T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

EDİRNE İLİ UZUNKÖPRÜ İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN ETMENLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatih CENGİZ

EDİRNE - 2020

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

EDİRNE İLİ UZUNKÖPRÜ İLÇESİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN ETMENLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatih CENGİZ

Destekleyen Kurum :

Tez No :

EDİRNE - 2020

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesinde bilgi, birikim ve tecrübeleri ile yol gösterici olan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR'a ve üstümde emeği olan tüm hocalarıma, yoğun araştırmalarım sırasında birlikte çalıştığım sürekli destekçilerim değerli ve kıymetli servis arkadaşlarıma, bugünlere gelmeme vesile olan maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım anneme ve babama, çalışmalarım sırasında pozitif enerjilerini üzerimde sürekli hissettiğim canım ablama ve abime, bu süreçte yardımını esirgemeyen herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **4**

SAĞLIK KAVRAMI **4**

SAĞLIĞI KORUMA **6**

SAĞLIĞI GELİŞTİRME **7**

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI **9**

ERGENLİK DÖNEMİ **16**

ERGENLİK DÖNEMİNDE BÜYÜME VE GELİŞME **18**

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI KAZANDIRMADA HEMŞİRENİN ROLÜ **20**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **23**

BULGULAR **28**

TARTIŞMA **51**

SONUÇLAR VE ÖNERİLER **72**

ÖZET **77**

SUMMARY **79**

KAYNAKLAR **81**

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ **93**

ÖZGEÇMİŞ **94**

EKLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD :Amerika Birleşik Devletleri
APA :American Psychological Association
Ark :Arkadaşlar
ASM :Aile Sağlığı Merkezi
BKİ :Beden Kitle İndeksi
CA :Kanser Antijeni
CDC :Center for Disease Control
DM :Diabetes Mellitüs
DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü
HBSC :Health Behaviour in School-aged Children
HDL :High-Density Lipoprotein
HLS :Healthy Life Style
HT :Hipertansiyon
KOAH :Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL :Low-Density Lipoprotein
M.Ö :Milattan Önce
SYBDÖ :Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TDK :Türk Dil Kurumu
TNSA :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM :Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK :Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün açıklamasında, bireyin sağlıklı olduğunu söyleyebilmek için sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışının yeterli olmadığının, aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerinin de değerlendirilmesinin gerektiği ve bu yönlerin tümünün iyilik halinde olması gerektiğinden söz edilmiştir (1). Sağlığı geliştirme, insan sağlığı üzerinde etkili olan bazı davranış ve yaşam şekilleri için maddi kaynak, eğitim, teşkilatlanma ve çevresel dayanakların bir arada bulunması ile insanların bireysel sağlık düzeylerine yönelik hakimiyetlerini yükseltmeyi ve geliştirmeyi daha olanaklı hale getiren bir süreç şeklinde açıklanmaktadır (2,3). DSÖ tarafından düzenlenen Bangkok Deklarasyonu'nda, insanların bireysel sağlıkları üzerinde etkisi olan bazı bileşenlerin hakimiyetlerini arttırarak sağlık seviyelerini en üst seviyelere taşıyabilmek olarak açıklanmış olan sağlığı geliştirme, insanların optimum sağlığın tespit edilmesi ve bu yönde eylemde bulunabilmek adına yaşam şekillerinde farklılıklar oluşturulmasına destekte bulunan bir sanat ve bilim dalı şeklinde söz edilmiştir (4,5).

Sağlığı koruma ve geliştirme kavramları, insanların zihninde yıllar boyu sağlık personellerini ve sağlık kuruluşlarını canlandırmıştır. Daha sonra insanların sağlıkları üzerinde yaşam şekillerinin etkili olduğu keşfedilmeye başlanmıştır (3). Günümüz gündeminde hastalıktan nasıl korunacağı ya da hastalıkların tedavi şekilleri arka planda kalmış, sağlığın hangi yöntem ve araçlarla geliştirilebileceğinden bahsedilmeye başlanmış ve ön planda olmuştur. Özellikle sağlık eğitiminde sağlık bilincini oluşturabilmek adına farkındalığı bu yöne çekerek "Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki" kavramı öne çıkmaktadır (6).

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığı üzerinde etkili olabilecek tutumlarını denetleyebilmesi, gün içerisinde yaptığı etkinliklerini düzenlerken bireyin sağlık seviyesine elverişli eylemleri fark etmesi ve uygulaması şeklinde açıklanmaktadır (7,8). Günümüzdeki yaşam biçimlerinden aktivite uygulamaları, diyet planlamaları, sigara-alkol kullanma durumu ve stres kaynaklarının varlığı gibi sağlığa olumsuz etkide bulunan özellikle kardiyovasküler hastalıkların oluşma olasılığı üzerinde etkili olmaktadır. Bunun dışında kanser, çeşitli kalp hastalıkları ve diyabet gibi kronik olarak seyreden hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin insanların yaşam tarzları üzerinde yapılabilen değişiklikler ile önemli ölçülerde azaldığı bilinmektedir (7). Ayrıca, yapılmış bir çalışma sonucuna göre sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık durumunu değerlendirebilme ve sağlık bakım sistemleri ile bireylerin yaşam tarzları arasında ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir (9). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, kendi yaşam tarzlarına katabilen bireyler bu yeteneklerini sağlıklı olmaya devam etmek için yapabileceği gibi mevcut sağlık seviyelerini de geliştirebilmek için kullanabilirler. Bu nedenle, mevcut sağlığın korunması ve oluşabilecek hastalıklardan korunabilmek için sağlıklı yaşam biçimi etkinlikleri ana tabanı oluşturur. Bu durum, yaşam tarzlarının pozitif yönde ilerleyebilmesine yönelik eylemlerin önemini ortaya koymaktadır (10,11).

İnsan yaşamında ergenlik dönemi özel bir dönemdir. Kızlarda 10 yaş, erkeklerde 12 yaş civarında ergenliğin ilk belirtileri başlamaktadır (12,13). Bu dönemin başlamasını ve bitmesini etkileyen bazı etmenler vardır. Bunların başında çevre, beslenme, genetik vb. etkenler gelmektedir (13). Adolesan dönem, insan yaşamında gelişme dönemlerinden biridir. Bu dönem ergenin çocukluk çağından yetişkin döneme geçişi ve kişilik gelişiminin oluşmaya başladığı süreci içermekte olup bu gelişimin sadece bedensel değil bilişsel, psikososyal gelişimleri de içermekte olduğu açıklanmaktadır (14).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Center for Disease Control (CDC, Hastalık Kontrol Merkezi)'nin açıklamasına göre 6 riskli eylem ergenlerde morbidite ve mortalite sebepleri içinde gösterilmektedir. Altı riskli eylem; alkol ve madde tüketimi, yaralanmaya maruz kalma ve şiddet, tütün kullanmak, sağlıksız diyet, aktivite yetersizliği, riskli cinsel davranışlarda bulunmaktır. CDC sonuçlarına bakıldığında, gençlerin sağlığı için risk oluşturan eylemlerin son 30 yıl zarfında önemli ölçüde arttığı söylenmekte ve bu artışın insan sağlığını ilgilendiren eylemlerden olduğu belirtilmektedir (15).

Gençlerin kendi sağlıklarını olumlu yönde geliştirme çabalarına bakıldığında, öncelikle bireyin kendisini daha sonrada ailesini ve toplumda yaşamakta olan diğer bireylerin üzerinde

etkisinin bulunduğu düşünülmektedir. Bugünün ergenleri geleceğin erişkinlerini yani yeni oluşacak toplumun yapıtaşını oluşturacaklardır. Bundan dolayı geleceğin sağlık seviyesini etkileyecek olan eylemlerin, yaşam tarzlarının oluşmaya başladığı bu dönemde hastalıklardan korunma ve sağlık seviyesinin yükselmesini sağlayabilmek için odaklanılması gereken önemli bir nokta olduğundan bahsedilmektedir (16).

Ergenler hayatlarının önemli bir dönemini okullarda gruplar halinde geçirmektedirler. DSÖ, kişiye dolaylı olarak da ailesine faydalı sağlık davranışlarının oluşturulmasında etki gücünün fazla olduğu mekanların başında okulların geldiğini belirtmiştir. Bu alanlarda sağlığı geliştirme ve bunların uygulanması yönünden uygun ortamlar olduğu belirtilmiştir (17). Ergenlerin morbidite ve mortalite hızlarının belirleyicilerinin başında sağlık için risk oluşturan davranışlar gelmektedir. Kişilik gelişiminin başlamasıyla bu dönem itibariyle yapılması planlanan müdahaleler ile riskli sağlık davranışlarına engel olabilmek adına pozitif yönde davranışlar kazandırılmaya çalışılarak ergenlerin yaşamları boyunca karşılaşabilecekleri hastalıklara veya sakatlıklara karşı korunmaları ve sağlıklarının gelişmesine katkıda bulunabileceğinden bahsedilmektedir (18).

Bireylerin uygulamış oldukları yaşam biçimi eylemlerinin belirlenmesi, onlara sağlıklı yaşam biçim davranışlarının uygun bir şekilde öğretilebilmesi açısından gereklidir. Böylece bireyin ihtiyacına odaklanılmasıyla bu yolda ilerleyerek sağlıklı yaşam biçimi için gerekli olan eğitim programları planlanabilir ve geliştirilebilir. Bu ihtiyaçların saptanabilmesi için Pender'in sağlığı geliştirme modelindeki kavramların bilinmesi gereklidir. Pender modelinde öğrenmenin öneminden bahsetmiştir. Bireyin davranışları üzerinde öğrenmenin etkili olduğunu ve doğrudan sağlık eğitiminin önemli bir konu olduğunu vurgular (19,20). Yapılmış olan farklı çalışmalarda farklı gruplar üzerinde, insanların sosyodemografik özelliklerinin, onlara sunulan sağlık eğitiminin, sağlıklı eylemlerin gelişmesindeki etkilerinin önemli boyutlarda olduğunu göstermektedir (21). Ülkemizde de bu konuyla ilgili farklı gruplar üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında bazı demografik özelliklerin ve sağlık eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu görülmüştür (22-27).

Araştırma, Edirne ili Uzunköprü ilçesindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek etmenlerin saptanması amacıyla yapıldı.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK KAVRAMI

İlk defa Hipokrat (M.Ö. 460-377), etkileşim kuramında akıl ve bedenden bahsederken akıl ile bedenin birbiri ile etkileşimde bulunduğu görüşünü savunmuştur. Hipokrat'ın sağlık ve hastalık hallerinin sebepleri hakkındaki görüşleri Antik Yunan düşüncesinin etkisi altındadır. Bireyin bedeninin dört temel yapıtaşından oluştuğundan bahsetmiştir. Bu dört temel yapının birbirlerini etkilediğini ve bu etkileşim sonucunda dengede kalmaya çalışmalarının sağlıklı olmayı sağladığından bahsetmiştir. Bu etkileşim sonucunda oluşması gereken dengenin sağlanamaması durumlarında, hastalıkların ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Ancak bu görüş günümüzde doğru olarak kabul edilmemektedir (28).

Uzun bir süre sağlık; "hastalık ya da sakatlığın olmayışı" olarak dar anlamda kullanılmıştır. Rudolf Virchow 1848 yılında hastalıkların sadece bir etkenden kaynaklanıyor olmayabileceğini aslında birçok sebebin hastalıkların oluşumunda etkili olabileceği görüşünü ortaya atmıştır (29).

Toplum sağlığı düşünüldüğünde bunu etkileyen sosyal ve ekonomik durumlar birlikte incelenmelidir. Vatandaşların sağlığını korumak hükümetlerin görevleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle buna yönelik uygun, gerçekçi, uygulanabilirlik olasılığı yüksek, kabul edilebilir, ulaşılabilir sosyal politikalar oluşturularak önlemler (eğitim, iş vb.) alınmasının gerekliliğinden bahsedilmektedir. Tüm vatandaşların temel hakları arasında sağlıklı olmak vardır ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşuyor olması, bireylerin sağlığının korunması ve

geliştirilmesi her ülkenin temel politikasıdır. Eski dünya ülkelerinde sadece bireyin sağlığı ile ilgilenilmiş, toplum sağlığının göz ardı edildiği ya da bilinmediği düşünülmektedir. Çünkü o dönemde sadece hastalıkların tedavisiyle ilgilenilmekte ve toplum sağlığını etkileyen çevre sağlığı gibi kavramlar gelişmemiştir (30).

Sağlık, kişinin kendisini bedenen iyi ve yeterli hissetmesinin yanı sıra, kişinin günlük yaşam aktiviteleri arasında bulunan kriterleri fiili olarak yapabilme, çevreden gelen sıkıntılara karşı mücadele edebilme ve çevreyi kendi tercihine göre uygun bir biçime sokabilme şeklidir (31). Sağlık; insanın fiziksel, sosyal ve ruhsal yönlerinin tamamı ile bir bütün halindedir ve bu bütünlük birçok etkenden etkilenir. Bireyin sağlığını etkileyebilen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunların başında genetik ve çevre koşulları önemli yere sahiptir. Kalıtım, aileden gelen, kişinin doğarken sahip olduğu nitelikleri içerir. Birey bu gibi ailevi özelliklerini değiştiremez fakat zararsız bir çevre ile genetik yetenekleri güçlendirebilir ve etkileyebilir. Bu çevresel etkenlerin içinde beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel değişikliklerin olduğu açıklanmaktadır. Çevresel etkenler bireyin yaşamında bazı yönlendirmelere sebep olur. Bu etkenlerden herhangi birinin yokluğu bireyin, sonrasında toplumun sağlık yapısı üzerinde olumsuz etki bırakır (25). Benlik saygısının sağlık üzerine etkilerinin olduğu ve bu etkileri bireyin kendisinin hissedebildiği açıklanmaktadır (32). Sağlık kavramının anlaşılabilirliğini artırabilmek adına "objektif ve subjektif sağlık" incelenebilir.

Subjektif sağlık bireyin kendi kendini bilmesi halidir. Bireyin bedensel, sosyal ve psikolojik yönden kendini değerlendirebilmesidir. Bu bakış açısı ile düşünüldüğünde birey, biyolojik olarak hasta olduğu halde kendisini sağlıklı olarak algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık kavramını iyi bilmesi gereklidir. Objektif sağlık algılayışı ise; hekimin fiziksel muayenesi ve tanı tetkik ve testleri ile belirlenen hastalıkların olmayışıdır (33).

Sağlık kavramı kültürden, toplum yapısından, inançlardan, çevre koşullarından etkilenir ve bu sayede farklılaşmalara sebep olabilmekte, bunun göstergesi olarak bir ülke veya bir toplum için sağlıklı görülen bir bireyin, farklı ülke veya toplumda sağlıklı olmadığının düşünülmesi, sağlık algısının farklı oluşunun bir göstergesidir (34). İnsanlıkla birlikte başladığı düşünülen birçok farklı dalların sağlık kavramını açıklamaya çalıştığı görülmektedir (35-38).

-Felsefi bakış açısıyla sağlık; insanların hayatta olduklarını kanıtlayabilecekleri, yeteneklerini gerçekleştirerek doyum içinde yaşayabilmeleri olarak açıklanmaktadır (35-38).

-Biyolojik bilimler bakış açısıyla sağlık; vücutta bulunan hücrelerin maksimum seviyede fonksiyon gösterebildikleri, birbirleri arasında uyumlu olabilmeleri şeklinde açıklanmaktadır (35-38).

-Davranış bilimleri bakış açısıyla sağlık; bireyin etrafındakilerle uyumlu bir şekilde yaşayabilmesi, ani olaylara karşı baş edebilme yeteneğinin olması şeklinde algılanmaktadır (35-38).

-Sosyal bilimler bakış açısıyla sağlık; kişinin toplumdaki görevlerini yerine getirebilmedeki yeterlilik durumu olarak tanımlanmaktadır (35-38).

Bütüncül sağlık anlayışının oluşmasıyla sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri ilgi görmüştür. Bu faaliyetler, negatif, nötral ve pozitif sağlık olarak gruplanmıştır (39-42);

-Negatif sağlık*;* tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlık durumunu ifade eder.

-Nötral sağlık; kişide herhangi bir hastalığın bulunmaması ile birlikte denge içinde olma durumunu ifade etmektedir. Sağlığı devam ettirebilme ve oluşabilecek hastalıkları önleyebilme durumudur.

-Pozitif sağlık; bireyin iyilik düzeyini yükselterek sağlığının geliştirilmesi mümkündür. Kişinin sağlığının dengede olması ve bu sayede hayat standardını artıran ve yetkinliğini geliştiren sağlık faaliyetleridir.

SAĞLIĞI KORUMA

Korumanın kelime anlamına bakıldığında, sakınma ve himaye edilme olarak açıklanmaktadır. Sağlığı korumanın, sağlık için risk oluşturan davranışlardan uzak durma, bu davranışlara engel olmaya çalışma, bu konularda eğitim alarak uygulamada bulunmak demektir (42,43). Leavel ve Clark 1965'te, sağlığı koruma düzeylerinin olduğundan bahsetmişlerdir. Bu düzeyleri; birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç bölüme ayırmışlardır. Bu sınıflamaya göre koruma düzeylerinin özellikleri aşağıda yer almaktadır. Bunlar (40,43,44,45);

-Birincil koruma: Sağlığın geliştirilmesine dair yapılabileceklerin olduğu ve koruyucu önlemlerin yer aldığı bölümdür. İnsanların sağlığını bozacak durumlara karşı davranış modellerini öğrenip uygulayabilecek hale gelmeleri ile davranışlarını geliştirmelerini sağlayarak koruyucu hizmetlerden faydalanmalarına yönelik eylemleri içerdiği açıklanmaktadır. Aşılama yöntemlerinin kullanılması, vektörlerin zarar verici etkilerine karşı

önlem alma, aileden genler yolu ile bulaşabilen hastalıklara karşı taramalar yapılması ve bireylerin eş seçimlerinde yardım edilmesi, olumsuz etkileri olan sosyolojik ve ekonomik koşulların kabul edilebilir seviyelere yükseltme çabalarının olduğu bölümdür.

-İkincil koruma: Toplumun sağlık seviyesini en üst seviyelere çıkarabilmek adına koruma uygulamalarının yapılması, bu şekilde hastalıkların gelişmesine sınır koymaya çalışmak ve hastalıkların başlangıç belirtilerinin varlığı ya da yokluğu halinde taramalar yaparak erken tanı konmasını sağlayarak tedaviye başlanmasını sağlamaktır. İkincil koruma ile hastalıkların erken evrede yakalanmasını sağlayarak vücutta kronikleşme yolunda ilerlemeye çalışan hastalıklara engel olmaya çalışılır.

-Üçüncül koruma: Toplumda görülen hastalıkların tekrar oluşmasını, komplikasyonlarının azaltılmasını ya da yok edilmesini ve oluşabilecek sakatlıklardan korumaya çalışılan hizmetlerin olduğu bölümdür. Nedenlerin ortadan kaldırılamamasından dolayı meydana gelen hastalıkların ya da travmalar sonucu meydana gelmiş olan sakatlık durumlarında bireylerin engellerini en aza indirebilmek ve onları rahatsız eden düşüncelerden kurtarabilmek, yeterli ve üretken hale gelebilmelerini sağlayarak toplum içindeki uyumlarını geliştirmek amaçlanmaktadır. Bireylerin rehabilitasyonları sağlanmaya çalışılır, var olan yetersizlikleri kabul edilerek bu seviyeyi en üst düzeye çıkararak fonksiyonlarının farkında olmaları sağlanır.

SAĞLIĞI GELİŞTİRME

Geliştirme, verim gücünün yükseltilmesi anlamına gelmektedir (46). Sağlığı geliştirme ise doğrudan insanların sağlık seviyelerinin artırılması ve iyilik hallerinin yükseltilmesi için yapılan eylemleri içerir. DSÖ sağlığı geliştirmenin, insanların kendileri için yapabileceklerinin farkında olmalarını sağlamayı ve toplum sağlığı için neler yapabileceklerini kavramalarını amaçlayan süreç olduğunu açıklamaktadır (47,48). Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda sağlığı geliştirme kavramından bahsedilmiştir. Burada sağlığı geliştirmek için insanların bedensel ve psikolojik açıdan sağlıkları üzerindeki kontrolünü yükseltebilmelerini sağlamak amacıyla yapılan uygulamalar şeklinde açıklanmıştır. Buradan yola çıkarak sağlığı geliştirmenin asıl amacının, faydalı sağlık alışkanlıklarının kazanılmasını ve sürdürülebilir hale getirilmesini sağlamak olduğu düşünülmektedir (49).

Geliştirme sürecini uygulayabilmek için insanların beslenme eylemlerini yapabiliyor duruma getirilmiş olması, fiziksel aktivitelerinde, kişiler arası ilişkilerinde uyumlu olabilmesi, dinlenmeyi tam anlamıyla uygulayabilmesi, kendine ayırdığı zamanı verimli bir şekilde

kullanabilme alışkanlığını kazanmış olması önemlidir. Yapılan bazı programlar, insanların sağlığı geliştirme davranışlarına sahip olmasını etkiler. Benzer programlar bireyin ihtiyaç duyduğu bilgi ve beceri kazanma yöntemlerini desteleyerek iyilik seviyelerini yükseltmek ve sağlık davranışlarını geliştirmek için hazırlanmıştır. Sağlığı geliştiren programlar şu başlıkları içerir (46,49):

-Öz sorumluluk; kişinin kendi sağlığı için yapabileceği şeylerin olduğunu kabul etmesi ve bu doğrultuda gerekli olan davranış ve tutumları öğrenip uygulamasıdır. Örnek olarak, kişinin tarama yaptırması verilebilir.

-Besin alımı; beslenmenin sadece karın tokluğu olmadığının farkında olarak dengeli beslenmek gerektiğinin bilinmesidir. Örnek olarak, kişinin kendi ihtiyacına göre öğün içeriklerinin ayarlanması verilebilir.

-Fiziksel dayanıklılık ve esneklik; kişinin hareketlilik durumunu içerir.

-Kendi çevresini kontrol etme; sağlıklı çevrenin ne demek olduğunun kavranmış olmasından sonra bu çevrenin nasıl oluşturulabileceğinden bahseden kısımdır.

-Entelektüel kapasite; bireyin aklında olan düşüncelerin ve yeteneklerinin farkındalığının oluşturulmaya çalışıldığı kısımdır.

-Stres yönetimi; insanın stresle mücadele edebilme ve üstesinden gelebilme kapasitesini geliştirmesini sağlar.

Bu programın faydalı olarak devam edebilmesini sağlayabilmek için birden fazla yaklaşımın birlikte kullanılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir. Bu yaklaşımlar (40);

-Tıbbi yaklaşım; hastalıkların önlenebilmesi için burada erkenden yakalama metodu kullanılmaktadır. Bunlar düzenli aralıklarla yapılan tarama testleri ile sağlanmaktadır. Örnek olarak, ailesinde meme Kanser Antijeni (CA) öyküsü olan kadınların düzenli olarak meme muayenelerinin yaptırılması verilebilir.

-Davranış değişikliği yaklaşımı; bireylerde mevcut olarak bulunan olumsuz sağlık davranışlarından vazgeçmelerini sağlamaktır. Örnek olarak, alkol bağımlılığı olan bireyin alkolü bırakması verilebilir.

-Eğitimsel yaklaşım; bireylerde bulunan olumsuz davranışların zararları onlara anlatılarak kavrayabilmeleri sağlanarak olumsuz davranıştan vazgeçmelerine yardımcı olmaktır. Örnek

olarak, madde bağımlılığı olan bireylere zararlarının anlatılabileceği eğitimlerin düzenlenmesi verilebilir.

-Sosyal değişim yaklaşımı; çeşitli şekillerde yaptırımların uygulanması için kullanılır. Örneğin; kapalı ortamlarda sigara içmenin yasak olması ve para cezasının olması durumudur.

Yapılan sağlığı geliştirme programlarının sonuçlarının değerlendirilmesi ile işe yararlılık düzeylerinin ölçülmesi gerektiği ve bu şekilde yaparak programın faydalı olup olmadığının değerlendirilmesi, eksikliklerinin tamamlanmasının sağlanması ile gelecekteki çalışmaların planlanabileceği düşünülmektedir (45).

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını etkileyebilecek davranışları üzerindeki kontrolü ve günlük aktivitelerinde sağlık durumuna uygun davranışlara yönelebilmesidir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışlardır (50).

