T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep DAĞDEVİREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK

ŞANLIURFA
2010

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA İL MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep DAĞDEVİREN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez DANIŞMANI

Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK

ŞANLIURFA
2010

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Zeynep DAĞDEVİREN'in hazırladığı 'Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler' konulu çalışma, **18/06/2010** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Fügen GÖZ
Harran Üniversitesi
BAŞKAN

Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK (Danışman)
Harran Üniversitesi
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Emine GEÇKİL
Adıyaman Üniversitesi
ÜYE

24/06/2010
ONAY
Yrd.Doç.Dr. Fatma Y. YERLİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasından başlayarak, yürütülmesi ve diğer tüm aşamalarında engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum ve zamanını benimle cömertçe kullanan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Zeynep Şimşek'e ve yüksek lisans programındaki ders hocalarım Prof. Dr. Meliha Atalay'a ve Doç. Dr. Fügen Göz'e, araştırmama gösterdikleri kolaylıklar nedeniyle Şanlıurfa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne ve araştırmaya gönüllü olarak katılan öğrencilere teşekkürü bir borç bilirim.

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamasında da sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep DAĞDEVİREN

2010

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR ……..……i
İÇİNDEKİLER…….....ii-viii
TABLOLAR DİZİNİ ……..…vi-vii
ŞEKİLLER DİZİNİ……..…viii
KISALTMALAR……...ix
ÖZET …….....x
ABSTRACT…….xi
1. GİRİŞ ……...…1-3
2. GENEL BİLGİLER..…….……4-63
2.1. Sağlığı Geliştirme…….……...4
2.1.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı ……...……..4-9
2.2. Sağlığı Geliştirme Kavramını Ortaya Çıkaran Etmenler…….....10
2.2.1. Kronik hastalıklarda artış…….…...10
2.2.2. Yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı…….…….....13
2.2.3. Sağlığın sosyal belirleyicileri…….……14
2.3. Sağlığı Geliştirme Kavramının Tarihsel Süreci…….……16
2.3.1. Tarihsel Süreç…….…….....16
2.3.2. Sağlığı Geliştirme Deklerasyonları …….....18
2.3.3. Türkiye'de ve Dünyada Sağlığı Geliştirme Konferansları…….....…….21
2.3.4. Sağlığı Geliştirme Stratejileri…….25
2.4 Temel Gereksinimler, Sağlık Davranışı ve Modeller……...……..27
2.4.1. Temel Gereksinimler…….……27
2.4.2. Sağlık Davranışı……29
2.4.3. Sağlık Davranış Modelleri…….....30
2.5. Ergenlik Dönemi ve Sağlığı Geliştirme……..……...42
2.5.1. Ergenlik Dönemi ve Özellikleri……..……....42
2.5.2. Ergenlik Döneminde Bedensel ve Seksüel Gelişim…….....43
2.5.3. Ergenlik Döneminde Psikolojik ve Soysal Gelişim……...44
2.6. Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirici Davranışlar…….....45
2.6.1.Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirici Davranışların Önemi……...……45
2.6.2. Ergenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar…….....46

Sayfa No

2.7. Ergen Hakları…….50
2.8. Okul Sağlığı……...52
2.8.1. Okul Sağlığı Hizmetleri…….52
2.8.2. Sağlık Kontrolleri……...53
2.8.3. Okul Sağlığı Ekibi……..…54
2.8.4. Okulda Sağlık Eğitimi……..…..55
2.9. Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Yönelik Yapılan Çalışmalar……..…..58
2.9.1. Sağlığı Geliştiren Okullar Programı……..….58
2.9.2. Güvenli Okullar Programı……..……59
2.10. Sağlığı Geliştirmede Hemşirenin Rolü……..…..60
2.10.1. Hemşirelik……..…..60
2.10.2. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü……..…….62
3. GEREÇ VE YÖNTEM……..…...64-69
3.1. Araştırmanın Tipi ……...……...64
3.2. Araştırma Süreci……..…….....64
3.3. Araştırma Bölgesi ve örneklem……..……...64
3.4. Araştırma Değişkenleri……..……64
3.5. Araştırma ile Cevaplanması Planlanan Sorular……..……...64
3.6. Veri Toplama Araçları……..…….....66
3.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu ……..…....66
3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ……..…66
3.6.3. Sağlığın Önemi Ölçeği ……..…67
3.6.4. Sağlık Denetim Odağı Ölçeği…….…….....67
3.7. Araştırmada Kullanılan Tanımlar ……....68
3.8. Uygulama Süreci ……...……68
3.9. Araştırma Verisinin Analizi……...……69
4. BULGULAR…….....70-92
4.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri……..70
4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışını Etkileyen Faktörler…….....76
4.2.1. Tekli Analizler…….76

Sayfa No

4.2.2. Çoklu Analizler……...92
5. TARTIŞMA VE SONUÇ……..93-98
5.1. Ergenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ……...……...93
5.2.Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği ve
Alt Ölçek Puan Ortalamaları……..……..96
5.3.Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkili Faktörler..……...98
6. SONUÇ ve ÖNERİLER …….…….……101
7. KAYNAKLAR……...103-110

Sayfa No

8. EKLER ……..……...……..111
EK-1 Lise Öğrencilerinin Sosyo Demografik Özellikleri Formu….……....111
EK-2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği……..112
EK-3 Sağlığın Önemi Ölçeği…….…….113
EK-4 Sağlık İnancı Denetim Odağı Ölçeği…….……...114
EK-5 Valilik Oluru…….....……...……115

TABLOLAR DİZİNİ **Sayfa No**

Tablo 1. Türkiye'de Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalık……..13

Tablo 2. Transteoretik Model'e Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler…….....35

Tablo 3. Risk Faktörlerine göre Gençlerin Madde Kullanımı, Suç İşleme ve Depresyona Girme Durumları…….....48

Tablo 4. Lise Öğrencilerinin Öğrenim Gördükleri Lise, Cinsiyet, En Uzun Yaşadıkları Yerleşim Yeri ve Aile Tipi Özellikleri…….....70

Tablo 5. Lise Öğrencilerinin Anne ve Babalarının Öğrenim ve Çalışma Durumları…….....71

Tablo 6. Lise Öğrencilerinin Ekonomik Durumları ve Sosyal Güvence Durumları ……...…….....72

Tablo 7. Lise Öğrencilerinin Sosyal Etkinliklere Katılma Durumu……..……...73

Tablo 8. Lise Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları…….....…73

Tablo 9. Lise Öğrencilerinin Araştırma Sırasında Hastalık Durumları, Sağlığı Algılama Düzeyleri ve Hastalık Karşısındaki Tutumları…….…….....74

Tablo 10. Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları……..75

Tablo 11. Lise Öğrencilerinin Cinsiyet ve Okul Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları…….....77

Tablo 12. Lise Öğrencilerinin Yaşadıkları Yer ve Aile Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları……..79

Tablo 13. Lise Öğrencilerinin Anne ve Baba Öğrenim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları……81

Tablo 14. Öğrencilerin Anne ve Baba Çalışma Durumu, Baba Mesleğine ve Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları……..……...83

Tablo 15. Öğrencilerin Etkinliğe Katılım Durumu ve Etkinlik Türüne Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları……..….....85

Tablo 16. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları……..…….....87

Sayfa No

Tablo 17. Öğrencilerin Hastalık Durumu, Sağlığını Değerlendirme, Beden ve Ruh Sağlığı ve Hastalık Karşısındaki Tutumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları…….……...…….....89

Tablo 18. Öğrencilerin İç Kontrol Denetim Odağı, Kadercilik ve Dış Kontrol Odağına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....91

Tablo 19. Sağlıklı Yaşam Biçimi Toplam Puanı ile Değişkenlerin İlişkisi ……92

ŞEKİLLER DİZİNİ **Sayfa No**

Şekil 1. Sağlığı Geliştirme……..5
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi…….....8
Şekil 3. Sağlık Okur Yazarlığının Etkileşim Alanları……....9
Şekil 4. Dünyadaki Ölüm Nedenlerinin Dağılımı……10
Şekil 5. Hastalık Yükünün Cinsiyete Göre Dağılımı ……...11
Şekil 6. Maslow (İhtiyaçlar Hiyeraşisi) Teorisi…….....28
Şekil 7. Sağlığı Geliştirme Alanları…….....30
Şekil 8. Sağlığı Geliştirme Modeli…….....39
Şekil 9. Global Okul Sağlığı Modeli…….....53
Şekil 10. Öğrencilerin Sağlık Denetim Odağı'ndan Aldıkları Puan Ortalamaları….....90

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü.

CDC: Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi.

ANA: Amerikan Hemşireler Derneği.

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri.

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.

SİM: Sağlık İnanç Modeli.

NNA: Ulusal Hemşirelik Derneği.

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı.

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği.

ÖZET

Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler

Zeynep Dağdeviren

Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi

Kesitsel tipteki bu epidemiyolojik araştırmada, Şanlıurfa il merkezinde öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını ve bu davranışlarıyla ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada %95 güven düzeyinde 1023 öğrenciye ulaşılması planlanmış ve Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında 1023 öğrencinin tümüne ulaşılmıştır. Veri toplamada 'Sosyo-Demografik Bilgi Formu', 'Sağlığın Önemi Ölçeği', 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği' ve 'Sağlık Denetim Odağı Ölçeği' kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan 1023 öğrenciden %35'i kız, %65'i ise erkektir. Öğrencilerin yaş ortalaması 16.06±1.2'dir. Öğrencilerin SYBD ölçeğinden aldıkları ortalama puan 118.4±20.0'dır. Ergenlerin aldıkları alt test puanları madde sayılarına bölünerek incelendiğinde; en yüksek 'kendini gerçekleştirme' ve 'kişilerarası destek', en düşük 'sağlık sorumluluğu' ve 'egzersiz' alt ölçeğinden puan aldıkları saptanmıştır. Çoklu regresyon analizinde, öğrencilerin erkek olması, anadolu-fen lisesinde öğrenim görmesi, çekirdek ailede yaşaması, annenin okur-yazar olması, sağlıklı olması, hastalandığı zaman kendi başına doktora gitmesi, okul dışında sosyal etkinliklere katılması ve iç - dış kontrol denetim odağının sağlıklı yaşam biçimi davranışıyla ilişkili faktörler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma bulgularına dayanarak; okul sağlığı hizmetlerinin yasal düzenlemelere uygun olarak sunumunun sağlanmasının, değiştirilebilir risk faktörleri odaklı ve sağlığı geliştirici stratejileri temel alan bir yaklaşımla gerçekleştirilecek sağlık eğitimi programları ile ergenlere sağlık sorumluluğu başta olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasının, kadınların okullaşma oranının yükseltilmesinin ve okulların niteliğinin iyileştirilmesinin önemli girişimler olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, sağlığı geliştirme, sağlık davranışı, okul sağlığı ve hemşirelik.

ABSTRACT

Health Promotion Behaviors and Related Factors of High School Students in Şanlıurfa City Centre

Zeynep Dağdeviren

Nursing Master's Thesis

The aim of this cross-sectional epidemiological study was to determine Health Promotion Behaviors and Related Factors of High School Students in Şanlıurfa Province . In this study, we planned to reach 1023 students at 95% confidence level and all 1023 students were reached between November-December 2009. Data were collected by using 'Socio-Demographic Data Form', 'Health Emphasize Scale', 'Healthy Life Style Behavior (SYBD) Scale' and 'Health Locus of Control Scale ".

1023 students participated in the research, 35% female, while 65% are male. Mean age of students who participated in the study was 16.06±1.2. It was found that the mean score of students for Healthy Life Style Behavior (SYBD) Scale was 118.4 ± 20.0. Subscale scores of adolescents by dividing the number of items were examined, the highest 'self realization' and 'interpersonal support', the lowest 'health responsibility' and 'exercise' subscales were scored. In multiple regression analysis, The students' gender being male, studying at Anatolia-science high school, lives in nuclear family, having literate mother, being healthy, by itself able to go to the doctor when ill, participating in social activities outside school, and internal - external control locus of the healthy lifestyle was found to be associated with behavioral factors ($p<0.05$).

Based on research findings; presenting of school health services to ensure compliance with legal regulations, focusing on modifiable risk factors and an approach based on health promoting strategies for health education programs will be held responsible for the health of adolescents and especially to teach healthy lifestyle behaviors, raising the enrollment rate of women and improving the quality of schools was thought to be important initiatives.

Key words: Adolescence, Health Promotion, Health Behavior, School Health and Nursing.

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşlar arası adölesan (ergen) dönem olarak tanımlanmakta ve çocuklukla yetişkinlik arasında kalan bu dönemin gelişim dönemleri içerisinde en hızlı ve dinamik dönem olduğu belirtilmektedir (1). Dünyada 10-24 yaşları arasında toplam 1.5 milyar ergenin %80'i gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. 2008 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de 13.227.500 ergen yaşamaktadır (2).

Gençler toplumların geleceğini temsil eden bireylerdir (3). Yapılan çalışmalarda, sağlık açısından riskli davranışların genellikle ergenlik döneminde kazanıldığı, sonuçlarının ise erişkin döneme yansıyarak mortalite ve morbiditeyi arttırdığı bildirilmektedir. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından bu dönemde rastlanan riskli sağlık davranışları, tütün ve diğer madde kullanımı, intihar, trafik kazası, güvensiz cinsel yaşam, istemli ve istemsiz yaralanma ve şiddete uğrama, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite olarak sınıflandırılmıştır (4,5,6). Aynı şekilde erişkin dönemde mortalitede ilk iki sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler de bu dönemdeki sigara kullanımı, alkol veya diğer madde bağımlılıkları, fiziksel hareketsizlik, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi riskli tutum ve davranışlarla yakından ilgilidir (7).

Son yıllarda kronik hastalıklardaki artış, sağlık sorunlarının çoğunun kişilerin yaşam biçimleriyle ilişkili olduğunun belirlenmesi, sağlık sorunlarının ortaya çıkışında biyolojik faktörler yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve davranışsal faktörlerin etkisinin kanıtlanması, geleneksel sağlık eğitimi yöntemlerinin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi ve yaşam kalitesine ilginin artışı sağlığın geliştirilmesi kavramını ortaya çıkarmıştır. Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için onların sağlığı tehdit eden faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Ottowa Sözleşmesi'nden bu yana sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1. Bireysel güçlendirme (sağlık okur-yazarlığı ve sağlık davranışı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Kapasiteyi arttırmadır (6).

Sağlığı geliştirme stratejilerinin ilk adımını oluşturan ve bireysel güçlendirmede kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak, sürdürmek ve sağlığı geliştirmek sağlık hizmeti sunan meslek elemanlarının öncelikli görevidir. Pozitif sağlığın anahtarı, her bireye eğitim verilmesi yoluyla sağlık sorumluluğunu kazanmalarıdır (1,8,9).

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak, hemşirenin rolü de değişmiş ve gelişmiştir. Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmiştir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü söyle belirlemiştir; "Hemşire, bireylerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireylerin sağlığını etkileyen çevreyi anlama ve sağlığı geliştiren hemşirelik müdahalelerini yapmakla ilgilenir. Tüm hemşireler uzmanlık gerektirmeksizin sağlığı geliştirir, sürdürür ve yeniden yapılandırır (10).

Riskli sağlık davranışları açısından öncelikli risk gruplarından biri olan ergenlerin, sağlıklarını koruma ve sürdürme odaklı olumlu sağlık davranışı kazanmalarını sağlayacak müdahale programları önerilmektedir (6). Sağlık 21 hedefleri arasında özellikle gençlerin sağlığı ile ilgili olarak '2020 yılına kadar, bölgedeki gençler daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelidir. Buna bağlı olarak gençler daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapabilme kapasitesine sahip olmalıdır' maddeleri yer almaktadır (11). Ülkemizde, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ve bu kanuna dayalı yönetmelik, genelge ve yönergelerde çocukların ve gençlerin sağlığının korunmasına yönelik maddeler yer almaktadır (12). Çocuk Hakları Sözleşmesi başta olmak üzere uluslar arası sözleşmelerde de çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi güvence altına alınmıştır (13). Avrupa Sosyal Şartı'nda sağlığın geliştirilmesi için sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri ortadan kaldırmak ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu arttırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlama yönünde kararlar alınmıştır (14).

Literatür incelendiğinde, sağlık davranışının, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar seklinde tanımlanmıştır (15). Gochman, kişinin sağlık davranışlarının, inançları, beklentileri, güdüleri, değerleri, algıları, duygusal-psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Yurt içinde ve dışında farklı gruplar üzerinde (işçiler, kadınlar, yurtta kalan öğrenciler, üniversite öğrencileri, öğretim elemanları) sağlığı geliştirme davranışını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (11,16,17,18). Ancak riskli davranışların kazanıldığı ergenlik döneminde, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres, egzersiz ve beslenme yönetimi gibi sağlığı geliştiren davranışlara yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (19,20).

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında; lise öğrencilerinin sağlığını geliştirme davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesinin sağlıklı yaşam biçimi kazandırmak amacıyla yapılacak sağlık eğitimi çalışmalarına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Şanlıurfa il merkezinde öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlığını geliştirme davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

BÖLÜM 2

2.1 SAĞLIĞI GELİŞTİRME

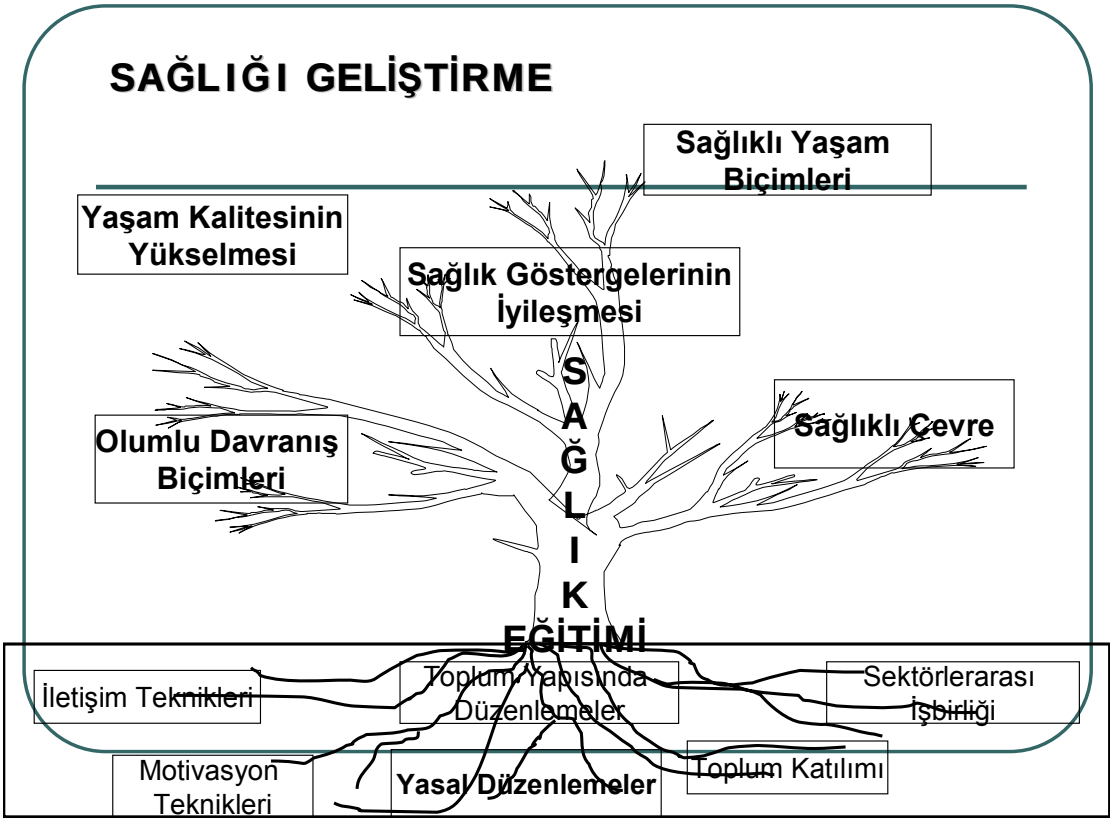
2.1.1. Sağlığı Geliştirme Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Küreselleşme, sosyal eşitsizlikler, kronik hastalıkların insidansının yükselmesi, yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı ve kontrol altına alınan bazı enfeksiyon hastalıklarının yeniden artışı, göç, kentleşme, hızlı teknolojik yenilikler ve iklim değişikliği dünyada sağlık alanında yaşanan önemli tehditlerdir (1). Sağlığı geliştirme, yaşanan bu sorunların çözümünde ve 'Herkes İçin Sağlık' politikası ile 'Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada anahtar bir strateji olarak belirlenmiştir. 1986 yılında gerçekleşen Ottowa konferansı'ndan 2009 yılında Nairobi'de yapılan 7. Sağlığı Geliştirme Konferansı'na kadar sağlığı tehdit eden durumlarla başa çıkmaya yönelik önemli kanıtlar elde edilmiştir. Yapılan konferanslar incelendiğinde sağlığı geliştirme kavramını ortaya çıkaran olguların; kronik hastalıklardaki artış, sağlık sorunlarının çoğunun kişilerin yaşam biçimleriyle ilişkili olduğunun belirlenmesi, sağlık sorunlarının ortaya çıkışında biyolojik faktörler yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve davranışsal faktörlerin etkisinin kanıtlanması, yalnızca sağlık eğitiminin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi ve yaşam kalitesine ilginin artışı olduğu görülmektedir (22).

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek için onların sağlığı tehdit eden faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Ottowa Sözleşmesi'nden bu yana sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Şekil 1'de izlendiği gibi sağlığı geliştirme; 1. Bireysel güçlendirme (sağlık okur-yazarlığı ve sağlık davranışı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırmayı ifade etmektedir (23).

Dolayısıyla sağlığı geliştirme, sadece bireylerin bilgi ve davranışlarını değil, toplumsal kapasiteyi güçlendirme ve politika değişimlerini de kapsamaktadır. 2009 Haziran ayında toplanan Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi Bakanlar Deklarasyonu'nda da kalkınmada sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemenin öncelikli önemi vurgulanmış ve sağlık okur-yazarlığının, sektörler arası işbirliğinin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemi yeniden gündeme getirilmiştir (23).

Şekil 1. Sağlığı Geliştirme



Kaynak: Özvarış Ş. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2001 (28)

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında; koruyucu sağlık hizmeti, sağlıkta yetkin olma, sağlık teşvikinin sağlanması, sağlık davranışı, sağlık eğitimi, sağlık okur-yazarlığı ve temel sağlık hizmetleri önemli kavramlardır. **Bu kavramlar;**

2.1.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri, (TSH), 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde, sağlık hizmetleri içinde ilk başvuru hizmeti, ulaşılabilir, toplumun katıldığı, finansal açıdan karşılanabilir, insanların kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını teşvik eden, risk altındaki bireyleri belirleyen ve önceleyen, sağlığı geliştiren, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici olan, sürekli ve çok sektörlü işbirliği içinde sunulan, bilimsel kanıtları olan ve toplum tarafından kabul edilen, uygun teknolojinin kullanıldığı sağlık hizmeti olarak tanımlanmıştır (24).

TSH sağlık hizmetlerinin temelini oluşturması nedeniyle toplumun geneli tarafından ulaşabilir ve kullanabilir olması, insanların yaşadıkları ortamda sunulması, sürekli olması, daha çok gereksinimi olana daha çok sunulması ve sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine odaklanması, coğrafi bölge ve bölge bazlı nüfusa dayalı, insanların gereksinimlerine duyarlı olmasıdır. TSH, sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve toplum sağlığı için uygulanan veya uygulanması gereken bütüncül stratejinin bir parçası olarak görülmelidir (24).

2.1.1.2. Sağlık Davranışı: Sağlık davranışı, sağlıklı yasam biçimi geliştirmenin ve sağlık risklerinden korunmanın temelidir (25). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir etkinliği ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici eylemi olarak tanımlanmaktadır. En geniş anlamda sağlık davranışı, bireylerin, grupların ve kurumların eylemlerinin yanı sıra toplumsal değişim, politika geliştirme ve uygulama, geliştirilmiş basa çıkma becerileri ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi de dahil olmak üzere, bu eylemlerin belirleyicilerini, ilişkilerini ve sonuçlarını kapsar. Walker ve arkadaşları sağlık davranışını olumlu ve olumsuz olmak üzere iki grupta incelemişlerdir. Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak: spor yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak gösterilebilir. Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içme, alkol kullanma ve aşırı yemek yeme sayılabilir. Sağlıklı yasam tarzı davranışlarını inceleyen çalışmalarda daha çok sigara içme, diyet davranışı, alkol kullanımı, egzersiz davranışları ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir (26).

2.1.1.3. Sağlık Teşvikinin Sağlanması: Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimine, örgütsel, ekonomik ve çevresel tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın Teşviki kişilerin en uygun sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım eden bir sanat ve bilim dalıdır (27).

Sağlığın teşviki ile ilgili çalışmalar bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi alanlarında eğitim, politika, kanun ve düzenlemeler şeklinde olmaktadır (7).

Sağlığın teşviki, sağlıklı yaşam programlarına tüm halkın erişimini sağlanması ve sağlığın geliştirilmesi konusunda, bireylerin sağlıklarını korumaları ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesi için, kendi sağlıkları üzerinde kontrol yetilerinin artırılması ve vatandaşların

sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlanması öncelikli hedefler arasında yer almaktadır (7)

2.1.1.4. Sağlık Eğitimi: Sağlık eğitiminin amacı, bireylere ve dolayısıyla topluma, kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir. Bu nedenle, kişilerin yaşam koşullarını iyileştirmeye ilgi duymalarıyla başlayan sağlık eğitimi, onların hem birey hem de bir ailenin ve toplumun üyesi olarak sağlıklarını daha iyiye götürmeleri için gerekli olan sorumluluk duygusunu geliştirmeyi amaçlar (28). Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, bireyleri ve toplumu sağlık sorunlarını çözmek için kullanabilecekleri bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır. Sağlık eğitimi, öğrenme-öğretme tekniklerini içerdiği kadar, biyoloji, hijyen, sosyoloji, psikoloji ve sosyal-kültürel antropolojiyi de kapsamaktadır (30).

Günümüzde sağlık eğitiminde, sağlık davranışını etkileyen ve eğitimsel girişimlerle değiştirilebilen üç temel faktör bulunmaktadır; Hazırlayıcı faktörler, bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalardır. Bu faktörler, sağlıkla ilgili bir eylemi başlatmadan önce bireyin motivasyonunu sağlaması açısından önemlidir. Olanak sağlayıcı faktörler, sağlık kurumları, çalışma alanları, okul gibi alanlarda sağlık davranışının uygulanabilir olmasını sağlar (28). Güçlendirici faktörler ise davranış nedenlerinin sosyal nedenler olduğunun düşünüldüğü durumlarda (sigara, madde kullanımı, ergenlik üreme sağlığı ve cinsel sağlık gibi konular) kullanılmaktadır (akran eğitimi gibi). Son zamanlarda sağlık eğitiminde yaygın olarak kullanılan bu faktörler, başarılı denemeler için ödüllendirmeyi öngörmektedir. Ancak bunların sosyal öğrenme ile birlikte olması gerekmektedir (28,30).

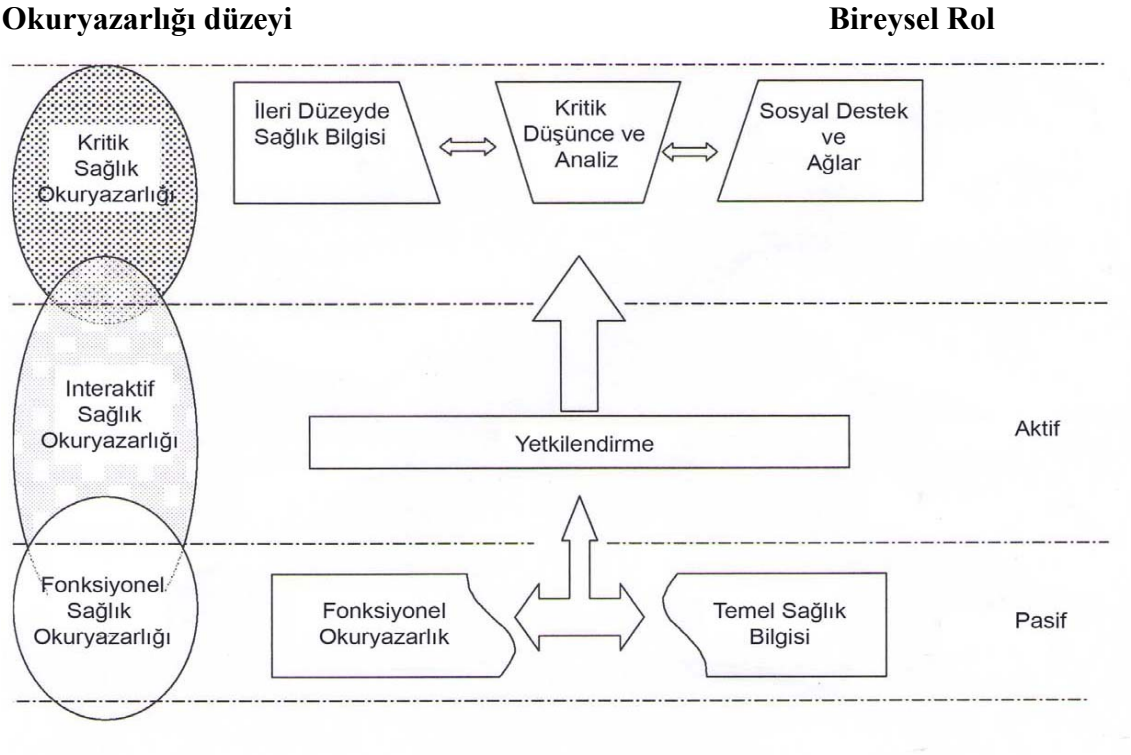
2.1.1.5 Sağlık Okur-yazarlığı: Kişilerin doğru sağlık kararları vermek için gerekli sağlık bilgi ve hizmetlerini anlama, edinme ve işleme kapasitesinin derecesi olarak tanımlanabilir. Özgüven gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin artması yönünde destekleyici bir araçtır (31). Şekil 2'de de açıklanan sağlık okur-yazarlığı üç bölüme ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Fonksiyonel (pratik) sağlık okur-yazarlığı: Bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve yazma temel becerilerini gösterir. Bireylerin sağlık riskleri veya sağlık sistemini nasıl kullanacağı, temel sağlık eğitim materyallerini okuma yeteneği geliştirir. Doktorların, hemşirelerin, eczacıların ve diğer sağlık profesyonellerinin sağlık bakımı ile ilgili bilgileri yazdığı veya söylediği bilgileri ve kişisel formların içeriğini, ilaç etiketlerini doğru bir şekilde anlama ve uygulama becerileridir (30,31).

2. Kritik sağlık okur-yazarlığı: Kişilerin sağlık bilgisini analiz edebilme, kişisel ve toplum kapasitesini geliştirebilme ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini görebilme yeteneğini artırır (30,31).

3. İnteraktif sağlık okur-yazarlığı: Gelişmiş bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri içerir. Kişilerin sağlık aktivitelerine katılma, sağlık mesajlarını anlama, değişen koşullarda sağlık bilgisini uygulama yeteneğini geliştirir. Sağlığın geliştirilmesi ve risklerin önlenmesini bir araya getirerek tüm bireylerde sağlık okur yazarlığına teşvik edilen kişiler kendi haklarını anlar ve sağlık bakım sistemini öğrenir, verilen hizmetin risklerini bilir ve sağlık sistemi politikalarında aktif rol oynar (30,31).

Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi



Kaynak: European Health Forum Gastein 2004 (32)

Sağlığın geliştirilmesinde sağlık okur yazarlığının önemi altı bölümde incelenmiştir. Bunlar;

1. Bazı ülkelerde okur-yazar olan erişkinlerde görülmesine rağmen gelişmekte olan ülkelerde ise görülme sıklığı % 79'dur. Okur-yazarlık oranı kadınlarda erkelere oranla daha düşüktür.

2. Kötü sağlık koşulları; sağlık okur yazarlığı ile yoksulluk arasında ilişki çok güçlü olduğu ve yoksul toplumlarda sağlık okur-yazarlığının gelişmediği, buna bağlı olarak ölüm hızlarının da yüksek olduğu bildirilmektedir (23).

3. Kronik hastalıklarındaki artış; tüm hastalıkların %47'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Sağlık okur-yazarlığı kronik hastalıkların ortaya çıkmasını önlemede önemli rol oynamaktadır.

