

Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler

[Health Promotion Behaviors and Related Factors of High School Students in Şanlıurfa]

ÖZET

AMAC: Bu çalışma Şanlıurfa il merkezinde öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlığını geliştirme davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu çalışmada, %95 güven düzeyinde 1023 öğrenciye ulaşılmış ve küme örnekleme yöntemiyle öğrencilerin tümüne ulaşılmıştır. Veri toplamada 'Sosyodemografik Bilgi Formu', Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği' ve 'Sağlık Denetim Odağı Ölçeği' kullanılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 1023 öğrenciden %65'i erkek ve yaş ortalaması 16,06±1,2'dir. Öğrencilerin SYBD Ölçeğinden aldıkları ortalama puan 118,4±20,0'dır. 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 okuryazar olması, öğrencinin 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).

SONUÇ: Araştırma bulgularına dayanarak; okul sağlığı hizmetleri kapsamında değiştirilebilir risk faktörleri odaklı ve sağlık sorumluluğu başta olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasının, kadınların okullaşma oranının yükseltilmesinin ve okulların niteliğinin iyileştirilmesinin önemli girişimler olacağı düşünülmektedir.

SUMMARY

AIM: In this study, it was aimed to determine health promotion behaviors and related factors of high school students in Şanlıurfa.

METHOD: In this cross-sectional epidemiological study, we planned to reach 1023 students at 95% confidence level and all students were reached. Data were collected by using 'Sociodemographic Data Form', 'Healthy Life Style Behavior (SYBD) Scale' and 'Health Locus of Control Scale'.

RESULTS: Of 1023 students participated in the research, 65% were male and mean age 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, living in a 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 the healthy lifestyle behavior (p<0.05).

CONCLUSION: 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.

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 30.07.2012, Kabul Tarihi/Date of Acceptance: 22.08.2012, DOI:10.5455/pmb.1343653881

Zeynep Dağdevire¹
Zeynep Şimşek²

¹Şanlıurfa Kızılay Kan Merkezi, Şanlıurfa.

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa.

Anahtar Kelimeler:

Adolesan, Sağlığı Geliştirme Davranışları

Key Words:

Adolescence, Health Promotion Behavior

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Zeynep Şimşek
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Şanlıurfa, Türkiye.
zsimsek@harran.edu.tr

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşlar arası adolesan dönem olarak tanımlanmakta ve çocuklukla yetişkinlik arasındaki bu dönemin gelişim dönemleri içerisinde en hızlı ve dinamik dönem olduğu belirtilmektedir (1). Yapılan çalışmalarda, sağlık açısından riskli davranışların genellikle adolesan dönemde kazanıldığı, sonuçlarının ise erişkin döneme yansarak mortalite ve morbiditeyi artırdığı bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri

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, kötü beslenme alışkanlıkları ve fiziksel hareketsizlik olarak sınıflandırılmıştır (2). 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 davranışlarla yakından ilgilidir (3). Bu nedenle ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelerde adolesanların olumlu sağlık davranışı kazanmalarını sağlayacak müdahalelerin yapılması önerilmektedir. 2000 yılında ‘Avrupa’da Herkes İçin Sağlık’ 21 hedefleri kapsamında; hedef 4 ‘gençlerin sağlığı’ başlığı altında gençlerin daha sağlıklı olmaları, riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmeleri için sağlıklı yaşam becerileri kazanmaları ve sağlıklı seçim yapabilme kapasitelerini arttıracak programların geliştirilmesi önerilmektedir (1,4,5).

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. Sağlığı geliştirme stratejilerinin genel olarak beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1. Bireysel güçlendirme (sağlık okuryazarlığı ve sağlık davranışı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4-Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Kapasiteyi arttırmadır (6).

