



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA SARIGÖL İLÇESİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN: EMİNE GÜMÜŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

MANİSA- 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA SARIGÖL İLÇESİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN: EMİNE GÜMÜŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ.DR. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

TEZ SINAV JÜRİSİ
PROF.DR. PINAR ERBAY DÜNDAR (CBU HALK SAĞLIĞI AD.)
DOÇ.DR. İSABEL RAİKA DURUSOY (EGE ÜNİ. HALK SAĞLIĞI AD.)

MANİSA- 2018

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 olmadığını beyan ederim.

Emine GÜMÜŞ



TEŞEKKÜR

Mesleki yaşıantımda yeni bir soluk aramak adına attığım önemli adımlardan biri olan yüksek lisans eğitimim süresince gerek mesleki etik ve gerekse güncel bilgileri öğretmeninin verdiği coşkuyla bizlere kucak açan değerli danışmanım sayın **Doç. Dr. Beyhan ÖZYURT'a**,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini harmanlayarak bizlere yol gösteren ve tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim değerli hocalarım sayın **Prof. Dr. Erhan ESER, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN**, sayın **Prof. Dr. Pınar DÜNDAR'a**,

Eğitimin gerekliliğine inanan canım **annem ve babama**,

Ve bu benim için uzun olan süreçte en büyük destekçim eşime ve oğullarıma,

SONSUZ ve İÇTEN TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI	Sayfa No
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. SAĞLIK KAVRAMI	6
4.1.1. Sağlığın Belirleyicileri	6
4.1.1.1. Bireysel etmenler	6
4.1.1.2. Çevresel etmenler	7
4.1.1.3. Psikolojik etmenler	7
4.1.1.4. Sosyal, kültürel ve ekonomik etmenler	7
4.2. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ	8
4.2.1. Sağlığı Koruma	8
4.2.2. Sağlığı Geliştirme ile İlgili Tarihsel Süreç-Konferanslar	9
4.2.3. Sağlığı Geliştirme Modeli	11
4.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ	13
4.3.1. Beslenme	13

4.3.2.Fiziksel Aktivite	14
4.3.3.Sağlık Sorumluluğu	15
4.3.4.Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim)	16
4.3.5.Kişilerarası İlişkiler	16
4.3.6.Stres Yönetimi	17
4.4. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ÖNEMİ	18
4.4.1.Dünyada Lise Öğrencilerinin SYBD’na İlişkin Araştırmalar	19
4.4.2. Türkiye’de Lise Öğrencilerinde SYBD Araştırmaları	20
5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	22
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	22
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	22
5.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	22
5.5. HİPOTEZLER	23
5.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	24
5.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	24
5.7.1. Sosyodemografik Anket	24
5.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II	24
5.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	26
5.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	26
5.10. ARAŞTIRMA AŞAMALARININ TAKVİMİ	27
5.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ	27
6. BULGULAR	28
6.1.SOSYODEMOGRAFİK BULGULARIN TABLOLARI	28
6.2.SYBDÖ İLE İLGİLİ BULGULARIN TABLOLARI	36
7. TARTIŞMA	58
7.1.SYBDÖ TOPLAM PUAN	58
7.2.SYBDÖ MANEVİ GELİŞİM ALT BAŞLIĞI	61

7.3.SYBDÖ KİŞİLERARASI İLİŞKİLER ALT BAŞLIĞI	65
7.4.SYBDÖ BESLENME ALT BAŞLIĞI	70
7.5.SYBDÖ STRES YÖNETİMİ ALT BAŞLIĞI	73
7.6.SYBDÖ SAĞLIK SORUMLULUĞU ALT BAŞLIĞI	75
7.7.SYBDÖ FİZİKSEL AKTİVİTE ALT BAŞLIĞI	77
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
9. KAYNAKLAR	82
10. EKLER	
EK 1. YÖNETİM KURULU KARARI	91
EK 2. ETİK KURUL KARARI	92
EK 3. MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ YAZISI	93
EK 4. SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU	94
EK 5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II FORMU	99
EK 6. ÖZGEÇMİŞ	103

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 5.1. Liselere Göre Öğrencilerin Araştırma Örneklemine Girme Oranları	23
Tablo 6.1.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım	28
Tablo 6.1.2. Öğrencilerin Anne, Baba Eğitimi ve Kardeş Varlığına göre dağılımı	29
Tablo 6.1.3. Öğrencilerin Sağlık Durumları İle İlişkili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 6.1.4. Sigara İçme Davranışı Ve Alkol Kullanma Davranışlarının Dağılımı	30
Tablo 6.1.5. Araştırma Grubunun Beslenme ve Fizik aktiviteye Göre Dağılımı	31
Tablo 6.1.6. Araştırma Grubunun Vücudu İle İlgili Düşüncesi, Beden Kitle İndeksi Ve Aktivite Sıklığı Dağılımı	32
Tablo 6.1.7. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı ve yaşam kalitesine göre dağılımı	33
Tablo 6.1.8. Araştırma grubunun cinsiyete göre sigara ve alkol kullanma dağılımı	33
Tablo 6.1.9. Araştırma grubunun sigara içimine göre alkol kullanımı karşılaştırılması	34
Tablo 6.1.10. Araştırma grubunun okul türüne göre sigara ve alkol kullanım durumu	34
Tablo 6.1.11. Araştırma grubunun sosyal ve eğitsel aktivitelere katılmalarına göre dağılımı	35
Tablo 6.2.1. SYBDÖ II' den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile puan ortalamaları	36
Tablo 6.2.2. Okul çeşidi ile yaşa göre SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puanları	37
Tablo 6.2.3. Cinsiyet ve sınıflara göre SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları	39
Tablo 6.2.4. Öğrencinin kaldığı yer ve on iki yaşına kadar yaşadığı yere	

sayısına göre SYBDÖ II' den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları	41
Tablo 6.2.5. Annenin ve babanı eğitim durumuna ve kardeş varlığına göre SYBDÖ II ölçeği puan ortalamaları	43
Tablo 6.2.6. Ailenin gelirine göre SYBDÖ II' den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları	45
Tablo 6.2.7. Öğrencilerin ve ailelerinin hekim tanımlı hastalık varlığı ve alışkanlıklarına göre SYBDÖ II' den toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları	47
Tablo 6.2.8. Vücut algıları, kilo kontrolü ve fizik aktivite yapma durumuna göre SYBDÖ II' den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları	49
Tablo 6.2.9. Okul Dışındaki Sosyal Yaşantılarına Göre SYBDÖ II' den Aldıkları Toplam Puan Ve Alt Boyut Puanları	52
Tablo 6.2.10. Sağlık Algısı Ve Yaşam Kalitesi Göre SYBDÖ' den Aldıkları Toplam Puan Ve Alt Boyut Puanları Puan Ortalamaları	54
Tablo 6.2.11. SYBDÖ II ve sosyo-demografik özelliklerin ilişkisi	55
Tablo 6.2.12. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Toplam Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	55
Tablo 6.2.13. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Sağlık Sorumluluğu Alt Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	55
Tablo 6.2.14. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Fiziksel Aktivite Alt Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	56
Tablo 6.2.15. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Beslenme Alt Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	56
Tablo 6.2.16. Lineer regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Manevi Gelişim Alt Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	57
Tablo 6.2.17. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II Kişilerarası İlişkiler Alt Puanlarıyla İlişkili Bulunan Faktörler	57
Tablo 6.2.18. Lineer Regresyon Analizi Sonucunda SYBDÖ II stres yönetimi alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1. Sağlığın Geliştirilmesi Modeli Algoritması 12

Sekil 4.2. Stresin Çeşitli Kaynakları ve Olası Sonuçları 18



KISALTMALAR

Amerikan Gençlik Riskli Davranış İzleme Sistemi	YRBSS
Vücut Kitle İndeksi	VKİ
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Milli Eğitim Bakanlığı	MEB
Ortalama	ORT
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	SYBD-II
Suboptimal Sağlık Durumları	SSD
Standart Sapma	SS
Statistical Package for Social Science for Windows	SPSS
Türkiye İstatistik Kurumu	TÜİK
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları	TBSA

Başıġı: Manisa Sarıgöl İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi

Öğrencinin adı: Emine GÜMÜŞ

Danışmanı: Doç. Dr. Beyhan ÖZYURT

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Amacı, Sarıgöl İlçesindeki liselerde okuyan üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen demografik faktörleri açıklamaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini 2016-2017 eğitim öğretim yılında Sarıgöl ilçesindeki liselerde okuyan 460 öğrenci hedeflendi. Bunlardan 449 öğrenciye ulaşıldı. Çalışmanın verileri sosyodemografik özellikler ve Akça'nın (1998) tarafından uyarlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD)-II ölçeğinden oluşan isimsiz bir anket formu aracılığıyla öğrencilerin sınıflarında gözetim altında anket yöntemiyle toplanmıştır. Veriler; ortalama, standart sapma, ve frekanstan oluşan tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), post hoc Tukey HSD, ki-kare testi ve regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir

Bulgular: Öğrencilerin %41,2'si erkek, %58,8'i kadındır. Yaş ortalaması 17,63 (16-18) yaşıdır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeği alt alanları puanları; sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 17,81 ±4,78, fizik aktivite alt boyut puan ortalaması 16,09±5,37, beslenme alt boyut puan ortalaması 19,87±4,72, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,57±5,14, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 24,48±5,22, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 18,89±4,34, toplam puan ortalaması 122,75±22,12 olarak bulunmuştur.

Sonuç: En yüksek puan ortalaması manevi gelişim alt alanında, en düşük puan ortalaması fizik aktivite alt alanında saptanmıştır. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum için ergenlerin gelişimleri izlenmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı geliştirme davranışları, lise öğrencileri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II.

Title: Determination of the healthy lifestyle behaviors of high school students in Sarıgöl District in Manisa.

Student name: Emine GÜMÜŞ

Supervisors: Doç. Dr. Beyhan ÖZYURT

Department: Department of Public Health

2. SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to determine health promotion behaviors of third and fourth grades of high school students in Sarıgöl district and the demographic characteristics affecting these behaviors .

Materials and Methods: In this descriptive study, the target population consisted 460 high school students and 449 of them constituted the sample of the study. Including in Sarıgöl district in 2016-2017 education year. The data were collected anonymous questionnaire healthy lifestyle behaviors scale (SYBD) -II scale adapted to Turkish by Akça (1988). During the data analysis process of the study, means, standart deviations, frequencies were prepared a descriptive statistics and, Independent Sample t test, One-Way ANOVA, Tukey HSD post hoc, chi-square test and regression analysis were used.

Findings: Among the participating students 41,2% were male, 58,8% were females. The mean age was 17,63 (16-18) years. As to the scores of Healthy Lifestyle Behaviors-II scale subscales; the mean score of health responsibility subscale was found as $17,81 \pm 4,78$, physical activity as $16,09 \pm 5,37$, nutrition as $19,87 \pm 4,72$, spiritual development as $25,57 \pm 5,14$, interpersonal relations as $24,48 \pm 5,22$, the stress management subscale point average was found as $18,89 \pm 4,34$, and the mean total score was found as $122,75 \pm 22,12$. Compared with other studies, the results were moderate.

Conclusion: The highest score average was found in the spiritual development subscale and lowest score average was found in the physical activity subscale. Adolescent development should be monitored and healthy lifestyle behaviors should be supported for a healthy community.

Key words: Healthy promotion behaviours, high school students healthy lifestyle behaviors scale II,



3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında sağlığı; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil aynı zamanda fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamıştır (Fişek 1993). Sağlık; ekonomik, demografik, sosyal, psikolojik faktörlerle birlikte fiziksel, kimyasal ve biyolojik çevre gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Özvarış 2015).

Günümüzde kalp ve damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet gibi başlıca bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm toplumları etkilemektedir. Toplumsal dönüşümlerin neticesinde tüm ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklar artmaktadır. Mortalite ve morbidite verileri bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmekte olan ülkelerde arttığını göstermektedir. Kalp ve damar hastalıkları ve diyabet nedeniyle olan ölümlerin yüzde 80’den fazlası, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları nedeniyle olan ölümlerin yüzde 90’dan fazlası, kanser ölümlerinin üçte ikisinden fazlası gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar erken yaşlarda ölüme de sebep olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar yaşam biçimi değişikliği ile önlenbilirler. (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018)

Sağlık politikaları ve etkin yaşam biçimi değişikliği girişimlerinin yapılmasıyla, kişi ve topluma ekonomik ve sosyal yükü fazla olan kronik hastalıklar kontrol edilebilir. Bu hastalıkların topluma olan yükünün azaltılması, kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusundaki bilgi ve deneyimlerle ülkelerin olanaklarının birleştirilmesi ile mümkün olacaktır. Etkin yapılan girişimlerle küresel düzeyde kronik hastalıkların neden olduğu ölümlerin hızı her yıl yüzde 2 azaltılabilirse 2005-2015 arası 36 milyon ölümün önlenilebileceği öngörülmüştür (Strong ve ark. 2005).

Sağlığın geliştirilmesi düşüncesinin ilk adımı 1974 yılında Kanada’da “Sağlığa Yeni Bir Bakış” raporunun ardından yayınlanan “Lalonde Raporu” ile ortaya atılmıştır. Raporun amacı; sağlık risklerini azaltmak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaca ulaşmak için sağlığı geliştirmeyi

hedef belirlemiştir (Özcebe 2002). Ottawa sağığı geliştirme konferansında sağığı geliştirmek için üç strateji belirlenmiştir. Bunlar; sağığın desteklenmesi, insanların sağıık potansiyellerine ulaşmalarının sağılanması ve sağıık arayışında toplumdaki farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapılması gerektiğı belirtilmiştir. (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018). 1977 yılında Cenevre’de yapılan Dünya Sağıık Asamblesi’nde Avrupa Bölgesi’nin “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağıık Hedefleri” nden biri de, “gençlerin 2020 yılına kadar daha sağııklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağııklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağılamaktır” şeklindedir.

Ergenlik dönemi yaşamın en karmaşık ve çelişkili dönemlerinden biridir. Bu dönemde ergen risk alma davranışı gösterebilir ve bu davranışlar da sağığı doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyecek davranışlardır. Ergenlerin sağıık risk davranışları gelecekteki morbidite ve mortalitelerinin en büyük belirleyicilerindendir. Kişiliğinin gelişmeye başladığı çocukluk ve gençlik döneminden itibaren yapılacak müdahaleler ile olumlu sağıık davranışlarının bireylere kazandırılması, onları yaşamlarının sonraki dönemlerinde birçok hastalık ve sakatlıktan koruyarak sağığın geliştirilmesini sağılayacaktır (Pekcan 2015).

Liselerin yükseköğretime ve hizmet alanlarına öğrenci yetiştirme misyonu vardır. Lise öğrencileri stres ve kaygı yaratan şartlarla baş başadır. Bir taraftan benliğini bulup, cinsel kimliğini kazanıp, bağımsızlık duygusuyla tanışırken diğer taraftan geleceğı adına önemli kararlar alması gerekmektedir. Edinilen davranışlar ve kararlar ileriye dönük hastalık ve yaşam kalitesinde düşmeye neden olabilir. Ergenlik döneminde sağııklı yaşam biçimi davranışları ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi gelecekte sağıık planlayıcılarına hem sağıık çalışanlarına yapılacak planlamalarda hem de topluma yapılacak planlamalarda yardımcı olacaktır.

Bu çalışmada, Manisa Sarıgöl İlçesi’nde eğitim veren üç farklı okul grubunun (Mesleki ve teknik eğitim Anadolu Lisesi-Sağıık Meslek Lisesi, Anadolu Lisesi, İmam Hatip Lisesi) üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinde sağııklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ve bu davranışları etkileyecek faktörleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. SAĞLIK KAVRAMI

DSÖ'nün tanımlamasından sonra sağlık, tüm insanların beklentisi ve ihtiyacı olan her açıdan iyilik halinin elde edilmesine dönüşmüştür. Ottawa sözleşmesi ile 1986 yılında sağlığın tanımı biraz daha ileriye götürülerek sağlık; birey ya da grubun arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya çalışırken çevresini değiştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Soysal 2010).

4.1. 1.Sağlığın Belirleyicileri

Bireyin sağlık durumu ve buna bağlı algısı bir çok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenler sağlık durumunun belirlenmesinde rol oynar. Hastalıkları önlemek, tedavi etmekten daha kolay ve ucuzdur. Hastalıkları önlemek için sağlığa etki eden etmenleri bilmek gerekir. Sağlığa etki eden etmenler bireysel, çevresel, sosyoekonomik ve kültürel etmenler olarak sıralanmaktadır(Güler ve Vaizoğlu 2015).

4.1.1.1.Bireysel etmenler

İnsan vücudundaki metabolizma, hormon ve kalıtsal kaynaklı olabilir. Yaş, cinsiyet gibi değişkenler de olabilir. Bunlardan herhangi birindeki bozukluk hastalığın kişilerde görülme sıklığını ve hastalığın prognozunu etkilemektedir. Metabolizma faaliyetlerindeki bozukluklar; sistemlerin çalışmasını etkilemekte, kalıtsal bozukluklar; genler vasıtası ile hastalıkların anne ve babadan çocuklarına geçmekte, endokrin bezlerin çalışması ile ortaya çıkan düzensizlikler; hormon salgılarını düzensizleştirmektedir (Güler ve Vaizoğlu 2015).

4.1.1.2.Çevresel etmenler

İnsanın sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdürebilmesi için temiz hava ve su, sağlıklı gıda maddeleri ve barınma ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Çevre hastalıklara bazen zemin hazırlar, bazen doğrudan nedeni olur, bazen yayılmasını kolaylaştırır, bazen gidişini ve sonucunu etkiler (Güler ve Vaizoğlu 2015).

Güneş ışığı, radyasyon, kimyasal bileşikler, gübreler, farmasötikler, gıda katkı maddeleri, atık sular, iklim şartları, gürültü, içme kullanma suları, konut sağlığı, giyecekler, kamuya açık alanlar, mezarlıklar sağlığımızı etkileyen çevresel etmenlerden bazılarıdır (Güler ve Vaizoğlu 2015).

4.1.1.3.Psikolojik etmenler

Uzun süre boyunca devam eden stres, korku, heyecan, vardiyalı çalışma sistemleri ve insan ilişkileri psikolojik etmenlerin başlıcalarıdır (Güler ve Vaizoğlu 2015).

4.1.1.4.Sosyal, kültürel ve ekonomik etmenler

Kişilerin mesleği, yaşam tarzı, yaşadığı meskeni, eğitim durumu gibi faktörler sosyoekonomik faktörler olarak adlandırılır. Eğitim düzeyi ile sağlık bilincinin oluşması ve sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi sağlanırken; gelir düzeyi ile sağlık hizmetlerine ulaşma, yeterli dengeli beslenme ve sağlıklı yaşam koşulları oluşturma arasında bağlantılar vardır.

Kültürel yapıyı dil, din, ırk, akrabalık gibi faktörler ortaya çıkartır. Kültürel faaliyetlerden kaynaklanan bilinçsiz davranışlar ve zararlı uygulamalar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Güler ve Çobanoğlu 1994; Güler ve Vaizoğlu 2015).

4.2. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın geliştirilmesi, 21. yüzyıl sağlık hedeflerinde vurgulanırken aynı zamanda bireyin iyilik düzeyinin de artmasını sağlamaktadır. Yaşam kalitesini arttırmak, erken ölümleri önleme ve kalan yaşamın daha kaliteli yaşanmasını sağlamak, sağlığı geliştirmenin amacıdır. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkların önlenmesini değil kişinin uzun soluklu ve yüksek standartlı bir yaşam için sergilediği davranışları nitelerken sağlıklı yaşam ve uyum hissi uyandırır bu hisle enerjisi yükselen bireyin sosyal problemlerinin oranı düşer (Bahar 2013).

4.2.1.Sağlığı Koruma

Kişileri hastalıklardan korumanın önemi modern tıbbın hastalıkları iyileştirme çabalarının kısıtlılığı ve tedavi maliyetlerinin artmasıyla önem kazanmıştır. Sağlığın korunması, farklı aşamaları hedefleyen üç temel yaklaşıma ayrılmaktadır: birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma (Kjelsström 1997).

Birincil Koruma: Bireyleri hasta olmadan korumaya dönük hizmetlerdir. Sağlığı geliştiren ve koruyan önlemleri içine alır. Sağlığı olumsuz etkileyecek nedenlerin ve risk faktörlerinin kontrol altına alınarak hastalıkların insidansının azaltılması amaçlanır. Yani sağlıkla ilgili problemin oluşumunu önlemek için yapılan korumadır. Hedefinde ulaşılmak istenen; tüm toplum, seçilmiş gruplar ve sağlıklı kişilerdir.

İkincil Koruma: Hastalık belirtileri ortaya çıkmadan veya çıktıktan sonraki dönemde çeşitli tetkiklerle hastalığın erken döneminde tanımlamayı içerir. Erken tanı, tedavi ve kalıcı sakatlıkların engellenmesini kapsamaktadır. Erken tanı ve etkili girişimler için kişisel ve toplumsal geçerli ölçümler yapılmasını da kapsar. İkincil koruma hizmetlerinin yürütülmesi için risk altındaki kişilerin belirli aralıklarla sağlık taramasından geçirilmesi hastalıkların erken tanısını koymak ve ilerlemesini önlemek için önemlidir.

Üçüncül koruma: Kişiyi hastalıkların bedensel komplikasyonlarından korumak ve kişinin sosyal uyumunu sağlamak amacıyla yapılan korumadır. Kişiler hastalandıktan sonra etkili tedavisinin yanında, bireyde oluşan değişiklikler ile ortaya çıkan

sakatlığın olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, kalıcı hasar oluşturmaması için alınacak önlemleri içerir (Kjelsström 1997).

4.2.2.Sağlığı Geliştirme ile İlgili Tarihsel Süreç-Konferanslar

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla çok çeşitli ortak hareketler yürütülmüş, sağlığı geliştirme hedeflerini belirlemek için dünyada farklı uluslararası konferanslarda bir araya gelinmiştir.

Alma-Ata Konferansı: 1978 yılında Alma-Ata’da yapılan konferansta temel sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sosyal adalet ve gelişmenin bir parçası olarak dünyada ulaşılması istenen sağlık düzeyine erişmede önemli rolü olduğu bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü kendisinin ve hükümetlerin sosyal amacını 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan istenilen sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamak olarak belirlemiş ve “2000 yılında Herkes İçin Sağlık (HİS) hedeflerini ortaya koymuştur (Rootman ve ark. 2001). “Herkes İçin Sağlık” 30 yıl boyunca DSÖ’nün sağlıklı bir dünya için sloganı olmuştur.

HİS’in temel amacı ülkeler arasında sağlık yönünden farklılıkların en aza indirilmesi, insanların kendi potansiyellerini kullanmalarını sağlamak, hastalık, sakatlıkların en aza indirilmesi ve erken ölümleri önlenirken doğumda beklenen yaşam süresinin uzatılması olmuştur (Healty21 1999).

Alma–Ata’dan sonra birçok hastalığın kişilerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, sağlığın birçok faktörden olumlu yada olumsuz etkilendiği, risk faktörleri hakkında bilimsel kanıtların çoğalması, yaşam kalitesine olan ilginin artması ve sağlık eğitiminin etkililiğinin sınırlı olması sonucunda entegre bir yaklaşım olan “sağlığı geliştirme” kavramı gündeme gelmiştir (Rootman ve ark. 2001).

1.Sağlığı Geliştirme Konferansı: 1986 yılında Ottawa’da yapılan konferansın sonucu “ Ottawa Sözleşmesi”nde, sağlığın ön koşulları olarak; gıda, barış, barınma, stabil ekosistem, gelir, sürekliliği olan kaynak kullanımı, toplumsal adalet ve hakkaniyet belirlenmiştir

https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/7785/mod_resource/content/0/6.Hafta-

SA% C4 %9 ELI % C4 %9 EIN % 20 KORUNMASI % 20 VE % 20 GEL % C4 % B0 % C5 % 9 E T % C4 % B0 R % C4 % B0 LMES % C4 % B0 .pdf Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018).