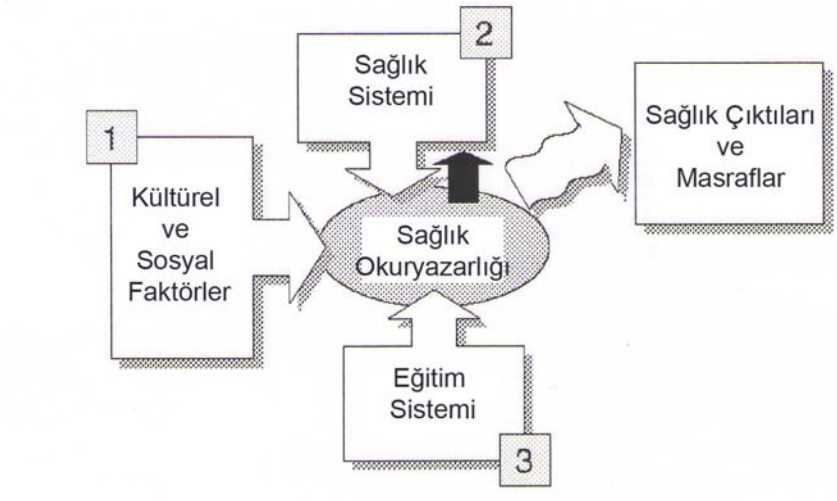
4. Sağlık bakım maliyeti.

5. Sağlık bilgisi ihtiyacı; sağlıkla ilgili konularda kullanılan bazı tıbbi terimlerin okuyan tarafından anlaşılmaması ve okuyanın bilgi düzeyine olan uygunsuzluğudur.

6. Eşitlik; sağlık okur-yazarlığı düşük olan kişilerin kendi sağlıklarını kontrol edemediği, sağlık hizmetlerine erişemediği, verilen bilgileri anlamadığı ve bu bilgileri kullanamadığı için de kendi sağlığı ile ilgili kararları alamadığı görülmektedir. Sağlıkta adaleti sağlamada ki en önemli girişim kişilerin sağlık okur-yazarlığını arttırmadır (23)

Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve semptomları olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir (33). Şekil 3'de izlendiği gibi sağlık okur-yazarlığı, sağlık sistemi, kültürel ve sosyal faktörler, eğitim sistemi ve sağlık çıktıları ile etkileşim içindedir.

Şekil 3. Sağlık Okur Yazarlığının Etkileşim Alanları



Kaynak: Healthy People 2010:Understanding and improving health. Department of health and human service. 2000 (31)

2.2. Sağlığı Geliştirme Kavramını Ortaya Çıkaran Etmenler

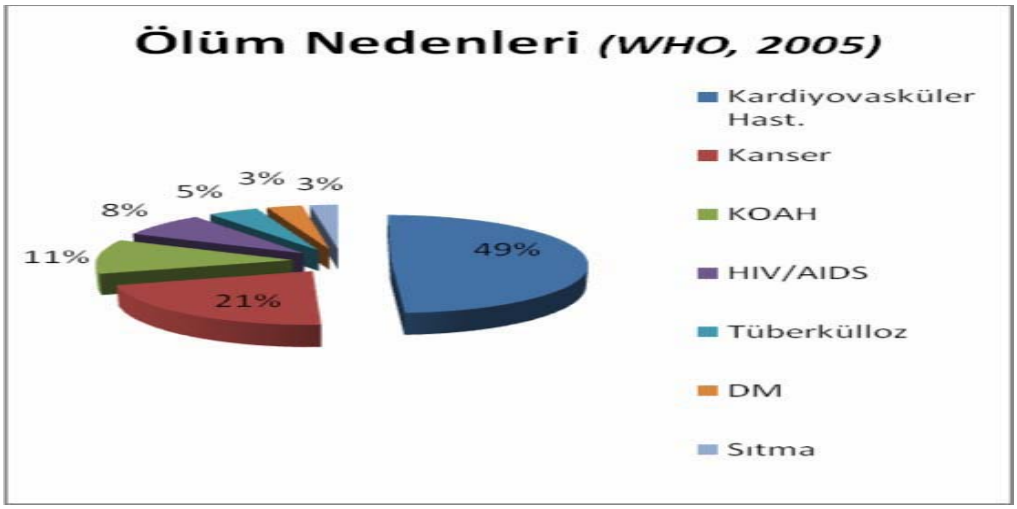
Sağlığı geliştirme stratejisinin ortaya çıkmasına neden olan temel faktörler dünyada kronik hastalıklardaki artış, yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı ve kontrol altına alınanlarda tekrar epidemilerin görülmesi, sağlığın biyolojik faktörler yanı sıra sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerle ilişkisinin saptanmasıdır (23).

2.2.1. Kronik Hastalıklarda Artış

Kronik hastalıkların dünyada morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları uzun süre gizli kalabilen ve sinsi ilerleyen bir hastalık olarak tanımlamıştır. Kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar gibi maruz kalındığı zaman ortaya çıkmayıp yıllar sonra ortaya çıkabilen hastalıklardır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında genetik yatkınlık yanı sıra yaşam biçimi davranışları, ortalama yaşam süresinin uzaması, yoksulluk ve çevre en önemli belirleyicilerdir (27,34).

2005 Yılında kronik hastalıklar nedeniyle Dünya genelinde 35 milyon insan kaybedilmiştir. Bu rakam toplam ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. Şekil 4'de izlendiği gibi ölümlerin %49'u kardiyovasküler hastalıklara, %21'i kansere bağlıdır (27).

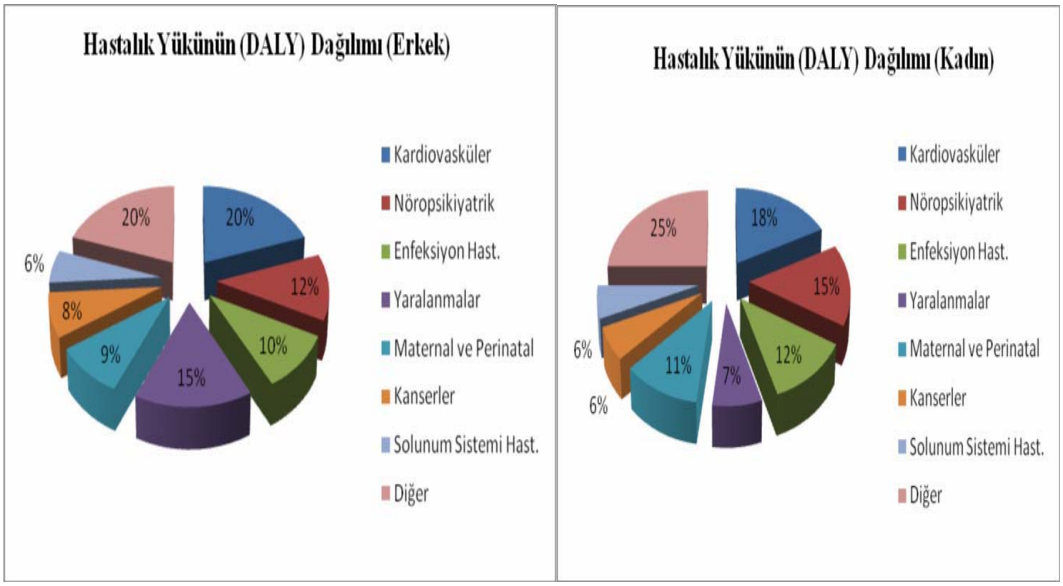
Şekil 4. Dünyadaki Ölüm Nedenlerinin Dağılımı



Kaynak: Zorlutuna Y. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve sağlığın teşviği. Bayındır Tıbbi Direktörlüğü, Ankara, 2008 (27).

Şekil 5'de hastalık yükünün cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Her iki cinsiyette de ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır.

Şekil 5. Hastalık Yükünün Cinsiyete Göre Dağılımı



Kaynak: Zorlutuna Y. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve sağlığın teşviği. Bayındır Tıbbi Direktörlüğü, Ankara, 2008 (27).

Günümüzde hastalıkların ve ölümlerin %80'inden fazlası orta ve ileri yaşlarda başlayan, bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu durum demografik ve epidemiyolojik geçiş sonucunda doğurganlık hızının azalması, doğumdan beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplumların yaşlanması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Böylece insanlar eskiye göre daha uzun yaşamakta, bulaşıcı hastalıklardan ölmemekte, ancak ilerleyen yaşlarda kalp hastalıkları, diyabet, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, nörolojik hastalıklar, solunum hastalıkları ve kanser gibi hastalıklara yakalanmaktadır (27,35).

Kronik hastalıklar önlenebilen hastalıklardır. Bu hastalıkların %80'ini kalp hastalıkları ve inme oluştururken, tip 2 diyabet ve kanser risk faktörlerini ortadan kaldırarak önlenebilir hale gelebilir, bu hastalıkların oluşumundaki risk faktörleri sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve alkol kullanımıdır (34).

2.2.1.1. Diyabet; gelişmiş ülkelerdeki erişkinlerde zamanla görme bozukluklarına veya körlüğe neden olabilmektedir. Bu kişilerde amputasyon yalnızca kazalar sonucu meydana gelmeyip diyabet nedeniyle amputasyonlar oluşmaktadır ve diyabet hastalığı kalp krizi ve böbrek hastalığı için risk oluşturmaktadır (34).

Dünyada 180 milyondan fazla kişi diyabet hastasıdır. Bu hastalığın ilerlemesi yavaş olmasına rağmen son 20 yıl içinde dünya çapında diyabetli kişi sayısının 380 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2005 yılında diyabet hastalığından yaklaşık 1.1 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Bu ölümler ise genellikle gelişmemiş yada gelişmekte olan ülkelerde

meydana gelmektedir. Diyabet hastalığından ölen kişilerin yaş ortalaması 70'in altında ve %55'i kadınlardan oluşmaktadır (34).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmalara göre gelecek 10 yıl içinde diyabet hastalığından ölenlerin sayısı %50'den daha fazla olacaktır. 2006 ve 2015 yılları arasında Diyabet hastalığından hayatını kaybeden kişilerin %80'inin gelişmekte olan toplumlarda görüleceği tahmin edilmektedir (34).

2.2.1.2. Kardiyovasküler hastalıklar; Dünyada ölümlerin en önemli nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklardan dolayı ölen kişilerin sayısı o yıl içerisinde meydana gelen ölümlerden daha fazladır. 2004 yılında kardiyovasküler hastalıktan dolayı 17.1 milyon kişi hayatını kaybetmiştir ve bu ölümler o yıl içindeki ölüm oranının %29'unu oluşturmaktadır. Bu ölümlerin 7.2 milyonu koroner kalp hastalıklarından, 5.7 milyonu ise kalp krizinden dolayı olmaktadır (34,36)

Gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı %82'dir ve kadın ve erkek arasında farklılık bulunmamaktadır. 2030 yılında kardiyovasküler hastalıklardan ölen kişi sayısı 23.6 milyon kişiye ulaşacağı ve kardiyovasküler hastalıklardan ise kalp hastalıkları ve kalp krizlerinin ölümlerin büyük çoğunluğunu oluşturacağı beklenmektedir (27,34).

2.2.1.3. Kanser; 2004 yılında dünya genelinde kanser nedeniyle yaklaşık olarak 7.4 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Ölüme sebep olan kanser türleri ise akciğer, mide, karaciğer, barsak ve meme kanseridir. Kanserin tiplerinin görülme sıklığı kadın ve erkekte farklıdır. Kanserden korunmayla ölümlerin %30'unu engellenebilir. Tütün ve tütün ürünlerini kullanmak kanser riskini arttırmaktadır. Ayrıca kanserin ortaya çıkmasında diğer bir neden ise kalıtsal yatkınlıktır. 2030 yılında kanserin neden olduğu ölümler 12 milyona ulaşacaktır (34).

2.2.1.4. Kronik solunum yolu hastalıkları; Dünyada bir milyar kişi kronik solunum yolu hastasıdır. Bir milyon kişi alerjik rinit ve diğerleri ise sebebi bilinmeyen solunum yolu hastasıyken bunlardan 300 milyonu astım hastasıdır. 210 milyon kişi KOAH hastasıdır (34).

Türkiye'de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmakta ve Türkiye'deki ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir. Yaşam biçimindeki değişiklikler, çevre faktörünün değişmesi, doğumda beklenen yaşam ümidinin artması gibi nedenlerden dolayı Türkiye'de ve gelişmiş-gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar artış göstermiştir ve gösterecektir. Tablo 1'de izlendiği gibi; Türkiye'de ilk sırada yer alan ölüm nedeni iskemik kalp hastalığıdır (36)

Tablo 1. Türkiye'de Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalık

Ölüm Nedeni	Ölüm Sayısı	Toplam İçindeki Payı (%)
1. İskemik Kalp Hastalığı	93260	21,7
2. Serebrovasküler Hastalık	64780	15,0
3. KOAH	25104	5,8
4. Perinatal Nedenler	24756	5,8
5. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	18225	4,2
6.Hipertansif Kalp Hastalıkları	12805	3,0
7. Trekea, Bronş ve Akciğer Kanseri	11586	2,7
8. Diabetus Mellitus	9548	2,2
9. Trafik Kazaları	8395	2,0
10. İnflamatuar Kalp Hastalığı	7992	1,9

Kaynak: Zorlutuna Y. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve sağlığın teşviği. Bayındır Tıbbi Direktörlüğü, Ankara, 2008

Kişilerin almış olduğu eğitim, kötü yaşam tarzının değişimi, sağlıklı beslenmeye verdiği önem, düzenli egzersiz yapma alışkanlığı ve sigara kullanmamak kronik hastalıklardan korunmak için öncelikli adımlardır (37).

2.2.2. Yeni Enfeksiyon Hastalıklarının Ortaya Çıkışı

1975 yılından sonra sağlığı koruma, aşılama ve antibiyotiklerle bulaşıcı hastalıkların yok edildiğine yönelik bazı görüşler vardı ancak bulaşıcı hastalıkların yok edilmesinde beklenen iyileşme gerçekleşmedi. Günümüzde tüm dünyada otuza yakın yeni bulaşıcı hastalık kaydedilmiştir (23).

Yeni ortaya çıkan enfeksiyon hastalıklarından en ciddi kayıplar veren hastalık HIV/AIDS'tir. Toplumun bağışıklık sisteminin zayıflaması ve anti mikrobiyallere karşı direnç

gelişmesi nedeniyle daha önceden var olan tüberküloz, sıtma, kolera gibi hastalıklar tekrar ortaya çıkmıştır (38,37).

Dünya genelinde yeni ortaya çıkan ya da olgu sayısı artan enfeksiyon hastalıklarından bazıları şunlardır; AIDS/HIV, şarbon, klamidya enfeksiyonu, kolera, difteri, eritem, ensefalit, enterohemoraji, escherichia coli, giardiazis, gonore, leprazi, hemolitik üremik sendrom, hepatit A-B-C-D, sıtma, meningokok hastalığı, poliomiyelit, paralitik polio, rubella, konjenital rubella sendromu, salmonellozis, SARS, şigella, sifiliz, tetanos, tüberküloz, influenza A, H5N1 kuş gribi, H1N1 domuz gribi (38). Bu hastalıklar milyonlarca kişinin erken ölümüne neden olmaktadır (37).

Bulaşıcı hastalıkların yoğun olduğu bir dünyada yaşıyoruz. Dünyada çiçek hastalığının ve çocuk felci hastalığının mikroplarını engellemek mümkün değildir (37).

Bulaşıcı hastalıklardan korunma ve bunların kontrolü için düzenli ve rutin olarak sürekli veri toplanması, verilerin analizi, yorumlanması ve bu bilgilerin ilgili birimlere dağıtılması gerekir. Dünyada enfeksiyon hastalıkların önlenmesinde ve hastalıkların yayılımını engellemede Dünya Sağlık Örgütü önemli bir rol oynamaktadır (37,60). Buradaki temel hedef hastalıkların kontrolü ve korunması sağlanarak morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve sağlığın geliştirilmesini sağlamaktır (39).

2.2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicileri sosyal çevre kavramı içinde ele alınmakta ve sosyal çevre, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, ayırımcılık, sosyal kontrol, işsizlik ve çalışma koşulları gibi pek çok sosyal olguyu ifade etmektedir. Sosyal epidemiyoloji literatürü incelendiğinde, 1600'lü yılların başından beri yoksulluk, öğrenim durumu, olumsuz ev koşulları, sosyal sınıf farklılığı ve çalışma ortamı gibi sağlığı etkileyen sosyal çevre faktörlerinin erken ölüm ve fiziksel-ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Erken çocukluk dönemi, yoksulluğun etkileri, madde kullanımı, çalışma koşulları, işsizlik, sosyal destek, gıda ve ulaşım politikaları sağlığın yaşam boyu önemli belirleyicilerini oluşturmaktadır. Bu belirleyiciler etkene maruziyeti arttırabileceği gibi, hastalığın nedeni olabilir ya da sürecini etkileyebilir (40).

2.2.3.1. Yoksulluk: Yapılan çalışmalar, yoksulluğun sağlığın en önemli belirleyicisi ve erken ölüm nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir. "Yaşam için gerekli temel ihtiyaçların karşılanamaması" olarak tanımlanan "mutlak yoksulluk" dünyada artan bir olgudur. Ortalama olarak, gelişmekte olan ülkelerde nüfusun en yoksul yüzde 20'lik

bölümüne mensup bir çocuğun 5 yaşına gelmeden ölme riski, en varlıklı yüzde 20'lik kesime mensup bir çocuğa göre en az iki kat daha yüksektir (40,44).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in sonuçları incelendiğinde de, refah düzeyi düştükçe ana çocuk sağlığı göstergeleri ve obezite sıklığı artmaktadır (2). Yoksulluk sorunu beraberinde işsizliği, mevsimlik işçi sorununu, özürlü bireyleri, göçmenleri, evsizliği getirmekte ve hastalık/ölüm riskleri açısından bu grupların oranı toplum içinde artış göstermektedir. Çocukluk döneminde olduğu gibi, diğer yaşlarda da gıda yoksunluğu ve dengesiz tüketimi beslenme bozukluğuna neden olmaktadır. Aşırı gıda tüketimi ise kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, dejeneratif göz hastalıkları, obezite ve diş sağlığıyla ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, önemli hastalıkların ve erken ölümlerin alt sosyo-ekonomik koşullara sahip toplumlarda iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (41,44).

2.2.3.2. İşsizlik; Araştırmalar sosyal çevre faktörlerinden bir diğeri olan işsizliğin, özellikle anksiyete ve depresyona neden olduğunu, kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturduğunu ve erken ölüm nedenleri arasında yer aldığını göstermektedir (42,44). İşsizliğin yanı sıra, işyerindeki stres de hastalık riskini artırmaktadır (40).

2.2.3.3. Sosyal Destek: Sosyal destek ve iyi sosyal ilişkilerin sağlıklı olmayla anlamlı ilişki içinde olduğu bilinmektedir. Sosyal dışlanma erken ölüm ve kalp krizleriyle ilişkili bulunmuştur. Belirtilen psikososyal faktörler kardiyovasküler ve immün sistemi etkileyerek erken ölümlere neden olabilmektedir (40).

2.2.3.4. Davranış: Son yıllarda bir çok deneysel araştırma, alkol, sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi davranışsal risk faktörlerini ortaya koymuştur. Yaşanılan sosyal çevre davranışı biçimlendirmektedir. Davranışlar bazen sağlığı geliştirirken bazen de tehlikeye düşürmektedir. Madde kullanımı sağlıkta eşitsizlikle sonuçlanan, sağlığı kötüleştiren ve sosyal çözülmelere neden olan bir davranıştır. Alkol bağımlılığı, yasa dışı madde kullanımı ve sigara kullanımının sosyal ve ekonomik dezavantajlarla yakın ilişkisi bilinmektedir (43).

Alkol kullananlarda kaza, şiddet, zehirlenme, yaralanma ve intihar sıklığının yüksek olduğu ve çoğunlukla da ölümle sonuçlandığı bilinmektedir. Alt sosyo ekonomik düzeydeki (düşük gelir, işsizlik vb) bireylerde sigara içme sıklığının yüksek ve bırakma hızının düşük olduğu bildirilmektedir (43).

Bir diğer sosyal çevre faktörü yürüyüş ve toplu taşım araçlarının kullanılmasıdır. Bunlar sağlığı 4 şekilde etkilemektedir; fiziksel aktivite, ölümcül kazaların azalması, sosyal ilişkinin artması ve hava kirliliğinin azalmasıdır. Düzenli fiziksel egzersiz kalp hastalıklarına, obeziteye, diabete ve depresyona karşı koruyucudur. Sözü edilen belirleyiciler politikalar ve davranışlarla ilişkilidir (43).

2.2.3.5. Kültür ve Etnik Yapı: Kültür ve etnik yapı sağlık ve hastalık inancını, hizmet kullanımını etkileyen önemli faktörlerdir. Kültür semptomları tanımayı ve yorumlamayı, ne zaman ve nasıl hizmete başvurulacağını, yardım aramayı etkileyen önemli sosyal çevre faktörüdür. Benzer şekilde dil, sağlık hizmetine ulaşmada en önemli engellerden biridir. Sağlık eğitimi, sağlığı geliştirici uygulamaların yaygınlaşması kültürel özelliklerle yakından ilişkilidir (40).

Yapılan çalışmalar, sağlığı etkileyen sosyal çevre faktörleri, sağlığı geliştirme stratejileri kullanılarak, temel sağlık hizmetlerini odak alan, koruyucu sağlık ve sosyal hizmetleri hedefleyen sağlık ve sosyal politika / programlarıyla tümüyle değiştirilebilir niteliktedir (40).

2.3. Sağlığı Geliştirme Kavramının Tarihsel Süreci

2.3.1. Tarihsel Süreç

Sağlığı geliştirme endüstrileşmiş dünyada ortaya çıkmasına rağmen, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Herkes İçin Sağlık politikasına ulaşmak için anahtar bir strateji olarak uyarlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü genel çalışma programında uzun yıllar, aile planlaması dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığı, çalışanların ve yaşlıların sağlığının korunması, yetersiz beslenme vb. sorunlar üzerinde durmuştur. Ayrıca; sanayileşme ve kentleşmenin yarattığı kirlilik, trafik kazaları, kentsel yaşam stresi gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörler ele alınmış ve çevre sağlığı kavramı gündeme gelmiştir (44).

DSÖ daha sonraki yıllarda, sağlığı koruma ve geliştirme çalışmalarının kapsamının, hastalıkların tıbbi teknoloji aracılığıyla önlenmesinin ve kontrolünün ötesine uzandığını vurgulamıştır (44).

Sağlığı koruma ve geliştirme; sağlık açısından olumlu yaşam biçimlerinin ve toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel faktörlerin dikkate alınarak değiştirilmesi ve geliştirilmesini kapsayan bir kavram olarak ele alınmış ve çalışma programlarında yer almıştır Uzun süre, sağlığı koruma ve geliştirme denince insanların aklına ilk olarak doktorlar, hemşireler ve

hastaneler gelmiştir. Daha sonra, insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Ancak; bu bireysel faktörlerin yanı sıra, hava ve su kirliliği, tarımda kullanılan kimyasal maddeler gibi insan sağlığını etkileyen pek çok çevresel faktörler fark edilmeye başlanmıştır. Sosyal grupların sağlık durumları arasındaki farklılıklar, sağlık ve hastalığın bireylerin bilgi, tutum ve alışkanlıkları kadar, yaşam ve çalışma koşullarının sonucunda belirlendiği net bir şekilde ortaya konmuştur (44).

Daha sonra sağlığı geliştirme kavramı ile; toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla "sağlıklı yaşam biçimlerini" sağlamak için sadece bireye yönelmek yerine, temel çabanın fizik ve sosyal çevrenin değiştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda olması gereği vurgulanmaya başlanmıştır. Çünkü; gerçekte bireyler yaşam biçimlerini düzenleme konusunda çok sınırlı seçeneklere sahiptirler. Bu nedenle onların yaşam ve çalışma koşulları sağlıklarında temel belirleyici olmaktadır. Bu nedenle; sağlığı geliştirme, sosyal sistemler ve onların sağlıklı çevre içinde gelişmesini teşvik etmede aracılık etme sanatı olarak tanımlanmıştır (45).

Uluslararası düzeyde sağlığı geliştirme alanında 7 konferans gerçekleştirilmiştir. Bunlar; 1986 Ottawa (Ottowa Sözleşmesi), 1988 Adelaide (Sağlıklı kamu politikaları oluşturma), 1991 Sundsvall (Destekleyici çevreler), 1997 Jakarta (Yeni alan için yeni oyuncular), 2000 Mexico (Eşitliği sağlama), 2005 Bangkok (Eylem için ortak politika geliştirme; sağlığın belirleyicileri) ve 2009 Nairobi (Sağlığı geliştirme ve kalkınma; uygulamadaki boşlukları giderme) sağlığı geliştirme konferanslarıdır (6,23).

2.3.2. Sağlığı Geliştirme Deklarasyonları

2.3.2.1. 1986 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Ottawa)

1986 yılında Kanada'nın Ottowa kentinde 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı düzenlenmiş ve toplantının sonunda Sağlığı Geliştirme Ottowa Şartı yayınlanmıştır. Sağlık için ön koşullar barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar ve sosyal adalet olarak belirlenmiştir.

Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal faktörlerin tümünün sağlığın bileşenleri olduğu, sağlığa yararlı veya zararlı olabilecekleri, sağlığı geliştirme eylemi içerisinde bu koşulların yararlı kılınması gerekliliği vurgulanmıştır (46).

Ayrıca sağlık koşullarındaki farklılıkları gidermeyi ve tüm insanların sağlık potansiyellerine tam anlamıyla ulaşabilmesini olanaklı kılmayı, sağlık sektörü dışında tüm sektörlerin uzlaşma içerisinde hareket etmeleri, sağlıklı halk politikaları oluşturmayı ve bunun önündeki engelleri ortadan kaldırmayı gereklilik olarak tanımlamıştır (47).

Yaratıcı ve destekleyici çevrelerin oluşturulması, kişisel yeteneklerin geliştirilmesi ve sağlık bilgilerinin arttırılarak sağlık açısından daha fazla kontrole sahip olabilmeleri kayda alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu taşıyanların birlikte hareket ederek sağlığı geliştirme taahhüdü ile daha sağlıklı bir yaşam için gereksinim duyulanları desteklemeleri gerektiği ve sağlığın gelişimi için saptanan ön koşulları sadece sağlık sektörünün üstlenemeyeceği, diğer sektörlerin de sorumlu olduğu belirtilmiştir (46).

2.3.2.2. 1988 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Adelaide)

1988 yılında Avustralya'nın Adelaide kentinde yapılan 2. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı sonucunda sağlıklı halk politikası için bir takım tavsiyeler ilan edilmiştir. Tavsiyelerde halk sağlığı politikalarının temel amacının insanların sağlıklı yaşam sürdürmeleri için destekleyici ortam hazırlamak olduğuna ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesine vurgu yapılmıştır (44).

Küresel halk sağlığına katkıda bulunulabilmesi için, ulusal sınırları aşan konularda harekete geçilmesine olanak tanıyacak güçlü uluslararası işbirliği araçlarının bulunması gerekliliği vurgulanan diğer konular arasında sayılabilir (1)

Sağlığın bir insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu, hükümetlerin ekonomik, sosyal ve sağlık politikaları geliştirmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlıklı toplum politikaları geliştirmede hemen ilgilenilmesi gereken 4 konu belirlenmiştir:

1. Kadın sağlığının geliştirilmesi

2. Gıda ve beslenme

3. Tütün ve alkol

4. Destekleyici ortamların oluşturulması (44).

2.3.2.3. 1991 3. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Sundsvall)

Bu konferansta milyonlarca insanın sağlığı tehdit edici ortamlarda yaşadığı vurgulanmış ve 2000 yılında herkese sağlık için fiziksel, sosyal, ekonomik ve politik çevrenin sosyal adaleti gözeterek sağlığı desteklemesi belirtilmiştir. Ülkeler arasındaki eşitsizliklerin artmakta olduğu, sağlıkta sosyal adalet gerekliliği, hızlı nüfus artışının oluşturduğu tehdit, yiyecek, temiz su yoksunluğundan ve yoksulluktan bahsedilmiş ve sağlığı koruma sistemlerinin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (44).

Bu toplantıyla birlikte sağlığı geliştirmenin sağlığın belirleyicileriyle olan ilişkisi nedeniyle sağlık için 6 alan saptanmıştır;

1. Eğitim

2. Gıda ve beslenme

3. Konut ve yakın çevre

4. İş

5. Ulaşım

6. Sosyal destek ve bakım (44).

2.3.2.4. 1997 4. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Jakarta)

Ottowa Bildirgesi'ndeki sağlık belirleyicileri tekrar ele alınmış, barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir, kadının güçlenmesi, dengeli ekosistem, kaynak kullanımında süreklilik, sosyal adalet, insan haklarına saygı, hakkaniyet, yoksulluk olarak kayda geçmiştir. Sonuç olarak bildirgede ortaya konulan hedefler bireyin sağlığına zarar vermekten kaçınma, tütün ve silah gibi zararlı madde ve aletlerin kontrolü ve kısıtlanması, son kullanıcının ve çalışma yerindeki bireyin korunması ve hakkaniyet hedefli sağlıkta etki değerlendirmesinin de dahil olduğu politika ve pratiklerle sağlığın geliştirilmesi olarak belirlenmiştir (44).

2.3.2.5. 2000 5. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Mexico)

Mexico Uluslararası sağlığı geliştirme konferansında sağlık, yaşam kalitesi, sağlıkta eşitsizlikler, toplumda farklı gruplar arasında sağlıkta var olan farkların kapatılması, yerel-ulusal ve uluslar arası sağlığı geliştirici stratejilerine ile yerel ve ulusal politika ve planların stratejiler ile uyumuna önem verilmiştir (44,48).

2.3.2.6. 2005 6. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Bangkok)

2005 yılında Bangkok' ta toplanan 6. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonunda şu kararlara varılmıştır. Sağlığın Geliştirilmesi için dört temel taahhüt mevcuttur:

1. Küresel gelişim, gündemin merkezinde yer almalıdır: Sağlığı ve sağlık güvenliğini arttıracak hükümetler arası güçlü anlaşmalara ihtiyaç vardır. Sağlığın geliştirilmesi savaş ve çatışma hallerini de kapsamak üzere, iç, dış ve uluslararası ilişkilerin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Bu da devletler, sivil toplum ve özel sektör arasında diyalog ve işbirliğinin teşvikini gerektirir.

Bu tür çabalar Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi benzeri anlaşmaların yapılabilmesini sağlar.

2 Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin esas yükümlülüğü haline getirilmelidir. Hükümetler her kademede, kötü sağlık koşulları ve eşitsizlikleri acil bir sorun olarak görüp üstesinden gelmelidir (23)

3. Sağlığın geliştirilmesi sivil toplumların ve toplulukların odak noktası olmalıdır. Sivil toplum sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin başlatılması, şekillendirilmesi ve yüklenilmesine öncülük ederler. Sağlam temelli olan toplum projeleri, sivil toplum örgütleri ve kadın organizasyonları sağlığın geliştirilmesi konusundaki etkilerini göstermişlerdir ve örnek model oluşturmaktadırlar. Ayrıca sağlık profesyonelleri birlik ve derneklerinin de özel katkıları olacaktır.

4. Müşterek uygulamaları gerekli kılar. Özel sektör, işyerlerinde sağlığın geliştirilmesi, işyerinin, çalışanların ve çalışanların ailelerinin güvenliğinden sorumludur (23)

Birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde, kronik ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde, Binyılın Kalkınma Hedeflerinin sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşılabilmesinde ve özellikle yoksul ve marjinal grupların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında sağlığın geliştirilmesi prensiplerinin kritik rolü vardır. Bu amaçlara ulaşılabilmesi için, Dünya Sağlık Örgütü sağlığın geliştirilmesi tekniklerini sağlık, sosyal sistemler, risk faktörleri, ve ağız sağlığını da içermek üzere, hastalık ve sağlık alanlarında kullanmaktadır. Yaşam, çalışma ve öğrenme alanlarında sağlığın geliştirilmesi, sağlığın ve yaşam kalitesinin arttırılmasının ve sağlıklı yaşam tarzlarının geliştirilmesinin yapıcı ve etkili bir yoludur (23,48).