Sağlığı koruma ve geliştirme hastalıkların tedavi edilmesinden daha önemlidir. Maliyet açısından bakıldığında sağlığı korumak ve yükseltmek, hastalıkların tedavi edilmesinden daha ucuzdur. Yapılan çalışmalar bireylerin sağlığının onların yaşam biçimlerine bağımlı olduğunu göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları uygulandığında kardiyovasküler sistem hastalıklarının riski azalmakta, kanser, diyabet hipertansiyon gibi kronik hastalıkların mortalite ve morbidite oranlarının da azaldığı savunulmaktadır. Yapılan bir çalışmada insanların yaşam biçimleri, sağlık hizmetlerini uygun bir şekilde kullanabiliyor olmaları, sağlık yönetimi ile birebir bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (46,50,51).

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını korumak ve geliştirmek adına uygulayabildikleri gayretleridir. Yediklerine dikkat etme, yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterme, uyku düzenini bozmama, fiziksel aktivitelerine ara vermeden devam etme, her yıl sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlara başvuruda bulunarak kontrollere gitme, çevresindekilerle iletişiminde uyumlu ve anlayışlı olma, kendisine zarar verici insanlardan uzak durmaya çalışmak olumlu sağlık davranışlarına örnek verilebilir. Bireylerin olumlu sağlık davranışlarını özümseyebilmeleri için aldıkları bilgiyi davranış biçimlerine dönüştürerek kullanmaları gerektiği, bu uygulamalardan uzak kalırlarsa olumsuz davranışlara yönelebilecekleri açıklanmaktadır (50,51,52).

Olumsuz sağlık davranışı ise, bireyin sağlığını koruması için gerekli olan eylemleri yaparken çekimser kalmasıdır. Tütün içeren maddelerin kullanılması, alkol içecek tüketimi, beslenme kurallarına uyulmaması, yetersiz dinlenme gibi eylemler olumsuz sağlık davranışlarına örnek verilebilir.

Bireylerin yaşam biçimleri farklılık gösterir. Bu farklılıklar onların yaşamlarının kalitesini ve yaşamlarının süresini etkiler. DSÖ'nün kayıtlarına bakıldığında, yaşanan ölümlerin önemli bir kısmının yaşam şekillerine bağlı olarak gerçekleştiği savunulmuştur. Oran gelişmiş ülkelerde %70-80 iken az gelişmiş ülkelerde %40-50 arasında olduğu açıklanmaktadır. Ölümlere sebep olan yaşam biçimlerini değiştirerek bu oranın düşürülebileceği düşünülmektedir. Günümüzde görülen ve ölümlere neden olan ilk sırada bulunan hastalıklar, kronik hastalıklardır (44,51,53). Cinsel yolla bulaşan hastalıklara bakıldığında %80'i 15 ile 29 yaş arasındaki gençlerde görülmektedir. Buradan yola çıkarak yaşam kalitesini en çok etkileyen durumların, gençlik dönemindeki yaşam şekillerinin olduğu düşünülmektedir. Bireyleri hastalıklardan korumanın yolları arasında sağlıklı beslenme stili, egzersiz, aşırı iş yükünden kurtulma, düzenli uyku, çevrede sağlığa zarar verecek durumları engelleme uygulamaları bulunmaktadır (44,51,54,55). Önceleri sağlık hizmetlerinde, hasta insanların tedavilerini yapmak ve hastaları iyileştirme yoluna gidilirken sonrasında korunmanın önemi üzerinde durulmuştur. Buradan yola çıkılarak bireyleri hastalıktan koruyan hastalık geçirmesine engel olmak amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar "Sağlıklı Yaşam Biçimi (Healthy Life Style)'' olarak adlandırılmaktadır. Pender 1982 senesinde sağlığı yükseltebilmenin yolunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından geçtiğini vurgulamıştır. Uzun ve sağlıklı yaşam için Pender'in tanımladığı sağlıklı yaşam şekilleri davranışları; kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişiler arası destek ve stres yönetimini içermektedir (48,49,50).

Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde bireyin üstlendiği, eyleme dökmek zorunda bulunduğu ya da gerçekleştirdiği bir iş için hesap verme şeklindedir. Fişek (56), sağlık sorumluluğunu birey sağlığından kendisi sorumludur şeklinde açıklamıştır. Bu nedenlerden dolayı kişiler sağlığını koruyabilmek ve bunu yükseltebilmek adına ellerinden geleni yapmaya çalışmalı ve kıymetini bilmelidirler. Örneğin; birey aşılanmanın değerini anlayıp kavrayabilirse daha sonra başvuruda bulunup bu hizmetten faydalanabilir. Bu şekilde karşılaşabileceği hastalık risklerini azaltmış olur. Ancak bireyler bu duruma duyarlılık göstermeyip direnç

gösterdiklerinde sağlık çalışanlarının işlerini zorlaştırmış olup aşılama ile korunabilecek bulaşıcı hastalıkların yayılmasında bir neden olabilecekleri şeklinde açıklanmaktadır (50,54,56).

Fiziksel Aktivite

Çoğu canlı yaşayabilmek için enerji harcar, çaba sarf eder. Fakat insanoğlu yaşayabilmenin dışında istediği şekilde yaşama çabası peşindedir ve bunun için uğraşır (57). Fiziksel aktivite, bedende bulunan kasları belirli hareketlerle enerji harcayarak kardiyovasküler direncin arttırılması durumudur. Fiziksel aktivite, insan vücudundaki enerjinin seviyesini ayarlayarak kilonun denetlenmesini sağlayan en önemli belirleyicilerdendir. Dünyada her yıl görülen ölümlerin yaklaşık olarak 3,2 milyonunun yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı olduğu düşünülmektedir. Dünyadaki ölüm sebepleri araştırıldığında en önemli risk oluşturan sebeplerden dördüncü sırada yer alan durum yetersiz fiziksel aktivitedir (58,59,60). Yapılan bir çalışma sonucuna göre; fiziksel aktivite olarak haftada birkaç kez egzersiz yapanlarda ölüm oranlarının, fiziksel aktivitelerde zayıf kalan bireylere göre %20-30 daha az olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar bireylerin yeterli egzersiz yaptıkları durumlarda birçok hastalığın önlenebileceğini belirtmektedir (61).

Egzersizlerin düzenli olmadığı takdirde etkin olmayacağı bilinmektedir. Belirli aralıklar içerisinde yapılan egzersizlerin insan sağlığını iyileştirip sağlığın yükselmesine fayda sağlamaktadır (59). Fiziksel aktivitenin faydaları (58,62,63,64);

- Kaslara güç, esneklik ve haraketlilik katar.
- Lökomotor sistem hastalıklarının oluşmasını azaltır, var olan hastalıkların tedavisinde kullanılır.
- Vücutta bulunan yağ oranını dengeler, kilonun denetlenmesine yardımcıdır.
- Kan basıncı üzerine pozitif yönde etkileri vardır.
- Vücutta salgılanan insülinin etkinliğini arttırır bu sayede kan şekeri dengelenmesinde kolaylık oluşturur.
- Serum LDL kolesterol üzerine pozitif etkileri vardır.
- Serum HDL kolesterol üzerine pozitif etkileri vardır.
- Bazı kanser hastalıklarından korunmak için yapılabilecek etkin önlemler arasındadır.
- Bireyin stres seviyesini düşürür.

- Kardiyovasküler sistem üzerine olumlu etkiler yaparak kalp ve damar hastalıklarına karşı koruyuculuğu vardır.
- Osteoporoz belirtilerinin daha geç ortaya çıkmasında etkilidir.
- Hareketsiz yaşam süren insanlarla kıyaslandığında yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.
- Vücut farkındalığını etkileyerek güven duygusunu arttırır.
- Vücut postürü üzerine olumlu etkileri vardır.

Fiziksel aktivitenin obez kişilerde yağ dokuları üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada egzersiz yapan kişilerde ağırlık kaybının yapmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (65). 2014-2016 yılları arasında T.C Sağlık Bakanlığı'nın araştırmasında zamanının çoğunu oturarak geçiren kadınların oranı 2014 yılında %46 iken, 2016 yılında %48,6'ya yükselmiştir (66). Cochranc, egzersizin kilo vermede oldukça etkili olmasının yanısıra kardiyovasküler risk unsurlarına karşı olumlu etkiler sağladığından bahsetmektedir. Zayıflamanın etkisiyle akciğer fonksiyonlarında olumlu etkilerin olduğu açıklanmakta ancak egzersizin tek başına obeziteye etkisi ile alakalı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (67).

Beslenme

Beslenme; insan vücudunun dışarıdan almış olduğu gıdalardan faydalanarak büyüme ve gelişmeyi sağlamasıdır. Gıda ise insan vücudunda fizyolojik etki oluşturan, besin öğeleri anlamına gelmektedir. Gıda, açlık ihtiyacını gidermek, büyümeyi sağlamak, üremeyi sağlamak, dokuları tazelemek ve geliştirmek amacıyla alınan maddelerdir. Besin ise gıdaların içinde yer alan, yapay olarak da üretilebilen enerji substratları, yapı taşları veya biyolojik katalizörleri anlatan bir terimdir (68,69,70). Makro ve mikro olmak üzere iki besin öğesi gruplarına ayrılır. Ülkelerin en önemli sağlık göstergelerinden biri de beslenme durumlarını gösteren kaynaklardır. Beslenme aktivitesinin, uluslararası insan hakları verilerine bakıldığında bir hak olarak ifade edildiği görülmektedir. Beslenmenin birçok konuda önemli yere sahip olduğu bilinmektedir (71).

Bebek ölüm hızlarına bakıldığında, bu hızın yetersiz beslenen toplumlarda görülme oranın yeterli beslenen toplumlar arasında görülme oranından 10 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Yetersiz beslenmenin yaşandığı yerlerde bebeklerdeki büyüme hızları, gelişme hızları ve zeka gelişimlerinin normal kabul edilen sınırın altında olduğu görülmüştür (72). Elliye yakın besin öğesinin, insan yaşamının sürdürülmesindeki yerinin çok önemli olduğu

düşünülmektedir. Kişilerin, bireysel ihtiyaçlarına göre günlük olarak bu besin maddelerinden belirli seviyelerde tüketmesi gerekir. Yeterli ve dengeli beslenmeyi gerçekleştirmesi için bu besinlere ihtiyacı vardır. Beslenme bilimi, besinleri bu amaç doğrultusunda gruplandırmıştır. Ayrıca tüketilmesi gereken miktarları belirlemiştir. Amerika'daki konsey besinleri 4 grup altında toplamıştır. Bunlar (73,74);

- Süt grubu: İçerisinde kalsiyum, protein, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 barındıran birçok önemli besin öğesinin kaynağıdır. Bireylerin tümünün süt ve sütten meydana gelmiş besinleri yemesi gerekir. Kemikler ve dişlerin yapısının korunabilmesi için bu grup besinler önemli rol oynamaktadır.

- Et-yumurta-kuru baklagiller grubu: İçerisinde protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini, posa (kuru baklagiller) barındıran birçok önemli besin öğesinin kaynağıdır. Günlük tüketim miktarı 2 porsiyon kadar olmalıdır.

- Sebze ve meyve grubu: Bitkilerin yenebilen kısımlarıdır. İnsanın günlük olarak gereksinimi olan enerji, yağ ve proteinin karşılanmasındaki etkisi çok azdır. İçerisindeki maddeler vitamin ve mineral açısından çok zengindir.

- Ekmek ve tahıl grubu: Tahıl ve tahıl ürünleri vitamin, mineral, karbonhidrat (nişasta, lif) içerirler. İçerdikleri bu tahıl tanelerinde E vitamini bulunur ve bu vitamin cilt sağlığı için önemlidir. Ağır işlerde çalışan, beden gücüne fazlasıyla ihtiyaç duyan bireylerin enerji gereksinimleri fazladır. Bu insanların karbonhidrat içeriği yüksek olan besinlerle beslenmeleri önemlidir. Kronik hastalıkların sebeplerinden biri şişman olmaktır. Çok zayıf olmak ise vücut direncini düşüren verimliliği azaltan olumsuz bir durumdur. Dengenin sağlanması birinci koşuldur. Bu dengenin sağlanabilmesi için Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır.

BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)2 formülü ile hesaplanır. Bu formüle göre (73,74);

$$BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığının kilogram cinsinden değeri}}{\text{Boy uzunluğunun metre cinsinden değerinin karesi}}$$

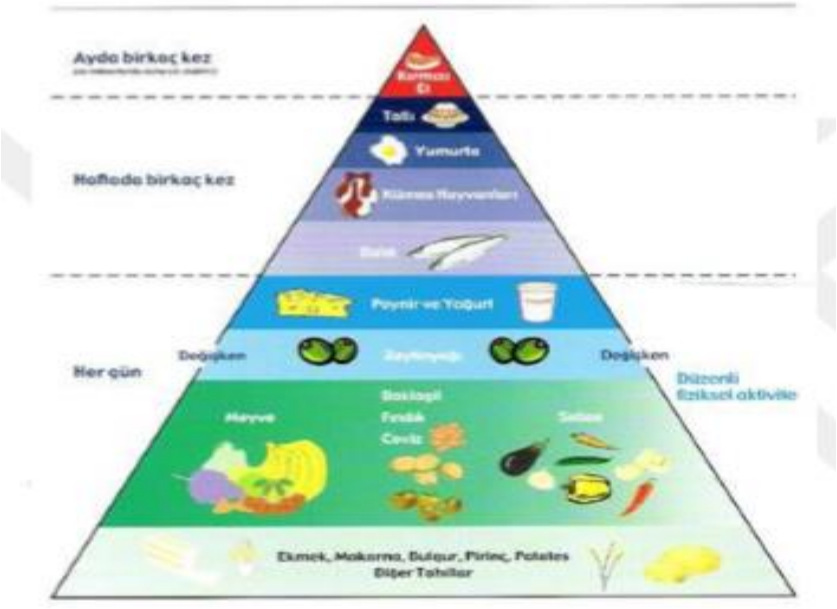
BKİ'nin;

- BKİ < 18,5 durumunda birey zayıf
- 18,5 < BKİ < 24,99 durumunda birey normal
- 25,0 < BKİ < 29,99 durumunda birey kilolu

- 30,0 < BKİ < 34,99 durumunda birey sınıf I obez
- 35,0 < BKİ < 39,99 durumunda birey sınıf II obez
- 40,0 ≤ BKİ durumunda birey sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir.

Bu amaçla doğru beslenmeyi gerçekleştirmek sağlıklı yaşamın ön koşullarından biridir. Fiziksel aktiviteyle birlikte doğru beslenme sağlandığında, metabolik hastalıkların oluşma olasılığı düşürülmüş olur. Bu şekilde Tip 2 diyabetin görülmesi %30-50 oranlarında önlenebilmektedir. Dislipidemi ve hipertansiyonun ilk ve ikincil korunmasında vazgeçilmez bir unsur oluşturur (75). Sağlık bölümü okuyan üniversiteli öğrencileri ile yapılmış çalışmada, kendi kilosundan memnun olan öğrencilerin beslenmelerine de dikkat ettikleri görülmektedir (46). Yetişkinler ile yapılan bir çalışmada BKİ 32'nin üzerinde olanlarda mortalitenin 4 kat, 29'un üzerinde olanlarda ise kardiyovasküler mortalitenin 2 kat arttığı saptanmıştır (76). Yapılan bir başka çalışmada ise BKİ'nin hem kadın hem erkeklerde 30'un üstüne çıkması durumunda kardiyovasküler, kanser, diğer bazı hastalıkların tüm mortalite oranlarında bir artış saptanmıştır (76).

Birçok ülkede uygulanan akdeniz diyeti başta kalp ve damar hastalıkları olmak üzere birçok hastalığın oluşmasının engellenmesinde etkilidir. Yapılan çalışmalar bu diyetin kalp hastalarının ikinci kez kalp krizi geçirme risklerini azalttığını göstermektedir. Akdeniz diyeti şekil 1'de görülmektedir (77).



Şekil 1. Akdeniz diyeti (77)

Manevi Gelişim

Manevi gelişim, insanın bedenini ve ruhunu etkiler. Beden ve ruhtan etkilenen birleştirici bir gücün olduğu düşünülmektedir. Manevi gelişim, kişinin varoluşunun ötesinde bir kuvvettir. Hem fiziksel boyutu hem de kişisel olarak bireyin kendisini tanımasında fayda sağlar. Bireyin tinsel alanının, yaşamanın amacını ve anlamına ulaştığı yer olduğu düşünülmektedir (77). Kendini gerçekleştirmek için bireyin iç güdülerinin yönetilmesi, imkansızı yapmaya çalışan gelişme sürecinden geçmesi gerektiği düşünülmektedir. Manevi gelişimin içindeki önemli bir unsurdur. Tam olarak kendini gerçekleştirebilen bir birey kendisini çok iyi tanımış, ihtiyaçlarını iyi bilen, hedeflerine ulaşmak için çizdiği yolları bitirmiş ve amaçlarına yönelik bir hayat tarzını sürebilen kişi olarak açıklanmaktadır (62,78).

İnsan davranışlarını araştıran uzmanlar, bireyin davranışlarını yöneten önemli belirleyicilerin olduğundan bahsetmişlerdir. Bunlardan önemli olanları benlik kavramı ve kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Maslow, bireyin kendini gerçekleştirebilmesi için bireye bir bütün olarak bakılması, bu şekilde kabullenilmesi gerektiğini ve yaşamı coşku içinde yaşaması gerektiğinden bahsetmiştir (39). Kendilerini gerçekleştirdiklerine inanan bireyler, kendilerini ve çevresinde bulunan bireyleri oldukları gibi kabul ederler. Planlı bir şekilde hedeflerini gerçekleştirerek yaşamlarını sürdürürler. Başarılarını fark ederler. Kişinin kendinden emin, mutlu, memnun hissetmesi kendini gerçekleştirebildiğinin bir göstergesinin olduğu açıklanmaktadır (79).

Kişiler Arası İlişkiler

Ergenlik döneminin sonlarına doğru oturmaya başlayan kişilik, aileden gelen özelliklerden etkilenerek şekillenir, bireyin aldığı eğitim, çevre faktörlerinden etkilenir. Ergenlik dönemlerinde tamamlanmaya başlasa da yaşamın devam etmesiyle gelişir ve etkilenmeye devam edebilir (80). Kişiler arası ilişkiler kavramının en az iki bireyin karşılıklı bilgi, duygu, düşünce ve yaşantılarını iletişim yöntemleri kullanılarak paylaştıkları psikososyal süreç olduğu düşünülmektedir. Somutlaştırılacak olursa partnerlerin birbiri ile kurdukları iletişim, bireylerin çevrelerindeki bireylerle (akraba, arkadaş gibi) kurdukları ilişkiler şeklindedir. Kişi hayatta olduğu sürece hem kendi ile hem de çevresindekiler ile sürekli iletişim halindedir. Bu iletişim sonucunda bireyler deneyim kazanarak karşılaşacağı olaylara karşı yol gösterici olarak kullanabilecekleri niteliklere sahip hale gelirler (50,53,54).

Stres Yönetimi

Hayatımızda sürekli olarak karşılaşabileceğimiz bir durumdur. İnsan yaşamındaki bazı değişiklikler, sürekli yaptığımız yaşam aktivitelerindeki ufak bir değişikliğe neden olan fiziki, davranışsal ya da sosyal etmenler strese sebep olabilmektedir. Stres, hem iç hem de dış ortamdan kaynaklanabilmektedir. Vücudun dengesine zarar vermeye ya da değiştirmeye neden olabilecek durumlara karşı organizmamızın verdiği tepkidir. Stres kişinin duygusal olarak içinde yaşadığı problemlerden, çevresinde olup bitenlerden, kültüründen, yaşadığı ortamın coğrafi özelliklerinden (sıcaklık, engebe) etkilenebilmektedir. Bireyin ürettiği tepkiler, vücutta sürekli devam eden işlevlerde bozulmalara sebep olarak bağışıklığın düşmesi ve hastalıklara savaş açabilme yeteneğinde bozulmalara sebep olabilmektedir. İnsan, baş etme teknikleri ile strese karşı belirli seviyelerde uyum sağlayabilme yeteneğine sahiptir. Stresle baş edebilmeye yönelik yapılabilecekler (81,82);

- Sağlıklı yaşam şekilleri oluşturabilme ve bunu geliştirebilme,

- Baş etme taktik ve tekniklerini iyice öğrenip uygulayabilme ve geliştirebilme,

- Gevşeme hareketlerini öğrenip geliştirme,

- Profesyonel destek,

- Çevremizden aldığımız sosyal yardımlaşma ve dayanışma gibi yöntemler kullanılabilir.

ERGENLİK DÖNEMİ

Ergenlik Dönemi

İnsan yaşamında ergenlik dönemi özel bir dönemdir. Kızlarda 10 yaş, erkeklerde 12 yaş civarında ergenliğin ilk belirtileri başlamakta olup bu dönemin başlamasını ve bitmesini etkileyen bazı etkenler vardır. Bunların başında çevre, beslenme, genetik vb. etkenler gelmektedir. DSÖ 10-19 yaş aralığının ergenlik, 15-24 yaş aralığını ise gençlik dönemi olarak gruplandırmaktadır (12,13). Ergenlik dönemi; bilişsel ve psikolojik gelişmelerin belirli bir düzen çerçevesinde gelişmeye devam ettiği, belirginliği en fazla fark edilen büyüme ve gelişmenin çok hızlı olduğu önemli bir süreçtir. Bu süreç çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecidir (12,83,84,85). Ergenlik dönemi fiziksel değişiklikler yanında davranışlarda, düşüncelerde, arzu ve isteklerde artış, kendini kanıtlama çabası, hızlı değişimlerin görüldüğü süreçtir. Ergenin kendisi ve ailesiyle ilgili sorunlarının oluşabildiği bu sorunların cinsiyete has

özellikler göstermesiyle cinsel olgunluğun oluştuğu hareketli, heyecan verici, merak uyandırıcı bir zaman dilimidir. Ergenlerin sosyal yaşantılarının kendi sağlıkları üzerine etkilerinin olabileceği düşüncesi üzerine yapılan çalışmalar bulunmaktadır (83,86,87,88). Ayrıca bu dönemde, ergen yetişkinlik rollerini üstlenmeye hazırlanır, yaşamında önemli yer tutacak davranış biçimini geliştirir. Bu yaş gruplarındaki ergenler için belirli yaş sınırlamaları düzenlenmeye çalışılmıştır. Ancak bu dönemi net olarak yaşlara ayırabilmek oldukça zordur. Erişkinlik yolunda ilerlemek olarak görülen bu dönemde fiziki, psikolojik ve sosyal olgunluğa ulaşabilmenin tamamlanmaya çalışıldığı dönemdir. Bu dönemde maddi kazanç amacıyla çalışan ergenlerin sağlıkları üzerine etkilerinin olabileceği düşünülmektedir (28,89,90). Ergenliğin kendi içinde belirli aşamaları bulunmaktadır. Bu aşamalar (83,91,92);

- Erken ergenlik (10-14 yaş arası),
- Orta ergenlik (15-17 yaş arası)
- Geç ergenlik (18-21 yaş arası) şeklindedir.

Erken Ergenlik

Erken ergenlik 10-14 yaşlarında olan bireylerin dönemidir. Kendini en çok belli eden özellik olarak puberteyle birlikte biyolojik değişikliklerin başlamasıdır. Oluşan değişikliğe karşı birey uyum sağlamaya ve baş etmeye çalışır. Fiziki değişikliklerin artmaya başlamasıyla kendilerine yabancılık çekebilmektedirler. Toplumdan duydukları cinsellikle alakalı bilgiler dikkatlerini çekmeye başlar, merakları artar ve bununla birlikte hemcinsleri ile birlikte olmayı tercih ederler. Bu dönemde bedenindeki değişiklikleri fark ederek bedenini izlerken uzun zaman harcamaya başlarlar. Bu şekilde davranış göstermeleri bedenlerini algılama ve alışma çabalarının olduğunun bir göstergesi olmaktadır (83,91,93).