Ottawa Konferansında sağlığı geliştirme için belirlenen beş anahtar strateji :

- Sağlıklı toplum politikalarının oluşturulması,
- Bireylerin kişişel becerilerinin ve yeteneklerinin geliştirilmesi (insanların kendi sağlıkları adına, çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olmalarını ve sağlıklarına yönelik seğimler yapabilmeleri için var olan seğeneklerin arttırılması)
- Toplum katılımının güçlendirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi,
- Destekleyici bir çevrenin yaratılması, öncelikli ęalıřma alanları olarak tanımlanmıştır (Tones 2002).

2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı: Adelaide’de 1988 yılında “Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı”nda halk sağlığı politikasının temel amağlarından birinin de insanların sağlıklı yaşam sürdürmeleri için destekleyici ortam hazırlamak olduğu kabul edilmiştir. (<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018)

3. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı: Sundswall’da, 1991 yılında yapılan “Destekleyici Çevreler Konferansı”nda sağlık ve fizik çevre arasındaki ilişki belirgin hale getirilmiştir. Sağlıkta bir gelişme sağlamak için sağlığı geliştirme ęalıřmaları ve sağlığın belirleyicileri ile ilişkisi nedeniyle eğitim, konut ve yakın çevre, gıda ve beslenme, iş, sosyal destek, ulaşım ve sağlık hizmetleri gibi altı alan üzerinde ęalıřılması gerektiği vurgulanmıştır (WHO 2009).

4. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı: Jakarta’da 1997 yılında yapılan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Getirilmesi” konferansında; sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve sosyal ve ekonomik gelişme için şart olduğu, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırarak sağlıklarını geliştirmeyi amağlayan bir süreç olduğu vurgulanmış ve sağlığın belirleyicileri üzerinde durulmuştur (WHO 2009).

5. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı: Mexico City’de 2000 yılında yapılan konferansta, ölkeler ve bölgeler arasındaki eşişsizliklerin giderilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (WHO 2009).

6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı: Bangkok'ta 2005 yılında yapılan "Küreselleşmiş Bir Dünyada Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda sağlığın belirleyicilerini saptamak için eylemler planlanmıştır (WHO 2009).
7. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı: Nairobi'de 2009 yılında yapılan konferansta önceki konferanslarda belirlenen eylemlerin uygulanmadığı belirtilmiştir. Bölgeler arasındaki uçurumların yok edilmesi için hemen harekete geçilip eylem çağrısında bulunulmuştur (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en> Erişim tarihi:24 Mayıs 2018).
8. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı: Helsinki 'de 2013 yılında toplanan "Tüm politikalarda Sağlık" konferansında, geçmiş sağlığı geliştirme konferanslarının özellikle Alma-Ata ve Ottawa ruhu üzerinde şekillenmiştir. Toplum sağlığını, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti geliştirmek için yapılması gereken çalışmalar vurgulanmıştır (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).
9. Küresel Sağlığı geliştirme konferansı: Şangay'da 2016 yılında yapılmıştır. Merkezinde 'Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin' olduğu sağlığı geliştirme çalışmalarını içine almıştır. 2030 Sürdürülebilir kalkınma Gündemi ve Şangay deklarasyonunun yayınlanması ile sonuçlanmıştır (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

4.2.3.Sağlığı Geliştirme Modeli

Nola Pender tarafından "sağlığın korunması modellerine tamamlayıcı bir karşılık" olarak tasarlanmıştır. Sağlığı geliştirme modeli ilk defa 1982 yılında literatüre girmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Hemşirelerin sigara içme ve uyuşturucu kullanımı gibi alışkanlığı olan hastalarının olumlu davranış değişikliği eğitimlerine yardımcı olmak amacıyla yapılan baskın modellerden birisidir (King 1994). Sağlık davranışlarının temel belirleyicilerini anlamaya yardımcı olup bireyin refah seviyesini arttırmayı sağlayan olumlu davranışlar üzerine tanımlanmıştır. Bireyin davranış ve tercihleriyle sağlığını sürdürmeye yardımcı olmayı hedefler. Olumlu motivasyonlar üzerinde odaklanmıştır (Bahar 2013).

Sağlığın geliştirilmesi modelinin dört varsayımı şöyledir:

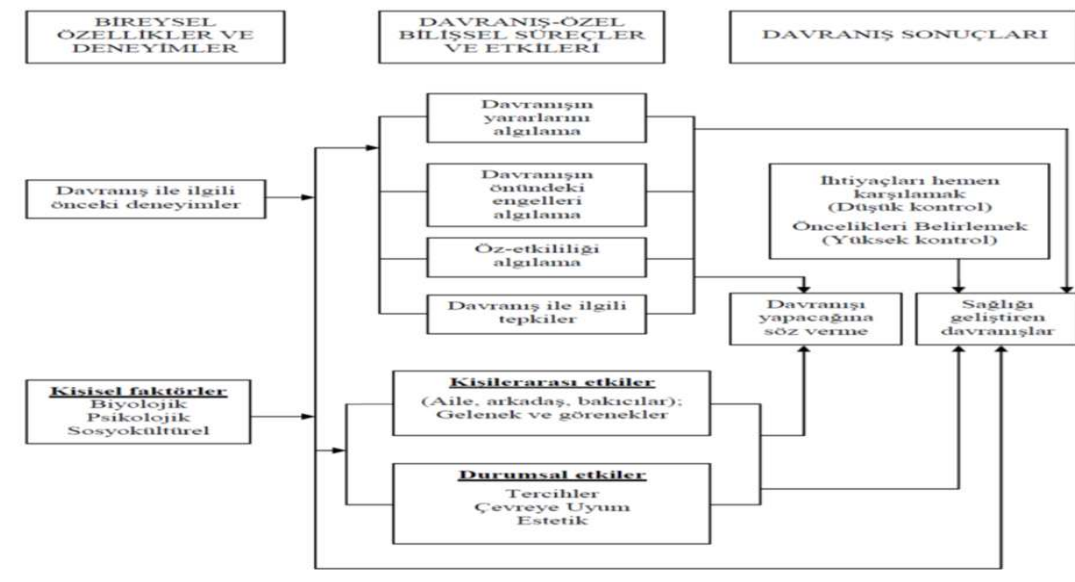
-Bireyler davranışlarını aktif olarak düzenlemeye çalışırlar.

-Bireyler tüm biyopsikososyal karmaşıklıklarıyla çevreyle etkileşim kurarlar ve zamanla çevreyi değiştirebilirler.

-Sağlık uzmanları, yaşamları boyunca kişilerarası çevrenin parçasını oluştururlar.

-Çevrenin yeniden yapılandırılması davranış değişikliği için gereklidir (<http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Pender'in modeli üç alana odaklanır. Bu alanlar; bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişsel süreç ve etkileri ve davranış sonuçlarıdır. Modele göre her insan eşsiz kişisel özelliklere ve deneyimlere sahiptir. Davranışa özgü bilişsel süreç ve etkileri, motivasyon açısından önem taşır. Değişikliği istenilen davranış sağlık profesyonellerinin eylemleriyle değiştirilebilir. Değiştirilmesi istenilen davranış sonucudur. Davranış değişiklikleri olumlu sağlık sonucuna, geliştirilmiş işlevsel yeteneğe ve daha iyi yaşam kalitesine ulaşmayı hedefler (<http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).



Şekil 4.1. Sağlığın Geliştirilmesi Modeli Algoritması

(Kaynak: N.J.,Murdaugh.c.l.&Parsons,m.a.,(2002) Health Promotionin Nursingpractice. 4.th ed., Prentice-Hall.Copyright pearson Education, Upper SaddleRiver,NJ; 2002, s:60.)

Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlık sorumluluğu, fizik aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, manevi gelişim olarak belirlemiştir (Teresa ve Wilson 2018).

4.3.SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

4.3.1.Beslenme

İnsan vücudunun büyümesi, gelişmesi ve yaşantısını sürdürmesi için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarda vücuda alınması ve alınan besinlerin vücut tarafından kullanılmasına beslenme denilmektedir. Sağlığın korunması ve hastalıklara karşı direncin artması açısından beslenme önemlidir (Geçkil ve Yıldız 2006).

Geçtiğimiz yüzyılda, savaşların ve salgın hastalıkların etkisiyle meydana gelen besin eksiklikleri azalmıştır. Bununla birlikte, bulaşıcı hastalık oranları düştükçe yaşam tarzı değişiklikleri ve kronik diyetle ilgili bulaşıcı olmayan hastalıklar artış göstermiştir. Tüm Amerikalı yetişkinlerin (117 milyon kişinin yaklaşık yarısı) bir veya birden fazla önlenebilir kronik hastalıklara sahiptir. Bunların içinde düşük kaliteli yeme alışkanlıkları ve fiziksel hareketsizlikle ilgili olan sağlık sorunları ağırlıklıdır. Yetişkinlerin 2/3 den fazlası, çocukların ve gençlerin yaklaşık 1/3 'ü aşırı kilolu ya da obezdir. 2008 yılında Amerika'da obezite ile ilgili tıbbi maliyetlerin 147 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (<https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/introduction/nutrition-and-health-are-closely-related/#table-i-1> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Yeterli ve dengeli bir beslenme uygulanması ile tüm beslenme bozuklukları, diyabet, inme, kalp hastalıkları, kanser gibi hastalıklardan korunmak mümkündür. Ancak hızlı kentleşme ve yaşam tarzlarının değişimi ile insanlar; enerji oranı yüksek rafine gıdalar tüketirken, yağ ve tuzu fazla tüketip, lifli gıdaları daha az tüketmeye başlamıştır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>. Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Belirli gıdalar veya beslenme şekilleri ile diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, insülin direnci, kanserler gibi durumlar arasında ilişkinin varlığını kanıtlayan çalışmalar vardır. Özellikle obez olmak çeşitli kronik hastalıklar için risk faktörüdür. Obezite koroner kalp hastalıklarının %27'sinin, diyabetin %17'sinin, inmenin %9,5'inin nedenidir (AİHW 2017). Yüksek miktarda tuz tüketimi ve tam tahıllı gıda ve tohumların, meyve, sebzenin düşük oranda alınması dünyadaki hastalık yükünün %1,5-%4'ünden sorumludur (Ezzati ve Riboli 2013).

4.3.2.Fiziksel Aktivite

Günlük yaşantı içerisinde iskelet kaslarını kullanarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her harekete fiziksel aktivite denmektedir. Fiziksel aktiviteyi düzenli, planlanmış ve tekrarlar yapılarak fiziksel uygunluğu arttırmaya egzersiz denmektedir (Türkiye Fizik Aktivite Rehberi 2014). Fiziksel aktivite yapmaktaki amaç fiziksel uygunluğun artırılmasıdır. Kişiden kişiye ve yapılan fiziksel aktiviteye göre değişiklik gösteren programlar fiziksel uygunluğu arttıracaktır (https://www.researchgate.net/publication/277571782_DIYABETTE_FIZIKSEL_AKTIVITE_VE_EGZERSIZ Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

DSÖ 2017 raporunda, 2015 yılındaki yaklaşık 40 milyon ölümün bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018). Fiziksel hareketsizlik, küresel ölüm nedenlerinin dördüncü önemli risk faktörü olarak tanımlanmış ve dünya genelinde yaklaşık 3.2 milyon kişinin ölmesine neden olmuştur.([http://www.who.int/topics/physical activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/) Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018) DSÖ'ye göre dünyadaki ergenlerin %80'inden fazlasının fiziksel aktivite olarak yetersizdir. DSÖ üye devletleri yetersiz fiziksel aktiviteyi 2025 yılına kadar %10 azaltmayı kararlaştırmışlardır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

AB çalışma grubu, DSÖ ve İngiltere fiziksel aktivite kılavuzu ilkelerine göre günümüzdeki öneriler, haftanın her günü ya da çoğunda 30 dakika boyunca hızlı yürüme eş değerini vurgulamaktadır

(http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf Erişim tarihi :25 Mayıs 2018).

Yetişkinlerde ve yaşlılarda fizik aktivite ile erken ölüm, koroner kalp hastalıkları, inme, yüksek tansiyon, Tip 2 diyabet, düşme, depresyon, meme ve kolon kanseri olma riskleri azaltılabilmektedir. Çocuk ve ergenler de fiziksel aktivite kemik ve kas sağlığını iyileştirme, vücut yağ seviyesini düşürme, depresyon semptomlarını azaltma, bilişsel becerileri arttırma ve konsantre olma becerisini geliştirmeyi sağlamaktadır (Rasberry ve ark. 2011).

4.3.3.Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu kişisel ve kişinin kendi iradesi dışındaki bir çok faktörden etkilenmektedir. Kültürel baskılar, sağlık okur yazarlığı, sağlık eşitsizlikleri, zihinsel kapasite, genetik yatkınlık, alkol ya da sigara bağımlılığı gibi birçok faktör sağlık sorumluluğunu etkilemektedir (Thirlaway ve ark. 2013).

Sağlık sorumluluğunun tanımı, sağlığın devam ettirilmesi için bireylerin fiziksel aktivite, kilo kontrolü ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durması, sağlıkla ilgili kontrollerini zamanında yaptırarak doktorun tavsiyelerini uygulayarak bireylerin daha iyi hissetmeleri ve daha az sağlık harcaması yapmalarıdır (Steinbrook 2006).

Çok sektörlü sağlık sorumluluğunu geliştirme programına (2013 – 2023) göre sağlığın kişisel belirleyicilerinin geliştirilmesi bireyin kendi sağlığına yönelik sorumluluk alabileceği bilgi ve sosyal desteğin sunulması ile sağlanabilir. Bu amacın gerçekleşmesi için; bireyin kendi sağlığını koruma ve geliştirme konusunda sorumluluk sahibi, bu sorumluluğun gereklerini yerine getirebilmek için tüm destek ve kontrol sistemlerine ulaşan, bireylerden oluşan topluma ulaşılması ile sağlanacaktır (http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr/dosya/Dokumanlar/CSSSGP-TR_ozet-ISBN.pdf Erişim tarihi: 25 mayıs 2018).

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 yılları arasındaki stratejik planında birinci amaç bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu arttırmak, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzının teşvik edilmesi olarak hedeflenmiştir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?0> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

4.3.4.Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim)

İnsanların davranışlarını gereksinimleri yönlendirir. Abraham Maslow, “İhtiyaçlar Hiyerarşisi”nde bu gereksinimleri şöyle sıralamıştır: fiziksel gereksinimleri, güvenlik gereksinimleri, sosyal gereksinimleri, benlik gereksinimleri ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri (Yıldırım 2015).

Maslow’a göre en alt basamaktaki en temel ihtiyaçlar fiziksel nitelikte olup, yeme-içme, uyuma vb. gereksinimlerdir. Bir sonraki ikinci basamak güvenlik ihtiyacı olup bireyin güvenli ortamlarda çatışma ve karışıklıklardan uzak duracak şekilde yaşama isteği duyması olmaktadır. Üçüncü basamak aitlik ve sevgi tabanlı sosyal ihtiyaçlar olup, sevme, sevilme, ait olma isteği olarak belirtilmektedir. Dördüncü basamak bireyin başarıma, takdir edilme ve saygı görme ihtiyacı olarak belirtilmektedir. En üst basamak olan kişinin kendini gerçekleştirmesi ise bireyin kendi kapasitesinin farkına varıp başarısını bununla birlikte elde etmesi olarak belirtilmektedir (Yıldırım 2015). Kendini gerçekleştirme gereksinimleri, kişinin kendisine ait olan amacını gerçekleştirmesi, kişisel olarak tatmin olması, kendi potansiyelini ortaya çıkarması, başarı ve bilimsel buluşlar içermektedir (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/34/970/11942.pdf> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Kendini gerçekleştiren kimsenin özellikleri şöyle sıralanmıştır; Gerçeği olduğu gibi anlama, kabul etme, içinden geldiği gibi davranma, probleme dönük olmak, bağımsız olma, kendine yeterli olma, çevreden bağımsız olma, takdir edebilme, zirve yaşantıya sahip olma, insanlıkla özdeşleşme, alçakgönüllü ve saygılı olma, kişilerarası ilişkilere değer verme, ahlaklı, demokratik karaktere sahip olma, iyi bir mizah anlayışına sahip olma, yaratıcı olma, kültürün getirdiği kalıpları benimseme gereği duymama, ikilemler karşısında değerleri ve çözümleri olmasıdır (Maslow 1954).

4.3.5.Kişilerarası İlişkiler

İletişim insanlar için doğal, kaçınılmaz ve “olmazsa olmaz” bir olgudur. Çevremizle ilişkiye girmek, bilmek ve anlamak isteği iletişim kurmamızın nedenidir.

Diğer insanlarla iletişim kurarak kendi benliğimize ve kendimiz dışındaki dünyaya ilişkin algı ve tutum oluştururuz. Kendimize ve çevremize dair algımız ve tüm bunları nasıl tanımladığımız, döllemeden başlayarak kurmuş olduğumuz iletişim, etkileşim ve ilişkilerin sonucudur. Kaya kişilerarası iletişimi; en az iki insanın karşılıklı bilgi, duygu, düşünce ve yaşantılarını çeşitli yollarla paylaştıkları psiko-sosyal bir süreç olarak tanımlamıştır (Kaya 2010).

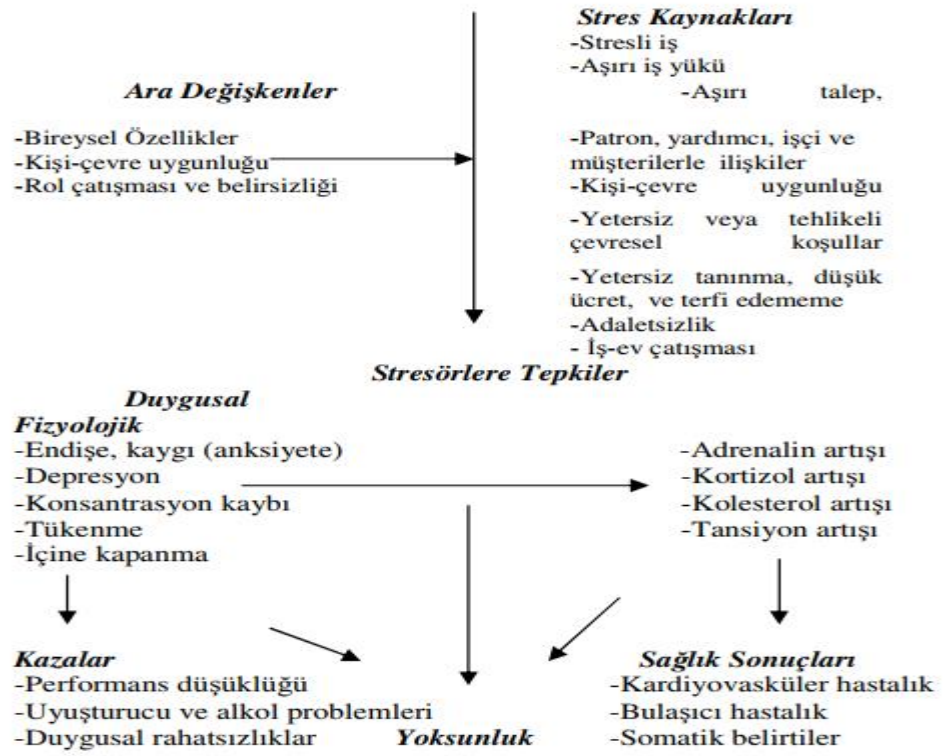
İnsanlar yaşantılarının her döneminde başkalarıyla ilişki kurmak zorundadır. Kendisini ve başkalarını anlayabilmesi ve kabul etmesi ilişkilerindeki başarıya bağlıdır. Demokratik toplum yaratmak için başkalarının görüş ve düşüncelerine saygılı ve hoşgörülü olmayı öğrenmek önemlidir. Bireyin geliştirdiği iletişim becerileri yaşanılan ortamlara zenginlik ve saygınlık getirerek, kişilerarası sağlıklı ilişkiler oluşmasını sağlayacaktır (Yüksel 2004).

Kişilerarası ilişkiler de sorunların çözümü de iletişime dayalı olarak gerçekleşmektedir. İletişimin sağlıklı olması, birey için anlaşılama duygusu, yalnızlık ve çok derin sıkıntı kaynağı olurken, sağlıklı olması, ilişkilerin derin, anlamlı ve doyurucu olmasını sağlar (Korkut 1996).

4.3.6.Stres Yönetimi

Stres, bireyin yaşantısının herhangi bir alanında, istemeyeceği durumlarla karşılaştığında ortaya koyduğu psikolojik ve fizyolojik tepkidir. Organizmanın bedensel ve ruhsal olarak sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan durum olarak da tanımlanmaktadır. Organizma tehditle karşılaştığında insanlarda hem bedensel, hem psikolojik hem de davranışsal düzeyde bir dizi olay meydana gelir. Bu belirtiler zamanla artarak bireyin hastalanmasına ve verimliliğinin düşmesine neden olur. (Aydın ve İmamoğlu 2001)

Yapılan çalışmalarda strese yol açan etmenler arasında; fiziksel ve psikososyal birçok uyaran tespit edilmiştir. Şekil 4.2’de gösterildiği gibi; olumsuz çevre koşulları, düşünce tarzı, bedensel yaralanmalar, kalabalık, gürültü, rol çatışmaları, bireyin kişilik yapısı, yaşanılan sosyal çevre, çevrenin ve ailenin beklentileri, inanç sistemi, değer yargıları, algısal özellikler şeklinde sıralanabilir (Aydın ve İmamoğlu 2001;Yiğit 2012).



Sekil 4.2.Stresin Çeşitli Kaynakları ve Olası Sonuçları

(Kaynak: Gail Ironson,, “Work, Job Stress and Health”, Work, Families and Organizations, In Sheldon Zedeck (ed),San Francisco, Calif.: Jossey-Bass, 1992, p.35.)

4.4. LİSE ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ÖNEMİ

Yaşam biçimi yaklaşımı sağlığı geliştirmek isteyen alanların ilgisini çekmiştir. Yaşam biçimi yaklaşımı; kişilerin sağlık bilgisi ve sağlık konusundaki inanışlarını geliştirmeye dayanmaktadır. (Özvarış 2015)

Bireyin kişisel özellikleri, sosyal etkileşimleri, sosyoekonomik, çevresel yaşam koşulları arasındaki etkileşim tarafından belirlenen, belirlenebilir davranış modellerine dayalı yaşam şekli yaşam tarzı olarak tanımlanmaktadır. Belirlenebilir davranışlardan edinilen yaşam tarzları, bireyin sağlığı veya diğer kişilerin sağlıkları üzerinde etkiler yaratabilir, değişime tabidirler. İstenilen davranış değişikliğini yapmak ve sürdürmek için çevreyi ve yaşam koşullarını da değiştirmek gerekmektedir. (Sağlığı Geliştirme Sözlüğü 2011)

Bireyin iyilik düzeyini arttıran ve kendini geliştirmesini sağlayan davranışlar, sağlığı geliştiren davranışların içerisinde yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimi, sağlık okuryazarlığı, çevre temizliği, sağlıklı giyim kuşam, yeterli uyku almak, bağımlılıklardan kurtulmak (alkol ve teknoloji bağımlılığı) davranışlarını kapsar (http://lise.tbm.org.tr/Content/Uploads/Dosyalar/TBM_lise_saglik_icerik_web.pdf.

Erişim tarihi :25 Mayıs 2018).

2015 yılında dünya nüfusu 7,3 milyar olup, Dünya’da yaklaşık her 6 kişiden birinin de 10-19 yaş arası olduğu bilinmektedir (<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018). Çocukluk döneminde her türlü fizik, sosyal ve mental sağlığı olumsuz etkileyen olay gençlik döneminde de olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Özcebe 2002).

Ergenin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanabilmesi için olumlu bir çevre ile olumlu ilişkiler kurması gerekmektedir. Olumsuz çevre ve ilişkiler ergende önemli sağlık sorunları oluşturabilir. Amerikan Gençlik riskli davranış izleme sistemine (YRBSS)’ye göre gençlerin önde gelen ölüm ve sakatlık riskleri şöyle sıralanmıştır; sigara içme, sağlıksız beslenme davranışı, yetersiz fizik aktivite, alkol ve diğer uyuşturucu kullanımı, yaralanma ve şiddete yol açan davranışlar, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6201a1.htm> Erişim tarihi 25 mayıs 2018).