2.3.2.6. 2009 7. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı (Nairobi)

Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı **Nairobi,** Kenya' da 2009 yılında gerçekleşmiştir. Konferansta 1. Bireysel güçlendirme (sağlık okur-yazarlığı ve sağlık davranışı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırma üzerinde durulmuştur. Bu konferansta bireylerin sağlığını etkileyen sağlık belirleyicilerini ve sağlık okuryazarlığının geliştirmelerinin sağlıktaki önemini vurgulanmıştır. Sağlık okuryazarlığının oluşması için yalnızca bilginin olması değil aynı zamanda bu bilginin kimlere verilmesi gerektiği ve bilgi yayılımının nasıl olması gerektiği ve topluma bilgi verilirken en etkili nasıl ve hangi yolla verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (6).

2.3.3. Dünyada ve Türkiye'de Bazı Sağlığı Geliştirme Programları

1. DSÖ Avrupa Bölgesi Atina Sağlıklı Şehirler Deklarasyonu ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği: 23 Haziran 1998'de Atina' da bir araya gelen Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacılar Avrupa Sağlıklı Kentler Hareketinin ilk on yılını kutladılar ve WHO sağlıklı kentler projesinin üçüncü evresini (1998-2002) başlatırken bu deklarasyonu yayınladılar (49)

Bu politik deklarasyon tüm Avrupa kentlerinin sağlık ve sürdürülebilir kalkınma konusunda kararlılıklarını açık ve güçlü biçimde ortaya koyar. Bu deklarasyonla Avrupa bölgesi hükümetlerine şu çağrılar yapılmıştır:

1. Ulusal sağlık politikalarının yerel boyutlarının önemini görmek ve kentlerin Herkes İçin Sağlık ve Gündem 21 ulusal stratejilerine önemli katkılar yapabileceğini kabul etmelerini,
2. Herkes için sağlık ve sürdürülebilir kalkınma politikalarını desteklemek üzere ek kaynaklar sağlayacak yolları araştırmalarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün dünyadaki 6 Bölge Ofisinde, 66 ülkede, 220 Dünya kentinde ve 55 Avrupa kentinde devam eden ve gelişen "Sağlıklı Kentler" Hareketinin Türkiye'de gelişebilmesi, benimsenmesi, uygulanabilmesi için formal bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuş ve bu gereklilikten hareketle bu konuya önem veren kentler bir araya gelerek "Sağlıklı Kentler Birliği"ni kurmuşlardır (49).

2.Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi: Tütün Kontrolü Konusunda ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" 21 Mayıs 2003 tarihinde, 56. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ' ye üye tüm hükümetler tarafından kabul edilmiştir. Tütün

Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, DSÖ gözetiminde müzakere edilen halk sağlığı alanındaki ilk küresel anlaşmadır. 27 Şubat 2004 tarihinden geçerli olmak üzere Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliği kazanmıştır. DSÖ TKÇS, tütün fiyatlarına, vergilerine, reklam, sponsorluk ve promosyonlara, kanunsuz satışlara, sürveyans ve araştırma metodlarına pasif içiciliğe ve tütünsüz ortamlara uluslararası standartlar getirmektedir (50).

Türkiye Cumhuriyeti, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini 28 Nisan 2004 tarihinde imzalamış, 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul etmiş ve 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanmıştır (50).

3. Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi: Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından mali ve teknik yönden desteklenen ve Avrupa'da 40 dan fazla ülkede uygulanmakta olan bir araştırma geliştirme projesidir. Avrupa ülkelerinde gençlerin sağlığının geliştirilmesi için okullar ağı oluşturulmaktadır. Bu ağ, her yıl yeni ülkelerin katılımıyla gittikçe yaygınlaşmaktadır. Türkiye' de Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile birlikte yürütülmektedir (51). Proje; ilköğretim okullarındaki öğrencilerin sağlık bilgilerini geliştirmek, sağlıklı bir çevrede sağlıklı yaşam tarzını öğretmek amacıyla 1995 yılında yapılan bir işbirliği protokolü ile uygulamaya konulmuştur. Proje öncelikle 22 ilden seçilen 25 ilköğretim okulunda pilot olarak uygulanmıştır. Proje okullarında sağlık ve beslenme konusunda yönetici ve öğretmenlere eğitim verilmekte, eğitim materyalleri dağıtılmakta, okulların sağlık ve beslenme konusunda kendi kendine yeterli hale gelmesi hedeflenmektedir. Halen 81 ilden seçilen 106 pilot ilköğretim okullarında proje uygulaması sürdürülmektedir (51).

4. Avrupa Kalp Sağlığı Ağı ve Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi: Kalp ve damar hastalıkları, tüm dünyada ve Avrupa'da kadın ve erkeklerde ilk sırada yer almaktadır. Avrupa'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısından, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'ne üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerinde ölümden ve Avrupa Birliği'nde 1,9 milyondan fazla ölümden kalp ve damar hastalıkları sorumludur (52).

2.3.3. Türkiye'de Sağlığı Geliştirme Konferansları ve Girişimleri

Ülkemizde sağlığı geliştirme konferanslarından ilki 24-26 Kasım 2004 tarihlerinde, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi tarafından uluslararası katılımlı "I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu" olarak düzenlenmiştir. Sempozyumun sonunda

yayınlanan Kapanış Bildirgesinde; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitiminin temel süreç olduğu; sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık eğitimi uygulamalarına kılavuz olacak ulusal politika ve strateji yetersizliklerinin giderilmesi gerektiği; sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi açısından ülkemizde bilimsel bilgi birikimine ve paylaşımına, diğer bir anlatımla ulaşılabilir bilimsel bilgi zenginliğine önemli ölçüde gereksinim olduğu; her meslekten sağlık çalışanının, özellikle iletişim konusunda eğitilmesi gerektiği; Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Tarım gibi bakanlıkların öncü görevlerini daha etkili ve yaygın olarak sürdürmeleri gerektiği; bilgi-tutum-davranış geliştirmeye yönelik sağlık eğitiminin kurumsal ve toplumsal boyutlarda yoğunlaştırılması ve yaygınlaştırılması gerektiği; okullarda sağlık eğitimi ve öğretiminin rastlantısallıktan çıkarılıp, bu alanda yetişmiş profesyoneller tarafından yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir (53).

Ülkemizde sağlığı geliştirme konulu konferansının ikincisi Sağlıklı Kentler konferansı 15-17 Mayıs 2010 yılında Ürgüp'te düzenlenmiştir. Türkiye'de sağlıklı şehirler hareketinin benimsenmesi, gelişmesi ve sağlıklı şehirler konusunda üyelerinin sağlığı gündemlerinin en üstünde tutma konusunda kabiliyetlerini ve bilgi birikimlerini geliştirebilmek amacıyla yapılmıştır. Yaşanabilir ve sağlıklı kentler için sağlık ve sağlığı ilgilendiren tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve kent yoksulluğu ile mücadele etmek amacıyla, birliğe üye belediyeler arasında işbirliği ve deneyim alışverişi devam edecektir. Üye belediyelere belediyecilik, sağlık, planlama, çevre, konut, ulaşım, eğitim, güvenlik ve benzeri sağlıklı kent konularıyla ilgili tecrübeler, bilgi, belgeler ve proje deneyimleri aktarılacaktır. "Sağlıklı Kentler Birliği" Türkiye'de bu hareketin güçlenmesi ve işbirliği açısından kentlerimiz için çok önemli gelişimler sağlayacak, daha sağlıklı kentler yaratılacaktır (49).

"Sağlıklı Kentler Birliği'nde Yer Almanın Yararları" Türkiye'de Sağlıklı Kentler Birliğinin kurulması ile üye kentlerin aktif olarak deneyimlerini paylaşmaları, sorunları aktarmaları, ortak projeler geliştirmeleri, uluslararası düzeyde temsil edilebilmeleri ve ortak ihtiyaçların çözümünde güç birliği sağlanacaktır (49).

Bu konferansların dışında ayrıca ülkemizde var olan kronik hastalıkların ülke düzeyinde araştırılması, bu hastalıklara ilişkin halkın bilinç düzeyinin arttırılması ve bu hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilerek halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, insanların sağlık konusunda bilinç düzeylerinin artması, sağlık açısından riskler belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve

sağlık harcamalarının azaltılması, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin sağlanması amacıyla "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" 18.01.2008 yılında Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' ne bağlı olarak kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır (54).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığının ulusal ve uluslararası sorumlulukları;

1. Sağlığın Geliştirilmesi alanında kanıta dayalı politikalar ve kapsamlı sağlık stratejileri geliştirmek,

2. Sağlıklı davranışları teşvik edecek ulusal, bölgesel, yerel ve uluslararası düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi,

3. Sağlığın Geliştirilmesi alanında Sağlık Bakanlığı birimleri ve diğer ilgili bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri vb. için danışmanlık hizmeti sağlamak,

4. Uluslararası kuruluşlarla (Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği, OECD, Amerikan Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri (CDC) vb.) koordinasyon, işbirliği ve ortak sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesinin sağlanması,

5. Kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler ve diğer örgün eğitim kurumları, sivil toplum örgütleri, işyerleri vb. ile işbirliği içerisinde ulusal sağlığın geliştirilmesi programları yürütülmesi,

6. Temel sağlık hizmetleri konularında, aile hekimliği dahil, hizmet sunum alanlarında karşılaşılan sorunlar üzerine araştırma ve geliştirme çalışmalarını koordine etmek, yürütülen çalışmalara katılmak,

7. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların korunma tedbirleri, erken tanı, kayıt altına alma, standart tedavi kılavuzları geliştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve kontrolü konularında yapılacak çalışmaların kurum içi ve dışı koordinasyonunu sağlamak,

8. Sağlığın Geliştirilmesi alanında yapılan çalışmaların izlenmesi için ulusal ve uluslararası sağlık örgütleri ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği sağlamaktır (54).

Davranışsal risk faktörlerine ilişkin düzenli sürveyans sistemlerinin geliştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi stratejilerinde önemli rol oynamaktadır. Örneğin; ABD'nin pek çok eyaletinde, sağlık davranışlarına ilişkin güncel ve ulaşılabilir data BRFSS (Behavioral Risk

Factor Surveillance System-Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi) ile sağlanmaktadır (55).

Bu sürveyans modelleri İskoçya, Çin ve Avustralya gibi ülkelerde de geliştirilerek kullanılmaktadır. Ülkemizde risk faktörlerine ilişkin düzenli veri toplanmamaktadır. Gelişmiş ülke örneklerinde olduğu gibi, risk faktörlerine ilişkin verinin toplanması ve sürveyans sistemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (55).

2.3.4. Sağlığı Geliştirme Stratejileri

1986'da Sağlığı Geliştirme için Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığın bir dizi temel ön koşulu (gıda, barınma, barış, gelir, stabil ekosistem, sürekliliği olan kaynak kullanımı, toplumsal adalet ve hakkaniyet) belirlemiş, daha geniş anlamda "iyilik hali"ne odaklanılmış, sağlık bakımı ve sağlıklı yaşam biçimlerinden farklı bir dayanağa oturtularak bazı stratejiler belirlenmiştir (56).

Bunlar;

1. Sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması: Sağlık hizmetlerinin ötesinde bir konuma sahip olan sağlığı geliştirme, tüm sektörlerde ve tüm seviyelerde politika üreticilerini, kararlarının yarattığı sağlık sonuçlarının farkında olmaya ve sağlık için sorumluluklarını kabul etmeye yönlendirerek, sağlığı gündemde tutmaktadır.

2. Destekleyici çevrelerin oluşturulması: İnsan-çevre etkileşimi, sağlıkta, sosyo-ekolojik yaklaşım için temel oluşturmaktadır. Bu stratejide tüm dünyadaki doğal kaynakların korunması, küresel bir sorumluluk olarak vurgulanmaktadır.

3. Toplumun geliştirilmesi: Sağlığı geliştirme, daha iyi sağlığa ulaşmak için öncelikleri ortaya koyma, karar alma, stratejileri planlama ve uygulamada, somut ve etkin halk eylemi ile birlikte çalışmaktadır. Bu sürecin merkezinde, toplumun kendi çaba ve kaderlerine sahip olmaları durumunun güçlendirilmesi yatmaktadır. Toplumu geliştirme, toplum katılımı ve sağlık sorunlarının yönetimi için kendi-kendine yardım ve sosyal destek sistemleri geliştirmek amacıyla var olan insan ve maddi kaynaklara dayanmaktadır.

4. Kişisel Becerilerin Geliştirilmesi: Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam için eğitim verme ve yaşamsal yetenekleri geliştirme etkinlikleri aracılığıyla, kişisel ve sosyal gelişmeyi desteklemektedir. Bu yollarla, insanların kendi sağlıkları ve çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesi ve sağlık için seçimler yapabilmesi için, mevcut seçenekleri artırmaktadır. İnsanların, yaşamları boyunca, tüm dönemlere kendini hazırlaması ve kronik hastalıklar ve yararlanmalarla baş edebilmesi için, öğrenmelerini sağlamak esastır (56).

5. Sağlık hizmetlerinin yeniden uyumu: Sağlık hizmetleri, hassas ve kültürel gereksinimlere saygı duyan ve önceleyen hizmetler olmalıdır. Bu zorunluluk, bireylerin ve toplumların, daha sağlıklı bir yaşam için gereksinimini desteklemeli ve sağlık sektörüyle daha geniş sosyal, politik, ekonomik ve fiziksel çevre bileşenleri arasında kanallar oluşturmaktadır.

6. Sağlık için sosyal sorumluluk geliştirmek: Kişilerin kendi sağlıklarını korumak için öncelikle çevreyi korumalı ve kişisel sorumluluklarının geliştirmesi ve bunun içinde olumsuz sağlık davranışlardan olumlu sağlık davranışlarına doğru bir yönelimi olmalıdır. Ayrıca kişi çalışma alanında da sağlığını korumak için öncelikle kendini emniyetini sağlamalıdır.

7. Sağlığın gelişmesi ve sağlıktaki sosyal eşitsizlikler için yatırımları arttırmak: Sağlığın geliştirilmesinde birden fazla sektörün işbirliği gereklidir ve bu birliktelikte sağlık sorumluluğun gelişmesinde eğitim ve sağlık sektörünün tutumu önemlidir. Gerçekleşen eylemler sağlığa yapılan yatırımları artırır ve bu yatırımlarla sağlığa ihtiyacı olan esas gruba sağlığın ulaşmasını sağlar.

8. Sektörler arası işbirliği: Sağlığın geliştirmede, sağlığın ve sosyal gelişimi sağlamak için farklı kurum ve kuruluşlarla ilişkilerin güçlendirilmesine ihtiyaç vardır.

9. Toplumu güçlendirmek ve toplumun kapasitesini arttırmak: Toplumun eylemini yada toplumda özellikle kadınları organize ederek gruplar oluşturulmalıdır. Kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırmaları için onlara yetki vermek ve kurulan organizasyonların kapasitesini güçlendirmek önemlidir.

10.Sağlığı geliştirmek için altyapı yatırımlarını arttırmak: Devletlerin toplumun sağlığını geliştirme ve kötü olan sağlık koşullarını düzeltme sorumlulukları vardır (56).

Ottowa ’da alınan bu kararlardan sonra sağlığı geliştirme uygulamaları dünya genelinde yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlığı geliştirmeye verilen önem ve toplumların bu konuya olan ilgisi, konunun gündemde kalmasını ve güç kazanmasını sağlayan önemli etkenlerden biridir.

Belirtilen stratejiler yanı sıra sağlığı geliştirmenin temel ilkelerinden söz edilmiştir. **Bunlar;**

1. Sağlığın geliştirilmesi mevcut şartlara bağlıdır: Sağlığın geliştirilmesi hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde, toplumdaki temel değişimlerden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar yoksulluk, şiddet ve ruh sağlığı, HIV/AIDS gibi yeni hastalıklara karşılık verebilme ve küreselleşme gibi yeni sosyal etkilerin sağlık üzerine etkilerini göstermiştir (46).

2. Sağlığın geliştirilmesi DSÖ' nün sağlık tanımının üç boyutunu bütünlemektedir: Sağlığın geliştirilmesi; sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutlarını hedef almaktadır. Pek çok ülke ve toplum için kültürel yapı içerisinde dördüncü bir boyut olan manevi boyutunu da içermektedir.

3. Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler: Hükümetler vatandaşlarının sağlığını korumak, devamını sağlamak ve iyileştirmekle yükümlüdürler ve politika geliştirirken ya da hizmet sunarken sağlığı ana bileşen olarak almak zorundadırlar. Hükümetlerin ya da sistemlerin zayıf olduğu ve kamu hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör de halkın sağlığına katkıda bulunur.

4. Sağlığın geliştirilmesi sağlığı toplum adına savunur: Sağlığın geliştirilmesi toplumun bütününe sosyal ve ekonomik gelişim açısından fayda sağlamaktadır. Bu açıdan bakılınca sağlık toplum yararınadır ve modern vatandaşlığın temel bileşenidir.

5. Sağlığa katılım sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur: Sağlık eğitimi ve sağlık okur-yazarlığının arttırılması, toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere bilgilendirilmesidir (46).

2.4 TEMEL GEREKSİNİMLER, SAĞLIK DAVRANIŞI VE MODELLER

2.4.1. Temel Gereksinimler

İnsanın temel gereksinmeleri birincil ve ikincil gereksinmeler olarak ayrılabilmektedir. Burada Maslow'un temel insan gereksinmeleri sıralaması en çok kullanılandır. Şekil 6'da görüldüğü üzere Maslow insan davranışlarında 5 temel gereksinmenin önemli olduğunu, bunların güçlerine ve önceliklerine göre düzenlendiğini, karşılanma sırasının en temel gereksinmeden en üst düzeydeki gereksinmeye doğru olduğunu belirtir (57).

Şekil 6. Maslow (İhtiyaçlar Hiyeraşisi) Teorisi



Kaynak: Boeree G. Abraham Harold Maslow Biograpy. webspace.ship.edu/cgboer/maslow.html (112).

Bunlar;

1.Fizyolojik Gereksinmeler: Bu grupta yer alan gereksinmeler insan yaşamı için önemlidir. karşılanmazlarsa ölüme yol açarlar. Yiyecek, içecek uyku bu grupta yer alır.

2. Güvenlik Gereksinmesi: Bu gereksinme de yaşamın sonuna dek karşılanması gereken bir gereksinmedir. Fiziksel, ruhsal, toplumsal tehditlerden uzak, güvenli bir ortam ve barınma için korunmalı bir yer gereksinmesini gösterir.

3. Sevgi ve Ait Olma Gereksinmesi: Tüm insanlar sevilme ve bir gruba ait olma gereksinmesi içindedir. İnsanlar bir ailenin üyesi olma ve diğer insanlarla kişiler arası ilişkiler geliştirme gereksinmeleri duyarlar.

4. Statü ve Saygı Görme Gereksinmesi: Her insan kendisinin iyi tanınması, diğer insanlardan saygı görme, gruplardan kabul görme, kendine yeterli ve güvenli olma gereksinmeleri taşır.

5. Kendini Gerçekleştirme Gereksinmesi: Kişinin potansiyelini kullanması ve var olan potansiyelini en üst düzeyde kullanması gereksinmesidir. Maslow'a göre bir insan gereksinmelerini bu sıralamaya göre karşılamaya başlar. Yaşam tehdit altındayken bir üst düzeydeki gereksinmenin karşılanması ertelenir (57)

2.4.2. Sağlık Davranışı

Sağlığı geliştirme stratejilerinin ilkini bireysel güçlendirme kapsamında sağlık davranışını geliştirme oluşturmaktadır. İnsan davranışları çok karmaşıktır ve önceden tahmin edilmeleri çok güçtür (5).

Çünkü insanların bir uyarana yanıt olarak ortaya koydukları davranışları, onların içinde bulundukları bedensel-ruhsal-toplumsal durumları, geçmiş yaşantıları, kişilik özellikleri, zihinsel süreçleri ile yakından ilgilidir. Gochman, sağlık davranışını şu şekilde tanımlamaktadır; "Sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür". Rosentock tarafından sağlık davranışı, bir kişinin sağlığını koruması ve devam ettirmesini sağlayan bir mekanizma olarak tanımlamaktadır (5).

Green bu tanıma göre bilgi, tutum, inanç ve değerleri dikkate almamakta, eylem olasılığına dikkat çekmektedir. Steele ve Mc Brom tarafından sağlık davranışı, hastalığın etkilerini önlemek, bireysel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için sağlık hizmetlerinin kullanımı gibi önleyici bir davranış olarak bildirilmektedir (58)

2.4.2.1. Sağlık Davranışı Çeşitleri

Walker ve arkadaşları sağlık davranışını olumlu ve olumsuz olmak üzere iki grupta incelemişlerdir (26). Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur (59).

Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak: spor yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak gösterilebilir (26). Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içme, alkol kullanma ve aşırı yemek yeme sayılabilir (55).

2.4.2.2. Sağlık Davranışını Etkileyen Faktörler

Sağlıkla ilgili davranışların kişilerin demografik, sosyal, ekonomik, eğitim, etnik ve benzeri özellikleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili davranışların yaşam koşullarının düzeltilmesiyle iyileştiği de kabul edilmektedir. (55,60)

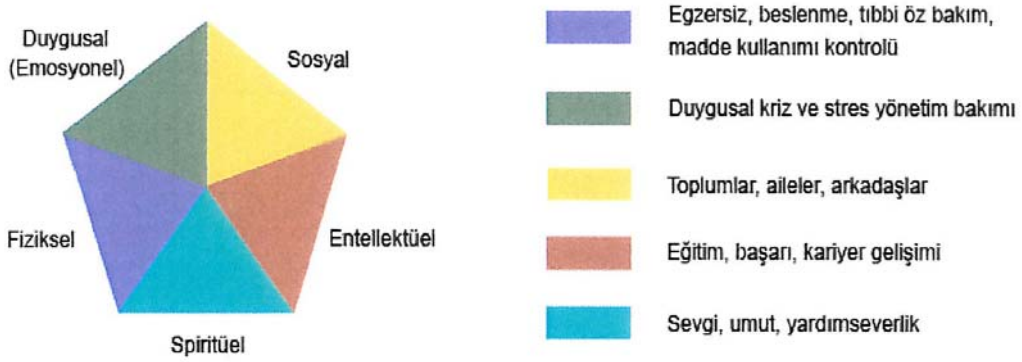
Viner ve Macfarlane sağlık davranışlarının beş alanla ilgili olduğunu belirtmiştir. Bunlar fiziksel, duygusal (emosyonel), sosyal, entelektüel ve spritüel alanlardır (Şekil 6).

- Fiziksel alanda;
- Egzersiz,
- Beslenme,

- Tıbbi özbakım,
- Madde kullanımı kontrolü davranışları,
- Stres yönetimi davranışları.

Sosyal alanda; aileler ve arkadaşlar, entelektüel alanda; eğitim, başarı, kariyer gelişimi davranışları, spritüel alanda; sevgi umut ve yardımseverlik ile ilgili davranışlar yer almaktadır (61).

Şekil 7. Sağlığı Geliştirme Alanları



Kaynak: Viner R . ABC of Adolescence Health Promotion. British of Medical Journal. 2005; 330;527-529 (111).

Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir (4).

2.4.3. Sağlık Davranışı Modelleri

Sağlık davranışı modelleri üç başlıkta tanımlanmaktadır: bireysel sağlık davranış modelleri, bireyler arası sağlık davranış modelleri ve sağlık davranış değişikliği ile ilgili grup ve toplum modelleridir (26).

Sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde kullanılan bireysel sağlık davranışı ile ilgili sosyal-bilişsel modeller;

1. Sağlık inanç modeli
2. Nedenli eylem kuramı
3. Değişim kuramı veya Transteoretik model
4. Önceden önlem almayı benimseme süreci modeli

5. Kontrol etmenin sağlıktaki yeri

6. Korunma güdüsü kuramı

7. Sosyal bilişsel/Sosyal öğrenme kuramı

8. Yeniliğin yayılması modeli

9. Pender'in sağlığı geliştirme modeli (62).

2.4.3.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli (SİM) son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında geliştirilmiştir . Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır (63).

Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (63).

Modelin Bileşenleri

Model altı temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler ve tanımları şunlardır;

- ***Algılanan duyarlılık:*** Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir.
- ***Algılanan ciddiyet:*** Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır.
- ***Algılanan yarar:*** Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir.
- ***Algılanan engeller:*** Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini

azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır.

- ***Öz yeterlilik:*** Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (63).
- ***Davranış ile İlgili İpuçları:*** SİM geliştirilirken, davranışı tetikleyen ipuçları da tartışılmıştır. Örneğin Hochbaum (1958), davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan ipuçları ile artabileceğini belirtmiştir. İpuçları, davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. İpuçları önemli olmakla birlikte, sistematik olarak çalışılmamıştır (63).

Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir (63).

Davranış, hastalığın şiddetini ya da algılanan duyarlılığı azaltmak amacıyla gerçekleştirilmektedir. SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanımaktadır. Riskin azaltılması ile ortaya çıkması beklenen yarar, davranış değişikliğini öngören hareketin, beklenen maliyeti ile ölçülmektedir (63).

Burada beklenen maliyetle belirtilmek istenen, çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşmaması gibi durumlardır. Modelde bu maliyetler, "engel" adı altında toplanmıştır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz yeterlilik ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (63).

Sağlık davranışları araştırmalarında sosyal modelleme ve öz-yeterlilik modelleri kullanılmaktadır. Sosyal modeli kullanarak yapılan girişimlerde, farklı yollarla istendik davranışlar örnek olarak gösterilmekte, kişiler o anda denemeye çalışarak tekniği uygulamakta ve uygun yanıtlar için güçlendirilmektedirler. Kişilerin sağlık davranışlarında, çevresel faktörlerin (fiziksel ve sosyal çevre) de önemli etkileri bulunmaktadır. Bu kuram özellikle sigarayı bırakma, beslenme, HIV/AIDS'den korunma çalışmalarında çok sık kullanılmaktadır (63).

Pekiştirmenin en önemli kaynakları, aile, kitle iletişim araçları ve akranlardır. Akran etkisi, yaş arttıkça, özellikle ergenlikler ve genç erişkinlerde ailenin etkisinin önüne geçmektedir. Yaş ilerledikçe, kurumsal, ekonomik ve çevresel etkilerin, sağlık davranışına olanak sağlayıcı ve güçlendirici faktörler içinde önemi giderek artmaktadır (63).

2.4.3.2. Nedenli Eylem Kuramı

1960'lı yılların ortalarında geliştirilen bu kurama göre; bireyler, genellikle kendilerine verilen mantıksal bütünlüğü olan bir bilgiyi sistematik olarak kullanırlar. Bireyler eylemlerinin sonuçlarının farkındadırlar ve iradeleriyle hareket ederler. Davranışlarının belirlenmesinde normatif inançlar, diğer kişilere olan inanç ve kendisinden beklenen davranışlar önemli rol oynamaktadır.

Bu model, davranışın oluşmasının riski azaltmaya yönelik tutumlar, sosyal normlar ve riskli davranışları değiştirme kararı şeklinde bireyin kişisel kararları üzerine odaklanmaktadır. Bu kurama göre eğer bir kişi, olumlu bir davranışla elde edeceği yararın olumlu olacağını algılarsa, bu davranışı kazanmak için olumlu yönde davranacaktır. Bireyin çevresindeki kişiler de (ailesi, öğretmenleri, akranları gibi) bu davranışla elde edilecek sonucu olumlu olarak algılarlarsa, kişi, onların beklentilerini karşılamak için olumlu yönde davranacaktır (28).

Değişim Kuramı veya Transteoretik Model

Transteoretik Model psikolog James Prochaska ve CarloDiclemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur. Transteoretik Model hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için toplum temelli birçok yurt dışı çalışmada test edilmiştir. Bu model, 1980'lerden itibaren ABD, Avustralya ve İngiltere'de sağlığı geliştirme çalışmalarında kullanılmıştır (64).

Bu model, sağlıklı bir davranış geliştirirken çeşitli aşamalardan geçildiğini varsaymaktadır. Modele dayalı çalışmalarda dikkat edilmesi gereken en önemli konu çalışmaların ve verilecek mesajların değişim sürecinin ilgili aşamasına özgü olmasıdır (64).

Transteoretik Model'in yapısı; 1. Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyut), 2. Değişim Süreci (bağımsız değişken boyutu) ve 3. Öz-etkililik/Teşvik Eden Faktörler/ Karar Alma Ölçekleri (değişimin düzeyleri) basamaklarından oluşmaktadır. Bu modele göre davranış değişimi basamakları; 1. Düşünme/niyet etmeden önce, 2. Düşünme niyet etme, 3. Hazırlık, 4. Eyleme geçme, 5. Davranışı sürdürme ve 6. Relaps'tan oluşmaktadır. Bu yaklaşımda, müdahale programının başarılı olması için, uygun basamağın hedeflenmesi gereklidir. Kişinin hangi basamakta olduğu saptanmalı, müdahaleler de buna göre planlanmalıdır (64).

Tablo 2. Transteoretik Model'e Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler

Transteoretik Model'e Göre Değişim Süreçleri ve Örnekler
Bilişsel Süreçler
1. Bilinçlenme (farkındalığın artması): Problem davranışın nedenleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığın artmış olmasıdır. Farkındalığı arttıran girişimler geri bildirim, eğitim, konferans, yorum, dini kitaplar ve medya kampanyaları olabilir. "Sigarının nasıl bırakılacağını okuduklarımdan hatırlarım."
2. Duygusal uyarılma: Bireyin problemli davranışı ile ilişkili olaylar karşısında (örneğin sigara ve akciğer kanseri) çok güçlü üzüntü deneyimlediği zaman oluşan süreçtir. Bu evrede psikodrama, rol yapma, geri bildirimler ve iletişim araçları bireyleri duygusal olarak harekete geçirebilir. "Sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar keyfimi kaçırır."
3. Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin kişisel alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini bilişsel ve duygusal olarak değerlendirilmesidir. Empati eğitimi, kanıtlar ve aile girişimleri bu aşamada kullanılan tekniklerinden bazılarıdır. "Sigara içmenin çevreye zararlı olabileceğini düşünürüm."
4. Sosyal Özgürleşme - Çevresel fırsatlar: Toplumda bireylere sağlanan alternatif davranışlara karşı farkındalığın arttığı süreçtir. Sigara içmenin yasak olduğu alanlar, okulda öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması gibi, yardım için yaratılan fırsatları fark etme ve kullanma sürecini etkileyebilir. "Toplumun sigara içmeyenlere kolaylıklar sağlayacak şekilde değiştiğinin farkındayım."
Kendini yeniden değerlendirme: Bireyin kendini sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarla ilişkilendirerek değerlendirmesidir. Sağlıklı rol modelleri, hayal gücünü kullanma, değerleri süzgeçten geçirme onları harekete geçirebilir. "Sigara bağımlılığım kendimi rahatsız hissetmeme neden olur."
Davranışsal Süreçler
Uyaranların kontrolü: Problemli davranışlara yeniden başlama riskini azaltmak için uyaranların kontrol edilmesi ya da yerine diğer sağlıklı alternatiflerin seçilmesidir. Çevrenin yeniden düzenlenmesi, kendi kendine yardım grupları sağlıksız davranışa yeniden başlama riskini azaltmada yardımcı olabilir. "Sigara içmeyi hatırlatan şeyleri evimden uzaklaştırırım."
Destekleyici ilişkiler: Güven sağlayan, destekleyen ve kabul gören ilişkileri içerir. Danışman desteği, arkadaşlık ilişkileri, sosyal destek grupları etkili olabilir. "Sigara içmem ile ilgili konuşmaya ihtiyaç duyduğum her zaman beni dinleyecek birileri vardır."
Karşıt koşullama (yerine koyma): Sağlıksız davranış yerine konulabilecek daha sağlıklı davranışları öğrenmeyi ve kullanmayı içerir. "Sigara içmek yerine, ellerimle yapabileceğim daha iyi, başka şeyler bulurum."
9.Güçlendirme (ödüllendirme): Ödül kendi kendine değişmeye çalışan bireyler için güven kaynağıdır. Bu aşamada bireye kendini olumlu yönde ifade etme fırsatı sağlayan güçlendirme girişimleri kullanılabilir. "Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm."
10. Kendisi ile anlaşma: Bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve uyum sağlamasıdır. Yeni davranışlar için birden fazla yardım seçeneklerinin kullanılması uyumu attırabilir. "Sigara içmeyeceğime dair kendime söz veririm."

Kaynak: Velicer WF. Using the Transtheoretical Model For Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. Homeostasis in Health and Disease. 2000; 40 pp: 174-195 (111).

