Risklerini Azaltabilir miyiz?* Ankara Tıp Dergisi, 17, 179-188.

Duan, Y. P., Wienert, J., Hu, C., Si, G. Y. ve Lippke, S. (2017). Web-based ıntervention for physical activity and fruit and vegetable ıntake among chinese university students: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, **19**,* 106.

Duncan, M., Vandelanotte, C., Kolt, G. S., Rosenkranz, R. R., Caperchione, C. M., George, E. S. ve ark. (2014). Effectiveness of a web- and mobile phone-based intervention to promote physical activity and healthy eating in middle-aged males:

randomized controlled trial of the ManUp study. *Journal of Medical Internet Research, **16**,* 136.

Erenoğlu, R., Can, R. ve Gümüş Şekerci, Y. (2019). The effect of the Health Promotion Program for young people on health behaviors, health perception, and self-efficacy levels: a randomized controlled trial. *International Journal of Caring Sciences, **12**,* 1203.

Esin, M.N. (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İstanbul.

Esin, M.N. (1999). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni, **12***, 87-95.

Esin, M.N., Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, **20**,* 166-176.

Evans, D., Coutsaftiki, D. ve Fathers, C.P. (2017). *Health Promotion and Public Health for Nursing Students*. Third Edition. India: SAGE Publications.

Fedewa, M. V., Das, B. M., Evans, E. M. ve Dishman, R. K. (2014). Change in weight and adiposity in college students: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, **47**,* 641–652.

Fertman, C.I. ve Allensworth, D.D. Ed. (2012). *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Galloway, R. D. (2003). Health promotion: causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine and Research, **1**,* 249–258.

Genena, D.M. ve Salama, A.A. (2017). Obesity and eating habits among university students in Alexandria, Egypt: a cross sectional study.*World Journal of Nutrition and Health**, 5**,* 62-68.

George, E. S., Kolt, G. S., Duncan, M. J., Caperchione, C. M., Mummery, W. K., Vandelanotte, C. ve ark. (2012). A review of the effectiveness of physical activity interventions for adult males. *Sports Medicine, **42**,* 281–300.

Gill, D. P., Blunt, W., Boa Sorte Silva, N. C., Stiller-Moldovan, C., Zou, G. Y. ve Petrella, R. J. (2019). The HealtheSteps™ lifestyle prescription program to improve physical activity and modifiable risk factors for chronic disease: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Public Health, **19**,* 841.

Gözüm, S. (2016). *Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi*. Ankara: Vize yayıncılık.

Güllü, M., Küçükkömürler, S. (2020). Üniversite öğrencilerinin karbonhidrat tüketimi ve BKİ değerlerinin incelenmesi. *Turkish Studies, **15***, 1889-1904.

Heeren, G.A., Jemmot, J.B., Marange, C.S., Gwaze, A.R., Batidzirai, J.M., Ngwane, Z. ve ark. (2018). Health-promotion ıntervention ıncreases self-reported physical activity in Sub-Saharan African University students: a randomized controlled pilot study, *Behaviour Medicine, **44***, 297–305.

Hilger, J., Loerbroks, A., Diehl, K. (2016). Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite, **109***, 100-107.

Hivert, M. F., Langlois, M. F., Bérard, P., Cuerrier, J. P. ve Carpentier, A. C. (2007). Prevention of weight gain in young adults through a seminar-based intervention program. *International Journal of Obesity, **31***, 1262–1269.

Hoekstra, B. A., Young, V. L., Eley, C. V., Hawking, M. K., ve McNulty, C. A. (2016). School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. BMC nursing, ***15***, 73.

Holt, M., Powell, S. (2016). Healthy Universities: a guiding framework for universities to examine the distinctive health needs of its own student population. *Royal Society for Public Health, **137***, 53.

Hong, J., Sermsri, S. ve Keiwkarnka, B. (2006). Health-promoting lifestyles of nursing students in Mahidol University. *Journal of Public Health and Development*, **5**, 27-40.

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-L). *IPAQ-L Research Committee* 2005. Erişim 16.12.2019, https://sites.google.com/site/theipaq/

Intarakamhang, U. ve Malarat, A. (2014). The effects of behavioral modification based on Client Center Program to health behaviors among obese university students. *Global Journal of Health Science, **6***, 1.

Karaca, T. ve Aslan, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık durumu algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **10,*** 734-739.

Kattelmann, K. K., Bredbenner, C. B., White, A. A., Greene, G. W., Hoerr, S. L., Kidd, T. ve ark. (2014). The effects of young adults eating and active for health (yeah): a theory-based web-delivered intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, ***46***, 27–41.

Kaya, A., Tutar Güven, Ş. ve İşler Dalgıç, A. (2018). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* ***15***, 195-201.

Kemppainen, V., Tossavainen, K. ve Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, ***28***, 490–501.

Khodaveisi, M., Omidi, A., Farokhi, S. ve Soltanian, A. R. (2017). The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, ***5***, 165–174.

Kliemann, N., Croker, H., Johnson, F., Brown, J.B. (2018). Starting university with high eating self-regulatory skills protects students against unhealthy dietary intake and substantial weight gain over 6 months. *Eating Behaviors,* ***31***, 105–112.

Kromhout, D., Menotti, A., Kesteloot, H. ve Sans, S. (2002). Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle: evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *Circulation,* ***105***, 893–898.

Larson, K., Clark, A., Colborn, B., Perez, A., Engelke, M., Hill, P., (2011). A school-based health center–university nursing partnership: How we filled in the GAPS. *The Journal of School,* ***27***, 404-410.

Laska, M.N., Lytle, L.A., Nanney, M.S., Moe, S.G., Linde, J.A. ve Hannan, P.J. (2016). Results of a 2-year randomized, controlled obesity prevention trial: effects on diet, activity and sleep behaviors in an at-risk young adult population. *Prevention Medicine*, ***89***, 230–236.

Lee, R. M., Okechukwu, C., Emmons, K. M. ve Gortmaker, S. L. (2014). Impact of implementation factors on children's water consumption in the out-of-school nutrition and physical activity group-randomized trial. *New Directions for Youth Development*, ***2014***, 79–101.

Lee, K. S., Lee, J. K. ve Yeun, Y. R. (2017). Effects of a 10-day intensive health promotion program combining diet and physical activity on body composition, physical fitness, and blood factors of young adults: a randomized pilot study. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, ***23***, 1759–1767.

Llanaj, E., Adany, R., Lachat, C., Hease, D.M. (2018). Examining food intake and eating out of home patterns among university students. *Plos One*, ***13***, 1-14.

Malone, S.K. (2005). Improving the quality of students' dietary intake in the school setting. *The Journal of School Nursing*, ***21***, 70-76.

Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J. ve Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, ***2***, 1-89.

Matvienko, O., Lewis, D. S. ve Schafer, E. (2001). A college nutrition science course as an intervention to prevent weight gain in female college freshmen. *Journal of Nutrition Education*, ***33***, 95–101.

Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H. ve Sighaldeh, S. S. (2016). Health Promoting Lifestyle and its Determinants Among University Students in Sabzevar, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, ***7***, 65.

Melynk, B., Kelly, S., Jacobson, D., Arcoleo, K. ve Shaibi, G. (2014). Improving physical activity, mental health outcomes, and academic retention in college students with Freshman 5 to thrive: COPE/Healthy lifestyles. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, ***26***, 314–322.

Merdol Kutluay, T. (2015). *Toplu Beslenme Servisi (TBS) Sağlıklı Yönetim Rehberi*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

Mestek, M.L., Plaisance, E. ve Grandjean, P. (2008). The relationship between pedometer-determined and self-reported physical activity and body composition variables in college-aged men and women. *Journal of Amerıcan College Health*, ***57***, 40-44.