4.4.1.Dünyada Lise Öğrencilerinin SYBD’na İlişkin Araştırmalar

Dünyada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği II’nin kullanıldığı çalışmalarda öğrencilerin mevcut sağlık durumu, ileride muhtemel sağlık performansları hakkında bir fikir sağlamaktadır. Ergenlerin şimdiki sağlık durumlarındaki değişkenlerin anlaşılması onların ileri yaşlarındaki sağlık durumlarını etkilemektedir (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018).

Jin Won ve arkadaşlarının 2015 yılından Kuzey Kore'den değişik yollarla Güney Kore'ye gelen mülteci ergenler üzerinde yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalamaları arasında göre en yüksek kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi; en düşük puanı ise fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu almıştır (Jin Won ve ark. 2015).

Bi ve arkadaşlarının Çin'de 2013 yılında dört okulda 11144 öğrenci üzerinde yaptıkları kesitsel araştırmada öğrenciler üç gruba ayrılmış; sağlıklı, suboptimal şartlarda yaşayan ama sağlıklı, hastalığı olan öğrenciler üzerinde çalışılmıştır. Çalışma yaşanan şartların sağlıklı ve hastalığı olan bireylerle karşılaştırılması açısından önemlidir. Sağlıklı, suboptimal şartlarda yaşayan ve hastalığı olan öğrencilerle karşılaştırma yapıldığında fizyolojik, psikolojik ve toplumsal açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlıklı gruptaki katılımcıların ortalama puanlar diğer iki gruba göre yüksek çıkmıştır ($p<0.001$). Çalışmada suboptimal şartlarda yaşayan ve hastalığı olan öğrencilerin SYBDÖ II puanlarının düşük çıkması sağlık durumu ve yaşam biçimi arasındaki pozitif bağlantıyı göstermesi açısından önemlidir (Bi ve ark. 2014).

4.4.2. Türkiye'de Lise Öğrencilerinde SYBD Araştırmaları

Karadamar'ın 2008-2009 eğitim öğretim yılında Adana ili Seyhan ilçesinde liselerde 9.sınıfta okuyan 750 öğrenci ile yaptığı çalışmada en yüksek alt alan puanı kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalaması fizik aktivite alt alanında olmuştur. Erkeklerin SYBDÖ II puan ortalamaları kızlardan daha yüksek olarak saptanmıştır (Karadamar 2010).

Kefeli'nin Samsun Merkez'de 9-10-11-12. sınıflarda 378 öğrenci ile yaptığı kesitsel çalışmada kız öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt alanında erkek öğrencilerden, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt alanında kız öğrencilerden yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu, vücut ağırlığına yönelik değerlendirmede kendini normal hissetmenin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Kefeli 2010).

Uzun'un Aydın Merkez'de 2013-2014 eğitim öğretim yılında 9-10-11. Sınıflarda okuyan 625 öğrenci ile yaptığı çalışmada katılanların yaşa ve cinsiyete özgü beden kitle indeksleri sonucunda çalışılan grubun %12,3'ü fazla kilolu ve obez bulunmuştur. Çalışmada dikkat çeken bir diğer nokta ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve obezite arasında ilişki bulunamamış olmasıdır (Uzun 2014).

Dil ve arkadaşlarının Çankırı il merkezinde 2011 yılında 1001 öğrenci ile gerçekleştirdiği tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmada 9-10-11-12.sınıf öğrencileri ile çalışılmıştır. Yapılan çalışmada en yüksek puan kendini gerçekleştirme alt alanında, en düşük puan ise egzersiz alt alanındadır. Düzenli spor yapma sıklığının artması ile sağlık sorumluluğu, fiziksel etkinlik, beslenme, stres yönetimi alt başlık ve toplam puanlarının arttığı ($p<0,01$), annenin eğitim düzeyi arttıkça, kardeş sayısı azaldıkça ve aileyle yapılan etkinliklerin süreleri arttıkça SYBDÖ puanlarının da yükseldiği ($p<0,01$) saptanmıştır. Sigara içmeyen öğrencilerin içen öğrencilere nazaran, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, kendini gerçekleştirme alt başlıklarında ve toplam puanda daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p<0.01$) (Dil ve ark. 2015).

Yıldız ve arkadaşlarının Şanlıurfa Eyyübiye İlçesi'nde 2015-2016 yılları arasında 300 mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş genç üzerinde yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir çalışmada en yüksek puan kişilerarası işbirliği alt alanından, en düşük puan fiziksel aktivite alt alanından alınmıştır. Çalışmada erkek, bekar ve ilkokul mezunu olan ergenler daha yüksek puanlar almışlardır. Çalışma grubu ölçekten oldukça düşük puanlar almıştır. Sigara içenlerde fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanı düşük; düzenli beslenmeyenler ve çadırda yaşayan MTİ (Mevsimlik Tarım İşçisi)'lerin fiziksel aktivite alt boyut puanı düşük çıkmıştır (Yıldız ve Ersin 2017).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada Manisa Sarıgöl ilçesindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sıklığını belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri açıklamak amaçlanmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Manisa Sarıgöl İlçesi liselerinde okuyan lise 3 ve 4. sınıf öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları etkileyebilecek sosyo demografik özelliklerinin saptanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, Manisa Sarıgöl İlçesinde 2016-2017 Eğitim- Öğretim yılında Şubat-Nisan arasında liseye devam eden tüm (Anadolu Lisesi, İmam Hatip Lisesi, Mesleki Teknik Lise) 3 ve 4. sınıf öğrenciler üzerinde yürütülmüştür

5.4 ARAŞTIRMANIN EVREN ve ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, 2016-2017 Eğitim- Öğretim yılında ilçedeki tüm liselerde 3. ve 4. sınıfa devam eden öğrenciler oluşturmuştur. Evren Anadolu Lisesi(n=253), Sağlık Meslek Lisesi (n=132), İmam Hatip Lisesinde(n=75) okuyan toplam 460 öğrenciden oluşmuştur. Araştırmada örnek seçimi ve herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma evrenini oluşturan 460 öğrenciden 449 çalışmaya katılmış ve katılım oranı %97,6 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 5.1’de öğrencilerin araştırma örneklemine girme oranları görülmektedir.

Tablo 5.1. Liselere Göre Öğrencilerin Araştırma Örneklemine Girme Oranları

Özellik	Mevcut	Araştırmaya	Araştırmaya
Okul türü	öğrenci sayısı	katılan öğrenci sayısı	katılım oranı (%)
Anadolu Lisesi	253	243	96,0
Sağlık Meslek Lisesi	132	132	100,0
İmam Hatip Lisesi	75	74	98,7
Toplam	460	449	97,6

Anadolu Lisesinde 10 öğrenci, İmam Hatip Lisesinden 1 lise dördüncü sınıf öğrencisi anket çalışmalarının olduğu günlerde okulda olmadıkları görülmüştür. Sonrasında rehberlik servisine bırakılan anketleri doldurmak istemediklerini belirtmişlerdir.

5.5. HİPOTEZLER

1. Sağlıklı yaşam biçimi ve sosyo-demografik özellikler arasında farklılık vardır.
2. 11. Sınıfta okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları 12. Sınıfta okuyan öğrencilerden farklıdır.
3. Beslenme ve sağlıksız kilo kontrolü ile ilgili davranışların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi vardır.
4. Fiziksel aktivite ile ilgili davranışların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi vardır.
5. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile ilgili davranışların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi vardır.
6. Ergenlerde sağlığı geliştirme davranışları, onların eğitim almakta oldukları bölüme göre değişmemektedir.

5.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler; sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ve alt ölçekler puan ortalamaları olarak kabul edilmiştir.

Bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, doğum yeri, okul türü, yaşadığı yer, anne ve baba eğitimi ve mesleği, VKİ, kişisel ve ailesel kronik hastalık durumu, sağlık durumu, en son hekim görüşmesinin tarihi, en son diş hekimi görüşmesinin tarihi, alkol ve sigara içme davranışı olarak belirlenmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanmasında sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı sorular ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) ölçeğinden oluşan yapılandırılmış anket formu kullanılmıştır. Ön uygulama Sarıgöl Sağlık Meslek Lisesinde 2.sınıfta okuyan 30 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir.

5.7.1. Sosyodemografik Anket

Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, okul türü, sınıfı, su anda kaldığı yer, on iki yaşına kadar yaşadığı yer, kardeş sayısı, anne ve baba eğitimi, gelir durumu), sağlık durumu ve alışkanlıklar (sürekli kullanılan ilaç ve ailedeki kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, boy ve kilo, fiziksel aktivite durumu, rutin doktor kontrolü sıklığı, ders çalışma sıklığı, boş zamanlarda arkadaşlarla geçirme sıklığı, spor ve spor dışı faaliyetleri), yaşam kalitesi ve sağlık algısı ile ilgili sorulardan oluşmuştur.

5.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II

Anket formunun 2. bölümü Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sorularından oluşmuştur. Ölçek, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker, Sechrist ve Pender

(1987) tarafından geliştirilmiştir.(Walker ve ark. 1987) 1996 yılında Walker, Hill-Polerecky tarafından yeniden düzenlenmiştir. (https://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf. Erişim tarihi 25 Mayıs 2018) SYBDÖ II , 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir.

SYBDÖ II ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği ve güvenirliği Akça* tarafından yapılmıştır. Çalışmada 52 madde olan versiyonu kullanılmış, alpha değeri ise 0,90 olarak bulunmuştur. Alt faktörlerin alpha değerleri çalışmada 0,52-0,81 arasında değişen değerler almıştır.

(*Akça ŞA. Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi,1998, İzmir.)

Ölçeğin derecelendirmesi 4’lü likert tipidir. Skalası, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakika olan ölçeğin altı alt başlığı bulunmaktadır:

Sağlık sorumluluğu: Kişilerin kendi sağlıkları üzerinde aldıkları sorumluluğu ve bu sorumluluğa katılma düzeyini göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası: 3,9,15,21,27,33,39,45,51’ dir.

Fiziksel aktivite: Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için yapılması gereken egzersiz uygulamalarının ne düzeyde yapıldığını göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası: 4,10,16,22,28,34,40,46’dır.

Beslenme: Kişilerin besinlerini, öğünlerini seçerken ve düzenlerken uyguladıkları rutinleri göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası:2,8,14,20,26,32,38,44,50’dır.

Manevi gelişim: Kişinin yaşamdaki amacını, kendini geliştirme yeteneğini, sınırlarını ve doyum noktalarını ne derece bildiğini göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası: 6,12,18,24,30,36,42,48,52’dır,

Kişilerarası ilişkiler: Kişilerin çevreleriyle olan iletişimlerinin ve bu iletişimin sürekliliğinin düzeyini göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası: 1,7,13,19,25,31,37,43,49’dur.

Stres yönetimi: Kişinin stres düzeyinin belirlenmesini ve stresiyle baş ederken kontrol mekanizmalarına başvurma düzeyini göstermektedir. Ölçeğin alt başlığını sorularının numarası: 5,11,17,23,29,35,41,47'dir.

Ölçekten en düşük puan 52 , en yüksek puan 208 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin istenilen sağlık davranışını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

Araştırmanın verileri 15 Şubat-20 Mart 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Doldurulma süresi ortalama 20 dakikadır.

5.8.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrencilerin beyanlarına göre elde edilen boy ve kilo verilerine göre vücut kitle indeksi(VKİ), Ağırlık(kg) / Boy uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanmıştır. DSÖ sınıflaması temel alınarak; <18,5 olması zayıf, 18,5 - 24,99 arasında olması normal, 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu, 30,0 ve üzeri obez olarak değerlendirilmiştir. (<http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018)

Veriler Statistical Package for Social Science for Windows 15.0 (SPSS) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma), ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), homojen dağılmış gruplarda post –hoc Tukey testi ve çok değişkenli analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

5.9.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel ilkelere bağlı kalınmıştır.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayla ilgili Etik Kurul Onayı ve araştırmanın yapılabilmesi için Manisa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alındı. Veriler yapılandırılmış anket formu ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere okul rehber öğretmeni ve ders öğretmenlerinin yanında ders saati içinde anket uygulanmıştır. Öğrencilere anketler uygulanmadan önce, çalışmanın konusu, amacı ve yararları açıklanarak sözlü onamları alınmıştır.

5.10. ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMA ÇİZELGESİ

	2016		2017		2018
	Eylül- Kasım	Aralık - Şubat	Mart - Haziran	Haziran - Ocak	Şubat- Haziran
Literatürün taranması	X	X	X	X	X
Tez konusunun belirlenmesi	X				
Etik Kurul başvurusu		X			
İzinlerin alınması		X			
Veri toplama		X	X		
Verilerin analizi			X	X	
Tez yazımı				X	
Tez sunumu					X

5.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışma Etik Kurul izni alındıktan sonra, Manisa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden mühürlü şekilde onaylandı ve mühürlü soruların çoğaltılıp uygulanabilmesine izin verildi. Pilot çalışma yapılmış ama sorular üzerinde revizyon yapılamamıştır.

Öğrencilerin ders saatleri içerisinde, araştırmacı, ders öğretmenleri ve rehber öğretmenler eşliğinde anket çalışması yapıldığı için aynı gün anket çalışması okullarda bitirilememiştir.

Sadece üç ve dördüncü sınıflar değil tüm lise öğrencilerinin dahil edilmesi çalışmanın gücünü arttırabilirdi.

Okul idareleri anket çalışması için farklı günler belirlemiştir.

Bazı öğrenciler boy ve kilolarını bilemedikleri için BKİ tüm öğrencilerde hesaplanamamıştır.

Yaşam kalitesi algısı tek soru ile değerlendirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri kullanılması daha uygun olabilirdi.

Coğrafi olarak sınırları kontrol edilebilen, yaşayanların sirkülasyonun sınırlı olduğu bir alanda çalışmanın yapılması birçok risk faktöründen arınmış olmayı sağlamaktadır.

6. BULGULAR

6.1.SOSYODEMOGRAFİK BULGULARIN TABLOLARI

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 17,63 (16-18) yıldır. Öğrencilerin %58,8'i kadın, %54,1'i Anadolu Lisesi, %50,1'i 11 sınıf öğrencisiydi. %64,1'i ailesinin yanında kalmaktaydı. %51,0'ının on iki yaşına kadar köy veya bucakta yaşadığı, %87,3'ünün on iki yaşına kadar yaşadığı yerin Manisa ili olduğu ve %56,3'nün ailesinin gelirinin giderine eşit olduğunu belirtilmiştir (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Sayı	%
Yaş grubu	16	40	8,9
	17	267	59,5
	18	142	31,6
Cinsiyet	Erkek	185	41,2
	Kız	264	58,8
Okul türü	Anadolu Lisesi	243	54,1
	Sağlık Meslek Lisesi	132	29,4
	İmam Hatip Lisesi	74	16,5
Sınıfı	11.sınıf	225	50,1
	12.sınıf	224	49,9
Kaldığı yer	Aile yanı	288	64,1
	Yurt	128	28,5
	Arkadaşları ile evde	30	6,7
	Yalnız yaşıyorum	3	0,7
12 yaşına kadar yaşadığı yer	İl merkezi	24	5,3
	İlçe merkezi	196	43,7
	Bucak veya köy	229	51,0
12 yaşına kadar yaşadığı il	Manisa	392	87,3
	Denizli	18	4,0
	Diğer*	39	8,7
Gelir durumu	Gelir giderden az	120	16,9
	Gelir gider eşit	253	56,3
	Gelir giderden fazla	76	16,9
Toplam		449	100,0

*Diğer: İzmir (n=12), Uşak (n=6), Aydın (n=4), Afyon (n=3), Adana-Balıkesir-İstanbul-Kars-Kütahya'da ikiser, Ankara-Antalya- Konya-Muğla'da birer öğrencidir.

Tablo 6.1.2. Öğrencilerin anne, baba eğitimi ve kardeş varlığına göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Anne eğitimi	Okur yazar değil	28
	Okur yazar ancak okula gitmemiş	2
	İlkokul mezunu	262
	Ortaokul mezunu	84
	Lise	61
	Yüksekokul ve üzeri	12
Baba eğitimi	Okur yazar değil	2
	Okur yazar ancak hiç okula gitmemiş	2
	İlkokul mezunu	193
	Ortaokul mezunu	119
	Lise ve üzeri	101
	Yüksekokul ve üzeri	32
Kardeş varlığı	Var	402
	Yok	47
Kardeş sayısı	1 kardeş	94
	2 kardeş	194
	3 kardeş	72
	4 ve üzeri kardeş	42
Toplam		449

Araştırmaya katılanların %58,4'ünün annesinin ilkokul mezunu, %43,0'ünün babasının ortaokul mezunu, %89,5'inin kardeşinin olduğu saptandı.

Tablo 6.1.3. Öğrencilerin sağlık durumları ile ilişkili bazı özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Hekim tanımlı hastalık varlığı	Yok	425
	Var*	24
	Astım bronşit	6
	Alerji	4
	Migren	3
	Diğer**	11
Ailedeki kronik hastalık varlığı	Yok	256
	Var	193
Ailedeki kronik hastalığı***	Kalp hastalığı-hipertansiyon	70
	Diabet	39
	Astım-KOAH	50
	Depresyon	12
	Diğer ****	11

Rutin doktor kontrolü	Son 1 yıl içinde	220	49,0
	2 yıl ve daha uzun	64	14,3
	Hiç gitmedim	165	36,7
Rutin diş hekimi kontrolü	Son 1 yıl içinde	130	29,0
	2 yıl ve daha uzun süreli	161	35,9
	Hiç gitmedim	158	35,2

*Hastalık var olan cevapların % si üzerinden hesaplanmıştır.

**Diğer: 2 kişi anemi, 2 kişi gastrit, 2 kişi hipertansiyon, 2 kişi depresyon, 1 kişi eklem hastalığı, 1 kişi troid, 1 kişi diyabet olarak saptanmıştır.

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**** Diğer başlığı altında 7 kişinin şişmanlık, 4 kişinin kemik erimesi saptanmıştır.

Öğrencilerin %5,3 'ü hekim tanımlı bir hastalığı olduğunu belirtirken bu hastalıklardan astım bronşitin %25,0 ile en sık görülen hastalık olduğu, %42,9'unun ailesinde kronik bir hastalık olduğu %36,2 ile kalp hastalıkları ve hipertansiyonun ailede en sık görülen hastalıklar olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %36,7'sinin son bir yılda hiç doktora gitmediği, %35,2'sinin ise hiç diş hekimine gitmediği saptanmıştır.

Tablo 6.1.4. Sigara içme ve alkol kullanma davranışlarının dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Altı ay ve üzeri günde bir sigara içme durumu	Evet	276
	Hayır	173
Halen sigara içme durumu	Her gün bir veya daha fazla içiyor*	69
	Her gün olmamakla ara sıra*	39
	Bıraktı içmiyor*	65
Alkol kullanma	Hiç içmem	301
	İçerim	148
	Nadiren**	97
	Ayda birkaç kez **	26
	Haftada birkaç kez**	15
	Her gün**	10

*Sigara içenlerin içerisinde % alınmıştır.

** Alkol kullananların içerisinde % alınmıştır.

Öğrencilerin %61,5'inin sigara içmediği, %67,0'ının alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 6.1.5. Araştırma grubunun beslenme ve fizik aktivite durumuna göre dağılımı

Özellik	Değer	Sayı	Yüzde
Kilo	Biliyor	407	90,6
Ort $\pm$ ss (61,1 $\pm$ 11,01)	Bilmiyor	42	9,4
Boy	Biliyor	413	92
Ort $\pm$ ss (168,50 $\pm$ 8,85)	Bilmiyor	36	8
Kilo kontrolü yapma durumu	Evet *	307	68,4
	Hayır	142	31,6
	Arkadaş tavsiyesi*	14	4,6
Kilo kontrolü yapma nedeni	Vücut ağırlığının ölçülmesi*	86	28,1
	Kıyafetin dar gelmesi*	45	14,7
	Görünümünü beğenmeyen*	154	50,3
	Spor yapmak*	7	2,3
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	201	44,8
	Hayır	248	55,2
Son 12 ay içinde diyet yapma durumu	Evet	159	35,4
	Hayır	290	64,6
Son bir haftada terletecek fiziki aktivite durumu	Evet	232	51,7
	Hayır	217	48,3

*Kilo kontrolü yapan %'si kullanılmıştır.

Araştırma grubunun kilo ortalaması 61,1 $\pm$ 11,01 kg, boy uzunluğu ortalaması 168,50 $\pm$ 8,85 cm dir. Öğrencilerin %90,6'sı kilosunu bildiğini, %92'si boyunu bildiğini, %68,4'ü kilo kontrolü yaptığını, %44,8'i düzenli fiziki etkinlik yaptığını, %35,4'ü son on iki ayda diyet yaptığını, %51,7'si son bir haftada terletecek fiziki aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Kilo kontrolünün en çok %50,3 ile fiziki görüntüden memnun olmamalarından dolayı olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin vücudu ile ilgili düşüncesi ve beden kitle indeksi dağılımı Tablo 6.6'da gösterilmektedir.

Tablo 6.1.6. Araştırma grubunun vücudu ile ilgili imajı ve beden kitle indeksi ve aktivite sıklığına göre dağılımı

Özellik	Değer	Sayı	Yüzde
Vücudu ile ilgili düşünce	Çok zayıfım	13	2,9
	Zayıfım	76	16,9
	Uygun kilodayım	186	41,4
	Biraz kiloluyum	136	30,3
	Kiloluyum	38	8,5
Vücut kitle indeksi*	Zayıf	48	12,5
	Normal	281	73,2
	Kilolu	48	12,5
	Obez	7	1,8
Fiziksel aktivite yapma durumu	Evet **	232	51,68
	Hayır	217	48,32
Aktivite yapma sıklığı	Hergün**	74	31,9
	Haftada 1-2 gün**	90	38,8
	Haftada 3-4 gün**	68	29,4
	30-60 dk kadar**	159	68,5
Aktivite süresi	90-120 dk kadar**	51	22,0
	180 ve üzeri**	22	9,5

* Beden kitle indeksi hesabı 384 öğrenci için yapılabilmektedir. 65 öğrenci boy ya da kilosunu bilmemektedir.

**Fiziksel aktivite yaptığını ifade eden öğrencilerin %'si kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların %41,4'ü uygun kiloda olduğunu, %30,3'ü biraz kilolu olduğunu düşünmekteydi. Beden kitle indeksine göre %12,5'inin fazla kilolu olduğu ve %51,6'sının düzenli aktivite yaptığı, %48,32'si düzenli aktivite yapmadığı saptanmıştır. Düzenli fiziki aktivite yaptığını belirten öğrencilerin %53,4'ü spor faaliyeti yaptığı, %22,0'ı yürüyüş yaptığı saptanmıştır. Düzenli fiziki aktivite sıklığı olarak %44,8'i haftada 1-2 gün, %28,4 'ü haftada 3-4 gün olarak, aktivite süresi ile ilgili olarak %68,5'i haftada 30-60 dakika egzersiz yaptığını belirtmiştir.

Öğrencilerin sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısı dağılımı Tablo 6.1.7'de verilmiştir.

Tablo 6.1.7. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık algısı ve yaşam kalitesine göre dağılımı

	Özellik	Sayı	Yüzde
Sağlık algısı	Hiç hoşnut değil	23	5,1
	Biraz hoşnut	42	9,4
	Ne hoşnut ne hoşnut değil	145	32,3
	Epeyce hoşnut	135	30,1
	Çok iyi	104	23,2
Yaşam kalitesi algısı	Kötü	65	4,5
	Biraz kötü	70	15,6
	Ne iyi ne kötü	207	46,1
	Oldukça iyi	82	18,3
	Çok iyi	25	5,6

Çalışmaya katılan öğrencilerin %53,3'ü sağlığından hoşnut olduğunu, %23,9'ü yaşam kalitesinin iyi olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma grubunun cinsiyete göre sigara ve alkol kullanma dağılımı Tablo 6.1.8'de verilmiştir.