Orta Ergenlik

Orta ergenlik 15-17 yaşlarında olan bireylerin dönemidir. Ergenin kendisindeki olgunlaşma ve öğrenmenin artmasıyla birlikte uyum yeteneklerini daha iyi kullanmaya başladığı dönemdir. Soyut düşünmeye başlamıştır, etraftan gelen uyaranlara düşünerek tepki gösterebilir (92,94). Artık baş etmesi gereken en önemli kısım cinsel kimlik gelişimidir. Bedensel gelişimiyle birlikte kızların ve erkeklerin cinsiyet farkındalıklarının artmasıyla beraber, cinsiyetlerine has sosyal ve toplumsal roller edinmeye başlarlar. Karşı cinse ilgi artar ve cinsel ilişkide bulunma isteği başlayabilir (83). Ergenlerin farklı bir birey olma, kendi

kararlarını vermeye çalışmak istemesi, onları ebeveynleriyle çatışmaya iter. Ebeveynler bu dönemde gençlere karşı anlayışlı olurlarsa genç ile fazla çatışma yaşamadan, bireyselliğini kazanma yönünde ilerlemiş ve karşılaşacağı otoriteye karşı nasıl davranacağını öğrenir. Ancak, ebeveynler ayrılma dönemini tehdit gibi algılayabilir. Bu şekilde düşünerek kırıcı bir şekilde davranırlarsa gencin bireyselleşme süreci uzayabilir hem de bu otorite çalışmaları gencin ruhsal açıdan olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Olumsuzluklara örnek olarak aşırı tepkisellik, depresyon ya da çeşitli dışa vurum tepkileri verilebilir. Üye olduğu arkadaş gruplarına verdiği değer, aileye verdiği değerin üzerine çıkabilir (83,93,95).

Geç Ergenlik

Geç ergenlik dönemi, 18-21 yaşlarında olan bireylerin dönemidir. Bu dönemde kendisinin yanı sıra diğer insanları da düşünmeye başlar. Ebeveynlerinden bağımsız olmaya çalışır. Bağlanma konusunda karşı cinse daha fazla ilgi gösterebilir. Geleceğe yönelik planları artmıştır. Eğitim, meslek seçimi, evlilik düşüncesi olabilir. Kimlik gelişiminin en önemli olduğu dönemdir. Kimlik seçimi karmaşası görülebilmektedir. Rol ve sorumluluklarının tam oturmamasından dolayı kaygı bozukluğu, depresyon ve diğer psikolojik problemler görülebilir (83,91). Bu dönemin sonlarına yaklaştıkça kimliğine sahip olma, kişiler arası iletişimi ve ilişkilerinde yetenekli, mesleğini seçmede, evleneceği kişiyi bulabilme becerilerini edinmiş, toplum içinde erişkin özelliklerini üstlenecek yeteneğe sahip olarak bir sonraki gelişim dönemine adım atmış olur (83,91,93,95). Ergenlik dönemlerinden orta ve geç erişkinlik dönemlerinin madde kullanma, sağlıksız beslenme sonucu obezite gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek davranışların başladığı savunulmaktadır. Buna karşın olumlu sağlık davranışlarının da öğretilebileceği en uygun dönemdir (96).

ERGENLİK DÖNEMİNDE BÜYÜME VE GELİŞME

Fiziksel Gelişim

Ergenlik döneminde her iki cinsiyet grubunda da fiziksel olarak önemli değişimler olur. Kızlarda daha erken başlar. Kızlarda; boyun uzaması, kilonun artması, memelerin belirginleşme hali, kasık bölgesinde ve koltuk altında vücudun belirli yerlerinde tüylenme gözlenir. Kas ve daha çok yağ dokusunun artmasıyla bedendeki hatlar yeni bir hal alır. Sivilceler ve siyah noktalar belirebilir. Kızlarda en önemli farklılık, üreme organlarında gelişme ve adet başlangıcının yaşanmasıdır (97). Erkeklerde; boyun uzaması, kilonun artması, kas kütlesinin artması görülür. Seste çatallanma, kalınlaşma, sakal ve bıyıkların belirmeye başlamasıdır.

Kasık, koltuk altı ve göğüs bölgelerinde yoğun tüylenme başlar. Üreme organları gelişir, sperm üretimi başlar. Erkeklerde de sivilce ve siyah noktalar görülebilir. Bireyler arasında farklılıklar görülebilir. Kızlar ve erkekler vücutlarındaki bu değişikliklerin etkisiyle kendileriyle ilgilenmeye başlarlar ve merak duygusu oluşur. Bu dönemde her iki cinsiyet grubu da kilo alır, erkeklerdeki kilo artış ortalaması kızlarınkine göre daha fazla olur (83,97,98).

Bilişsel Gelişim

Ergenlerin düşüncelerinde değişiklikler gözlenir. Gelecek planlarında artış, soyut düşünme yeteneğini iyi kullanabilmeye başlar. Cinsellik, inanç ve ahlak gibi konularda ilgi alanlarına eklenmiştir. Neden-sonuç ilişkisini kurarak sorunlarını çözmeye çalışırlar. Soyut düşünce yetenekleri onların dünyada meydana gelen durumlara karşı farklı bakış açıları geliştirmelerinde yardımcı olur ve günlük aktivitelerini etkilemeye başlar. Kendi edindiği fikirlerden yola çıkarak karşısındaki bireylerle tartışmacı, idealist ve eleştirel düşünme yöntemlerini kullanabilir. Bunun yanında soyut bakış açılarını kıyaslarken zorlandıklarında yeni bir benmerkezci eğilim içine girmektedirler. Kendilerinin duygu ve düşünceleri onlar için çok kıymetlidir (91). Kendileri ve çevresindekilerle ilişkilerinde iki önemli çarpıtmaları vardır. Bunlardan biri kendisiyle çok ilgilidir, çevredekilerin kendisiyle ilgilendiklerini düşünürler ve sürekli bir sahnedeymiş düşüncesi içinde kendisinin izlendiğini varsayarak hareket ederler. Diğeri ise önemli bir kişi olduklarını aşırılaştırmaları, kendilerini özel algılamaları sonucunda başkalarının başına gelen durumların kendi başlarına da gelebileceğini düşünememeleridir. Alkol ve uyuşturucu maddeler gibi bağımlılık içeren durumlardan, hızlı ve tehlikeli araba kullanma gibi riskli davranışlardan uzak durmaları gerekirken kendilerinin bu konularda cesaretli olduğunu düşünürler (99,100,101).

Psikososyal Gelişim

Ergenlikte, duygusal karmaşıklık yoğun olarak yaşanır. Ergenler, yalnızlıktan hoşlanabilirler, bir gruba üye olma arzusunda olma, yaşadıkları endişelere karşı güzel şeyler hayal ederek mutluluğa yönelebilirler. Duygu durumlarını yüksek seviyelerde yaşarlar. Bu duruma sinirli davranışlar, öfke patlamaları yaşama, bağırma, istemediği her duruma isyan etme, ebeveynlerine muhalefet olma örnek verilebilir. İlk sosyalleşme çabaları aile ortamında başlar. Sosyalleşme süreçleri çocuklukta başlamış olup ergenlik döneminde de aile dışına kayarak özellikle arkadaş grupları ekseninde devam eder (99,100,101). Yeni ilişkiler kurmakta zorlanmaz. Kolay adapte olurlar ancak kolay bozulabilen ilişkiler içindedirler. Kolay etkilenme,

sivrilebilme, ilgi çekme ve rol sahibi olabilme arzusu içindedir. Toplumda saygın olma ve statü sahibi olmak isterler. Bu gereksinim karşılandığında toplumsal uyum sağlanmış olur. Çevresindeki bireyler ilişkilerini geliştirebilmesi için önemlidir. Aile üyeleri, özdeşim kurmada ilk başvurulacak kişilerdir. Çevresindeki bireylere kendi zihninde kabul gördüğü düşünce, davranış ve tutumlarını kanıtlamak isterler. Aynı zamanda arkadaş ilişkilerinde var olan grubun kurallarına uymaya özen gösterirler (100,101).

Kimlik Gelişimi

Ergenler, vücutlarındaki farklılıkları keşfederek değişik tepkiler gösterebilirler. Sevinme ya da üzülme şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel görünümlerindeki ve cinsel organlarındaki değişimlerin etkisiyle bazı sorunlarla karşılaşırlar. Öğrendiklerini ileriki rollerinde ve sorumluluklarında karşılaştırırlar ve ders çıkararak kullanırlar. Kimliğin oluşmasında çocukluk döneminde yaşanılmış olan çatışmalar etkili olur. Erikson, bireysel kimliğin ortaya çıkması, ergenlikte psikolojik ve sosyal açıdan en önemli sorun alanlarından olduğunu açıklamıştır. Ergenler kimlik arayışındadırlar. Özgün kimliklerini oluşturabilmek için ebeveynlerin etkisinde kalmamak için çaba gösterirler (83). Sevdikleri, hoşlarına gittikleri rol modellere yönelirler, onlara ayak uydurmaya çalışırlar. Ancak, model aldıkları kişileri sık aralıklarla değiştirebilirler. Kısacası, kimlik arayışı içerisindedirler (83,101).

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINI KAZANDIRMADA HEMŞİRENİN ROLÜ

Okullar ergenlerin birlikte eğitim ve öğretim gördükleri yerlerdir. Hemşirelerin sağlığı geliştirmek ve davranış kazandırmak amacıyla planlamaların uygulanması ve sürdürülmesinde önemli sorumlulukları vardır. Okullar öğrencilerin bilgiyi öğretmek, yeni tutumlar ve davranışlar kazandırmayı hedefleyerek kazanılan davranışların geliştirilmesinde etkili olan kurumlardır. Okul çağındaki ergenlere sağlıkları ile ilgili bilgiler verilip anlamaları sağlanarak davranışlarını geliştirme imkanı sağlanmaktadır. Bu hizmet okul sağlığı hizmetleri doğrultusunda verilmektedir (102,103,104,105).

Toplumların sağlık seviyelerini değerlendirebilmek için o toplumdaki bireylerin sağlıklı olma durumlarının bilinmesi gerekir. Sağlık her insanın hakkıdır. Bunun devam ettirilmesi ve yükseltilmesi sağlık çalışanlarının amaçlarının başında gelmektedir ve kişi bundan kendisi de sorumludur. Bu yükümlülüğünün farkında olması gereklidir. Farkındalığın olması bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrenmesinde ve kabullenmesinde temel koşuldur. Sağlık

personellerinin mesleki ve sosyal görevleri nedeni ile kendi yaşam şekilleri ile rol model olabilme ve hizmet verdikleri toplumu etkileyebilme imkanları vardır (11,106,107).

Bazı sağlık toplulukları ve DSÖ, bireylerin sağlık seviyelerini koruyabilme ve geliştirebilme eylemlerinin gerçekleştirilmesinde, temel insan gücünün hemşireler tarafından karşılandığından bahsetmektedir. Gelişmişlik seviyesi yüksek olan bazı toplumlarda bu hedeflerin planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde profesyonel hemşirelerden destek alınarak gerçekleştirildiği açıklanmaktadır (108,109,110).

Hemşirelik, kişiden başlayarak ailesine ve sonra topluma yönelerek sağlığın yükseltilmesinde, hastalıklardan korunabilmeyi ve bireylerin temel ihtiyaçlarının gerçekleştirilmesine destek hizmet verme ilkelerini içeren bir meslektir. Sağlığı yükseltmek için hemşirelerin sorumlulukları kaynaklarda; savunucu, önder, yönetici, danışman, iyileştirici, araştırıcı, model olma şeklinde açıklanmaktadır (110,111,112,113).

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimlerini öğrenmesi için bilgi verme sorumluluğu, yönlendirme yapacak ekibin üyeleri için önemli bir yere sahiptir (111). Hemşirelerin ergenlerin önemli sağlık tutumlarını ve bunlar üzerinde etkisi olan etmenleri tespit edip varsa olumsuz tutumların zararları anlatılarak, olumlu tutum oluşturmayı destekleyerek yeni kazanımları elde etmede dinamik bir rolleri vardır (102,112). Hemşirelerin sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesi, sıkıntılara karşı baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, iletişim tekniklerinin anlatılması, sağlıklı beslenme, aktivitelere teşvik konularında yardımcı olmaları beklenmektedir (29,110).

Hemşirenin, sosyodemografik yapıları farklı olan bireylere ulaşma imkanları olduğu için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında danışmanlık yapabilme ve dinamik bir yaşam tarzı oluşturabilmek adına mevcut rolü önemlidir (113,114).

Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)'nde olan hemşireler ergenlerle iletişim halindedirler. Aralıksız sağlık hizmeti verilmesinde görevleri vardır. Ayrıca okul sağlığı hemşiresi, ergenlerin sağlığa zarar verecek davranışlarının düzeltilmesinde ve faydalı sağlık davranışlarının kazandırılmasında problemleri belirleyerek ergenlere sorumluluk duygusunun oluşturulmasında farklı alanlarla iş birliği halinde rolleri bulunmaktadır. Bu kazandırılmak istenen davranışların öğrencilere karne notlarını etkileyebilecek herhangi bir görev yüklemiyor olması, ergenler açısından ek bir yük olarak algılanmamasına imkan vermektedir. Bu sayede ergenlerle samimi bir iletişim kurulabilmektedir. Bu kadar büyük bir

gruba ulaşabilmenin bir fırsat olarak görülmesi ve değerlendirildiğinde ergenlere pozitif sağlık davranışları ve tutumları kazandırabilme, zararlı davranışlardan korunmasında etkili olunabilmektedir. Taramaların yapılması, çevrenin tehlikesiz hale getirilmesi, bulaşıcı hastalıklardan korunmalarını sağlamak, madde kullanma riskini azaltma, dengeli beslenmelerini sağlama, psikolojik açıdan destek verilmesi sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturulması için uygun bir ortam hazırlanması savunulmaktadır (112,115,116).

Okul sağlığı hemşiresi, bağışıklamanın gerçekleştirilmesi ile önlenmesi mümkün olan hastalıklara karşı bağışıklık durumlarını takip ederek önlenmesine yardımcı olur. Sağlık geçmişlerini inceler. Ergenlerde mevcut hastalık belirtilerini psikolojik, fiziksel yada davranışsal açıdan takip ederek erken evrelerde fark etmesi ile hekim muayenesine yönlendirerek erken tanı konmasına destek sağlar. Bunu yaparken diğer okul personellerinden destek alabilir (116).

Yapılan bir çalışmada 3 ay süresince internet desteği ile sağlık eğitimi yapılmış olup sonrasında uygulanan egzersizlerin daha düzenli hale geldiği ve egzersizlerin arttırılmaya çalışıldığı, sağlıklı yaşam biçimlerini uygulamaya daha çok gayret edildiği gözlenmiştir. Sağlık sorumluluklarında, beslenmeye önem verme, baş etme tekniklerini uygulayabilme gibi farkındalık seviyelerinde yükselme olduğu belirlenmiştir (116).

Diğer bir araştırmada ergenlere verilmiş olan sağlığı geliştirme modelindeki verileri içeren eğitim ile sağlıklı yaşam biçimi eylemlerinde değişiklik görülmüştür. Ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Egzersize verilen önemin arttığı ve durağan yaşam süresinde düşme yaşandığı, pozitif açıdan farklılıklar olduğu gözlenmiştir (117).

Başka bir çalışmada, ergenlerde sağlığını geliştirme programı doğrultusunda aktivitelerinde ve stresle baş etme tekniklerini uygulamada yetenek kazanımlarının arttığı gözlenmiştir (118).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, Edirne ili Uzunköprü ilçesindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek etmenlerin saptanması amacıyla planlanmış olup tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 15 Temmuz 2018-15 Temmuz 2019 tarihleri arasında, Edirne ili Uzunköprü ilçesine bağlı liselerde gerçekleştirildi. Araştırmaya dahil edilen okullar şunlardır;

- Kemal Unakıtan Anadolu İmam Hatip Lisesi
- Muzaffer Atasay Anadolu Lisesi
- Özel Final Temel Lisesi
- TEV Orhan Çetin Fen Lisesi
- Uzunköprü Anadolu Lisesi
- Hüseyin Çorum Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
- Mahmut Arif Dilmen Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
- Uzunköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi
- Mimar Muslihiddin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi

EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılı Edirne Uzunköprü İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 9 lisede eğitim gören 2348 öğrenci oluşturmaktadır. Bu çalışmada, power analiz ile evreni bilinen örneklem büyüklüğü dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 333 öğrenci olarak hesaplandı. En fazla %10 kayıp göz önüne alınarak çalışma 361 öğrenci ile tamamlandı. Örneklem sayısı bu yöntem ile hesaplandıktan sonra tabakalı örnekleme yöntemi ile okullardan seçilecek öğrenci sayıları, her bir okulun öğrenci sayısı, sınıfları ve cinsiyetlerine göre rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlendi. Çalışma kriterlerine uygun olmayan ve rastgele seçime katılmayı kabul etmeyen katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi.

Tablo 1. Araştırma yapılan okullardaki öğrenci sayıları (n=361)

Okul	Araştırmaya Alınan Okullardaki Mevcut Öğrenci Sayısı	Araştırmaya Dahil Edilen Öğrenci Sayısı
Kemal Unakıtan Anadolu İmam Hatip Lisesi	116	20
Muzaffer Atasay Anadolu Lisesi	457	67
Özel Final Temel Lisesi	141	23
TEV Orhan Çetin Fen Lisesi	290	46
Uzunköprü Anadolu Lisesi	349	51
Hüseyin Çorum Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	318	50
Mahmut Arif Dilmen Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	184	31
Uzunköprü Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	167	26
Mimar Muslihiddin Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	314	47

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H0: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II **(**SYBDÖ II) puan ortalamaları ile araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: SYBDÖ II puan ortalamaları ile araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında anlamlı bir fark vardır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler; SYBDÖ II toplam puanları ve ortalamaları, alt boyutları puanları ve ortalamaları

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, en uzun yaşadığı yer, anne ve baba eğitimi ve mesleği, kişisel kronik hastalık durumu, algılanan sağlık durumu, mezun olduğu ortaokul, sosyal yaşantısına zaman ayırma durumu, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumu, alkol ve sigara içme davranışı, hobiye sahip olma, günlük öğün ve uyku saatleridir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı Bilgi Formu (Ek-2) ve SYBDÖ II (Ek-3) kullanıldı.

Bilgi Formu

Sosyodemografik ve ailesel özellikler (yaş, cinsiyet, sınıfı, aile tipi, ekonomik durum, en uzun yaşadığınız yer, kardeş sayısı, anne ve baba eğitimi), sağlık tutum ve davranışları (sağlık durumunu algılayışı, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, kişisel kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, hobilerinin varlığı, fiziksel aktivite durumu, rutin doktor kontrolü sıklığı, spor ve spor dışı faaliyetleri) ile ilgili toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

SYBDÖ II (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II)

Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Pender'e göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sağlığı arttırma veya sürdürmek için direkt davranışın çok boyutlu bir örneğidir. Alt faktörler ve Cronbach Alpha katsayıları; kendini gerçekleştirme (13 madde-0.94), sağlık sorumluluğu (10 madde-0.81), egzersiz (5 madde-0.80), beslenme (6 madde-0.75), kişiler arası destek (7 madde- 0.80), stres yönetimi (7 madde-0.70)'dir. Ölçeğin genel Cronbach Alpha katsayısı ise 0.92'dir. (47). Ölçek Walker tarafından 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBDÖ II olarak adlandırılmış olup ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişim göstermektedir (23). Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişiler arası destek alt faktörü kişiler arası ilişkiler, egzersiz alt faktörü fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (47).

Revize edilen ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (23). Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerinden yapılır. "Asla" yanıtı için 1,"Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir (103). Ölçek ve alt boyutlarının alabileceği en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 2' de gösterilmektedir.

Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (24) ve Esin (25) tarafından yapılmıştır. Esin'in (25) çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Bahar ve arkadaşlarının (24) çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Türkiye'de son olarak 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından geçerliliği ve güvenirliği test edilen ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir (102,103). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.88 bulundu.

Tablo 2. SYBDÖ II ve alt boyutlarından en düşük ve en yüksek alınabilecek puanlar

SYBDÖ II	Min-Max puan	Madde Sayısı	Cronbach α
Sağlık sorumluluğu	9 - 36	9	0.78
Fiziksel aktivite	8 - 32	8	0.79
Beslenme	9 - 36	9	0.59
Manevi gelişim	9 - 36	9	0.85
Kişiler arası ilişkiler	9 - 36	9	0.79
Stres yönetimi	8 - 32	8	0.76
SYBDÖ II Toplam Puan	**208**	**52**	**0.88**

Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin istenilen sağlık davranışını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir.

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmada veriler, Bilgi Formu (Ek-2) ve SYBDÖ II (Ek-3) kullanılarak toplandı. Bilgi Formu (Ek-2) ve SYBDÖ II (Ek-3), önce pilot uygulama ile Uzunköprü Hüseyin Çorum Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi'nde 30 öğrenciye uygulandı. Çalışma grubu, sınıflara ve cinsiyete göre tabakalı örnekleme yöntemi ve rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlendi. Belirlenen öğrencilere Veli Onam Formu (Ek-1) verilerek velilerinin izinleri alındı ve velilerinin izni olmayan öğrenciler araştırmaya dahil edilmedi. Formlar, gönüllü olan öğrencilere (n=361), okullarda okul müdürleri tarafından uygun görülen saat ve sınıflarda,

araştırmacı tarafından gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra yüz yüze doldurtuldu. Öğrenciler Formları (Ek-2) yaklaşık 15-20 dakikalık bir sürede doldurdular. Doldurulan formlar kontrol edilerek toplandı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler SPSS (versiyon 22. SPSS Inc.) programı ile analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumunun incelenmesinde Skewness ve Kurtosise değerleri kullanıldı. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, ailesel özellikleri, sağlık durumları ve sağlığı koruyucu bazı davranışları ve alışkanlıklarına göre SYBDÖ II madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grubu olan değişkenlerde bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edildi.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel ilkelere bağlı kalındı. Edirne Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan araştırmayla ilgili Etik Kurul Onayı (TÜTF-BAEK 2018/276) (Ek-4) alındı. Araştırmanın yapılabilmesi için Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (Ek-5) izin alındı. Öğrencilere anketler uygulanmadan önce, çalışmanın konusu, amacı ve yararları açıklanarak sözlü onamları alındı. Buna ek olarak doldurmaya gönüllü olan öğrencilere Veli Onam Formları (Ek-1) verilerek velilerinin izinleri ile araştırmaya dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sadece Edirne Uzunköprü'deki lise öğrencilerini kapsamaktadır.