2.4.3.3. Önceden Önlem Almayı Benimseme Süreci Modeli

Model, yeni bir yöntemin uygulanması ya da riskli davranışların bırakılması ile ilgilenmektedir. Kişinin eyleme geçmek için karar verme noktasına nasıl geldiğini, kararın nasıl eyleme dönüştüğünü açıklamaktadır. Bu nedenle psikolojik süreçlerle ilgilenmektedir. Model yedi aşamadan oluşmaktadır:

1. Başlangıçta kişi, sağlıkla ilgili durumundan habersizdir.
2. Konu ile ilgili bir şey öğrendiği zaman kayıtsız kalamaz.
3. Karar verme aşamasına gelen kişi konuyla ilgilenmektedir.
4. Karar verme süreci, eyleme geçmemek ya da önlem almayı kabul etmekle sonuçlanır.
5. Eğer karar eyleme geçmemekse önlem uyarlama süreci sona erer.
6. Eğer kişi önlem almayı kabul ederse,
7. Sonraki aşama davranışın gerçekleşmesidir (28).

2.4.3.5. Kontrol Etmenin Sağlıktaki Yeri

Bu modelin kaynağı, sosyal öğrenme kuramıdır. Kuramın ana özelliği, belirli bir durumla ilgili davranışın gerçekleştirilme olasılığının, davranışın yol açacağı varsayılan olumlu pekiştireç ile bu pekiştirece verilen değerdir. Sağlığa verilen değer, içsel sağlık kontrol inançları ile sağlık davranışının gerçekleştirilmesi arasındaki ilişki sonucu belirlenmektedir. Kuramla ilgili tartışılan nokta, kişi kendi sağlığına değer verdiği zaman, inançlarının sağlıkla ilgili davranışları belirleyeceğidir (28).

2.4.3.6. Korunma Güdüsü Kuramı

Bu model, korkuyla ilgili yaklaşımları açıklamak için geliştirilmiştir. Buradaki temel düşünce, korku uyandıran iletimimin bilişsel süreci, tutumu, niyeti ve sağlık davranışını dolaylı ya da doğrudan etkileyip etkilemediğidir. İnanç, tutum ve davranışın değiştirilmesinde iletişimin hangi koşullarda etkili olduğu açıklanmaktadır. Eğer önerilen davranış, korkunun azaltılmasını sağlarsa pekiştirilmekte ve gerçekleştirilme Şansı artmaktadır. Ancak önerilen davranış, korkuyu azaltmazsa uygun olmayan başa çıkma davranışları gerçekleştirilebilir (28).

Kişiyi herhangi bir sağlık riskinden korumaya yönelik güdülenme dört inanca dayanmaktadır:

1. Tehlikenin şiddetini hissetmek (önemlilik)
2. Tehlikeye karşı duyarlı olduğunu hissetmek (olasılık)
3. Tehlikeye karşı koruyucu davranışı gerçekleştirebileceğini hissetmek (yeterlilik)
4. Tepkinin etkili olacağını hissetmek (tepkisel yeterlilik) (28).

Bu modele göre davranış değişikliği için çalışmalar korku yerine bu öğelere yöneltilmelidir. Mesajlar, hastalığın ciddiyetini, hastalıkla ilgili duyarlılığı, önerilen davranışın etkililiğini, ilgili davranışın gerçekleştirilmesi için gereken öz yeterliliği ve niyeti içermelidir (28).

2.4.3.7. Sosyal bilişsel/Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal bilişsel kuram, insan davranışını, bireysel, davranışsal ve çevresel etmenler arasındaki sürekli etkileşim olarak tanımlamakta ve davranışın bilişsel süreçlerle düzenlendiğini öne sürmektedir. Davranışın sonucu ile ilgili beklentiler, davranışın gerçekleştirilmesinde rol oynamaktadır. Sosyal öğrenme veya gözleme dayalı öğrenme; diğer kişilerde görülen davranışların gözlenmesi, akılda tutulması ve tekrarlanması sonucu oluşan öğrenme olarak tanımlanmaktadır (28).

Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre bireysel, davranışsal ve çevresel faktörler davranışın belirleyicileridir ve farklı içsel ve dışsal faktörler davranışı şekillendirmektedir. Sosyal öğrenme kuramına dayalı girişimler, bireylerin kendi davranışlarını kontrol etme yeteneklerine ve bireysel ya da çevresel faktörlerin davranışta oluşturdukları değişikliklere odaklanmaktadır. Egzersiz ve fiziksel aktivite ile ilgili bazı sosyal-bilişsel yaklaşımların sonuçları tartışmalı olsa da, öz-etkinlik ve karar verme stratejilerine dayalı girişimlerle başarılı sonuçlara ulaşılmıştır (65).

2.4.3.8. Yeniliğin yayılması modeli

1983 yılında geliştirilen bu model, bir fikrin veya düşüncenin toplumda nasıl yayıldığını anlatmaktadır. Buna göre; yayılma, iletişim, sosyal sistem ve zaman olarak dört temel öğe bulunmaktadır (65).

Yeniliğin yayılması modeli, yeni fikirler veya davranışların topluma nasıl tanıtıldığının ve toplum tarafından nasıl kabul edildiğinin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Yeniliğin yayılımı modeli, yeni davranışın benimsenmesi aşamasını incelemek için kullanışlı bir modeldir (65).

Davranış değişikliğinin oluşumu için1. İlgilenme, 2. Farkındalık, 3. İkna etme, 4. Karar verme, 5. Benimseme basamaklarını geçirmek gerekir. Bu kuram, tanımlayıcı bir sosyal kuram olmasıyla diğerlerinden farklılık göstermektedir. Yeni fikirler ve davranışların yayılma mekanizmalarını açıklamaya çalışmakta, böylece bazı konulara hangi noktalarda müdahale edilebileceğini saptamaya çalışmaktadır. Olumsuz davranışların oluşmaya başlamadan

önlenmesi, bu aşamalardan her biri için farklı müdahaleler gerektirmektedir. Uygulanacak programlarda bu aşamalar göz önüne alınır (65).

2.4.3.8. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender, 1990 yılında Sağlık İnanç Modeli'ne sağlığı koruma kavramını ekleyerek bu modeli tanımlamıştır. Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması, bu nedenle davranışların sağlıklı olacak Şekilde değiştirilmesidir. Pender, sağlıklı yaşam biçiminin iki yönü olduğunu belirtmiştir. Bunlar sağlığın korunması ve sağlığı geliştirilmesidir. Bu model, sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili yedi bilişsel etken içermektedir.

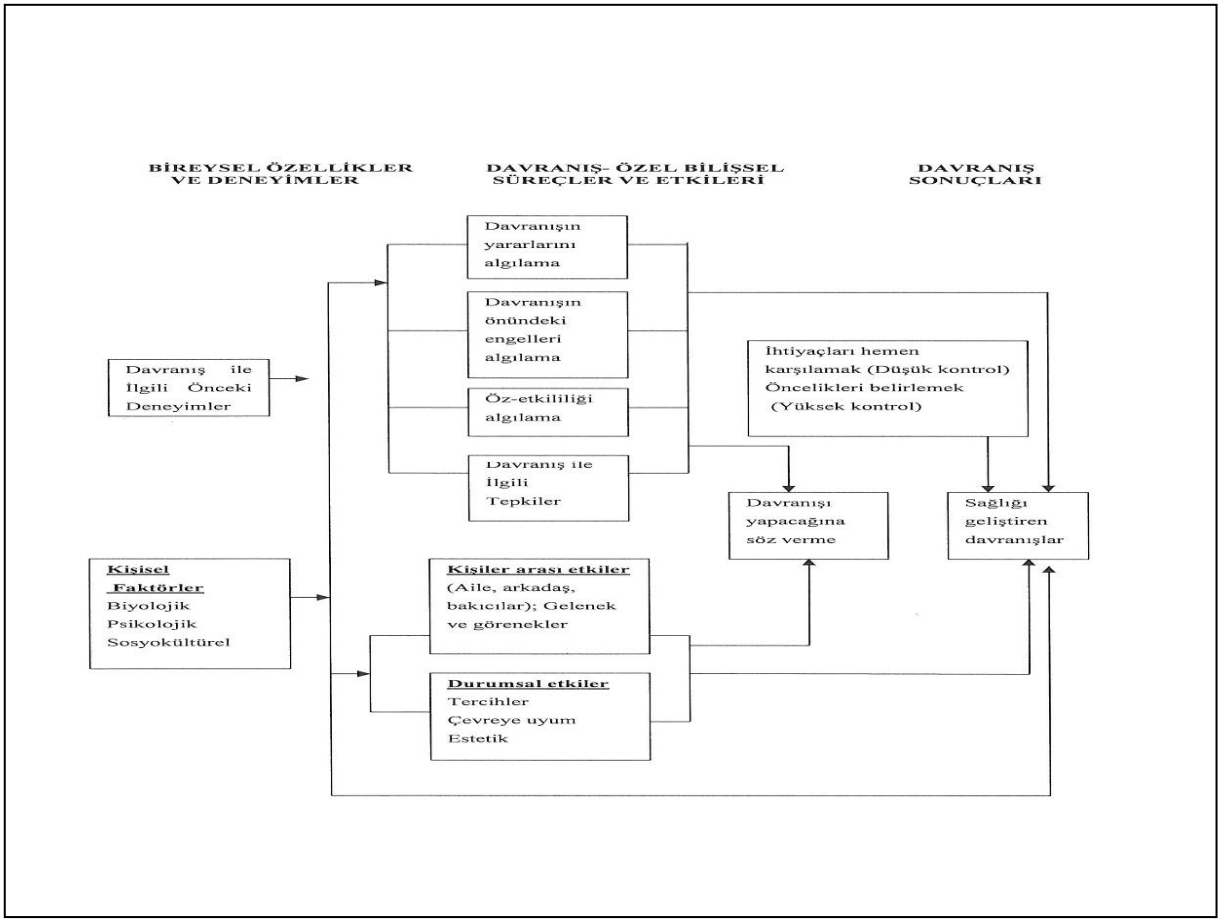
Bunlar:

1. Sağlığa verilen değer
2. Sağlık ile ilgili algılanan kontrol
3. Öz yeterlilik
4. Sağlığın bireysel tanımı
5. Algılanan sağlık durumu
6. Sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararı
7. Sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili algılanan engeller

Şekil 7'de izlediği gibi demografik değişkenler, biyolojik özellikler, kişiler arası ilişkiler, koşullar-fırsatlar ve daha önce gerçekleştirilen davranışlarla ilgili deneyimler bilişsel ya da algıya dayalı süreci etkilemektedir. Kişinin sağlıkla ilgili inançlarını aile, sağlık ve hastalıkla ilgili inançlarını ise geçmiş deneyimleri belirlemektedir (65).

Bu model, hastalığı tedavi etme, sağlıklı davranışların korunması ya da düşünce ve davranışların belirli bir yönde değiştirilmesi ile sağlanan bir durum olarak değerlendirmektedir. Bu modele göre, sağlık ulaşılması gereken bir hedeftir (28)

Şekil 8. Sağlığı Geliştirme



Kaynak: Pender N. Health Promotion in Nursing Practice. New Jersey, 2002: 13-209 (102).

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

-Davranışla ile İlgili Önceki Deneyimler:

Davranışsal faktörler SİM'nde davranışla ilgili önceki deneyimler olarak yer almaktadır. Bu deneyimlerin yeni kazanılacak davranışın oluşmasında %75 oranında etkili olduğu belirtilmektedir. Deneysel çalışmalarda yeni kazanılacak davranışla ilgili olarak geçmişte yapılan aynı ve benzer davranışların çok etkili olduğunu göstermiştir (28).

Önceki davranışların doğrudan ve dolaylı etkileri sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde çok etkilidir.

-Kişisel Faktörler:

Kişisel faktörler, biyolojik, psikolojik ve sosyo kültürel faktörler olarak ayrılmıştır. Biyolojik faktörler yaş, beden kitle indeksi, puberte, menopoz, fiziksel kapasite, dayanıklılık

ile ilgilidir. Psikolojik faktörler; öz-saygı, öz motivasyon ve sağlık durumunu algılamaktır. Sosyokültürel faktörler ise; etnik köken, kültürel yapı, eğitim ve sosyo ekonomik durumdur. Kişisel faktörler bireyin bilişsel süreçlerini, tepkilerini ve sağlık davranışını etkilemesine rağmen bazı kişisel faktörler değiştirilemez. Bu nedenle bu faktörlerin değişkenliğine göre sağlık davranışı da etkilenecektir (28).

Davranışsal-Özel Bilişsel Süreçler ve Etkileri

-Davranışın Yararını Algılama: SGM' de özellikle davranışa başlamada en büyük etkiye sahip değişkenlerin olduğu bölümdür. Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlık üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürmeye kolaylıkla karar verebilir. Bu aşamada olumlu sağlık davranışının yaşam kalitesi ve sağlıklı olma üzerindeki etkilerine yönelik farkındalık yaratacak eğitim programları önemli yer tutmaktadır (28).

Davranışın Önündeki Engelleri Algılama: Birey yeni davranışa başlama ve sürdürme sürecindeki kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilir. Bu engeller birey açısından hayal ürünü ya da gerçek olabilir ancak her ikisi de davranışı olumsuz etkiler (28).

Öz-Etkililiği Algılama: Öz etkililik bireyin sağlığını geliştirmede veya sağlığını geliştirmede veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlemede etkin olma gücüdür. Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışını başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır. Sağlığı Geliştirme Modeli'nde sağlık davranışının öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını sağlayan temel özellik olarak tanımlanmıştır (28).

Davranışla İle İlgili Tepkiler: Bu aşamada bireyin subjektif duyguları ile ilgili özellikleri içermektedir. Eğer birey davranış ile ilgili olumlu duygular taşır ve pozitif bir bakış açısı taşırsa davranışa başlaması ve sürdürmesi kolaylaştırmaktadır. Sağlık davranışlarıyla ilgili yapılan son çalışmalarda duygusal durumun sağlık davranışı açısından belirleyici nitelikte olduğu görülmektedir (28).

Kişilerarası Etkiler: Sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürmede; aile, arkadaş,sağlık görevlileri ve akrabalarla iyi etkileşimin önemli olduğu belirtilmektedir.

Durumsal Etkiler: Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranışını doğrudan etkilemektedir. Bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik haline ulaşması için,

çevresi ile baş edebilmesi, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum bulabilmesi gereklidir (28).

Davranış Sonuçları

Davranışı Yapacağına Söz Verme: Bu aşama bireyin artık sağlık davranışını sergilediği, harekete geçtiği aşamadır. Subjektif duyguları içerir. Birey kendisi ile davranışı sürdüreceğine dair bir sözleşme imzalar, kendisine söz verir. Davranışla ilgili olarak sergileyeceği stratejileri, kendi yaşam biçimine göre belirler ve düzenler (28).

İhtiyaçları Hemen Karşılamak (Düşük kontrol)-Öncelikleri Belirlemek (Yüksek Kontrol): Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi ihtiyaç duyulduğu zaman hemen karşılamaktır. Örneğin kilo verme sürecinde acıkan bireyin öncelikli olarak tokluk hissini sağlamak için o anda ne bulursa yemesidir. Kilo almamak için yemek miktarını az seçebilir ancak düşük kontroldür. Buna karşın bu birey yemek tercihlerini düşük yağlı, kalorisi az, zengin lifli, vitaminli, proteinli yiyeceklerden yana kullanırsa önceliklerini belirler ve davranışa üzerinde yüksek kontrol sağlanmış olur (28).

2.5. ERGENLİK DÖNEM VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

2.5.1. Ergenlik Dönem ve Özellikleri

Latincede büyümek, olgunlaşmak anlamında kullanılan "adolescere" fiilinin kökünden gelmekte olan bu sözcük, yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir (66,67). Dünya Sağlık Örgütüne göre 10-19 yaş arası dönem 'ergenlik dönemini', 15-24 yaş arası 'gençlik dönemini' ve 10-24 yaş arası dönem ise 'genç insan' olarak tanımlanmaktadır. Dünyada 10-24 yaş arasında toplam 1.5 milyar ergen yaşamaktadır. Ergenlerin %80'i gelişmiş ülkelerde, %20'i ise gelişmemiş ülkelerde yetişmektedir (1)

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü (Psychiatric Glossary) ergenlik dönemini fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir' bir dönem olarak açıklamıştır. Genel olarak puberte ergenlik dönemin başlangıcı olarak kabul edilir (68).

Ergenlik pubertenin getirdiği biyolojik değişikliklerle belirgin bir şekilde başlamasına karşın sonlanması konusunda o kadar açık belirtiler yoktur ve psikososyal faktörler ergenliğin sonlanmasında önemli rol oynamaktadır (67). Ergenlik döneminin başlangıç süresi ırk, beslenme ve iklim koşullarına göre değişiklik göstermektedir. Dilimizde ergenlik yada delikanlılık olarak bilinen bu dönem bedensel, ruhsal ve sosyal yönden incelenebilecek bir çok değişimin iç içe yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı bir dönemdir (67).

Ergenliğin yaş aralıklarında yaşamış olduğu bedensel, zihinsel ve cinsel gelişim aşamaları;

Erken Ergenlik (11 – 14 yaş dönemi)

• Puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklere karşı uyum ve başetme çabası,

• Hızlı psikososyal gelişim,

• Duygu ve davranışlarında aşırılık, duygusal dalgalanmalar,

• Cinsellik konusunda ilgileri artmış olmakla beraber, aynı cinsle arkadaşlık etme eğilimi (51).

Orta Ergenlik (15 – 17 yaş dönemi)

• Hızlı pubertal gelişmenin yavaşlaması ve gencin bedenine alışma,

• Cinsel kimlik gelişimi,

• Ana babadan ayrışma ve arkadaş grubu ile daha fazla bütünleşme,

• Kuralları ve sınırları zorlama, riskli davranışlara girişme,

• Düşünme ve davranışlarını daha iyi değerlendirmenin sonucu olarak pişmanlık veya utanç, güvensizlik veya çekingenlik duyguları (51).

Geç Ergenlik (18 – 21 yaş dönemi)

• Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile endişeleri sona ermiştir.

• Ergenliğin başından beri yaşanan duygular, beceriler, özdeşimler harmanlanarak kimlik duygusu oluşur.

• Sosyal ilişkiler arkadaş grubundan kişisel ilişkilere yönelmiştir.

• Büyüklerden yardım istemek ve akıl danışmak artık rahatsız etmez.

• Soyut düşünce yeteneğinin gelişmesi ile gelecekle ilgili daha realistik hedefler belirlemeye başlarlar (51).

2.5.2. Ergenlik Döneminde Bedensel ve Seksüel Gelişim

Bu dönemde görülen en önemli fizyolojik gelişme her iki cinste de kendine özgü bir sırayı takip eden Sekonder seksüel karakterlerin gelişimi ile boy ve ağırlık artışıdır. Hipotalamus, pitüter, gonad ve adrenal bezlerde belirgin kalitatif ve kantitatif değişikliklerin başlaması ile ergenlik dönemi başlar. Bu değişimler sonucunda erişkin dönemine dek sürecek olan boy ve ağırlıktaki hızlı artış, doku ve vücut kompartımanlarında değişim ve cinsiyete özgü vücut özelliklerinin kanılması ile ergenlik, erişkin kadın ya da erişkin erkek özellikleri edinir. Sekonder seksüel karakterlerin ortaya çıkması gonadal aktivitenin başlangıcının somatik bir göstergesidir (71).

Kızlarda menstrasyonun başlaması, erkeklerde spermatozoa yapımının başlaması ile pubertenin başladığı kabul edilir. Ergenlik dönemdeki en önemli değişimlerden biri hızlı fiziksel büyümedir. Ergenlik dönemde kilit rolü oynayan merkez hipotalamustur. Hipotalamusun, seks steroidlerinin negatif feed-back etkisine zamanla duyarlılığının azalması ile GnRH düzeyleri artar ve pubertal dönem başlar (71).

Vücutta hormonal aktivitenin artması ile, ergenlik kız ve erkek cinsiyete özgü belirli bir sıra takip ederek, fiziksel olarak erişkin erkek ve kadın vücut yapılarına ulaşırlar. Fiziksel görünüm dikkate alındığında bu sıra şöyledir.

Erkeklerde;

1. Testis ve skrotumun hacim kazanması, penis boyunun uzaması ve kalınlaşması,

2. Erkeklerin 1/3'ünde bir yada iki memede görülen jinekomasti,

3. Pubik kıllanmanın başlaması,

4. Kıvrımlı, sık ve koyu pigmentli kıllanma,

5. Seste kalınlaşma (71).

Kızlarda;

1. Pelvisin yatay çapında genişleme,

2. Memelerin gelişmeye başlaması,

3. Vagen ph'ının asitleşmesi,

4. Aksiler kıllanma,

5. Pubik kıllanma (71).

Ergenlik dönemde kemik, kas, yağ dokusunda artış, boyda uzama, seksüel karakterlerin gelişimi yanında adrenaller hariç, visseral organlarda da gelişme gözlenir. Beyin gelişimi devam ederken dalak gibi lenfoid dokular küçülmeye başlar. Kalp ve akciğer vücuda oranla büyüktür. Hızlı uzama döneminde, göğüs duvarının ince oluşu kalp seslerinin yanlış duyulmasına neden olabilir. Tiroid bezinde özellikle kızlarda belirgin bir büyüme görülür. Ayrıca bu dönemde hormonal dengesizlikler nedeniyle insülin direnci artar ve Diabetus Mellitus sık görülür (71).

2.5.3. Ergenlik Döneminde Psikolojik ve Sosyal Gelişim

Fizyolojik yönden olduğu gibi psikolojik ve sosyal yönden olgunlaşmada ergenlik döneminden önce başlamıştır. Her üç süreç ergenlik döneminde iç içe devam eder ve her üçü de kişisel farklılık gösterir. Bugün için kabul gören görüş kişisel gelişimin genetik ve çevresel etkilerin bir sonucu olduğudur. Bu görüşe göre birey doğduğunda bir kimliğe sahiptir (71).

Bu kimlik aynı ailede bile olsa farklı gelişir. Doğum sırası, cinsiyet, geçirilen hastalıklar ve kardeş ilişkileri gibi faktörlerin kişilik gelişimi üzerine etkisi açıktır.

Yenidoğan bir bebek 3-18 aylarda kendinse bakan kişi arasında simbiyotik bir yaşam içindedir. Çocuk yürümeye başlayınca ilk ayrılma-ayrışma dönemi yaşar (71).

Bundan sonraki 2. ve son ayrılma ergenlik dönemde olur. Bu dönemde ergenlik bağımsızlığını kazanır, yetişkin kimliğini inşa eder ve sosyalleşir Beyin gelişimi hızlanan ve hormonal değişiklikler gözlenen bu dönemde ergende birçok duygu, davranış ve zihinsel değişiklikleri gözlenir. Bilgi birikim kapasitesi arttıkça daha çok öğrenir. Beyin gelişimi hızlanıp daha çok öğrendikçe sorgular, düşünür ve kararlar alır. İçinde yaşadığı sosyal ortam ve dünyayı tanıdıkça kişiliğini geliştirmeye başlar (71).

Ergenlik sosyalleşme sürecinde yaşıtlarıyla daha sık beraber olmak ister. Onun için yaşıtlarından soyutlanmak korku vericidir. Bu dönemde bazı alışkanlık yapıcı maddeler denenerek ya da hiç denemeden reddedilir yada kullanılmaya başlanarak devam ettirilir. Sigara alkol, madde bağımlılığı, erken ilk seksüel deneyim ve okulu bırakma gibi davranış bozuklukları bu dönemde sık rastlanır (71).

2.5.3.1. Ergenlik Döneminde Görülen Psikolojik Sorunlar

Ergenlik, gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bir evredir. Ergenlik döneminin bitişini belirleyen ruhsal olgunluğun sağlanmasının da toplumdan topluma farklılıklar gösterir. Ergenlik başlangıç ve bitiş sürelerinin belirlenmesinde olduğu kadar normal ve anormalliğinin belirlenmesinde de güçlük çekilen bir dönemdir. Beden görünümünün değişmesi, dürtülerin artması, cinsel kimliğin daha fazla hissedilmesi genci sosyal olarak da yeni bazı roller (konumlar) edinmesi gerekeceği gerçeğiyle karşı karşıya bırakır. Bu gerginlik yaratan bir durumdur (71).

Piaget'in tanımladığı zihinsel gelişme dönemlerinin sonuncusu olan formal operasyonel düşüncenin (soyut kavramları düşünebilme yetisi) de gelişmeye başladığı zamandır. Bu zihinsel gelişim gencin zaman kavramının farkına varmasına, şimdiki zamanın ötesinde düşünmeye başlayıp gelecekle ilgili kaygılar duymasına, zamanın geçmekte olduğunu hissedip kendi ölümlülüğünü de farketmesine neden olur bu da başedilmesi gereken ek stresler demektir (66).

Özellikle aile desteğini iyi alan gençler bu dönemi fazla karışıklık yaşamadan tamamlar. Bu dönemde ciddi psikiyatrik hastalıkları düşündürecek kadar ağır ruhsal belirtilere yol açan bocalamalara da rastlanmaktadır (66). Ergende görülen hızlı fiziksel, ruhsal ve cinsel değişimlerin etkisiyle bastırılamayan öfke duygusu yeme bozukluklarına, depresyona, madde ve alkol bağımlılığına, intihara ve suça olan eğilimi arttırmaktadır (12).

2.6. Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirici Davranışlar

2.6.1.Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirici Davranışların Önemi

Ergenlik dönemi bir dizi bedensel ve ruhsal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Genel olarak 10-19 yaşlarını kapsayan ergenlik dönemi, ergenin kendisi ve ailesi açısından bir çok sorunun gelişebildiği fırtınalı bir zaman dilimidir (72). Bugün dünya üzerinde yaklaşık 1.2 milyar ergen (10-19 yaş) ve 1.5 milyar gencin (10- 24 yaş) yaşadığı düşünülmektedir. Her beş genç insandan birisi gelişmekte olan bir ülkededir. Demografik veriler ergenlerin durumunun

pek de iç açıcı olmadığını göstermektedir. Dünya üzerinde milyonlarca ergen sokakta yaşamakta ve çalışmaktadır. Bazı gelişmekte olan ülkeler de işsiz 10 kişiden 8'i gençlerdir, 100 milyon genç kızın tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalıkla enfekte olduğu, tüm yeni HIV enfeksiyonlarının %40'ı 15-24 yaşları arasında olduğu tahmin edilmektedir (73).

Yıllar içinde ülkelerin sağlık göstergelerinde olumlu yönde gelişmeler olmuşsa da, mortalite ve morbiditesi değişmeyen tek grup ergenlik dönemidir (74).

Gelişmiş ülkelerde, önde gelen ergen ölüm nedenleri, somatik hastalıklardan psikososyal ve çevresel sorunlara kaymıştır. Ergenlerin bugün en sık karşılaştıkları sorunlar; depresyon ve intihar eğilimi, kazalar, şiddet, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, plansız gebelik, madde bağımlılığı, şişmanlık ve beslenme bozuklukları gibi en azından kısmen önlenebilir sorunlardır. Geçmişte öldürücü olup bugün ileri teknolojilerle tedavi edilebilen hastalıklar da ergenlik döneminde kronik hastalık prevalansını yüksek olması bu dönemde sağlığı geliştirme davranışlarına verilen önemin artmasına neden olur (74).

2.6.2. Ergenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar

Ergenlerin sağlığını geliştirmeleri onların psikososyal rahatlığı ile ilişkilidir. Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir. Gençler toplumların geleceğini temsil eden bireylerdir. Bu dönemde kazanmış oldukları sağlık davranışları onların ileriki dönemdeki sağlıklarını doğrudan etkiler (72).

Ergenlerin sağlığına ve sağlığı geliştirilmesine verilen önemin artması değişen toplum ve bu yönde kaydedilen bazı önemli sorunların ortaya çıkması bu konuya odaklanılmasına sebep olmuştur (72). Bu dönemde, birey yetişkinliğe ve rollerine hazırlanır, bir başka ifadeyle, tüm yaşamını etkileyebilecek davranış biçimini geliştirir. Ergenlerde sigara alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımının durumlarının arttığı (75), intiharların genç ölümleri arasında ikinci sırada yer aldığı (77), beslenme ve obezite sorunlarının en önemli sorunlar arasında bulunduğu (76), erken yaşanan cinsel aktiviteler, adölesan hamilelikleri ve buna bağlı olarak HIV enfeksiyonunun gençler arasında artış göstermesi (78); bunlara ek olarak duygusal, sosyal sorunlar, aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi ciddi yaşanmaktadır. (79) Sağlık açısından en önemli ulusal başarı göstergelerinden biri, o ülkenin gençlerinin iyilik hali ve sağlık düzeyi göstergeleridir (80).

Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen ergenlik dönemi, gerçekte fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişimin tamamlandığı bir dönemdir (81,82).

Hızlı fiziksel büyümeye kendini henüz alıştıramamış olan gencin cinsel gelişiminin başlaması ve psikososyal değişimlerinin olması, kendisi ve çevresi ile olan iletişimini etkileyebilmektedir. Ergenler, bazen bu değişimlere uyum sağlamakta zorlanabilmektedirler. Uyum sağlayamama sırasında ortaya çıkan sorunlar, gençlerin sağlık düzeylerini, yaşam tarzlarını ve kalitelerini etkilemektedir. Ergenlik dönemi risk alma davranışlarının sık olarak görüldüğü dönemdir (81,82).

Riskli davranışların benimsenmesinde gençlerin davranışlarını belirleyen psikososyal yapıları (inançları, değerleri, düşünceleri vb.), sosyal etkiler, ekonomik şartlar, hareketlilik, aile ortamları, üreme sağlığı konusunda bilgi eksikliği ve gençlere yönelik hizmetlere ulaşımdaki zorluklar ve diğer destek sistemlerinin eksikliği bu davranışların ortaya çıkışına zemin hazırlar (81,82).

Riskli davranışların sağlık üzerindeki etkileri hemen, gecikmiş veya uzun vadede ortaya çıkabilir. Ayrıca, riskli davranışların etkileri özel durumlara ya da davranışın yoğunluğuna bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Birden fazla sahip olunan riskli davranış ise sorunlu diğer davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir. Gençlerin pek çok konuda bilgilerinin yetersiz olmasının, riskli davranışları daha fazla benimsemelerine neden olur. (81,82).

2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda, adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin yaşla birlikte arttığı gözlenmiştir. On beş yaşında yüzde 1'den bile az olan bu oran, 19 yaşındaki kadınlar arasında doğum oranı yüzde 13'e yükselmektedir (2).

Erkek ve kadınlardaki riskli davranışların farklılık gösterdiği bilinmektedir. Ergenlik döneminde görülen riskli davranışların azaltılmasına yönelik müdahale programlarına gereksinim vardır (81).

Beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı ve cinsellik konusunda yapılacak eğitimler sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlar (82).

Ergende sağlığı geliştirme davranışını oluşturabilmek için;

1.Yeni ortaya çıkmış olan becerilere alışma ve geliştirilmesi,

2.Kişinin etkinliğini sağlamak,

3.Sorumluluk duygusunu geliştirmeli,

4.Eleştirel düşünme ve akıl yürütme becerisi,

5.Duygularını kontrol etme yeteneğinin gelişmiş olması gerekir (83).

Tablo 3'de gençlerin madde kullanımına, suç işlemelerine ve depresyona girmelerine neden olan risk faktörleri belirtilmiştir (68).

Tablo 3. Risk Faktörlerine göre Gençlerin Madde Kullanımı, Suç İşleme ve Depresyona Girme Durumları

Risk Faktörleri	Madde Kullanımı	Suç İşleme	Depresyon
Çevre Koşulları			
Kötü çevre koşullar	***X***	***X***	***X***
Toplum düzensizliği	***X***	***X***	***X***
Kişisel destek azlığı	***X***	***X***	
İlaç kullanımı ile ilgili	***X***		
Aile			
Yoksul aile	***X***	***X***	
Disiplinsizlik	***X***	***X***	
Aile geçmişi ve anti-sosyal davranış		***X***	***X***
Ailede madde kullanımı	***X***		
Okul			
Akademik başarısızlık	***X***	***X***	***X***
Okuldaki yönetim boşlukları	***X***	***X***	***X***
Kişilik yapısı			
İsyankarlık	***X***	***X***	***X***
Problem davranışın erken başlaması	***X***	***X***	***X***
Anti sosyal davranış	***X***	***X***	***X***
Yaşıtlarının madde kullanımı		***X***	
Arkadaşlarının madde kullanımı	***X***	***X***	***X***

Kaynak: World Health Organization. 10 Facts on Adolescence Health http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html (Erişim tarihi: 13.05.2010) (68)

Ergenlerde sağlığı geliştirmeye engel olan nedenler;

Ergenlerin sağlık durumu; dünyada her beş insandan biri ergenlik dönemindedir. Ani gelişen ölümlerin üçte ikisi ve toplam ölümlerin üçte biri ergenlerde oluşmaktadır. Erişkinlik döneminde madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar kişinin ergenlik döneminde edinilmiş alışkanlıklarıdır. Sağlığın geliştirilmesi ve daha uzun ve sağlıklı yaşamın koşulu ergenlik döneminde olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ile başlar. Bu dönemde yetersiz beslenme veya tam tersi aşırı beslenme sağlığı kötü bir şeklide etkilemektedir (68).