Tablo 6.1.8. Araştırma grubunun cinsiyete göre sigara ve alkol kullanma dağılımı

Özellikler	Kız (n:264)		Erkek (n:185)		Toplam (n=449)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Altı ay boyunca en az bir sigara içme durumu						
Hiç içmedi	205	77,7	71	38,4	276	61,5
Her gün	18	6,8	51	27,6	69	15,4
Arada bir	20	7,6	19	10,3	39	8,7
Bıraktı	21	8,0	44	23,8	65	14,5
Alkol kullanma durumu						
Hiç içmedi	213	80,7	88	47,6	301	67,0
Nadiren	42	15,9	55	29,7	97	21,6
Haftada birkaç kez	7	2,7	19	10,3	26	5,8
Ayda birkaç kez	1	0,4	14	7,6	15	3,3
Hergün	1	0,4	9	4,9	10	2,2

Kız öğrencilerin %77,7'si; erkek öğrencilerin %38,4'ünün hiç sigara içmemişken, kız öğrencilerin %6,8'i; erkek öğrencilerin 27,6'sı her gün sigara içtiğini

belirtmiştir. Kız öğrencilerin %80,7'si, erkek öğrencilerin %46,7'si hiç alkol kullanmamışken; kız öğrencilerin %15,9'u, erkek öğrencilerin %29,7'si nadiren alkol kullandığını belirtmiştir.

Sigara içme ve alkol kullanma durumlarının karşılaştırılması Tablo 6.1.9'da verilmiştir.

Tablo 6.1.9. Sigara içimine göre alkol kullanımı karşılaştırılması

		Alkol kullanma				Toplam	
		Kullanmıyorum		Kullanıyorum		Sayı	Yüzde
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sigara içme	Evet	60	19,9	113	76,4	173	38,5
	Hayır	241	80,1	35	23,6	276	61,5
Toplam		301	100,0	148	100,0	449	100,0

Sigara kullandığını belirten öğrencilerin %76,4'nün alkol de kullandığı saptanmıştır,

Araştırma grubunun okul türüne göre sigara ve alkol kullanma dağılımı Tablo 6.1.10'da verilmiştir.

Tablo 6.1.10. Araştırma grubunun okul türüne göre sigara ve alkol kullanım durumu

Özellikler	Anadolu Lisesi (n:273)		Sağlık Meslek Lisesi(n:132)		M İmam Hatip Lisesi(n:74)		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara içme durumu								
Hiç içmedim	148	60,9	85	64,4	43	58,1	276	61,5
Her gün	44	18,1	13	9,8	12	16,2	69	15,4
Arada bir	21	8,6	12	9,1	6	8,1	39	8,7
Bıraktım	30	12,3	22	16,7	13	17,6	65	14,5
Alkol kullanma durumu								
Hiç içmedim	152	62,6	93	70,3	56	75,7	301	67,0
Nadiren	55	22,6	29	22,0	13	17,6	97	21,6
Haftada birkaç kez	12	4,9	3	2,3	-	-	15	3,3
Ayda birkaç kez	15	6,2	6	4,5	5	6,8	26	5,8
Her gün	9	3,7	1	0,8	-	-	10	2,2

Anadolu Lisesinde okuyan öğrencilerin %60,9'u, Sağlık Meslek Lisesinde %64,4'ü, İmam Hatip Lisesinde okuyan öğrencilerin %58,1'i hiç sigara içmediğini belirtirken,

Anadolu Lisesi öğrencilerinin %18,1'i, Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin %9,8'i, İmam Hatip Lisesi öğrencilerinin %16,2'si her gün içtiğini belirtmiştir. Alkol kullanma sıklığında Anadolu Lisesi öğrencileri %62,6'sı, Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin %70,3'ü, İmam Hatip Liselerini %75,7'si hiç içmediğini belirtirken; Anadolu Lisesi öğrencilerinin %3,7'si, Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin %0,8'i, İmam Hatip Lisesi öğrencilerinin %0,0'ı her gün alkol kullandığını ifade etmektedirler.

Öğrencilerin sosyal ve eğitsel aktivitelere katılmalarına göre dağılımları Tablo 6.1.11'de gösterilmektedir.

Tablo 6.1.11. Araştırma grubunun sosyal ve eğitsel aktivitelere katılmalarına göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Günlük ders çalışma süresi		
0-2 saate kadar	268	59,9
2 ve üzeri saate kadar	180	40,1
Okuldan sonra arkadaşlarla geçirilen zaman		
Görüşmem	73	16,3
Görüşürüm	376	83,7
Haftada arkadaşlarla akşam dışarıda geçirilen zaman		
Hiç çıkmam	181	40,3
Bazen çıkarım	226	16,9
Her gece çıkarım	42	18,5
Düzenli spor aktivitesinde bulunma		
Hayır	303	67,5
Evet*	146	32,5
Yapılan spor aktivitesi		
Yürüyüş	27	18,6
Fitness	34	23,4
Voleybol	19	13,1
Futbol	44	30,3
Kick boks- Güreş	13	9,0
Diğer**	8	5,6
Düzenli spor dışı faaliyette bulunma		
Hayır	410	91,3
Evet	39	8,7
Yapılan spor dışı aktivite		
Dans	4	10,0
Müzik	16	40,0
Tiyatro	7	17,5
Telli çalgı	10	25,0
Satranç	3	7,5

*Evet yanıtı veren öğrenciler içinden hesaplama yapılmıştır.

**Diğer yanıtı veren sekiz öğrenciden 2 tanesi paten, 2 tanesi yüzme, 2 tanesi bisiklet binme, 2 tanesi dağcılık yaptığını belirtmiştir.

Öğrencilerin günlük ders çalışma süresi olarak %59,9'u 2 saate kadar ders çalıştığını belirtmiştir. Okuldan sonra arkadaşlarıyla vakit geçirme sıklığı sorusuna verilen

cevaplar açısından %16,3'ü hiç arkadaşlarıyla vakit geçirmediğini belirtmiştir. Öğrencilerin %18,6'sı yürüyüş, %23,4'ü fitness, %30,3'ü futbol, %13,1'i voleybol, %9,0'ı güreş ve kick boks yaptığını ifade etmiştir. Spor dışı aktivite dağılımına göre öğrencilerin %10,0'ı dans, %40,0'ı müzik, %17,5'i tiyatro, %25,0'ı telli çalgı, %7,5'i satranç ile ilgilendiği saptanmıştır.

6.2. SYBDÖ II ile ilgili bulguların dağılımları

Çalışmaya katılan öğrencilerin SYBDÖ 'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımını Tablo 6.2.1'de verilmiştir.

Tablo 6.2.1 SYBDÖ II'den alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile puan ortalamaları

Alt alan	Ortalama	Standart sapma (ss)	Min	Max
Sağlık sorumluluğu	17,81	4,78	9,00	33,00
Fizik aktivite	16,09	5,37	8,00	32,00
Beslenme	19,87	4,72	10,00	36,00
Manevi gelişim	25,57	5,14	10,00	36,00
Kişiler arası ilişkiler	24,48	5,22	9,00	36,00
Stres yönetimi	18,89	4,34	8,00	31,00
Toplam puan	122,75	22,12	69,00	187,00

Sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 17,81 $\pm$ 4,78, fizik aktivite alt boyut puan ortalaması 16,09 $\pm$ 5,37, beslenme alt boyut puan ortalaması 19,87 $\pm$ 4,72, manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,57 $\pm$ 5,14, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 24,48 $\pm$ 5,22, stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 18,89 $\pm$ 4,34 ve toplam puan ortalaması 122,75 $\pm$ 22,12 olarak saptanmıştır.

SYBDÖ toplam puan ve alt alan puanlarının okul çeşidi ve yaşa göre dağılımı Tablo 6.2.2'de verilmiştir.

Tablo 6.2.2. Okul çeşidi ile yaşa göre SYBDÖ toplam puan ve alt boyut puanları

Özellik			Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişiler ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Okul Türü	Anadolu Lisesi ¹ (n=243)		17,27±4,64	15,70±5,11	19,92±4,49	25,72±5,37	24,54±5,23	18,59±4,44	121,76±22,14
	Sağlık lisesi ² (n=132)		19,26±4,95	17,29±5,91	19,72±5,37	25,62±4,84	24,62±5,19	19,59±4,20	126,12±22,57
	İmam hatip ³ (n=74)		17,01±4,41	15,21±4,88	19,98±4,25	25,01±4,90	24,05±5,27	18,66±4,18	119,94±20,77
	p		0,00	0,007	0,90	0,57	0,73	0,092	0,093
Post Hoc-Tukey			3<1<2	3<1<2					
Yaş grubu	16 ¹ (n=40)		18,65±5,63	15,90±5,39	18,90±5,26	24,92±5,42	23,42±5,09	18,40±4,84	120,20±26,82
	17 ² (n=267)		17,77±4,78	16,07±5,46	19,86±4,91	25,73±4,81	24,48±5,24	18,92±4,36	122,86±22,01
	18 ve üstü ³ (n=142)		17,65±4,53	16,17±5,37	20,18±4,16	25,47±5,64	24,79±5,22	18,97±4,18	123,26±20,95
	p		0,49	0,95	0,31	0,62	0,34	0,74	0,73
PostHoc- Tukey			3<2<1		1<2<3		1<2<3		

Katılımcıların öğrenim gördükleri okullara göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte SYBDÖ alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde sağlık sorumluluğu ($p<0,05$) ve fiziksel aktivite ($p<0,05$) puan ortalamalarının öğrenim görülmekte olan okul türüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Buna bağlı olarak sağlık sorumluluğu dikkate alındığında Sağlık Meslek Liselerinde sağlık sorumluluğu boyutu puan ortalamasının diğer okul türlerine göre daha yüksek olduğu, İmam Hatip Liselerinde ise en düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Post hoc test sonucuna göre sağlık sorumluluğu boyutunda farklılık yaratan lise türünün Sağlık Meslek Lisesi olduğu saptanmıştır. Fizik aktivite alt alanında Sağlık Meslek Lisesi puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu, İmam Hatip Lisesinin ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Fizik aktivite boyutunda farklılık yaratan lise türünün Sağlık Meslek Lisesi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yaş gruplarına göre SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Cinsiyet ve sınıflara göre SYBDÖ den alınan puan ortalamaları Tablo 6.2.3’de verilmiştir.

Tablo 6.2.3. Cinsiyet ve sınıflara göre SYBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Sınıf	11.Sınıf(n=225)	17,83±4,83	16,18±5,64	19,18±5,00	25,63±5,08	23,89±5,28	18,75±4,66	121,48±23,48
	12.Sınıf(n=224)	17,79±4,73	16,00±5,10	20,57±4,32	25,52±5,21	25,08±5,10	19,04±4,00	124,02±20,63
	p	0,930	0,045	0,024	0,732	0,835	0,009	0,042
Cinsiyet	Erkek (n=185)	17,81±4,75	18,15±5,81	20,04±4,76	26,76±5,11	24,64±5,03	19,38±4,47	126,80±22,33
	Kız(n=264)	17,81±4,80	14,64±4,52	19,76±4,70	24,75±5,00	24,37±5,36	18,55±4,23	119,90±21,55
	p	0,980	<0,001	0,530	<0,001	0,590	0,040	0,001

12. sınıfların SYBDÖ toplam puan, beslenme, stres yönetimi alt alan puan ortalamalarının 11. sınıflardan daha yüksek, fizik aktivite puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Cinsiyet göz önüne alındığında erkeklerin fizik aktivite alt boyutu, manevi gelişim alt boyutu ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalamalarının kızlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Öğrencilerin kaldığı yer ve on iki yaşına kadar yaşadığı yere göre SYBDÖ den aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.2.4' de verilmiştir.



Tablo 6.2.4. Öğrencinin kaldığı yer ve on iki yaşına kadar yaşadığı yere göre SYBDÖ II'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Kaldığı yer	Aile yanı ¹ (n=288)	17,90±5,04	16,17±5,39	20,17±4,79	25,48±5,44	24,55±5,34	18,92±4,47	123,21±23,15
	Yurtta ² (n=128)	17,46±3,96	15,50±4,65	19,27±4,06	25,76±4,48	24,27±4,91	18,84±4,13	121,13±19,00
	Arkadaşlarıyla - yalnız ³ (n=33)	18,36±5,38	17,66±7,29	19,66±6,21	25,69±4,94	24,72±5,43	18,84±4,16	124,96±24,26
	p	0,547	0,110	0,196	0,867	0,847	0,982	0,565
On iki yaşına kadar yaşadığı yer	İl merkezi (n=24)	19,29±5,22	19,66±6,73	19,00±5,42	26,00±7,05	25,87±5,79	19,83±4,82	129,66±25,06
	Köy-bucak-ilçe (n=420)	17,73±4,74	15,89±5,22	19,92±4,68	25,55±5,02	24,40±5,18	18,84±4,31	122,36±21,91
	p	0,326	0,090	0,194	0,005	0,374	0,564	0,231

Öğrencilerin kaldıkları yere göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Öğrencilerin on iki yaşına kadar yaşanılan yere göre SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte manevi gelişim alt alan puan ortalamaları on iki yaşına kadar il merkezinde yaşayanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır.

Anne ve babanın eğitim durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları Tablo 6.2.5’de gösterilmiştir.



Tablo 6.2.5. Annenin ve babanı eğitim durumuna ve kardeş varlığına göre SYBD II ölçeği puan ortalamaları dağılımı

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Babanın eğitim durumu	İlkokul ve altı (n=197)	17,85±4,69	15,76±5,14	20,03±4,52	25,64±5,05	24,61±5,26	18,97±4,28	122,87±21,66
	Ortaokul ve üzeri (n=252)	17,78±4,85	16,35±5,53	19,75±4,87	25,53±5,22	24,38±5,20	18,83±4,40	122,65±22,50
	p	0,607	0,460	0,124	0,384	0,683	0,291	0,298
Annenin eğitim durumu	Okur yazar ve altı ¹ (n=30)	17,03±4,21	15,36±6,11	18,60±4,99	24,60±5,81	24,23±5,91	18,10±4,01	117,93±24,75
	ilkokul ² (n=262)	17,65±4,45	15,51±4,93	19,74±4,33	25,76±4,88	24,51±5,07	18,77±4,39	121,96±20,46
	Ortaokul ve üzeri ³ (n=157)	18,23±5,37	17,19±5,77	20,34±5,23	25,45±5,43	24,49±5,36	19,26±4,31	124,98±24,08
	p PostHoc-Tukey	0,315	0,006 1=2<3	0,140	0,446	0,962	0,312	0,186
Kardeş varlığı	Yok(n=47)	18,76 ±5,20	18,06±6,19	20,74±5,11	25,66±4,77	24,55±5,83	18,97±4,57	126,76±25,40
	Var(n=402)	17,70±4,72	15,86±5,22	19,77±4,67	25,57±5,18	24,48±5,15	18,88±4,32	122,28±21,69
	p	0,295	0,027	0,932	0,443	0,255	0,776	0,332

Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna göre SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlarda göz önüne alındığında tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Grubun annelerinin eğitim durumuna göre SYBDÖ den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte fizik aktivite alt başlığındaki puana bakıldığında; annesi ortaokul ve üzeri eğitim gören öğrencilerin puan ortalamalarının, okur yazar olmayan ve sadece okur yazar olanların puan ortalamalarında yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Farklılığı yaratan seçeneğin ortaokul ve üzeri eğitim olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin kardeş varlığına göre SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte kardeşi olmayanların fizik aktivite alt başlığından daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($p<0,05$).

Ailenin gelir durumuna göre SYBDÖ II'den aldıkları puanlar Tablo 6.2.6'da verilmiştir.

Tablo 6.2.6. Ailenin gelirine göre SYBDÖ II'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişiler arası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Ailenin geliri	Gelir fazla ¹ (n=76)	16,98±4,54	17,55±5,44	19,77±4,04	25,82±6,09	24,36±5,86	18,19±4,77	122,71±22,71
	Gelir az ² (n=120)	17,96±4,85	15,50±5,15	20,06±4,99	25,85±4,78	24,97±5,23	19,15±4,07	123,51±22,03
	Gelir gidere eşit ³ (n=253)	17,99±4,81	15,93±5,39	19,81±4,79	25,37±5,00	24,29±5,01	18,98±4,33	122,39±22,06
	p Post Hoc- Tukey	0,254	0,026 1=2<3	0,875	0,624	0,488	0,289	0,902

Öğrencilerin ailelerinin gelir durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Geliri giderinden fazla olanların fizik aktivite alt alan puan ortalamaları diğer iki gruptan yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Öğrencilerin ve ailelerinin kronik hastalık varlığı ve alışkanlıkları ile ilgili SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.2.7'de verilmiştir.



Tablo 6.2.7. Öğrencilerin ve ailelerinin kronik hastalık varlığı ve öğrencilerin alışkanlıklarına göre SYBDÖ II'den toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Ailenin kronik hastalığı	Var(n=120)	18,38±5,42	16,10±5,16	20,01±4,66	25,31±5,36	24,45±5,22	19,05±4,32	123,32±22,50
	Yok(n=329)	17,60±4,51	16,09±5,45	19,82±4,75	25,67±5,06	24,49±5,23	18,84±4,36	122,54±22,00
	p	0,007	0,182	0,836	0,753	0,786	0,979	0,627
Kronik hastalık durumu	Var(n=28)	18,07±3,00	14,46±3,68	19,42±3,98	24,50±4,16	23,92±5,40	18,17±3,67	118,57±14,94
	Yok(n=421)	17,79±4,87	16,20±5,45	19,90±4,77	25,65±5,19	24,52±5,21	18,94±4,38	123,02±22,50
	p	0,013	0,020	0,216	0,222	0,891	0,301	0,019
Altı ay ve daha uzun sigara içme durumu	Evet(n=173)	17,60±4,79	15,34±5,01	19,63±4,46	25,24±5,41	24,17±5,72	18,75±4,54	122,71±23,09
	Hayır(n=276)	17,94±4,77	17,29±5,71	20,02±4,88	25,78±4,96	24,68±4,88	18,98±4,22	122,77±21,52
	p	0,398	0,023	0,613	0,240	0,020	0,121	0,211
Alkollü içecek içme durumu	Evet (n=301)	17,94±4,89	15,44±4,97	20,02±4,87	25,48±5,08	24,40±5,11	18,76±4,24	122,07±21,96
	Hayır (n=148)	17,56±4,55	17,40±5,91	19,57±4,40	25,74±5,27	24,66±5,45	19,16±4,55	124,11±22,45
	p	0,777	0,005	0,558	0,574	0,258	0,129	0,458

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendisinde ve ailelerinde kronik hastalık varlığına göre SYBDÖ II puan ortalamalarına bakıldığında hekim tanılı kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu alt alan puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlardan daha fazla olduğu, fizik aktivite puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Altı ay ve daha uzun süre sigara içtiğini belirten öğrencilerin fiziksel alt alan puan ortalamaları içmeyenlerden daha yüksek, kişilerarası ilişkiler alt alan puan ortalamaları ise daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin alkollü içecekleri içme durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları incelendiğinde alkol kullandığını belirtenlerin fiziksel alt alan puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Öğrencilerin vücut algıları, kilo kontrolü ve fizik aktivite yapma durumuna göre SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.2.8'de gösterilmektedir.

Tablo 6.2.8. Vücut algıları, kilo kontrolü ve fizik aktivite yapma durumuna göre SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Vücudu ile ilgili düşünce	Zayıfım ¹ (n=89)	17,15±3,68	15,19±5,04	19,01±3,81	25,82±4,56	24,47±5,01	19,03±4,40	120,68±17,99
	Normalim ² (n=186)	18,21±5,21	16,97±5,84	20,21±4,96	26,45±5,05	24,64±5,14	19,15±4,22	125,66±22,92
	Şişmanım ³ (n=174)	17,72±4,77	15,60±4,87	19,95±4,84	24,51±5,34	24,32±5,43	18,55±4,41	120,69±22,90
	p Post Hoc-Tukey	0,218	0,011	0,136	0,001	0,847	0,411	0,064
Kilo kontrol etme durumu	Evet	18,34±4,98	16,84±5,53	20,31±4,75	26,17±5,04	24,92±5,34	19,50±4,39	126,10±22,27
	Hayır	16,66±4,10	14,47±4,63	18,93±4,53	24,29±5,14	23,54±4,84	17,59±3,94	115,50±20,02
	p	0,017	0,019	0,922	0,716	0,304	0,192	0,234
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	19,07±5,00	19,71±5,02	21,46±4,95	27,13±5,11	25,30±5,06	20,24±4,24	132,94±21,00
	Hayır	16,79±4,33	13,16±3,55	18,58±4,11	24,31±4,81	23,82±5,26	17,80±4,12	114,49±19,42
	p	0,004	<0,001	0,013	0,887	0,675	0,704	0,261
Terletecek egzersiz yapma durumu	Evet	18,52±4,53	18,45±5,35	20,91±4,78	26,39±4,97	24,85±5,00	19,59±4,13	128,73±20,52
	Hayır	17,05±4,92	13,57±4,10	18,76±4,40	24,71±5,19	24,09±5,43	18,14±4,44	116,35±22,02
	p	0,543	<0,001	0,419	0,316	0,203	0,325	0,512

Son bir içinde diyet yapma durumu	Evet	18,71±4,87	17,00±5,44	21,42±4,85	24,95±4,94	24,02±5,28	18,95±4,04	125,08±22,40
	Hayır	17,32±4,66	15,59±5,27	19,02±4,43	25,92±5,22	25,92±5,22	18,86±4,50	121,47±21,89
	p	0,401	0,780	0,540	0,597	0,655	0,035	0,567
Rutin doktor kontrolü ne gitme durumu	Yıl içinde ¹ (n=220)	18,64±4,91	16,57±5,23	20,37±4,83	25,70±5,13	24,84±4,82	19,33±4,28	125,48±20,91
	2 veya daha uzun süre ² (n=64)	17,81±4,96	15,82±5,37	19,62±4,87	24,84±6,13	24,31±6,55	18,28±4,88	120,70±27,04
	Gitmedim ³ (n=165)	16,70±4,31	15,55±5,52	19,30±4,46	25,69±4,71	24,07±5,15	18,55±4,17	119,89±21,24
	p	<0,001	0,164	0,081	0,467	0,348	0,101	0,035
	Post Hoc- Tukey	3<2<1						3<2<1
Rutin dış hekim kontrolü ne gitme durumu	Bir yıl içinde ¹ (n=130)	18,72±4,91	16,30±5,64	19,68±4,89	25,37±5,59	24,50±5,16	18,63±4,91	123,23±23,79
	2 veya daha uzun süre ² (n=161)	17,80±4,78	15,95±5,09	20,04±4,86	25,75±4,71	24,84±5,27	18,90±4,11	123,31±22,20
	Gitmedim ³ (n=158)	17,07±4,57	16,05±5,44	19,86±4,45	25,56±5,19	24,11±5,22	19,10±4,08	121,77±20,65
	p	0,014	0,853	0,813	0,821	0,459	0,668	0,791
	Post Hoc- Tukey	3<2<1						

Vücudu ile ilgili düşüncelerine göre kendinin normal ölçülere sahip olduğu belirtenlerin fizik aktivite ve manevi gelişim alt alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kilo kontrolü yaptığını belirtenlerin sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmaya katılanlardan düzenli fiziksel aktivite yaptığını belirtenlerin sağlık sorumluluğu, fizik aktivite ve beslenme alt alan puan ortalamalarının, son altı haftada terletecek egzersiz yaptığını belirtenlerin fizik aktivite alt alan puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Rutin olarak hekim kontrolüne gittiğini ve rutin dış hekim kontrolüne gittiğini belirtenlerin düzenli kontrole gitmediğini belirtenlere göre sağlık sorumluluğu alt alan puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Okul dışındaki sosyal yaşantılarına göre SYBDÖ II' den aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 6.2.9'da verilmiştir.