BULGULAR

Edirne Uzunköprü ilçesindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yasam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi üzerine yapılan bu çalışmada araştırma grubuna ait bulgular üç ana başlık altında sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin;

- Sosyodemografik ve ailesel özelikleri,
- Sağlık tutum ve davranışları ile ilgili bazı özellikleri,
- Araştırmaya katılan öğrencilerin SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik ve Ailesel Özellikleri

Tablo 3'te araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Buna göre; araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 16.11 ±1.22'dir. Öğrencilerin %34.4'ü 15 yaş ve altında, %33.5'i 10. sınıfta, %42.9'u erkektir. Öğrencilerin %66.5'inin ekonomik durumunu orta olarak ifade ettiği, %90.6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %60.7'sinin liseye kayıt olmadan önce en uzun yaşadıkları yerin ilçe olduğunu, %91.1'i devlet ortaokulundan mezun olduğunu ifade ettiği görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n= 361)

Özellikler		n	%
Yaş ortalaması	16,11 ±1,22		
Yaş grubu	15 yaş ve altı	124	34,4
	16 yaş	98	27,1
	17 yaş	99	27,4
	18 yaş ve üstü	40	11,1
Sınıf	9. sınıf	80	22,2
	10. sınıf	121	33,5
	11. sınıf	71	19,7
	12. sınıf	89	24,7
Cinsiyet	Erkek	155	42,9
	Kız	206	57,1
Ekonomik durum	İyi	91	25,2
	Orta	240	66,5
	Kötü	30	8,3
Sosyal güvence	Var	327	90,6
	Yok	34	9,4
Liseye kaydolmadan önce en uzun yaşanılan yer	Köy	113	31,3
	İlçe	219	60,7
	İl	29	8,0
Mezun olunan ortaokul	Devlet	329	91,1
	Özel	32	8,9

Tablo 4'te araştırmaya katılan öğrencilerin ailesel özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Buna göre; öğrencilerin %78.4'ü çekirdek aile tipinde, %77.0'ının ailesinde 3 ve altında kardeş sayısı bulunmakta, %42.4'ünün anne yaşı 40-44 yaş aralığında, %41.3'ünün baba yaşı 44 yaş ve altındadır. Öğrencilerin anne eğitim düzeylerinin %62.0'ı ilköğretim %8.9'u üniversite ve üstü, baba eğitim düzeylerinin %55.4'ü ilköğretim %14.4'ü ise üniversite ve üstüdür. Öğrencilerin %71.7'sinin annesi ev hanımıdır. Öğrencilerin babalarının %8.0'i çalışmıyor %42.9'u serbest meslekte çalışmakta, %0.6'sının annesinin vefat ettiği, %0.6'sının babasının vefat ettiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin ailesel özelliklerinin dağılımı (n=361)

Özellikler		n	%
Aile tipi	Çekirdek	283	78,4
	Geniş	47	13,0
	Tek ebeveynli-parçalanmış	31	8,6
Ailedeki kardeş sayısı	3 ve altı	278	77,0
	3 üstü	83	23,0
Anne yaşı	39 ve altı	104	28,8
	40-44 arası	153	42,4
	45 ve üstü	102	28,3
Baba yaşı	44 ve altı	149	41,3
	45-50 arası	132	36,6
	51 ve üstü	78	21,6
Anne eğitimi	Okur-yazar değil	29	8,0
	İlköğretim	224	62,0
	Lise	76	21,1
	Üniversite ve üstü	32	8,9
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	2	0,6
	İlköğretim	200	55,4
	Lise	107	29,6
	Üniversite ve üstü	52	14,4
Anne işi	Ev hanımı	259	71,7
	Memur/işçi	70	19,4
	Serbest meslek	32	8,9
Baba işi	Çalışmıyor	29	8,0
	Memur/işçi	137	38,0
	Serbest meslek	155	42,9
	Çiftçi	38	10,5
Anne sağ	Evet	359	99,4
	Hayır	2	0,6
Baba sağ	Evet	359	99,4
	Hayır	2	0,6

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Tutum ve Davranışları ile İlgili Bazı Özellikleri

Tablo 5'te araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık tutum ve davranışları ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre; öğrencilerin %69.0'ının algılanan sağlık durumunu iyi olarak ifade ettiği, %57.1'inin düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, %71.5'inin son bir yıl içinde sağlık kuruluna başvuruda bulunduğu, %89.2'sinin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmekte olduğunu ifade ettikleri görüldü. Öğrencilerin %9.7'sinin kronik hastalığının olduğu, %10.5'inin uyku sorununun olduğu, uyku sorunu olduğunu ifade eden öğrencilerin %34.2'sinde uykuya dalamama sorununun yaşandığı ve en çok yüzdeye sahip olduğu görüldü (Tablo 5). Öğrencilerin %20.8'inin sosyal destek aldığı ve sosyal destek alan öğrencilerin kimlerden destek aldığı sorulduğunda %64.5'inin psikologtan aldığını ifade

ettileri, %90.9'unun sigara kullandığı, %19.4'ünün alkol kullandığı görüldü (Tablo 5). Öğrencilerin %83.9'u sosyal yaşantısına zaman ayırabildiğini, %47.1'i sosyal hayatlarını iyi olarak belirttiğini, %77.6'sı dinlenmek için özel zaman ayırabildiğini, %69.8'inin hobiye sahip olduğu ve öğrencilerin hobi olarak ifade ettiği yanıtlar incelendiğinde %32.8'inin spor olduğu görüldü. Öğrencilerin %78.9'u günde 6-8 saat uyuduğunu, %56.5'i düzenli egzersiz yaptığını, %51.5'i düzenli beslendiğini, %63.4'ü ise günlük öğün sayısının 3 olduğunu ifade ettiler (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışları ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (n=361)

Özellikler		n	%
Algılanan sağlık durumu	İyi	249	69,0
	Orta	80	22,2
	Kötü	32	8,9
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	Evet	155	42,9
	Hayır	206	57,1
Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma durumu	Evet	258	71,5
	Hayır	103	28,5
Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumu	Evet	322	89,2
	Hayır	39	10,8
Kronik hastalık varlığı	Evet	35	9,7
	Hayır	326	90,3
Uyku sorunu varlığı	Evet	38	10,5
	Hayır	323	89,5
İfade edilen uyku sorunu tipi (n=38) *	Uykuya dalamama	13	34,2
	Sürekli düşünme	3	7,9
	Çok uyuma	5	13,2
	Zaman ayıramama	7	18,4
	Düzensiz uyuma	5	13,2
	Uyku alamama	5	13,2
Günlük uyku süresi	3-5 saat	31	8,6
	6-8 saat	285	78,9
	9 saat ve üstü	45	12,5
Sosyal destek alma durumu	Evet	75	20,8
	Hayır	286	79,2
İfade edilen sosyal destek kaynağı (n=75) **	Arkadaş	14	18,4
	Aile	49	13,2
	Psikolog	10	64,5
	Pdr-Öğretmen	3	3,9

*Herhangi bir uyku sorunu olanların içerisinden seçildi, **sosyal destek alanların içerisinden seçildi,

Tablo 5. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışları ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (n=361)

Özellikler		n	%
Sigara kullanma durumu	Evet	22	6,1
	Bıraktım	12	3,3
	Ara sıra içiyorum	11	3,0
	Hiç içmedim	316	87,6
Günlük sigara kullanım adedi (n=33) ***	1-4 adet	12	36,4
	5-8 adet	5	15,2
	9-12 adet	4	12,1
	13-16 adet	2	6,1
	17 ve üstü adet	10	30,3
Ne kadar süredir sigara kullanıldığı (n=33) ***	1-3 yıl	20	60,6
	4-6 yıl	7	21,2
	7-10 yıl	6	18,2
Alkol kullanma durumu	Evet	70	19,4
	Bıraktım	4	1,1
	Hiç kullanmadım	287	79,5
Ne kadar sıklıkta alkol kullanıldığı (n=70) ****	Haftada en az bir-iki kez	20	28,5
	Ayda en az bir-iki kez	19	27,1
	Yılda en az bir-iki kez	31	44,4
Sosyal yaşantıya zaman ayırabilme durumu	Evet	303	83,9
	Hayır	58	16,1
Sosyal hayatını değerlendirme durumu	İyi	170	47,1
	Orta	156	43,2
	Kötü	35	9,7
Dinlenmeye özel zaman ayırabilme durumu	Evet	280	77,6
	Hayır	81	22,4
Hobiye sahip olma durumu	Evet	252	69,8
	Hayır	109	30,2
İfade edilen hobi (n=252) *****	Telefon	8	3,2
	Kitap	57	22,5
	Müzik	53	20,9
	Spor	83	32,8
	Seyahat	16	6,3
	El işleri	7	2,8
	Sosyal medya	5	2,0
	Bilgisayar	10	4,0
	Sanat-edebiyat	11	4,3
	Evcil hayvan	1	0,4
	Uyku	1	0,4
	Dil öğrenmek	1	0,4
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	204	56,5
	Hayır	157	43,5
Düzenli beslenme durumu	Evet	186	51,5
	Hayır	52	14,4
	Her zaman değil	123	34,1
Günlük öğün sayısı	2 öğün ve altı	44	12,2
	3 öğün	229	63,4
	4 öğün ve üstü	88	24,4

sigara kullananların içerisinden seçildi, ****alkol kullananlar içerisinden seçildi, ** hobisi olanlar içerisinden seçildi.

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBDÖ II ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 6'da araştırmaya katılan lise öğrencilerinin SYBDÖ II toplam ve alt boyutlarına yönelik bilgiler verilmektedir. Bu tabloya göre araştırmaya katılan lise öğrencilerinin SYBDÖ II puan ortalamasının 128.32±21.18 olduğu saptandı. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu 19.55±4.83, fiziksel aktivite 17.94±4.95, beslenme 20.08±3.93, manevi gelişim 26.03±5.68, kişiler arası ilişkiler 24.98±4.35, stres yönetimi 19.72±4.02 olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. SYBDÖ II toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

SYBDÖ II	SYBDÖ II Min-max puanları	Öğrencilerin aldıkları Min-max puanlar	Madde sayısı	$\bar{x} \pm SD$
SYBDÖ II Toplam	52-208	59-189	52	128,32±21,18
Sağlık sorumluluğu	9-36	9-34	9	19,55±4,83
Fiziksel aktivite	8-32	8-32	8	17,94±4,95
Beslenme	9-36	9-32	9	20,08±3,93
Manevi gelişim	9-36	9-36	9	26,03±5,68
Kişiler arası ilişkiler	9-36	10-36	9	24,98±4,35
Stres yönetimi	8-32	8-32	8	19,72±4,02

Tablo 7'de öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ II toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Öğrencilerin sınıfları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlarına bakıldığında yapılan ileri analizler sonucunda 9,11 ve 12. sınıflardaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının 10. sınıftaki öğrencilerden daha yüksek olduğu ($p<0,001$), 10 ve 11. sınıflardaki öğrencilerin manevi gelişim puan ortalamalarının 9. sınıftaki öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Öğrencilerin cinsiyetleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Erkek öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyutlarından stres yönetimi, manevi gelişim, fiziksel aktivite puan ortalamalarının kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin ekonomik durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). İleri analiz sonucunda ekonomik durumunun iyi olduğunu belirten öğrencilerin tüm puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sosyal güvence durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve stres yönetimi, manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin liseye kayıt olmadan önce yaşadıkları yer ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlere göre oluşan bu farklılıkların tümünde ilçede yaşayan öğrencilerin puan ortalamaları köyde yaşamış olanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları ile öğrencilerin yaş grupları ve mezun oldukları ortaokul arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 7. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Sınıf	**9.sınıf** (n= 80)[a]	20,25±4,27	16,91±4,31	20,30±3,74	23,77±6,81	23,95±4,42	19,80±3,40	124,98±20,15
	10.sınıf (n=121)[b]	18,09±4,35	18,68±5,03	19,69±3,64	26,97±5,17	25,20±4,25	19,57±4,32	128,23±21,45
	11.sınıf (n= 71)[c]	20,84±5,06	17,91±3,93	21,09±3,98	27,07±4,83	25,32±3,54	19,69±3,41	131,94±16,73
	12.sınıf (n=89)[d]	19,87±5,28	17,89±5,93	19,61±4,32	25,94±5,36	25,36±4,89	19,88±4,59	128,55±24,49
	F*	6,298	2,079	2,495	6,381	1,955	0,112	1,361
	p	**<0,001**	0,103	0,060	**<0,001**	0,120	0,953	0,255
	PostHoc	**b<a,c,d (p<0,05)**			**a<b,c (p<0,05)**			
Mezun olunan ortaokul	**Devlet** (n=329)	19,51±4,79	18,04±4,88	20,13±3,89	26,10±5,66	24,87±4,31	19,74±3,98	128,40±20,91
	Özel (n=32)	19,96±5,29	16,96±5,67	19,62±4,41	25,28±5,96	26,09±4,61	19,53±4,52	127,46±24,08
	t**	-0,508	1,170	0,693	0,780	-1,519	0,286	0,239
	p	0,612	0,243	0,489	0,436	0,130	0,775	0,811

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 7. (devamı) Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Yaş	**15 yaş ve altı** (n=124)	19,10±4,35	18,04±4,08	20,25±3,25	25,51±6,06	24,81±3,88	19,80±2,90	127,53±16,93
	16 yaş (n=98)	19,54±4,99	18,33±5,40	20,48±4,31	26,85±5,88	24,86±4,53	19,77±4,84	129,86±24,84
	17 yaş (n=99)	19,71±4,99	17,07±5,35	19,86±4,29	25,92±5,20	25,16±4,52	19,40±4,18	127,15±21,41
	18 yaş ve üstü (n=40)	20,57±5,40	18,87±5,11	19,12±3,93	25,85±5,02	25,32±4,92	20,15±4,48	129,90±23,12
	F*	0,990	1,725	1,315	1,053	0,222	0,378	0,404
	p	0,397	0,162	0,269	0,369	0,881	0,769	0,750
Cinsiyet	**Erkek** (n=155)	19,23±5,44	19,51±5,26	20,31±377	27,32±5,11	25.05±4.39	20,29±4,40	131,73±22,12
	Kız (n=206)	19,79±4,30	16,76±4,36	19.91±4.05	25,05±5,90	24.92±4.32	19,30±3,67	125,75±20,12
	t**	1,062	-5,275	-0,964	-3,893	-0,293	-2,325	-2,677
	p	0,289	<**0,001**	0,336	<**0,001**	0,770	**0,021**	**0,008**
Ekonomik durum	**İyi** (n=91)[a]	19,94±5,09	19,23±5,49	20,29±4,21	26,56±6,48	26,12±4,40	20,41±4,89	132,56±24,61
	Orta (n=240)[b]	19,78±4,59	17,92±4,44	20,27±3,57	26,54±5,00	25,02±4,00	19,96±3,37	129,54±17,61
	Kötü (n=30)[c]	16,50±4,95	14,20±5,33	17,96±5,16	20,16±5,07	21,20±4,85	15,70±3,79	105,73±23,16
	F*	6,781	12,351	4,846	19,151	15,642	18,382	21,469
	p	**0,001**	**<0,001**	**0,008**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	PostHoc	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**

*Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 7. (devamı) Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Sosyal güvence durumu	**Var** (n=327)	19,64±4,78	18,12±4,96	20,14±3,84	26,35±5,58	25,14±4,14	19,96±3,98	129,38±20,71
	Yok(n=34)	18,67±5,24	16,20±4,56	19,50±4,72	22,94±5,79	23,38±5,84	17,38±3,66	118,08±23,13
	t**	-1,113	-2,163	0,-912	-3,376	-1,716	-3,625	-2,993
	p	0,266	**0,031**	0,362	**0,001**	0,095	<**0,001**	**0,003**
Liseye kayıt olmadan önce yaşanılan yer	**Köy** (n=113) [a]	19,81±468	16,55±4,63	19,92±4,46	24,44±50,8	24,22±4,47	18,07±3,92	124,32±20,61
	İlçe (n=219) [b]	19,43±4,91	18,69±4,99	20,00±3,67	26,88±5,94	25,38±4,20	20,20±4,10	130,61±21,40
	İl (n=29) [c]	19,44 ±4,89	16,84±4,98	21,37±3,52	25,75±4,60	24,86±4,68	18,72±3,29	126,62±19,85
	F*	0,237	6,634	1,725	7,154	2,719	4,173	3,428
	p	0,789	**0,001**	0,180	**0,001**	0,067	**0,016**	**0,034**
	PostHoc		**b>a (p<0,05)**		**b>a (p<0,05)**		**b>a (p<0,05)**	**b>a (p<0,05)**

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 8'de öğrencilerin ailesel özelliklerine göre SYBDÖ II toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Öğrencilerin aile tipleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre çekirdek ve geniş aileye sahip olan öğrencilerin parçalanmış-tek ebevenyli aileye sahip olanlara göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Çekirdek ailesi olan öğrencilerin parçalanmış-tek ebeveynli aileye sahip olanlara göre fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Geniş ailesi olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının en yüksek olduğu, tek ebeveynli-parçalanmış aileleri olan öğrencilerin ise en düşük puanı aldığı saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin kardeş sayısı ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Bununla birlikte 3 ve altında kardeşi olanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, 3'ün üstünde kardeşi olanların ise manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin anne yaş grupları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). İleri analiz ile anne yaşı 40-44 yaş arasında olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve sağlık sorumluluğu, beslenme alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre en düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Anne yaşı 40-44 yaş arasında olan öğrencilerin kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının anne yaşı 39 ve altında olanlara göre daha düşük olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin baba yaş grupları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Yapılan ileri analizler ile alt gruplar incelendiğinde baba yaşı 51 ve üstü olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$), manevi gelişim puan ortalamaları ise baba yaşının yalnızca 44 ve altında olanlara göre daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin anne eğitim düzeyleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde ileri analizler yapılarak annelerinin eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları anneleri okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlardan daha yüksek

olduğu saptandı ($p<0,05$). Beslenme alt boyutu incelendiğinde anneleri ilköğretim mezunu olanların puan ortalamalarının anneleri okur-yazar olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında anneleri lise mezunu olan öğrencilerin ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin anne işi ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). İleri analiz ile anneleri ev hanımı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin baba işi ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizler ile babaları serbest meslekte çalışan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının babaları memur/işçi ve çiftçi olarak çalışan öğrencilere göre daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,05$). Babaları serbest meslekte çalışan öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları babaları çalışmıyor olması veya memur/işçi olarak çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin baba eğitim düzeyleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 8. Öğrencilerin ailesel özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalamaları dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Aile tipi	**Çekirdek** (n=283)[a]	19,46±4,73	18,27±5,03	20,07±3,85	26,12±5,41	25,17±4,31	19,91±4,00	129,02±20,64
	Geniş (n=47)[b]	21,93±4,97	17,59±4,70	21,00±4,37	27,42±6,33	25,23±3,69	20,38±4,09	133,57±22,54
	Tek ebeveynli-Parçalanmış (n=31)[c]	16,77±3,80	15,51±3,94	18,83±3,73	23,03±6,22	22,80±5,09	17,03±3,13	114,00±18,45
	F*	11,529	4,540	2,855	5,922	4,317	8,175	9,074
	P	**<0,001**	**0,011**	0,059	**0,003**	**0,014**	**<0,001**	**<0,001**
	PostHoc	**c<a<b (p<0,05)**	**c<a (p<0,05)**		**c<a,b (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**
Ailedeki kardeş sayısı	**3 ve altı** (n=278)	19,89±4,85	17,80±5,22	20,16±4,05	25,48±5,71	25,10±4,68	19,75±4,28	128,20±22,22
	3 üstü (n=83)	18,42±4,59	18,43±3,93	19,83±3,49	27,86±5,19	24,55±2,94	19,62±3,01	128,73±17,36
	t**	2,526	-1,183	0,727	-3,403	1,293	0,308	-0,229
	P	**0,013**	0,238	0,468	**0,001**	0,197	0,759	0,819
Anne yaşı	**39 ve altı** (n=104)[a]	20,58±4,84	18,11±5,98	20,61±3,87	26,25±5,84	25,83±4,79	20,50±4,76	131,91±23,81
	40-44 arası (n=153)[b]	17,79±4,11	18,02±4,21	19,34±3,60	25,47±5,68	24,38±3,92	19,15±3,41	124,18±18,77
	45 ve üstü (n=102)[c]	21,24±4,77	17,70±4,87	20,74±4,24	26,77±5,44	25,07±4,32	19,81±3,99	131,36±20,56
	F*	20,978	0,198	5,218	1,678	3,537	3,590	5,636
	P	**<0,001**	0,821	**0,006**	0,188	**0,030**	**0,029**	**0,004**
	PostHoc	**b<a,c (p<0,05)**		**b<a,c (p<0,05)**		**b<a (p<0,05)**	**b<a (p<0,05)**	**b<a,c (p<0,05)**
Baba yaşı	**44 ve altı** (n=149)[a]	19,43±4,96	17,96±5,39	19,74±4,11	25,13±6,54	24,74±4,89	19,94±4,70	126,97±24,91
	45-50 arası (n=132)[b]	18,65±4,50	17,65±4,62	19,96±3,86	26,46±4,52	25,10±3,90	19,13±3,07	126,98±16,33
	51 ve üstü (n=78)[c]	21,25±4,75	18,42±4,70	20,84±3,63	27,03±5,59	25,19±4,04	20,32±4,01	133,07±20,50
	F*	7,366	0,579	2,087	3,485	0,362	2,495	2,538
	p	**0,001**	0,561	0,126	**0,032**	0,696	0,084	0,080
	PostHoc	**a,b<c (p<0,05)**			**a<c (p<0,05)**			

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 8. (devamı) Öğrencilerin ailesel özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Anne eğitimi	**Okur-yazar değil** (n=29)[a]	18,20±3,90	16,58±4,07	18,44±3,85	25,00±4,89	25,03±3,30	19,54±3,90	122,41±17,83
	İlköğretim (n=224)[b]	19,34±4,55	17,90±4,64	20,44±3,70	26,38±5,21	24,72±4,04	19,38±3,62	128,18±18,45
	Lise (n=76)[c]	19,69±5,04	18,39±5,42	19,35±4,38	25,28±7,42	25,60±5,37	21,02±4,99	129,36±27,97
	Üniversite ve üstü (n=32)[d]	21,87±6,25	18,43±6,43	20,32±4,00	26,25±4,62	25,25±4,52	19,56±3,80	132,15±23,03
	F*	3,439	1,046	3,582	1,052	0,825	3,474	1,168
	p	**0,017**	0,372	**0,014**	0,369	0,481	**0,016**	0,322
	PostHoc	**a,b<d (p<0,05)**		**a<b (p<0,05)**			**b<c (p<0,05)**	
Baba eğitimi	**İlköğretim** (n=200)	19,02±4,39	17,64±4,22	19,80±3,54	26,40±5,12	24,62±3,91	19,34±3,34	126,84±17,68
	Lise (n=107)	20,34±4,92	18,62±5,86	20,47±4,43	25,88±5,83	25,67±4,97	20,23±5,17	131,24±24,96
	Üniversite ve üstü (n=52)	19,75±5,92	17,57±5,48	20,17±4,22	24,55±7,01	24,80±4,40	19,98±3,62	126,84±24,12
	F*	2,728	1,519	1,044	2,230	2,101	1,856	1,640
	p	0,067	0,220	0,353	0,109	0,124	0,158	0,195
Anne işi	**Ev hanımı** (n=259)[a]	19,78±4,69	18,37±4,95	20,46±3,84	27,02±5,23	25,29±4,26	20,29±4,21	131,23±21,98
	Memur/işçi (n=70)[b]	18,71±4,86	16,82±4,45	18,95±3,95	23,60±6,79	24,32±4,85	18,51±3,17	120,94±20,35
	Serbest meslek (n=32)[c]	19,50±5,75	16,93±5,59	19,50±4,22	23,31±3,92	23,87±3,55	17,78±2,58	120,90±19,34
	F*	1,365	3,453	4,511	15,092	2,510	9,942	9,045
	p	0,257	**0,033**	**0,012**	**<0,001**	**0,044**	**<0,001**	**<0,001**
	PostHoc		**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**
Baba işi	**Çalışmıyor** (n=29)[a]	19,51±4,45	17,86±4,55	20,34±3,19	24,62±6,41	24,34±4,85	19,48±4,24	126,17±21,73
	Memur/işçi (n=137)[b]	19,32±4,70	16,81±4,58	19,70±3,84	24,35±6,05	24,51±4,67	19,12±3,85	123,83±20,82
	Serbest meslek (n=155)[c]	20,10±5,14	19,34±4,99	20,63±3,83	27,90±5,02	25,59±3,85	20,67±4,09	134,27±20,55
	Çiftçi (n=38)[d]	18,13±4,12	16,36±5,15	18,92±4,87	25,68±3,69	24,57±4,61	18,26±3,47	121,94±19,64
	F*	1,892	8,248	2,620	11,027	1,859	5,808	7,742
	p	0,131	**0,000**	0,051	**0,000**	0,136	**0,001**	**0,000**
	PostHoc		**b,d < c (p<0,05)**		**a,b < c (p<0,05)**		**b,d < c (p<0,05)**	**b,d < c (p<0,05)**