Mirmohammadi, S.J., Mostaghaci, M., Mehrparvar, A.H., Davari, M.H. ve Naghshineh, E. (2013). Overweight and obesity among Yazd university students. Iranian Journal of Diabetes and Obesity, ***5***, 2.

Mokhtar, A. ve Al-Mashi, S.S. (2013). Prevalence of obesity and some related attributes among Umm Al-Qura University female students in Makkah, Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Nutrition**, 12**,* 275-284.

Morgan, P. J., Lubans, D. R., Collins, C. E., Warren, J. M. ve Callister, R. (2011). 12-month outcomes and process evaluation of the SHED-IT RCT: an internet-based weight loss program targeting men. *Obesity, **19***, 142–151.

Murdaugh, CL., Parsons, M.A. ve Pender, N.J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice. Eight Edition.* United States of America: Pearson Education.

Müftüler, M. ve İnce, M.L. (2015). Use of trans-contextual model-based physical activity course in developing leisure-time physical activity behaviour of universıty students. *Perceptual and Motor Skills: Exercise and Sport, **121,*** 31-55.

Nahcivan, N. (2014). Nicel Araştırma Tasarımları. İçinde S. Erdoğan, N. Nahcivan, M.N. Esin (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Napolitanoa, M.A., Whiteleyc, J.A., Mavredesa, M.N., Faroc, J., Dipietrob, L., Haymand, L.L. ve ark. (2017). Using social media to deliver weight loss programming to young adults: Design and rationale for the Healthy Body Healthy U (HBHU) Trial. *Contemporary Clinical Trials, **60**,* 1–13.

Naserpoor, F., Zamani-Alavijeh, F., Shahri, P., Saki Malehi, A. (2018). Effect of education based on Pender's health promotion model on nutrition behavior of adolescent girls. *Journal of Research and Health, **8***, 394-402.

Nitzke, S., Kritsch, K., Boeckner, L., Geoffrey, Hoerr, S., Horacek, T., Kattelmann, K., Lohse, B., Oakland, M.J., Phillips, B. ve White, A. (2007). A stage-tailored multi-modal ıntervention ıncreases fruit and vegetable ıntakes of low-income young adults. *American Journal of Health Promotion, **22**,* 1-8.

Oğuz, S., Çamcı, G., Yılmaz, RK. (2018). Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma durumu ve fiziksel aktivitenin kalp sağlığına etkisini bilme durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ***7***, 54-61.

Okazakia, K., Okanob, S., Hagab, S., Sekic, A., Szukid, H. ve Takahashi, K. (2014). One-year outcome of an interactive internet-based physical activity intervention among university students. *International Journal of Medical Informatics, **83***, 354-360

Önay, D. (2011). Üniversite öğrencilerinin kahvaltı alışkanlıklarının değerlendirmesi: akşehir sağlık yüksekokulu örneği. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, **27**,* 95-106.

Özcan, S. ve Bozhüyük, A. (2013). Health promotion and the role of the family physicians. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, **7***, 46.

Özdoğan, Y., Yardımcı, H., Özçelik, A.Ö., Sürücüoğlu, M.S. (2012). Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, ***29***, 66-74.

Özenoğlu, A., Yalnız, T. ve Uzdil, Z. (2018). Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **9***, 234-242.

Öztürk, M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Park, M.J., Scott, J.T., Adams, S.H., Brinds, C.D. ve Irwin, C. E. (2014). Adolescent and young adult health in the united states in the past decade: little improvement and young adults remain worse off than adolescents. *Journal of Adolescent Health, **55***, 3-16.

Pekcan, G. (2008). *Beslenme Durumunun Saptanması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice. 3rd Edition*. Stamford: Appleton & Lange.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice, Fourth Edition*, New Jersey.

Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2011). *The Health Promotion Model Manual. Health Promotion in Nursing Practice (6th Edition).* Boston, MA: Pearson.

Pyle, S. ve Poston, C. (2006). Fighting an epidemic: the role of schools in reducing childhood obesity. *Psychology in the Schools, **43***, 361-376.

Rector, C. (2018). *Community and Public Health Nursing Promoting the Public's Health 9th Edition*.Wolters Kluwer.

Sağlık Bakanlığı. (2013). *Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite ile Mücadele El Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sağlık Bakanlığı. (2018). *Çocuk ve Ergen İçin Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sevinç, S. ve Argon, G. (2014). Kalp Hastalarında Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **30***, 19-33.

Soyuer, F., Ünalan, D. ve Elmalı, F. (2010). Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, **7***, 2.

Stephens, J.D., Althouse, A., Tan, A. ve Melnyk, B.M. (2017). The role of race and gender in nutrition habits and self-efficacy: results from the young adult weight loss study. *Hindawi Journal of Obesity, **2017***, 1-7.

Straker, L.M., Howie, E.K., Smith, KL., Fenner, AA., Kerr, DA., Olds, T.S. ve ark. (2014). The impact of curtin university's activity, food and attitudes program on physical activity, sedentary time and fruit, vegetable and junk food consumption among overweight and obese adolescents: a waitlist controlled trial. *Plus One Journal, **9***, 11-16.

Tanton, J., Dodd, J.L., Woodfield, L., Mabhala, M. (2015). Eating behaviours of british university students: a cluster analysis on a neglected issue. *Corporation Advances in Preventive Medicine, **2015***, 1-9.

T.C. Resmi Gazete. *Yüksek Öğretim Kurumları Mediko-Sosyal Merkezleri Sağlık, Kültür ve Spor Dairesi Yönetmeliği*. 03.02.1984, Sayı: 18301. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Tedik, S. (2017). Fazla kilo / obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi,* ***2***, 54-62.

Tsouros, A.D., Dowding G., Thompson, J. ve Dooris, M. (1998). Health promoting universities: concept, experience and framework for action. Europe. Erişim 24.05.2019, https://apps.who.int/iris/handle/10665/108095

Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* ***11***, 3.

Tully, M.A. ve Cupples, M.E. (2011). UNISTEP (University Students Exercise and Physical Activity) study: a pilot study of the effects of accumulating 10,000 steps on health and fitness among university students. *Journal of Physical Activity and Health,* ***8***, 663-667.

Vandelanotte, C., Caperchione, C. M., Ellison, M., George, E. S., Maeder, A., Kolt, G. S., Duncan, M. J., Karunanithi, M., Noakes, M., Hooker, C., Viljoen, P. ve Mummery, W. K. (2013). What kinds of website and mobile phone-delivered physical activity and nutrition interventions do middle-aged men want? *Journal of Health Communication*, ***18***, 1070–1083.

Whatnall, M.C., Patterson, A.J., Chiu, S., Oldmeadow, C., Hutchesson, M.J. (2019). Eating Advice to Students (EATS) brief web-based nutrition intervention for young adult university students: a pilot randomized controlled trial. *Nutrients*, ***11***, 905.

Whitehead D. (2004). The Health Promoting University (HPU): the role and function of nursing. *Nurse Education Today*, ***24***, 466–472.

WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva. Erişim 11.10.2019, https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

WHO. (2013). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva. Erişim 12.05.2019,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=06832374EBD555B4C9BECB61EC7CEE2B?sequence=1

WHO. (2014). European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen. Erişim 11.05.2019,

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf

WHO. (2018). Healthy diet, Fact sheet. Geneva. Erişim 22.05.2019, https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1

Wieland, L. S., Falzon, L., Sciamanna, C. N., Trudeau, K. J., Brodney, S., Schwartz, J. E. Ve Davidson, K. W. (2012). Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *The Cochrane database of systematic reviews*, ***8***, CD007675.