Tablo 6.2.9. Okul dışındaki sosyal yaşantılarına göre SYBDÖ II'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişilerarası ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Ders çalışma saati	0-2 saat r(n=271)	17,95±4,73	16,58±5,46	19,73±4,72	25,36±5,04	24,32±5,13	18,94±4,25	122,91±21,82
	2 ve üzeri (n=178)	17,60±4,86	15,34±5,15	20,08±4,72	25,89±5,28	24,73±5,36	18,82±4,49	122,50±22,62
	p	0,998	0,625	0,723	0,504	0,725	0,553	0,619
Arkadaşlarla zaman geçirme durumu	Görüşmem(n=73)	15,05±3,49	12,94±3,95	18,24±4,51	23,08±5,00	21,06±5,16	16,57±3,95	106,97±17,58
	Görüşürüm(n=376)	18,63±4,99	16,61±5,45	20,39±4,84	26,07±4,90	25,10±4,90	19,32±4,32	126,14±21,86
	p	0,003	0,003	0,155	0,874	0,887	0,303	0,058
Akşamları arkadaşlarla dışarı çıkma durumu	Hiç çıkmam ¹ (n=181)	16,74±4,29	14,21±4,40	18,62±4,48	24,36±4,98	23,25±5,24	17,76±4,16	114,97±19,67
	Bazen çıkarım ² (n=226)	18,62±4,98	17,01±5,48	20,79±4,81	26,48±5,04	25,28±4,89	19,62±4,29	127,83±21,94
	Her gece çıkarım ³ (n=42)	18,07±4,88	19,23±5,89	20,35±4,10	25,88±5,41	25,47±5,89	19,88±4,42	128,90±23,56
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Post Hoc- Tukey	1<3<2	1<2<3	1<3<2	1<3<2	1<2<3	1<2<3	1<2<3
Spor yapma durumu	Evet(n=146)	18,91±4,97	20,58±5,17	20,97±4,89	27,65±5,14	25,13±5,23	20,52±4,22	133,78±20,76
	Hayır(n=303)	17,28±4,60	13,93±3,94	19,34±4,55	24,57±4,83	24,17±5,19	18,11±4,18	117,43±2,77
	p	0,078	<0,001	0,452	0,879	0,883	0,775	0,888
Spor dışı etkinlik durumu	Evet(n=39)	19,28±4,23	18,76±5,62	20,76±4,53	27,41±5,12	26,38±5,07	20,94±4,03	133,56±20,61
	Hayır(n=410)	17,67±4,81	15,83±5,28	19,79±4,73	25,40±5,11	24,30±5,20	18,70±4,32	121,72±22,00
	p	0,598	0,768	0,448	0,782	0,934	0,383	0,537

Öğrencilerin ders çalışma sürelerine göre SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). SYBDÖ II alt boyutları ayrı ayrı incelendiğinde de hiçbir alt grupta anlamlı farklılık yoktur.

Boş zamanlarında arkadaşlarıyla zaman geçirdiğini belirten öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve fizik aktivite alt alan puanları daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Akşamları arkadaşlarıyla dışarı çıktığını belirten öğrencilerin toplam puan ve tüm alt alan puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Düzenli spor aktivite yapan öğrencilerin SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte fizik aktivite puanları dikkate alındığında 'düzenli spor aktivite yaparım' diyen öğrencilerin 'yapmam' diyen öğrencilerden yüksektir ($p<0,05$).

Düzenli spor aktivitesi dışı etkinliklere katılma durumuna göre öğrencilerin SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sağlık algısı ve yaşam kalitesine göre SYBDÖ II'den aldıkları ortalamalar Tablo 6.2.10'da gösterilmiştir.

Tablo 6.2.10. Sağlık algısı ve yaşam kalitesi göre SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puanları puan ortalamaları

Özellik		Sağlık sorumluluğu Ort ±ss	Fizik aktivite Ort ±ss	Beslenme Ort ±ss	Manevi gelişim Ort ±ss	Kişiler ilişkiler Ort ±ss	Stres yönetimi Ort ±ss	Toplam puan Ort ±ss
Sağlık hoşnutluğu	Hiç veya az ¹ (n=65)	16,64±4,50	14,55±4,88	18,26±4,18	21,76±5,06	21,43±5,38	16,15±3,85	108,81±20,79
	Ne hoşnut, ne değil ² (n=145)	17,24±4,75	15,19±4,87	19,65±4,03	24,51±4,57	24,11±4,63	18,34±4,07	119,06±19,28
	Hoşnudum ³ (n=239)	18,48±18,48	17,05±5,60	20,45±5,13	27,25±4,76	25,54±5,17	19,97±4,25	128,77±21,95
	p	0,005	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Post Hoc- Tukey	1<2<3	1<2<3	1<2<3	1<2<3	1<2<3	1<2<3	1<2<3
Yaşam kalitesi	Çok kötü-kötü ¹ (n= 135)	16,37±4,25	14,61±4,80	18,81±4,30	23,78±5,39	23,07±5,57	17,40±4,48	114,07±20,83
	Ne iyi ne kötü ² (n=207)	18,06±4,65	15,82±4,99	19,58±4,58	25,23±4,68	24,68±4,82	18,64±3,87	122,04±20,19
	İyi –çok iyi ³ (n=107)	19,14±5,20	18,47±5,98	21,77±19,87	28,50±4,38	25,89±5,12	21,26±4,08	135,05±21,83
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	PostHoc- Tukey	1<2=3	1=2<3	1=2<3	1<2<3	1<2=3	1<2<3	1<2<3

Tablo 6.2.11. SYBDÖ II ve sosyo-demografik özelliklerin ilişkisi

Özellikler	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam puan
Yaş							
Cinsiyet		+		+		+	+
Okul türü	+	+					
Sınıf		+	+			+	+
Kaldığı yer							
12 yaşına kadar yaşadığı yer				+			
Gelir durumu		+					
Anne eğitimi		+	+				
Baba eğitimi							
Kardeş varlığı		+					
Kardeş sayısı							
Hekim tanıı hastalık varlığı	+	+					+
Ailede kronik hastalık varlığı							
Rutin doktor kontrolü	+						+
Rutin diş hekimi kontrolü	+						
Altı ay ve üzeri sigara içme		+			+		
Alkol içme durumu							
Kilo kontrolü yapma davranışı		+				+	
Düzenli fiziksel aktivite yapma	+		+				
Diyet yapma							
Son hafta terletecek egzersiz yapma							
Vücudu ile ilgili düşüncesi		+		+			
BKİ							
Okul dışı arkadaşlarla görüşme	+	+					
Akşamları dışarı çıkma durumu	+	+	+	+	+	+	+
Sağlık algısı	+	+	+	+	+	+	+
Yaşam kalitesi algısı	+	+	+	+	+	+	+

SYBDÖ II toplam puan ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analizine göre rutin doktor kontrolüne giden, akşamları arkadaşlarıyla dışarı çıkan, yaşam kalitesini iyi olarak belirten, sağlığından hoşnut olanların toplam puanları daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II toplam puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.12’de verilmiştir.

Tablo 6.2.12. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II toplam puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Rutin doktor kontrolüne gitme	-0,123	0,004
Akşamları dışarı çıkma	0,206	<0,001
Yaşam kalitesi iyi olma	0,216	<0,001
Sağlığından hoşnut olma	0,222	<0,001

Sağlık sorumluluğu alt alan puan ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve yaşam kalitesi, rutin doktor kontrolüne gitme, rutin diş hekimi kontrolüne gitme, kilo kontrolü yapma, düzenli fizik aktivite yapmanın sağlık sorumluluğu puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.13’de gösterilmektedir. Bu değişkenlerden yaşam kalitesinin iyi olması sağlık sorumluluğu alt puanını pozitif yönde anlamlı olarak etkilerken, rutin doktor kontrolüne gitme, rutin diş hekimi kontrolüne gitme, kilo kontrolü yapma, düzenli fizik aktivite yapma değişkeni sağlık sorumluluğu alt puanını negatif yönde anlamlı olarak etkilediği söylenebilir.

Tablo 6.2.13. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Rutin doktor kontrolüne gitme	-0,158	0,001
Yaşam kalitesi iyi olma	0,106	0,033
Rutin diş hekimine gitme	-0,094	0,038
Kilo kontrolü yapma durumu	-0,128	0,004
Düzenli fiziki etkinlik yapma	-0,151	0,002

Fizik aktivite alt alan puanı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analiz

sonuçlarına göre SYBDÖ II fiziksel aktivite alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.14’de gösterilmiştir. Bu değişkenlerden hekim tanılı hastalık varlığı, anne eğitimi, akşamları dışarı çıkma, yaşam kalitesi algısı, cinsiyet değişkenleri fiziksel aktivite alt puanını pozitif yönde anlamlı olarak etkilerken; kilo kontrolü yapma, kardeş varlığı değişkeni fiziksel aktivite alt puanını negatif yönde anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır.

Tablo 6.2.14. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II fiziksel aktivite alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Hekim tanılı hastalık varlığı	0,109	0,009
Kilo kontrolü yapma durumu	-0,246	0,001
Cinsiyet (kız)	-0,196	0,001
Anne eğitimi	0,085	0,041
Kardeş varlığı	-0,106	0,012
Boş zamanlarda arkadaşlarla buluşma	0,084	0,083
Yaşam kalitesi algısı	0,192	0,001
Sigara içme durumu	-0,081	0,081

Beslenme alt alan puanı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analiz sonuçlarına göre SYBDÖ II beslenme alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.15’de gösterilmiştir. Bu değişkenlerden, sınıf ve yaşam kalitesi değişkenleri beslenme alt başlığını pozitif yönde anlamlı olarak etkilerken, düzenli fizik aktivite yapma durumu değişkeni beslenme alt başlığını negatif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

Tablo 6.2.15. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II beslenme alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Sınıfı	0,171	0,000
Düzenli fizik aktivite yapma durumu	-0,266	<0,001
Yaşam kalitesi	0,168	<0,001

Manevi gelişim alt alan puanı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analiz sonuçlarına göre SYBDÖ II manevi gelişim alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.16’da gösterilmiştir. Bu değişkenlerden yaşam kalitesi iyi olan, sağlığından

hoşnut olanların manevi gelişim alt alan puanları daha yüksek, kızlarda manevi gelişim alt başlığında anlamlı olarak daha düşük puan almıştır.

Tablo 6.2.16. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II manevi gelişim alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Cinsiyet	-0,108	0,013
Yaşam kalitesi	0,198	<0,001
Sağlığından hoşnut olma	0,294	<0,001

Kişilerarası ilişkiler alt alan puanı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analiz sonuçlarına göre SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.17’de gösterilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde akşamları arkadaşlarıyla dışarı çıkma, sağlığından hoşnut olma değişkenleri kişilerarası ilişkiler alt puanlarını pozitif yönde anlamlı olarak etkilemektedir.

Tablo 6.2.17. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Akşamları dışarı çıkma durumu	0,166	0,001
Sağlık hoşnutluğu	0,206	<0,001

Stres yönetimi alt alan puanı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı olduğu görülen değişkenlerden lineer regresyon modeli oluşturulmuş ve lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II stres yönetimi alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler Tablo 6.2.18’de verilmiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde akşamları dışarı çıkma, yaşam kalitesinin iyi olması, sağlığından hoşnut olmanın stres yönetimini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir.

Tablo 6.2.18. Lineer regresyon analizi sonucunda SYBDÖ II stres yönetimi alt puanlarıyla ilişkili bulunan faktörler

Değişken	Beta	p
Akşamları dışarı çıkma durumu	0,137	0,002
Yaşam kalitesi algısı	0,216	<0,001
Sağlık hoşnutluğu	0,208	<0,001

7.TARTIŞMA

Ergenlerin sağıklarını geliştirmek için yeterli ve dengeli beslenmesi, düzenli fizik aktivite yapması, bireysel olarak sağık sorumluluğunu alması, kimliğini bulması, kendini gerçekleştirmesi, psikososyal olgunlaşması ve stresle etkili baş etmesi gerekmektedir. Bu davranışların kazanılması bireyin eğıtim durumu, aile yapısı, sosyal, çevresel ve kültürel özelliklerle ilişkilidir. Yapılan alışmalar sosyo-demografik özelliklerin sağığı geliştirme davranışlarını etkilediğini göstermektedir. (Karadamar 2014; Kefeli 2010; Uzun 2014; Dil ve ark, 2015; Jin Won ve ark, 2015; Bi ve ark, 2014; Yıldız ve Ersin 2017)

Çalışmamızın bağımlı değışkenlerinin sayısının çok olması nedeniyle tartışma SYBDÖ toplam ve alt alanlar olacak şekilde düzenlenmiştir.

7.1.SAğıKLI YAşAM BIİMİ DAVRANIşLARI ÖLÇEĞİ TOPLAM PUAN

Çalışmada, sağıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren SYBDÖ II toplam puanı $122,75 \pm 22,12$ olarak bulunmuştur. Bu bulgu aynı ölçek kullanılarak yapılan Karadamar ve arkadaşlarının Adana ili Seyhan İlçesindeki liselerde 9. Sınıfta okuyan öğrencilerde çalışmada $126,4 \pm 19,5$, Kefeli'nin Samsun merkez 9-10-11-12, Sınıfta okuyan öğrencilerde yürüttüğü çalışmada $126,3 \pm 18,2$, Uzun'un Aydın merkez 9-10-11, Sınıfta okuyan 625 ğrenci ile yaptığı çalışmada $129,5 \pm 21,9$, Dil ve arkadaşlarının ankırı İl merkezindeki yaptığı 9-10-11-12, Sınıfta okuyan 1001 ğrenci ile yaptığı çalışmada $128,0 \pm 19,1$, Yıldız ve Ersin'in şanlıurfa Eyyübiye İlçesi'nde mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş 300 gençle yaptığı çalışmada $96,66 \pm 1,69$, Bi ve arkadaşlarının Çin'de 'sağıklı' 2542, 'SSD' 6234 ve 'hastalıklı' 2368 toplamda 11144 niversite ğrencisi ile yaptıkları çalışmada SSD ğrencilerinin puanı $121,96 \pm 18,61$ olarak saptanmıştır. (Kefeli 2010; Karadamar ve ark. 2014; Uzun 2014; Bi ve ark, 2014; Dil ve ark, 2015; Yıldız ve Ersin 2017)

Çalışmanın bulgusu orta düzeyde, aynı yaş grubu ve okul özelliklerindeki çalışmalara benzer olarak değerlendirilmiştir.

SYBDÖ II ölçeği toplam puan üzerinde tek değişkenli analizlerde anlamlı olarak bulunan değişkenlerden oluşturulan lineer regresyon modelinde sınıf, cinsiyet, hekim tanıli hastalık, rutin doktor kontrolüne gitme, akşamları dışarıya çıkma, yaşam kalitesi, sağlık hoşnutluğu toplam puanı etkileyen değişkenler olarak saptanmıştır,

Limnili'nin İzmir'de Balçova Bölgesi 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde yaptığı çalışmasında alt sınıfta olmanın SYBDÖ toplam puanını yükselttiği saptamıştır. (Limnili 2010) Çalışmamızda 12, sınıf öğrencisi olmak sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanını arttırmıştır. Üst sınıfta olma sağlıklı yaşam için bilgi düzeyini arttığını ve bu artışın olumlu yönde yaşama yansıdığı görülmektedir.

Berçin'in Düzce'de 9 ve 12, Sınıf lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmasında, Şanlıurfa Merkez'de tüm sınıflarla 1023 öğrenci ile yaptığı 'Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler' isimli çalışmada, Karadamar ve arkadaşlarının Adana'da, Kefeli'nin Samsun'da, Limnili'nin İzmir'de, Yıldız'ın 1000 öğrenci ile tüm sınıflarda yaptığı 'Lise Öğrencilerinde Problemler İnternet Kullanımı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki' isimli çalışmada, Ulla-Diez ve Perez'in Meksika'daki 307 kolej öğrencisi ile yaptığı çalışmada, Bi ve arkadaşlarının Çin'de yaptıkları çalışmalarda erkek cinsiyette olmanın toplam puanı anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur. (Ulla ve Perez 2009; Berçin 2010; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark. 2014; Bi ve ark, 2014) Toplumlarda erkek olmak istedik sağlık davranışlarını yaşantıya daha kolay geçirebilecek özgüveni vermektedir diyebiliriz.

Dağdeviren'in Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada çalışmamıza paralel olarak kronik hastalığı olanların toplam puanı düşük çıkmıştır. (Dağdeviren 2013) Bi ve arkadaşlarının Çin'de yaptığı çalışmada suboptimal sağlık durumu olanlar ve hastalığı olan bireylerin toplam puanları diğerlerinden düşük çıkmıştır. (Bi ve ark, 2014) Kronik hastalığı olmayan ergenlerin, dönemin özelliğine uygun olarak kendilerine daha fazla dikkat ettikleri, daha fazla sağlıklı yaşam davranışı gösterdiği görülmektedir.

Analiz sonucunda toplam puan üzerine etkili olan etmenler; rutin doktor kontrolüne gitme, akşamları dışarı çıkma, yaşam kalitesini iyi olarak tanımlama, sağlığında hoşnut olma olarak belirlenmiştir.

Çalışmada, düzenli doktor kontrolüne gitmemek toplam puanı düşürmektedir, Dağdeviren'in Şanlıurfa'da yapılan çalışmada hastalandığını da hemen doktora gitme toplam puanı yükseltmiştir (Dağdeviren 2013). Dağdeviren'in Şanlıurfa'da ve Berçin'in Düzce'de yaptığı çalışmalarda öğrencilerin sosyal güvencelerinin bulunması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde arttırdığını göstermektedir (Berçin 2010; Dağdeviren 2013). Doktor kontrolüne gitmeme verisi; bu dönemde ergenin sağlık sorunlarını önemsenmediğini ve/veya kaynakları kullanmayı bilmediklerini göstermektedir. Hekim tanılı hastalığı olan ergenlerin doktor kontrolüne daha fazla gittiklerini gösterebilir.

Akşamları her gece dışarı çıkmak toplam puanı yükseltmektedir. Ergenlik dönemi zamanının büyük kısmını dışarıda geçirme davranışı ile örtüşmektedir. Ebeveynleri dışında idealler benimseyen, bağımsız bir birey olarak gelişim gösteren ergenlerin hayatta daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (Öksüz ve Malhan 2005). Köseoğlu ve Erçevik'in İstanbul'da 549 lise öğrencisi ile yaptığı "Lise öğrencilerinin duygusal özerklik ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" çalışmasında ergenlerin ailesi ile çocuksu bağlarını azaltıp akranları ile daha yakın ilişkiler kurmaya ve zamanının çoğunu onlarla geçirmeye başladığı görülmüştür, Ergen bir yandan bağımsızlığını akranlarına yönelerek perçinlerken; diğer yandan arkadaş ortamında kendini birey olarak ortaya koyma imkânına sahip olmaktadır (Köseoğlu ve Erçevik 2015). Çalışmamızda her akşam dışarı çıkmak sağlıklı yaşam davranışları toplam puanını arttırmakta iken, Dil ve arkadaşlarının Çankırı'da yaptığı çalışmada aile ile geçirilen zamanın artmasının toplam puanı yükselttiği görülmüştür (Dil ve ark, 2015). Her gece dışarı çıkmanın ergenin kendine olan özgüvenini arttırdığını düşündürmektedir.

Berçin'in Düzce'de, Dağdeviren'in Şanlıurfa'da, Jin Won ve arkadaşlarının Güney Kore'de yaptıkları çalışmalarda genel sağlığından hoşnut olan öğrencilerin çalışmamızdaki gibi toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Jin Won ve ark, 2015). Öğrencilerin kronik hastalıklarının olmaması, hastalandıklarında doktora gitmeleri, sağlık güvencesinin varlığı

sağlıklarını iyi olarak cevaplanmalarına neden olmuş olabilir. Farklı yerlerde yaşanmasına rağmen ergenlerin sağlığından hoşnut olmalarını; yaşam kalitesini düşürecek sağlık sorunlarının az gözlenmesi ve ergenlerin dikkatlerinin tamamen bedenindeki değişimlere ve akran ilişkilerine yönelmesi nedeniyle olduğunu söyleyebiliriz.

Yaşam kalitesinin iyi olması çalışmamızda toplam puanı yükseltmektedir. Yaşam kalitesi; fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik olmak üzere gruplandırılmaktadır. Bu parametrelerin tümünde kişinin memnuniyetinin olması yaşam kalitesinin yüksek olduğu gösterir. Yaşam kalitesini; cinsiyet, yaş, sosyal destek, yaşanan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri etkilemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda genel olarak kadın olma, düşük eğitim düzeyi, zayıf sosyal destek, düşük gelir düzeyi, yaşanan konutun ve özelliklerinin yetersizliği, kronik bir hastalığa sahip olma ve boş zaman aktivitelerinin yetersiz olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü görülmektedir (Aydiner ve Paçacıoğlu 2016). Öğrencilerin öğrenim gördükleri sırada okul ve barınma açısından fiziki şartlarının yeterli olması; fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasına bunun da yaşam doyumunu etkilediği ve yaşam kalitesi algısını arttırdığını söyleyebiliriz.

7.2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ SAĞLIK SORUMLULUĞU ALT ALANI

Ergenlik yeni deneyimlerin denendiği bir dönemdir. Ergenler; alkol, sigara, uyuşturucu kullanmayı deneme eğilimindedir. Riskli ve güvenli olmayan davranışlar ergenleri tehdit etmektedir. Çoğu çeşitli nedenlerle zararlı alışkanlıkları denemeye başladıklarında gelecekte ortaya çıkarabilecekleri sonuçları düşünmezler (Özcebe 2002).

Çalışmamızda sigara içen (içip bırakanlar dahil) öğrenci oranı %38,5, alkol içme oranı ise 33,0'dır. Kız öğrencilerin her gün içme oranı %6,8, erkek öğrencilerin her gün içme oranı %27,6 olarak bulundu. Kız öğrencilerin hergün alkol alma oranı %0,4, erkek öğrencilerin her gün alkol alma oranı %4,9 olarak bulunmuştur. Altı ay boyunca günde bir sigara içme davranışı alkol alma davranışıyla karşılaştırıldığında

%76,4'ünde birliktelik bulunmuştur. Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri sigara içme davranışının en az görüldüğü gruptur. Şanlıurfa'daki çalışmada ergenlerin, %31,3'ü sigara kullandığını ifade etmişlerdir (Yıldız ve Ersin 2017).

TÜİK verilerinde güvenlik birimlerine getirilen çocukların %72,9'unun sigara, %8,6'sının sigara ve alkol kullandığı görülmüştür (<http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24680> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018).

Sigaradan Amerika'da her yıl 480,000'den fazla ölüm gerçekleşmektedir. Her gün 18 yaşından küçük 3,200 genç sigaraya başlamaktadır (<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018). Kanada'da yapılan çalışmada ergenlerin %80,7'si hayatları boyunca bir kere dahil olmak üzere tütün kullandığını, %40,8'i bir kere dahil alkol kullandığını belirtmiştir (Kwong 2018).

Çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $17,81 \pm 4,78$ 'dir. Sağlık sorumluluğu alt alan puanları; Adana'da $18,3 \pm 4,9$, Samsun'da $18,3 \pm 4,3$, Aydın'da $18,1 \pm 5,0$, Çankırı'da $18,4 \pm 4,7$, Çin'de sağlıklı grupta $19,91 \pm 5,09$, SSD grubunda $16,68 \pm 3,95$, hastalığı olan grubunda $17,39 \pm 4,11$, Şanlıurfa'da yapılan çalışmada $16,08 \pm 3,94$ çıkmıştır (Berçin 2010; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark, 2014; Bi ve ark, 2014).

Seyhan'da, Samsun'da, Aydın'da, Çankırı'da ve Çin'de yapılan çalışmalarda sağlık sorumluluğu alt başlığı çalışmamıza paralel bulunmuştur (Berçin 2010; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar 2014; Bi ve ark, 2014).

Regresyon analizi için modele alınan değişkenler; okul türü, ailede ve kendinde kronik hastalık varlığı, düzenli fizik aktivite yapma durumu, rutin doktor kontrolüne gitme, rutin diş hekimi kontrolüne gitme, boş zamanlarda arkadaşlarıyla dışarı çıkma durumu, akşamları dışarı çıkma, sağlık hoşnutluğu durumu, yaşam kalitesi algısıdır.