Sağlıklı yaşam davranışı, kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlardır. Gochman, kişinin sağlık davranışlarının, inançları, beklentileri, güdüler, değerleri, algıları, duygusal-psikolojik özellikleri, davranış biçimleri ve alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (3). Yurt içinde ve dışında farklı gruplar üzerinde (kadınlar, üniversite öğrencileri, öğretim elemanları, sağlık çalışanları, gıda çalışanları) sağlığı geliştirme davranışını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, bazı farklılıklar olmakla birlikte egzersiz ve sağlık sorumluluğunun en düşük düzeyde bulunduğu, cinsiyetin, sosyo-ekonomik durumun, aile tipinin, anne-babanın öğrenim durumunun ve yaşanan yerin sağlığı geliştirme davranışlarını etkilediği saptanmıştır (7-17). Ancak riskli davranışların kazanıldığı adolesan dönemde, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres, egzersiz ve beslenme yönetimi gibi sağlığı geliştiren davranışlara yönelik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir.

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.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Şanlıurfa il merkezindeki tüm liselerde öğrenim gören öğrenciler oluşturmıştır. Araştırmanın yapıldığı Kasım-Aralık 2009 tarihinde toplam 31 lisede 24.730 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 ($n=N.(t^2.(X)^2/d^2(N-1)+t^2.(X)^2)$). Örneklemişleminde Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan okul listesi ve mevcut öğrenci sayısı kullanılmıştır. Öğrenciler, cinsiyete göre tabakalanarak (665 erkek öğrenci, 358 kız öğrenci) her okulun öğrenci sayısına oranlı küme örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Uygulama sırasında öğrencilere araştırmanın amacı anlatılarak katılım konusunda sözlü onamları alınmış ve anket formları dağıtılmıştır. Öğrencilerin anketleri doldurma süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür.

Veri toplamada ‘Sosyodemografik Bilgi Formu’, ‘Sağlığın Önemi Ölçeği’, ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği’ ve ‘Sağlık Denetim Odağı Ölçeği’ kullanılmıştır. Sosyodemografik Bilgi Formu’nda öğrencinin yaşı, cinsiyeti, okul türü, aile tipi, anne ve babanın öğrenim durumu, anne ve babanın çalışma durumu, babanın mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, gelir durumu, etkinliğe katılım durumu ve türü, var olan hastalık durumu, sağlığını değerlendirme durumu ve hasta olduğu zaman yaptığı davranışlar yer almıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği (SYBDÖ), 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de 1997 yılında Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Toplam 48 maddeden oluşan ölçeğin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt testi bulunmaktadır. Derecelendirme dörtlü likert şeklindedir. “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “bazen” yanıtı için 2, “sık sık” yanıtı için 3, “düzenli olarak”

yanıtı için 4 puan verilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir (18,19). Ölçeğin uygulanması 8-10 dakika sürmektedir.

Bu çalışmada Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik 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. Derecelendirme 1 'hiç katılmıyorum' 6 'tamamen katılıyorum' arasında değişen altılı likert şeklindedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 18, en yüksek puan 108'dir. Ölçeğin uygulanması 6-8 dk. sürmektedir (20).

Veri girişi ve analizler SPSS 11.5 programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde ortalama, ki-kare testi, t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon testi ve çoklu regresyon analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Toplam 1023 öğrencinin yaşları 13-20 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $16,1 \pm 1,2$ 'dir. Tablo 1'de öğrencilerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Öğrencilerin %35'i kız, %65'i ise erkektir. Öğrencilerin %61,5'i düz lisede, %12,5'i anadolu ya da fen lisesinde, %11,1'i teknik lisede, %9,0'ı kız lisesinde ve %5,9'u ise imam hatip lisesinde öğrenim görmektedir. Yaşantılarının büyük çoğunluğunu kent merkezinde geçirdiğini belirtenler %76,1'dir. Öğrencilerin %63,6'sı çekirdek ailede yaşamaktadır. Öğrencilerin %47'sinin annesi okuryazar olmadığını, %15'i ortaokul ve üzerinde öğrenim gördüklerini bildirmişlerdir. Babaların öğrenim durumu incelendiğinde, %18,4'ü okuryazar değil ya da okuryazar iken, %44,6'sı ortaokul ve üzerinde öğrenim görmüştür. Annelerin %96,1'i ev hanımı iken, babaların yaklaşık %19'u işsizdir. Öğrencilerin %33,7'si gelirlerinin yeterli olduğunu bildirirken, %23,5'i herhangi bir sağlık güvencelerinin olmadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %77,7'sinin hiçbir sosyal etkinliğe katılmadığı saptanmıştır.