Williams, S., Yardley, L., Weal, M. ve Wills, G. (2010). Introduction to LifeGuide: opensource software for creating online interventions for health care. In: Global Telemedicine and eHealth Updates: Knowledge Resources. Medetel: Global Telemedicine and eHealth Updates. Luxembourg.

Wilson, C. K., Matthews, J. I., Seabrook, J. A., ve Dworatzek, P. (2017). Self-reported food skills of university students. *Appetite*, ***108***, 270–276.

Wolfenden, L., Nathan, N. K., Sutherland, R., Yoong, S. L., Hodder, R. K., Wyse, R. J., ve ark. (2017). Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, ***11***, CD011677.

Yahia, N., Wang, D., Rapley, M., ve Dey, R. (2016). Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspectives in Public Health*, ***136***, 231–244.

Yonkaitis, C.F. (2018). Evidence-based practice and school nurse practice: a review of literature. *The Journal of School Nursing 2018*, ***34***, 60-67.

Zaybak, A. ve Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* ***20***, 77-95.

FORMLAR

Form-1 Tanıtıcı Özellikler Formu

Form-2 Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu

Form-3 Adım sayısı Takip Çizelgesi

Form-4 Egzersiz Davranışları Ölçeği

Form-5 Beslenme Davranışları Ölçeği

Form-6 Günlük Besin Tüketimi Kayıt Formu

Form-7 Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Formu

Form-8 Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği

Form-9 Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

Form-10 Sağlığın Önemi Ölçeği

Form-11 Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği

Form-12 Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği

Form-1: Tanıtıcı Özellikler Formu

Aşağıda yanıtlamanız için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak cevaplayınız. Verdiğiniz size ait bilgiler gizli kalacaktır. Bu bilgiler sağlığı geliştirmeye yönelik olarak yapılacak sağlık programına katılacak kişileri belirlemek için istenmektedir. Bu programla sizlere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını sağlamak amacıyla bilişsel/davranışsal beceri kazandırılması amaçlanmıştır. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Öğr.Gör. Ayşe Dost
İstanbul Medipol Üniversitesi
Hemşirelik Bölümü

Adınız ve Soyadınız :
Telefon Numaranız :
E-mail adresi :
1. Doğum tarihiniz : …../…../…..
2. Cinsiyet : Erkek ( ) Kadın ( )
3. Okuduğunuz bölümün adı nedir? ……..
4.Ailenizin aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
( ) Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi
5. Bir doktor tarafından belirlenmiş ve şu anda var olan bir hastalığınız var mı?
a) Hayır( ) b) Evet(yazınız)……..
6. Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç/ilaçlarınız var mı?
a) Hayır ( ) b) Evet(yazınız)……..
7.Boyunuz:…….
8.Kilonuz:……..
9.Bel çevresi:…….cm
10.Kan basıncı:……mm/Hg
11.Sigara içiyor musunuz?
( ) Asla içmedim ( ) Kullandım ama bıraktım ( ) Kullanıyorum
Kullanıyorsanız, ne kadar süredir kullanıyorsunuz …….yıl …….ay
Günde kaç adet içiyorsunuz ……adet

12. Aşağıdaki kategorilerden hangileri sizin fiziksel aktivite düzeyinizi belirliyor lütfen belirtiniz.
( ) Hiç fiziksel aktivite yapmıyorum
( ) Haftadan bir gün en az 20 dakika orta yoğunluktan şiddetliye doğru egzersiz.
( ) Haftada 1-2 kere en az 20 dakika orta yoğunluktan şiddetliye doğru egzersiz.
( ) Haftada 3 kere en az 20 dakika orta yoğunluktan şiddetliye doğru egzersiz
( ) Haftada 5 kere en az 30 dakika orta yoğunluktan şiddetliye doğru egzersiz

13. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

…….

14. Öğün atlar mısınız?
( )evet
( )hayır

( )bazen

15. Öğün atlama nedeniniz aşağıdakilerden hangisidir?
( )Alışkanlığım yok
( )Vaktim yok
( )Zayıflamak için
( )İştahsızlık
( )Diğer (belirtiniz)...

16. En çok hangi öğünü atlarsınız?
( )sabah
( )öğle
( )akşam

Form 2: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Form

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir.

Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.) Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada____gün □ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde____saat Günde____dakika □ Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada____gün □ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde____saat Günde____dakika □ Bilmiyorum/Emin değilim.

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada____gün □ Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde____saat Günde____dakika □ Bilmiyorum/Emin değilim.

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde otururak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde,çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızıziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde____saat Günde____dakika □ Bilmiyorum/Emin değilim.

Form 3: Adım Sayısı Takip Çizelgesi

TARİH	**Pazartesi**	**Salı**	**Çarşamba**	**Perşembe**	**Cuma**	**Cumartesi**	**Pazar**	**TOPLAM**

Form 4: Egzersiz Davranışları Ölçeği

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

No		**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Sık Sık**	**Düzenli olarak**
1.	Hafta da en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )
2.	Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.	( )	( )	( )	( )
3.	Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	( )	( )	( )	( )
4.	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	( )	( )	( )	( )
5.	Dinlenmek için, yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	( )	( )	( )	( )

Form 5: Beslenme Davranışları Ölçeği

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

No		**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Sık Sık**	**Düzenli olarak**
1.	Sabahları kahvaltı ederim.	( )	( )	( )	( )
2.	Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	( )	( )	( )	( )
3.	Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	( )	( )	( )	( )
4.	Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	( )	( )	( )	( )
5.	Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	( )	( )	( )	( )
6.	Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	( )	( )	( )	( )

Form 6: Günlük Besin Tüketimi Kayıt Formu

Son 3 günde tükettiğiniz tüm besinleri eksiksiz olarak aşağıda yer alan tabloya yazınız.

3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİM FORMU	1.gün		2.gün		3.gün	
Öğünler	Besinler	Ölçü miktar	Besinler	Ölçü, miktar	Besinler	Ölçü, miktar
Kahvaltı						
Kuşluk						
Öğle						
İkindi						
Akşam						
Yemekten Sonra						

Form 7: Sebze ve Meyve Tüketim Sıklığı Formu

SEBZE-MEYVE	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Yeşil yapraklı sebzeler									
Havuç									
Kereviz									
Enginar									
Lahana									
Pırasa									
Turp									
Karnabahar									
Patates									
Patlıcan									
Kabak									
Taze fasulye									
Kuru soğan									
Sarımsak									
Domates									
Diğer sebzeler									
Turunçgiller									
Kavun, karpuz									
Diğer meyveler									

Form-8: Çok Boyutlu Sağlık Kontrolü Ölçeği

No	Aşağıda insanların kendi sağlıkları ile ilgili düşüncelerini yansıtan cümleler sıralanmıştır. Her bir cümlenin yanında 1'den 6'ya kadar sayılar yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. İyi ya da kötü fikir yoktur önemli olan sizin duygularınızı ve düşüncelerinizi yansıtan ifadeyi işaretleyiniz.	**Tamamen katılmıyorum**	**Orta derecede katılmıyorum**	**Biraz katılmıyorum**	**Biraz katılıyorum**	**Orta derecede katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
1	Eğer hastalanırsam kısa bir sürede kendi kendime iyileşebilirim.						
2	Neden olduğu önemli değil, hasta olacaksam olurum						
3	Doktorların tavsiyelerine uymak sağlıklı kalmanın en iyi yoludur.						
4	Kendime iyi bakarak daha uzun ve sağlıklı yaşayabilirim.						
5	Hastalıklardan korunmam için en iyi yol, düzenli olarak doktora gitmektir.						
6	Sağlığımı etkileyen en önemli şey beklenmedik olaylardır.						
7	Hastalanıp hastalanmama bir talih meselesidir.						
8	Ne zaman sağlığıma dikkat etsem daha kolay hastalanırım.						
9	Ne zaman kendimi kötü hissetsem uzman bir sağlık görevlisine danışırım.						
10	Sağlığım benim kontrolümdedir.						
11	Sağlığıma kavuşmam diğer insanlardan aldığım bakımla ilgilidir.						
12	Kendimi kötü hissettiğim zaman, kendime iyi bakmadığımı düşünürüm.						
13	Hasta ya da sağlıklı olmamda ailemin payı vardır.						
14	Hastalığımdan kendim sorumluyum.						
15	Kendime ne kadar iyi bakarsam bedenen o kadar iyi olurum.						
16	Sağlığımın iyi olması, büyük ölçüde şansımın iyi olmasına bağlıdır.						
17	Hastalıklardan iyileşmemde şansın büyük payı vardır.						
18	Sağlığımı sağlık görevlileri kontrol eder.						
19	Sağlık görevlileri beni sağlıklı kılar.						
20	Hastalanırsam, kendi kendime iyileşmeyi beklerim.						
21	Sağlığımın iyi olması, büyük oranda şans ile ilgilidir.						
22	Kendim için yaptığım her şey sağlığımı etkiler.						
23	Sağlığımla ilgili iyi gitmeyen ne varsa benim hatamdır.						
24	Sağlıklı veya hasta olmamda diğer insanların büyük payı vardır.						
25	Kendime iyi bakarsam hasta olmam.						
26	Hastalıktan iyileşmem genellikle doktor, hemşire, ailem ve arkadaşlarımın bana iyi bakmaları ile ilgilidir.						
27	Sağlığımdan doğrudan doğruya ben sorumluyum.						
28	Sağlığımı yalnızca sağlık görevlilerine danışarak sürdürürüm.						
29	Ne yaparsam yapayım hasta olabilirim.						
30	İstersem sağlıklı kalabilirim.						
31	Sağlığım beklenmedik olaylardan önemli ölçüde etkilenir.						
32	Eğer düzenli olarak çok iyi bir doktora gidersem daha az sağlık problemim olur.						
33	Doğru davranışlarda bulunursam sağlıklı kalabilirim.						
34	Sağlığıma sadece doktorun tavsiyelerine göre dikkat ederim.						
35	Çoğunlukla, ne yaptığım önemli değil, hasta olacaksam olurum diye düşünürüm.						
36	Eğer rahatsızlanırsam, kendimi yeniden iyileştirecek güce sahibim						

Form-9 Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

Şu andaki sağlığınızı nasıl yorumlarsınız?

1. Çok İyi 2.İyi 3. Kötü 4. Çok Kötü

Form 10: Sağlığın Önemi Ölçeği

Aşağıda hayata nasıl baktığınızı değerlendiren 10 ifade sıralanmıştır. Bu ifadeleri hayatınızdaki önemlilik derecesine göre 1'den 10'a kadar sıralayınız. Bu ifadeler arasından sizin yaşamınız için en önemli olanı seçin ve baş tarafındaki boşluğa 1 yazın, sonra ikinci derecede önemli olanın başına 2, üçüncü derece önemli olanın başına 3, dördüncü derece önemli olanın başına 4 yazın ve böylece tüm ifadeleri önemsize doğru 10'a kadar sıralayınız. Lütfen her bir ifade için tek bir sayı yazmaya özen gösteriniz.

Yaşamınızda aşağıdakilerden hangileri sizce daha önemlidir?

----------RAHAT VE BAŞARILI BİR YAŞAM
----------HAREKETLİ VE HEYACANLI BİR YAŞAM
----------BAŞARI DUYGUSUYLA YAŞAMAK
----------ÖZGÜRLÜK
----------MUTLULUK
----------BEDENSEL VE RUHSAL YÖNDEN SAĞLIKLI OLMAK
----------İÇ RAHATLIĞI, İÇ HUZURU İÇİNDE OLMAK
----------HAYATTAN ZEVK ALMAK
----------KENDİNE DEĞER VERMEK
----------ÇEVREDEN KABUL GÖRMEK, BEĞENİLMEK

Form 11: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği

Düşük yağlı diyetlere bağlı kalmayı zorlaştıran bazı durumlar aşağıda tanımlanmıştır. Aşağıda gösterilen sütunda belirtilen durumlardan hangisinde düzenli olarak diyetinize sadık kalabileceğiniz konusunda kendinize puan veriniz.

Güven düzeyinizi 0-100 arasında puanlandırınız.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Hiç yapamam					*Orta düzeyde yapabilirim*					*Büyük olasılıkla yapabilirim*

Güven Düzeyi 0-100

1- Televizyon izlerken _____
2- Sıkıldığınızda ya da huzursuzluk hissettiğinizde _____
3- İzin zamanlarında _____
4- İşe bağlı nedenlerle gergin ya da üzgün hissettiğinizde _____
5- Bir arkadaşın evinde akşam yemeği yerken _____
6- Başkaları için yemek hazırlarken _____
7- Restoranda tek başına yemek yerken _____
8- Kızgın ya da sinirliyken _____
9- Çok açken _____
10- Depresyondayken _____
11- Oturup arkanıza yaslanıp, yemekten zevk almak istediğinizde _____
12- Evde yağ oranı yüksek yiyeceklerden fazla miktarda bulunduğunda _____
13- Başkaları ile kutlama yapıyormuş gibi hissettiğinizde _____
14- Biri size yağ oranı yüksek yiyecek önerdiğinde _____
15- Sevdiğiniz yağ oranı yüksek bir besini yemek için güçlü bir istek duyduğunuzda _____
16- Misafirlerle eğlenirken _____
17- Tatillerde _____
18- Dışarıda yemek yerken diğerleri yağ oranı yüksek yiyecekler sipariş ettiğinde _____
19- İştah açıcı yağ oranı yüksek yiyeceklerin çokça ikram edildiği toplantılarda _____
20- Yağ oranı yüksek yiyeceklerin ikram edildiği sportif ya da eğlence aktivitelerinde _____
21- Bir kenti gezerken, hızlı yemek yemek gerektiğinde _____
22- Uçak/otobüs seyahatinde yağ oranı yüksek besinler ikram edildiğinde _____
23- Bir kenti gezerken yöresel yiyecekleri ve restoranları denemek istediğinizde _____
24- Yağ oranı yüksek besinler sunulan tatiller ve kutlamalarda _____
25- Aile sorunları nedeniyle üzüldüğünüzde _____
26- Diyetinizde çeşitlilik istediğinizde _____
27- Restoranda kahvaltı yaparken _____
28- Başkaları yağ oranı yüksek yiyecekler getirdiğinde ya da ikram ettiğinde _____
29- Kendi yemeğinizi hazırlamanız gerektiğinde _____
30- Markette çekici, yağ oranı yüksek besinleri gördüğünüzde _____

Form 12: Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği

Talimat: 1-18 numaralı her soru için düzenli olarak haftada 3 veya daha fazla egzersiz programlarını yapabilmede ne kadar güvendiğinizi derecelendirmelisiniz.

Lütfen her durum için egzersiz programlarını yapmada hissettiğiniz güveni en iyi şekilde anlatan dereceyi seçiniz.

.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Hiç yapılamaz *Bazıları Yapılabilir* *Kesin Yapılabilir*

Güven Düzeyi

1. Yorgun olduğumda .....
2. İşten dolayı baskı altında hissettiğim durumlarda .....
3. Kötü havalarda .....
4. Egzersize ara vermeme neden olan yaralanmanın iyileşmesinden sonra .....
5. Kişisel problemlerim sırasında ya da sonra .....
6. Keyifsiz hissettiği zaman .....
7. Endişeli hissettiğim zaman .....
8. Egzersize ara vermeme neden olan hastalığın iyileşmesinden sonra .....
9. Egzersiz yaparken fiziksel rahatsızlık hissettiğim zaman .....
10. Tatil sonrasında .....
11. Evde yapılacak çok fazla işim olduğunda .....
12. Ziyaretçilerim (misafirlerim) olduğunda .....
13. Yapacak daha ilginç bir şeyler olduğu zaman .....
14. Egzersiz hedefime ulaşamamışsam .....
15. Aile ya da arkadaşlarımdan destek almıyorsam .....
16. Tatil süresince .....
17. Başka zaman kısıtlamalarım olduğunda .....
18. Aile problemleri yaşadıktan sonra .....

EKLER

Ek-1: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu Kullanım İzni

Ek-2: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

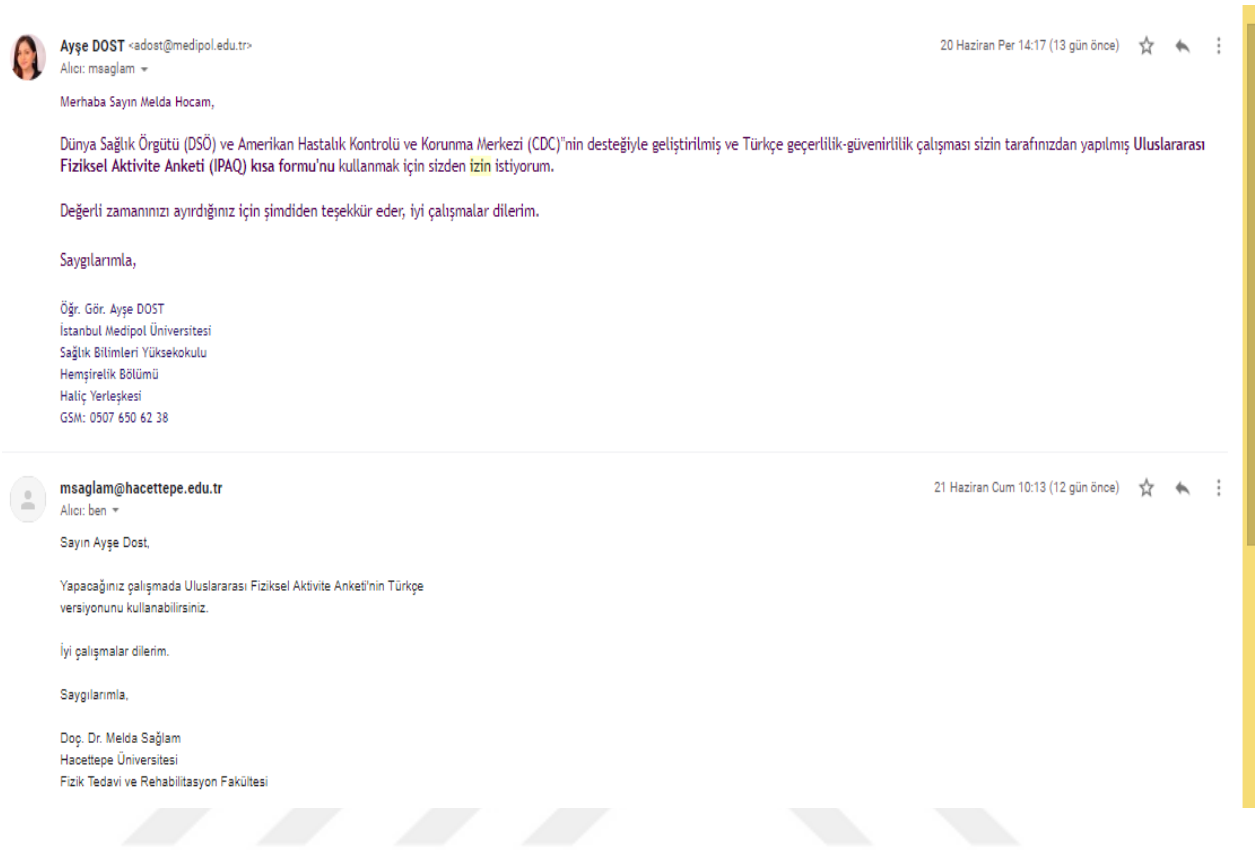
Ek-3: Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Ek-4: Kurum İzinleri

Ek-5: Etik Kurul Kararı

Ek-6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-1: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu Kullanım İzni



Ayşe DOST <adost@medipol.edu.tr> 20 Haziran Per 14:17 (13 gün önce)
Alıcı: msaglam

Merhaba Sayın Melda Hocam,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Hastalık Kontrolü ve Korunma Merkezi (CDC)'nin desteğiyle geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması sizin tarafınızdan yapılmış **Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) kısa formu'nu** kullanmak için sizden izin istiyorum.

Değerli zamanınızı ayırdığınız için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla,

Öğr. Gör. Ayşe DOST
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Haliç Yerleşkesi
GSM: 0507 650 62 38

msaglam@hacettepe.edu.tr 21 Haziran Cum 10:13 (12 gün önce)
Alıcı: ben

Sayın Ayşe Dost,

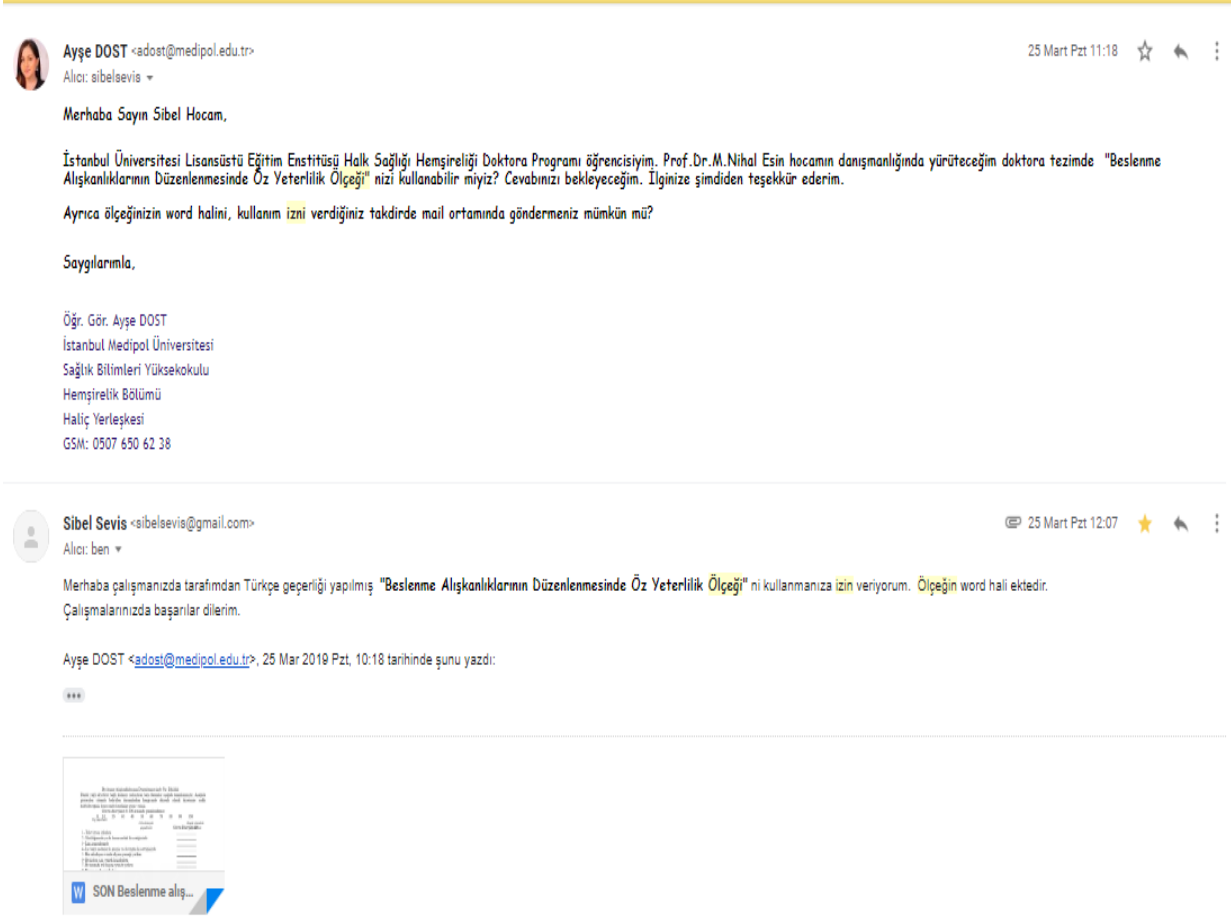
Yapacağınız çalışmada Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Melda Sağlam
Hacettepe Üniversitesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi

Ek-2: Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni



Ayşe DOST <adost@medipol.edu.tr> 25 Mart Pzt 11:18

Alıcı: sibelsevis

Merhaba Sayın Sibel Hocam,

İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı öğrencisiyim. Prof.Dr.M.Nihal Esin hocamın danışmanlığında yürüteceğim doktora tezimde "Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği" nizi kullanabilir miyiz? Cevabınızı bekleyeceğim. İlginize şimdiden teşekkür ederim.

Ayrıca ölçeğinizin word halini, kullanım izni verdiğiniz takdirde mail ortamında göndermeniz mümkün mü?

Saygılarımla,

Öğr. Gör. Ayşe DOST
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Haliç Yerleşkesi
GSM: 0507 650 62 38

Sibel Sevis <sibelsevis@gmail.com> 25 Mart Pzt 12:07

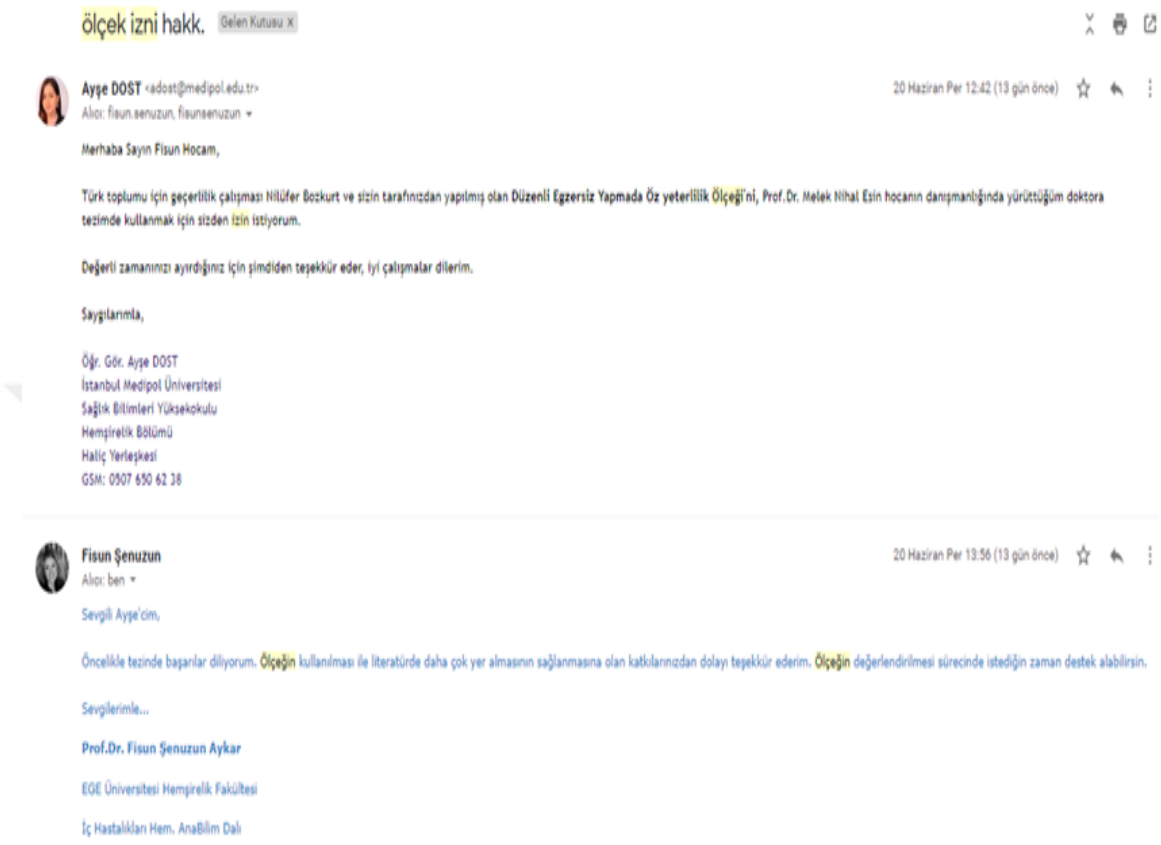
Alıcı: ben

Merhaba çalışmanızda tarafımdan Türkçe geçerliği yapılmış "Beslenme Alışkanlıklarının Düzenlenmesinde Öz Yeterlilik Ölçeği" ni kullanmanıza izin veriyorum. Ölçeğin word hali ektedir.
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ayşe DOST <adost@medipol.edu.tr>, 25 Mar 2019 Pzt, 10:18 tarihinde şunu yazdı:

SON Beslenme alış...

Ek-3: Düzenli Egzersiz Yapmada Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni



ölçek izni hakk. Gelen Kutusu X

Ayşe DOST <adost@medipol.edu.tr> 20 Haziran Per 12:42 (13 gün önce)
Alıcı: fisun.senuzun, fisunsenuzun

Merhaba Sayın Fisun Hocam,

Türk toplumu için geçerlilik çalışması Nilüfer Bozkurt ve sizin tarafınızdan yapılmış olan **Düzenli Egzersiz Yapmada Öz yeterlilik Ölçeği**'ni, Prof.Dr. Melek Nihal Esin hocanın danışmanlığında yürüttüğüm doktora tezimde kullanmak için sizden izin istiyorum.

Değerli zamanınızı ayırdığınız için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla,

Öğr. Gör. Ayşe DOST
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
Haliç Yerleşkesi
GSM: 0507 650 62 38

Fisun Şenuzun 20 Haziran Per 13:56 (13 gün önce)
Alıcı: ben

Sevgili Ayşe'cim,

Öncelikle tezinde başarılar diliyorum. **Ölçeğin** kullanılması ile literatürde daha çok yer almasının sağlanmasına olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim. **Ölçeğin** değerlendirilmesi sürecinde istediğin zaman destek alabilirsin.

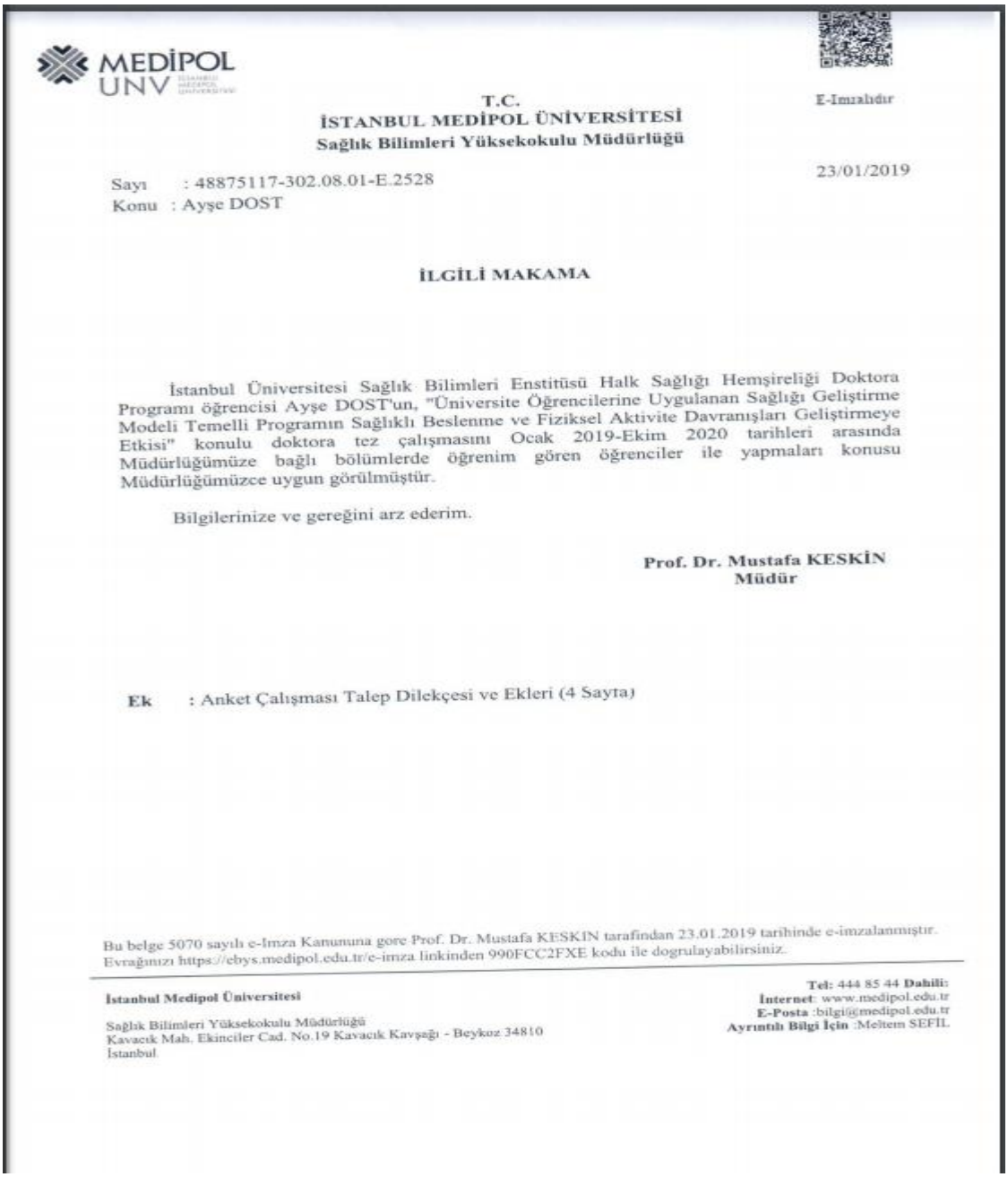
Sevgilerimle...

Prof.Dr. Fisun Şenuzun Aykar

EGE Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hem. AnaBilim Dalı

Ek-4: Kurum İzinleri



MEDİPOL UNV

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 48875117-302.08.01-E.2528
Konu : Ayşe DOST

23/01/2019

İLGİLİ MAKAMA

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Ayşe DOST'un, "Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Programın Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Ocak 2019-Ekim 2020 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı bölümlerde öğrenim gören öğrenciler ile yapmaları konusu Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa KESKİN
Müdür

Ek : Anket Çalışması Talep Dilekçesi ve Ekleri (4 Sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa gore Prof. Dr. Mustafa KESKİN tarafından 23.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden 990FCC2FXE kodu ile dogrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürlüğü
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810
İstanbul

Tel: 444 85 44 **Dahili:**
İnternet: www.medipol.edu.tr
E-Posta :bilgi@medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin :Meltem SEFİL

31.12.2018

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'ne,

"Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Programın Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi" isimli doktora tez çalışmamı ekte yer alan etik kurul izni ile kurumunuzda gerçekleştirmek istiyorum. Bu hususta gereğini izinlerinize arz ederim.

Öğr. Gör. Ayşe DOST
İstanbul Medipol Üniversitesi
S.B.Y.O. Hemşirelik Bölümü

Çalışma yapılması uygundur.
Öğr. Gör. Sena [illegible] FİDAL TUYGİ
Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcısı V.

MEDİPOL UNV

E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürlüğü

Sayı : 48875117-302.08.01-E.12554 28/03/2019
Konu : Öğr.Gör.Ayşe DOST

UZAKTAN EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksekokulumuz Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarından Öğr.Gör.Ayşe DOST'un, ***"Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Programın Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi"*** isimli doktora tez çalışması kapsamındaki giriş bölümünde yer alan 8 saatlik ***"Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite"*** eğitimini Medipol Uzaktan Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi (MUZEM) aracılığı ile yürütmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa KESKİN
Müdür

Ek : Dilekçe Örneği (1 Sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Mustafa KESKİN tarafından 28.03.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden E30A01FEXF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Müdürlüğü
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810
İstanbul

Tel: 444 85 44 **Dahili:**
İnternet: www.medipol.edu.tr
E-Posta :bilgi@medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin :Meltem ÖZILDIZ

Ek-5: Etik Kurul Kararı

MEDİPOL UNV

E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

06/12/2018

Sayı : 10840098-604.01.01-E.52375
Konu : Etik Kurulu Kararı

Sayın Ayşe DOST

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Programın Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 06.12.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağının https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden EEAE0EECXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
Değerlendirilen Belgeler	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	**Karar No: 733**	**Tarih: 30/11/2018**		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna **"oybirliği"** ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

Ek-6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu

"Üniversite Öğrencilerine yönelik Sağlığı Geliştirme Programına katılacak kişileri belirlemek için bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Aşağıdaki bilgileri okuduktan sonra katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Sizin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarınızı belirlemek, obezite ve kardiyovasküler risk durumunuzu belirlemek için bazı ölçümler yapılacaktır. Bu ölçümlerden sonra altı ay sürecek davranış değiştirme programına dahil edileceksiniz. Program sonunda meydana gelen değişiklikleri ortaya koyabilmek için tekrar aynı ölçümler yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar:

Bu çalışma ile sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları geliştirmeniz hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Öğrencinin Beyanı

Sayın Ayşe Dost tarafından öğrenim gördüğüm üniversitemde "Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Sağlığı Geliştirme Programının Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Davranışları Geliştirmeye Etkisi" başlıklı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca sağlık durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı soyadı, unvanı: Öğr. Gör. Ayşe DOST, e-posta: adost@medipol.edu.tr
Adres: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Tel. 0507 650 62 38

KATILIMCI SÖZLEŞMESİ

Bugünden itibaren sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeyimi arttırmak ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için;

Üniversite Öğrencilerine Yönelik Sağlığı Geliştirme Programı'na sonuna kadar katılacağıma ve sağlığım için yapmam gereken kurallara uyacağıma söz veriyorum.

Tarih:

Araştırmacı: Katılımcı:

İmza: İmza:

KENDİ KENDİNE SÖZ VERME KAYIT FORMU

Sağlık Hedefi:

……

……

……

……

……

Adı ve Soyadı:

İmza:

Tarih: ……/……./…….

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNE UYGULANAN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ TEMELLİ PROGRAMIN SAĞLIKLI BESLENME VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%14	%11	%5	%7
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Erciyes Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1
5	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	<%1
6	www.ices-uebk.org İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Istanbul Medipol Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	sbk2019.org	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	**Soyadı**	Dost
Doğ.Yeri	Eminönü	**Doğ.Tar.**	19.11.1989
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	22055359124
Email	adost@medipol.edu.tr	**Tel**	05076506238

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2020
Yük.Lis.	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik YO	2010
Lise	Güngören İzzet Ünver Lisesi	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Öğretim Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015-devam ediyor
2.	Hemşire	Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2015
3.	Hemşire	İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD servisi	2010-2011

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
Ingilizce	İyi	Orta	Orta	YDS 71,25	YÖKDİL 73.25

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı	72,67	73,29	64,91

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
SPSS	İyi
Excell	İyi
Word	Çok iyi
Powerpoint	Çok iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Dost A. (2016). Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlemenin Önemi. ÇKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi/Journal of Institute of Social Sciences, 7(2); 228-238.

Dost A., Bahçecik N. (2015). Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Geliştirilmesi. JAREN 2015;1(2):51-59.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Dost, A., Özalp, AM., Duymuş, SE. (2019). The Importance Of Evidence Based Practices İn School Health Nursing, Maltepe Unıversıty Internatıonal Student Congress MUISC 2019, Poster Presentation

Esin, MN., Dost, A., Aktaş, E., Sunal, N. (2019). Determination attitudes and knowledge of nursing students in occupational health and safety, FOHNEU, Budapest, Hungary, 24-26 April 2019, oral presentation

Esin, MN., Dost, A., Aktaş, E., Üner, E. (2019). Evalulation of occupational health nurses' interventions in a health unit of University Campus FOHNEU, Budapest, Hungary, 24-26 April 2019, poster presentation, best poster award

Dost A., Bahçecik N. (2018). Determination the professional image perceptions of nurses. 2nd International Congress of Nursing (ICON-2018), 5, İstanbul, 2018, oral presentation

Dost A., Kaya Ş., Aslan D. (2018). Bir Grup Hemşirelik Öğrencisinin Mesleğe Yönelik İmaj Algılarının İncelenmesi. 1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 193, Ankara, 2018

Dost A., Aslan D., Eyri T., Toptaş Z. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı Düzeylerinin İncelenmesi.1.Uluslararası 2.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, 157, Ankara, 2018

Dost A., Aslan D., Toptaş Z., Eyri T. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Maddelere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. 1.Uluslararası 2.Ulusal ,Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi , 142, Ankara, 2018

Aslan, D., Şapulu, Y., Dost, A. (2018). Randomize Kontrollü Çalışmalar Kapsamında Tele-Hemşirelik. 1.Uluslararası İnovatif Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 146, İstanbul, 2018.

Dost, A., Yorgun, E. (2018). Sağlık Eğitimin Sanal Gerçeklik Uygulamalarının Önemi, 5.Ulusal 1.Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Poster Bildiri (ikincilik ödülü), Sakarya, 2018.

Dost, A., Aktaş, E., Esin, MN. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Akademik Başarı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Uluslararası Güncel Sorunlar ve Teknoloji Bağımlılığı Kongresi, Sözel Bildiri, İstanbul, 2018.

Dost, A., Yorgun, E. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Obezite Gelişimi. Uluslararası Güncel Sorunlar ve Teknoloji Bağımlılığı Kongresi, Poster Bildiri, İstanbul, 2018.

Aslan D., Dost A. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, p-190, poster bildiri, Aydın, 2017

Dost A., Bayat S., Demir A., Büyükkale S. (2016). Akciğer Nakli Olan Hastaların Kısa Semptom Envanteri ile Değerlendirilmesi. 19.yıllık Toraks Kongresi kitapçığı, 59/ss-003, Antalya, 2016.

Dost A., Bayat S., Demir A., Büyükkale S. (2016). Akciğer Nakli Olan Hastaların Beden Derneği-19.yıllık Toraks Kongresi kitapçığı, 59/ss-001, Antalya, 2016

Dost A., Bahçecik N. (2015). Moral and Ethical Conduct in Providing Health Care. QPS Abstract Book, 12, Antalya, 2015

Dost A., Bahçecik N. (2015). Patient-Oriented Care. QPS Abstract Book, 11, Antalya, 2015

Dost A., Dost İ., Bahçecik N. (2015). Importance of Balanced Scorecard in HealthCare Organization. QPS Abstract Book, 11, Antalya, 2015

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Dost, A., Yorgun, E., Ergün, B., Özcan, İ. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Flört Şiddetine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, I. Ulusal Sağlık Bilimleri Öğrenci Kongresi, sözlü bildiri

Dost, A., Abalı, H., Bayat, S., Bal, G., Yıldız, B.P. (2018). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Yatan Tüberkülozlu Hastalarda Damgalanmanın Değerlendirilmesi, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 40.Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı, p. 835, Antalya, 2018.

Bayat, S., Dost, A., Bal, G., Yıldız, B.P. (2018). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşe Yabancılaşma Düzeylerinin Belirlenmesi, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 40.Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı, p. 665, Antalya, 2018.

Hacıosmanoğlu, A., Dost, A., Bağcı, B.A. (2018). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 40.Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı, p. 666, Antalya, 2018.

Dost, A., Bahçetepe, M., Köse, A.N. (2018). Tele Hemşirelik, I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi, Üreten Hemşire ve Gelişen Bakım,poster bildiri no: 106, İstanbul, 2018.

Dost, A., Geyik, B. (2018). Hemşirelikte Bilişim, I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi, Üreten Hemşire ve Gelişen Bakım, sözlü bildiri, İstanbul, 2018.

Dost, A., Kızıl, Ş. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Güçlendirilmesinde Mobil Sağlık Uygulamalarının Rolü, I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi, Üreten Hemşire ve Gelişen Bakım, sözlü bildiri (mansiyon ödülü), İstanbul,

Dost A. (2016). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt: 3, Ek:1, II. Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresi, Ankara, 2016

Dost A., Bahçecik N. (2015). Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Ölçeği Geliştirilmesi. Ulusal Akciğer Kanserleri Kongresi kitapçığı, s.24-29

Ulusoy S., Bakan ND., Demir A., Dost A., Yıldırımoğlu H., Sağlam N. (2013). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanlarının Organ Nakli ve Bağışıyla İlgili Görüşleri, TÜSAD 35.Ulusal Kongre,sözlü bildiri, SS-107, İzmir, 2013.

Sertifikalar

İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakütesi Pedagojik Formasyon Sertifikası (2015)

İstanbul Medipol Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi Öğretim Yöntemleri Eğitimi Sertifikası (2015)

İstanbul Medipol Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi Eğiticinin Eğitimi Sertifikası (2017)

Ödüller

Best Poster Award, Esin, MN., Dost, A., Aktaş, E., Üner, E. (2019). Evalulation of occupational health nurses' interventions in a health unit of University Campus FOHNEU, Budapest, Hungary, 24-26 April 2019, poster presentation.

İkincilik Ödülü, Dost, A., Yorgun, E. (2018). Sağlık Eğitimin Sanal Gerçeklik Uygulamalarının Önemi. 5. Ulusal 1.Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Poster Bildiri, Sakarya, 2018.

Mansiyon Ödülü, Dost, A., Kızıl, Ş. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Güçlendirilmesinde Mobil Sağlık Uygulamalarının Rolü. I. Ulusal Hemşirelik Öğrencilerinin Bilime Yolculuğu Kongresi, Üreten Hemşire ve Gelişen Bakım, sözlü bildiri, İstanbul, 2018.

Onur Öğrenciliği, İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi 2014-2015 Güz-Bahar Dönemi

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Satranç oynamak