Sağlık Meslek Lisesinde okuyan öğrencilerin sağlık sorumluluğu diğer iki okula göre daha yüksek bulunmuştur. Bulut ve arkadaşlarının Bingöl Devlet Hastanesinde yaz stajı yapan 112 hemşirelik ve acil tıp teknisyenliği öğrencisi üzerinde yürüttükleri çalışmada Sağlık Meslek Lisesinde eğitimini sürdüren öğrencilerde sağlık sorumluluğu alt alan puanları anlamlı çıkmamıştır (Bulut ve ark 2016). Öğrencilerin 9. sınıftan itibaren sağlık alanı ile ilgili dersler görmesi sağlık

sorumluluğunu arttırmaktadır. Sağlık çalışanlarının topluma örnek olacağı düşüncesiyle; sağlıkla ilgili alanları tercih eden öğrencilere eğitimlerinin başında sağlıklı yaşam biçimleri ile ilgili çalışmaların yapıp düşük alan öğrencilere bu konularda düzenli sağlık eğitimlerinin yapılması toplumsal olarak ilerideki süreçlerde sağlıklı yaşam biçimini etkileyecek sonuçlar doğuracaktır.

Ailesinde ve kendisinde kronik hastalığı olan ergenlerin sağlık sorumluluğu alt alan puanı diğer gruplara göre yüksektir. Aksine Samsun'da yapılan çalışmada kronik bir hastalığı olma ile sağlık sorumluluğu arasında ilişki çıkmamıştır (Kefeli 2010). Çin'de yapılan çalışmada sağlıklı olan grup en yüksek puanı alırken SSD'li grup hastalık sahibi olan gruptan daha düşük puan almıştır (Bi ve ark. 2014). Ergenler sağlık problemi olduğu ve ya sağlık problemi ile yakın akrabaların da karşılaştığı için sağlık davranışları konusunda temkinli yaklaşımlar göstermektedir. Boş zamanlarda arkadaşlarıyla dışarı çıkan ergenlerin sağlık sorumluluğu alt alan puanı daha yüksek çıkmıştır. Samsun'da yapılan çalışmada da arkadaşlarıyla ilişkisinin iyi olduğunu belirtenler ergenler daha yüksek puan almışlardır (Kefeli 2010). Bir gruba dahil olmanın önemli olduğu bu dönem de ergenlerin akranlarıyla vakit geçirmesi onların sosyal gelişimlerini olumlu etkileyecektir. Gelişimini sağlıklı sürdüren birey sağlığı üzerinde sorumluluk sahibi olacaktır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık sorumluluğu alt alanı puanlarında rutin doktor kontrolüne gitme, rutin diş hekimine gitme, kilo kontrolü yapma, düzenli fizik aktivite yapma, yaşam kalitesi etkili olmuştur.

Doktor kontrolüne gitmemek sağlık sorumluluğu alt başlığındaki puanı düşürmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin %36,7'si hiç doktora gitmediğini, %35,2 hiç diş hekimine gitmediğini belirtmeleri son derece önemlidir. Ayrıca vücudunu hiçbir zaman kontrol etmeme sıklığı %28,7, sağlık personeli ile hiç görüşmeme sıklığı %47,0, hiç bireysel sağlık bakımı ile ilgili programları izlememe sıklığı %65,7'dir. Aynı şekilde Şanlıurfa'da %56,3 ergen, sorunu olmadan sağlık kontrolüne gitmediklerini, %69,7'si ise hasta olduklarında doktora gittiklerini belirtmiş (Yıldız ve Ersin 2017). Bu durum ergenin risk alma davranışlarının yüksek olması şeklinde yorumlanabilir. Ergenlerin sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri arasında tedavi edileceğine olan inancının düşük olması, tedaviden korkma ve tedavi masraflarının yüksek olması gibi nedenler sayılabilir. Bu dönemde ergenin tüm dikkatini

bedenindeki değişim ve arkadaş ilişkilerine yoğunlaşması çekmektedir. Sağlık sorunlarının az ortaya çıkması, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusunda yapılması gerekenleri bilmeme, kendi sağlığı üzerindeki kontrol ve bakım sorumluluğu alma konularında bilgi eksikliği ergenin sağlığına dikkat etmesini engelleyeceği görüşündeyiz.

Kilo kontrolü yapmayan ergenlerin sağlık sorumluluğunu alt alan puanı düşmektedir. Çalışmamızda VKİ'si normal olan öğrenci yüzdesi %73,2 çıkmıştır. Sivas'ta tüm sınıflarda yapılan çalışmada VKİ'si normal olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt başlık puanı daha yüksek çıkmıştır (Yıldız 2010). Kilo kontrolü yapmamak, gelecekte sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz yönde etkileyecektir.

Düzenli fizik etkinlik yapmamak sağlık sorumluluğu alt alan puanını düşürmektedir. Düzc'e ve Çankırı'da yapılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivite yapmak sağlık sorumluluğunu anlamlı etkilemektedir (Berçin 2010; Dil ve ark 2015). Sağlık üzerinde olumlu etkileri olan yeterli ve dengeli beslenme tarzı ve düzenli fizik aktivite yapmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesinde rol oynayacaktır.

Yaşam kalitesinin iyi olması sağlık sorumluluğu alt alan puanını yükseltmektedir. Yaşam kalitesi; bireyin genel psikolojik durumu, mutluluğu ve yaşamdan duyduğu tatmin gibi kavramlarla ifade edilmektedir (Öksüz ve Malhan 2005). Sosyal etkinliklere katılan öğrencilerin Düzc'e ve Şanlıurfa'da yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu anlamlı çıkmıştır (Berçin 2010; Dağdeviren 2013). Gençlerin geleceğe umutla bakmaları, olumlu sağlıklı yaşam davranışları kazanmaları için kilit rol oynayacaktır.

Çalışmamızda akşamları dışarı çıktığını belirten öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt alan puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akşam dışarı çıkma davranışı ergenin; aile içi ilişkilerin sağlıklı düzeyde seyrettiğini ve aile-arkadaş ilişkilerinin iyi ve güvene dayalı olduğunu göstermektedir. Aile ile ilişkileri iyi olan ergenler Sivas'ta ve Çankırı'da yapılan çalışmada(Yıldız 2010;Dil ve ark, 2015), Sivas'ta buna ek olarak arkadaş ilişkilerinin iyi olması(Yıldız 2010), sağlık sorumluluğu alt başlığında anlamlı çıkmıştır. Ergenler aileleriyle ve akranlarıyla sağlıklı iletişim kurduklarında kendileriyle ilgili karar verme süreçlerine katılmada istekli

davranacakları düşünülmektedir. Sağlıkları ile ilgili karar verme sürecine katılan ergenler doğru yaşam biçimi davranışları edineceklerdir.

Sağlığından hoşnut olanların sağlık sorumluluğu alt alan puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şanlıurfa’da ve Güney Kore’de yapılan çalışmada da sağlık algısının iyi olması sağlık sorumluluğu alt alanından alınan puanı yükseltmiştir (Dağdeviren 2013; Jin Won ve ark, 2015). Sağlık algısı iyi olan öğrenciler kendi sağlıkları ile ilgili içsel kontrolü kurup sorumluluğu alacak ve edinilmesi muhtemel riskli davranışlara karşı içsel kontrol mekanizmaları ile tampon görevi yapacaktır.

7.3. SAĞLIKLIYAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ FİZİKSEL AKTİVİTE ALT ALANI

Ergenlerin fiziksel etkinliklerinin desteklenmesi, kas gücünün artırılması, yaşam boyu egzersiz alışkanlığının kazandırılması, kendine olan güvenin artmasına neden olacaktır. Çalışmamda düzenli egzersiz programı uygulamayan öğrenci sıklığı %44,3, boş zamanlarında dinlendirici fizik aktivite yapmayan öğrenci sıklığı %39,4, haftada 3 kez kas güçlendirici egzersiz yapmayan öğrenci sayısı %50,1 çıkmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu fiziksel egzersiz yapma konusunda isteksizdir. Gençlerin egzersiz yapma düzeylerinin yüksek olması beklenirken, çalışmamızda fiziksel aktivite puanı düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni eğitim sistemi içinde egzersize yeterli önemin verilmeyişine, ev ve yurt olanaklarının spor yapmaya uygun olmayışına, ders programlarının yoğun olduğu gerekçesi ile aktiviteye yeterli zamanın ayrılmaması olabilir.

Fiziksel hareketsizlik, küresel ölüm nedenlerinden dördüncü önemli risk faktörü olarak tanımlandı ve dünya genelinde yaklaşık 3,2 milyon kişinin ölmesine neden olmuştur (http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018).

Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010’a göre; erkeklerde 15-18 yaş grubunda hiç egzersiz yapmayanların oranı %44,6’dır. Kadınlarda ise 15-18 yaş grubunda hiç egzersiz yapmayanların oranı %72,5’dır. Anlaşıldığı üzere kadınlarda

ve erkeklerde hiç egzersiz yapmayanların oranı yaşla birlikte artmaktadır (TBSA 2014).

Amerika'da 18 yaş ve üzerindeki bireylerin % 50'si fiziki aktivesini artırmayı istememiş, %79'u ise hem aerobik hem de kas güçlendirme amaçlı fizik aktiviteyi yetersiz yaptığını beyan etmiştir (<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/physical-activity/objectives>, Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Kanada'da 2014 yılında lise düzeyinde yapılan çalışmada organize spor etkinliklerine katılmama oranı %31,3, dışarıda egzersiz yapmama oranı %42,2 bulunmuştur (Kwong ve ark,2018).

SYDÖ II fiziksel aktivite alt başlığından alınan puan $16,09 \pm 5,37$ 'dir. Seyhan'da $17,7 \pm 4,8$, Samsun'da $17,0 \pm 5,0$, Aydın'da $17,9 \pm 5,4$, Çankırı'da $15,8 \pm 4,7$, Şanlıurfa'da $13,0 \pm 4,33$, Çin'de SSD'li grupta $16,58 \pm 4,35$ bulmuştur (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Bi ve ark, 2014).

Adana'daki, Samsun'daki, Aydın'daki, Çankırı'daki, Şanlıurfa'daki, Çin'deki suboptimal şartlarda yaşayan gençlerde yapılan çalışmalarda fizik aktivite alt alanı çalışmamızla paralel en düşük puanı almıştır (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Bi ve ark, 2014).

Regresyon analizi için modele alınan değişkenler; okul türü, sınıf, cinsiyet, anne eğitimi, kardeş varlığı, gelir durumu, hekim tanılı hastalık varlığı, sigara- alkol içme durumu, vücudu ile ilgili düşüncesi, düzenli fizik aktivite yapma durumu, son bir haftada terletecek egzersiz yapma durumu, kilo kontrolü yapma durumu, boş zamanlarda arkadaşlarıyla görüşme durumu, akşamları dışarı çıkma durumu, sağlık hoşnutluğu, yaşam kalitesi algısıdır.

Sağlık Meslek Lisesinde okumak öğrencilerin fizik aktivite alt alanı puanını yükseltmektedir. Yine de tüm liselerde fiziksel aktivite alt başlığı en az puanı almıştır. Bingöl'de yapılan çalışmada Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri arasında fiziksel aktivite açısından anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (Bulutve ark, 2016). Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri sağlık alanı ile ilgili dersler gördükleri için fizik aktivitenin önemli olduğunu bilmektedirler, Dahiliye Hastalıkları, Cerrahi hastalıklar, Toplum Sağlığı, Ruh Sağlığı vb, derslerinde öğrenciler egzersiz yapmanın önemini ve hareketli bir yaşamın gereğini öğrenip hayatlarına aktarmaktadır denilebilir.

11. sınıf öğrencisi olmak fizik aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Meksika'da yapılan çalışmada 17-24 yaş arası öğrenci grubunun fizik aktivite puanı 25 ve üstü yaş grubuna göre yüksek çıkmıştır (Ulla ve Perez 2009). Düzce'de, İzmir'de, Sivas'ta ve Güney Kore'de yapılan çalışmalarla sonuçlarımız paralellik göstermektedir (Berçin 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Jin Won ve ark,2015). Alt sınıfta okumak fizik aktivite puanını arttırmaktadır. 12. Sınıf öğrencilerinin yükseköğretime geçiş sınavına hazırlanmaları egzersiz için yeterince zaman ayıramamalarına neden olduğu söylenilebilir.

Gelirin giderinden fazla olması öğrencilerin fizik aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Samsun'da ve Meksika'da yapılan çalışmada gelir durumunun iyi olması fizik aktivite alt başlığında anlamlı çıkmıştır (Kefeli 2010; Ulla ve Perez 2009). Gelir durumu iyi olan öğrenciler ücretli spor salonlarına ve değişik aktivitelere katılabilmektedir. Spor salonları da, sosyal ve kültürel kulüplere giden öğrencilerin fizik aktivite puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Sigara kullandığını söyleyen öğrencilerin fizik aktivite alt başlık puanı yükselmektedir. Şanlıurfa'da ve Güney Kore'de ergenlerde yapılan çalışmalarda sigara içme davranışının varlığı fizik aktivite puanını arttırmaktadır (Jin Won ve ark, 2015; Yıldız ve Ersin 2017). Sivas'ta ergenlerin sigara ve alkol kullanma dağılımı ile ilgili yapılan bir çalışmada ergenlerin %15,5'i sigara içmekte; cinsiyete göre sigara kullanan kızlar%6,2, erkekler % 24,3 olarak çıkmıştır. Yaş ilerledikçe sigara içme durumu yükselmektedir (Güler ve ark,2009). Çalışmamızda kızların sigara içme oranı %33,3, erkeklerin sigara içme oranı %61,6 bulunmuştur. Liseler bazında İmam Hatip Lisesi öğrencileri %41,9, Anadolu Lisesi öğrencileri %39,1, Sağlık Meslek Lisesi öğrencileri%35,6, oranında sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Sigara içen ergenler farklı arkadaş gruplarına kabul edilip, farklı etkinliklerden haberdar olup aktivitelerini arttırmaktadır diyebiliriz.

Alkol içmemek fizik aktivite alt başlığı puanını ilişkili şekilde yükseltmektedir. Sivas'ta ergenlerin sigara ve alkol kullanma dağılımı ile ilgili yapılan bir çalışmada alkol almama oranı %95,6 bulunmuştur. Kızlar %99, erkekler %93 oranında alkol kullanılmadığı bulunmuştur. Yaş ilerledikçe alkol kullanma oranı artmaktadır (Güler ve ark, 2009). Çalışmamızda kızlarda alkol kullanmama %80,7, erkeklerde alkol kullanmama %47,6'dır. Okullar bazında alkol kullanmama Anadolu Lisesinde

%62,6, Sağlık Meslek Lisesinde %70,3, İmam Hatip Lisesinde %75,7'dir, Alkol kullanmak yaşam kalitesini düşürmektedir. Alkol kullanmama oranı çalışmamızda düşük çıkmıştır. Sarıgöl İlçesinde alkolün kültürel olarak günlük yaşamda kullanılıyor olması bu sonucun doğmasına neden olmuş olabilir.

Düzenli fizik aktivitede bulunanların fizik aktivite alt alanı puanları daha yüksek saptanmıştır. Düzce'de ve Şanlıurfa Merkezde yapılan çalışmalarda düzenli etkinliklerde bulunmak anlamlı çıkmıştır (Öksüz ve Malhan 2005; Dağdeviren 2013). Çalışmamızda düzenli etkinlikte bulunma oranı %32,5'dur. 11.sınıflarda düzenli fizik aktivitede bulunma oranı %46,7, 12.sınıflarda %42,9'dur. 12.sınıf öğrencilerinin Yükseköğretime Geçiş sınavına hazırlanmaları düzenli fizik aktivite miktarını azaltmıştır diyebiliriz. Öğrencilerin düzenli fizik aktivite yapması gelecekte de yapmaları için temel oluşturacaktır. Düzenli fizik aktivite davranışının desteklenmesi istendik sağlıklı yaşam biçiminin kazandırılmasında etkili olacaktır.

Son bir haftada terletecek etkinlik yapan öğrencilerin fizik aktivite alt başlığı puanı yükselmektedir. Çalışmamızda öğrenciler %51,7 oranında terletecek aktivite yaptıklarını beyan etmişlerdir. Terlemek için uzun süreli ve tempolu çalışmak gerekmektedir. Egzersiz yapan ergenler gelecekte hareketli bir yaşam için doğru temelleri atmaktadır diyebiliriz.

Vücudunu normal algılamak alt başlık puanını yükseltmektedir. Samsun'da yapılan çalışmada da vücudunu normal olarak algılamak anlamlı çıkmıştır (Kefeli 2010). Normal kiloda olmak toplum tarafından kabul edilmesi kolaylaştırdığı için ergen daha çok sosyal ortamlarda kalır ve değişik fiziksel aktivite yapma şansı bulunabilir.

Boş zamanlarda arkadaşlarıyla görüşmek fiziksel aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Samsun'da yapılan çalışmada arkadaşlarıyla görüşen ergenlerin fizik aktivite alt başlığı puanı çalışmamız ile benzer çıkmıştır (Kefeli 2010). Kişiliğini kabul ettiren, özgüveni ile dış dünyaya başarılı şekilde açılan ergen yaşam doyumuna ulaşacaktır. Akran grupları kendi içlerinde kabul edilmiş aktiviteleri yapabilmektedirler.

Sağlığında hoşnut olmak fiziksel aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Şanlıurfa'da, Samsun'da ve Güney Kore'de yapılan çalışmalarda sağlığından hoşnut

olmak fizik aktivite alt başlığında anlamlı ve puanı yükseltici çıkmıştır (Dağdeviren 2013; Kefeli 2010; Jin Won ve ark, 2015).

Yapılan regresyon analizi sonucunda fizik aktivite alt başlığındaki sonuçlarına göre; kilo kontrolü yapma, cinsiyet, kardeş varlığı, hekim tanılı hastalığı olmama, anne eğitimi, akşamları dışarı çıkma, yaşam kalitesi etkili olmuştur.

Kilo kontrolü yapmama fiziksel aktivite alt başlığı puanını düşürmektedir. Sağlıksız beslenme davranışları ve fiziksel aktivitenin eksikliği yeme bozukluklarına yol açmaktadır. Gençlerin yeterli ve dengeli beslenmesi, aktivite yapması ile sağlıklı bir yaşama yelken açmasını sağlayacaktır.

Erkek olmak fiziksel aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Cinsiyetin sağlığı geliştirme davranışları üzerinde kültürel ve toplumsal açıdan hem olumlu hem olumsuz etkilemektedir. Fiziksel aktivite alt başlığında erkekler daha yüksek puan almışlardır (Geçkil 2002; Can ve ark,2008; ;Ulla ve Perez 2009; Limnili 2010; Yıldız 2010; Kefeli 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark, 2014). Özellikle ergenlik döneminde toplumsal cinsiyet rollerinin bir yansıması olarak, kızlar daha fazla evde vakit geçirmeye başlamaktadır. Ayrıca spor tesislerinin kısıtlı imkânları, toplumda çeşitli spor aktiviteleri ile ilgili farklı inanışlar, kızların erkeklere göre spor aktivitelerine daha az katılmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Ergen kızlar çevreden etkilenip egzersiz yapmak yerine yetersiz ve dengesiz beslenmeleri içeren diyetler yapmaktadır. Örgün eğitimde egzersiz programları yapılırken ergen kızların aktivitelerini kapsayacak şekilde çalışmalar yapılması söylenilebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin kardeşlerinin olması fiziksel aktivite alt alan puanı düşürmektedir. Bu duruma paralel olarak Çankırı'da ve Seyhan'da yapılan çalışmada kardeş sayısı arttıkça ergenlerin egzersiz puanları azalmaktadır (Karadamar 2014;Dil ve ark 2015). Hanedeki birey sayısının artmasının kişi başı düşen ekonomik gelirin azalmasına, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgilenme durumlarını da olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Fiziksel etkinlik yapılacak tesislerin ücretleri ve vücut geliştirme etkinliklerinde proteini yüksek gıdaların maliyetlerinin gelirle ilişkili olduğunu söylenilebilir.

Kronik hastalığın yokluğu alt başlık puanını yükseltmektedir. Hastalığı olmama durumu pozitif ilişkili çıkmıştır. Şanlıurfa'da yapılan çalışmada da kronik hastalığı olmamak anlamlı çıkmıştır (Dağdeviren 2013). Ancak Şanlıurfa'da yapılan diğer

çalışmada kronik hastalığı olmamak anlamlı çıkmamıştır (Yıldız ve Ersin 2017). Kronik hastalığı olmayan ergenler sağlık risklerinin farkında olmadıkları için sağlıksız davranışlar edinebilirler.

Anne eğitiminde ortaokul ve üzeri eğitim fizik aktivite alt başlık puanını yükseltmektedir. Şanlıurfa'da, İzmir'de, Meksika'da ve Çankırı merkezde yapılan çalışmada annenin eğitimini yükselmesi fiziksel aktivite açısından anlamlı bulunmuştur (Ulla ve Perez 2009;Limnili 2010;Dağdeviren 2013; Dil ve ark, 2015). Ailenin eğitim düzeyinin yükselmesi sağlık bilgisine ulaşma ve anlamasını kolaylaştırıcı bir faktördür. Doğru aynı zaman da güvenilir sağlık bilgisi, ergenleri sağlıklı bir yaşama motive ederken, sağlık tehditlerinden uzak tutabileceğini söyleyebiliriz.

Akşamları dışarı çıkma davranışı fizik aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Benzer şekilde; Sivas'ta yapılan çalışmada hem ailesi hem de arkadaşlarıyla iyi ilişkilerinin olduğu (Yıldız 2010), Çankırı'da ek olarak aile ilişkisi iyi olanların fiziksel aktivite alt alan puanları daha yüksek çıkmıştır (Dil ve ark 2015). Aile ve akran ilişkilerinin iyi olması kişilerarası ilişkileri başlatma, geliştirme ve sürdürmeye yardımcı olacaktır. Gelecekteki bireylerin yaşam tarzları açısından önemli ve olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin iyi olması fizik aktivite alt alan puanını yükseltmektedir. Yaşantının nitelik açısından istendik düzeyde olmasını hedefleyen yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı ortam içinde değerlendirilmesi gereken bir olgudur (Aslan 2015). Ergenlerin beden kitle indeksinin normal olması, sosyal etkinliklerde bulunması, spor yapması yaşadığı kültür ve sistemden memnun olduğunu göstermektedir. Ergenlerin yaşamlarından memnun olması geleceğe olumlu bakmalarına katkıda bulunacaktır.

7.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ BESLENME ALT ALANI

Ergenler, en yüksek üçüncü sıradaki SYBDÖ alt başlık puanı $19,87 \pm 4,72$ ile beslenme alt başlığından almıştır. Aynı ölçekle Seyhan'da $20,2 \pm 3,9$, Samsun'da $19,5 \pm 3,8$, Aydın'da $19,9 \pm 4,0$, Çankırı'da $20,2 \pm 3,8$, Şanlıurfa'da $15,19 \pm 3,24$

sonuçları çıkmıştır (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark, 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Bi ve ark, 2014).

Samsun, Çankırı ve Güney Kore’de beslenme alt başlık puanı çalışmamız ile paralel çıkmıştır (Kefeli 2010; Dil ev ark, 2014; Jin Won ve ark, 2015).

Beslenme alışkanlığı erken yaşlardan itibaren kazanılan bir davranış olduğu ve ergenlerin ailede kazandığı beslenme alışkanlıklarının istenen düzeyde olmadığı, okullarda ise düzenli yemek yeme alışkanlığının sürdürülemiyor olması beslenme alt başlığında puanın bu seviyede olmasını açıklayabilir. Aileden bağımsız olma isteği nedeniyle evde geçirilen zamanın azlığı dışarıda arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmesi ergenlerin yemek yeme alışkanlıklarının değişmesine de neden olmaktadır.

Regresyon analizi için modele alınan tek değişkenli analizlerde anlamlı olan değişkenler; sınıf, düzenli fizik aktivite yapma durumu, akşamları dışarı çıkma davranışı, sağlık hoşnutluğu durumu, yaşam kalitesi algısıdır.

Akşamları dışarı çıkmak beslenme alt başlığının puanını yükseltmektedir. Ergenin gün boyunca okulda kaldıktan sonra akşam kalacağı yere geldiğinde arada rutin yemek, ders çalışma, uyku düzeni vb, değiştirmesi onun benliğinin gelişmesine katkıda bulunurken, sedanter bir yaşamın yan etkilerinden korunma sağlayacaktır. Akşam yemeği öğününde ergenin bazen evde bazen dışarıda olması akran ilişkilerini güçlendirirken, değişik besinleri tanımalarını kolaylaştıracağı kanaati oluşmaktadır.