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 hemen doktora gideceğini bildirirken %28,1'i hastalığının geçmesini bekleyeceğini bildirmiştir (Tablo 2)

Tablo 3'de izlendiği gibi, öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $118,4 \pm 20,0$ 'dır. 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.

SYBDÖ'den alınan puanlarla her bir sosyodemografik özellik arasındaki ilişkileri saptamak için yapılan tekli analizlerde; öğrencinin cinsiyeti, okul tipi, aile tipi, annenin ve babanın öğrenimi, annenin ve babanın çalışma durumu, sosyal güvence durumu, sosyal etkinliğe katılma durumu ve sosyal etkinlik türü, hasta olma durumu, hastalık karşısındaki tutumu ve öğrencinin sağlığını değerlendirme durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca, öğrencilerin sağlık denetim odağı ile SYBDÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişki araştırıldığında; iç kontrol denetim odağı ve dış kontrol denetim odağının tüm alt testler ve 'sağlıklı yaşam biçimi davranışı' puan ortalamaları arasında olumlu yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Yaş ve en uzun yaşanan yerleşim birimi ile SYBDÖ toplam puan ve alt test puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

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

Tablo 4'de görüldüğü gibi, erkek çocuk olma, anadolu-fen lisesinde öğrenim görme, çekirdek ailede yaşama, annenin ortaokul ve üstü öğrenime sahip olması, 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 dâhil) 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 ($p > 0.05$).

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013: 12(2)**Tablo 1:** Lise öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kız	358	35,0
	Erkek	665	65,0
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
Annenin öğrenim durumu	Okuryazar değil-okuryazar	601	57,7
	İlkokul mezunu	269	26,3
	Ortaokul mezunu ve üstü	153	15,0
Babanın öğrenim durumu	Okuryazar değil-okuryazar	189	18,4
	İlkokul mezunu	378	37,0
	Ortaokul mezunu ve üstü	456	44,6
Annenin çalışma durumu	Evet	41	4,0
	Hayır	982	96,0
Babanın çalışma durumu	Evet	828	80,9
	Hayır	195	19,9
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
	Geniş aile	338	33,0
	Parçalanmış aile	34	3,4
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
Sosyal etkinlik durumu	Evet	228	22,3
	Hayır	795	77,7
Toplam		1023	100,0

Tablo 2: Lise öğrencilerinin araştırma sırasında hastalık durumları, sağlığı algılama düzeyleri ve hastalık karşısındaki tutumları.

		Sayı	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
	Doktora götürülmeyi bekleme	178	17,4
	Evde bulunan ilaçları kullanma	186	18,1
Toplam		1023	100,0

Tablo 3: Lise öğrencilerinin SYBD Ölçeği puan ortalamaları.

Alt Ölçekler	Alt ve Üst Değer	Ortalama $\pm$ (ss)	(x/madde sayısı)
Kendini Gerçekleştirme	13-52	35,7 (6,4)	2,7
Sağlık Sorumluluğu	10-40	20,6 (5,4)	2,1
Egzersiz	5-20	10,6 (3,4)	2,1
Beslenme	6-24	15,1 (3,4)	2,5
Kişilerarası Destek	7-28	18,9 (3,8)	2,7
Stres Yönetimi	7-28	17,6 (3,9)	2,5
Toplam Puanı	48-192	118,4 (20,0)	

Tablo 4: Tekli analizlerde etkisi belirlenen değişkenlerin SYBDÖ toplam puanına etkisini gösteren çoklu regresyon analizi sonuçları.