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

Tablo 9'da öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II toplam puan ortalamasıı ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Öğrencilerin sağlığını değerlendirme durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Farklılık kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizlerde algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendiren öğrencilerin tüm puan ortalamalarının, algılanan sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Öğrencilerin düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve manevi gelişim alt boyutu dışındaki diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların yaptırmayanlara göre manevi gelişim alt boyutu dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvurma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvuruda bulunanların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Ancak sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilenlerin stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin kronik hastalık durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde; kronik hastalığı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin herhangi bir uyku sorunu durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Uyku sorunu olmayan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sosyal destek alma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Sosyal destek alan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin sigara kullanma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Ancak alt boyutlara bakıldığında; sigara kullanmayan öğrencilerin kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Öğrencilerin alkol kullanma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Alkol kullanan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin sosyal yaşantılarına zaman ayırma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Sosyal yaşantılarına zaman ayıran öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin sosyal hayatını değerlendirme durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre sosyal hayatının kötü olduğunu ifade eden öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu, sosyal hayatını orta olarak değerlendirenlerin iyi olarak değerlendirenlere göre fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Öğrencilerin dinlenmeye özel zaman ayırma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Dinlenmeye özel zaman ayıran öğrencilerin sağlık sorumluluğu dışında tüm alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin hobiye sahip olma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Hobiye sahip olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapabilen öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları dışında tüm diğer puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Öğrencilerin düzenli beslendiğini düşünme durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz sonucunda düzenli beslendiğini düşünen öğrencilerin tüm alt boyutlarda ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin günlük öğün sayıları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Farklılık kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizlerde günlük öğün sayısı 2 ve altında olan öğrencilerin diğer öğün sayılarına göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, manevi gelişim, beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu ($p<0,05$), günlük öğün sayısı 2 ve altında olan öğrencilerin öğün sayısı 4 ve üstünde olanlara göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu ($p<0,05$), günlük öğün sayısı 4 ve üstünde olanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Öğrencilerin günlük uyku saatleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde günlük uyku saati 6-8 saat olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının günlük 3-5 saat uyuyanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Günlük uyku saati 3-5 saat olan öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 9. Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Algılanan sağlık durumu	**İyi** (n=249)[a]	20,00±4,87	18,58±4,62	20,61±3,67	27,08±5,41	25,64±3,96	20,45±3,79	132,39±19,66
	Orta (n=80)[b]	19,68±4,17	17,76±5,32	19,81±3,84	25,76±4,83	24,81±4,43	19,31±3,78	128,13±2,02
	Kötü (n=32)[c]	15,68±4,41	13,43±4,23	16,62±4,36	18,50±3,75	20,21±4,10	15,09±3,07	99,56±16,94
	F*	12,075	16,701	16,090	39,330	25,116	29,760	42,025
	p	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**
	PostHoc	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**	**c <a,b (p<0,05)**
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	**Evet** (n=155)	21,80±4,84	19,16±5,47	21,53±4,14	26,72±6,58	25,60±4,55	21,30 4,34	136,13 ±23,63
	Hayır (n=206)	17,90±4,09	17,03±5,47	19,01±3,38	25,49±4,79	24,48±4,17	18,53 3,36	122,47 ±16,97
	t**	8,201	3,853	6,311	1,874	2,507	6,493	6,099
	p	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	0,062	**0,013**	<**0,001**	<**0,001**
Son 1 yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurma durumu	**Evet** (n=258)	19,93±4,92	18,20±5,19	20,29±3,87	26,24±5,76	25,30±4,44	19,98±4,07	129,95±21,30
	Hayır (n=103)	18,60±4,47	17,31±4,27	19,57±4,05	25,49±5,46	24,17±3,99	19,07±3,85	124,23±20,39
	t**	2,381	1,678	1,568	1,131	2,236	1,939	2,333
	p	**0,018**	0,095	0,118	0,259	**0,026**	0,053	**0,020**

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

** Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 9. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilme durumu	**Evet** (n=322)	19,63±4,78	18,04±4,88	20,13±3,87	26,19±5,75	25,05±4,34	19,88±406	21,19±1,18
	Hayır (n=39)	18,84±5,24	17,17±5,52	19,69±4,44	24,66±4,94	24,33±4,36	18,43±3,45	20,64±3,30
	t*	0,969	1,024	0,661	1,589	0,984	2,128	1,618
	P	0,333	0,306	0,509	0,113	0,326	**0,034**	0,107
Kronik hastalık varlığı	**Var**(n=35)	21,02±3,96	20,20±4,87	21,02±4,46	26,14±4,61	26,57±4,50	20,00±4,07	134,97±18,39
	Yok(n=326)	19,39±4,89	17,70±4,91	19,98±3,86	26,01±5,79	24,80±4,30	19,69±4,02	127,61±21,36
	t*	2,258	2,856	1,494	0,123	2,290	0,423	1,961
	P	**0,029**	**0,006**	0,136	0,902	**0,023**	0,672	0,051

* Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 9. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Uyku sorunu varlığı	**Var** (n=38)	18,05±4,34	16,86±5,71	18,89±4,52	24,65±95,91	24,23±5,53	18,68±4,65	121,39±22,70
	Yok (n=323)	19,73±4,86	18,07±4,85	20,22±3,84	26,19±5,64	25,06±4,19	19,84±3,93	129,13±20,88
	t*	-2,034	-1,420	-1,980	-1,576	-1,115	-1,690	-2,142
	p	**0,043**	0,156	**0,048**	0,116	0,266	0,146	**0,033**
Sigara kullanma durumu	**Var** (n=33)	19,06±5,37	18,33±4,51	19,48±4,47	24,78±5,21	23,54±3,73	18,24±3,32	123,45±18,67
	Yok (n=328)	19,60±4,77	17,90±5,00	20,14±3,87	26,15±5,72	25,12±4,38	19,87±4,06	128,81±21,41
	t*	-0,615	0,469	-0,920	-1,318	-1,996	-2,232	-1,387
	p	0,539	0,640	0,358	0,188	**0,047**	**0,026**	0,166
Alkol kullanma durumu	**Var** (n=70)	21,00±4,96	20,38±5,52	21,00±4,22	26,98±5,67	25,50±4,39	20,80±5,05	135,67±23,28
	Yok (n=291)	19,20±4,74	17,36±4,63	19,86±3,83	25,80±5,67	24,85±4,33	19,46±3,70	126,55±20,29
	t*	2,815	4,234	2,176	1,569	1,113	2,077	3,276
	p	**0,005**	<**0,001**	**0,030**	0,118	0,266	**0,041**	**0,001**

* Bağımsız gruplarda t test

Tablo 9. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Sosyal destek alma durumu	**Evet** (n=75)	21,62±5,40	18,61±5,60	20,49±4,44	25,92±5,13	26,14±4,59	20,64±3,79	133,44±21,81
	Hayır (n=286)	19,01±4,52	17,77±4,76	19,97±3,79	26,05±5,82	24,67±4,23	19,48±4,05	126,98±20,84
	t**	4,272	1,308	1,007	-0,189	2,629	2,221	0,497
	p	<**0,001**	0,192	0,314	0,850	**0,009**	**0,027**	**0,019**
Sosyal hayatını değerlendirme durumu	**İyi** (n=170)[a]	19,51±4,94	18,99±5,05	20,17±3,70	27,37±5,09	25,76±4,15	20,81±4,03	132,63±20,93
	Orta (n=156)[b]	20,12±4,46	17,61±4,29	20,51±3,80	25,66±5,80	24,83±3,86	19,44±3,37	128,21±18,40
	Kötü (n=35)[c]	17,17±5,21	14,34±5,47	17,71±4,79	21,03±5,68	21,82±5,76	15,68±3,93	107,88±22,48
	F*	5,495	14,382	7,615	19,851	12,829	27,758	22,142
	p	**0,004**	<**0,001**	**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**	<**0,001**
	PostHoc	**c<a,b (p<0,05)**	**c<b<a (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**	**c<b<a (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**	**c<b<a (p<0,05)**	**c<a,b (p<0,05)**

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
** Bağımsız gruplarda t test

Tablo 9. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Sosyal yaşantıya zaman ayırabilme durumu	**Evet** (n=303)	19,62±4,72	18,13±4,80	20,15±3,85	26,25±5,73	25,09±4,27	20,04±3,96	129,31±20,84
	Hayır (n=58)	19,18±5,36	16,94±5,6	19,72±4,35	24,86±5,30	24,39±4,70	18,05±3,980	123,17±22,32
	t*	0,626	1,510	0,764	1,713	1,116	3,510	2,030
	p	0,532	0,135	0,446	0,088	0,265	**0,001**	**0,043**
Dinlenmeye özel zaman ayırabilme durumu	**Evet** (n=280)	19,72±4,62	18,29±4,88	20,36±3,82	26,96±5,20	25,31±4,20	20,27±3,96	130,94±20,17
	Hayır (n=81)	18,97±5,48	16,74±5,05	19,11±4,18	22,80±6,1	23,82±4,67	17,81±3,65	119,27±22,20
	t*	1,225	2,505	2,550	6,084	2,734	5,009	4,481
	p	0,221	**0,013**	**0,011**	<**0,001**	**0,007**	<**0,001**	<**0,001**
Hobiye sahip olma durumu	**Evet** (n=253)	20,03±4,90	18,32±5,20	20,36±4,10	26,07±5,93	25,19±4,48	19,96±4,25	129,96±22,63
	Hayır (n=108)	18,41±4,47	17,06±4,21	19,43±3,45	25,92±5,08	24,47±3,98	19,17±3,37	124,49±16,79
	t*	2,953	2,222	2,208	0,228	1,453	1,863	2,540
	p	**0,003**	**0,027**	**0,028**	0,820	0,147	0,064	**0,012**

* Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 9. (devamı) Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361)

Özellikler		Sağlık sorumluluğu Ort. ±SS	Fiziksel aktivite Ort. ±SS	Beslenme Ort. ±SS	Manevi gelişim Ort. ±SS	Kişiler arası ilişki Ort. ±SS	Stres yönetimi Ort. ±SS	SYBDÖ II Toplam Ort. ±SS
Düzenli egzersiz yapma durumu	**Evet (**n=204)	19,96±5,11	20,36±4,53	20,90±3,92	27,55±5,09	25,54±3,88	20,41±4,25	134,74±20,17
	Hayır (n=157)	19,01±4,38	14,80±3,52	19,02±3,69	24,05±5,81	24,24±4,80	18,82±3,53	119,98±19,54
	t**	1,851	13,091	4,616	6,086	2,833	3,784	6,988
	P	0,065	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,005**	**<0,001**	**<0,001**
Düzenli beslenme durumu	**Evet** (n=186)[a]	20,44±5,26	19,53±4,97	21,31±3,88	28,07±5,27	25,75±4,15	20,81±4,03	135,94±20,67
	Hayır (n=52)[b]	18,05±4,40	16,84±5,28	18,46±4,13	23,59±4,81	23,78±4,82	18,07±4,02	118,82±21,03
	Her zaman değil(n=123)[c]	18,83±4,01	16,00±3,90	18,91±3,30	23,96±5,50	24,30±423	18,78±3,55	120,32±21,18
	F*	7,261	22,700	20,952	28,717	6,587	15,697	28,826
	P	**0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**
	PostHoc	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**	**b,c<a (p<0,05)**
Günlük öğün sayısı	**2 ve altı** (n=44)[a]	17,95±4,28	16,79±5,02	18,56±4,47	22,29±6,24	24,31±4,49	18,47±3,79	118,40±21,50
	3 (n=229)[b]	19,37±4,65	17,89±4,78	20,18±3,69	26,95±5,29	25,18±4,19	19,71±3,97	129,31±20,68
	4 ve üstü (n=88)[c]	20,80±5,27	18,67±5,30	20,59±4,11	25,50±5,60	24,77±4,67	20,37±4,17	128,32±21,18
	F*	5,660	2,152	4,137	13,797	0,870	3,301	5,779
	P	**0,004**	0,118	**0,017**	**<0,001**	0,420	**0,038**	**0,003**
	PostHoc	**a,b<c (p<0,05)**		**a<b,c (p<0,05)**	**a<b,c (p<0,05)**		**a<c (p<0,05)**	**a<b,c (p<0,05)**
Günlük uyku saati	**3-5 saat** (n=31)[a]	17,58±3,17	16,32±3,21	18,70±3,37	21,61±7,40	23,38±3,49	18,48±2,97	116,09±14,56
	6-8 saat (n=285)[b]	19,80±5,03	18,29±5,08	20,33±3,96	26,53±5,33	25,06±4,34	19,83±4,06	129,87±21,61
	9 ve üstü saat (n=45)[c]	19,31±4,16	16,86±4,79	19,44±3,93	25,88±5,30	25,53±4,77	19,86±4,36	126,9±19,72
	F*	3,068	3,480	3,108	11,069	2,520	1,619	6,205
	p	**0,048**	0,052	0,051	**<0,001**	0,082	0,200	**0,002**
	PostHoc	**a<b (p<0,05)**			**a<b,c (p<0,05)**			**a<b (p<0,05)**

* Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi
** Bağımsız gruplarda t testi

TARTIŞMA

Bu araştırma, Edirne ili Uzunköprü ilçesindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek etmenlerin saptanması amacıyla yapıldı.

Bu çalışma grubundaki lise öğrencileri SYBDÖ II alt boyutları arasında en yüksek puan ortalamasını manevi gelişim (26.03±5.68) alt boyutundan aldılar. Bunu sırasıyla; kişiler arası ilişkiler (24.98±4.35) alt boyutu, beslenme (20.08±3.93) alt boyutu, stres yönetimi (19.72±4.02) alt boyutu, sağlık sorumluluğu (19.55±4.83) alt boyutu, fiziksel aktivite (17.94±4.95) alt boyutunun izlediği görüldü (Tablo 6). SYBDÖ II toplam puan ortalaması 128.32±21.18 olarak bulundu (Tablo 6). SYBDÖ II'den alınabilecek en üst puan 208'dir. Öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması benzer çalışmalarla paralel bulundu.

Bu çalışmada, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ait seviyeyi belirten SYBDÖ II toplam puan ortalaması 128.32±21.18 olarak saptandı (Tablo 6). Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada SYBDÖ II toplam puan ortalaması 126.3±18.2, Uzun'un (23) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada 129.5±21.9, Öz'ün (124) üniversite öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada 124.0±17.4, Karadamar'ın (103) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada SYBDÖ toplam puan ortalaması 126.4±19.5, Dil ve arkadaşlarının (32) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada 128.0±19.1, Gümüş'ün (86) lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada 122.75±2.12, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 118.50±18.99, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 124.79±17.94,

Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 96.66±1.69, Bi ve arkadaşlarının (113) Çin'de öğrenim görmekte olan üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 121.96±18.61 olduğu görülmüştür. Çalışma bulgularımızın yapılmış benzer çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür.

SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt boyutu ile ergenlerin sağlık durumları üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlıklarını geliştirmek ve devam ettirmek adına yapılması gereken etkinliklere ne seviyede katıldığını belirler. Bu çalışmada adolesan grubun sağlık sorumluluk alt boyut puanı 19.55±4.83 bulundu (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 puan alınabilir. Yapılan çalışmalarda sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 18.3±4.9, Kefeli'nin (102) çalışmasında 18.3±4.3, Uzun'un (23) çalışmasında 18.1±5.0, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 18.4±4.7, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 17.24±4.52, Bi ve arkadaşlarının (113) çalışmasında sağlıklı grupta 19.91±5.09 ve hastalığı olan grupta 17.39±4.11, Gümüş'ün (86) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada 17.81±4.78, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 19.86±4.10, Dağdeviren'in (121) Şanlıurfa'daki çalışmasında 16.08±3.94, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 16.08±3.94 bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması yaptığımız çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Ergenlik döneminde yaşanılan bağımsızlık arayışı, çatışmalar, kimlik oluşumu ergeni zorlayabilir. Bilişsel gelişimlerinin tamamen oluşmamış olması kendi sağlık durumlarını algılamalarında yetersizlik oluşturması ve bunun yükümlülüğünü almakta zorluk yaşamaları nedeniyle ailelerinden destek bekliyor olabilirler. Bunlara ek olarak ergenlik döneminin verdiği enerji ve dinamizmin etkisiyle hasta olma düşüncesinin olmaması sürekli bu enerejiye sahip olabileceği düşüncesine inanma, büyüyen arkadaş çevresinin verdiği pozitif enerjinin öğrencilerin sağlıklarını ihmal etmelerine neden olabileceği ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu ile bireylerin hangi düzeyde fiziksel aktivite alışkanlığını uyguladıkları değerlendirilmektedir. Bu araştırmada fiziksel aktivite alt boyut puanı 17.94±4.95 olarak saptandı (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 8, en fazla 32 alınabilir. Buna göre fiziksel aktivite alt boyut puanının diğer alt boyut puanlarına göre düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 17.7±4.8, Kefeli'nin (102) çalışmasında 17.0±5.0, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 15.8±4.7, Gümüş'ün (86) çalışmasında 16.09±5.3, Aktaş ve arkadaşlarının (120)

lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 14.81±4.33, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 16.96±4.39, Dağdeviren'in (121) çalışmasında 13.0±4.33, Bi ve arkadaşlarının (113) çalışmasında 16.58±4.35, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş aralığında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 13.0±4.33 bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçları yapılan çalışmalar ile uyumlu olup fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları diğer alt boyutlara göre en düşük puanı almıştır. Ülkemizde verilen sağlık eğitiminin içinde bu konuya yer verilmesine rağmen fiziki koşullardaki eksikliklerin, ergenlerin yönlendirilmelerindeki zayıflıkların olmasından dolayı fiziksel aktivitelerinin düşük seviyelerde olmasını etkileyebileceğini düşündürmekte olup fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının benzer çalışmalarda da düşük çıkması bu çalışma sonucu içinde beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

SYBDÖ II beslenme alt boyutu ile ergenlerin öğün sayılarını belirleme, istekleri doğrultusunda besinleri düzenleme, alışkanlıkları değerlendirilmektedir. Çalışma grubumuzda öğrencilerin beslenme puanı 20.08±3.93 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 puan alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda beslenme alt boyut puan ortalamaları Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 20.2±3.9, Kefeli'nin (102) çalışmasında 19.5±3.8, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 18.49±3.97, Uzun'un (23) çalışmasında 19.9±4.0, Gümüş'ün (86) çalışmasında 19.87±4.72, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 20.2±3.8, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 19.74±3.69, Dağdeviren'in (121) çalışmasında 15.19±3.24, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 15.19±3.24 olarak saptanmıştır. Literatür sonuçları ile uyumlu olup beslenme alt boyut puanı diğer alt boyutlara göre düşük bulunmuştur. Kitle iletişim araçları üzerinden yapılan reklamların ilgi çekici, insanların canını çektirecek şekilde sağlıklı olmayan beslenme alışkanlıklarının gösterililiyor olması, bu konuda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmayan ebeveyn ve ergenler üzerinde olumsuz etkilere sebep olabileceğini düşündürmektedir. Teknolojinin ilerlemesi ile paketlenmiş besinlere ulaşılabilirliğin artması ve bu ürünlerin tüketiminin bireylere daha kolay gelmesi ile birlikte beslenme alışkanlıklarında değişime sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Maslow'un gereksinimler hiyerarşisi incelendiğinde en üst kısımda kendini gerçekleştirme yer almaktadır (39). SYBDÖ II manevi gelişim alt boyutu ile bireyin kendini geliştirebilme kabiliyetini, kendi bedensel ve ruhsal özellikleri hakkında ne kadar bilgisinin olduğunu, kendisini tatmin edebilme yeteneği, inançları ve değer verdiği konular

değerlendirilmektedir. Bu çalışmadaki öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 26.7±4.51 olarak saptandı (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puan ortalamasının diğer alt boyut puan ortalamalarına göre yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 25.2±4.3, Kefeli'nin (102) çalışmasında 25.2±4.3, Uzun'un (23) çalışmasında 26.9±5.0, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 27.3±4.6, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 25.18±4.58, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 24.06±4.50, Dağdeviren'in (121) çalışmasında 18.7±4.04, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 18.7±4.04 olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki manevi gelişim alt boyut puan ortalaması diğer çalışmalarla benzer olup en yüksek puanı alan alt boyut olduğu görüldü. Yapılmış diğer çalışmalarda bu çalışma sonuçları ile örtüşmektedir (33,151). Manevi gelişim süreç olarak değerlendirildiğinde yaşamla hayat bulan aile, okul çevresi, iş ortamı kısacası sosyal çevrenin büyük bir etkisinin olduğu bir süreç şeklinde yorumlanabilir.

Sağlığı Geliştirme Modeli'nde aile üyeleri, arkadaş çevreleri ve sağlık görevlileri ile faydalı ilişkiler kurabiliyor olma ve onlardan faydalanma, sağlık tutumu edinebilme seviyesini etkilemektedir (147). Orta ve geç ergenlik dönemi aile ve arkadaş ilişkilerinin önem kazandığı bir dönem olarak tanımlanmaktadır. SYBDÖ II kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile ergenlerin aile üyeleri, arkadaş çevreleriyle olan ilişkileri değerlendirilmektedir. Bu araştırma grubundaki öğrencilerin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 24.98±4.35 olarak bulundu (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 9, en fazla 36 puan alınabilir. Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 20.5±3.70, Kefeli'nin (102) çalışmasında 26.7±4.5, Gümüş'ün (86) çalışmasında 24.48±5.22, Uzun'un (23) çalışmasında 26.2±4.9, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 26.02±3.75, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 24.09±4.39, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 25.01±4.28, Dağdeviren'in (121) çalışmasında 18.72±3.77, Bi ve arkadaşlarının (113) çalışmasında 23,75±4,19, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 18.72±3.77 bulunmuştur. Yapılan araştırmalar bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları diğer alt boyut puan ortalamaları arasında ikinci sırada bulunmuştur (27,28,137,140,151). Buna göre çalışma grubunun puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Ergenlerin kişiler arası

ilişkilerinin yüksek olması aile, arkadaş ve sosyal çevresi ile olumlu iletişim içerisinde olabildiklerini düşündürmektedir.

Stres, organizmanın ruhsal olarak zorlanmasıyla ve kişide bir takım bedensel, zihinsel, psikolojik ve davranışsal problemlerle ortaya çıkan durumdur. Stres insan sağlığının geliştirilmesinde etkili bir faktördür ve stresle baş edebilme taktikleri uygun bir şekilde kullanıldığında yaşanılacak olan stresin zarar verici etkileri en aza indirilmiş olur (147). Ayrıca stresle baş edebilme taktiklerinin amacı yaşanılacak olan stres seviyesini en aza indirmek ve bunu kontrol altına alabilmeyi geliştirmektir (40). SYBDÖ II stres yönetimi alt boyutuyla ergenlerin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları değerlendirilmektedir. Bu araştırma grubundaki lise öğrencilerinin stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 19.72±4.02 olarak bulundu (Tablo 6). Bu alt boyuttan en az 8, en fazla 32 alınabilir. Buna göre çalışma grubunun puanının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kefeli'nin (102) çalışmasında 19.4±3.7, Gümüş'ün (86) çalışmasında 18.89±4.34, Uzun'un (23) çalışmasında 20.3±4.1, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında 20.0±3.9, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada 18.69±3.89, Gömleksiz'in (142) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada 19.14±3.67, Bozhüyük'ün (46) çalışmasında 24.5±4.5, Dağdeviren'in (121) çalışmasında 14.95±2.89, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçisi 15-24 yaş arasında olan gençler ile yapmış oldukları çalışmada 14.95±2.89 olarak saptanmıştır. Bu çalışma sonucunun literatürle örtüştüğü görüldü. Yapılan araştırmalar bu çalışma ile benzer düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ergenlerin stresle baş edebilme taktiklerinin yeterli seviyeye ulaşmamış olduğu düşünülmektedir. Ergenlerin yaşadığı yeni arkadaş çevresi, okul derslerinin ağırlığı, yaşanan sınav kaygıları ve en çokta ileriki yaşamları üzerinde büyük etkiye sahip olacağına inandıkları üniversite yaşamının onların kafalarını sürekli olarak yordukları düşünülebilir. Oysaki bu dönemde ergenlerin bedensel ve çevresel yeniliklerin artmasıyla stresi daha yoğun hissetmeye başlıyor olmaları daha etkili bir baş etme yöntemine olan ihtiyaçlarının olmasından dolayı baş etme yöntemlerinin güçlendirilmesi, mevcut sorunlarını daha iyi çözmelerini ve geleceği daha sağlıklı karşılamalarını sağlayabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 16,11±1,22, çoğunluğu 15 yaş ve altındadır (Tablo 3). Öğrencilerin yaş grupları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 7). Gümüş'ün (86) lise öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada, Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise

öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, Dağdeviren'in (121) lise öğrencileri üzerindeki çalışmasında, Bozhüyük'ün (46) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmadan ve benzer çalışma sonuçlarından farklı olarak; Limnili'nin (122) lise öğrencileri ile yapmış olduğu araştırmada, Karadamar'ın (103) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada yaş ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, Ulla ve Perez'in (123) Meksika'da yaptıkları çalışmada ise 17-24 yaş arası öğrenci grubunun fiziksel aktivite puanı 25 ve üstü yaş grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya dahil olan gençlerin yaşlarından dolayı sağlık problemi yaşama risklerinin daha ileriki yaşlarda olanlara göre düşük seviyelerde olduğunun düşünülmesi, sağlıklarını korumaya ve yükseltmeye yönelik uygulama bilincinin tam anlamıyla oluşmamış olması ile bağlantılı olarak yaşlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediğini düşündürmektedir.

9, 11 ve 12. sınıflardaki öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının 10. sınıftaki öğrencilerden daha yüksek olduğu, 10 ve 11. sınıflardaki öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının 9. sınıftaki öğrencilerden daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Literatürdeki bulgular bu çalışma sonuçları ile bazı boyutlarda farklılık göstermektedir. Bozhüyük'ün (46) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada 1 ve 4. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olduğu, 4. sınıfta öğrenim görenlerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Tambağ'ın (29) sağlık alanında öğrenim görmekte olan üniversite öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada sınıf ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bu farkın sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde 4. sınıflardan kaynaklandığı, egzersiz alt ölçeğinde 2. sınıflardan kaynaklandığı, SYBDÖ toplam puan ortalamalarında ise oluşan farklılığın 2 ve 4. sınıflardan kaynaklandığı görülmüştür. Çelik ve arkadaşlarının (126) çalışma sonuçlarında öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması arasında, Ayaz ve arkadaşlarının (11) yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Karadeniz ve arkadaşlarının (125) yapmış olduğu çalışmada SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ancak sınıfların seviyeleri arttıkça öğrencilerin puan ortalamalarının yükseldiğini saptamışlardır.

Bu çalışmaya dahil olan öğrencilerin çoğunluğu kız öğrencilerden oluşmaktadır (Tablo 3). Bu araştırmadaki erkek öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyutlarından stres yönetimi, manevi gelişim, fiziksel aktivite puan ortalamalarının kızlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Limnili'nin (122) lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada erkek öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının, Gümüş'ün (86) lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının, Dağdeviren'in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Berçin'in (93) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Dağdeviren'in (121) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Karadamar ve arkadaşlarının (4) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Limnili'nin (122) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Yıldız'ın (127) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Ulla-Diez ve Perez'in (123) Meksika'da bir kolejde öğrenim görmekte olan öğrenciler ile yapmış oldukları çalışmada, Bi ve arkadaşlarının (113) Çin'de yaptıkları çalışmada erkek cinsiyette olmanın SYBDÖ toplam ölçek puanını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır. Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olmasının sebepleri düşünüldüğünde; kızların ebeveynleri ya da aile büyükleri tarafından daha fazla baskı altında olmaları, kızların başına gelebilecek olumsuzlukların daha fazla olduğuna inanılması okul dışı vakitlerini fiziksel aktivitelerine ayıramamalarına sebep oluyor olabilir. Öğrencilerin gündüz vakitlerinin büyük çoğunluğunu okul ya da dershanelerde geçiriyor olmaları gündüz yapabilecekleri aktiviteleri azaltarak öğrencilerin daha geç saatlerde dışarı çıkmalarını gerektiriyor olması, kızların geç saatlerde dışarı çıkmalarının hoş karşılanmadığı ailelerdeki öğrencilerin fiziksel aktivitelerine engel olduğunu düşündürmektedir. Erkek öğrencilerin kızlara göre vücut geliştirme isteklerinin daha fazla olması onları fiziksel aktivitelere yönlendiriyor olabilir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin yarısından fazlasının liseye kayıt olmadan önce en uzun yaşadıkları yerin ilçe olduğu saptandı (Tablo 3). Liseye kayıt olmadan önce en uzun süreyi ilçede geçirmiş olan öğrencilerin köyde geçirenlere göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve fiziksel aktivite, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Gümüş'ün (86) çalışmasında lise öğrencilerinin 12 yaşına kadar il merkezinde yaşamış olmaları manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarını anlamlı olarak yükselttiği, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileriyle

yaptığı çalışmada ilçede yaşayanların köyde yaşayanlara göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Soysal ve arkadaşlarının (130) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının il merkezinde yaşayan öğrencilerde diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Berçin'in (93) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Dağdeviren'in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Şimşek'in (129) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada yaşanılan yer ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İl veya ilçe merkezlerinin fiziki imkânlarının daha fazla olmasının fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarını olumlu yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmaya dahil olan öğrencilerin çok az bir kısmının sosyal güvencesinin olmadığı saptandı (Tablo 3). Bu çalışmadaki sosyal güvencesi olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve stres yönetimi, manevi gelişim, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Dağdeviren'in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada sosyal güvenceye sahip olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının, Öz'ün (124) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının, Yeşilfidan'ın (131) çalışmasında SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Dağdeviren'in (121) çalışmasında, Berçin'in (93) çalışmasında öğrencilerin sosyal güvencelerinin bulunması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak; Kefeli'nin (102) yapmış olduğu lise öğrencileri üzerindeki çalışma sonuçlarında, Bozhüyük'ün (46) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Karadamar ve arkadaşlarının (4) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Sosyal güvencenin bulunması bireylerin yaşayabilecekleri problemler karşısında başvurabilecekleri kurumların olduğunu bilmeleri, onları bedensel ve ruhsal açıdan daha özgür ve rahat hissetmelerini sağlıyor olabilir.

Bu araştırmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun ekonomik durumunu iyi olarak ifade ettiği saptandı (Tablo 3). Bu çalışmada ekonomik durumunun iyi olduğunu belirten öğrencilerin tüm puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Gümüş'ün (86) çalışmasında lise öğrencilerinden ''gelirim fazla'' şeklinde ifade edenlerin ''gelirim az'', ''gelirim gidere eşit'' şeklinde ifade edenlere göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yaptığı

çalışmada ‘’gelirim giderimden fazla’’ şeklinde ifade eden öğrencilerin beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının, ‘’gelirim giderden düşük’’ ve ‘’gelirim gidere denk’’ şeklinde ifade eden öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ailelerinin ‘’gelirleri giderinden fazla’’ olan öğrencilerin, ‘’gelirleri giderinden az’’ olan öğrencilere göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Öz‘ün (124) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında ‘’gelirim iyi’’ olarak ifade edenlerin kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Zaybak ve Fadıloğlu’nun (10) çalışmasında ekonomik durumu iyi öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, daha düşük gelirli öğrencilerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Dağdeviren’in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada ekonomik durumun SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını anlamlı olarak etkilediği, Karadamar ve arkadaşlarının (4) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ailelerin gelir düzeyi ile ergenlerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, alt boyutlardan kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Ulla ve Perez’in (123) çalışmasında ekonomik düzeyin kişiler arası destek durumunu etkilediği belirlenmiştir. SYBDÖ II kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda da gelir düzeyi arttıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür (132,133). Sağlığı geliştirme modelinde ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir (134). Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Araştırmalarda sosyoekonomik durumu orta ve kötü olan ailelerde anne ve baba ilişkisinin çoğunlukla kötü ve adölesanın daha yüksek oranda şiddete tanık olduğu, beslenme problemlerinin daha fazla, fiziksel aktivitenin daha az olduğu belirtilmiştir (135). Sosyoekonomik düzey yükseldikçe SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının da artığı saptanmıştır (136). Gelir seviyesinin iyi olması öğrencilerin fiziksel aktivite yapabilme imkanlarının daha fazla olmasına sebep olabileceği, sağlıklı besine ulaşabilme imkanını arttırabileceği, maddi imkansızlıkların sebep olabileceği stres kaynaklarını azaltabileceği, ulaşılabilirliği arttıracağı, sosyal çevre ile olan ilişkilerini olumlu yönde etkileyebileceği, sağlık hizmetlerinden faydalanabilme ve gerektiğinde özel destek alabilme imkanlarını arttırabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırma grubundaki öğrencilerin üçte ikisinin çekirdek aileye sahip olduğu saptandı (Tablo 4). Bu araştırmada çekirdek ve geniş aileye sahip olan öğrencilerin parçalanmış-tek ebeveynli aileye sahip olan öğrencilere göre SYBDÖ II toplam puan

ortalamaları, stres yönetimi, kişiler arası ilişki ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları, çekirdek ailesi olan öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Ayrıca geniş ailesi olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının en yüksek, tek ebeveynli-parçalanmış aileleri olan öğrencilerin ise en düşük puan ortalamalarını aldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Kefeli'nin (102) çalışmasında çekirdek aileye sahip olan lise öğrencilerinin kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Dağdeviren'in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada çekirdek aileye sahip olma SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını anlamlı olarak yükselttiği, Gömleksiz'in (142) çalışmasında parçalanmış ailede yaşayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması çekirdek ailede yaşayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise geniş ailede yaşadığını ifade eden öğrencilerin boşanma/ ayrılık/ ölüm nedeniyle parçalanmış ailede yaşadığını ifade eden öğrencilere göre sağlık davranışlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür. Chen ve arkadaşlarının (136) aile yapısının sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen önemli bir değişken olduğu ve her iki ebeveyn ile yaşayan adölesanların tek bir ebeveynle yaşayan adölesanlara göre daha sağlıklı davranış gösterdiği bu çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Karakoç'un (137) çalışmasında parçalanmış aileye sahip olan öğrencilerin çekirdek aileye sahip olanlara göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; Aras Doğan'ın (138) epilepsi tanısı olan ergenlerde yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayanların geniş ailede yaşayanlara göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; Erdoğan'ın (139) çalışmasında çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin parçalanmış ailede yaşayanlara göre fiziksel aktivite, geleneksel ailede yaşayanlara göre ise stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek; Binay'ın (104) çalışmasında çekirdek aileye sahip öğrencilerin geleneksel ve parçalanmış aileye sahip öğrencilere göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yıldırım'ın (140) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Berçin'in (93) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Karadamar'ın (103) ergenlerle yaptığı çalışmada, Karadamar ve arkadaşlarının (4) ergenlerle yaptıkları çalışmada aile yapısı ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bireyin sahip olduğu aile tipinin sağlığını ve hastalıklarını etkilediğini düşündüğümüzde, parçalanmış ailesi olan ergenin sağlık davranışlarının daha düşük seviyede saptanmış olması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin ailesinde dörtte birine yakınının 3 ve altında kardeşi bulunmaktadır (Tablo 4). Bu araştırmada 3 ve altında kardeşi olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, 3'ün üstünde kardeşi olanların ise manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Dil ve arkadaşlarının (32) Çankırı il merkezinde 3 ve altında kardeşi olan öğrencilerin beslenme alt boyutu dışında tüm puan ortalamalarında daha yüksek puan aldığı ve kardeş sayısı azaldıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür. Karadamar'ın (103) çalışma sonuçlarında ergenlerin kardeş sayıları ile SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve egzersiz alt grup puan ortalamaları arasında zayıf bir korelasyonun olduğu görülmüştür. Kardeş sayısı arttıkça ergenlerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları ve egzersiz puan ortalamaları azalmaktadır. Farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (132,133). Aksoy'un (142) çalışmasında kardeşi olmayan adölesanların fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Gümüş'ün (86) çalışmasına göre kardeşi olmayan lise öğrencilerinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışma sonucuna göre kardeş sayısının az olması ile ebeveynlerin çocukları ile ilgilenebilme, zaman ayırabilme düzeylerini etkiliyor olabilir. Ayrıca ailedeki çocuk sayısının azalması ile ulaşılabilecek sağlık sorumluluğu seviyesinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Ailedeki birey sayısının artması ile rol model olma imkanının ortaya çıkması, kardeşlerin birbiri ile ilgilenebilmesi, yardımcı olması, manevi açıdan desteğin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin yarısından fazlasının anne eğitim seviyeleri ilköğretim, çok az bir kısmının ise okur-yazar olmadığı saptandı (Tablo 4). Bu araştırmadaki annelerinin eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamaları anneleri okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlardan daha yüksek olduğu, anneleri ilköğretim mezunu olan öğrencilerin beslenme alt boyut puan ortalamaları okur-yazar olmayanlara göre daha yüksek olduğu, anneleri lise mezunu olan öğrencilerin stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Gümüş'ün (86) çalışmasında annesi ortaokul ve üzeri eğitim gören öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının, annesi okur-yazar olmayan ve sadece okur-yazar olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Kefeli'nin (102) çalışmasına göre annesi üniversite mezunu olan lise öğrencilerinin kişiler arası ilişkiler ve manevi gelişim

alt boyut puan ortalamalarının annesi ilkokul veya ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Karadamar ve arkadaşlarının (4) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada annesi lise mezunu olanların kişiler arası destek ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının annesi ilköğretim mezunu olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bozhüyük'ün (46) çalışmasında annesi ilköğretim ve lise mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Ayaz ve arkadaşlarının (11) yaptıkları çalışmada ve Yıldırım'ın (140) yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ulla-Diez ve Perez'in (123) çalışmasında anne eğitim düzeyi arttıkça beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişiler arası ilişki alt boyut puan ortalamalarının ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Dil ve arkadaşlarının (32) yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi arttıkça, öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının arttığı, Yıldırım'ın (140) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada annesi lise ve üniversite mezunu olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gömleksiz'in (142) çalışmasında öğrencilerin anne eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite alt boyutundan alınan ortalama puanın arttığı, manevi gelişim alt boyutundan alınan ortalama puanın ise azaldığı görülmüştür. Oral'ın (143) yaptığı çalışmada annesi üniversite mezunu olanların fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; Ayaz ve arkadaşlarının (11) hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, anne eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık meslek lisesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada (144), yurt dışında üniversite öğrencileri arasında yapılan benzer bir çalışmada (145) anne eğitim düzeyinin SYBDÖ II toplam ve alt boyut puanlarını etkilemediği görülmüştür. Ortaya çıkan bu farklı sonuçların annenin eğitim dışındaki diğer özellikleri, alışkanlıkları ve yaşanılan yer gibi birçok faktörün etkisi ile olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin annelerinin dörte üçüne yakınının ev hanımı olduğu saptandı (Tablo 4). Bu çalışmada anneleri ev hanımı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutu dışında tüm alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Bozhüyük'ün (46) çalışmasında annesi çalışmayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyutunda annesi çalışan öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Kefeli'nin (102) çalışmasında annesi çalışan lise

öğrencilerinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının annesi çalışmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Can ve arkadaşlarının (146) çalışmasında annesi çalışanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ardıç'ın (91) çalışmasında annelerin mesleği ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dağdeviren'in (121) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Aksoy'un (142) öğrencilerle yaptığı çalışmada, Yıldırım'ın (140) çalışmasında annesi çalışan ve çalışmayanlar arasında SYBDÖ II toplam puan ortalamalarında ve tüm alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu şekilde farklı sonuçların saptanmış olması annelerin diğer özellikleri (eğitim düzeyi, annenin alışkanlıkları ve yaşanılan yer gibi) birçok faktörün etkisiyle olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmadaki öğrencilerin babalarının büyük bir kısmı serbest meslek grubunda çalıştığı saptandı (Tablo 4). Bu araştırmada babaları serbest meslekte çalışan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının babaları memur/işçi veya çiftçi olarak çalışan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmış olup babaları serbest meslekte çalışan öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları babaları çalışmıyor veya memur/işçi olarak çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Aksoy'un (142) çalışmasında babalarının mesleği ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ardıç'ın (91) çalışmasında da fiziksel aktivite, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Bozhüyük'ün (46) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Yıldırım'ın (140) çalışmasında, Dağdeviren'in (121) çalışmasında, Karadeniz ve arkadaşlarının (125) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin babalarının çalışma durumu ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçlardan yola çıkıldığında Türkiye'de yapılan araştırmalarda ebeveylerin eğitim durumlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin farklılık gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin 3'te 2'sinden fazlası algılanan sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği görüldü (Tablo 5). Bu çalışmada öğrencilerin sağlığını değerlendirme durumları incelendiğinde algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendiren öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, algılanan sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre daha yüksek olduğu saptandı

(p<0,05) (Tablo 9). Kefeli'nin (102) çalışmasında sağlık durumunu ''çok iyi'' olarak ifade eden lise öğrencilerinin diğerlerine göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bozhüyük'ün (46) çalışmasında sağlık durumunu ''mükemmel'' ve ''çok iyi'' olarak ifade edenlerin beslenme alt boyutu dışındaki tüm alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, sağlık durumunu ''iyi'', ''orta'' ve ''zayıf'' olarak ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yıldırım'ın (140) çalışmasında, Ayaz ve arkadaşlarının (11) çalışmasında, Zaybak ve Fadıloğlu'nun (10) çalışma sonuçları da bu çalışma bulguları ile örtüşmektedir. Dağdeviren'in (121) araştırmasına göre sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirenlerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Dağdeviren'in (121) araştırmasında sağlığının 'çok iyi' olduğunu ifade eden öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tuğut ve Bekar'ın (148) araştırmasında da sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları sağlığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerden daha yüksek bulunmuştur. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (149) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında kendi sağlık durumunu ''iyi'' olarak değerlendirenlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla, kendini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladıkları ve algılanan sağlık durumunun sağlıklı yaşam biçimini etkilediği söylenebilir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin yarısından fazlasının düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı saptandı (Tablo 5). Bu çalışmada düzenli sağlık kontrolü yaptıran öğrencilerin yaptırmayan öğrencilere göre manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları dışında diğer tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (p<0,05) (Tablo 9). Gümüş'ün (86) çalışmasına göre rutin doktor kontrolüne giden öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Gümüş'ün (86) çalışmasında düzenli doktor kontrolüne gitmemek toplam puanı düşürdüğü, Dağdeviren'in (121) Şanlıurfa'da yapmış olduğu çalışmada hastalandığın da hemen doktora gitme SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını yükselttiği görülmüştür. Doktor kontrolüne gitmeme bulgusu (%57.1), bu dönemde ergenin sağlık sorunlarını düşük seviyelerde önemsediğini veya sağlık hizmetlerinden faydalanmayı bilmediklerini gösteriyor olabilir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin çok az bir kısmının kronik hastalığının olduğu saptandı (Tablo 5). Bu çalışmada kronik hastalığı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Tambağ'ın (29) çalışmasında herhangi bir fiziksel ya da ruhsal kronik hastalığa sahip olan öğrencilerin kişiler arası destek puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Karakoç'un (137) çalışmasında kronik hastalığı olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Ayaz ve arkadaşlarının (11) Ankara'daki çalışmalarında sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olanlarda, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Gümüş'ün (86) çalışmasında lise öğrencilerinin kronik hastalığa sahip olmaları sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarını yükseltmiş iken fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarını ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını anlamlı olarak düşürdüğü, Köseoğlu'nun (152) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada kronik bir hastalığı olanların sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarını arttırdığı ancak stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarını düşürdüğünü saptamıştır. Nitekim Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlık sorumluluğunu arttırdığı, Sağlık İnanç Modeli'nde hastalığın tehdit olarak algılanması sağlık davranışının kazandırılmasında etkili bir faktördür (147). Yıldırım'ın (140) çalışmasında, Aktaş ve arkadaşlarının (120) çalışmasında, Öz'ün (124) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, Karaahmetoğlu ve arkadaşlarının (150) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, Yıldız ve Ersin'in (89) mevsimlik tarım işçileri gençlerle yaptıkları çalışmada, Bozhüyük'ün (46) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Gömleksiz'in (142) öğrencilerle yaptığı çalışmada, Zaybak ve Fadıloğlu'nun (10) çalışmasında, Yıldırım'ın (140) çalışmasında, Aksoy ve Uçar'ın (151) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada kronik hastalığı olup olmama durumuna göre SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Bu sonuç kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimine daha az dikkat ettiklerinin bir göstergesi olabilir.

Bu araştırmada öğrencilerin 10'da 1'nin uyku sorununun olduğu saptandı (Tablo 5). Bu çalışmada uyku sorunu olmayan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 9). Aksoy'un (142) çalışmasında uyku problemi olmayan adölesanların beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile örtüşmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak Soysal ve arkadaşlarının (130) çalışmasında uyku sorunu olan öğrencilerde stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı yaşamaya dikkat eden bireylerin uyku düzenlerine daha fazla önem veriyor olduklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada öğrencilerin %28.8'i sigara içtiklerini ifade ettiler (Tablo 4). Bozhüyük ve Özcan'ın (48) sağlık bilimleri öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada sigara içenlerin oranı %21.1, Nacar ve arkadaşlarının (156) yaptığı çalışmada %19.1, Ağar'ın (158) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada %15.0, Oral'ın (143) yaptığı çalışmada %21.4, Çiftçi ve arkadaşlarının (159) hemşirelik bölümü öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada %34.3, Oğuz ve arkadaşlarının (160) üniversite öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada %20.6'sı sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. TUİK 2010 yılında 15 yaş ve üzerini kapsayan bir araştırmada Türkiye'de sigara içme oranını %25.4, 2012 yılında %27.0, 2014 yılında %27.3, 2016 yılında %26.5 olarak bildirmiştir (161). Güncel TUİK sigara kullanım oranları ile bu çalışmadaki veriler benzerlik göstermektedir. Bu araştırmada elde edilen %28.8'lik kullanım oranı ile önceki literatür verileri kıyaslandığında sigara kullanım oranlarının artış gösterdiğini düşündürmektedir. Bu çalışmada sigara kullanmayan öğrencilerin kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Vural ve Bakır'ın (153) çalışmaları incelendiğinde sigara kullanan öğrencilerin beslenme alt boyut puan ortancaları kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, Gümüş'ün (86) çalışmasında sigara içen lise öğrencilerinin fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (149) çalışmasında sigara içen öğrencilerin, sigara içmeyenlere göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu, Kefeli'nin (102) çalışmasında sigara içen öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, Bozhüyük'ün (46) çalışmasında sigara kullanma durumuna göre hiç sigara içmeyen grubun sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Dil ve arkadaşlarının (32) çalışmasında sigara içmeyen öğrencilerin tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Gömleksiz'in (142) çalışmasında sigara kullanan öğrencilerde beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Tambağ'ın (29) araştırmasına göre sigara kullanmayan öğrencilerin beslenme alt boyut puan ortalamalarının sigara kullananlara göre anlamlı derecede yüksek; sigara kullanan öğrencilerin

ise kişiler arası destek alt boyut puan ortalamalarının kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yıldız ve Ersin'in (89) çalışmasına göre mevsimlik tarım işçileri gençlerin sigara kullanma durumlarına göre fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, sigara içenlerin beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmayı incelediğimizde elde edilen bulgulara göre, sigara kullanılmaması beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (149). Bu nedenle sigara içenlerde beslenme alt boyut puan ortalamalarının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Ünalan ve arkadaşlarının (32) çalışmasında, Aktaş ve arkadaşlarının (120) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında sigara içenler ile içmeyenler arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Nitekim sigara ve alkol kullanımının olumsuz bir eylem olması ayrıca bunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına aykırı olduğu bilinen bir gerçektir.

Bu çalışmada öğrencilerin %19.4'ü alkol kullandıklarını belirttiler (Tablo 5). Gömleksiz'in (142) çalışmasına göre öğrencilerin %12.4'ünün alkol kullandığı, Nacar ve arkadaşlarının (156) yaptığı çalışmada %19.4'ünün, Kuşdemir'in (33) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında %19.5'inin, Karadeniz ve arkadaşlarının (125) üniversite öğrencilerine yönelik çalışmalarında %22.6'sının kullandığı görülmüştür. 2010-2016 yıllarında yürütülen ulusal sağlık araştırmaları, 15 yaş ve üzeri nüfusun %10.4-14.9'unun alkollü içecek kullandığını göstermektedir (157). Bu araştırma sonucunda %19.4'lük alkol kullanım oranı öğrenciler arasında yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup TUİK verilerinden yüksek çıkmıştır. Alkol kullanma bildirimlerinin kişinin kendi ifadesine dayanan çalışmalarda düşük çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmada alkol kullanan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Gümüş'ün (86) çalışmasında alkol kullanan lise öğrencilerinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Vural ve Bakır'ın (153) çalışmasında alkol kullanan üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite puan ortancalarının daha yüksek olduğu ancak beslenme puan ortancalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Kefeli'nin (102) çalışmasında, Karadeniz ve arkadaşlarının (125) çalışmasında alkol kullanan öğrenciler ile kullanmayanlar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Bu sonuca göre alkol kullanma davranışının bireyin stres yaratacak olan durumları umursama düzeyini düşürdüğü söylenebilir.

Bu araştırmada öğrencilerin 5'te 2'sinin sosyal yaşantılarına zaman ayırabildikleri bulundu (Tablo 5). Bu araştırmada sosyal yaşantılarına zaman ayıran öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Tambağ'ın (29) yapmış olduğu çalışmada herhangi bir sosyal aktiviteye katılan öğrencilerin katılmayanlara göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarının ve egzersiz, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Dağdeviren'in (121) yapmış olduğu çalışmada sosyal etkinliklere katılma durumunun SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını arttırdığı belirlenmiştir. Gümüş'ün (86) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada akşamları arkadaşlarıyla dışarı çıktığını belirten öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, arkadaşlarımla vakit geçiririm şeklinde ifade edenlerin geçirmem şeklinde ifade edenlere göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda sağlık çalışanı yakını/tanıdığı olanların daha olumlu sağlıklı yaşam biçimi sergiledikleri saptanmıştır (108). Sosyal etkinliklerin öğrencinin güven duygusunu, benlik saygısını, sorumluluk alma becerilerini, stresle baş etme taktiklerini geliştirmesi ve fiziksel aktivite imkanlarını artırması sebebiyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

Bu araştırmada öğrencilerin 3'te 2'sinin hobiye sahip olduğu bulundu (Tablo 5). Bu çalışmada hobiye sahip olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Gömleksiz'in (142) çalışmasında hobisi olduğunu ifade eden öğrencilerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Vural ve Bakır'ın (153) çalışmasında herhangi bir hobisinin olduğunu ifade eden öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortancalarının ve tüm alt boyut puan ortancalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (149) yaptığı çalışmada hobisi olan öğrencilerin kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal aktivitelere katılmanın, kişinin iyilik-esenlik durumunu pozitif yönde etkileyerek olumlu sağlık yeteneklerinin gelişmesine olanak sağladığı söylenebilir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin 3'te 2'sinin düzenli egzersiz yaptığı bulundu (Tablo 5). Bu çalışmada düzenli egzersiz yaptığını ifade eden öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt boyut puan

ortalamaları dışında tüm diğer puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Gümüş'ün (86) çalışmasına göre düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Dil ve arkadaşlarının (32) Çankırı'da yapmış oldukları çalışmada düzenli spor yapma sıklığı arttıkça SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının arttığı, Soysal ve arkadaşlarının (130) çalışmasında düzenli egzersiz yaptıklarını ifade eden öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Yıldız ve Ersin'in (89) yaptıkları çalışmada egzersiz yapan mevsimlik tarım işçileri gençlerin tüm alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak sadece fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Egzersiz yapan bireylerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının yapmayanlara göre daha yüksek olması beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Vural ve Bakır'ın (153) çalışmasında düzenli egzersiz yapanların tüm alt boyut puan ortancalarının ve SYBDÖ II toplam puan ortancalarının egzersiz yapmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Ayaz ve arkadaşlarının (11) çalışmasında spor yapma olanağı olmayanların fiziksel aktivite puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, Cihangiroğlu ve Deveci'nin (149) araştırmasında egzersiz yaptığını ifade eden öğrencilerin yapmayanlara göre SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Yalçınkaya ve arkadaşları (53) haftada 3-4 gün ve üzeri egzersiz yapan sağlık çalışanlarının SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının ve alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Özkan ve Yılmaz'ın (26) çalışmasında düzenli egzersiz yaptığını ifade eden hemşirelerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları düzenli egzersiz yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalardan da görüldüğü üzere düzenli egzersiz yapmak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttırılmasında dolayısıyla sağlığın geliştirilmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin yarısı düzenli beslendiğini ifade ettiler (Tablo 5). Bu çalışmada düzenli beslendiğini düşünen öğrencilerin tüm alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Soysal ve arkadaşlarının (130) çalışmasında öğrencilerin düzenli beslenme durumları ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SYBDÖ II toplam puan ortalamaları beslenme durumuna "her zaman düzenli" cevabını veren öğrencilerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beslenme alt boyut puan

ortalamaları yüksek olan öğrencilerin sağlıklı beslenmeye daha fazla önem verdiği karın doyurmak yerine yeterli ve dengeli beslenebilmek adına ek bir çaba harcadıkları söylenebilir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin çoğu 6-8 saat arasında uyuduklarını ifade ettiler. (Tablo 5). Bu araştırmada günlük uyku saati 6-8 saat olan öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının günlük 3-5 saat uyuyanlardan daha yüksek olduğu, günlük uyku saati 3-5 saat arasında olan öğrencilerin manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 9). Tuygar ve Arslan'ın (107) çalışmasında sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının, günde ortalama 8 saat ve üzerinde uyuyan öğrencilerin günde 8 saatten daha az uyuyan öğrencilere göre anlamlı derecede daha daha yüksek olduğu görülmüştür. Ballıel'in (154) çalışmasında uyku alışkanlıklarının düzenli olduğunu ifade eden hemşirelerin sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme alt boyut puan ortalamaları ve SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak farklar anlamlı olmadığı görülmüştür. Leproult ve arkadaşlarının (155) yaptığı çalışmada uyku sürecindeki bozulmaların bilişsel süreçlerde azalmayı tetiklediği, uyarılara karşı oluşması beklenen tepkinin daha uzun sürede meydana gelmesine ve koordinasyonun azalmasına sebep olduğu, bireyin dinlenmeye çekildiği süreç boyunca devam eden uykusuzluk ile dikkatte azalma ve kognitif fonksiyonlardaki performansın azalması arasında belirgin bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır. Kişinin yeterli düzeyde uyuması iyi bir şekilde dinlenmeyi sağlayarak kalan zamanın daha verimli kullanılmasını etkiler. Verimli ve zinde zaman geçirme, öğrencilerin kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının yüksek olmasında etkili olabilir. Uyku süresi fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilediği gibi zamanı etkili bir şekilde yönetebilmenin de bir parçasıdır. Buradan yola çıkarak yeterli uyuyabilen öğrencilerin stres yönetiminde daha başarılı olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmadaki öğrencilerin babalarının yarısının eğitim seviyesi ilköğretim mezunu, 3'te 2'sinin lise mezunu olduğu bulundu (Tablo 4). Bu çalışmadaki öğrencilerin baba eğitim düzeyleri ile SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 8). Yıldırım'ın (140) çalışmasında baba eğitim düzeyinin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür. Kefeli'nin (102) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile baba eğitim grupları ikişerli karşılaştırıldıklarında, ilkokul grubu ile lise grubu ve ilkokul grubu ile yüksekokul\üniversite grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmıştır. Aksoy'un (142) çalışmasında babası en az üniversite mezunu olan adölesanların tüm alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Çiçek ve Çetinkaya'nın (128) çalışmasında babası ortaokul ve üzeri mezunu olan adölesanların fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bozhüyük'ün (46) çalışmasında babası üniversite mezunu olan öğrencilerin babası ilkokul ve lise mezunu olan öğrencilere göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu, babası üniversite mezunu olan öğrencilerin okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan öğrencilere göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin eğitim seviyeleri ile ilgili ortaya çıkan bu farklı sonuçların, sağlığı geliştirme modelini etkileyen eğitim dışındaki diğer faktörlerin etkisi ile oluşabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Bu bölüm Uzunköprü'deki lise öğrencileriyle gönüllülük esasına dayanılarak Bilgi Formu ve SYBDÖ II kullanılarak toplanan bulguları içermektedir.

Buna göre:

- Öğrencilerin yaş ortalamasının 16.11±1.22, 3'te 1'inin 15 yaş ve altında, 3'te 1'inin 10. sınıfta, çoğunluğunun kız olduğu,
- Öğrencilerin yarısından fazlasının ekonomik durumunun orta seviyede, büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu, 3'te 2'sinin liseye kayıt olmadan önce en uzun yaşadığı yerin ilçe olduğu, neredeyse tamamına yakınının devlet ortaokulundan mezun olduğu,
- Öğrencilerin 4'te 3'ü çekirdek aile tipinde, 4'te 3'ünün ailesinde 3 ve altında kardeş sayısı bulunduğu, yarısına yakınının anne yaşının 40-44 yaş aralığında baba yaşının ise 44 yaş ve altında olduğu,
- Öğrencilerin anne ve baba eğitim düzeylerinin yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu ancak baba eğitim düzeylerinin annelerden daha yüksek olduğu,
- Öğrencilerin büyük çoğunluğunun annesi ev hanımı, babalarının neredeyse yarısının serbest meslekte çalıştığı,
- Kız ve erkek öğrencilerin sigara içme durumlarının birbirine çok yakın olduğu ancak erkeklerin alkol kullanma durumlarının kızlardan yüksek olduğu,

- Öğrencilerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 128.32±21.18, alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını 26.03±5.68 ile manevi gelişimden, en düşük puan ortalamasını 17.94±4.95 ile fiziksel aktiviteden aldıkları,
- Öğrencilerden erkek olanların, sosyal güvencesi olanların, uyku sorunu olmayanların, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, sosyal destek alanların, alkol kullananların, son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvuranların, sosyal yaşantılarına zaman ayıranların, hobisi olanların, düzenli egzersiz yapanların, düzenli beslenenlerin, anneleri ev hanımı olanların, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta seviyede değerlendirenlerin, dinlenmeye özel zaman ayıranların, günlük öğün sayısı 3 ve üstünde olanların, çekirdek ve geniş aileye sahip olanların, sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu ifade edenlerin, liseye kayıt olmadan önce en uzun süre ilçede yaşayanların köyde yaşayanlardan, babaları serbest meslekte çalışanların memur-işçi ve çiftçi olanlardan, anne yaşı 39 ve altında ve 45 ve üstünde olanların 40-44 yaş arasında olanlardan, günlük uyku süresi 6-8 saat olanların 3-5 saat olanlardan; SYBDÖ II toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Öğrencilerden ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, 3 ve altında kardeşi olanların, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvuranların, kronik hastalığı olanların, uyku sorunu olmayanların, sosyal destek alanların, alkol kullananların, günlük öğün sayısı 4 ve üstü olanların, hobisi olanların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin, baba yaşı 51 ve üstünde olanların, sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu belirtenlerin, 9.,11. ve 12. sınıfların 10. sınıflardan, geniş ailede yaşayanların çekirdek ve parçalanmış-tek ebeveynli ailede yaşayanlardan, çekirdek ailede yaşayanların ise parçalanmış-tek ebeveynli ailede yaşayanlardan, anne yaşı 39 ve altında ve 45 ve üstünde olanların 40-44 yaş arasında olanlardan, anne eğitim seviyesi üniversite ve üstü olanların okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanlardan, günlük uyku süresi 6-8 saat olanların 3-5 saat olanlardan; sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Öğrencilerden ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, anneleri ev hanımı olanların, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, uyku sorunu olmayanların, alkol kullananların, günlük öğün sayısı 3 ve üstü olanların, dinlenmeye özel zaman ayıranların, hobisi olanların, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, düzenli egzersiz yapanların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin,

sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu ifade edenlerin, anne yaşı 39 ve altında ve 45 ve üstünde olanların 40-44 yaş arasında olanlardan, anne eğitiminin ilköğretim seviyesinde olanların okur-yazar olmayanlardan; beslenme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Öğrencilerden erkek olanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, anneleri ev hanımı olanların, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, kronik hastalığı olanların, alkol kullananların, dinlenmeye özel zaman ayıranların, hobiye sahip olanların, düzenli egzersiz yapanların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin, liseye kayıt olmadan önce en uzun süre ilçede yaşayanların köyde yaşayanlardan, sosyal hayatının iyi olduğunu ifade edenlerin orta ve kötü seviyede olduğunu ifade edenlerden, sosyal hayatının orta olduğunu ifade edenlerin ise kötü olarak ifade edenlerden, çekirdek ailesi olanların parçalanmış-tek ebeveynli aileye sahip olanlardan, babaları serbest meslekte çalışanların memur-işçi ve çiftçi olanlardan; fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Öğrencilerden ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, anneleri ev hanımı olanların, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, son bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna başvuranların, kronik hastalığı olanların, sosyal destek alanların, sigara kullanmayanların, dinlenmeye özel zaman ayıranların, düzenli egzersiz yapanların, düzenli beslenenlerin, sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu ifade edenlerin, çekirdek ve geniş aileye sahip olanların, anne yaşı 39 ve altında olanların 40-44 yaş arasında olanlardan; kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Öğrencilerden erkek olanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, 3'ün üstünde kardeşi olanların, anneleri ev hanımı olanların, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, dinlenmeye özel zaman ayıranların, düzenli egzersiz yapanların, günlük öğün sayısı 3 ve üstünde olanların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin, sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu ifade edenlerin, çekirdek ve geniş aileye sahip olanların, liseye kayıt olmadan önce en uzun süre ilçede yaşayanların köyde yaşayanlardan, 10. ve 11. sınıfların 9. sınıflardan, babaları serbest meslekte çalışanların memur-işçi ve çalışmıyor olanlardan, baba yaşı 51 ve üstü olanların 44 ve altında olanlardan, sosyal hayatının iyi olduğunu ifade edenlerin orta ve kötü seviyede olduğunu ifade edenlerden, sosyal hayatının orta

seviyede olduğunu ifade edenlerin kötü olarak ifade edenlerden, günlük uyku süresi 9 saat ve üstü ve 6-8 saat arasında olanların 3-5 saat arasında olanlardan; manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

- Öğrencilerden erkek olanların, sosyal güvencesi olanların, sosyal destek alanların, anneleri ev hanımı olanların, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, algılanan sağlık durumunu iyi ve orta olarak değerlendirenlerin, sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilenlerin, sigara kullanmayanların, alkol kullananların, sosyal yaşantılarına zaman ayıranların, dinlenmeye özel zaman ayıranların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin, sosyal hayatının iyi ve orta seviyede olduğunu ifade edenlerin, çekirdek ve geniş aileye sahip olanların, liseye kayıt olmadan önce en uzun süre ilçede yaşayanların köyde yaşayanlardan, babaları serbest meslekte çalışanların memur-işçi ve çiftçi olanlardan, anne yaşı 39 ve altında olanların 40-44 yaş arasında olanlardan, anneleri lise mezunu olanların ilköğretim mezunu olanlardan, sosyal hayatının iyi olduğunu ifade edenlerin orta ve kötü seviyede olduğunu ifade edenlerden, sosyal hayatının orta seviyede olduğunu ifade edenlerin kötü olarak ifade edenlerden, günlük öğün sayısının 4 ve üstünde olanların 2 ve altında olanlardan; stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

ÖNERİLER

Bu çalışma bulgularından yola çıkılarak ergenlik dönemindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanabilmeleri ve bu davranışları uygulayabilmeleri amacıyla aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Ergenlik öncesi dönemden baslayarak adölesanlara fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları hakkında eğitim verilmesi,
- Lise öğrencilerinin kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk alması yönünde eğitilmesi,
- Lise öğrencileri için fiziksel aktivite programlarının yaygınlaştırılması, öğrencilerin daha kolay yararlanacağı bir konuma getirilmesi,
- Çalışmada öğrencilerin sosyal güvence durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği saptanmış olup güvencesi olmayan öğrencilere destek kaynaklarının oluşturulması,
- Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda duyarlılıklarının artırılması,

- Çalışma bulgularında saptanmış olan hizmete kolayca ulaşanların stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olması göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması,
- Çalışma bulgularından yola çıkarak düzenli sağlık kontrolü yaptıranların daha yüksek puan aldıkları görülmekte olup öğrencilerin belirli aralıklarla sağlık kontrolünden geçmeleri adına teşvik edici eğitimlerin yapılması gerektiği,
- Fiziksel aktivitenin yararlarının algılanması için öğrencilere eğitim çalışmaları yapılarak fiziksel aktiviteye teşvik etmek adına egzersiz, halk oyunları, dans, takım oyunları gibi hem fiziksel hem de sosyal etkinliklerin arttırılması,
- Okullarda öğrenci grupları seçilerek sağlıklı yaşam biçimleri üzerine araştırma yapma görevleri verilerek bu araştırma sonucunda "akran eğitimi" yapmalarını sağlayacak görevlendirmelerin yapılması,
- Okul ve çevresinde sağlığı geliştirici davranışları destekleyecek çalışmaların yapılması ve var olanların geliştirilmesi (spor alanlarının arttırılması, ücretsiz egzersiz programları yapılması, yemekhane ve kantinlerde sağlıklı seçeneklerin bulunması vb),
- Verilen eğitimin, olumlu sağlık davranışlarına dönüşüp dönüşmediğinin, risklerin farkında olup olmadıklarının, bilimsel çalışmalarla belirlenmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması,
- Olumlu sağlık davranışı kazandırma, sürdürme ve bireyin sağlığını tehdit eden faktörler üzerinde kontrolünü artırmak için öncelikli stratejinin bireyleri güçlendirmek olması gerektiği,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olan faktörlere yönelik daha geniş örneklemi kapsayan araştırmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Araştırma, Edirne ili Uzunköprü ilçesindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek etmenlerin saptanması amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini 2018-2019 eğitim-öğretim yılında Uzunköprü ilçesindeki liselerde okuyan öğrencilerden 361 öğrenci oluşturdu (N=2348). Çalışmanın verileri 32 sorudan oluşan ''Bilgi Formu'' ve ''Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'' ile toplandı. Veriler SPSS (versiyon 22. SPSS Inc.) programıyla ortalama, standart sapma ve frekanstan oluşan tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), post hoc Tukey HSD, ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ alındı.

Öğrencilerin %42.9'u erkek, yaş ortalaması 16.11±1.22 (14-19 yaş aralığı) idi. SYBDÖ II toplam puan ortalaması 128.32±21.18, alt boyut puan ortalamalarından sağlık sorumluluğu 19.55±4.83, fiziksel aktivite 17.94±4.95, beslenme 20.08±3.93, manevi gelişim 26.03±5.68, kişiler arası ilişkiler 24.98±4.35, stres yönetimi 19.72±4.02 olarak bulundu. Öğrencilerden erkek olanların, liseye kayıt olmadan önce en uzun süre ilçede yaşayanların, sosyal güvencesi olanların, ekonomik durumunun iyi olduğunu belirtenlerin, babaları serbest meslekte çalışanların, algılanan sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin, kronik hastalığı olanların, uyku sorunu olmayanların, dinlenmeye özel zaman ayıranların, hobiye sahip olanların, günlük 6-8 saat arasında uyuyanların, düzenli egzersiz yapanların, düzenli beslendiğini ifade edenlerin, düzenli sağlık kontrolü yaptıranların SYBDÖ II puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

En yüksek puan ortalaması manevi gelişim alt boyutunda, en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutunda saptandı. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum için ergenlerin gelişimleri izlenmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, gençlik, lise öğrencileri, sağlığı koruma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II.

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND AFFECTING FACTORS OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN UZUNKOPRU, EDIRNE

SUMMARY

The research was carried out to determine the healthy lifestyle behaviors of students studying in high schools in the Uzunköprü District of Edirne Province and the factors that may affect these behaviors.

The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of 361 students from the high school in Uzunköprü district in the 2018-2019 academic year (N=2348). The data of the study were collected with "Information Form" consisting of 32 questions and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II". Data were evaluated using SPSS (version 22. SPSS Inc.) program using descriptive statistics consisting of mean, standard deviation and frequency, t-test in independent groups, one-way variance analysis (ANOVA), post hoc Tukey HSD, chi-square test. P <0.05 was taken as the level of significance.

42.9% of the students were male and the average age was 16.11±1.22 (14-19 age range). Healthy lifestyle behavior scale II mean total score 128.32±21.18, health responsibility from the subscale mean score 19.55±4.83, physical activity 17.94±4.95, nutrition 20.08±3.93, spiritual development was 26.03±5.68, interpersonal relationships were 24.98±4.35 and stress management was 19.72±4.02. A hobby who is a male student, living in the district for the longest time before enrolling in high school, having social security, stating that his economic situation is good, fathers working in self-employment, evaluating the perceived health status as

good, having a chronic disease, no sleep problem, sparing special time for rest, HLBS II score averages were found to be higher in those who stated that they slept for 6-8 hours a day, exercised regularly, fed regularly, and had regular health checks ($p<0,05$).

The highest score average was found in the spiritual development sub-dimension and the lowest score mean in the physical activity sub-dimension. For a society of healthy individuals, the development of adolescents should be monitored and healthy lifestyle behaviors should be supported.

Keywords: Adolescent, youth, high school students, health protection, healthy lifestyle behavior scale II.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO definition of health. (Erişim tarihi: 01.09.2018) http://www.who.int/about/definition/en/print.html.

2. World Health Organization (WHO) 2014b. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. (Erişim tarihi: 22.08.2018) http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1.

3. Özvarış Ş. B. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006;s.1132-1136.

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

5. O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. Am J Health Promot 2009;24(1):iv.

6. Çıldır-Pelitoğlu F, Özgür S. İlköğretim öğrencileri için sağlık tutum ölçeği geliştirilmesi. Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED) 2013;Cilt7,Sayı1,s32-56.

7. Ocakçı A. Sağlığın korunma ve geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. (Erişim tarihi: 01.11.2018) http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm.

8. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1, (Erişim tarihi: 24 Mayıs 2018)

9. Fleming P, Marshall G. Lifestyle interventions in primary care. Systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician 2008;Volume:54:1706-1713.

10. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2004;20(1):77-95.

11. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2005;9(2),26-34.

12. Arıkan D, Çelebioğlu A, Güdücü Tüfekçi F. Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme: Pediatri Hemşireliği. Z Conk, Z Başbakkal, H Bal Yılmaz, B Bolışık (Ed). Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi. 2013; s.53-101.

13. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Durumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, 2006.(Erişim tarihi: 24.10.2018) Http: www.millipediatri.org.tr/bildiriler/HP-17.htm.

14. Pekcan H. Adolesan Sağlığı. Güler Ç, Akın L. (Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s. 482-506).Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006.

15. CDC. (2009). Health Youth. (Erişim tarihi:06.08.2018) http://www.cdc.gov/ HealthyYouth/healthtopics/index.htm

16. Üstüner Top F. Yetişkinliğe Bir Adım Kala: Ergen Sağlığı Kitabı. AF Ocakçı (Ed), 1.Basım, Göktuğ Yayıncılık. Ankara; 2015.

17. WHO. (t.y.). Global School Health İnitiative. (Erişim tarihi: 05.12 2018) http://www.who.int/ school_youth_health/gshi/en/.

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

19. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sosyoekonomik eşitsizlikler (tez). Konya: Selçuk Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

20. Pender N. J, Walker S. N, Madeleine J. K. Health Promoting Lifestyle o Older Adults: Comparations With Young and Middle Aged Adults, Correlates and Patterns. Advanced Nursing Science.1998;11(1),76-89.

21. Pender N. J, Walker S. N, Madeleine J. K. A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. Nursing Research. 1990;39(5),268-272.

22. Ata E. E. Hemşirelik programının öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine ve yaşam kalitesine etkisi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

23. Uzun N. Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezitenin ilişkisi: obezite için koruyucu ve risk faktörleri (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

24. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;12(1),1-13.

25. Esin M. N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1997.

26. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2008;3(7).

27. Ünalan D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2007;14(2),101-109.

28. Geçkıl E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2006;10(2):19-28.

29. Tambağ H. Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2011;18(2):047-58.

30. Cürem M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi. TAF Prev Med Bull 2010; 9(5):487-492.

31. Hamzaoğlu O. Sağlık Nedir? , Nasıl Tanımlanmalıdır? Toplum ve Hekim. 2010; 26 (6);403-407.

32. 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.

33. Kuşdemir C.D. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.

34. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi. 2014,7(1):59-67.

35. Ulaş S. E, Güçlü B, Uzun E, Hüsrev Ü. Felsefe sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2008.

36. Koral S, Suludere Z. Biyoloji terimler sözlüğü. Anakara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2007.

37. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2005.

38. Marshall G. Sosyoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2009.

39. Kostak M.A. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2007;2(6),105-114.

40. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 2005.

41. Potter P, Perry A. Fundamentals of Nursing. Mosby Elsevers Publishing; 2009.

42. Güler, M. Sağlık Terimleri Sözlüğü. İstanbul: Timaş Yayınları; 2009.

43. Harkreader H, Hogan M. A, Thobaben M. Fundamentals of Nursing. USA: Saunders Elsevier Publishing; 2007.

44. Akça Ay F. A Ertem Ü. T, Özcan N. K, Ören V. G, Işık R. D. Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008.

45. Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing. USA: LWW Publishing; 2008.

46. Bozhüyük A. Sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Adana: Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.

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

48. Bozhüyük A, Özcan S. Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2016; 41(4):s.664-674.

49. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. A. Health promotion in nursing practise. USA: Pearson Publishing; 2011.

50. Gündoğdu N., Güler G. Healthy lifestyle behaviors and self-efficacy levels of health care professionals working at primary health care institutions. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2016:18(1);14-27.

51. Dayoub E., Jena AB. Chronic disease prevalance and healthy lifestyle behaviors among us health care professionals. National Institutes of Health. 2015: 90(12);1659-1662.

52. Bulduk S. Yurt S. Dinçer Y. Ardıç E. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2015.5(1):28-34.

53. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni.2007;6:409-420.

54. Alemdar S. Özel Bir Zayıflama Merkezine Devam Eden Yetişkin Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybına Yansımasının Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2016.

55. http://docplayer.biz.tr/658434-Ulusal-kalp-sagligi-politikasi-ana-ilkeleri.html (Erişim tarihi: 15.01.2019).

56. Fişek, N.H. Günümüzde halk sağlığı anlayışı. (Erişim tarihi:03.05.2019). http://www.bahcesel.net /forumsel/genel-saglik-konulari/11297-gunumuzde-halk-sagligi-anlayisi/

57. Bek, N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. (Erişim tarihi:03.03.2019). http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/ kitaplar/t43.pdf.

58. Akyol A, Bilgi P, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık. 2008.

59. Tekir Ö. Hipertansiyon hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Y.O; 2005.

60. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. (Erişim tarihi:03.02.2019) http://beslenme.gov.tr/content/files/fa/ yetiskinlerde fizikselaktivite.pdf.

61. Friedenreich C.M, Neilson H.K. And Lynch B.M. State Of The Epidemiologial 33. Evidence On Physical Activity And Cancer Prevention. European Journal Of Cancer. 2010;46:593-604.

62. Ünal M. Sağlıklı yaşam: sağlığın geliştirilmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 2013;1.Baskı.

63. Aktürk Z. Sağlıklı yaşam: beden eğitimi danışmanlığı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 2013;1.Baskı.

64. Kılıç N. 1. Ulusal Dağlığı Geliştirme Ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı (9-12 Kasım 2006 Muğla Üniversitesi) Muğla, 2006

65. Alricsson M. Physical activity why and how ?. Journal of Health Education Rescarch and Development. 2013: 1(4);411-418.

66. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara, 2017: 83-84.

67. Geneen LJ., Moore Ra., Clarke CL., Smith Bh. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews.Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017:8(8); 1- 3.

68. Kavas A. Sağlıklı yaşam için doğru beslenme. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık. 2003;s.6-15.

69. Tayar M, Korkmaz N.H. Beslenme sağlıklı yaşam. 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayın. 2007.

70. Sencer E, Orhan Y. Beslenme. İstanbul: Medikal Yayıncılık.2005;1-8.

71. Soylu M. Sağlıklı beslenme-sağlıklı süt. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı. 37. Marmaris-Muğla, 9-12 Kasım: Muğla, 2006.

72. Aykut M. Yeterli ve dengeli beslenme. İçinde Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Öztürk Y, Günay O. Erciyes Üniversitesi Yayınları. Kayseri, 2011;No:172,s1301-1309.

73. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'ye özgü beslenme rehberi.(Erişim tarihi:03.11.2018) http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_r ehberi.pdf.

74. Beden Kitle İndeksi Hesaplama. (Erişim tarihi:03.03.2019) https://www.sbn.gov.tr/ BKindeksi. Aspx.

75. Oşar Z. Beslenme ve metabolizmada temel kavramlar. Oşar Z, Erkan T. Sağlıkta ve hastalıkta beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:41, 13-17, İstanbul, 2004.

76. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara; 2017.

77. Metabolik Sendrom Derneği. Akdeniz diyeti. (Erişim tarihi: 25.01.2019) http://www.metsend.org/akdeniz-diyeti.php.

78. Aksoy T. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2010.

79. Açıkgöz K.Ü. Maslow'un gereksinim kuramı: etkili öğrenme ve öğretme. İzmir: Kanyılmaz Matbaası. 1996;193-201.

80. Türküm AS. Çağdaş yaşamda kişilik ve kişiler arası ilişkiler.(Erişim tarihi:03.09.2018) http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/IOLTP/1268/unite10.pdf) erişim tarihi: 03.04.2019

81. Özçelik, H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

82. Aslan Ş. Örgütsel ortamda bireysel stresle başa çıkma tutumlarının araştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007;18;67-84.

83. Yiğit R. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Ankara: 1.Baskı, Sistem Ofset Basım Yayınları. 2009;70-197.

84. Coşansu G, Demirezen E, Erdoğan S. Adolesanlarda obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. Hemsirelik Formu. 2005;Temmuz-Ağustos:2-5.

85. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2009;4(10):165-181.

86. Gümüş E. Manisa sarıgöl ilçesindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi (tez). Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

87. Bertan M. Introduction and Definitions of Adolescence. Ankara: ICC yayınları. 2003;1-7.

88. Wong DL, Hockenberry MJ. Nursing Care of Infants and Children, St Louis, Mosby Co. 2003:802-904.

89. 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.

90. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde sağlıklı beslenme, hareketli yaşam. Ankara: Sinem Matbaacılık, 2006:1-3.

91. Ardıç A. Adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

92. Ercan O. Adolesanın psikosoyal gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2005;43:17-21.

93. Berçin T. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

94. Centers for Disease Control and Prevention. Child Development, 2011. (Erişim tarihi: 12.10.2018) http://www.cdc.gov/ ncbddd/child/middleadolescence15-17.htm.

95. Alpua Z. Adolesanların anne-babalarının ve öğretmenlerinin cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili tutum ve davranışları (tez). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

96. Ball JW, Bindler RC. Child Health Nursing Partnering With Children&Families. Ed: Withn J.H.D, Co: Pearson Education New Jersey. 2006.

97. Gün E. Spor yapanlarda ve spor yapmayan ergenlerde benlik saygısı (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

98. Gander MJ, Gardiner HW. On İkinci ve On Üçüncü Bölüm. Dönmez A, Onur B. Çocuk ve Ergen Gelişimi. 5.Baskı, Ankara: İmge Kitabevi. 2004;437-495.

99. Tseng W. Clinican's Guide to Cultural Psychiatry. USA: Academic Press. 2003; 150-155.

100. Sarı C. Lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışları (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

101. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2004;17(2):231-256.

102. Kefeli B. Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

103. Karadamar M. Ergenlerin kiloları ile ilgili algılarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

104. Binay Ş. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişki (tez). Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

105. İlhan N. Adolesanlarda davranış imaj modeline dayanan kısa görüşmelerin sağlık davranışlarına etkisi (tez). İstanbul: M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

106. Karaca T, Özkan S.A. Örneklemini hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin oluşturduğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılan çalışmaların incelemesi: bir literatür çalışması. Journal of Human Sciences. 2016; 13(2):3588-3601.

107. Tuygar Ş.F, Arslan M. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;6(2):59-66.

108. Aksungur A, Göktaş B, Önder Ö.R, Cankul İ.H. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi.2011;10(1):1-12.

109. Alıcı S.U, Sarıkaya Ö. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yaşantılayarak öğrenme uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009; 2(3):95-101.

110. On B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı; 2016.

111. Bahtiyar T. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları (tez). İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2017.

112. Bebiş H, Akpınar D, Özdemir S, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi.2015;57:129-135

113. 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.

114. Tümer A. Fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişiminin etkililiği (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2007.

115. American Academy Of Pediatrics, Council on School Health. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics. 2008; 121(5):1052-1056.

116. Coşkun S. Adölesanların sağlığı geliştirme davranışına web destekli eğitim ve danışmanlığın etkisinin incelenmesi (tez). Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü; 2015.

117. Yılmaz A. Obez lise öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

118. Ardıç A. Adölesan sağlığını geliştirme programının erken adölesan dönemi çocukların beslenme fiziksel aktivite ve ruh sağlığı üzerine etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

119. İlhan N. Adolesanlarda davranış imaj modeline dayanan kısa görüşmelerin sağlık davranışlarına etkisi (tez). İstanbul: M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

120. Aktaş Ö.A, Atabek A.T, Ataç M, Mercan K. Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi. F.N. Hemşirelik Dergisi. 2016;24(1):16-23.

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

122. Limnili G. Balçova bölgesi 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obeziteyle ilişkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

123. 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.

124. Öz Ş. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi (tez). Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

125. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2008;7(6):497-502.

126. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yilmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi 2009;3(3):164-169.

127. Yıldız İ. Lise öğrencilerinde problemli internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

128. Çiçek E, Çetinkaya F. Seçilmiş ilçe merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2017;26:29-38.

129. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;26(3),151-157.

130. Soysal A, Karaman M, Alıcı H. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörler. Sağlık Sektöründe Güncel Araştırmalar Dergisi. 2018;8(2),49-66.

131. Yeşilfidan D. Obezite açısından riskli ergenlere verilen olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisi (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 2016.

132. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED 2009;2(4):145-54.

133. Oran TN, Turgay SA. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık davranışları. E.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;22(1):281-91.

134. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion throughout the life span. Phıladelphıa: Mosby Comp, 1998.

135. Selda H, Cihat S, Serdar F, Ayça A. Lise öğrencilerinde riski oluşturan davranışlar. İ.Ü. Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2005;43,s.109-117.

136. Chen M.Y, Shiao Y.C, Gau Y.M. Comparison of adolescent health-related behavior in diff erent family structures. Journal of Nursing Research. 2007;15(1):1-10.

137. Karakoç A. Sınıf öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

138. Aras Doğan Ş. Epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

139. Erdoğan D. Lefkoşa merkezde öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler (tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

140. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.

141. Gömleksiz M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler (tez). Elazığ; Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

142. Aksoy Z. Adölesanlarda oyun bağımlılığı, yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

143. Oral B. Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.

144. Bulut A, Erçim E. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. FNG & Bilim Tıp Dergisi. 2016;2(2):105-112.

145. Alkhawaldeh O. Health promoting lifestyles of Jordanian University students. International Journal of Advanced Nursing Studies. 2013;3(1):27-31.

146. Can G, Özdilli K, Erol Ö, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S, Özcan Ş, Durna Z. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nursing Health Sciences.2008;0:273-280.

147. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practise. Fourth Edition New Jersey: 2002.

148. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;11(3):17-26.

149. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat üniversitesi elazığ sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi.2011;16:78-83.

150. Ulaş Karaahmetoğlu G, Soğuksu S, Kaçan Softa H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):26-42.

151. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2014;1(2):53-67.

152. Köseoğlu Örnek Ö, Kürklü A. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2017;9(3):207-217.

153. Vural P, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2015;(1):36-42.

154. Ballıel N. Ankara üniversitesi ibni sina hastanesi hemşirelerinde sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.

155. Leproult R, Colecchia E.F, Berardi A. M ve ark. Individual differences in subjective and objective alertness during sleep deprivation are stable and unrelated. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 2003;284,p:280-290.

156. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. APJCP 2014;15:8969-8974.

157. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırmaları. 29.12.2018. (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095).

158. Ağar A. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

159. Çiftçi S, Bayram Değer V, Saka G, Ceylan A. Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. Van Tıp Dergisi 2018;25(2):89-99.

160. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve sigaranın neden olduğu hastalıkları bilme durumu. Van Tıp Dergisi.2018;25(3): 332-337.

161. Türkiye İstatistik Kurumu. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. 2016 (Erişim tarihi: 22.11.2018) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042.

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİL

Şekil 1. Akdeniz diyeti 14

TABLOLAR

Tablo 1. Araştırma yapılan okullardaki öğrenci sayıları (n=361) 24

Tablo 2. SYBDÖ II ve alt boyutlarından en düşük ve en yüksek alınabilecek puanlar (n=361) 26

Tablo 3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=361) 29

Tablo 4. Öğrencilerin ailesel özelliklerine göre dağılımı (n=361 30

Tablo 5. Öğrencilerin sağlık durumları, sağlığı etkileyen davranışları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (n=361)..... 31

Tablo 6. SYBDÖ II toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=361) 33

Tablo 7. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=361) 35

Tablo 8. Öğrencilerin ailesel özellikleri ile SYBDÖ II puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=361) 40

Tablo 9. Öğrencilerin sağlık tutum ve davranışlarına göre SYBDÖ II puan ortalamalarının dağılımı (n=361) 45

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Kocaeli'de doğan Fatih CENGİZ ilk ve ortaöğretimini Kocaeli'de tamamladı. 2011-2012 yıllarında Bülent Ecevit Üniversitesi ingilizce hazırlık eğitim programını, 2012-2016 yılları arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Y.O. Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamladı. 2017 yılında T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. 2016-2017 yıllarında Özel İzmit Konak Hastanesi'nde çalıştı. 2017 yılından beri Edirne Uzunköprü İlçe Devlet Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.

EKLER

Ek 1. Veli Onam Formu

Ek 2. Bilgi Formu

Ek 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ek 4. Etik Kurul İzni

Ek 5. Kurum İzni

EK 1. VELİ ONAM FORMU

Ek-1
Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, "**Edirne İli Uzunköprü İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler** " adıyla, Temmuz 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi:
Edirne İli Uzunköprü İlçesindeki liselerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen etmenleri belirlemektir.

Araştırma Uygulaması: Anket şeklindedir.

Araştırma T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleşmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir.

Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı : Dr.Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR

Yüksek Lisans Öğrencisi Fatih Cengiz

İletişim bilgileri : 539 986 73 48 fatih.cengiz41500@gmail.com

Velisi bulunduğum ..... sınıfı ..... numaralı öğrencisi ..... ……'in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin veriyorum.
(Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).

..../...../.....

İsim-Soyisim İmza:

Veli Adı-Soyadı :

Telefon Numarası :

EK 2. BİLGİ FORMU

'' Edirne İli Uzunköprü İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler ''

Çalışmamızın amacı uzunköprüdeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemektir.Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Seçeceğiniz şıkları lütfen daire içine alınız.

Dr.Öğr.Gör. İlkmur Dindar , Y.L Öğrencisi Fatih Cengiz

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. **Sınıfınız :** _____
2. **Yaşınız :** _____
3. **Cinsiyet :** Kız ( ) Erkek ( )
4. **Aile Tipi :** Çekirdek ( ) Geniş ( ) Parçalanmış ( ) Tek ebeveynli ( )
5. **Ekonomik Durum :** İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
6. **Ailedeki Çocuk Sayısı :** 3 ve altı ( ) 3 ve üstü ( )
7. **Sosyal Güvence :** Yok ( ) Var ( )
8. **Anne Yaşı :** _____
9. **Baba Yaşı :** _____
10. **Annenin Eğitim Durumu :** Okur-yazar değil ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü ( )
11. **Annenin İşi :** Ev hanımı ( ) Memur/işçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer (.....)
12. **Babanın Eğitim Durumu :** Okur-yazar değil ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü ( )
13. **Babanın İşi :** Çalışmıyor ( ) Memur/işçi ( ) Serbest meslek ( ) Diğer (.....)
14. **Bu okula kaydolmadan once en uzun yaşadığınız yer ? :** Köy ( ) İlçe ( ) İl ( ) Yurtdışı ( )
15. **Mezun olduğunuz ortaokul ? :** Devlet ( ) Özel ( )
16. **Sosyal yaşantınıza zaman ayırabiliyor musunuz ? :** Evet ( ) Hayır ( )
17. **Sosyal hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz ? :** İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
18. **Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ? :** İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
19. **Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz ? :** Evet ( ) Hayır ( )
20. **Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu ? :** Evet ( ) Hayır ( )
21. **Sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabiliyor musunuz ? :** Evet ( ) Hayır ( )
22. **Herhangi bir kronik(devamlı) hastalığınız var mı ? :** Evet ( ) Hayır ( )
23. **Düzenli egzersiz yapıyor musunuz ?** (haftadan az 3 gün ve günde yarım saat olmak üzere yapılan fiziksel aktiviteler (yürüyüş, koşma, bisiklete binme, yüzme vb.) düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilecektir.) : Evet ( ) Hayır ( )
24. **Günde kaç öğün yemek yersiniz ? :** Öğün sayısı (.....)
25. **Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz ? :** Evet ( ) Hayır ( ) Her zaman değil ( )
26. **Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz ? :** Evet ( ) Hayır ( )
27. **Herhangi bir hobiniz var mı ? :** Evet ( ) (Nedir : .....) Hayır ( )
28. **Sizinle ilgili /sizi etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz? :** Evet ( ) (Kimden .....) Hayır ( )
29. **Sigara içiyor musunuz ? :** Evet, Her gün gündeen az 1 tane olmak üzere içiyorum.( ) İçiyordum bıraktım.( ) Evet ara sıra içiyorum.( )
    Hiç içmedim ( )

    (Halen sigara içenler cevaplayacak) Günde içilen sigara sayısı : ..... adet

    (Halen sigara içenler cevaplayacak) Kaç yıldır sigara içiyorsunuz : .....yıl ..... ay

30. **Alkollü içki kullanıyor musunuz ?** Evet, kullanıyorum ( ) Haftada en az bir- iki kez ( ) Ayda en az bir-iki kez ( ) Yılda en az bir- iki kez ( ) Yılda birden az kullanıyordum bıraktım, bıraktım ( ) Hiç kullanmadım ( )
31. **Günde kaç saat uyursunuz ?** ..... saat
32. **Herhangi bir uyku sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz ?** Evet ( ) (Nedir .....) Hayır ( )

EK 3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		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 hissederim				
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	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş 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				
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	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
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 parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü 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	Ilahi 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 4. ETİK KURUL İZNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/276	
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Uzunköprü İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 13/21** **Tarih:07.08.2018**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi İlknur DİNDAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Fatih CENGİZ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 5. KURUM İZNİ

EDİRNE İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ
ANKET VE ARAŞTIRMA İZNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU İNCELEME FORMU

Araştırma Sahibinin Adı Soyadı	Fatih CENGİZ
Araştırma Sahibinin İletişim Bilgileri	539 986 73 48 cengiz41500@gmail.com
Araştırma Sahibinin Kurumu	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Araştırma Yapılacak İl / İlçe	Edirne/Uzunköprü
Araştırma Yapılacak Eğitim Kurumu	Edirne Uzunköprü Resmi/Özel Ortaöğretim Okulları
Araştırmanın Kime Yönelik Yapılacağı	Öğrenciler
Araştırmanın Konusu	Edirne Uzunköprü ilçesindeki Lise öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler
Kurum Onayı	18/12/2018 tarihli ve 24437148 sayılı yazısı
Araştırma/Proje/Ödev/Tez Önerisi/Diğer	Anket
Veri Toplama Araçları	Sağlıklı yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
Araştırmanın Tarih Aralığı	31/05/2019 tarihine kadar uygulamanın bitirilmesi

MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 22/08/2017 tarih ve 12607291 sayılı 2017/25 No.lu Genelgesi Kapsamında Araştırma ve Anket İzinlerinde Dikkat Edilecek Hususlar	Uygun	Uygun Değil
1. Anayasa, Millî Eğitim Temel Kanunu ve Türk Millî Eğitiminin Genel Amaçlarına uygunluğu açısından	X	
2. Millî ve manevi değerler açısından	X	
3. Kişilik hakları açısından (kişisel bilgiler istenilmemeli)	X	
4. Cinsiyet, din, dil ve ırk gibi farklılıkları istismar etmeme açısından	X	
5. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve uluslararası bağlayıcılığı olan belgelerce suç kabul edilen hususları içermeme açısından	X	
6. Kişisel ve ailevi mahremiyetini ifşa eden sorular, ifadeler, resimler ve simgeler yer almaması açısından	X	
7. Veri toplama araçlarında kişi, kurum ve kuruluşlara yönelik reklâm veya tanıtım gibi ifade ve öğeler yer almaması açısından	X	
8. Evrakların tamamının idareye sunulması açısından	X	
9. Okul ve kurumların eğitim-öğretim faaliyetini aksatmaması açısından *anket çalışmalarına ait uygulamaların Ocak ve Haziran aylarında yapılmaması açısından (1.Dönem 31 Aralık'a – 2.Dönem 31 Mayıs'a kadar bitirilmesi)*	X	
10. Uygulamanın sadece Edirne İlinde yapılması açısından (Birden fazla ilde yapılacak çalışmalar Millî Eğitim Bakanlığı'na bildirilir.)	x	

KOMİSYON GÖRÜŞÜ ve AÇIKLAMALAR:

Uygulamada gönüllülük esastır

Komisyon Kararı	Oy birliği
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı	
Gerekçesi	

Komisyon Başkanı
18/01/2019
Yüksel YAZICI
İl Millî Eğitim Şube Müdürü

Üye
18/01/2019
Arif Şafak ERCEYLAN
İl MEM Ar-Ge Birimi P.E. Üyesi

Üye
18/01/2019
Mehmet ÖZER
H.H. Tekışık RAM Müdürü

Üye
18/01/2019
Nesrin ONAR
Hasan Rıza Güzel Sanatlar L. Müdür Yrd.

Üye
18/01/2019
Ayşegül DÖŞLÜ KIRATLI
İl MEM Ar-Ge Birimi P.E. Üyesi

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.1524367 22/01/2019
Konu : Anket İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 sayılı Genelgesi
b)Uzunköprü Kaymakamlığı İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü'nün 18/12/2018 tarihli ve 24437148 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatih CENGİZ'in İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Edirne İl Uzunköprü İlçesinde bulunan Resmi/Özel lise öğrencilerine yönelik uygulamak istediği **"Edirne Uzunköprü ilçesindeki Lise öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler"** konulu tez çalışması kapsamında yer alan veri toplama araçları Anket Değerlendirme Komisyonu'nca incelenmiştir.

Makamınızca uygun görüldüğü takdirde, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatih CENGİZ'e ait anket çalışmasının 31 Mayıs 2019 tarihine kadar İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Uzunköprü İlçesinde bulunan Resmi/Özel lise öğrencilerine gönüllülük esasına dayanılarak, veli izin dilekçeleri alınmak kaydıyla, eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile okul müdürü gözetim ve sorumluluğunda uygulanmasını olurlarınıza arz ederim.

Dr. Önder ARPACI
İl Millî Eğitim Müdürü

O L U R
22/01/2019
Şenol Levent ELMACIOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

http://edirne.meb.gov.tr/ Tel : (0284) 212 61 22 Bilgi İşlem ve Eğitim Teknolojileri Hizmetleri Bölümü
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr Faks : (0284) 212 61 26 Bilgi için: Necat SENGÖR (Bil. İşletmeni) Dahili: 2302

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 33db-cb1b-30f5-a794-5c5f kodu ile teyit edilebilir.

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 56569733-44-E.1578993 22.01.2019
Konu : Anket İzni

UZUNKÖPRÜ KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)

İlgi : 18/12/2018 tarihli ve 24437148 sayılı yazınız.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatih CENGİZ'in İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze bağlı Edirne İl Uzunköprü İlçesinde bulunan Resmi/Özel lise öğrencilerine yönelik uygulamak istediği **"Edirne Uzunköprü İlçesindeki Lise öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Etmenler"** konulu anketin uygun görüldüğüne dair 22/01/2019 tarihli ve 1524367 sayılı Valilik Onayı, Araştırma Değerlendirme Formu ve anket kapsamında ugulanacak veri toplama araçlarının orjinalleri ekte gönderilmiştir.

Anket çalışması kapsamında uygulamaya dahil edilen öğrencilerin veli izin dilekçeleri alınmak kaydıyla, gönüllülük esasına dayanılarak, eğitim öğretimi aksatmamak kaydı ile okul müdürü gözetim ve sorumluluğunda uygulanması, çalışma esnasında onaylı evrakların çoğaltılarak kullanılması ve araştırma sonunda oluşturulacak raporun basılı ve dijital olarak Müdürlüğümüzle paylaşılması kaydıyla ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Önder ARPACI
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek :
1- Valilik Onayı (1 adet)
2- Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)
3- Veri Toplama Araçları (2 sayfa)

http://edirne.meb.gov.tr/ Tel : (0284) 212 61 22 Bilgi İşlem ve Eğitim Teknolojileri Hizmetleri Bölümü
bilgiislemegitek22@meb.gov.tr Faks : (0284) 212 61 26 Bilgi için: Necat SENGÖR (Bil. İşletmeni) Dahili: 2302

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 9776-4cb4-373c-8130-dd85 kodu ile teyit edilebilir.