Sağlık hoşnut olma durumu ergenlerin beslenme alt alan puanını yükseltmektedir. Şanlıurfa’da, Samsun’da ve Güney Kore’de yapılan çalışmalarda da paralel sonuçlar bulunmuştur (Dağdeviren 2013; Kefeli 2010; Jin Won ve ark, 2015). Sağlıktan hoşnut olmak yaşama umutla bakmaya, gelecekte istenilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaya yardımcı olacaktır.

Yapılan regresyon analizi beslenme alt başlığındaki sonuçla göre; yaşam kalitesinin iyi olması, üst sınıfta olma, düzenli fiziksel etkinlikte bulunma etkili olmuştur.

Yaşam kalitesinin iyi olduğunu söyleyen ergenlerin beslenme alt alanından aldıkları puan daha yüksektir. Bireylerin yaşantılarını bilişsel ve duygusal yönden değerlendirip iyi bulması yaşam doyumunu dolayısıyla da yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Dost 2007).

Ülkemizde obezite önemli sağlık sorunudur ve görülme sıklığı da giderek artmaktadır. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Türkiye’de 15-18 yaş grubunda toplam olarak% 8,3 şişmanlık olduğu ortaya koyulmuştur (TBSA 2014). İzmir’de ergenlerle yapılan çalışmada obezite oranı %9,1 çıkmıştır (Limnili 2010). 2009-2012 yılları arasında Amerika’da, 12 ile 19 yaş arasında yaklaşık 3 gençten biri aşırı kiloludur (<https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/introduction/nutrition-and-health-are-closely-related/#table-i-1> Erişim tarihi:25 Mayıs 2018).

Çalışmamızda şişmanlık oranı %1,8 çıkmıştır. Çalışmamızdaki öğrencilerin %94,7’si 12 yaşına kadar ilçe ve köyde yaşamış olmaları beslenmede doğal ve sağlıklı olan ürünlere ulaşmış olduklarını göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010’a göre 15-18 yaş arasında kahvaltı atlama durumu %21 bulunmuşken, kentte yaşayan aynı yaş grubunda %15,8, kırdaki yaşayan gençlerde %9,7 bulunmuştur (TBSA 2014). Çalışmamızda kahvaltı atlama durumu %6,0 bulunmuştur. Kanada’da 2014 yılında 9 ve 10.sınıf 3594 öğrencinin katıldığı isimli çalışmada sağlıksız beslenme kalıplarında % 8,4’ü meyve , %12,0’ı sebze tükettiğini belirtmiştir (Kwong ve ark 2018). Çalışmamızda meyveyi düzenli tüketme oranı %18,0, sebze tüketme oranı %10,7 çıkmıştır. Amerika’da 2015 yılında ergenlerin %37’si günde bir defadan az meyve yediğini, %39’u ise günde bir defadan az sebze yediğini belirtmiştir (<https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpao/data-trends-maps/index.html> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018). Çalışmamızda hiç meyve tüketmeyen öğrenci oranı iç %17,8 ,sebze tüketmeme oranı %25,8 çıkmıştır. Tokat’ta “Üniversite Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi” isimli çalışmada öğrencilerin %71,33’ü düzenli süt tüketmediklerini, %28,67’si ise düzenli olarak süt tükettikleri ortaya çıkmıştır (Uzunöz ve Gülşen 2007). Çalışmamızda süt tüketmeyen öğrenci oranı %14,0,düzenli olarak tüketen öğrenci oranı % 22,9 çıkmıştır. Katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun kırsal bölgede yaşaması ve 12 yaşına kadar köy ve kasabada yaşamaları sağlıksız gıdaya ulaşımını önlemiştir. Buna bağlı aşırı şişmanlık az çıkmıştır. Evde aile yanında kalan ve yurtlarda kalan öğrencilerin kahvaltılarının uyandıklarında hazır olmasının kahvaltı öğününü atlamaya engel olduğunu söyleyebiliriz. Öğrencilerin günlük yaşamlarının büyük bir kısmını okulda

geçirmeleri, akran gruplarının yanlış beslenme alışkanlıklarını gruplara kabul edilebilmek için benimsemeleri meyve, sebze ve süt tüketiminin az olmasına neden olmuştur diyebiliriz.

Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçileriyle yapılan çalışmada gelir durumu ile beslenmesi arasında anlamlı ilişki çıkmıştır (Yıldız ve Ersin 2017). Çalışmamızda gelir durumu ile beslenme arasında anlamlı ilişki çıkmamıştır. Gelir durumunun düşük olması mutfak harcamalarının ve öğün çeşitliliğinin az olmasına, yüksek olması ise sigara, alkol gibi zararlı maddele kolay ulaşım sağlanacağı öngörülebilir.

12.sınıf öğrencisi olma beslenme alt alan puanını yükseltmektedir. Düzce'de yapılan çalışmada da 12.sınıf olmanın beslenme alt alan puanını artırdığı saptanmıştır (Berçin 2010). 12.sınıf öğrencilerinin yükseköğretim sınavına hazırlık sürecinde olmaları nedeniyle sağlıklarını koruyabilmek için beslenmelerine özen gösterdikleri söylenilebilir.

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığını belirten öğrencilerin beslenme alt alan puanı daha düşük olarak saptanmıştır. Çankırı'da yapılan çalışmada da hiç etkinlik yapmayan öğrencilerin beslenme alt alanından düşük puan aldıkları, düzenli etkinlik yapanların yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Dil ve ark, 2015). Öğrencilerin beslenmelerine özen göstermemeleri sonucunda öğleden sonra halsiz kalmaları, okulda uzun süre geçirmeleri, okul ile yaşanan konutun arasının uzak olması, yurt ortamlarındaki zorluktan etkilendikleri için düzenli fizik aktivitede bulunmadıkları söylenilebilir.

7.5. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ MANEVİ GELİŞİM ALT ALANI

Çalışmamızdaki SYBDÖ II puan ortalamaları alt gruplarına göre incelendiğinde ergenlerin en yüksek puanı manevi gelişim alt başlığından $25,57 \pm 5,14$ ile aldığı görülmüştür. Bu bulgu aynı ölçeği kullanarak yapılan diğer araştırmalarda; Karadamar ve arkadaşları Seyhan'da $25,2 \pm 4,3$, Kefeli Samsun'da $25,2 \pm 4,3$, Uzun Aydın'da $26,9 \pm 5,0$, Dil ve arkadaşları Çankırı'da $27,3 \pm 4,6$, Yıldız ve arkadaşları Şanlıurfa'da $18,7 \pm 4,04$ şeklindedir (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız ve ark, 2010; Bi ve ark, 2014). Çalışmamız elde

edilen manevi gelişim alt alan puanı diğer çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızla birlikte, Seyhan'da, Samsun'da, Aydın'da, Çankırı'da, Çin'de yapılan çalışmalarda manevi gelişim alt başlığı en yüksek puanı alan alt alan olarak bulunmuştur (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Bi ve ark, 2014).

Regresyon analizi için modele alınan tek değişkenli analizlerde anlamlı olan değişkenler; cinsiyet, 12 yaşa kadar yaşanılan yer, vücudu ile ilgili düşüncesi, akşam dışarı çıkma durumu, sağlık hoşnutluğu durumu, yaşam kalitesi algısıdır. Çalışmamızda 12 yaşına kadar il merkezinde yaşamış olmak manevi gelişim alt alan puanını yükseltmektedir. Düzce'de yapılan çalışmada il veya köyde yaşamak arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (Berçin 2010). İl merkezlerinin fiziki imkânlarının fazla olması manevi gelişimi olumlu etkilemektedir denilebilir.

Çalışmamızda vücudunu normal olarak belirten ergenlerin manevi gelişim alt başlık puanı daha yüksek bulunmuştur. Samsun'da yapılan çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (Kefeli 2010). Dönemsel özellik nedeniyle ergenler vücutlarına çok ilgi gösterirler. Vücudunu normal olarak algılama ergenlerin, özgüvenlerinin yüksek olmasına dolayısıyla kendini gerçekleştirme basamağına hızla geçmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda akşamları dışarı çıktığını belirtenlerin manevi gelişim alt alan puanları daha yüksektir. Samsun'da yapılan çalışmada aile ilişkilerinin ve arkadaş ilişkilerinin alt başlık puanını yükselttiği görülmüştür (Kefeli 2010). Bazen dışarı çıkma davranışı ebeveyn kontrolünün ve özerkliğin dengede olduğunun göstergesi olabilir.

Yapılan regresyon analizi sonucunda manevi gelişim alt başlığındaki sonuçlarına göre; yaşam kalitesi, sağlığından hoşnut olma, cinsiyet etkili olmuştur.

Cinsiyet açısından kız öğrencilerin manevi gelişim alt alan puanları erkeklerden daha düşük olarak saptanmıştır. Çalışmanın bu bulgusu Düzce'deki ve Şanlıurfa'daki çalışmalardaki cinsiyet sonuçlarına paralellik göstermektedir (Berçin 2010; Dağdeviren 2013). Toplumsal cinsiyet; kültürel görüşler, inanç sistemleri, imajlar ve beklentilerin sosyal yapılanmasıdır (<http://nonviolence,wri-irg.org>, Erişim tarihi:25 Mayıs 2018). Kültürümüzde erkeklere; baskın, başatlık, atılgan, bağımsız, güçlü

kişilik gibi rollerin atfedilmesi ve bu rollerin cinsiyete indirgenmesi sonucu bu sonucun çıktığını söyleyebiliriz.

Sağlığından hoşnut olmak manevi gelişim alt başlık puanını yükseltmektedir. Düzce’de, Şanlıurfa’da ve Sivas’ta yapılan çalışmalarda sağlığından hoşnut olan ergenlerin manevi gelişim alt başlık puanı yüksektir (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Yıldız 2010). Katılımcıların sağlıkları hakkındaki iyimser düşünceleri bir takım olumsuz davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olacaktır. Olumlu duygular yaşayan bireylerin; problem çözme becerilerini etkin kullandığı, yaşanan sorunlara farklı açıdan yaklaştığı ve kendine ilişkin olumlu algısını arttırdığını bunları yaparken de geçmişte yaşadığı olumsuz duygu ve düşünceleri tamir ettiği görülmektedir (Eryılmaz 2014). Bireyin kendi sağlık davranışlarını iyi olarak algılaması ve kontrol ettiğini bilmesi olumlu sağlık davranışları açısından etkilidir. Sağlık düzeyi yüksek öğrencilerin olumlu sağlık davranışlarının yüksek olacağı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesinin iyi olarak algılanması manevi gelişim alt başlık puanını arttırmaktadır. Yaşam kalitesinin evlilik, sağlık, büyük yaşam olayları ve beklentiler, istekler, eşitlik hissi gibi referans standartlardan etkilendiği kadar yaşam olayları ve tecrübelerinden de etkilendiği belirtilmiştir. Kısaca yaşam kalitesi onu yaşayan kişiye bağlıdır (Öksüz ve Malhan 2005). Çalışma grubundaki öğrencilerin yaşam amaçlarını bilip ve kendilerini tanıyıp kapasitelerini arttırmak için motive olacaklarını söyleyebiliriz.

7.6. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ KİŞİLERARASI İLİŞKİLER ALT ALANI

Çalışmada gençlerin en yüksek ikinci sıradaki puanı $24,48 \pm 5,22$ ile kişilerarası ilişkiler olmuştur. Seyhan’da $20,5 \pm 3,70$, Samsun’da $26,7 \pm 4,5$, Aydın’da $26,2 \pm 4,9$, Çankırı’da $26,02 \pm 3,75$, Şanlıurfa’da $18,72 \pm 3,77$, Çin’de SSD’li grupta $23,75 \pm 4,19$ bulunmuştur (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark, 2014; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Bi ve ark, 2014).

Seyhan’da, Samsun’da, Aydın’da, Çankırı’da ve Çin’de yapılan çalışmalarda da kişilerarası ilişkiler alt başlığı ikinci sırada bulunmuştur (Karadamar ve ark, 2014; Kefeli 2010;Uzun 2014;Dil ark, 2015).

Kişilerarası arası ilişkiler alt alanı tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan ve regresyon analizi için modele alınan değişkenler; sigara içme durumu, akşamları dışarı çıkma durumu, sağlık hoşnutluğu, yaşam kalitesi algısıdır.

Çalışmamızda sigara kullanmadığını belirten öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt alan puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Çankırı’da ve Samsun’da yapılan çalışmalarda da benzer sonuç çıkmıştır (Kefeli 2010;Dil ark, 2015). Sigara içmemek sağlıklı yaşam biçimi için kazandırılması gereken doğru bir davranıştır. Ergenler kendilerine doğru arkadaş seçimi göstermektedir. Sigara içmeyen ergenler sağlıklı davranışları olan diğer arkadaşlarıyla etkili ilişkiler kurup gelecekte de olumlu sağlık davranışları gösterebilirler.

Yaşam kalitesinin iyi olarak algılanması kişilerarası iletişim alt başlık puanını yükseltmektedir. Yaşam kalitesi, yaşam doyumunu arttırdığı için ergenlerin sağlık davranışlarını da olumlu yönde arttıracakı söylenilebilir.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; akşamları dışarı çıkma ve sağlığından hoşnut olma kişilerarası ilişkiler alt alanı üzerinde etkili olmuştur.

Akşamları her gece dışarı çıkma davranışı alt alan puanını yükseltmektedir. Bazı çalışmalar aile içi iletişimin ve arkadaş ilişkilerinin iyi olduğu durumlarda ergenin kişilerarası ilişkiler puanını yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Sivas’ta ve Çankırı’da yapılan çalışmada aile ile ilişkilerin iyi olduğu durumda ve ayrıca Sivas’taki çalışmada arkadaş ilişkilerinin de iyi olduğu durumlarda kişiler arası iletişim alt başlık puanı yükselmektedir (Yıldız 2010;Dil ve ark, 2015). Muğla’da 400 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada; cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyin kişilerarası ilişki üzerinde etkisinin olmadığı, iletişim becerileri ve problem çözme becerilerinin ise kişilerarası ilişki tarzlarında önemli olduğu görülmüştür (Erözkan 2009). Ergenlerin akranlarıyla ve aileleriyle olan nitelikli paylaşımları kendilerine olan güveni ve önem-değer verilme ve desteklenme algısını arttırmaktadır (Yıldız 2010). Akşam dışarı çıkma davranışı yüksek öğrencilerde; iletişim başlatma, geliştirme ve sürdürme, diğer bireyleri anlama ve anlaşılma isteği

ile problem çözme becerilerinin kullanılması bireylerin psikolojik/fizyolojik iyilik hallerine katkı sağlayarak yaşam doyumlarını artıracaklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden sağlığından hoşnut olanların kişilerarası ilişkiler alt alan puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan, sağlık güvencesi olan ve sağlığından hoşnut olan ergenlerin kişilerarası ilişkiler puanı yüksek olmaktadır. Düzce’de ve Şanlıurfa’da yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak öğrencilerin kişilerarası ilişkiler alt başlığında genel sağlıklarından hoşnut oldukları saptanmıştır (Berçin 2010; Dağdeviren 2013). Güney Kore’de yapılan çalışmada sağlığından hoşnut olan ergenlerin tüm alt başlıklarda puanları yüksek çıkmıştır (Jin Won ve ark, 2014). Genel sağlık algısının iyi olması; yaşam doyumunu, arkadaş ve aile ilişkilerini etkilemektedir. Yaşam doyumu arttığında bu dönemde yaşanan kimlik krizi, özerlik isteği, kuşak çatışması, sınav kaygısı, akran ilişkileri, akademik beklentiler ve gelecek kaygısı azalacak ergenlerin geleceğe daha umutla bakacağı öngörülmektedir. Öğrencilerin kronik hastalığının olmaması derslere devamsızlığının az olmasına ve akademik başarısının artmasına düzenli olarak arkadaşları ile görüşmesine neden olabileceğini düşündürmektedir

7.7. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ STRES YÖNETİMİ ALT ALANI

Ergenlik döneminde fizyolojik ve psikososyal değişimlerin her biri stres kaynağıdır. Duygusal açıdan yoğun olunan bu dönemde, gündelik yaşamın sıkıntılarından kurtulma ve sosyal ortamlara girme stresle olumlu baş etmeyi güçlendirirken, ergenin mevcut sorunlarını daha iyi çözeceği, geleceği sağlıklı bir şekilde karşılamasına yardımcı olacaktır (Rasberry 2011; http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ Erişim tarihi: 25 Mayıs 2018).

Çalışmada stres yönetimini alt başlığından alınan puan $18,89 \pm 4,34$ olarak bulunmuştur. Aynı şekilde Seyhan’da $24,5 \pm 4,5$, Samsun ‘da $19,4 \pm 3,7$, Aydın’da $20,3 \pm 4,1$, Çankırı’da $20,0 \pm 3,9$, Şanlıurfa’da $14,95 \pm 2,89$ olarak saptanmıştır (Berçin 2010;; Kefeli 2010; Limnili 2010; Yıldız 2010; Dağdeviren 2013; Karadamar ve ark, 2014; Bi ve ark, 2014).

Samsunda, Çankırı’da, Güney Kore’de yapılan çalışmalarda da yapılan çalışma ile stres yönetimi alt alanında benzer sonuca ulaşılmıştır (Kefeli 2010; Dil ve ark, 2015; Jin Won ve ark,2015).

Çalışmamıza katılan ergenlerin streslerini kontrol etmek için yöntem kullananların oranı %9,8’dir. Bu durum ergenlerin stres kaynakları ve baş etme yollarında zorlandıklarını düşündürmektedir. Ergenlik dönemi stresli ve yıpratıcı olduğu için bireyler kendilerini yalnız ve çaresiz hissettiklerinde dış güçlere bağımlı oldukları söylenebilir. Ergen kendi kararlarını verdiklerinde; kendilerinin sınırlarını ve kapasitelerini doğru değerlendirdikleri söylenebilir. Ergenlik döneminde ergenlerin stresle baş etme becerilerinin kazandırılmasına yönelik çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Stres yönetimi için regresyon analizi için modele alınan değişkenler; sınıf, cinsiyet, son 12 ayda diyet yapma davranışı, akşam dışarı çıkma davranışı, sağlık hoşnutluğu, yaşam kalitesidir.

12.sınıfta olanlarda stres yönetimi alt alan puanı daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak İzmir’de yapılan çalışmada alt sınıfta olanların stres yönetimi alt başlık puanı daha yüksek bulunmuştur (Limnili 2010). 12.sınıfta üniversite sınavı nedeniyle öğrenciler rehberlik servislerinden azami ölçüde faydalanmaktadırlar. Rehberlik servisinin kaygı ile başa çıkma, çatışmadan kaçınma teknikleri vb, konulardaki çalışmaları öğrenciler üzerinde stres yönetiminde etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Erkek olmak stres yönetimi alt alan puanını yükseltmektedir. Düzce’de ve İzmir’de yapılan çalışmalarda da paralel sonuçlar elde etmiştir (Berçin 2010; Limnili 2010). Erkek olmak toplumsal olarak birçok olumsuz davranış yapıldığında kabul edilmeyi ve hoşgörü ile karşılanmayı sağladığı için stres yaratacak durumlarda erkek öğrenciler rahat olmaktadır.

Son 12 ayda diyet yapan öğrencilerin stres yönetimi alt alan puanları daha düşük saptanmıştır. Çalışmamızdaki öğrencilerin %68,4’ü kilo kontrolü yaptığını, kilo kontrolü yapanların %50,3’ü kendi görüntüsünden memnun olmadığını belirtmiştir. Bu dönemde ergenin tüm dikkati ve ilgisi vücudu üzerine toplanır ve görüntüsünden memnun olmak için diyet yapabilir. Yapılan diyetler uzman kişilerce desteklenmediği sürece yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olabilir. Diyet ile

gerçekçi olmayan hedeflere ulaşma çabası sonucu ortaya çıkacak hayal kırıklığı ve özgüven eksilmesi ile baş etme teknikleri profesyonel kişilerden alınması, gelecekte sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması için etkili olacaktır.

Sağlığından hoşnut olmak alt alan puanını yükseltmektedir. Şanlıurfa'da ve İzmir'de yapılan çalışmada sağlığından hoşnut olan ergenlerin stres yönetiminden anlamlı sonuçlar aldığı bulunmuştur (Berçin 2010; Limnili 2010). Çalışmadaki ergenlerin %53,3'ünün sağlığını iyi olarak algılaması stres yönetiminde olumlu motivasyon sağlayacaktır. Oluşan olumlu motivasyonla ergenlerin gelecekte karşılaşılan iyi ya da kötü olaylarda sağlıklı kararlar verme yeteneklerinin gelişeceği kanaatine varılmıştır.

Yaşam kalitesinin iyi olması alt alan puanını yükseltmektedir. Ergenler bir yandan yeni gelişmeye başlayan soyut düşünme becerisi ile yaşamı sorgularken diğer yandan özerklik tutkusu ile kendilerini özgür kılmaya çalışırlar (Ünal ve Şahin 2013). Düzce'de, Şanlıurfa'da yapılan çalışmalarda ergenlerin sosyal etkinliklere katılması veya hobilerinin olması stres yönetiminden anlamlı sonuçlar almasına neden olurken Çankırı'da bunlara olarak spor yapmak da stres yönetiminde anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır (Berçin 2010; Dağdeviren 2013; Dil ve ark, 2015). Çankırı'da ve İzmir'de yapılan çalışmalarda ailesi ile iyi ilişkileri olan ergenlerin stres yönetimi puanı daha yüksek bulunmuştur (Limnili 2010; Dil ve ark, 2015). Çalışmada ergenlerin %33,2'si düzenli olarak uyumadan önce güzel şeyler düşündüğünü, %16,7'side yaşantısındaki değiştiremeyeceği durumları düzenli olarak kabullendiğini belirtmiştir. Yaşama olumlu bakan ergenlerin umutlarını kaybetmediklerini ve gelecek ile ilgili mutlu olacaklarını ifade edebiliriz.

Akşamları dışarı çıkan öğrencilerin stres yönetimi alt alan puanları daha yüksek bulunmuştur. İzmir'de yapılan çalışmada arkadaş ilişkilerinin iyi olması stres yönetimi puanını yükseltmiştir, (Limnili 2010) Ergenlerin sağlıklı ilişkiler kurması gelecekte sağlıklı kişilik geliştirebileceklerini düşündürmektedir. Sağlıklı kişiliği olan bireyler kendileri ile ilgili kararları verebilen, karşılaştıkları problemleri çözmekten kaçınmayan, analitik düşünen, planlı davranan dengeli bireyler olacaktır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Manisa ili Sarıgöl İlçesinde devlet okullarında okuyan lise 3 ve 4, Sınıf öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bu çalışmada: SYBDÖ II puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. En yüksek puan manevi gelişim alt başlığından alınırken; en düşük puan sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt başlığından alınmıştır. Ergenlerin egzersiz davranışlarındaki yetersizlik dikkati çekmiştir. Model çerçevesinde biyolojik faktörlerde cinsiyet, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite yapma, kardeş varlığı, hastalık durumu; demografik değişkenlerden eğitim, akşamları dışarı çıkma, 12 yaşına kadar il merkezinde yaşama, gelir durumu; bilişsel- algılama faktörlerinden sağlık durumunu ve yaşam kalitesini algılama, diyet yapma, doktora ve dış hekime gitme durumu, sınıf ve okul durumu, sigara alkol kullanma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmıştır.

Milli Eğitim Bakanlığı'nın okul sağlığı çalışmalarını yurt geneline etkili şekilde yaygınlaştırmasının sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite açısından farkındalık yaratacaktır. Okul sağlığı çalışanının öğrencilerin sağlıklarını koruma, geliştirme ve sürdürmedeki sorumluluklarını yerine getirebilmesi için tüm okullarda (devlet-özel) okul sağlığı ekibinin sağlıklı çalışması gerekir. Okul sağlığı çalışanları ergenlerin davranışlarında etkili olan beden algısı, yaş gibi etkenleri göz önüne alarak ve farklı eğitim taktikleri kullanarak sağlık eğitimi programları planlamalıdır. Okul sağlığından görevli sağlık çalışanının izlem ve bilgilendirme çalışmalarını düzenli yapması için desteklenmeli ve liyakat sistemine uygun denetlenmelidir.