	B	Beta	T	P
<i>Sabit</i>	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 (Ortaokul ve üstü)	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 (Hemen doktora gitme)	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 Denetim Odağı	0,506	0,154	4,988	0,001
Diş 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 ^a ; 0,315; 1,796			

TARTIŞMA

Araştırma Şanlıurfa il merkezinde 2009-2010 tarihleri arasında öğrenim gören lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. 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 (21). Bu sonuç, bölgede toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak kız çocuklarının okula gitme/devam oranlarının düşük olması ile açıklanabilir. Öğrencilerden, %47'si annelerinin okuryazar olmadığını bildirmişlerdir. TNSA 2008 sonuçlarına göre de Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki kadınların %57'si okuryazar değildir (21). Yaklaşık %10'luk farkın nedeni bu çalışmanın liselerde yapılmış olması ve lise öğrenimine devam eden çocukların annelerinin öğrenim düzeylerinin daha yüksek olmasıdır.

Öğrencilerin SYBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 118,4 $\pm$ 20,0'dır. Alınabilecek en yüksek puan ise 192'dir. 4 üzerinden değerlendirildiğinde 2,5, bir başka ifadeyle ortalamanın biraz üstündedir. Bu sonuç diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur (13-16,20,22). Araştırmamızda kendini gerçekleştirme alt ölçek puanı ortalama 35,7 $\pm$ 6,4'dür. Tuğut ve Bekar'ın Sivas'ta (2007), Tabak'ın Ankara'da (2006), Yıldırım'ın Sivas'ta (2005) ve Karadeniz'in Manisa'da (2008) yaptıkları araştırmalarda da ortalama puanlar 27,2 ile 39,3 arasında saptanmıştır (13-16,22). Öğrencilerin 'kişilerarası destek' alt ölçeği puan ortalaması 18,9 $\pm$ 3,8 olarak saptanmıştır. Bu ortalama Geçkil'in çalışmasıyla aynıdır (16). Üniversitelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tabak'ın Ankara (2006) çalışmasında 19,4 $\pm$ 3,6, Yıldırım'ın Sivas (2005) çalışmasında 19,4 $\pm$ 3,6, Karadeniz'in Manisa'da (2008) çalışmasında 22,2 $\pm$ 3,1 puan olarak hesaplanmıştır. (13,20,22) Lise öğrencilerinde üniversite öğrencilerine göre puanın düşük olması içinde bulunulan dönem ve üniversite yaşamıyla ilişkili olabilir. Sağlık sorumluluğu,

bireyin sağığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkilemektedir. Araştırmamızda öğrenciler sağık sorumluluğı ve egzersiz alt ölçeklerinden diğerlerine göre daha düşük puan almışlardır. Bu sonuç liselerde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (16,23). Yapılan düzenli egzersizin, kan basıncını normal düzeyde tuttuğı, akciğerlerin kapasitesini artırdığı, oksijen alımını destekleyici etkinliğe sahip olduğu, lipit yağ metabolizmasına olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada 'egzersiz' alt ölçeğinden de diğer araştırmalara benzer puan elde edilmiştir (16). Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmaları düzenlemektedir. Araştırmamızda adolesanların 'stres yönetimi' alt ölçeğı puan ortalaması 17,6'dır. Yapılan diğer araştırmalarda alınan puanlar 16,7±3,3 ile 20,5±3,8 arasında değişmektedir(13-16, 22-23).

Sağık davranışları biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Bu çalışmada saptanan SYBDÖ toplam puan ortalaması, Koçoğlu'nun Konya'da (2006) yaptığı araştırmaya benzer şekilde erkek öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (24). Özellikle erkeklerin egzersiz, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme alanlarında toplumsal cinsiyet algısına bağılı olarak daha aktif oldukları ve bu alanların da toplam puanı etkilediğı düşünülmektedir. Geçkil'in çalışmasında ise egzersiz alt ölçeğinden erkekler anlamlı olarak yüksek puan alırken, diğer alt ölçeklerde cinsiyete bağılı değişim saptanmamıştır (16). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada ise kızların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (13).

Anadolu ve fen liselerinde öğrenim gören öğrenciler diğer okul türlerine göre yüksek puan almışlardır. Karaoğlu ve Pehlivan'ın Malatya'da (1997) yaptıkları araştırmada da fen liselerinde sağılıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (25).

Anneleri ortaokul ve üstü öğrenime sahip olan öğrencilerin toplam puan ortalaması diğer öğrencilerden yüksektir. Yapılan çalışmalarda annenin öğrenim durumunun sağıklı yaşam davranışlarını etkilediğı bilinmektedir (17,26). Annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe sağık bilgisine erişme, kullanma, sağık sorunları konusunda farkındalık, yardım arama davranışı ve sağığa verilen önemin yükselmesi nedeniyle öğrencilerin sağıklı yaşam davranışlarını etkilediğı düşünülmektedir (27). Ayrıca çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde de SYBDÖ toplam puan ortalaması diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırmada sosyal etkinliklere katılma durumunun sağıklı yaşam biçimi davranış puanını yaklaşık 5 puan artırdığı belirlenmiştir. Sosyal etkinliklerin öğrencinin kendine güvenini ve sorumluluk alma duygusunu geliştirmesi, stresle başa çıkmada araç olması, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesi ve egzersiz olanaklarını artırması nedeniyle sağıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde geliştirdiğı söylenebilir.

Araştırmamızda sağılığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerin ve araştırma sırasında hasta olmayan öğrencilerin sağıklı yaşam biçimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tuğut ve Bekar'ın (2005) araştırmasında da sağık sorumluluğı, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi puan ortalamaları sağılığını 'çok iyi' olarak değerlendirenlerde daha yüksek bulunmuştur (22).

Sağık davranışını açıklamada kullanılan bir diğer değişken denetim/kontrol odağıdır. Karşılaşılan davranışların sonuçları üzerinde kontrolü olduğuna inananlar 'içten denetimli', kontrolün çevre, genetik gibi dışsal faktörlere bağılı olduğuna inananlar 'dıştan denetimli', kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağılı olduğuna inananlar da 'şans-kaderci' olarak ifade edilmektedir (20). Bazı araştırmacılar adolesanların 'şans' ya da 'kader' olarak bildirdikleri durumların, kronik hastalığı olan ebeveyne sahip olma gibi dışsal faktörler olması nedeniyle dış kontrol odağı olarak ele almaktadırlar. Barbara'nın Güney Afrika'da (1997), Cloutier'in San Francisco'da (2003), Young'ın Kore'de (2001), Perlman'ın Rusya'da (2003) yaptıkları araştırmalarda da sağık davranışı ile sağık kontrol odağı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (28-31).

Araştırmamızda öğrencilerin yaşı, babalarının öğrenim durumu ve mesleğı, annelerinin ve babalarının çalışma durumu, sağık güvencesine sahip olma durumu, etkinlik türü, en uzun yaşanan yerleşim yeri ile sağıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu araştırmanın temel sınırlılığı, yönteminin kesitsel araştırma olması nedeniyle ilişkinin zamana uyumunu vermemesidir. Bu nedenle saptanan ilişkili faktörler sağıklı yaşam davranışının kesin nedenleri olarak ele alınamamaktadır. Buna rağmen, il düzeyini temsil etmesi ve yapılacak müdahalelere yol göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Risk gruplarına yönelik müdahale programlarının geliştirilmesinde hedef değiştirilebilir risk faktörleridir. Bu araştırmada okulların özelliğı, denetim odağı, sosyal etkinliklere katılım, hastalık karşısındaki tutum değiştirilebilir faktörler olarak

belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak; adolesan grubun sağlıklı yaşam davranışları kazanabilmesi için, yasal düzenlemelerde belirtildiği şekilde okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi gereklidir. Olumlu sağlık davranışı kazandırma, sürdürme ve bireyin sağlığını tehdit eden faktörler üzerinde kontrolünü artırmak için öncelikli strateji bireyleri güçlendirmedir. Bu kapsamda sağlık sorumluluğunu geliştirmek amacıyla, davranışı etkileyen faktörleri açıklayan sağlık davranışı teorilerine ve hizmet sunulacak toplumun özelliklerine uygun okullarda sağlık okur-yazarlığı derslerinin yer alması uygun olacaktır. Öğrencilere yönelik sağlık eğitimi programları yanı sıra, okulların güçlendirilmesi kapsamında okulların sağlıklı yaşam alanlarına dönüştürülmesi, sağlıklı beslenme için uygun besinlerin sunumu ve ortamların hazırlanması, egzersiz için beden eğitimi derslerinin etkin kullanımının sağlanması gerekmektedir.

Okul sağlığı hizmetleri yapılan son düzenlemelerle Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) verilmiştir. Ancak özellikle okul çağı çocuk grubun yüksek olduğu illerde mevcut hekim, hemşire, sosyal çalışmacı kadrolarının yetersiz kalacağı açıktır. Bu nedenle okul çağı nüfusun yoğunluğuna göre TSM’lerde okul sağlığı ekiplerinin kurulmasının çocuklara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Ayrıca adolesanların sağlığını geliştirmeye yönelik kanıta dayalı programların geliştirilebilmesi açısından, bu yaş grubunda sağlık sorumluluğu ve denetim odağına etki eden diğer faktörlerin de araştırılmasının, okullarda sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık davranışlarını izleyen sürveyans sistemlerinin kurulmasının, elde edilen verinin sürekli analizi ile uygun programların geliştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bertan M., 'Introduction and Definition of Adolescence' Adolescence and Adolescent Reproductive Health; Teaching Materials for the Training Courses. International Children's Center, Ankara, 2003; 27-29.
2. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development programme brochure. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1998.
3. Grunbaum JA. Youth Risk Behavior Surveillance-United States. Morbidity and Mortality Review Weekly. 2003; 53 (2): 1-96.
4. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: European Health for All Series. No 6, 1999: 40-95.
5. Feldman E. Adolescent health: risks, resilience, prevention. Clin Fam Pract. 2000; 2: 767-790.
6. World Health Organization. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, World Health Organization, Nairobi, 2009 (Erişim tarihi: 08.04.2010).
7. Oyur Çelik G. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investing. 2009;3(3):164-169.
8. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull. 2010;9(5):487-492.
9. Başer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish Workers and occupational health nurses's responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health. 2007;45(1):151-159.
10. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz ÇF, Kankaya FC. Health promoting behaviors of the lecturers and factors determining these behavior. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(1): 59-64.
11. Al Ma'aitah R, Haddad L. Health promotion behaviors of Jordanian women. Health Care for Women International. 1999;20(6):533-547.
12. Johnson R. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. Public Health Nursing. 2005; 22(2):130-137.
13. Karadeniz G, Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(6):497-502.
14. Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2005; 20-24.

15. Geçkil E. Adolesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006; 10 (2):19.
16. Geçkil E. Malatya ilindeki adolesanların 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.
17. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005;9(2):26-34.
18. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Yayınlanmamış Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi, 1997.
19. Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. Hemşirelik Bülteni. 1999; 7(45):88-89.
20. Tabak SR. Ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkileri. TAF Prev Med Bull. 2006;5(2):118-130.
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
22. Tuğut N. Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(3):17-26.
23. Ardiç A. Adolesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı. İ.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008; 23-27.
24. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2006; 27-39.
25. Karaoğlu L, Pehlivan E. 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.
26. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DV. Health promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research. 1995;44:20-24.
27. Grossman M, Kaestner R. Effects of education on health. in: J.R. Behrman and N. Stacey, eds., The Social Benefits of Education (University of Michigan Press, Ann Arbor, Michigan) 1997;69-123.
28. Barbara A. Perceptions of control, physical exercise and psychological adjustment to breast cancer in South African. Ann Behav Med. 1997; 19(1):51-60.
29. 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.
30. Young H. Korean adolescents' health risk behaviors and their relationships with the selected psychological constructs. Journal Of Adolescent Health. 2001;29:298-306.
31. Perlman F. Do health control beliefs predict behaviour in Russians. Preventive Medicine. 2003; (37): 73-81.