Psikolojik sorunlar; gençlerin %20'si psikolojik rahatsızlıklardan; bunalım, yeme bozuklukları ve intiharla yüz yüze gelmiştir. Ruh sağlığının geliştirilmesi için gençlere problem çözme becerisini geliştirmek ve onlarla arkadaşça ilişkiler kurulması gerekir. Dünyada gençlerde sigara kullanımı önemli bir sorundur. Bugün 150 milyon ergen sigara kullanmakta ve bu sayı gün geçtikçe artış göstermektedir. Bu artışı engellemek için tütüne özendirici reklamları ortadan kaldırmak, kamuya açık alanda sigara içmeyi engellemek için yasalar çıkarmak ve tütün fiyatlarını arttırmak gerekir. Adölesan dönemde alkol kullanımı gençler arasında artış göstermiştir ve bu artışla birlikte alkol kullanan ergenlerin riskli davranışlara olan yatkınlığı artar (68,84).

Alkol kullanım alışkanlığı; trafik kazalarına, şiddete olan eğilimin artmasına ve erken dönemde hayatın kaybedilmesine neden olmaktadır. Alkol kullanımın azaltılmasında alınacak önlemler alkole erişimin zorlaştırılması ve özendirici reklamların ortadan kaldırılması ile gerçekleşir (68).

Şiddet; 15-19 yaş arası ölüm nedenlerine bakıldığında intihardan sonra ikinci sırada aileden veya aile dışındaki kişiler tarafından şiddete maruz kalmadır. Aile ile genç arasında kurulan ilişkinin gücü ve alkole olan erişimin zorlaştırılması genci şiddetten korur. Gençlerin şiddet nedeniyle hayatlarını kaybetmelerini engellemede toplumun bu konuya duyarlılık gösterilmesi ve gerekli önemin verilmesi gerekir (68).

İstenmeyen yaralanmalar ve emniyet kemeri kullanmama; ergenlerin ölümlerine neden olur ve trafik kazalarındaki yaralanmalar ve kaza sırasında oluşan yanıklar ergenlerin bu konularda yetersiz oluşundan kaynaklanır (68).

Dünya Sağlık Örgütü gençlerin hangi önlemleri alması gerektiğini sıralamıştır. Buna göre; ergen sağlığı ile ilgili temel bilgiler toplanıp analiz edilmeli ve bu konuyla ilgili bazı politik kararlar oluşturulmalıdır (68).

- Bütün politik kararlar ergenin sağlığını geliştirmeyi amaçlamalıdır.

- Ergenlerin sağlık hizmetlerini kullanmalarını sağlamak ve sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak gerekir.
- Ergenlerin sağlığını geliştirmede eğitim, medya ve diğer sektörlerin katkılarını güçlendirmek gerekir (68).

2.7. Ergen Hakları

Ergenlerin ve gençlerin, sağlığa zararlı davranışlardan kaçınmaları, olumlu sosyal ilişkiler kurarak psikososyal gelişimlerini sürdürmeleri için yardıma gereksinimleri vardır. Ergenlik döneminde şekillenen kız erkek ilişkileri, cinsel davranış, tütün, alkol ve diğer uyuşturucuların kullanımı, yeme alışkanlıkları, iletişim, çatışmaları ve riskleri ele alış şekilleri gibi davranışsal kazanımların çoğu ömür boyu sürecektir (85).

Ergenlerin okula gidebilme, bilgi çağından ve teknolojik ilerlemeden yararlanabilme oranı geçmişte olduğundan daha yüksektir. Ancak aynı zamanda milyonlarca ergen yoksulluk, eğitime ulaşamama, yetersiz eğitim ve iş imkanları, ihmal, istismar, savaş, toplumsal kargaşa, etnik ve cinsiyet ayrımcılığından etkilenmektedir. Bu koşullar bir yandan sağlığı doğrudan tehlikeye atabilmekte, diğer yandan gençlerin yetişkinliğe geçiş sürecinde haklar ve ihtiyaçlar konusunda hazırlanmalarına, bunları keşfetmelerine ve yararlanmalarına yardımcı olacak sosyal desteği ortadan kaldırabilmektedir (85).

Ergenlik döneminin olumlu bir özelliği ergenlerin yeni fikirlere açık olmalarıdır; ergenler bu dönemde karar verme konusundaki yeteneklerini geliştirmeye isteklidirler. Ancak sözü edilen konular örgün eğitim sistemi içerisinde çok sınırlı olup, okul dışı gençlik ise buna yeterince ulaşamamaktadır. Bu nedenle topluma dayalı hizmet sunulması, 10-19 yaş ergenlerin ve 10-24 yaş grubu gençlerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir Bu dönemde, ergenlerin kapasitelerini geliştirmek ve yeteneklerini en üst düzeyde kullanmalarını sağlamak için toplumun her kesiminin çalışmalarına gereksinim vardır (85).

Ergenlik dönemi cinsiyet rolleri, haklar ve karşılıklı saygının üzerinde durulacağı ideal bir zaman dilimidir. Ergenlerin eğitim ve sağlık hizmetleri gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasının yanında adolesanların haklarının bilinmesi ve uygulanması gereklidir (85).

IPPF (The International Planned Parenthood Federation) 1996 yılında ergenler için 14 hak belirlemiştir ve buna ek olarak insan haklarından da ek yapılmıştır.

Bunlar;

1. Yaşama Hakkı, 2. Özgürlük ve kişisel güvenliği sağlama hakkı, 3. Hiçbir fark gözetmeksizin herkese eşitlik, 4. Gizlilik hakkı, 5. Düşünce özgürlüğü hakkı, 6. Eğitim hakkı,

7. Aile kurma ve evlilikte eş seçme hakkı, 8. İstediği zaman istediği kişiden çocuk sahibi olma hakkı, 9. Sağlık bakımı alma ve sağlığını koruma hakkı, 10. Bilimin ilerlemesine katkıda bulunma hakkı, 11. Politikaya katılmada özgürlük hakkı, 12. Şiddet görmeme ve davranış özgürlüğü, 13. Üreme sağlığı konusunda son gelişmelerden haberdar olma ve bunlardan yararlanma hakkı, 14. Üreme sağlığı konusunda bilgilendirilme hakkı (86).

2.8. OKUL SAĞLIĞI

2.8.1. Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı hizmetleri, öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi; öğrenciye, okula ve dolayısıyla toplumun yaklaşık %20'sini oluşturan topluluğa (aileler hariç) sağlık eğitimi verilebilmesi için yapılan çalışmalardır (87). Okulun okul sağlığı yönünden sorumlulukları; hastalıklardan korumak ve tedavi etmek, bedeni defektlerin zamanında düzeltilmesini sağlamak ve öğrencilerin sağlığını geliştirmektir. Okul sağlığı hizmeti; Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun uyarınca sağlık sisteminin en temel ve gerekli olarak tanımlamıştır (71).

Global Okul Sağlığı Modeli

Global okul sağlığı modeli dört aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

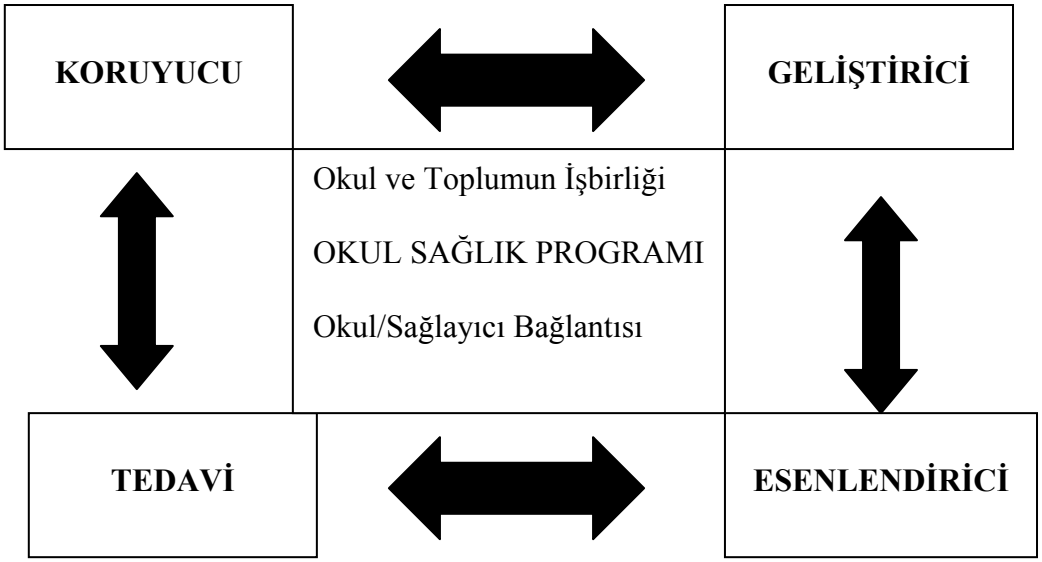
1. Koruyucu: Tarama, tespit, bulaşıcı hastalıklar ve acil bakım aktivitelerini içerir.

2. Geliştirici: Sağlık eğitimi ve öğretimi ile öğrencilerin kendi sağlıklarını geliştirmesini hedefler.

3. Tedavi: Tedavi aşaması okul sağlığının bir parçası olmasına rağmen ülkelerarası belirgin değişiklikler görülmektedir. Herhangi bir hastalığı olan öğrencinin tedavi olması için bir sağlık kurumuna sevk edilmesini içerir.

4. Esenlendirme: Esenlendirme okul programı olarak çoğunlukla sağlanmaz. Sadece idame ve sağlık denetimini içerir (71).

Şekil 9. Global Okul Sağlığı Modeli



Kaynak : Çağatay G. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006 (71)

2.8.2. Sağlık Kontrolleri

2.8.2.1. Okula Kabul Muayenesi

Okula kabul muayenesi sırasında çocuklar gözlem gerektirenler (sık periyodik muayene) ve özel eğitime gereksinimi olan çocuklar şeklinde sınıflanmıştır (87).

2.8.2.2. Dönemsel Sistematik Muayeneler

Dönemsel sistematik muayeneler yılda en az üç defa yapılmalıdır (87).

Dönemsel muayenelerin amacı hastalıkların erken dönemde tanılamasını ve tedavilerin erken dönemde yapılmasını sağlamaktır (87).

Öğrencilere yapılacak muayeneler görme ve işitme kontrolü, ağız ve diş sağlığı taramalarıdır. Genel muayeneler ilköğretim süresince iki kez, lise süresince ise bir kez yapılamalıdır. Büyüme-gelişme kontrolünde dikkat edilmesi gereken konu öğrencilerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ölçümü ve yaşa göre mental gelişimine bakılır (87).

2.8.2.2. Ergenlerde yapılan taramanın kapsamı

Ergenlerin temel sorunları, cinsel kimlik sorunu yaşama, kimlik edinme, toplumsallaşma ve geleceğini biçimlendirme olduğu içinde yapılacak taramada ve periyodik izlem esnasında fizik muayene sırasında ruhsal ve mental sorunlarda özel bir dikkatle izlenmelidir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol, uyuşturucu ve sigara sorunları başlıca dikkat edilmesi gereken konulardır. Gelişim ve aile öyküsünü kapsayan eksiksiz tıbbi bir öykünün alınması ergenlik temel sağlık hizmetinin temel öğesidir (89).

2.8.2.4. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma

Okula devamsızlığın en önemli sebebi öğrencide var olan bulaşıcı hastalıklardır.

Bulaşıcı hastalıklardan öğrencileri korumak için sınıfların kalabalık ve sıkışık olmaması, her çocuğun ayrı bir kitaba sahip olması, hastalık şüphesi olan çocuğun hızlıca muayeneye sevk edilmesi, bulaşıcı hastalığı olan çocuğun iyileşinceye kadar okuldan uzaklaştırılması, belirli aralıklarla dezenfeksiyon uygulanması, çocukların temizlik kontrollerinden geçirilmesi, ağır epidemilerde okulun kurul kararı ile kapatılması alınacak önlemler arasındadır (87).

2.8.3. Okul Sağlığı Ekibi

Dünya Sağlık Örgütü, Okul Sağlığı Komitelerinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda yer alan araştırmalarda, okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler, hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal çalışmacı ve diyetisyendir. Ekip üyelerinin bu çalışmayı başarılı bir biçimde yürütmeleri için okul sağlığı konusunda mesleki bir temel eğitime, desteklenmiş bir hizmet içi eğitime, kurulmuş ve işleyen bir örgüte ihtiyaçları vardır (87).

2.8.3.1. **Hekim:** Okul sağlığı alanında çalışan hekim halk sağlığı uzmanı, özel eğitim gören pratisyen hekim ya da çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olabilir. Hekimin öğrencilerin muayenesini yapmak, okul personeline ve öğrencilere sağlık eğitiminde danışmanlık yapmak, hemşire ile işbirliği içinde çalışmak, okul sağlığı programını yapmak ve denetlemek gibi görevleri vardır (87).

2.8.3.2. Hemşire: Okul hemşiresi, koordinasyon, sağlık eğitimi, ilk yardım, ailelere bilgi vererek yönlendirme, okulda çıkabilecek bazı küçük sorunların çözümü, okul sağlık kayıtlarının tutulması ve aşıların yapılması konularında çalışma yapması beklenmektedir. Okul hemşiresi, fizik muayene ve taramalarda hekime yardımcı olmalıdır, ayrıca ileri tetkik ve tedavi gerektiren öğrencilerin sevk edilmesine ve sonuçlarını izlenmesine yardımcı olur (87).

2.8.3.3. Öğretmen: Okul sağlığı ve sağlık eğitimi programlarının yürütülmesinde öğretmenlerin önemli rolleri vardır. Sağlık eğitiminin sağlık personeli danışmanlığında

öğretmenin yapmasının en etkili yollardan biri olduğu bilinmektedir. Yeterli bir sağlık bilgisiyle donanmış olan öğretmenin, hemşire ve hekime katkısı fazladır. Görme taramaları, vücut ağırlığı-boy uzunluğu ölçümü, kayıtların tutulması, aile ile işbirliği konularında hemşireye yardımcı olabilir (87).

2.8.3.4. Diş Hekimi: Araştırmalar, ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunların genellikle en sık görülen sağlık sorunları olduğunu göstermektedir. Okul döneminde ağız ve diş sağlığının korunmasına ilişkin davranışların öğretilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, diş hekiminin ekipte yer alması, olanaklar kısıtlıysa gezici diş sağlığı hizmetleri ile tanı ve tedavilerin yürütülmesi önerilmektedir (87).

2.8.3.5. Psikolojik Danışman ve Rehber: Öğretmen ve hemşire tarafından ruhsal uyumsuzluğu saptanan çocukların birey olarak değerlendirme ve iyileştirilmesinde; çocukların ruhsal yönden taranmasında görev alırlar. Hemşire ve öğretmene bu konuda danışmanlık yaparlar. Okul sağlığı programında sağlık eğitimi, sağlık personeli, öğretmen ve veli iletişiminde önemli rolleri vardır (87).

2.8.3. Okulda Sağlık Eğitimi

Okullarda sağlık eğitiminin temel amacı; sağlığın önemini anlatmak, bilgilendirmek, sağlıklarını en yüksek düzeyde tutacak davranışları kazandırmak, eksik bilgilerini tamamlamak, yanlış tutum davranışlarını değiştirmektir. Sağlık eğitimi programının başarısı öğrenciye verilen bilginin davranışa dönüşmesi sıklığında artar. Bu bilgi ve deneyimle müfredat ders programlarına konulan sağlık eğitimi derslerinde ya da programdaki diğer derslerle bağlantılı olarak verilebilir (87).

Lise dönemindeki öğrencilerine cinsel eğitim, sigaranın zararları, alkolün zararları, uyuşturucu maddelerinin zararları, boş zamanların değerlendirilmesi konusunda eğitimler, beslenme ve hijyen konuları ile eğitimler verilmelidir (87).

2.8.4.1. Öğrencilere verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları;

-Yaşama Sağlıklı Başlama: Bu konu başlığı içinde canlılarda ve insanlarda üreme, gebelik (gebeliğin planlanması ve gebeliğe hazır olma, gebeliğin oluşması, gebelikte sağlık izlemesinin önemi, gebelikte riskler, sık doğum aralığı, erken ve geç gebelikler ve akraba evlilikleri, doğuma kadar bebeğin gelişimini etkileyen çevresel ve genetik etmenler vb.), doğum (doğum öncesinde doğuma, emzirmeye ve bebek bakımına hazırlık için eğitim alınmasının gerekliliği, doğum vb.), doğum sonrasında bebeğin bakımı (bebek beslenmesi, emzirmenin önemi, bebeğe verilecek ek gıdalar vb.), gebeliği önleyici yöntemler, istenmeyen

gebelikleri önlemek için gebelikten korunma yöntemleri, anne ve bebek ölümlerinin nedenleri ve nüfus artışının etkileri yer alabilir (87).

- Sağlıklı Bedensel Büyüme: Bilgilendirme içinde kız ve erkeklerde ergenlik belirtilerini tanıma, ergenliğe girme yaşı ve farklılıklar, bedensel değişiklikler yer almalıdır. Ergenliğin başlangıç dönemi olan 8-10 yaşlarında bilgilendirme yapılmalıdır. Kızlar "menarş" ve erkekler "telarş" için hazırlanmalıdır (87).

- Sağlıklı Zihinsel, Sosyal ve Duygusal Gelişim: Duygu, düşünce ve değerlerinin farkında olma, duygularını belirtme ve paylaşma, duygu ve düşüncelerini belirtme biçimleri, duygu ve düşüncelerini özgürce söyleyebilme becerisi, olumsuz duygularla baş etme, başkalarının duygularına duyarlı olma, empatik duyarlılık kurabilme, başkalarını dinlemenin önemi, kendisiyle barışık olma (bedensel ve ruhsal olarak), toplumsal değerler ve yaşamı sürdürmedeki yeri, bireysel farklılıklar, yasalar, din toplum ve aile düzeninin davranışlar üzerine etkisi, çocuk hakları, birey olarak haklar ve başkalarının haklarına duyarlılık ve saygı konusunda öğrencilere bilgilendirme yapılır (87).

- Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları: Sağlıklı yaşam için anahtar davranışlar konusunda bir eğitim programı mutlaka yapılmalıdır. Öğrencilere bedenin bakımı ve korunması, sağlıklı yaşam için bedenin doğru kullanılması, doğru nitelikleri taşıyan sağlıklı ve temiz giyinme, sağlıklı yaşam için düzenli hareket ve spor yapmanın yararları, sağlıklı yaşam için aşı olmanın gerekliliği, düzenli uykunun büyüme ve gelişme üzerindeki etkileri, sağlıklı uykunun sağlanabilmesi için uygun koşulları, yaşam biçimi, alışkanlıklar, sağlık ilişkisi, sağlıklı olmanın önemi, sağlıklı ve yeterli beslenme, sağlıklı olmanın bireyin öz sorumluluğu ile ilişkisi, olumlu sağlık alışkanlıklarının bireyin görünüm ve duygularına etkileri hakkında bilgi verilir (87).

- **Beslenme:**

1. Yeterli ve Dengeli Beslenme: Beslenmenin tanımı, öğünler ve öğün örüntüsü (kahvaltının önemi), besin öğeleri ve besin grupları, besin öğelerinin büyüme ve sağlıkla ilişkisi, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, büyüme ve sağlıkla ilişkisi konularında bilgi verilmelidir (87).

2. Besin Güvenliği: Yiyeceklerin seçiminde ve korunmasında ilkeler, taze sebze ve meyvelerin yıkanması, besin alışverişinde dikkat edilmesi gerekenler, açıkta satılan yiyeceklerin tüketilmesinin sağlığa etkileri, ambalajlı besinlerin kontrolü, etiket bilgilerinin okunması konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirme 6 yaşında "güvenli besin"

tanımı ile başlamalıdır. Daha sonraki yıllarda devam etmeli, ergenlik döneminde "etiket bilgisi" hakkında eğitim verilir (87).

- Kişisel Hijyen: Kişisel hijyen davranışları ailelerin kazandırması gereken temel sağlık davranışları arasındadır. Okullarda verilecek olan sağlık eğitiminde de konunun irdelenmesi, aile içinde doğru hijyen bilgileri edinmeleri sağlanmalıdır.

Genel olarak hijyenin tanımı, günlük hijyen davranışları, ağız ve diş sağlığı temizliği, tuvalet sonrası temizlik, vücut ve saç temizliği ve genital organ temizliği hakkında bilgi aktarmak gerekmektedir. ergen yaş grubuna kadar günlük hijyen davranışları, vücut temizliği, ağız ve diş temizliği, tuvalet alışkanlığı ve temizliği konularında bilgi aktarılması yeterlidir.

Ergenlik dönemden itibaren genital organ temizliği konusunda da bilgilendirme yapılması gerekmektedir (87).

- Yaralanmalardan Korunma: Sağlığa zararlı alışkanlıklar (riskli davranışlar) ve güvenliksiz davranışlardan korunmaya ilişkin bilgilerin çocuk ve gençlere verilmesi gerekmektedir. Ayrıca, doğal yıkım durumlarına hazırlıklı olmak için yapılması gerekenler, deprem, sel gibi doğal yıkımlardan önce bireysel-kurumsal-yerel-ulusal ölçekte olarak hazırlıklı bulunma ve yapılması gerekenler ve acil önlem tutumlarına ilişkin bilgilendirmelerin de yapılması önemlidir (87).

- Cinsel ve Fiziksel İstismardan Korunma: Son yıllarda şiddet çok sık karşılaşılan bir olgudur. Bu nedenle çocukların şiddet davranışları ile baş edebilmesine ilişkin mesajların sağlık eğitiminde yer alması çok önem taşımaktadır (87).

-Sağlıklı Çevre: Bugün pek çok sağlık sorununun çevreden kaynaklandığı bilinmektedir. İnsanlar yaşamları sırasında da çevreyi olumsuz olarak etkilemektedirler. Bu nedenle "sağlıklı çevre" konusunun mutlaka eğitim konuları içinde yer alması gerekmektedir. Bilgilendirme içinde insan ve çevresi (insanın çevresinin bir parçası olması), doğayı korumanın önemi ve sağlıklı gelişimle ilişkisi, doğal ve toplumsal çevreye karşı duyarlılık, doğal çevreyi korumak için gerekli olan davranışlar, sağlıklı çevreyi oluşturabilmede öz sorumluluk, ev, okul ve sokakta güvenli bir yaşam için gerekli alışkanlıklar-davranışlar, kendine ve başkalarına zarar verebilecek davranışlardan kaçınma yolları, kazalardan korunma yolları, trafik ve güvenlik kuralları ve ilkyardım ilkeleri konuları bulunmalıdır (87).

- **Sağlık Hizmetlerinden Etkin Yararlanma:** Sağlık kurumlarının genel işlevi, kurumlar, çalışan kişiler, sağlığı koruma ve sağlık sorunları için başvuru merkezleri ile işbirliği yapmanın önemi, sağlık kuruluşlarına ulaşma yöntemlerini bilme, aşı hizmetlerinin

yararını açıklama, toplum sağlığına bireysel katkının önemi, organ ve kan bağışının toplumsal ve bireysel önemi, engelli olarak yaşamı sürdürmede esenlendirmenin önemi, korunma ve erken tanının önemi, sağlıklı kişi muayenesinin önemi, özel sağlık sorunlarında yararlanılacak başvuru merkezleri konularında bilgilendirme yapılmalıdır (87).

2.9. Ergenlik Döneminde Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Çocukluk, gençlik, erişkin ve yaşlılık dönemlerinde ise çok farklı etmenlerin sağlığı etkileyen faktörler olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Çocukluk ve gençlik döneminin önemli bir bölümü okullarda geçmekte olup, bu dönemde okul sağlığı yaklaşımı benimsenmektedir (87).

2.9.1. Sağlığı Geliştiren Okullar Programı

Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme eğitiminin sadece sınıflarda verilen eğitim programıyla sınırlı kalmaması gerektiği kabul edilmektedir. Öğrenci, öğretmen, okul personeli ve okulla ilişki içinde olan herkesin sağlığıyla ilgilenen bir eylemdir. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi, temel olarak, sağlık ve eğitim sektörlerinin işbirliği yaparak okulların öğrenciler, öğretmenler ve personeli için sağlığı geliştiren ortamlar olarak geliştirilmesini öngörmektedir (87).

Bu kapsamlı projenin içine sadece okuldaki fiziksel çevreyi iyileştirmek ve öğrencilerin sağlık problemleriyle ilgilenmek değil, okuldaki psikolojik ve sosyal çevrenin de iyileştirilmesi ve böylece öğrencilerin; kendisine güvenen, başkalarıyla diyalog kurabilen, ekip çalışması becerisine sahip, fikrini söyleyebilen ve savunabilen, kişiliği gelişmiş yetişkin bireyler haline getirilmesi yer almaktadır (87).

Ayrıca, okulun herkese sağlıklı yaşam tarzları ve ilişkileri geliştirebilmesi için uygun hale getirilmesi de proje içinde yer almaktadır. Projenin içerdiği kavramlar: okulda ve sınıf içinde demokrasi, hakkaniyet, öğretmenlerin eğitimi, müfredatın geliştirilmesi, buna uygun yeni yapıların geliştirilmesi ve bu değişimin uygulanması, okulun içinde bulunduğu yerel toplum ve ailelerle aktif işbirliği ile yapılan çalışmaların değerlendirilir.

Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi'nin getirdiği yenilikler sağlığı geliştiren bir okul çevresinin oluşturulması, yeni eğitim ve öğretim metodolojilerinin sunulması ve toplumla işbirliğinin teşvik edilmesi olarak sıralanabilir (87).

"Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (ASGO) Projesi", Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan 14.07.1995 tarihli protokol çerçevesinde yürütülmekte

ve 2005 yılında 81 ilde 106 ilköğretim okulu sağlığı geliştiren okullar kapsamında yer almaktadır. "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Bürosu", "Avrupa Konseyi ve Avrupa Birliği Komisyonu" mali ve teknik yönden destek vermektedir. Proje öncelikle 22 ilden seçilen 25 ilköğretim okulunda pilot olarak uygulanmıştır. Halen 81 ilden seçilen 106 pilot ilköğretim okullarında proje uygulaması sürdürülmektedir. Okul öncesi hazırlık, ilköğretim ve lise düzeyinde 15 milyona yakın öğrenciye 500.000'den fazla öğretmen tarafından 60.000'i aşan okulda eğitim ve öğretim hizmeti verilmektedir (87).

Proje okullarında sağlık ve beslenme konusunda yönetici ve öğretmenlere eğitim verilmekte, eğitim materyalleri dağıtılmakta, okulların sağlık ve beslenme konusunda kendi kendine yeterli hale gelmesi hedeflenmektedir Ülkemizde, birinci basamak sağlık kuruluşları toplum tabanlı hizmet veren sağlık kurumları olarak okul sağlığı çalışmalarının yürütülmesinden de sorumludurlar (12).

Okul çağı çocuk sağlığına yaklaşım konusunda birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli için, Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Çağı Çocuk Sağlığına Yaklaşım Pratik Rehber El Kitabı hazırlanmıştır (12).

2.9.2. Güvenli Okullar Programı

Günümüzde okullarda güvenliği tehdit eden konular başlıca şunlardır: okulda şiddet, zorbalık, okula ulaşım sırasında meydana gelen trafik kazaları ve diğer kasıtlı olmayan yaralanmalardır.

Okullar; okul binası içerisinde, okulla ilgili faaliyetlerin yapıldığı yerlerde ve öğrencilerin okula ulaşımları esnasında karşılaşılabilecek her türlü tehlike ile riskten öğrencilerini korumak ve güvenliklerini sağlamakla sorumludurlar. Çocuk ve güvenlik konusunda yeni bir kavram olan "Güvenli Okul"; öğrencilerin eğitim yapabilmesi için okulların güvenli yerler haline getirilmesidir (12).

Güvenli okullar oluşturmada amaç; stratejik ve verilere dayanan problem çözme yaklaşımının kullanıldığı güvenli bir ortamı geliştirerek sürdürmek, okul ve çevresindeki problemlerin ortadan kaldırılması/azaltılması, okul, aile ve toplumla birlikte çocuğu koruma stratejileri geliştirmektir (12).

Okullarda olan yaralanmaların önlenmesine ilişkin öneriler sosyal çevre, fiziksel çevre, sağlık eğitimi, fiziksel eğitim ve etkinlikler, sağlık hizmetleri, acil durumlarda yaklaşım, aile ve toplum ve okul çalışanları incelenmektedir. Okul kaynaklı yaralanma, şiddet ve benzeri olayları önleyerek öğrenciler için güvenli ve sağlıklı bir gelecek sağlamak öncelikli olarak ele

alınmalıdır. Güvenli okul programları okul sağlığı programlarına entegre edilebilir. Karar vericiler, sağlık ve eğitim kurumları, okul personeli, toplum liderleri, sağlık hizmeti verenler güvenli okullar oluşturulmasında birlikte çalışmalıdır (12).

Okulların güvenlik konusunda halihazırda ne yaptıklarını değerlendirmeleri ve güvenliği nasıl geliştirebilecekleri hakkında kararlar almaları ve bunları gerçekleştirebilecek programları uygulamaya koymaları önerilebilir. Aileler, okul ve toplum liderleri bu programları destekleyerek güvenli ve sağlıklı bir akademik çevrenin geliştirilmesini sağlayabilirler. Güvenli Okullar yaklaşımı, Dünya Sağlık Örgütünün Güvenli Toplumlar programının altında bir alt program halinde sürdürülmektedir. Gönüllü okullar, belirlenen kriterlere uyarak bu program içinde sertifikalandırılarak yer alabilirler (12).

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda "okul sağlığını geliştirmek amacıyla okullarda verilen sağlık eğitimi ile ilgili olarak sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır". Ayrıca, "sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılacaktır" kararları yer almaktadır (90).

2.10. SAĞLIĞI GELİŞTİRMEDE HEMŞİRENİN ROLÜ

2.10.1. Hemşirelik

Hemşirelik, geçmişten günümüze dek sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlık durumu ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplinidir. Günümüzde de gelişimini aynı doğrultuda sürdüren hemşirelik; insanı tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca deneyimlediği sağlık/ hastalık durumlarında gereksindiği bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir (91).

Hemşire bu işlevleri, fizik, biyoloji, davranış, sosyal, tıp ve mesleki bilimlerinden oluşan hemşirelik bilimini sistematik ve organize biçimde kullanarak gerçekleştirir (91).

Hemşirelik mesleğine büyük katkıları olan Henderson, hemşireliği; "Hemşirenin yegane amacı, hasta olsun olmasın bireyin eğer yeterli gücü, arzusu veya bilgisi olsaydı yardım almadan da yapabileceği, sağlığa ve tedaviye (ya da huzurlu bir ölüme) katkıda bulunan faaliyetlerin yapılmasına yardım etmektir" şeklinde tanımlamaktadır. V. Henderson' un hemşirelik tanımında hemşireliğin sanat yönü ağırlıklı olarak vurgulanmıştır (91).

Güncel hemşirelik anlayışında ise sanat yönüne, hemşire- hasta/sağlıklı birey etkileşimini, bütüncül bir görüşle insanı, çevresini ve sağlık/hastalık durumunda gereksindiği bakımı sistematik yaklaşımla ele alan, bilimsel yönler de eklenmektedir.

Türk Hemşireler Derneği'nin hemşirelik tanımı güncel hemşirelik kavramına güzel bir örnek oluşturmaktadır. Yakın dönemdeki hemşirelik tanımlarına bakıldığında günümüz hemşireliğinin odağı, rahatsızlık ve hastalık kavramından sağlığa doğru yer değiştirmektedir.

Bu değişimde hemşireliğin amaçları;

■ Sağlığı korumak, sürdürmek ve yükseltmek,

■ Ölüm, kayıp, yas/matem gibi stresli durumlarda bireyi ve aileyi desteklemektir (91).

2.10.1.1. Hemşirenin Rol Ve Fonksiyonları

'Hemşirelik bir bütün olarak insana bakım veren tek sağlık disiplinidir'. Dr. Gray Schawartz sağlık ekibi içinde hemşirelerin bakım verici, karar verici ve hasta hakları savunuculuğu, eğiticilik gibi birçok rol ve işlevleri vardır.

1. Bakım Verici: Hemşire, hasta bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal gönencini iyileştirmeye yardım eder. Durumun birey ve aile üzerindeki fiziksel, psiko-sosyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur.

2. Karar Verici: Hemşire eylemde bulunmadan önce sahip olduğu bilgiyi yorumlar ve birey için (özgün olarak o birey için) en uygun olanına birey ile, ekip üyeleriyle ya da yalnız başına karar verir.

3. Koruyucu-Gözetici ve Savunucu: Hemşirenin bu rolü kapsamında birçok görev ve sorumluluk yer alır. Hemşire, bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psiko-sosyal olarak güvenli bir çevre sağlar. Bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurur. Bireyin/hastanın yasal haklarını korur ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım eder. Sağlık politikalarının yapılandırılması süreçlerine katılım hemşireler için mesleki bir sorumluluktur.

4. Yönetici: Hemşire, bireyin/ailenin sağlığını korumak, geliştirmek ya da sağlığını yeniden kazanmasına yardım etmek/iyileştirmek için bireysel-sosyal-ekonomik kaynakları tanımlar ve yönetir.

-Sorumluluğu doğru kişiye-doğru zamanda delege eder.

-Diğer personeli denetler.

-Uygulama ortamındaki kaynakları yönetir/etkili kullanır.

-Bireysel kaynakları etkili kullanımını sağlar.

-Aktiviteleri koordine eder.

-Sağlık kurumunu bireye(hastaya), bireyi de kuruma karşı temsil eder.(delegasyon)

5. Rehabilite Edici: Hemşire hastalık vb. nedenlerle yapısal ya da işlevsel kayıtların bulunduğu durumda, bireyin var olan potansiyelini en üst düzeyde kullanılması, kayıp sonucu oluşan değişimlerle baş etmesi için bireye ve ailesine yardım eder.

6. Rahatlatıcı: Hemşire duygusal destek sağlayarak bireye bakım verir. Terapotik amaçlara ulaşmak için bireyin yardım gereksinimi vardır ve bu yardımı hemşire sağlar.

7. Eğitici: Hemşire, hasta ve ailesinin bu deneyimlerinden bir anlam bulmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Öğretim bireye ve duruma özgüdür. Hemşire hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramlar ve gerçekleri açıklar. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımlarını sağlar. Öğrenmeyi destekler ve gelişimi (davranış değişikliğini) değerlendirir.

8. Danışmanlık : Hemşire, hasta ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş etmeleri için kendi kaynaklarını/sağlanabilecek kaynakları tanımalarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım eder (34,92).

Hemşire genellikle bu rollerin bir çoğunu aynı anda yerine getirir. Bakım verirken eğitir, aynı zamanda danışmanlık eder, korur ve gözetir. Bu rol ve işlevler hemşirelik hizmetlerinin odak noktasındaki değişimi de yansıtır (34,92).

Günümüzde tedavi merkezli bakım sisteminin yerini alan ve koruyucu hizmetleri ön plana çıkaran sağlıklı bireye, aileye ve topluma, birey merkezli bakım anlayışına dayanan bir sağlık sistemi üzerinde durulmaktadır. Bundan dolayı hemşireler, sistemi ve gereksinim duyulan değişimleri etkilemede daha etkin bir fonksiyona sahip olmakla birlikte, hemşirelerin sağlık bakımında işlevleri artmakta, bakım, eğitim, danışman, koordinatör ve araştırma fonksiyonları aynı ölçüde değişmekte ve gelişmektedir (92).

2.10.2. Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne göre hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ve kişilerin kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde önemli bir role sahiptir.

Ulusal Hemşirelik Derneği (NNA)'a göre hemşireler toplumların ve kişilerin sağlıklarını tehlikeye sokacak durumları ortadan kaldırabilme yeteneğine sahiptirler. Buna göre;

- Hemşireler toplumun sağlığını geliştirmede olumlu davranışlar kazandırma etkisine sahiptir. Hemşireler bireylerin kilo kontrolünü sağlamak için egzersiz programlarını yönetme,

riskli cinsel davranışları ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde doğum kontrol yöntemlerini anlatma, önlenebilir hastalıkların kontrolünde toplumun aşılanma, beslenme bozukluklarına karşı beslenme eğitimi, stres yönetimi, kazalardan korunma gibi konularda danışmanlık yaparken kişilerin sosyo-ekonomik durum, kişilik yapısı ve kültürel yapıyı göz önünde bulundurur (34).

- Ulusal Hemşirelik Derneği; hemşireler çevre şartlarını kişilerin sağlığını geliştirmek için var olan davranışlarını olumlu yönde değiştirme ve bu davranışları herkese yaymakla görevlidir.
- Hemşireler toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek ve bu kapsamda kişilerin temiz suya ulaşımını, yiyeceklerde bulunan katkı maddelerinin azaltılmasını ve toplumun zararlı maddelerden uzak durması için hükümetle işbirliği içinde çalışır.
- Hemşireler çevrenin geliştirilmesi için hükümetle birlikte uluslar arası ilişkileri sağlamak ve desteklemekle görevlidir. Örneğin yetersiz beslenme, ilaç ticaretini sağlamak, çevre kirliliğini önleme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve sahte ilaçlar gibi konularda diğer ülkelerle işbirliği yapmakta köprü görevi görür.
- Hemşireler beden sağlığının geliştirilmesi ve kontrollerin sağlanması için programlar oluşturulmasında görev alır (34).
- Hemşireler sağlığı tehlikeye sokacak durumları belirler ve bunlarla ilgili önlemler alır ve toplumu bu yönde uyarır. Örneğin hastalıkların erken tanısında toplumu bilinçlendirir ve bazı hastalıkların oluşmasında çevrenin etkilerini ölçer, durumun analizini yapar ve toplumu bilinçlendirir.
- Hemşireler sağlığın geliştirilmesi için toplumda etkili olabilmek için yeterli bilgi ve eğitime sahip olması gerekir ve var olan bilgilerini arttırmalıdır.
- Hemşireler çevre sağlığını geliştirmek için tıbbi atıkların kontrolünü ve bunların imhasını sağlamak için yetkili kişilerle işbirliği yapmakla görevlidir.

Kişilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli role sahip olan hemşirelerin katkısı azımsanmayacak kadar önemlidir, çevre sağlığının geliştirilmesinde üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulması geren bir konudur. Dünyada sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kronik hastalıklarda, şiddete maruz kalma oranında, kardiyovasküler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarda önemli bir artış görülmesi bu konuya verilen önemin daha da arttırılması gerektiği anlaşılmıştır ve bu konularda hemşireler etkin bir role sahiptir (34).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Süresi

Araştırmanın saha çalışması Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında, veri girişi, analizler ve tez yazımı ise Ocak-Mayıs 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa il merkezindeki tüm liselerde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihte toplam 31 lisede 24730 öğrenci kayıtlıdır.

Daha önce lise öğrencilerinde yapılan çalışmalarda hesaplanan ortalama puan 120 olarak alınmış ve %95 güven düzeyinde optimum örnek büyüklüğü 1023 öğrenci olarak hesaplanmıştır ($n=N.(t)^2.(X)^2/d^2(N-1)+t^2.(X)^2$). Örnekleme işleminde Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan okul listesi ve mevcut öğrenci sayısı kullanılmıştır.1023 öğrenci cinsiyete göre tabakalanarak (665 erkek öğrenci, 358 kız öğrenci) her okulun öğrenci sayısına oranlı olarak küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Sağlıklı yaşam biçimi davranışı

Bağımsız değişkenler: Lise öğrencilerinin yaşı, cinsiyeti, okul türü, aile tipi, anne ve baba öğrenim durumu, anne ve baba çalışma durumu, baba mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, gelir durumu, etkinliğe katılım durumu ve türü, var olan bir hastalık durumu, sigara ve alkol içme alışkanlığı, sağlığını değerlendirme durumu, hasta olduğu zaman tutumu, ruh ve beden sağlığına verdiği önem, iç-dış denetim odağı ve kaderci yaklaşım.

3.5. Araştırma ile Cevaplanması İstenen Sorular

1. Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranış düzeyi nedir?

2.Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile okulun tipi arasında ilişki var mıdır?

3. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile cinsiyetleri arasında ilişki var mıdır?

4. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile yaşları arasında ilişki var mıdır?

5. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile yaşadıkları aile tipi arasında ilişki var mıdır?

6. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile anne öğrenim durumu arasında ilişki var mıdır?

7. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile baba öğrenim durumu arasında ilişki var mıdır?

8. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile anne çalışma durumu arasında ilişki var mıdır?

9. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile baba mesleği arasında ilişki var mıdır?

10. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile gelir durumu arasında ilişki var mıdır?

11. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile sosyal etkinliğe katılım durumu arasında ilişki var mıdır?

12. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile sağlık güvencesine sahip olma durumu arasında ilişki var mıdır?

13. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile hastalık durumu arasında ilişki var mıdır?

14. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile sigara kullanma durumu arasında ilişki var mıdır?

15. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile alkol kullanma durumu arasında ilişki var mıdır?

16. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile sağlığını değerlendirme durumu arasında ilişki var mıdır?

17. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile hastalık karşısındaki tutumu arasında ilişki var mıdır?

18. . Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile iç-kontrol denetim odağı arasında ilişki var mıdır?

19. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile dış-kontrol denetim odağı arasında ilişki var mıdır?

20. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile kaderci yaklaşım arasında ilişki var mıdır?

21. Lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ile beden ve ruh sağlığına verdiği önem arasında ilişki var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada 4 çeşit anket formu kullanılmıştır. Bunlar;

3.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Formda öğrencinin yaşı, cinsiyeti, okul türü, aile tipi, anne ve baba öğrenim durumu, anne ve baba çalışma durumu, baba mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, gelir durumu, etkinliğe katılım durumu ve türü, var olan bir hastalık durumu, sigara ve alkol içme alışkanlığı, sağlığını değerlendirme durumu, hasta olduğu zaman tutumuna ilişkin bilgiler yer almıştır (EK 1)

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği

Ölçeği, 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Türkiye'de 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (61). Ölçek, toplam olarak 48 maddeden oluşmuş ve altı alt grubu vardır.

Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. (EK 2)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışının alt grupları şunlardır;

Kendini gerçekleştirme; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Egzersiz; sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (61).

Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda verilmiştir.

- **Kendini gerçekleştirme (13 madde):** 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. maddeler.
- **Sağlık sorumluluğu (10 madde):** 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler.

- **Egzersiz (5 madde):** 4, 13, 22, 30, 38. maddeler.
- **Beslenme (6 madde):** 1, 5, 14, 19, 26, 35. maddeler.
- **Kişilerarası Destek (7 madde):** 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler.
- **Stres Yönetimi (7 madde):** 6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir (61).

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin uygulanması 8-10 dk. sürmektedir.

3.6.3. Sağlığın Önemi Ölçeği

Wallston ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek Esin (1997) tarafından İngilizceden Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte 10 madde bulunmaktadır. Bireyden 10 maddeyi önem derecesine göre; her bir maddenin sol başına 1'den 10'a kadar sayılar yazarak sıralandırması istenmektedir. Sağlık maddesinin başına yazılan sayı 11'den çıkarılarak ölçeğin puanı elde edilmektedir. Ölçekten en düşük 1, en yüksek 10 puan alınmaktadır. Yüksek puan yüksek sağlık değerine sahip şeklinde yorumlanmaktadır. Ancak bu çalışmada analizler yapılırken bedensel ve ruhsal sağlığı ilk 3'e alanlar 'sağlığını önceleyen' grup, 4 ve üzerinde numaralayanlar 'sağlığını öncelemeyenler' grubu olarak sınıflandırılmıştır (EK 3).

3.6.4. Sağlık Denetim Odağı Ölçeği

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Rotter ve arkadaşları (1960) tarafından ortaya konulan bu kavram, bireyin beklentilerini ve beklentilerin güçlendiricilerle bağlantısını dikkate alan toplumsal öğrenme geleneğinden kaynaklanmaktadır. Rotter'ın ölçeğinde yer alan sorular insanların davranışlarının sonuçlarıyla ilgili genel beklentilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Sonucu, davranışlarının direk bir uzantısı olarak algılayan kişiler, "içten denetimli" olarak tanımlanmaktadır. "Dıştan denetimli" kişiler, sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki faktörlere bağlı olduğuna inanan bireyler olarak tanımlamaktadır. Kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'kaderci' olarak ifade edilmektedir. Eğer insanlar yaptıkları davranışlarla elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görme eğilimindeler ise içten denetimli, insanlar davranışlarıyla, elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görmüyorlarsa, sonuç üzerinde

çevresel, genetik faktörler ya da şans, kader gibi dışsal faktörlerin etkisini düşünüyorlarsa, bu tip kişiler de dıştan denetimli olarak tanımlanmaktadır (93).

Çalışmada Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Wallston ve arkadaşları tarafından geliştirilen Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin B tipi kullanılmıştır. Sorular kişilerin sağlık davranışlarında içten denetimli mi, dıştan denetimli mi olduklarını ya da şans-kaderci bir yaklaşımı mı benimsediklerini belirlemeye yöneliktir.

Sağlık denetim odağı ölçeği maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 6'lı likert tipli ölçek üzerine yapılır. "Hiç katılmıyorum" yanıtı için 1, "Çoğunlukla katılmıyorum" yanıtı için 2, "Biraz katılmıyorum" yanıtı için 3, "Biraz katılıyorum" yanıtı için 4, "Çoğunlukla katılıyorum" yanıtı için 5 ve " Tamamen katılıyorum" yanıtı için 6 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 18, en yüksek puan 108'dir. Ölçeğin uygulanması 6-8 dk. sürmektedir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda gösterilmiştir (93).

- **İç Kontrol Denetim Odağı (6 madde) :** 1., 6., 8., 12., 13. ve 17. maddeler
- **Dış Kontrol Denetim Odağı (6 madde) :** 3., 5., 7., 10., 14. ve 18. maddeler
- **Şans-Kaderci Yaklaşım (6 madde) :** 2., 4., 9., 11., 15. ve 16. maddelerdir (93)

1.5. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

Ergen: Liselerde öğrenim gören öğrencileri ifade etmektedir.

Sağlığı geliştirme davranışı: 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen ölçekten alınan puanla ölçülen davranıştır.

İç denetim: Wallston ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte 1., 6., 8., 12., 13. ve 17. maddelerden alınan puanla ölçülen denetim şeklidir.

Dış denetim: Wallston ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte 3., 5., 7., 10., 14. ve 18. maddelerden alınan puanla ölçülen denetim şeklidir.

Şans-Kadercilik: Wallston ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte 2., 4., 9., 11., 15. ve 16. maddelerden alınan puanla ölçülen denetim şeklidir.

3.8. Uygulama Süreci

29 Nisan 2009 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Müdürlüğü'nden Şanlıurfa il merkezinde öğrenim gören lise öğrencilerine anket uygulaması için izin alınmıştır. Anket uygulaması öncesi hazırlanan anketlerin uygunluğunu test etmek için pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma il merkezinde bulunan bir lisede yapılmıştır. Araştırma, Kasım-Aralık 2009 tarihleri arasında Şanlıurfa il merkezinde örneğe çıkan liselerde yapılmıştır.

Okullara gidildikten sonra okulda müdüre MEB'den aldığımız izin yazısı bildirilmiş ve bir örneği okula bırakılmıştır. Okul müdürüne araştırmanın amacı anlatılmış ve örnekleme alınacak öğrenciler her okulun öğrenci sayısına oranlı olarak küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Örnekleme alınacak öğrenciler seçildikten sonra öncelikle öğrencilere yaptığımız bu araştırmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılım konusunda sözlü onamları alınmıştır. Daha sonra soruların cevaplama şekli anlatılarak anketler dağıtılmıştır. Öğrencilerin anketleri doldurma süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırma Verisinin Analizi

Araştırmada anket formları ile toplanan veriler bilgisayara girilmiş ve istatistiksel analizler SPSS for Windows 11.5 istatistik paket program ile yapılmıştır. Veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır. Kontrol sırasında hatalı bilgiler tekrar anketlere dönülerek düzeltilmiştir. Daha sonra her bir değişken analizlere uygun olarak yeniden gruplanmıştır.

Öncelikle tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) hesaplanmış ve tablolaştırılmıştır. Tekli analizlerde gruplar arasında farkı değerlendirmede, kesikli değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler için t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi belirlemede ise pearson testi uygulanmıştır.

Tekli analizlerde anlamlı ilişki bulunan her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini ve yönünü belirlemek ve karıştırıcı faktörleri ortadan kaldırmak amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Toplam 1023 öğrencinin yaşları 13-20 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 16.1±1.2'dir. Tablo 4'te görüldüğü gibi, lise öğrencilerinin %61.5'i düz lisede, %12.5'si Anadolu ya da Fen Lisesinde, %11.1' teknik lise'de, %9'u Kız Lisesi'nde ve %5.9'u ise İmam Hatip Lisesi'nde öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %35'i kız, %65'i ise erkektir. Yaşantılarının büyük çoğunluğunu kent merkezinde geçirdiğini belirtenler %76.1'dir. Öğrencilerin %63.6'sı çekirdek ailede yaşamaktadır.

Tablo 4. Lise Öğrencilerinin Öğrenim Gördükleri Lise, Cinsiyet, En Uzun Yaşadıkları Yerleşim Yeri ve Aile Tipi Özellikleri

Değişkenler	**Sayı (n)**	**Yüzde %**
Okul tipi		
Düz lise	629	61.5
Anadolu-Fen lisesi	128	12.5
Teknik Lise	114	11.1
Kız lisesi	92	9.0
İmam Hatip Lisesi	60	5.9
Cinsiyet		
Kız	358	35.0
Erkek	665	65.0
En Uzun Yaşadıkları Yerleşim Yeri		
İl merkezi	778	76.1
İlçe	73	7.1
Köy	172	16.8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	651	63.6
Geleneksel Aile	338	33.0
Parçalanmış Aile	34	3.4
Toplam	**1023**	**100.0**

Tablo 5. Lise Öğrencilerinin Anne ve Babalarının Öğrenim ve Çalışma Durumları

Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Değişkenler	**(n)**	**%**
Annenin Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	481	47.0
Okur-yazar	120	11.7
İlkokul Mezunu	269	26.3
Ortaokul Mezunu	72	7.0
Lise Mezunu	59	5.8
Üniversite Mezunu	22	2.2
Babanın Öğrenim Durumu		
Okur-yazar Değil	71	6.9
Okur-yazar	118	11.5
İlkokul Mezunu	378	37.0
Ortaokul Mezunu	164	16.0
Lise Mezunu	194	19.0
Üniversite Mezunu	98	9.6
Annenin Çalışma Durumu		
Evet	41	4.0
Hayır	982	96.0
Annenin Mesleği		
Memur	24	2.3
İşçi	15	1.5
Ev hanımı	984	96.2
Babanın Çalışma Durumu		
Evet	828	80.9
Hayır	195	19.1
Babanın Mesleği		
Memur	184	18.0
Çiftçi	115	11.1
Serbest Meslek	242	23.7
İşçi	224	22.0
Emekli	63	6.2
İşsiz	**195**	**19.1**
Toplam	**1023**	**100.0**

Tablo 5'te izlendiği gibi, öğrencilerin %47'si annelerinin okur-yazar olmadığını, %15'i ortaokul ve üzerinde öğrenim gördüklerini bildirmişlerdir. Babaların öğrenim durumu incelendiğinde, %6.9 okur-yazar olmayıp, %44.6'sı ortaokul ve üzerinde öğrenim görmüştür. Annelerin %96.1'i ev hanımı iken, babaların yaklaşık %19'u işsizdir.

Tablo 6'da görüldüğü gibi lise öğrencilerin çoğunluğu gelir durumunun kısmen yeterli %40.8 ya da yetersiz %25.5 olduğunu bildirmişlerdir. Öğrencilerin %23.5'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.

Tablo 6. Lise Öğrencilerinin Ekonomik Durumları ve Sosyal Güvence Durumları

Değişkenler	**Sayı (n)**	**Yüzde %**
Gelir Durumu		
Yeterli	345	33.7
Kısmen yeterli	417	40.8
Yetersiz	261	25.5
Sağlık Güvencesine Sahip Olma		
Evet	783	76.5
Hayır	240	23.5
Toplam	**1023**	**100.0**

Öğrencilerin %77.7'si hiçbir sosyal etkinliğe katılmadığı, katılanların ise %12.7'sinin sportif etkinliklere katıldığı saptanmıştır. (Tablo 7)

Sosyal etkinliğe katılım açısından kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (χ^2=1.916;sd=1=p=0.166). Ancak kız çocukları resim, müzik gibi aktivitelere katılırken, erkek çocuklar spor aktivitelerine katılmaktadırlar (χ^2=57.236;sd=4=p=0.001).

Tablo 7. Lise Öğrencilerinin Sosyal Etkinliklere Katılma Durumu

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde %
Sosyal Etkinlik Durumu		
Evet	228	22.3
Hayır	795	77.7
Sosyal Etkinlikler		
Sportif Faaliyet	130	12.7
Resim-Müzik	83	8.1
Kurs	11	1.1
Okul Dışında Çalışma	8	0.8
Etkinlikte Bulunmayan	791	77.3
Toplam	**1023**	**100.0**

Tablo 8'de görüldüğü gibi, öğrencilerin %9.9'unun halen sigara içtiği, %81.6'sının hiç sigara içmediği, %3.1'inin ise alkol kullandığı saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımı kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı farklılık göstermiş olup, sigara ve alkol kullanımı erkek çocuklar daha fazla kullanmaktadır (sırasıyla; χ^2=53.150; sd=3; p=0.001; 5.448; 1; 0.020).

Tablo 8. Lise Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde %
Sigara Kullanma Durumu		
Hiç sigara kullanmayan	835	81.6
Daha önce içmiş şuan içmeyen	86	8.4
Her gün sigara kullanan	32	3.1
Ara sıra sigara kullanan	70	6.8
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	32	3.1
Hayır	991	96.9
Toplam	**1023**	**100.0**

Öğrencilerinden %17.9'u herhangi bir hastalığının olduğunu bildirmiştir. Kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, %68.4'ü 'iyi', %2.1'i ise 'çok kötü' yanıtını vermiştir. Öğrencilerin %36.4'ü hasta olduğu zaman kendi başına doktora gideceğini bildirirken %28.1'i hastalığının geçmesini bekleyeceğini bildirmiştir (Tablo 9)

Tablo 9. Lise Öğrencilerinin Araştırma Sırasında Hastalık Durumları, Sağlığı Algılama Düzeyleri ve Hastalık Karşısındaki Tutumları

Değişkenler	**Sayı (n)**	**Yüzde %**
Hastalık Durumu		
Evet	183	17.9
Hayır	840	82.1
Sağlığını Değerlendirme Durumu		
Çok iyi	248	24.2
İyi	700	68.4
Kötü	54	5.3
Çok kötü	21	2.1
Hastalık Karşısındaki Tutum		
Hastalığın geçmesini bekleme	287	28.1
Kendi başına doktora gitme	372	36.4
Birilerinin doktora götürmesini bekleme	178	17.4
Evde bulunan ilaçları kullanma	186	18.2
Toplam	**1023**	**100.0**

Öğrencilerin ‘kendini gerçekleştirme’ alt ölçeği puan ortalaması 35.7±6.4, ‘sağlık sorumluluğu’ alt ölçeği puan ortalaması 20.6±5.4, ‘kişilerarası destek’ alt ölçeği puan ortalaması 18.9±3.8, ‘stres yönetimi’ alt ölçeği puan ortalaması 17.6±3.9, ‘beslenme’ alt ölçeği puan ortalaması 15.1±3.4 ve ‘egzersiz’ alt ölçeği puan ortalaması 10.6±3.4 olarak saptanmıştır. SYBD ölçeği toplam puan ortalaması ise 118.4±20.0’dır (Tablo 10). Her bir alt ölçeğin madde sayısı farklı olduğu için alınan puan ortalaması madde sayısına bölünerek hesaplandığında, öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçeklerinden aldıkları puanın diğer ölçeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin sağlık davranışı orta düzeydedir.

Tablo 10. Lise Öğrencilerinin SYBD Ölçeği Puan Ortalamaları

GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİN PUAN ORTALAMALARI			
Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	Ortalama (x/madde sayısı)	ss
Kendini Gerçekleştirme	13-52	35.7 (2.7)	6.4
Sağlık Sorumluluğu	10-40	20.6 (2.1)	5.4
Egzersiz	5-20	10.6 (2.1)	3.4
Beslenme	6-24	15.1 (2.5)	3.4
Kişilerarası Destek	7-28	18.9 (2.7)	3.8
Stres Yönetimi	7-28	17.6 (2.5)	3.9
Toplam Puanı	48-192	118.4	20.0

4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışını Etkileyen Faktörler

4.2.1. Tekli Analizler

SYBDÖ'den alınan puanlarla her bir sosyo-demografik özellik arasındaki ilişkileri saptamak için tekli analizler yapılmıştır.

Tablo 8'de lise öğrencilerinin cinsiyetleri ve öğrenim gördükleri okul tipine göre SYBDÖ alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Erkek öğrenciler 'kendini gerçekleştirme' ve 'egzersiz' alt testlerinden ve 'sağlıklı yaşam biçimi davranışları' puan ortalamasından kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p<0.05$). Lise öğrencilerinin 'sağlık sorumluluğu', 'beslenme', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı değişim göstermemiştir ($p>0.05$).

Yaş ile SYBDÖ toplam puan ve alt test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri okul tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, 'kendini gerçekleştirme', 'egzersiz', 'beslenme', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt testlerinden ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin 'sağlık sorumluluğu' alt testinden aldıkları puan ile öğrenim gördükleri okul tipi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anadolu ve Fen lisesinde okuyan öğrenciler, 'kendini gerçekleştirme', 'beslenme', 'kişilerarası destek' alt testlerinden ve SYBDÖ toplam puanlar diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Kız lisesinde okuyan öğrenciler 'egzersiz' alt testinden, İmam Hatip lisesinde okuyan öğrenciler ise 'stres yönetimi' alt testinden aldıkları puan diğer liselerde okuyan öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. (Tablo 11)

Tablo 11. Lise Öğrencilerinin Cinsiyet ve Okul Tipine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss	Egzersiz Ortalama±ss	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±ss	SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±ss
Cinsiyet							
Kız	34.9±6.5	20.4±5.2	9.5±3.2	15.0±3.3	18.7±3.7	17.2±3.8	115.8±19.3
Erkek	35.9±6.3	20.8±5.6	11.2±3.4	15.3±3.4	18.9±3.8	17.7±3.9	119.8±20.0
t;p	***-2.37; p=0.024***	**-1.13;p=0.25**	***-7.44;p=0.001***	**-1.33;p=0.18**	**-0.63;p=0.52**	**-2.21;p=0.30**	***-3.07 p=0.002***
Okul tipi							
Düz Lise	35.5±6.35	20.4±5.5	10.6±3.4	15.1±3.4	18.7±3.8	17.3±3.9	117.7±20.0
Anadolu-Fen	**37.4±5.6***	20.5±5.5	11.1±3.8	**16.1±3.1***	**20.2±3.3***	18.5±3.7	**123.7±17.5***
Teknik Lise	35.1±7.1	22.0±5.9	11.7±3.1	15.3±3.7	10.3±3.5	18.3±3.9	120.7±22.1
Kız Lisesi	35.2±5.8	20.5±4.8	**9.1±3.0***	14.5±2.8	19.1±3.5	17.6±3.6	115.5±16.6
İ.Hatip Lisesi	34.0±7.2	21.0±5.0	10.4±3.2	15.1±3.9	18.2±4.4	**16.5±4.0***	115.1±21.9
f;p	***3.80; p=0.004***	**2.24; p=0.062**	***8.48; p=0.001***	**3.17; p=0.013**	***5.15; p=0.001***	***4.67; p=0.001***	***3.82; p=0.04***

****Farkı yaratan grup varyans analizlerinden tukey testi ile bulunmuştur.***

Tablo 12'de lise öğrencilerinin en uzun yaşadıkları yerleşim yerine ve aile tiplerine göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Lise öğrencilerinin, en uzun yaşanılan yerleşim yere ile SYBDÖ ve alt testleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 12)

Lise öğrencilerinin aile tipi ile 'kendini gerçekleştirme', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt testleri ile SYBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Lise öğrencilerinin aile tipi ile 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz' ve 'kişilerarası destek' alt testleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 12)

Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde 'beslenme' alt testi ile SYBDÖ aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Parçalanmış ailede yaşayan öğrenciler, 'kendini gerçekleştirme' ve 'stres yönetimi' alt testlerinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. (Tablo 12)

Tablo 12. Lise Öğrencilerinin Yaşadıkları Yer ve Aile Tipine Göre SYBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss	Egzersiz Ortalama±ss	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±ss	SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±ss
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Yeri							
Şehir Merkezi	35.7±6.3	20.7±5.4	10.7±3.4	15.2±3.3	18.9±3.8	17.6±3.9	118.8±19.8
İlçe	35.9±6.3	20.0±5.4	10.3±3.4	15.2±3.3	19.0±3.5	18.1±3.5	118.4±18.2
Köy	34.8±6.7	20.6±5.7	10.2±3.4	15.2±3.7	18.6±3.8	17.2±4.0	116.6±21.2
f;p	*1.704; p=0.183*	*0.59; p=0.551*	*1.95; p=0.142*	*0.012; p=0.98*	*0.41; p=0.65*	*1.61; p=0.20*	*0.84; p=0.43*
Aile Tipi							
Çekirdek Aile	36.0±6.3	20.8±5.5	10.7±3.5	**15.5±3.4***	19.1±3.8	17.8±3.9	**119.7±19.9***
Geleneksel Aile	35.0±6.3	20.4±5.4	10.5±3.3	14.8±3.2	18.5±3.7	17.2±3.7	116.6±19.2
Parçalanmış Aile	**33.3±7.9***	20.1±5.9	9.9±3.8	13.7±4.2	18.4±4.3	**16.6±4.4***	111.9±24.4
f;p	***4.77; p=0.009***	*0.53; p=0.586*	*1.0; p=0.368*	***7.50; p=0.001***	*2.64; p=0.072*	***3.36; p=0.035***	***4.76; p=0.009***

Farkı yaratan grup varyans analizlerinden Tukey testi ile bulunmuştur.

Tablo 13'de lise öğrencilerinin anne ve baba öğrenim durumuna göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puan ortalamaları annelerinin öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Anneleri okur-yazar olmayan öğrencilerin 'sağlık sorumluluğu', 'kişilerarası destek', 'stres yönetimi' alt testleri ile SYBDÖ toplam puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Anneleri lise mezunu olan öğrenciler 'egzersiz' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Anneleri ortaokul mezunu olan öğrenciler 'beslenme' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. (Tablo 13)

Lise öğrencilerinin babalarının öğrenim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve alt testleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt testleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin babalarının öğrenim durumu ile 'beslenme' alt testi arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 13)

Babası üniversite mezunu olan öğrencilerin 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt testlerinden ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. (Tablo 13)

Tablo 13. Lise Öğrencilerinin Anne ve Baba Öğrenim Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss	Egzersiz Ortalama±ss	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±ss	SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±ss
Annenin Öğrenim Durumu							
Ok.-yaz.değil	34.9±6.2	**19.9±5.1***	10.2±3.2	14.9±3.2	**18.4±3.7***	**17.0±3.8***	**115.4±18.7***
Okur-yazar	36.1±6.3	20.9±5.5	10.4±3.0	15.4±3.8	19.6±3.9	17.8±3.9	120.3±19.3
İ.okul Mezun	36.1±6.4	21.0±5.6	10.8±3.6	15.4±3.4	18.9±3.7	18.1±4.0	120.4±20.6
O.okul Mez.	35.1±6.8	21.0±5.9	11.2±4.0	**14.4±3.4***	18.8±3.9	17.6±4.5	118.2±21.5
Lise Mezunu	36.7±6.8	22.6±5.8	**12.3±3.7***	16.1±2.4	20.6±3.8	18.8±3.1	127.2±20.7
Ü.Mezunu	38.7±6.5	23.0±6.5	12.1±3.5	16.8±2.4	20.0±2.7	18.4±2.9	128.9±17.2
f;p	***3.08; p=0.009***	***4.44; p=0.001***	***6.17; p=0.001***	***3.52; p=0.004***	***5.08; p=0.001***	***4.85; p=0.001***	***6.62; p=0.001***
Baba Öğrenim Durumu							
Ok.-	34.6±6.7	20.1±4.6	9.9±3.2	14.9±3.6	18.1±3.8	16.8±4.0	114.4±19.5
Okur-	35.2±5.4	20.4±5.2	9.6±3.0	14.7±3.3	18.6±3.2	16.9±3.4	115.3±16.5
İ.okul	34.9±6.1	19.9±5.1	10.5±3.2	15.1±3.4	18.5±3.7	17.3±3.8	116.4±18.9
O.oklMez	35.9±7.2	21.5±6.2	10.7±3.7	15.1±3.3	18.9±4.1	17.8±4.1	119.7±22.5
Lise	36.1±6.2	20.9±5.4	10.7±3.6	15.4±3.3	19.3±3.9	18.0±4.0	120.6±20.3
Ü.Mezun	**37.1±6.6***	**22.4±6.0***	**12.1±3.6***	15.9±3.5	**20.1±3.6***	**18.7±3.3***	**126.3±19.8***
f;p	***2.59; p=0.024***	***3.83; p=0.002***	***6.93; p=0.001***	**1.69; p=0.134**	***4.10; p=0.001***	***4.01; p=0.001***	***5.73; p=0.001***

Farkı yaratan grup varyans analizlerinden Tukey testi ile bulunmuştur.

Tablo 14'te lise öğrencilerinin anne ve babalarının çalışma durumu, babalarının mesleği ve sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Anneleri çalışan öğrencilerin 'kişilerarası destek' alt ölçeğinden diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p<0.05$), öğrencilerin anne çalışma durumu ile 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 14)

Babaları çalışan öğrencilerde 'egzersiz', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır ($p<0.05$), öğrencilerde babalarının çalışma durumu ile 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu' ve 'kişilerarası destek' alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 14)

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları babalarının mesleğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Babası emekli olan öğrencilerin 'kendini gerçekleştirme' alt testinden ve babası işçi olan öğrenciler 'sağlık sorumluluğu' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Babası memur olan öğrenciler 'egzersizden', 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt testi ve SYBDÖ puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Babası işsiz olan öğrenciler ise "stres yönetimi" alt testinden aldığı puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. (Tablo 14)

Tablo 11'de görüldüğü gibi sağlık güvencesine sahip olan öğrencileri, 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu' ve 'kişilerarası destek" alt ölçeğinden ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır ($p<0.05$). Lise öğrencilerinin sağlık güvencesine sahip olma durumu ile 'egzersiz', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo 14. Öğrencilerin Anne ve Baba Çalışma Durumu, Baba Mesleğine ve Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±s	Sağlık Sorumluluğu Ortalama	Egzersiz Ortalama	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±s	SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±s
Annenin Çalışma Durumu							
Evet	36.0±6.1	19.9±5.9	11.4±4.2	15.1±4.1	20.3±3.3	17.9±3.4	120.6±20.5
Hayır	35.5 ±6.4	20.7±5.5	10.6±3.4	15.2±3.4	18.8±3.8	17.5±3.9	118.3±19.9
t;p	***0.46; 0.63***	***-0.86; 0.38***	***1.22; p=0.22***	***-1.93; p=0.84***	***2.45; p=0.014***	***0.57; p=0.056***	***0.70; p=0.48***
Babanın Çalışma Durumu							
Evet	35.7±6.3	20.8±5.4	10.8±3.5	15.3±3.3	19.0±3.8	17.7±3.8	119.3±19.7
Hayır	34.8 ±6.6	20.1±5.6	9.9±3.3	14.6±3.5	18.5±3.7	16.8±4.0	114.7±20.6
t;p	**1.90; p=0.057**	**1.46; p=0.14**	***3.25; p=0.001***	***2.60; p=0.009***	**1.65; p=0.095**	***3.00; p=0.003***	***2.91; p=0.004***
Babanın Mesleği							
Memur	36.3±6.7	21.6±5.9	**11.4±3.8***	**15.3±3.3***	**19.9±3.9***	18.1±3.8	**122.9±21.3***
Çiftçi-Ş.M	36.1 ±6.1	21.2±5.2	10.8±3.5	14.6±3.5	19.0±3.8	17.9±3.7	120.7±19.0
İşçi	35.1±6.3	**19.6±5.3***	10.4±3.0	15.3±3.3	18.3±3.7	17.5±3.9	115.9±18.9
Emekli	**34.5 ±6.4***	19.7±5.0	10.2±3.3	14.6±3.5	18.5±3.7	16.8±4.1	113.7±18.6
İşsiz	34.7±6.6	20.1±5.6	9.9±3.3	14.6±3.5	18.4±3.7	**16.7±3.8***	114.6±20.5
f;p	***2.78; p=0.025***	***5.27; p=0.001***	***5.37; p=0.001***	***6.05; p=0.001***	***5.76; p=0.001***	***4.17; p=0.002***	***7.17; p=0.001***
Sağlık Güvencesine Sahip Olma							
Evet	*35.8±6.4*	*20.8±5.4*	10.6±3.4	15.3±3.4	19.1±3.7	17.7±3.9	119.4±19.7
Hayır	*34.8 ±6.3*	*20.0±5.8*	10.5±3.4	14.9±3.4	18.1±4.0	17.2±3.8	115.4±20.3
t;p	***2.01; p=0.044***	***2.12; p=0.034***	***0.67; p=0.503***	**1.50; p=0.132**	***3.72; p=0.001***	***1.75; p=0.08***	***2.67; p=0.008***

Farkı yaratan grup varyans analizlerinden Tukey testi ile bulunmuştur.

Tablo 15'te lise öğrencilerinin sosyal etkinliklere katılım durumu ve sosyal etkinlik türüne göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Sosyal bir etkinliğe katılan öğrencilerin 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin sosyal bir etkinliğe katılım durumu ile 'beslenme' alt ölçeği arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15)

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları etkinlik türlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Okul dışında herhangi bir işte çalışan öğrencilerin 'kendini gerçekleştirme' ve 'stres yönetimi' alt testi ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Herhangi bir etkinlikte bulunmayan öğrencilerin 'sağlık sorumluluğu' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Sportif faaliyetlere katılan öğrenciler 'egzersiz', 'beslenme' ve 'kişisel destek' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. (Tablo 15)

Tablo 15. Öğrencilerin Etkinliğe Katılım Durumu ve Etkinlik Türüne Göre SYBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss	Egzersiz Ortalama±ss	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±ss	SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±ss
Etkinliğe Katılım Durumu							
Evet	36.6±6.5	22.0±6.1	12.2±3.8	15.5±3.4	19.6±4.0	18.6±3.9	124.6±21.2
Hayır	35.3 ±6.3	20.2±5.2	10.1±3.2	15.1±3.4	18.7±3.7	17.3±3.8	116.7±19.2
t;p	***2.85; p=0.004***	***4.60; p=0.001***	***7.52; p=0.001***	**1.51; p=0.131**	***3.36; p=0.001***	***4.51; p=0.001***	***5.70; p=0.001***
Sosyal Etkinlikler							
Sportif Faaliyet	36.6±6.5	21.9±6.1	**12.7±3.5***	**15.9±3.3***	**19.9±4.0***	18.6±3.7	125.8±20.3
Resim-Müzik-Kurs	36.4±7.0	22.1±6.3	11.3±4.0	15.2±3.6	19.2±4.1	18.3±4.3	122.7±23.2
Okul Dışında Çalışma	**31.0±3.9***	22.0±3.6	10.1±3.2	13.0±2.7	16.8±2.4	**16.3±1.9***	**108.6±12.2***
Etkinlikte Bulunmayan	35.3±6.3	**20.2±5.2***	10.2±3.2	15.1±3.4	18.7±3.7	17.3±3.8	116.8±19.1
f;p	***3.70; p=0.011***	***6.45; p=0.001***	***24.28; p=0.001***	***3.35; p=0.018***	***4.87; p=0.002***	***5.48; p=0.001***	***9.96; p=0.001***

Farkı yaratan grup Varyans analizlerinden Tukey testi ile bulunmuştur

Tablo 16'da lise öğrencilerinin sigara ve alkol kullanma durumuna göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumu ile 'kendini gerçekleştirme' ve 'beslenme' alt ölçekleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Lise öğrencilerinin sigara kullanma durumu ile 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo16)

Lise öğrencilerden hiç sigara kullanmayanların 'kendini gerçekleştirme' ve 'beslenme' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları ile alkol kullanma durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 16)

Tablo 16. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ **ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları**

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	**Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss**	**Egzersiz Ortalama±ss**	**Beslenme Ortalama±ss**	**Kişilerarası Destek Ortalama±ss**	**Stres Yönetimi Ortalama±ss**	**SYBDÖ Toplam Puan Ortalama±ss**
Sigara Kullanma Durumu							
Hiç sigara kullanmayan	**35.9±6.2***	20.6±5.4	10.6±3.4	**15.4±3.4***	18.9±3.8	17.7±3.8	119.1±19.5
Daha önce içmiş şuan içmeyen	33.6±6.5	20.4±5.2	10.5±3.5	14.1±3.3	18.7±3.6	17.3±3.7	114.5±19.5
Her gün sigara kullanan	34.0±7.2	22.1±6.2	10.4±3.5	14.0±3.8	18.8±3.5	16.7±4.5	116.0±23.3
Ara sıra sigara kullanan	34.6±7.2	20.2±6.2	10.8±3.5	14.4±3.4	19.0±4.1	17.1±4.4	116.1±23.0
f;p	***4.67; p=0.003***	**0.94; p=0.41**	***0.13; p=0.94***	**6.97; p=0.001**	**0.13; p=0.93**	**1.08; p=0.35**	**1.93; p=0.122**
Alkol Kullanma Durumu							
Evet	33.4±8.3	21.5±6.3	11.6±4.2	14.1±4.3	17.7±4.3	16.7±4.6	115.0±27.1
Hayır	35.6 ±6.3	20.6±5.4	10.6±3.4	15.2±3.4	18.9±3.8	17.6±3.9	118.5±19.6
t;p	**-1.48; p=0.148**	**0.91; p=0.36**	**1.65; p=0.099**	**-1.43 p=0.16**	**-1.85; p=0.064**	**-1.29; p=0.19**	**-0.73; p=0.46**

****Farkı yaratan grup varyans analizlerinden tukey testi ile bulunmuştur.***

Tablo 17'te lise öğrencilerinin hastalık durumu, sağlığını değerlendirme, hastalık karşısındaki tutumu ve beden ve ruh sağlığına verdiği öneme göre SYBDÖ ve alt testlerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Herhangi bir hastalığı bulunmayan öğrenciler, 'kendini gerçekleştirme', 'egzersiz', 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçekleri ve SYBDÖ puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır ($p<0.05$). Öğrencilerin hastalık durumu ile 'sağlık sorumluluğu' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo17)

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları ile sağlığını değerlendirme durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Lise öğrencilerinden sağlığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerin 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz' ve 'stres yönetimi' alt testleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Öğrencilerden sağlığını 'çok kötü' olarak değerlendirenler ise 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçeklerinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı olarak düşüktür. (Tablo 17)

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları ile hastalık karşısındaki tutumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Lise öğrencilerinde hastalandığı zaman kendi başına doktora gidenlerde 'kendini gerçekleştirme', 'egzersiz', 'beslenme', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt testleri ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Hastalandığı zaman hastalığının geçmesini bekleyen öğrencilerin ise 'sağlık sorumluluğu' alt testinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyle düşüktür. (Tablo 17)

Tablo 17'de görüldüğü gibi bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaya öncelik veren öğrencilerde 'kendini gerçekleştirme', 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçeklerinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$). Bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaya öncelik veren öğrencilerde 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

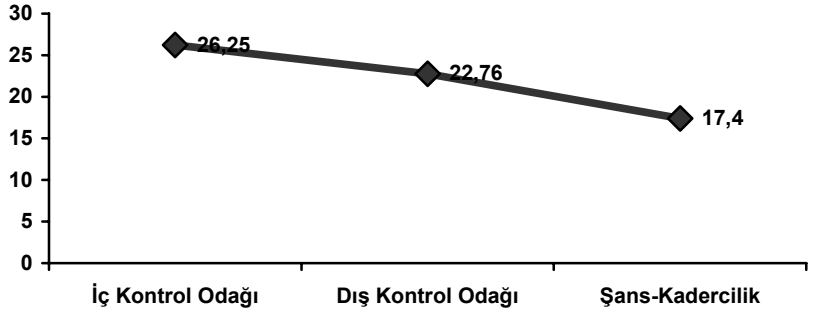
Tablo 17. Öğrencilerin Hastalık Durumu, Sağlığını Değerlendirme, Beden ve Ruh Sağlığı ve Hastalık Karşısındaki Tutumuna Göre SYBDÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

	Kendini Gerçekleştirme Ortalama±ss	Sağlık Sorumluluğu Ortalama±ss	Egzersiz Ortalama±ss	Beslenme Ortalama±ss	Kişilerarası Destek Ortalama±ss	Stres Yönetimi Ortalama±ss	Sağlıklı Yasam Biçimi Toplam Puan Ortalama±ss
Hastalık Durumu							
Evet	*34.0±7.0*	20.3±5.4	*10.2±3.4*	*14.5±3.4*	*18.3±3.6*	17.2±4.1	*114.4±20.4*
Hayır	*35.9 ±6.2*	20.7±5.5	*10.7±3.4*	*15.3±3.4*	*19.0±3.8*	17.6±3.8	*119.3±19.7*
t;p	***-3.46; p=0.001***	***-0.84; p=0.4***	***-1.98;p=0.047***	***-3.02;p=0.003***	***-2.33; p=0.02***	**-1.55; p=0.12**	***-3.04; p=0.002***
Sağlığını Değerlendirme Durumu							
Çok iyi	**37.0±6.6***	**21.3±5.9***	**11.3±3.5***	15.6±3.3	19.5±4.0	**18.5±3.9***	**123.1±20.5***
İyi	35.3±6.2	20.6±5.4	10.4±3.4	15.2±3.3	18.8±3.7	17.3±3.8	117.7±19.3
Kötü	33.0±5.5	19.0±4.6	10.0±3.5	14.3±3.7	18.3±4.2	16.6±4.0	111.1±18.3
Çok kötü	32.4±8.4	19.4±4.9	9.9±3.1	**13.0±4.1***	**16.4±4.2***	16.9±4.9	108.0±24.3
f;p	***9.00; p=0.001***	***3.10; p=0.026***	***4.55; p=0.004***	***5.81; p=0.001***	***5.55; p=0.001***	***7.09; p=0.001***	***9.39; p=0.001***
Bedenen ve Ruhen Sağlıklı Olmak							
Sağlık Öncelikli	36.3±6.1	20.5±5.3	10.4±3.4	15.6±3.2	19.0±3.6	17.9±3.7	119.7±18.6
Sağlık Önceliksiz	35.1±6.5	20.7±5.6	10.8±3.5	14.9±3.5	18.8±3.9	17.3±4.0	117.6±20.6
t;p	***-2.94; 0.003***	**0.52; 0.60**	**1.79; 0.072**	***-3.08; 0.002***	**-0.72; 0.47**	***-2.34; 0.019***	**-1.59; 0.11**
Hastalık Karşısındaki Tutum							
Hast.Geçmesini Bekleme	34.6±6.4	**18.5±5.3***	9.9±3.5	14.6±3.5	18.1±3.9	16.8±4.0	112.5±19.8
Kendi Başına Dr'a Gitme	**37.1±6.1***	22.2±5.4	**11.3±3.2***	**15.8±3.2***	**19.5±3.5***	**18.4±3.7***	**124.3±18.4***
Birinin Dr'a Götr.Bekleme	34.9±6.2	21.6±5.2	10.2±3.5	15.5±3.2	19.0±3.6	17.5±3.8	118.7±19.2
Evde Bulunan İlaçları Kulla	34.7±6.6	19.9±5.0	10.6±3.4	14.7±3.6	18.6±4.1	17.1±3.8	115.6±20.4
f;p	***11.29; p=0.001***	***29.1;p=0.026***	***10.0; p=0.001***	**9.00; p=0.001**	***7.93; p=0.001***	***11.29; p=0.001***	***21.7; p=0.001***

****Farkı yaratan grup varyans analizlerinden tukey testi ile bulunmuştur.***

Öğrencilere uygulanan Sağlık Denetim Odağı puan ortalamaları incelendiğinde; İç Kontrol Odağı 26.25±6.06, Dış Kontrol Odağı 22.76±6.05 ve Şans-Kadercilik Odağı 17.40±5.96'dır (Şekil 9). İç kontrol Odağı ve Dış Kontrol Odağı puan ortalamaları anlamlı olarak farklılık göstermezken (t=0.221; p=0.825), Dış ve İç Kontrol Odağı puan ortalamaları Şans-Kader Odağına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla; t=28.31, p=0.001; t=46.72, p=0.001). Lise öğrencilerinin sağlık denetim odağı ile SYBD ve alt ölçekleri arasındaki ilişki araştırıldığında; iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağının tüm alt testler ve 'sağlıklı yaşam biçimi davranışı' puanı ortalamaları arasında olumlu yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Öğrencilerde şans-kadercilik odağı ile 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt testleri ve SYBDÖ puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), 'kendini gerçekleştirme' ve 'kişilerarası destek' alt testleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Korelasyon katsayıları incelendiğinde; İç ve Dış Kontrol Odağı ile sağlığı geliştirici davranışlar arasındaki korelasyonlar (r=0.207-0.407), Şans-kaderci Odağa göre (r=0.039-0.126) daha yüksektir. (Tablo 18)

Şekil 10. Öğrencilerin Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları



Tablo 18. Öğrencilerin İç Kontrol Denetim Odağı, Kadercilik ve Dış Kontrol Odağına Göre SYBDÖ Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler ve SYBDÖ Toplam Puan Ortalaması	İç Kontrol Odağı		Dış Kontrol Odağı		Şans-Kaderci Odak	
	r	p	r	p	r	p
Kendini Gerçekleştirme	**0.306**	***0.001***	**0.300**	***0.001***	**0.039**	**0.216**
Sağlık Sorumluluğu	**0.225**	**0.001**	**0.336**	***0.001***	**0.126**	**0.001**
Egzersiz	**0.207**	***0.001***	**0.235**	***0.001***	**0.120**	**0.001**
Beslenme	**0.312**	***0.001***	**0.316**	***0.001***	**0.099**	**0.001**
Kişilerarası Destek	**0.287**	***0.001***	**0.306**	***0.001***	**0.055**	**0.079**
Stres Yönetimi	**0.337**	***0.001***	**0.335**	***0.001***	**0.108**	**0.001**
SYBDÖ Toplam Puanı Ortalaması	**0.370**	***0.001***	**0.407**	***0.001***	**0.117**	**0.001**

4.2.2. Çoklu Analiz

Tekli analizlerde SYBDÖ toplam puanı ile anlamlı ilişki saptanan değişkenler, karıştırıcı faktörlerin etkisini ortadan kaldırmak ve her bir faktörün bağımsız etkisini belirlemek için çoklu regresyon modeli uygulanmıştır.

Tablo 19'da izlendiği gibi, erkek çocuk olma, anadolu-fen lisesinde öğrenim görme, çekirdek tipinde yaşama, annenin okuma-yazma bilmesi, sağlığını "çok iyi" olarak değerlendirme, herhangi bir hastalığı olmama ve hastalandığı zaman kendi başına doktora gidebilme, okul dışında sosyal etkinliklere katılma ve iç - dış (şans-kader dahil) kontrol odağı SYBDÖ toplam puanıyla ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Babanın öğrenimi, çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olma durumu ve sportif faaliyet tipinin ise bağımsız etkileri saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. Tekli Analizlerde Etkisi Belirlenen Değişkenlerin SYBDÖ Toplam Puanına Etkisini Gösteren Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

	B	Beta	T	P
Sabit	**64.515**		**19.386**	**0.001**
Cinsiyet (Erkek)	**2.556**	**0.061**	**2.196**	***0.028***
Okul Tipi (Anadolu-Fen Lisesi)	**6.058**	**0.101**	**3.805**	***0.001***
Aile Tipi (Çekirdek Aile)	**2.399**	**0.058**	**2.178**	***0.030***
Anne Öğrenim Durumu (Okuryazar olmayanlar)	**-2.454**	**-0.062**	**-2.133**	***0.033***
Baba Öğrenim Durumu (Üniversite Mezunu)	3.818	0.056	1.811	0.070
Baba Çalışma Durumu (Babası Çalışan)	1.343	0.026	0.834	0.404
Baba Mesleği (Memur)	0.199	0.003	0.094	0.925
Hastalık Durumu (Sağlıklı)	**4.293**	**0.083**	**3.088**	***0.002***
Hastalık Karşısındaki Tutum	**7.963**	**0.193**	**7.126**	***0.001***
Sağlığını Değerlendirme Durumu (Çok iyi)	**4.175**	**0.090**	**3.344**	***0.001***
Sağlık Güvencesi Durumu (Var)	1.681	0.036	1.285	0.199
Sosyal Etkinliğe Katılım	**4.957**	**0.104**	**2.936**	***0.003***
Sosyal Etkinlik Türü (Sportif Faaliyetlere Katılanlar)	1.429	0.024	0.670	0.503
İç Kontrol Denetim Odağı	**0.506**	**0.154**	**4.988**	***0.001***
Dış Kontrol Denetim Odağı	**0.963**	**0.293**	**9.071**	***0.001***
Şans-Kader	**0.246**	**0.074**	**2.610**	***0.009***
F;R;R^2; Durbin-W		***28.905; 0.561 □ ; 0.315; 1.796***		

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Ergenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma Şanlıurfa il merkezinde 2009-2010 tarihleri arasında öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan lise öğrencilerinin yaş ortalaması 16.1±1.2, %35'i kız, ve %65'i erkektir. Liselerde öğrenim gören kızların oranı erkeklerin yaklaşık yarısıdır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 bulgularına göre de Güneydoğu Anadolu bölgesinde erkeklerde lise öğrenimi %14.1 iken kızlarda %6.4'dür (2). Bu sonuç, bölgede toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak kız çocuklarının okula gitme/devam oranlarının düşük olması ile açıklanabilir.

Öğrencilerin %76.1'i yaşantılarının büyük çoğunluğunu kent merkezinde geçirdiğini belirtmiştir. Lise öğrencileri üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Yıldırım (2005)' de yapmış olduğu araştırmada da öğrencilerin %77.6'sının yaşantılarını kent merkezinde geçirdiklerini saptamıştır (5). TNSA (2008) araştırmasına göre Türkiye'de insanların %93.5'i kent merkezinde, %90.8'i kırsal kesimde yaşamaktadır (2). Bu sonuç, liseye devam eden öğrencilerin ailelerinin çoğunlukla kentte yaşayan aileler olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin %63.6'sı çekirdek ailede yaşamaktadır. Yıldırım'ın Sivas'ta (2005) ve Karadeniz'in Manisa'da (2008) yaptığı çalışmalarda bu oranlar sırasıyla %80.9, %89.1 olarak hesaplanmıştır (4,5). Bizim çalışmamızda çekirdek ailede yaşama oranının daha düşük olmasının nedeni Güneydoğu'da geniş aile yapısının yaygın olmasına bağlanabilir.

Öğrencilerden, %47'si annelerinin okur-yazar olmadığını bildirmişlerdir. TNSA 2008 sonuçlarına göre de Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki kadınların %57'si okur-yazar değildir, okur-yazar olmayan kadınların Türkiye ortalaması ise %33'dür (2). Yaklaşık %10'luk farkın nedeni bu çalışmanın liselerde yapılmış olması ve lise öğrenimine devam eden çocukların anne-babalarının öğrenim düzeylerinin daha yüksek olmasıdır. Harlak'ın Aydın'da (2007), Karadeniz'in Manisa'da (2008) Gökgöz'ün Elazığ'da (2007) çalışmasında bu oranlar sırasıyla %18, %22.2, %18.3 olarak hesaplamıştır (4,16,94). Çalışmamızda elde ettiğimiz okur-yazar olmama oranı diğer çalışmalara düşüktür. Yukarıda da belirtildiği gibi, bunun

nedeni bölgede kadınların öğrenim düzeylerinin diğer bölgelere göre oldukça düşük olmasıdır.

Ergenlerin babalarının öğrenim durumu incelendiğinde, %6.9'u okur-yazar değildir. TNSA'ya göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde okur-yazar olmayan erkeklerin oranı %32.9'dur. Bu oran Türkiye genelinde %19.8'dir (2). Gökgöz'ün Elazığ'da (2007) çalışmasında bu oran %3.2'dir (94). Çalışmamızdaki farkın nedeni araştırmanın lise öğrencileri üzerinde yapılmış olmasıdır

Araştırmamıza göre öğrencilerin annelerin %96.1'i ev hanımıdır. TNSA'ya göre 15-49 yaş arası kent merkezinde kadınların çalışmama durumu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %79'dur. Bu oran Türkiye genelinde %75'dir (2). Geçkil'in İstanbul (2002) ve Yıldırım'ın Sivas (2005) araştırmasında anneleri ev hanımı olan öğrencilerin oranı sırasıyla %87.7, %84.7 olarak hesaplamıştır (5,95). Bu oranların yüksekliğinin nedeni, Türkiye'de kadınların çalışma yaşamına tam olarak aktif katılımlarının sağlanamamasıdır. Kadın istihdamı açısından Güneydoğu Anadolu Bölgesi sosyo-kültürel faktörlere bağlı olarak diğer bölgelere göre daha dezavantajlı konumdadır.

Araştırmamızda ergenlerin babalarının çalışma durumu araştırıldığında; babaların yaklaşık %19'u işsizdir. Yıldırım'ın Sivas (2005) araştırmasında bu oranı %5.5 olarak hesaplamıştır (5). TÜİK 2010 verilerine göre işsizlik oranı Türkiye'de %14.4'tür (96). Bizim çalışmamızda bu oranın yüksekliğinin nedeni bölgede işsizlik oranının da öğrenim düzeyine ve çalışma olanaklarına bağlı daha yüksek olması düşünülebilir.

Araştırmamızda ergenlerin çoğunluğunun gelir durumunu kısmen yeterli %40.8 ya da yetersiz %25.5 olduğunu bildirmişlerdir. TNSA'ya göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde kent merkezinde hane halkı refah düzeyi incelendiğinde %73.1'inin en düşük ya da düşük refah düzeyinde olduğu saptanmıştır (2). Yıldırım (2005)' de yapmış olduğu araştırmada öğrencilerin gelir durumunu incelediğinde %39.7'sinin kısmen yeterli, %28'inin yetersiz olduğu (5); Karadeniz'in Manisa (2008) çalışmasında %68.5'inin kısmen yeterli, %6.6'sının kötü olduğu, (4) Erdem'in (2004) çalışmasında %63.3'ünün gelir düzeyinin kısmen yeterli-yetersiz olarak saptamıştır (97).

Araştırmamızda öğrencilerin %23.5'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Yıldırım'ın Sivas (2005) araştırmasında %10.9'unun herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı saptanmıştır (5). Sağlık Bakanlığı 2010 verilerine göre ise, Türkiye'de nüfusun %20'sinin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır(98). Bizim çalışmamızda sosyal

güvenceye sahip olmama durumunun Türkiye ortalamasının üstünde olmasının nedeni genellikle tarım sektöründe çalışma ve işsizlik oranın da yüksek olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada diğer çalışmalarla uyumlu olarak öğrencilerin %77.7'si hiçbir sosyal etkinliğe katılmadığını bildirmiştir (5). Araştırmamızda öğrencilerden sosyal bir etkinliğe katılanların arasından %12.7'sinin sportif etkinliklere katıldığı saptanmıştır.

Araştırmamızda öğrencilerin %9.9'unun sigara içtiği saptanmıştır. Gökgöz'ün Sivas (2007) ve Palancı'nın Diyarbakır (2009) araştırmalarında sigara içme oranı sırasıyla; %7.5, %15 ve %14.8'tır (94,99). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında lise öğrencilerinde yaptığı Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda öğrencilerin %9.1'inin halen aktif içici olduğu saptanmıştır (7). Türkiye'de çeşitli illerde yapılan araştırmalarda lise öğrencilerinde aktif içiciliğin %9.1-35 arasında değiştiği, erkeklerde içiciliğin kızlara göre daha fazla olduğu ve içiciliğin yaşla artış gösterdiği bildirilmiştir (100).

Araştırmamızda öğrencilerden %3.1'inin ise alkol kullandığı saptanmıştır. Yıldırım'ın Sivas (2005) Karadeniz'in Manisa (2008) Erdem'in İstanbul (2004) Gökgöz'ün Sivas (2007) araştırmalarında alkol kullanma oranları sırasıyla; %12, %22.6, %14.3, %0.6'dır (4,5,94).

Öğrencilerinden %17.9'u herhangi bir hastalığının olduğunu bildirmiştir. Yıldırım'ın Sivas (2005) ve Karadeniz'in Manisa (2008) de yapmış oldukları araştırmalarda hastalık oranları sırasıyla %12.6 ve %7.2'dir (4,5). Çalışmamızda hastalık oranın yüksek olmasının nedeni, bireysel ve çevresel özelliklere bağlı olarak diğer bölgelere göre hastalık hızlarının yüksekliği ile açıklanabilir.

Öğrencilere kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, %68.4'ü 'iyi', %2.1'i ise 'çok kötü' yanıtını vermiştir. Yıldırım (2005)' de yapmış olduğu araştırmada öğrencilerin %77.6'sının 'iyi', %0.6'sının 'çok kötü' olarak değerlendirdiğini saptamıştır (5).

Öğrencilerin %36.4'ü hasta olduğu zaman kendi başına doktora gideceğini bildirirken %28.1'i hastalığının geçmesini bekleyeceğini bildirmiştir.

5.2. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Yapılan çalışmalar incelendiğinde Türkiye'de SYBD ölçeği kullanılarak lise öğrencilerinde Geçkil'in (2002) yaptığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Diğer çalışmalar genellikle sigara, alkol, beslenme gibi tek bir sağlık davranışını ele alan çalışmalardır. SYBD ölçeği kullanılarak üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Gerek yaş açısından gerekse sosyo-kültürel özellikler açısından lise öğrencilerinin üniversite öğrencilerinden farklı olmalarına rağmen, aynı ölçek kullanıldığı için iki grubun benzerlik ve farklılıklarını görmek açısından bazı çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır.

Ergenlerin, SYBDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde 'kendini gerçekleştirme' alt ölçeği'nden 35.7±6.4, 'sağlık sorumluluğu' alt ölçeği puan ortalaması 20.6±5.4, 'kişilerarası destek' alt ölçeği puan ortalaması 18.9±3.8, 'stres yönetimi' alt ölçeği puan ortalaması 17.6±3.9, 'beslenme' alt ölçeği puan ortalaması 15.1±3.4 ve 'egzersiz' alt ölçeği puan ortalaması 10.6±3.4 olarak saptanmıştır. SYBDÖ toplam ortalama puanı ise 118.4±20.0'dır. Puan ortalamaları her bir alt test ve toplam puan açısından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlara göre değerlendirildiğinde; toplam puan ortalaması ve alt ölçek sonuçları Geçkil'in çalışmasına benzer şekilde ortalamanın üstündedir (95).

Bu araştırmada lise öğrencilerinin 'kendini gerçekleştirme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçeklerinden aldıkları puanlar diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Maslow'un gereksinimlerinde en üst kademede yer almaktadır. Maslow'a göre kendini gerçekleştirme, bireyin yaşamı dolu dolu ve coşkuyla yaşamasıdır. Birey kendisini olduğu gibi kabul eder ve tanır. Belli bir program çerçevesinde hedef ve amaçları doğrultusunda yaşam sürer (5). Araştırmamızda kendini gerçekleştirme alt ölçek puanı 35.7±6.4 puan olarak saptanmıştır. Tuğut'un Sivas (2007) araştırmasında kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden 35.6±6.4 puan alarak bizim araştırmamızla benzer sonucu elde etmiştir (101). Tabak'ın Ankara'da (2006), Yıldırım'ın Sivas'ta (2005) ve Karadeniz'in Manisa'da (2008) araştırmalarında öğrencilerin aldıkları ortalama puanlar 27.2 ile 39.3 arasında saptanmıştır. (4,5,93)

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu etkileşim, sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilemektedir. Olumlu etkileşim, bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler (5). Araştırmamızda ergenler 'kişilerarası destek' alt ölçeği puan ortalamasından 18.9±3.8 puan aldıkları saptanmıştır.Bu ortalama

Geçkil'in çalışmasıyla aynıdır (95). Üniversitelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tabak'ın Ankara (2006) çalışmasında 19.4±3.6, Yıldırım'ın Sivas (2005) çalışmasında 19.4±3.6, Karadeniz'in Manisa'da (2008) çalışmasında 22.2±3.1 puan olarak hesaplanmıştır. (4,5,93) Lise öğrencilerinde üniversite öğrencilerine göre puanın düşük olması içinde bulunulan dönem ve üniversite yaşamıyla ilişkili olabilir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (5). Araştırmamızda ergenler sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt ölçeklerinden diğerlerine göre daha düşük puan almışlardır. Bu sonuç liselerde benzer çalışmayı yapan Geçkil'in çalışmasıyla uyumludur (46). Ayrıca elde edilen bulgu Ardıç'ın İstanbul (2008) araştırmasının sonuçlarıyla da benzerdir (61). Üniversitelerde yapılan çalışmalarda da öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden aldıkları puanlar 15.9±3.3 ile 24.7±6.0 düşük düzeyde saptanmıştır. (4,5,93)

Yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğu, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (5). Araştırmamızda ergenler 'egzersiz' alt ölçeğinden (10.6±3.4) alarak diğer araştırmalara benzer puan almışlardır (95). Yapılan diğer araştırmalarda alınan puan Tabak'ın Ankara (2006), Yıldırım'ın Sivas (2005), Karadeniz'in Manisa (2008) 8.2±2.8 ile 9.5±3.5 arasında değişmektedir. (4,5,93). Lise öğrencilerinde puanın yüksek çıkmasının nedeni, lise öğrencilerinin ergenlik döneminin özelliklerine bağlı olarak zamanlarının çoğunu ev dışında geçirmeleri ve sportif aktivitelere daha fazla katılmaları ile açıklanabilir.

Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları düzenler. Araştırmamızda ergenlerin 'stres yönetimi' alt ölçeği puan ortalaması 17.6±3.9 puan aldıkları saptanmıştır. Malatya'da öğrenim gören lise öğrencilerinde de bu ortalama 17.8 olarak bulunmuştur (95). Ardıç'ın İstanbul (2008) araştırmasında stres yönetimi alt ölçeğinden 17.4±3.6 puan alarak bizim araştırmamızla benzer sonucu elde etmiştir (61). Yapılan diğer araştırmalarda alınan puanlar 16.7±3.3 ile 20.5±3.8 arasında değişmektedir.(4,5,93)

Ergenlerin SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 118.4±20.0'dır. Alınabilecek en yüksek puan ise 192'dir. 4 üzerinden değerlendirildiğinde 2.5, bir başka ifadeyle ortalamanın biraz üstündedir. Geçkil'in (2002) Malatya çalışmasında 117.9, Ardıç'ın İstanbul

(2008) araştırmasında 117.9 olarak hesaplamış ve bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermiştir (61,95). Yapılan diğer araştırmalarda alınan puanlar 117.9±19.5 ile 125.9±17.4 arasında değişmektedir. (4,5,93)

5.3. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkili Faktörler

Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, sağlık davranışlarını bireysel özellikler ve deneyimler, davranışsal ve bilişsel süreçler ile çevresel faktörler etkilemektedir. Bireysel özellikler ve deneyimler; davranışla ilgili önceki deneyimleri içermektedir. Bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel farklılıkları sağlık davranışlarının kişiden kişiye farklılık göstermesini sağlayan en temel özelliklerdendir (102)

Yaş ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Cinsiyet ile SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçekleri arasında ilişki incelendiğinde; erkek öğrenciler 'kendini gerçekleştirme' ve 'egzersiz' alt testlerinden ve SYBDÖ'den kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır. Koçoğlu'nun Konya (2006) araştırmasında erkeklerin 'kendini gerçekleştirme', 'egzersiz', 'stres yönetimi' ve SYBDÖ toplam puanı kızlara göre daha yüksektir (102). Geçkil'in çalışmasında ise egzersiz alt ölçeğinden erkekler anlamlı olarak yüksek puan alırken, diğer alt ölçeklerde cinsiyete bağlı değişim saptanmamıştır (95).

Araştırmamızda okul tipi tüm alt testler ile SYBDÖ toplam puanı ortalaması açısından ilişki bulunan bir değişken olmuştur. Anadolu ve fen liselerinde öğrenim gören ergenler diğer okul türlerine göre yüksek puan almışlardır. Karaoğlu ve Pehlivan'ın Malatya'da (1997) yaptıkları araştırmada fen liselerinde sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (104).

Lise öğrencilerinin aile tipi ile 'kendini gerçekleştirme', 'beslenme' ve 'stres yönetimi' alt testleri ile SYBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde 'beslenme' alt testi ile SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Lise öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları annelerinin öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Anneleri okur-yazar olmayan öğrencilerin 'sağlık sorumluluğu', 'kişilerarası destek', 'stres yönetimi' alt testleri ile 'SYBDÖ toplam puan ortalamasından aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Çocuk sağlığı üzerinde yapılan bütün çalışmalarda annenin öğrenim durumunun hastalık ya da sağlığı sorunlarını anlamlı ölçüde etkilediği bilinmektedir (124).

Araştırmamızda sosyal etkinliklere katılım durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve alt test puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal etkinliğe katılan öğrencilerin 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'kişilerarası destek' ve 'stres yönetimi' alt ölçekleri ve 'SYBDÖ toplam puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırmamızda herhangi bir hastalığı bulunmayan öğrenciler, 'kendini gerçekleştirme', 'egzersiz', 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçekleri ve SYBDÖ toplam puan ortalamasından diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek puan almışlardır.

Araştırmamızda öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı puan ortalamaları ile sağlığını değerlendirme durumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise öğrencilerinden sağlığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerin 'kendini gerçekleştirme', 'sağlık sorumluluğu', 'egzersiz' ve 'stres yönetimi' alt testleri ve SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Öğrencilerden sağlığını 'çok kötü' olarak değerlendirenler ise 'beslenme' ve 'kişilerarası destek' alt ölçeklerinden aldıkları puan diğer öğrencilere göre anlamlı olarak düşüktür. Tuğut'un Sivas (2005) araştırmasında sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları sağlığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerde daha yüksektir (101).

Sağlık davranışını açıklamada kullanılan bir diğer değişken denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Karşılaşılan davranışların sonuçları üzerinde kontrolü olduğuna inananlar 'içten denetimli', kontrolün çevre, genetik gibi dışsal faktörlere bağlı olduğuna inananlar 'dıştan denetimli', kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'şans-kaderci' olarak ifade edilmektedir (93). Araştırmamızda öğrencilerinin sağlık denetim odağı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İç denetim odağı en yüksek etkiyi gösterirken, bunu dış denetim odağı ve şans-kadercilik odağı izlemiştir. Ancak burada 3. boyut olan şans-kader boyutunu da dış denetime dahil eden araştırmacılar bulunmaktadır. Çünkü, ergenlerin 'şans', 'kader' olarak bildirdikleri ifadeler, genetik, çevresel gibi dış faktörler şeklinde algıladıkları gösterilmiştir. Örneğin yoksul ailede doğma ya da kronik hastalığı olan ebeveyne sahip olma gibi. Yapılan çalışmalarda, iç kontrol odağı gelişmiş kişilerde egzersiz yapma alışkanlığı, lifli beslenme ve yağlı, tuzlu besinlerden uzak durma gibi olumlu sağlık davranışlarının daha yüksel olduğu saptanmıştır. Dış kontrol odağı gelişmiş kişilerde, alkol kullanmama, meyve yeme ve yağlı besinlerden uzak durma gibi davranışlara olumlu yönelimler saptanmıştır (104). Benzer şekilde Steptoe'nın (2001)'de

18 ülkede yapmış olduğu araştırmasında sağlık denetim odağı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İç-dış kontrol odağı yüksek olan kişilerde olumlu sağlık davranışları görülürken kaderci yaklaşımın sağlık davranışlarına negatif etki ettiği görülmüştür (104). Barbara'nın Güney Afrika'da (1997), Cloutier'ın San Francisco'da (2003), Young'ın Kore'de (2001), Perlman'ın Rusya'da (2003) yaptıkları araştırmalarda da sağlık davranışı ile sağlık kontrol odağı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. (107,108,109,110).

Araştırmamızda öğrencilerinin babalarının öğrenim durumu ve mesleği, annelerinin ve babalarının çalışma durumu, sağlık güvencesine sahip olma durumu, etkinlik türü, en uzun yaşanılan yerleşim yeri, hasta olduğundaki tutumu ve sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama ya da biraz üstündedir. Sağlık davranışlarını etkileyen modeller çerçevesinde sağlık davranışlarıyla ilişkili faktörler araştırıldığında demografik özellikler yanı sıra içinde yaşanılan sosyo-kültürel özelliklerin etkisi olduğu saptanmıştır. Ergenin cinsiyeti, öğrenim gördüğü okul tipi, aile tipi, anne öğrenim durumu, sağlıklı olması, iç ve dış denetim odağı ile hastalık karşısındaki tutumu ilişkili bulunmuştur. Araştırmanın yönteminin kesitsel araştırma olması nedeniyle, bu faktörlerin olumlu sağlık davranışlarının 'kesin nedenidir' diyebilmek mümkün değildir. Çünkü kesitsel araştırmalar, belirli bir zaman kesitinde yapıldığı için ilişkinin zamana uyumunu belirlemede sınırlı kalmaktadır. Ancak değişkenler arasındaki ilişkileri belirleyebilmektedir.

Risk gruplarına yönelik müdahale programlarının geliştirilmesinde hedef, değiştirilebilir risk faktörleridir. Bu araştırmada okulların özelliği, iç-dış denetim odağı, hastalık karşısındaki tutum değiştirilebilir ve davranışı etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Bu faktörlere yönelik müdahale programlarının uygulanabilmesi için yasal düzenlemelerde belirtildiği şekilde okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi gereklidir. Okul sağlığı hizmetleri 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu gereği Sağlık Ocakları tarafından yapılması gereken işlerdir. Ancak aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık sisteminde tümüyle değişim söz konusu olmuştur. Yeni sistemde bu işler Toplum Sağlığı Merkezleri'ne verilmiştir. Ancak 100.000 nüfus için öngörülen merkezlerin özellikle okul çağı çocuk grubun yüksek olduğu illerde yetersiz kalacağı açıktır. Bu nedenle okullarda okul sağlığı ekiplerinin kurulması çocuklara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması açısından önemlidir. Uluslararası düzeyde okul sağlığı ekibi içerisinde öğretmen, hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog ve psikolojik danışman yer almaktadır. 'Sağlık sorumluluğu', 'egzersiz', 'beslenme' başta olmak üzere elde edilen bulgular, Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin niteliğinin iyileştirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi açısından okul sağlığı ekiplerinin kurulması gerektiğini göstermektedir.

Olumlu sağlık davranışı kazandırma ve sürdürme için öncelikli strateji bireyleri güçlendirmedir. Bu kapsamda *sağlık sorumluluğunu geliştirmek amacıyla*, davranışı etkileyen faktörleri açıklayan sağlık davranışı teorilerine ve hizmet sunulacak toplumun özelliklerine uygun eğitimlerin planlanması ve uygulanması gereklidir. Ayrıca öğrencilerin sağlıklı yaşam kapasitelerini arttırmak amacıyla sağlık kulüplerinin öğrencilerin katılımını sağlayıcı nitelikle

akran eğitimleri yoluyla güçlendirilmesi ve her sınıfta rol modelleri yetiştirilmesi sağlığı geliştirmede atılacak adımlar arasında yer alabilir. Öğrencilere yönelik sağlık eğitimi programları yanı sıra, okulların güçlendirilmesi kapsamında okulların sağlıklı yaşam alanlarına dönüştürülmesi, yani dış denetim odaklarının güçlendirilmesi zorunludur. Beslenme için uygun besinlerin sunumu ve ortamların hazırlanması, egzersiz için beden eğitimi derslerinin sağlıklı yaşam amacıyla etkin kullanımının sağlanması bu stratejiye örnek olarak verilebilir. Bir diğer strateji ise erken-tanı tedavi amaçlı taramaların yapılmasıdır.

Okullarda yapılacak sağlık eğitimlerinde iç denetim odağının yükseltilmesi için sağlık davranışı teorilerinden yararlanılarak eğitimlerin yapılması yararlı olacaktır. Sonuç olarak, okul sağlığı programları kapsamında, ergenlik dönemindeki yaşam biçiminin kronik hastalıkların oluşumundaki rolü düşünülerek, bu yaş grubuna yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin değiştirilebilir risk faktörlerini dikkate alınarak sağlığı geliştirici stratejileri temel alan yaklaşımla yürütülmesi önem taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Health, http://www.who.int/health/about/en/ (Erişim tarihi: 29.04.2010).
2. Eryurt MA, Türkyılmaz A, Koç İ. Hanehalkı nüfusu ve konut özellikleri. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2008;18.
3. Tortumoğlu G. Türkiye'de ergen ve gençlerde üreme sağlığı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(2):8-10.
4. Karadeniz G. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları TAF Prev Med Bull, 2008; 7(6):497-502.
5. Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. C.Ü Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005; 20-24.
6. World Health Organization, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap , World Health Organization, Nairobi, 2009 (Erişim tarihi: 08.04.2010)
7. www. saglikbakanligi.gov.tr (Erişim tarihi: 02.04.2010).
8. Grunbaum JA. Youth Risk Behavior Surveillance-United States Morbidity and Mortality Review Weekly, 2003; 53 (2): 1-96.
9. Kara B. Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003; 46: 30-37.
10. Choudhry VK. Health promoting among immigrant women from İndia living in Kanada. Journal of Nursing,1998; 30(3).
11. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık hizmetleri. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. 1999.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri. Alkan E. Okullarda sağlık eğitimi mevcut durum raporu. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2005.
13. http://www.turkhukuksitesi.com (Erişim tarihi: 09.04.2010).
14. http://abmuzakere.bilgi.edu.tr/docs/avrupa_sosyal_sarti_metni.pdf
(Erişim tarihi: 09.04.2010).
15. Peker K. Kentli erişkinlerde ağız diş sağlığı algısı ve sağlık davranışının incelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005; 28-32.
16. Dereboy Ç. Ergen ve ruhsal sorunları durum saptama çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi. Bilimsel Araştırmalar Proje Birimi, Proje Bitirme Raporu, Aydın, 2007; 6-7.

17. Çelik G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig, 2009;3(3):164-169.
18. Bertan M. 'Introduction and Definition of Adolescence' Adolescence and Adolescent Reproductive Health; Teaching Materials fort he Training Courses. International Children's Center, Ankara,2003; 27-29.
19. Ahijevycy K. Health promoting behaviors of African Amerikan women. Nursing Research,1994;43(2): 86-89.
20. Çelik G. Ergenlik döneminde beynin yapısal ve nörokimyasal değişimi. Ç.Ü. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008;21:42-47.
21. Bulduk S. Okul sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. Klinik Çocuk Forumu, 2005.
22. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization 2003.
(Erişim Tarihi: 04.04.2010).
23. World Health Organization. An Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, 2005. (Erişim Tarihi: 04.04.2010).
24. Eser E. Temel sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı. Çalıştay Kitabı, 2006.
25. Tabak RS. Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara, 2005; 28-32.
26. Özer S. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(1):63-77.
27. Zorlutuna Y. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve sağlığın teşviği. Bayındır Tıbbi Direktörlüğü, Ankara, 2008.
28. Özvarış Ş. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2001.
29. Choudhry VK. Health promoting among immigrant women from İndia living in Kanada, Journal of Nursing, 1998;30(3).
30. Şarlak K. Yaratıcı Drama ve Sağlık Eğitimi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 09-12 Kasım 2006, Muğla.

31. Healthy People 2010:Understanding and improving health. Depaartment of health and human service, 2000.
32. 12th European Health Forum Gastein. Hartmut Buchow, European Commission Eurostat Unit F5, Health & Safety Statistics, 2004.
33. Dansuk E. Türkiye'de yoksulluğun ölçülmesi ve sosyo-ekonomik yapılarla ölçülmesi. Devlet Planlama Teşkilatı, Uzmanlık Tezi, 1997; 35-42.
34. International Nurses Day. Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care. 2010.
35. Türkiye Diyabet Vakfı. Türkiye'de Diyabet Profili: Diyabet bakım, izlem ve tedavisinde mevcut durum değerlendirilmesi. Çalıştay Raporu, 2009.
36. Yeşil A. Kronik bir hastalık teşhisi alan hastanın bilgilendirilmesinin hasta hakları ve etik açıdan incelenmesi. Bursa Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar şubesi, 2008.
37. Bilir N. Sağlıklı yaşam, sigara ve gençlik. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2008; 8-10.
38.http://www.globalsecurity.org/security/library/report/gao/index.html.(Erişimtarihi: 12.05.2010).
39.2005 yılında Dünyada Görülen Bulaşıcı Salgın Hastalıklar http://halksagligi.uludag.edu.tr/Seminerler/.pdf (Erişim Tarihi: 04.04.2010).
40. Şimşek Z. Sosyal Çevre ve Sağlık. Çevre Hekimliği Kongresi. 2005, Ankara.
41. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a joint who/fao Expert Consultation. Geneva, World Health Organization 2003,
(Erişim Tarihi: 04.04.2010).
42. Burchell, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. (Eds: Gallie D, Marsh C, Vogler C. Social change and the experience of unemployment. Oxford, Oxford University Pres, 1994; 188-212.
43. McCarthy M. Transport and health. (Eds: Marmot MG, Wilkinson R). The Social Determinants of Health. Oxford, Oxford University Pres, 1999;132-154.
44. World Health Organization. Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP), World Health Organization, Geneva, 1998 (Erişim Tarihi: 04.04.2010).
45. Sağlık Teşviği. http://www.saglik.gov.tr/TR/ (Erişim Tarihi: 14.04.2010).

46. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 http://www.paho.org/English (Erişim Tarihi: 01.05.2010).
47. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978; 6-12 (Erişim Tarihi: 24.04.2010).
48. Constance S. Adolescent health promoting lifestyle profile: Assessing psychometric rigor in early, middle and late adolescence. Hampton university School Nursing. 2010
49. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. http://www.sagliklikentlerbirligi. org. tr/birlik_hakkında (Erişim Tarihi: 10.05.10).
50. Ulusal Tütün Kontrol Programı, Genelge. Resmi Gazete 07.10.2006, Sayı: 26312 http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/ (Erişim Tarihi: 10.05.10).
51. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Pratik Rehber El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,2007. http://www.hm.saglik.gov.tr/index. (Erişim Tarihi: 04.04.2010).
52. European Heart Health Charter, http://www.heartcharter. eu/download/Turkish.pdf, http://www.heartcharter.eu/ (Erişim Tarihi: 10.05.2010).
53. Birinci Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, Ankara. http://www.ankara.edu.tr/yazi.php. (Erişim Tarihi: 10.05.2010).
54. Temel Sağlık Hizmetleri. http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/ (Erişim Tarihi: 10.05.2010).
55. Mutlu N. Üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarıyla ilgili sorumluluk algıları. A.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006; 35-46.
56. Keleher H. Health Promotion. Oxford Universty, New York, 2007.
57.http://tip.sdu.edu.tr/akademikyapi/dersnotlar/dahili_tip_cocuk_psikiyatrisi/donem_ı_tip_fakultesi_tibbi_psikoloji_ders_notlari/gudulemeli_davranıs.pdf (Erişim Tarihi: 04.03.2010)
58. Siyez D. Ergenlik döneminde intihar girişimleri: Bir gözden geçirme. Kastamonu Eğitim Dergisi, 2006; 14(2): 413-420.
59. Özbaşaran F. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7(3): 29-36.
60. Eraslan B. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sık görülen bulaşıcı hastalıkla ile ilgili bilgi düzeylerinin ve sağlığı koruma davranışlarının değerlendirilmesi. Ç:Ü: Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2009; 31-48.

61. Ardıç A. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008; 23-27.

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

63. Çenesiz E. Türkiye'de sağlık inan modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6(6): 27-34.

64. Erol S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 2.

65. Walker S. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. nursing research. 1987; 36(2):76-80.

66. Arnett JJ. G. Stanley Hall's Adolescence. History of Psychology, 2006; 9(3): 186-197.

67. Cloutier R. Ergenlik psikolojisinde kuramlar. A.Ü. Eğitim Bilimleri Dergisi. 1991

68.World Health Organization.10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html. (Erişim tarihi: 13.05.2010).

69. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. Uludağ Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004;2: 231-256.

70. http://www.who.int/pbd/deafness/en/noise.pdf, (Erişim tarihi: 05.10.2005).

71. Pekcan H. Adölesan (Delikanlı) Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006; 481-502.

72. Geçkil E. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 10 (2):19.

73. Ersay A. Türkiye'de ergen ve gençlerde üreme sağlığı. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi. 2006; 3(2):6.

74. Bülbül S. Ergen Etiği. Sted Dergisi, 2004; 13(6); 42-58.

75. Erci B . Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,1999; 2(1): 83-94.

76. Görak G. Türkiye'deki kız ve erkek adölesanların sağlık sorunlarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi 14. Kurultayı (Poster Bildirisi), 1998; 22-23.

77. Jackson DB. Child Health Nursing A Comprehensive Approach to the Care of Children and Their Families, 1993; 361-388.

78. Canat B. Ergenlik döneminde cinsellik. İçinde: Şenol S, Rugancı N (Eds.). Ergenlik Döneminde Cinsellik (Gelişim ve Sorunları), Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları (2), 1998; 5-10.
79. Baltaş A. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 5. Basım. Remzi Kitabevi, İstanbul, 1993.
80. Velsor FB. Adolescent school health. Journal of Pediatric Nursing. 2001; 16(3): 194-196.
81. Özcebe H. Adolesanlar ve riskli davranışlar. ı. Ulusal adolesan sağlığı kongresi, 2006.
82. Bulduk S. Okul sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. Klinik Çocuk Forumu, 2005; 57-66.
83. Diaz A.Positive Youth Development & Adolescent Health Promotion: Strengths, Challenges & Issues to Consider. Mount Sinai Adolescent Health Center. 2006; 10-12.
84. World Health Organization. Adolescence Mental Health Promotion. 2003; 9-16.
85. Haznedaroğlu D. Adolesan Hakları. Uluslararası Çocuk Merkezi (ICC), Ankara, 2006.
86. Özalp S. Reproductive health rights of adolescence. International Children's Centre. Ankara, 2003.
87. World Health Organization. http://www.who.int/pbd/deafness/en/noise.pdf, (Erişim tarihi: 05.04.2010)
89. Tekbaş F. Çevre Sağlığı. Hacettepe Üniversitesi Anabilim Dalı Yayınları, Ankara, 2010
90. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013). Resmi Gazete, 2006.
(Erişim tarihi: (01.05.2010).
91. Sabuncu N. Hemşirelik Esasları. Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1996.
92. Birol L. Hemşirelik Süreci, 1990, Şafak Yayınevi, Ankara.
93. Tabak S.R. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5 (2).
94. Gökgöz Ş. Adölesan çağda sigara ve alkol içme davranışı. Fırat Tıp Dergisi, 2007; 12(3) 214-218.
95. Geçkil E. Malatya ilindeki adölesanların sağlık davranışlarının ve sorunlarının tanımlanması, beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2002; 27-35.
96. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. Hane halkı işgücü araştırma sonuçları, 2010
97. Erdem G. Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi, 2004; 7.
98. Sosyal Güvenlik Kurumu. www.sgk.gov.tr (Erişim Tarihi: 01.05.2010).

99. Palancı Y. Diyarbakır il merkezinde ilköğretim ve lise öğrencilerinin sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. Tuberk Toraks Dergisi, 2009; 57(2):136-144.
100. Keskinoğlu P. İzmir'de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenmenin etkisi. Türk Toraks Dergesi Aralık 2006, 7(3): 190-195.
101. Tuğut N. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11-3.
102. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. Fourth Edition, New Jersey, 2002;13-209.
103. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Konya, 2006; 27-39.
104. Karaoğlu L. Malatya il merkezinde farklı programlardaki lise son sınıf öğrencilerinin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,1997;4(4):391-398.
105. Steptoe A. Locus of control and health behaviour revisited: A multivariated analysis of yong adults from 18 countries. British Journal of Psychology, 2001; 92: 659-672.
106. Barbara A. Perceptions of control, physical exercise and psychological adjustment to breast cancer in South African. Ann Behav Med, 1997; 19(1):51-60.
107. Ronald J. Subjective Control and Health Among Mexican-Origin Elders in Mexico and the United States: Structural Considerations in Comparative Research. Journal of Gerontology: Social Sciences. 2009;64(3),: 390–401.
108. Cloutier S. The relationship of internal locus of control, value placed on health, perceived importance of exercise, and participation in physical activity during leisure. International Journal of Nursing Studies. 2003; (40): 453–459.
109. Young H. Korean adolescents' health risk behaviors and their relationships with the selected psychological constructs. Journal Of Adolescent Health 2001;29:298–306.
110. Perlman F. Do health control beliefs predict behaviour in Russians. Preventive Medicine, 2003; (37): 73–81.
112. Viner R. ABC of Adolescence Health Promotion. British of Medical Journal. 2005; 330;527-529. (Akt: Ardıç A. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008; 23-27.)

112. Velicer WF. Using the Transtheoretical Model For Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. Homeostasis in Health and Disease. 2000; 40 pp: 174-195. (Akt: Erol S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 2.)
113. Boeree G. Abraham Harold Maslow Biograpy. webspace.ship.edu/cgboer/maslow.html.

8.EKLER

EK-1 Lise Öğrencilerinin Sosyo Demografik Özellikleri Formu

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Bu çalışma, liselerde öğrenim gören gençlerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi amacıyla yapılacak çalışmalara yön vermek amacıyla yürütülmektedir. Dolayısıyla aşağıda sizin yaşam tarzınız ve özellikleriniz hakkında sorular yer almaktadır. Her bir soru için size uygun olan şıkkı işaretleyiniz. Cevaplarınız gizli kalacağından ankete adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetini işaretler misin? 1. Kız 2. Erkek

2. Kaç yaşındasın?.....

3. Yaşantının büyük çoğunluğunu nerede geçirdin?

1. Köy 2. İlçe 3. Şehir

4. Senin ailene uygun olanı işaretle?

1. Çekirdek aile 2. Geleneksel aile 3. Parçalanmış aile

5. Annenin öğrenim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite/yüksekokul mezunu

6. Babanın öğrenim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite/yüksekokul mezunu

7. Annen gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Evet (yaptığı işi yazınız)…….2. Ev hanımı

8. Baban gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

1. Evet (yaptığı işi yazınız)…….2. İşsiz

9. Sana göre aylık geliriniz ihtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli mi?

1. Yeterli 2. Kısmen yeterli 3. Yetersiz

10. Okul içinde ve dışında katıldığın herhangi bir sosyal etkinlik var mı?

1. Evet (ne tür etkinlikler yazınız)…….2. Hayır

11. Sağlık güvencen var mı?

1. Evet (yazınız)…… .2. Hayır

12. Bir hastalığın var mı?

1. Evet (hastalığınızı yazınız) …… 2. Hayır

13. Sigara ile ilgili sana uygun olanı işaretle?

1. Hayır, hiç içmedim 2. Daha önce içtim, şimdi içmiyorum
3. Her gün içerim 4. Ara sıra içerim

14. Alkol kullanıyor musun?

1. Evet 2. Hayır

15. Arkadaşlarınla karşılaştırdığında; sağlığını nasıl değerlendirirsin?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Kötü 4. Çok kötü

16. Hasta olduğunda ilk ne yaparsın?

1.Hastalığımın geçmesini beklerim 2. Kendi başıma hemen doktora giderim
3. Birilerinin beni doktora götürmesini beklerim. 4. Evde bulunan ilaçları kullanırım

EK-2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sevgili gençler,

Her cümleyi dikkatlice okuyarak, size en uygun olan seçeneği X işareti koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbirzamn	Bazen	Sık Sık	Düzenli
1.Sabahları kahvaltı ederim				
2.Sağlığımla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim				
3.Kendimi beğenirim				
4.Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım				
5.Yiyecek maddeleri alırken içinde katkı maddeleri				
6.Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım				
7.Kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini				
8.Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım				
9.Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim				
10.Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle				
11.Hayatımdaki sorunların sebeplerini bilirim				
12.Kendimi mutlu ve memnun hissederim				
13.Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz/spor yaparım				
14.Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim				
15.Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum				
16.Güçlü ve zayıf yönlerimi bilirim				
17.Geleceğe yönelik hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım				
18.Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim, kıskanmam				
19.Ambalajlı yiyeceklerin özeliklerini tanımak için üzerindeki				
20.Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım				
21.Geleceğe ümitle bakarım				
22.Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim				
24.Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana				
25.İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm				
26.Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı maddeler içeren				
27.Her gün, rahatlamak ve gevşemek için kendime 15-20 dakika				
28.Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım				
29.Kendi başarılarımla övünürüm				
30.Egzersiz/spor yaparken nabzımı kontrol ederim				
31.Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm				
32.Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim				
33.Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım				
34.Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum				
35.Her gün, 4 besin grubundan (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) tüketirim				
36.Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim				
37.Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum				
38.Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi				
39.Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm				
40.Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım				
41.Duygularımı ifade ederken yapıcı olurum				
42.Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlıkçılardan bilgi				
43.Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık				
44.Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım				
45.Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

EK-3 Sağlığın Önemi Ölçeği

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

___RAHAT VE BAŞARILI BİR YAŞAM

____HAREKETLİ VE HEYECANLI BİR YAŞAM

____BAŞARI DUYGUSUYLA YAŞAMAK

____ÖZGÜRLÜK

____MUTLULUK

____BEDENSEL VE RUHSAL YÖNDEN SAĞLIKLI OLMAK

____İÇ RAHATLIĞI, İÇ HUZURU İÇİNDE OLMAK

____HAYATTAN ZEVK ALMAK

____KENDİNE DEĞER VERMEK

____ÇEVREDEN KABUL GÖRMEK, BEĞENİLMEK

EK-4 Sağlık İnancı Denetim Odağı Ölçeği

Aşağıdaki anket senin sağlık durumunuzla ilgili cümlelerden oluşmaktadır. Her cümlenin karşısında, cümlede yer alan düşünceye (“Hiç katılmıyorum” dan, “tamamen katılıyorum”a kadar) senin katılma derecenizi açıklayan ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerden sana uygun geleni işaretleyiniz. Her cümlede yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz, boş bırakmayınız. Bu ankette doğru ya da yanlış yanıt yoktur, yalnızca senin düşüncelerini belirlemeyi amaçlanmaktadır.

	Hiç Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hasta olursam kendimi iyileştirecek güce sahibim						
2. Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam zaten olurum hissine sık sık kapılıyorum						
3. Çok iyi bir doktora düzenli olarak muayene olursam, hastalanma olasılığım azalır						
4. Tesadüfen ortaya çıkan etmenlerden sağlığımın büyük ölçüde etkilendiğimi görüyorum						
5. Sağlığımı ancak sağlık personeline danışarak koruyabiliyorum						
6. Sağlığımdan doğrudan doğruya ben sorumluyum						
7. Hastalanmam da ya da sağlıklı olmamda başka kişiler büyük rol oynamaktadır.						
8. Sağlığımla ilgili yanlış olan ne varsa benim kendi hatamdır.						
9. Hastalandığım zaman hastalığı doğal seyrine bırakmalıyım						
10. Sağlık personeli sağlıklı olmamı sağlar						
11. Sağlıklı olmak sadece bir şanstır						
12 Bedensel sağlığım kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.						
13. Hastalığımda; bunun nedeninin kendime iyi bakmayışım olduğunu bilirim						
14. Başka kişilerden gördüğüm bakım bir hastalıktan iyileşmemi sağlayan başlıca etkendir.						
15. Kendime iyi baksam bile kolayca hastalanıyorum						
16. Hasta olmam kaderle ilgilidir.						
17. Kendime iyi bakarsam uzun süre sağlıklı kalırım						
18. Doktorun söylediklerine harfi harfine uymak, bana göre, sağlığım için en iyi yoldur.						

T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.63.00.05-379/ 14587 28 [illegible]

Konu: Anket Uygulaması

VALİLİK MAKAMINA
ŞANLIURFA

İlgi :Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürlüğünün 17.04.2009 tarih ve 270/140 sayılı yazısı

Harran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Müdürlüğünün Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zeynep DAĞDEVİREN' in "Lise Öğrencilerin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler" konulu anket uygulaması ilgi yazıdan anlaşılmaktadır.

Söz konusu Anket' in İlimiz Merkez Ortaöğretim Kurumu öğrencilerine Anket uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde Olur' larınıza arz ederim.

Hanifi ŞAHİN
Milli Eğitim Müdürü

OLUR
28/04/2009

Salih GELGEÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Doç. Dr. Fügen GÖZ
Müdür Yardımcısı
UYGUNDUR

EĞİTİMDE REFORM
Yenişehir 63300
ŞANLIURFA
Bilgi İçin
Tel : 0 414 – 3142004
Fax : 0 414 – 3123083
Öncel BAĞMANCI
E-Posta : surfamem@meb.gov.tr
Web : http: /sanliurfa.meb.gov.tr