Okulların sık bulunduğu yerlere ve parklara; düzenli ve sağlıklı fiziksel aktivite yapılabilmesi için gerekli olan araç ve malzemelerin temin edilmesi, salon ve fitness salonları gibi tesislerden öğrencilerin asgari ücret ödeyerek yararlanabilmesinin sağlanması, fiziksel aktivite için okul bahçelerine sokak egzersiz aletlerinin konması için sektörler arası işbirliği yapılmalı, egzersiz yapmama nedenleri araştırılmalı, yaşamdan doyum alınması için motivasyonun artırılması gerekmektedir.

Sağlık sorumluluğu kazanabilmeleri amacıyla eğitim programları yapılması sigara, alkol ve bağımlılık yapan maddeleri bırakma, sağlıklı ve dengeli beslenme, öfke kontrolü, sosyal ve psikolojik destek gibi konularda grup veya akran eğitim programlarının hazırlanması önerilebilir.

Ergenlere; kendileri için stres yaratan durumları tanımlamaları ve onlarla etkili baş etme yöntemleri öğretilmelidir, Yaş gruplarına uygun okullarda strese neden olan etmenlerin belirlenmesi ve stresin ortadan kaldırılması için araştırmalar planlanabilir.

Sağlığı koruma ve geliştirme davranışları edinirken bireysel ve toplumsal farklılıklar göz önünde tutularak öğrencilere sağlığı koruma ve geliştirme konularında sağlıkla ilgili seminerler yapılabilir.

Toplumsal cinsiyet kavramının sosyal bir olgu olduğu için toplumun kabul ettiği kanılar değiştirilebilir ve değiştirilmesi için zorlayıcı düzenlemeler yapılabilir.

Lise ders kitaplarına sağlığı geliştirici davranışlara yönelik konulara yer verilmesi konusuna farkındalık yaratılabilir. Öğrencilerin okullarında ve kaldıkları yurtlarda sağlık eğitimi seminerleri düzenlenebilir. Sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili görseller, araçlar (panolar, dergiler, okul gazetesi vs.) temin edilebilir ya da öğrencilere yaptırılabilir.

Ergenlerin sağlık davranışlarında çevresinden, akranlarından ve ailesinden etkilenmeleri sebebiyle bu gruplara yönelik eğitim ve bilinçlendirme politikalarının geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Yapılan çalışma ile lise 3 ve 4.sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılacak çalışmalar için veri oluşturulmuştur. Çalışma sonuçlarının sağlığı geliştirmek için düzenlenecek eğitim programlarına rehber olabileceği düşünülmektedir. Benzer çalışmaların il genelinde yapılması yararlı olacaktır,

9. KAYNAKLAR

Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla “Nitelikli” Yaşam: Yaşam kalitesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: Güler Ç, Akın L, 3, Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2015, s:1898-1900.

Australian Institute of Health and Welfare annual report 2016–2017. Australian Institute of Health and Welfare 2017.Cat, no, AUS 219, Canberra;2017,s:24-36.

Aydın B. İmamoğlu S, Stresle başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik grup çalışması. M,Ü, Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2001;14: 41-52.

Aydiner Boylu A, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 2016; 15: 137-150.

Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya;2013; s:89-101.

Beaglehole R,,Bonita R, , Kjellström T. Temel Epidemiyoloji, İçinde: &, Bölüm: Epidemiyoloji ve Koruma. Çeviren Nazan Bilgel, Nobel&Güneş Tıp Yayınevi, Bursa; 1997, s: 91-105.

Berçin T. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2010, Ankara (Danışman: Prof, Dr, Ş, B, Özvarış).

Bi J, Huang Y, Xiao Y, et al Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a cross-sectional study of Chinese students, BMJ Open,2014;4:e005156.

Bulut A, Bulut A, Ercim RE. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi ,2016;2(2):105-112.

Can HO, Ceber E, Sogukpinar N, Saydam BK, Otles S, Ozenturk G. Eating habits, knowledge about cancer prevention and the HPLP scale in Turkish adolescents. Asian Pac J Cancer Prev ,2008; 9: 569-574.

Dağdeviren Z. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(2):135-142.

Dil S, Şentürk SG, Girgin BA. Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16: 51-59.

Dost M. Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007; 22:132-143.

Erözkan A. Lise Öğrencilerinde Kişilerarası İlişki Tarzlarının Yordayıcıları. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009; 21: 545-551.

Eryılmaz A. Üniversite öğrencileri için geliştirilen iyi oluşu artırma programının etkinliğinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014; 31: 111-128.

Ezzati M, Riboli E. Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. N Engl J Med 2013;369:954-964.

Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet araştırma ve araştırmacı Yetiştirme Merkezi yayın no:2, Çağ Matbaası, Ankara;1983, s:1-7.

Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006;10(2):19-28.

Geçkil E. Malatya ilindeki adölesanların sağlık davranışlarının ve sorunlarının tanımlanması, beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2002,İstanbul(Danışman: Doç.Dr. Suzan Yıldız).

Güler Ç, Vaizoğlu S,A. Çevre Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: Güler Ç, Akın L, Genişletilmiş 3, Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2015, s:540-573.

Güler N, Güler G, Ulusoy H, Bekar M. Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. Cumhuriyet Tıp Dergisi : 2009; 31: 340-345.

Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series ; No, 6, Denmark:1999: s:1-6.

Holland-Hall C, Burstein GR. Adolescent physical and social development. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Shor NF (eds), Nelson Textbook of Pediatrics, 20nd ed,Elsevier, Philadelphia; 2016: s: 926-931.

Ironson G. Work, job stress, and health, In S, Zedeck (Ed.), Frontiers of industrial and organizational psychology, Vol, 5; The Jossey-Bass management series and The Jossey-Bass social and behavioral science series, Work, families, and organizations ,San Francisco; 1992,s:33-69.

Jin-Won N, Hyo-Young Y, Hyunchun P, Shi-Eun Y. A Study of Predictive Factors Affecting Health: Promoting Behaviors of North Korean Adolescent Refugees. J Prev Med Public Health,2015; 48(5): 231-238.

Karadamar M, Yiğit R, Sungur A,M. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;17:3:131-139.

Kaya A. İletişime giriş: Temel kavramlar ve süreçler. A, Kaya (Ed.), Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim içinde, Pegem Akademi Yayıncılık,Ankara; 2010,s:2-33.

Kefeli B. Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. O,M,Ü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2010, Çanakkale (Danışman: Yrd.Doç.Dr. B. Altay).

King PM. Healty promotion :the emerging frontier in nursing. Journal of advanced nursing,1994; 20: 209-218.

Korkut F. İletişim becerilerini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: güvenirlik ve geçerlik çalışmaları. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1996;2(7): 18-23.

Köseoğlu S A, Erçevik A. Lise öğrencilerinin duygusal özerklik ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2015;15:198-216.

Kreipe R, McAmaney ER. Adölasan Dönemi. Çeviren: Tuzcu S, Nelson Essential of Pediatrics, Richard E, Behrman M,D, 3, Edisyon, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara; 2001,s: 226-263.

Kwong, J,L,, Klinger, D,A,, Janssen, I. et al, Derivation of some contemporary scales to measure adolescent risk-taking in Canada.Int J Public Health,2018;63(1): 137-147.

Limnili G. Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2010,İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR).

Maslow A. A Theory of human Motivation. Motivation and Personality, Chapter 4, Vol,3, Harper and Row Publishers, New York; 1954, s:35-59.

Maslow A. Self-Actualizing People: A Study of Psychological Health, Motivation and Personality. Chapter 11, Vol,3, Health Harper & Row, Publishers, New York; 1954,s: 149-181.

Murdaugh NJ, Parsons MA. Health Promotionin Nursing Practice. 4,th ed, Upper Saddle River,NJ: Prentice-Hall,Copyright pearson Education, upper SaddleRiver,NJ,; 2002, s: 60.

Nassar OS, Shaheen AM. Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. Health,2014; 6: 2756-2763.

Öksüz E, Malhan S.Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi ve Tanımlar, İçinde: Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara;2005, s: 21-28.

Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. STED 2002; 11: 10: 374-377.

Özvarış Bahar Ş. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Editörler: Güler Ç, Akın L, Genişletilmiş 3, Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları Ankara; 2015,s:1676-1749.

Pekcan H. Adölesan (Delikanlı) Sağlığı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Editörler: Güler Ç, Akın L, Genişletilmiş 3, Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara; 2015, s,486-538.

Perez-Fortiz A,Ulla Diez S M. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, 2009; 25(1):85-93.

Rasberry CN, Lee SM, Robin L. et al, The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: a systematic review of the literature. *Prev Med*, 2011;52:10-20.

Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation, *Evaluation in health promotion Principles and perspectives*. Ed: Irving Rootman, M, Goodstadt, B, Hyndman, DV, McQueen, L, Potvin, J, Springett , E, Ziglio, WHO Regional Publications, European Series, No, 92, Health Canada, World Health Organization,Denmark;2001,s:7-33.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No: 814, 1, Baskı, Ankara; 2011:1-5.

Soysal A. Sağlık Etki Değerlendirmesi Nedir? Ne değildir? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(6): 689.

Steinbrook R. Healthcare reform in Massachusetts a work in progress. *N Engl J Med*, 2006;18;354 (20): 2095-8.

Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can we save? *Lancet* 2005; 366(9496): s:1578-1582.

Teresa JS, Wilson J. *Nursing Theorists and Their Work*. chapter 21, Vol, 9, In:Alligood R M, Tomey M, mosby elsevier,2018,s:293-432.

Thirlaway K, Davies L. *Lifestyle Behaviours and Personal Responsibility for Health*. In: eLS, John Wiley & Sons Ltd, Chichester,2013. <http://www.els.net> [doi: 10.1002/9780470015902,a0025159]

Tones, K. Health Promotion, Health Education, and the Public Health, Chapter 7.3. In: R, Detels, J, McEwen, R, Beaglehole and H, Tanaka (eds), Vol, 2. Edition: 5th, Oxford Textbook of Public Health, Oxford University Press, Oxford; 2009 s:752-766.

Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. Bölüm 2. Besin Ögeleri ve Besin Grupları, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara:2016, s:29-49.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:931, Ankara;2014, s:472-485.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,1, Bölüm: Genel Bilgiler, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, Ankara: 2014,s:1-6.

Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü Ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu Ve Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2014, Aydın (Danışman: Prof. Dr. Ç. Dereboy).

Uzunöz M, Gülşen M. Üniversite Öğrencilerinin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi, 2007;3: 15-21.

Ünal,A, Şahin M. Lise Öğrencilerinin Yaşam Doyumlarının Bazı Değişkenlere Göre Yordanması. Cumhuriyet International Journal of Education,2013;3: 46-63.

Walker S N, Sechrist K,R, and Pender, N,J.The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research, 1987;36(2): 76-81.

Wilkinson, R, Marmot, M. Social Determinants of Health: The Solid Facts (Second Edition). WHO Library Cataloguing in Publication Data, Denmark;2003, s:10- 31.

World Health Organization, Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Who Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland:2009,s:1-44.

Yıldırım Y. Tüketici davranışları bağlamında Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin yeniden incelenmesi ve gösterişçi tüketim. The Journal of Academic Social Science Studies-International Journal of Social Science , 2015; 40: 403-428.

Yıldız İ. Lise Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Sivas (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Ferda Yıldırım).

Yıldız Ö, Ersin F. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi Davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20: 3.

Yiğit R. Çevik kuvvet görevlilerinin benlik saygıları ile yaşam doyumu ve stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2012; 13(1):61-75.

Yüksel A. Empati Eğitim Programının İlköğretim Öğrencilerinin Empatik Becerilerine Etkisi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2004;17(2): 341-354.



10.EKLER

EK 1. YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 29.11.2016 Toplantı Sayısı:26 Karar Sayısı: 38

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

Karar 15- Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine GÜMÜŞ'ün Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Manişa Sarıgöl İlçesindeki Lise Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	İmza
Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER	Müdür Yardımcısı	İmza
Doç. Dr. Özge YILMAZ	Müdür Yardımcısı	İmza
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	İmza
Doç. Dr. Murat TAŞ	Üye	İmza
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	Katılmadı
Özcan GERÇEKER	Raportör	İmza

1

ASLININ AYNISIDIR



Özcan GERÇEKER
Ens.Sek

Prof. Dr. A. AKTAŞ	Doç. Dr. E. TÜRKÖZ ULUER	Doç. Dr. Ö. YILMAZ	Doç. Dr. M. TAŞ	Prof. Dr. N. KUTLU	Prof. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

EK 2. ETİK KURUL KARAR FORMU

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	21/ 12/ 2016 / 20.478.486 - 406		
ARAŞTIRMANIN ADI	Manisa Sarıgöl İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT - MCBÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğrencisi Emine GÜMÜŞ		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	19 / 12 / 2016 / Tarih ve 375 sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir		
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi
Doç. Dr. Erol OZAN Psikiyatri AD	☐	☒	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☒	☒	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Mukadder YILMAZER Avukat
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	☐	☒	İhsan AVCI Sivil Üye
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan			

ASLININ AYNISIDIR

ÖZCAN GERÇEKEN
Ens. Sek.

EK 3. MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI


T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 46949512-605.01-E.1988699
Konu : Emine GÜMÜŞ Araştırma İzni

16.02.2017

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi: a) Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 07/03/2012 tarih ve 3616 sayılı 2012 / 13 No'lu genelgesi,
b) Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 30.10.2017 tarih ve 4643 sayılı yazısı.

İlgi (b) yazı ve ekinde; Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Emine GÜMÜŞ'e ait "Manisa Sarıgöl İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması için Sarıgöl İlçe Millî Eğitim Müdürlüğüne bağlı Lise 3. ve 4. sınıf öğrencilerine yönelik bir araştırma yapmak istediği belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin; 2016 - 2017 eğitim öğretim yılı içerisinde, eğitim öğretimi aksatmadan, yazımız ekinde bulunan onaylı formların kullanılması koşuluyla, gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Necmettin OKUMUŞ
Müdür Yardımcısı

OLUR
16.02.2017

Recep DERNEKBAŞ
İl Millî Eğitim Müdürü

EKLER:
Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)
Ölçekler (6 sayfa)

Nispetiyeşah Mh. Atatürk Bly. No:36/A Şehzadeler/MANİSA
Elektronik Ağ: www.meb.gov.tr
e-posta: strateji45@meb.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi: Tayfun ATLI
Tel: (0 236) 231 46 08 (105)
Faks: (0 236) 231 12 51

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksigasi.meb.gov.tr> adresinden: a534-98f0-3ffd-b7d2-0aae kodu ile teyit edilebilir.

EK 4. SOSYODEMOGRAFİK ÖLÇEK

1	Hangi okul türünde okuyorsunuz?	1-Anadolu Lisesi 2-Sağlık Meslek Lisesi 3-İmam Hatip Lisesi
2	Yaşınız	,,
3	Cinsiyetiniz	1. Erkek 2. Kadın
4	Sınıfınız	,,
5	Şu anda kaldığınız yeri seçin	1) Aile yanında 2)Yurtta 3)Arkadaşlar ile evde 4) Yalnız yaşıyorum
6	On iki yaşına kadar en uzun sürede nerede yaşadınız?	1) İl merkezi 2) İlçe merkezi 3) Bucak veya köy 4) Yurt dışı -> Soru 15'e geçiniz
7	On iki yaşına kadar en uzun süre yaşamış olduğunuz yer hangi ildeydi?	,,
8	Kaç kardeşsiniz?	1) Kardeşim yok 2)(sayı) kardeş
9	Annenizin eğitim durumu nedir?	1) Okur yazar değil Okur yazar ancak hiç okula gitmemiş 3) ilkokul mezunu 4) Orta okul mezunu 5) Lise mezunu 6) Yüksek okul ve üzeri
10	Babanızın eğitim durumu nedir?	1) Okur yazar değil 2) Okur yazar ancak hiç okula gitmemiş 3) İlk okul mezunu 4) Orta okul mezunu

		5) Lise mezunu 6) Yüksek okul ve üzeri
11	Ailenizin gelir ve gider durumunu değerlendirdiğinizde gelirinizi giderlerinize göre nasıl algılıyorsunuz? Durumunuz nedir	1-Gelirimiz giderimizden fazla 2-Gelirimiz giderimizden az 3-Gelirimiz giderlerimize eşit
12	Sürekli ilaç kullanımınızı gerektiren, hekim tarafından Tanı konmuş bir hastalığınız var mı?	1) Evet (hastalık adı) 2) Hayır
13	Ailenizde (anne,baba ve kardeşleriniz) sürekli ilaç kullanımını gerektirecek kronik bir hastalığı olan varsa, lütfen işaretleyiniz (Birden fazla işaretlenebilir)	1) Kalp damar hastalığı 2) Şeker hastalığı 3) Yüksek tansiyon 4)Şişmanlık - Obezite 5) Astım Kronik akciğer hastalığı 7) Sara Kemik erimesi - Osteoporoz 9) Çökkünlük - Depresyon 10) Eklem hastalığı
14	Şimdiye kadar altı ay ve daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiniz mi?	1) Evet 2) Hayır
15	Halen sigara içiyor musunuz?	1) Evet en az bir tane veya daha fazla sigara içiyorum 2) Evet, her gün olmamakla beraber ara sıra içerim 3) Bıraktım artık içmiyorum

16	Şu anda bira, şarap veya diğer alkollü içecekleri ne sıklıkta tükettiğinizi belirtir misiniz?	1) Hiç içmem 2) Nadiren Ayda bir veya birkaç kez 4) Haftada bir veya birkaç kez 5) Her gün
17	Boy uzunluğunuz kaç cm'dir?	, cm 2) Boy uzunluğumu bilmiyorum
18	Kıyafetleriniz olmaksızın kilonuz ne kadardır?	 kg 2) Kilomu bilmiyorum
19	Vücudunuz ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?	1) Çok zayıfım 2) Zayıfım Uygun kilodayım 4) Biraz kiloluyum 5) Kiloluyum
20	Kilonuzu kontrol eder misiniz?	1) Evet Hayır
21	Kilonuzu kontrol altına alma davranışınızı ortaya çıkaran neden hangisidir?	1) Arkadaş tavsiyesi 2) Vücut ağırlığının ölçülmesi 3) Kıyafetlerin dar gelmesi 4) Fiziki görüntünüzden memnun olmama 5) Diğer (Lütfen belirtiniz)
22	Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız?	1) Evet Hayır
23	Cevabınız "evet" ise hangi sıklıkla yaparsınız?	1) Her gün yaparım 2) Haftada 1-2 gün 3) Haftada 3-4 gün 4) Haftada 5-6 gün
24	Son 1 hafta içinde sizi terletecek kadar fiziksel aktivite yaptınız mı?	1) Evet, Dakika 2) Hayır
25	Cevabınız "evet" ise hangi fiziksel aktiviteyi / aktiviteleri yaptınız? Birden	1) Ev işleri 2) Alışveriş 3) Koşu

	çok seçenek işaretleyebilirsiniz?	Yürüyüş faaliyetleri Diğer (Lütfen belirtiniz),
26	Son 12 ay içinde diyet yaptınız mı?	1) Evet 2) Hayır
27	Rutin bir kontrol için doktora en son ne zaman Son gittiniz? (Bir sakatlık, hastalık dışında)	1 yıl içinde 2 yıl içinde Son 3 yıl içinde Yıl yada daha fazla gitmedim
28	Herhangi bir nedenle diş hekimine veya diş kliniğine en son ne zaman gittiniz?	1) Son 1 yıl içinde 2) Son 2 yıl içinde 3) Son 3 yıl içinde 4) Yıl ya da daha fazla Hiç gitmedim
29	Bir günde ortalama kaç saat ders çalışıyorsunuz?,	,saat
30	Haftada kaç günü, okuldan sonra boş zamanlarında arkadaşlarınızla geçirirsin	1) 0 gün 3) 2 gün 4) 3 gün 5) 4 gün 6) 5 gün 7) 6 gün 8) 7 gün
31	Haftada kaç akşam arkadaşlarında dışarıda zaman geçirirsin?	1) 0 gün 3) 2 gün 4) 3 gün 5) 4 gün 6) 5 gün 7) 6 gün 8) 7 gün
32	Düzenli olarak spor aktivitelerde bulunur musunuz?	1-Evet, bu faaliyetlerin ne olduğunu Belirtirmisiniz?,,,,,,,,, 2-Hayır

33	Düzenli olarak müzik grupları, tiyatro Grupları, satranç klübü gibi spor dışı Organize faaliyetlere katılıyor musun?	1-Evet, bu faaliyetlerin ne olduğunu Belirtirmisiniz?,,,,,,,,,,,,, 2-Hayır
34	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz	1)kötü 3) Ne iyi ne kötü 4) Oldukça iyi Çok iyi
35	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne de değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut
35	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1) Hiç hoşnut değil 2) Çok az hoşnut 3) Ne hoşnut, ne de değil 4) Epeyce hoşnut 5) Çok hoşnut

EK 5. SAĞLIKLI YASAM BİÇİMİ DAVRANISLARI ÖLÇEĞİ II

Anketin bu bölümünde şu an ki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır, Lütfen soruları mümkün olduğunca doğru ve eksiksiz yanıtlayınız, Ölçeğimizde size en uygun seçeneği işaretleyiniz, Ölçeğimiz, Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir,

SORULAR	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1- Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2- Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3- Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları Anlatırım.				
4- Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5- Yeterince uyurum.				
6- Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7- İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8- Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9- Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10- Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11- Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12- Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13- İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14- Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim (1 porsiyon:1 ince dilim ekmek veya 1 kase çorba çorba veya 2				

yemek kaşığı pirinç /bulgur pilavı veya 4 yemek kaşığı kuru baklagil yemeğı gibi).				
15- Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16- Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğın haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17 -Yaşamımda değıştirmeyeceğım şeyleri kabullenirim.				
18- Geleceğı umutla bakarım.				
19- Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20- Her gün 2-4 öğün meyve yerim (1 porsiyonmeyve:1 küçük boy elma veya1 orta boy portakal veya 1 orta boy mandalina veya 1 küçük boy muz veya 12 adet kiraz veya 3 adet kayısı veya 5-6 adet yeşil erik veya 1 orta boy armut gibi).				
21- Her zaman gittiğım sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22- Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23- Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24- Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25- Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26- Her gün 3-5 öğün sebze yerim(1 porsiyon sebze:1 küçük domates, 1ortaboy havuç,1 küçük salatalık,4 yemek kaşığı pişmiş ıspanak/ lahanası/ patlıcan/ taze fasulye /bezelye/ kabak yemeğı, 1 orta boy demet maydanoz ,4 orta boy biber gibi).				
27- Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28- Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29- Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30- Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31- Sevdığım kişilerle kucaklaşıırım.				

32- Her gün 3-4 kez sut, yoğurt veya peynir yerim (1 porsiyon: 1 su bardağı süt/yoğurt veya 2 bardak ayran veya 1 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir gibi).				
33- Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34- Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35- İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36- Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37- Yakın dostlar edinmek için caba harcarım.				
38- Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39- Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40- Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41- Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42 -Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43- Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44- Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45- Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46- Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47- Yorulmaktan kendimi korurum.				
48- İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49- Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50- Kahvaltı yaparım.				

51- Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52- Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				



EK 6. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Emine	Soyadı	GÜMÜŞ
Doğum Yeri	SİNCANLI	Doğum Tarihi	05.01.1977
Uyruğu	T.C.	Tel	0(505)2602893
E-mail	<u>gumusemine03@hotmail</u>		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	2014-2018
Lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2010
Lise	Sandıklı Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1996

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Meslek Dersi Öğrt,	Turgutlu Selman Işılak MTAL	2017-
Meslek Dersi Öğrt,	Sarıgöl MTAL	2012-2017
Meslek Dersi Öğrt,	Gönen Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2009-2012

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama*		Konuşma*		Yazma*		
İngilizce		orta		orta		orta		
Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL	TOEFL	TOEFL	FCE	CAE	CPE
(2014)			IBT	PBT	CBT			
46								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (2014)	69	70	70

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Misrosoft office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz