

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

115651

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
SAĞLIK DAVRANIŞLARININ
SOSYAL DESTEK VE BENLİK SAYGISI İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

FİGEN İŞİK ESENAY

115651

HEMŞİRELİK A.B.D.
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ.DR.GÜNSEL BAŞER

İZMİR
2002

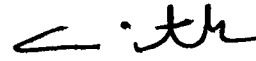
Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Davranışlarının Sosyal Destek Ve Benlik Saygısı İle İlişkisinin İncelenmesi isimli bu tez 30.04.2002 tarihinde tarafımızdan değerlendirilip başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Doç.Dr.Günşel BAŞER



Jüri Üyesi
Doç.Dr. Besti ÜSTÜN



Jüri Üyesi
Yrd.Doç.Dr.Candan ÖZTÜRK

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde,

Başta tez danıőmanım, Sayın Doç. Günsel Başer'e tđm desteği ve katkıları için,

Sayın Prof. Dr. Ayőe Őzcan'a, Yrd.Doç.Dr.Rana Yiğit'e, Yrd.Doç.Dr.Candan Őztđrk'e manevi destekleri için,

Sayın Yrd.Doç.Dr.Arzu Kanık ve Yrd.Doç.Dr.Handan amdeviren'e çalıőmaya istatistiksel katkılarından dolayı,

Mersin Őniversitesi Sağlık Yđksekokulu Őėretim elemanlarına, araştırmanın yapıldığı sđre boyunca verdikleri destek ve katkıları için,

Tđm yaőamım ve araőtırmam sđresinde beni motive eden ve destek olan sevgili anneme ve aileme teőekkđr ederim.

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ

TEŞEKKÜR

ÖZET

SUMMARY

BÖLÜM I- GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
BÖLÜM II- GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adolesan Dönem Ve Sağlığı	4
2.2. Sağlık Davranışları Ve Hemşirelik	7
2.2.1. Beslenme	8
2.2.2. Egzersiz	10
2.2.3. Sigara	12
2.2.4. Alkol	13
2.2.5. Ağız Ve Diş Bakımı	14
2.2.6. Kahve	15
2.2.7. Güvenlik Ve Risk Davranışları	16
2.3. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler	16
2.3.1. Sosyal Destek Ve Sağlık	17
2.3.2. Benlik Saygısı Ve Sağlık	19
BÖLÜM III- GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Zamanlanması	25
BÖLÜM IV- BULGULAR	26
4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	26

4.2. Öğrencilerin Sosyal Destek Ve Benlik Saygısı Durumlarına İlişkin Bulgular	31
4.3. Öğrencilerin Sağlık Davranışlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesine İlişkin Bulgular	31
BÖLÜM V- TARTIŞMA	33
BÖLÜM VI- SONUÇ VE ÖNERİLER	36
KAYNAKLAR	
EKLER:	
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu Ve Sağlık Davranışları Anketi	
Ek 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Ek 3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği	



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrenci Sayıları ve Ulaşılma Oranlarının Bölümlere Göre Dağılımı.	22
Tablo 2. Öğrencilerin Okudukları Bölüm ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	26
Tablo 3. Öğrencilerin Alkol, Sigara, Kahve ve Emniyet Kemerini Kullanma, Egzersiz Yapma, Diş Fırçalama ve Diş İpi Kullanma Davranışlarına Göre Dağılımları	27
Tablo 4. Öğrencilerin Risk ve Koruyucu Davranışları Gösterme Durumları	29
Tablo 5. Öğrencilerin Öğünleri Düzenli Yeme Durumları	30
Tablo 6. Öğrencilerin Beslenme Durumlarının Besin Öğelerine Göre Durumları	30
Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Davranışları Anketine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 8. Öğrencilerin Sosyal Destek Ölçek ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 9. Öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeğine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 10. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Ve Okudukları Bölümlere Göre Sağlık Davranışları Puan Ortalamaları	31
Tablo 11. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları	32
Tablo 12. Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları	32

ÖZET

Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Davranışlarının Sosyal Destek Ve Benlik Saygısı İle İlişkisinin İncelenmesi

Figen Işık ESENAY

Araştırma, üniversite birinci sınıf öğrencilerinin sağlık davranışlarının benlik saygısı ve sosyal destek düzeyleri ile ilişkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Mersin Üniversitesi'nde 2001-2002 eğitim öğretim yılı güz döneminde Yenişehir kampusunda bulunan 4 fakülte ve 1 yüksekokulun birinci sınıflarına kayıtlı 242 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak sağlık davranışları anketi, Coopersmith benlik saygısı ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, yaş, cinsiyet ve sağlıkla ilgili bir bölümde okuyup okumama durumu ile sağlık davranışları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin benlik saygı ve sosyal destek düzeyleri ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizine göre öğrencilerin benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerinin sağlık davranışları üzerine etkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Adolesan, sağlık davranışları, benlik saygısı, sosyal destek

ABSTRACT

The Relationship Of Self Esteem, Social Support And Health Behaviours In Universty Student

Figen Işık ESENAY

This study has been carried out as a determiner with the aim of examining the relations between the social support, the self esteem levels and the health behaviours of the university 1.st class students. This research has been applied on the 242 students who have been studying on 1. class of 4 faculties and 1 college's in Yenisehir Campuss of Mersin University in 2001-2002.

Health behaviours questionnaire form, Coopersmith Self esteem scale and Multidimentional Scale of Perceived Social Support are used for data collection. Variance, correlation and regression analysis have been used in the evaluation of the data.

According to results of this research, it has not found statistically meaningful relation between age, sex, school and health behaviours. There is a positive correlation between social support and health behaviours and self esteem and health behaviours.

According to regression analysis, it has been defined that student's social support levels and self esteem levels have effected the health behaviours.

Under the guidance of consequences that are received in this research some proposals have been made.

Key Words: Adolescent, health behaviours, self esteem, social support.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık bakım sistemi, son yıllardaki bilimsel ve teknolojik ilerlemeler sonucunda gelişmiştir. Bu gelişme ile birlikte fiziksel sağlığın biyolojik faktörler kadar psikolojik ve sosyal faktörler tarafından da etkilendiğini savunan, bütüncül bir görüş kazanmıştır. Buna paralel olarak, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için sağlığı etkileyen sosyal ve psikolojik değişkenlerin belirlenmesi ve etkilerinin saptanmasına yönelik çalışmalar yoğunluk kazanmaya başlamıştır. (1,2,3).

Dünya Sağlık Örgütü (1974) sağlığı “Sadece hastalık ve yetersizliğin yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini içeren bir durum” olarak tanımlamaktadır.

Sağlığı koruma ve olumlu sağlık davranışı gösterme konusu son yılların üzerinde durulan konularındandır. Hızlı bilimsel ve teknolojik değişimlere bağlı olarak, kişilerin, ülkelerin ve kuruluşların 21. yüzyıla hazırlıklı girmelerini sağlamak amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı’nda, “Sağlık 21” başlığı altında, “21. Yüzyılda 21 Hedef” resmen kabul edilmiştir. Bu hedeflerden 4., 8., 11., 12. ve 19. hedefler sağlığı koruma, genç sağlığı, olumsuz sağlık alışkanlıklarının ve bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması ile sağlıkla ilgili bilgi ve araştırmaların artmasını desteklemektedir (4).

Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde insanlar olumsuz sağlık davranışlarını içeren yaşam biçimine bağlı sorunlar nedeniyle ölmektedirler (2,5).

Sağlığı amaçlayan bakım sisteminin temel hedeflerinden biri, bireyin sağlığını geliştiren davranışları kazanmasını sağlamaktır. Sağlık davranışı bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanmaktadır (5).

Sağlık davranışı; kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar olarak da tanımlanabilir. Sağlık davranışlarına örnek olarak sabah kahvaltı etmek, düzenli yemek yemek ve öğün aralarında atıştırmamak, sigara içmemek, alkolü ılımlı bir ölçüde kullanmak ya da hiç kullanmamak, düzenli egzersiz yapmak, düzenli uyku uyumak, emniyet kemeri ve kask gibi koruyucu önlemler almak ve düzenli diş fırçalamak verilebilir (6,7,8,9).

Sağlığın en önemli belirleyicisi bireyin kendi davranışlarıdır. Davranış değişiminin zorluğu nedeniyle yaş ilerledikçe tutum haline dönüşen sağlıklı davranışlar ya yavaş değişmekte ya da hiç değişmemektedir. Bu nedenle öncelikle toplum gruplarının sağlık davranışlarını ve sağlık davranışlarının gelişimini etkileyen faktörleri belirleyecek tanımlayıcı çalışmalara gereksinim vardır. Sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi ve kontrol altına alınması ile olumlu sağlık davranışları desteklenebilir (10,11,12).

Sağlıklı bir toplum sağlıklı bireylerden oluşur. Gelecek nesillerin sağlık kalitesi çocuk ve gençlerin sağlık davranışlarına bağlıdır. Geleceğin yetişkin bireyleri olan gençlerin sağlığı, toplum sağlığı üzerindeki etkilerine duyulan inanç nedeniyle, bütün dünyada önemi artan bir konu haline gelmiştir (9,11,13).

Adolesan dönem olarak adlandırılan gençlik dönemi, kimlik kazanma dönemidir. Geleneksel olarak adolesan dönem optimal sağlık dönemi olarak görülür. Adolesanlar, bu gelişimsel dönem süresince, sağlık düzeylerini olumsuz şekilde etkileyecek davranışlara sıklıkla eğilim gösterirler. Özellikle bu dönemde tutum haline dönüşen davranışların çoğu yetişkinlikte de devam eder. Bu nedenle, hemşireler ve diğer sağlık personeli için adolesanları anlamak ve etkili sağlığı geliştirici eylemler planlamak için adolesan dönem önemlidir (14,15,16).

Ergenlik döneminin ilk yıllarında genç, fiziksel ve pubertal değişimlerle ilgilidir. Son dönemde ise akran ilişkileri ve kendi değerleriyle daha çok ilgilenir (16). Ergen toplumsal bir varlıktır ve yaşam içinde onu en çok etkileyen sosyal çevresidir. Sosyal çevresi, bireyin fiziksel gelişimini, kişiliğini ve benlik imajını etkiler. Genel olarak, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki önemli insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım, sosyal destek kavramı olarak tanımlanmaktadır. Doğumundan ölümüne kadar birçok yaşam değişikliğinde bireye yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, onun sağlığını korumaya yönelik sosyal destek sistemleridir (17, 18).

Sosyal desteğin, yaşam olayları ya da güçlüklerinin bireyin sağlığını olumsuz yönde etkilemesinden koruduğuna inanılmaktadır. Sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, seyri ve süresi üzerinde etkili olduğu ve yüksek sosyal desteği olan bireylerin, olumlu sağlık davranışları göstererek daha uzun ya da sağlıklı yaşadığı kabul edilmektedir (18,19,20,21,22).

Sağlığa etkisi nedeniyle, sosyal destek hemşirelik ile yakından ilgili bir sağlık değişkeni olarak kabul edilmektedir (21, 22). Bugün, bireyi çevresinden, hayatındaki önem verdiği kişilerden ayrı düşünmeyen hemşirelik felsefesi doğrultusunda, sosyal destek

sistemlerinin belirlenmesi, desteklenmesi ve gerektiğinde rehberlik yapılması önem kazanmaktadır.

Hemşireler, bireylerin sağlıklı bir çevre oluşturmaları, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları kazanmaları konusunda önemli rol oynamaktadır. Ancak kişileri sağlıklı davranmaya iten etmenlerin neler olduğunun tam anlaşılması gerekir.

Hemşire, evde, sağlık merkezinde, hastanede, muayenehanede ya da okulda gencin ve ailesinin gelişmesine yardım edebilir, ebeveynlerin çocukları için sağlıklı bir çevre oluşturmalarında, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları kazanmalarında önemli rol oynayabilir (11,12).

Adolesanın sağlığa ilişkin davranışlarını incelerken onun psiko-dinamik özelliklerini bilmek de önemlidir. Bu dönem benlik saygısı açısından riskli bir dönem olarak tanımlanmaktadır. Birey bu döneme kadar belli bir düzeyde benlik saygısı geliştirir. Bu dönemde ise sahip olduğu değerleri yeniden gözden geçirmeye başlar (23).

Normal sağlık ve sağlığı sürdürme davranışlarına motivasyonda benlik saygısı destekleyici bir faktördür. Benlik saygısının olumlu ya da olumsuz olması, bireyin davranış ve tutumlarını yönlendirmesinde etkili olduğu savunulmaktadır. Kişi kendi değerini bildikçe kendi sağlığına da özen göstermektedir (21,24).

Bu çalışma ile kişisel kaynaklardan benlik saygısı ve kişilerarası kaynaklardan sosyal desteğin olumlu sağlık davranışları ile ilişkisi gösterilerek hemşirenin en önemli görevi olan koruyucu düzeydeki işlevlerinin vurgulanması planlanmaktadır.

Bu araştırma sonuçlarının, bakımda sosyal ve psikolojik desteğin önemini vurgulayan ileri çalışmalar yapılmasının gerekliliğini vurgulaması ve bireye holistik yaklaşan hemşirelik bakımı için veri tabanı olarak kullanılması düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, adölesanların bazı sosyodemografik özellikleri, sosyal destek düzeyleri ve benlik saygısı düzeylerinin sağlık davranışları ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Yukarıda belirtilen amaca göre; araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranacaktır.

1. Adölesanların yaşları, cinsiyetleri ve okudukları bölüm ile sağlık davranışları arasında bir ilişki var mıdır?
2. Adölesanların benlik saygı düzeyleri ile sağlık davranışları arasında bir ilişki var mıdır?
3. Adölesanların sosyal destek düzeyleri ile sağlık davranışları arasında bir ilişki var mıdır?

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Adolesan Dönem ve Sağlığı

Sağlık, hemşireliğin temel kavramlarından birisidir. Yıllarca sağlık, hastalıkla birlikte ya da onun karşısı olarak değerlendirilmiş, fiziksel rahatsızlıkların nedenleri biyomedikal model yardımıyla açıklanmıştır. Bu modele göre hastalıklar anormal somatik süreçler sonucu meydana gelmekte, sosyal ve psikolojik süreçlerin etkisi olmamaktadır (6).

Biomedikal modelin tek faktöre dayalı sağlık/ hastalık açıklamalarının yetersiz kaldığını savunan Engel, 1984 yılında biyopsikososyal modeli önermiştir. Bu modele göre hastalık ve sağlık sadece biyolojik etmenlerden değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik etmenlerden de etkilenmektedir. Bu modele göre sağlık; biyolojik, psikolojik, ve sosyolojik yönlerin tam bir bütünlük içinde olmasıdır (6,16).

1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanım da bu görüşle paralellik göstermektedir. DSÖ'nün formal tanımıyla sağlık; "Yalnızca hastalığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur". Tüm sağlık otoritelerince benimsenen bu sağlık tanımının yanında günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesine odaklanan tanımlar yapılmakta, hastalık ve sağlık kavramları incelenirken bedensel, ruhsal ve sosyal yapılar birlikte değerlendirilmektedir (2,6,16).

Daha sonraları yapılan bir çok tanım sağlığı, "kişiler arası iyi ilişkiler", "fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere tüm alt sistemlerin dengesi ve insanın bunlarla uyum içinde olmasıyla sağlanan genel iyilik durumu", "iç ve dış çevredeki değişikliklere bireyin uyumu" olarak tanımlamıştır (16). Sağlığın, tanımlarda da görüldüğü gibi, hem bireyin kişisel özelliklerinden hem de kişiler arası ilişkilerinden etkilendiği kabul edilmektedir.

Kopenhag'da 14-18 Eylül 1998'de düzenlenen D.S.Ö. 48. Avrupa bölge toplantısında Herkes İçin Sağlık , "Sağlık 21" başlığı altında " 21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganı ile kabul edilmiştir. DSÖ'ye göre herkes için sağlığın temel hedefleri, sağlığı koruma, genç sağlığı, olumsuz sağlık alışkanlıklarının ve bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması ile sağlıkla ilgili bilgi ve araştırmaların artmasını desteklenmesidir. Ayrıca sağlık, her insanın temel haklarından biridir ve her insanın kendi sorumluluğudur (4). Dünya nüfusunun %30'unu 15-24 yaş arası gençler oluşturmakta, bu gençlerin yaklaşık %80'i ise gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (25).

Ergen kelimesinin batı dillerinde ve bizde de kullanılan karşılığı olan adolesan kelimesi, latince “Adolescere” yani büyümek ve yetişkinliğe ermek teriminden gelmektedir. Bu sözcük yapısı gereği bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir (13,26,27,28).

Ergenlik, başkalaşım (metamorphose) ve dönüşüm (mutation) demektir. Ergenlik döneminde birey hem bedensel, hem ruhsal, hem de toplumsal alanda değişime ve dönüşüme uğrar (26). Biyolojik, psikolojik, sosyal gelişme ve olgunlaşma dönemi olan adolesanlık, çocuğun ergenliğe hazırlığından başlayarak ergenliğin tamamlandığı, bedensel büyüme ve olgunlaşmanın son şekline yaklaştığı, zihinsel ve duygusal değişimin erişkinlik düzeyine ulaştığı, hızlı büyüme ve değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (29)

Yörükoğlu (1986) adolesan dönemi “çocuklukla erişkinlik arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemi” olarak, Yavuzer (1998), ise “bireyin yaşamında önemli değişikliklerin yaşandığı bir dönem” olarak tanımlar. Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi, kendi kendine yeterli bir birey haline geliş dönemidir (13,28). Bu dönem; hızlı büyüme, motor beceri ve zihinsel işlevlerde gelişme, hormonal, emosyonel değişiklikler ve sosyal gelişme ile karakterizedir. Psikolojik anlamda ergenlik; ilk ergenliğin fiziksel belirtileriyle başlayan zihinsel bir süreç, bir tutum ve yaşam tarzıdır ve bireyin anne -baba denetiminden bağımsızlığını kazanmasıyla sona erer. Bazıları için psikolojik ergenlik yirmili yaşlarda sona ermekte, bazıları için otuzlu hatta daha ileri yaşlara kadar devam edebilmektedir. Bu anlamda ergen, sadece fiziksel değil sosyal ve toplumsal bir gelişim içindedir (28,29). Toplumsal açıdan ergen ailesi ile birlikte oturan ya da ekonomik olarak onlara bağlı kalmaya devam eden, genel ya da mesleki eğitime ve öğretime devam eden kişidir (26).

Genellikle ilk ergenlik belirtileriyle başlayan adolesanlık, 12-21 yaşlarını kapsar. 12-15 yaş arası ilk ergenlik dönemi, 15-21 yaş arası asıl gençlik dönemidir, 21-25 yaş arası da uzamış gençlik olarak bilinir. Birleşmiş Milletler Örgütü'nün tanımına göre genç; 15-25 yaşları arasında öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişidir (26,28,30).

Adolesan dönem için yaş sınırlarının toplumsal ve kültürel özelliklere bağlı olarak toplumdan topluma ve toplumlar içinde kesimden kesime değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bu dönemin sınırlarını Yörükoğlu 12-21, UNESCO 12-24, Yavuzer kızlarda 12-20, erkeklerde 13-20 yaş olarak tanımlamaktadır. Puberte Türk çocuklarında kızlarda ortalama 9.8, erkeklerde ise ortalama 11.8 yaşında başlamaktadır. Ergenlik dönemi, ilk ve son dönem olarak iki dönemde incelenmektedir. İlk ergenlik dönemi kızlarda 13-17, erkeklerde 14-17,

son ergenlik dönemi ise 17-21 yaş arası olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda ergenlik dönemi, ilk (erken), orta ve geç ergenlik olarak üç bölümde ele alınmaktadır(13,28).

İlk ergenlik dönemi, fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar. Bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön plandadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemindeki ergen bu değişikliklere ayak uydurmak durumundadır. Bedensel değişimler ergenin ilgi odağıdır (13,29,31,32).

Orta adolesan dönem yaklaşık 15-17 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne-babadan duygusal olarak kopma ve bağımsızlığa adım atma başlar. Sağlıklı bağımsız bir yetişkin olabilmesi için bağımlılığın azalması gereken bu evrede adolesanın yaşıt grubunun desteği temel alınmaktadır. Genç için, yaşıt grubunun değerleri, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri önemli olmaktadır (28,31).

Geç adolesanlıkta, fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erilmiştir. Bu dönemde meslek seçimi ve özerk bir birey olma çabaları söz konusudur. Genç, kendi kimliğini oluşturma çabasındadır. Bu dönemin gelişimsel rolü, kimliğin kazanılmasıdır Geç adolesan dönem, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile genişletme olanağı bulduğu bir dönemdir. Genç kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışır (28,31).

Ergenliğin ilk dönemlerinde birey güç beğenir, çabuk tepki gösterir, duyguları hızlı iniş çıkışlar gösterir, her şeyi sorun yapar, süse ve giyime önem gösterir. Ergenliğin son döneminde ise dengelik artar. Tüm ergenlik dönemi evrelerine bakıldığında 12-15 yaş dolayları olumsuzluk, dengesizlik dönemi, 16-21 yaşları arası ise olumluluk ve dengelik dönemi olarak kabul edilmektedir (28,31).

Adolesan dönem, bilişsel gelişim olarak soyut işlemler dönemidir. Bu dönemde soyut kavramları anlama, kendini ve başkalarını gözleme yeteneği gelişmiştir. Adolesan, tahmin ve varsayımlar ileri sürebilir, kurdukları varsayımları sınımadan geçirebilir, soyut düşünebilir ve genellemeler yapabilir. Bir çok açıdan düşünebilme yetisinin gelişmesi ile zihninde birçok seçeneği gözden geçirip inceleyebilir, eleştirel bir tavrı vardır. Böylece kendisine ve üyesi olduğu çeşitli grupların görüşlerine tarafsız bir gözle bakmaya başlar. Davranışları ve seçimleri konusunda bağımsız karar verir (27,28,31).

Kendini kanıtlama ve kendi kimliğini bulma çabalarının yoğunlaştığı, yeniliğe ve değişime yatkın olan genç, yeni durumları dener. Deneme-yanılma yolu ile sınırlarını genişletmeye çalışır. Kimliğini oluşturmaya ve yeni davranış kalıpları kazanmaya çalışır (28,33). Bu dönemde gelişen davranışların çoğu yetişkinlikte de devam etmektedir. Bu

nedenle son yıllarda adolesan sağlığına ilgi artmıştır. Bunun nedeni, adolesan mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenlerinin önlenabilir olmasıdır (34,35).

Adolesan yaş grubu, beslenme, hijyen ve diş bakımı için sorumluluk alabilir. Boy kilo ve kas yoğunluğunda artma ile beslenme gereksinimleri artmıştır. Sık görülen sorunları, sosyal yiyecekler, abur-cuburlar ve boş kalori kaynakları, hijyen eksikliği, madde bağımlılığı, trafik kazaları, sosyal destek sistemlerinde eksiklik ve sosyal uyumsuzluktur. (29,36).

Servonsky (1987) bu yaş dönemi için hemşirelik amaçlarının sağlık ve sağlık alışkanlıklarını geliştirme, olumlu sağlık davranışlarını destekleme ve rehberlik etme, olumlu benlik kavramı geliştirme olduğunu bildirmiştir (36).

2.2. Sağlık Davranışları ve Hemşirelik

Günümüzde hemşirelik uygulamaları, hastane merkezli bakımdan koruyucu, toplum merkezli bakıma doğru gelişmektedir. Hemşireler, bilgi ve becerileri ile yalnızca hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve sağlığın geliştirilmesi ile değil, gençlerin haklarının savunuculuğunu yapma konusunda da sorumluluk almaktadırlar. Bu konuda sadece sağlık kuruluşlarında değil toplumun her kesiminde, okullarda ve gençlik grupları gibi yerlerde aktif görev üstlenmelidirler (12,36)

Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını üzerinde durmuştur. Uluslararası Hemşireler Birliği, hemşireliği; “Bireyin ,ailenin ,toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu” olarak tanımlamıştır. Türk Hemşireler Derneği Eğitim Komisyonu da (1981), hemşireliği; “ bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirmesinden ve bu hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamıştır (12,37).

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin tanımladığı ve Sağlık Bakanlığı'nın benimsediği hemşirelik tanımlarında da belirtildiği gibi hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunmasıdır. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren sağlık merkezli bakım yaklaşımlarını öngörmektedir. Bu anlayışta hemşire; bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları, çalıştıkları ortam içinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olur. Hemşire, bireyin kendi potansiyel gücünü

kullanmasına yardım eder. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır (12,35,37).

Hemşireler her yerde bireylere hizmet verirler. Bu nedenlerle hemşirelerin sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede rolleri çok önemlidir (1,40). Bu rolün en önemli adımlarından biri, bireyin sağlığını geliştiren davranışları kazanmasını sağlamaktır. Sağlığı geliştiren davranışların temelini olumlu sağlık davranışları oluşturur.

Olumlu sağlık davranışları üzerine yapılan çalışmalar, sağlıkla ilgili en ileri düzeyde ve doğrudan bağlantılı olan faktörleri 7 başlıkta toplamıştır: (1) (Beslenme) Sabah kahvaltı etmek, düzenli yemek yemek ve öğün aralarında atıştırmamak, (2) (Sigara) Sigara içmemek, (3) (Alkol) Alkolü ılımlı bir ölçüde kullanmak yada hiç kullanmamak, (4) (Egzersiz) Düzenli fizik egzersiz yapmak, (5) (Dinlenme) Düzenli uyku uyumak, (6) (Güvenlik) Emniyet kemeri, kask gibi koruyucu önlemler alma, (7) (Koruyucu davr.) Diş fırçalama (6,9,12,15,21,24,34).

2.2.1. Beslenme:

Toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardandır (38).

Beslenme; büyüme ve gelişme, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamın sürdürülmesi için gerekli besin öğelerinin vücuda alınıp kullanılmasıdır. Beslenme, içeriğinde farklılıklar olsa da, yaşamın her döneminde önemli olan temel insan gereksinimlerinden biridir (38,39).

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenmenin temelidir (38,39,40).

Geç adolesan dönemde ileri fizyolojik farklılaşma ve vücut bileşenlerinde değişim ile beslenme gereksinimleri daha da önem kazanmaktadır. Örneğin yağsız vücut kitlesinde artış ile protein gereksinimi, boy uzaması ile kalsiyum gereksinimi artmaktadır. Diyet hikayeleri değerlendirilen adolesanların özellikle kalsiyum, demir, vitamin A ve C alımlarının yetersiz olduğu saptanmıştır (41).

Türk halkının beslenme durumunu inceleyen Pekcan (1998) Türkiye’de temel besinin ekmek ve diğer tahıl ürünleri olduğunu saptamıştır. Günlük enerjinin ortalama %44’ü sadece ekmekten, %58’i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve

tüketiminin azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı, genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmiştir (42).

Türkiye’de, enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, enerjiyi yetersiz düzeyde tüketenlerin oranı düşüktür. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeyde olmasına rağmen, alınan proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Hayvansal protein tüketimi ise yetersiz bulunmuştur. Kalsiyum (%13-26), vitamin A (%3-31) ve riboflavini (%34-40) yetersiz tüketenlerin oranı oldukça yüksektir. Özellikle süt ve ürünlerinin yetersiz düzeyde tüketilmesinin kalsiyum ve riboflavin yetersizliğine neden olduğu düşünülmüştür. Demiri yetersiz düzeyde tüketenlerin oranı düşük olmasına karşın, demir yetersizliği anemisi görülme oranının çok yüksek olduğu saptanmıştır (42).

Hızlı hazır yiyeceklerle beslenme (fast-food), özellikle kentsel bölgelerdeki gençlerde yaygın bir beslenme şekline gelmiştir. Bu şekilde beslenme doymuş yağ asitleri ve sodyum yönünden zengin, posa içeriği, A ve C vitaminleri yönünden yetersiz olup, yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmakta, şişmanlık, kalp-damar hastalıklarının oluşma riskini arttırmaktadır. Sodyum tüketiminin aşırı yüksek olması ise ileri yaşlarda hipertansiyon, kalp ve damar hastalıklarının oluşmasına neden olmaktadır. Öğrencilerin %32’si okuldaki yemekleri beğenmediği için dışardan yemekte, %17’si de evlerinin okula uzak olması dolayısıyla fast food yemekleri tercih etmektedir. Hızlı hazır yiyeceklerin tüketimi alışkanlığa dönüşmediği, günlük diyetle yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri korunduğu sürece sorun oluşturmamakta ancak, hazır yiyeceklerin aşırı tüketimi büyüme çağındaki çocuklar ve gençler için önemli beslenme sorunu yaratmaktadır (39,40,45).

Hazır yemeğin uygun koşullarda yapılmamasının da enfeksiyona neden olacağı bir gerçektir. Özellikle elle hazırlanan ve bekleyen yiyecekler ile yeterince pişirilmeyen yiyeceklerle bulaşıcı sarılık, dizanteri ve diğer enfeksiyonlar da kolayca oluşabilir.

Özellikle adolesanlarda; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri sık rastlanan beslenme sorunlarıdır (41,42,43).

1989 yılında ABD Department Health And Human Service, sağlıklı yaşamın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi için 10 yıllık bir plan hazırlamıştır. Bu planda adolesanların güncel problemleri göz önüne alınarak aşağıdaki amaçlar belirlenmiştir:

1. Obezite: Adolesanlarda obeziteyi %15’in altına düşürmek
2. Anemi: Adolesanların tümünde demir alımını arttırmak

3. Düşük kalsiyum alımı: Kalsiyum alımını arttırmak, adolesanlara günde en az 3 porsiyon kalsiyumdan zengin besin tüketme alışkanlığı kazandırmak.

4. Hiperlipidemi: Diyetle yağ alımı toplam kalorinin %30'unu aşmamalı (40)

Tüm bunlar için;

Açlıktan ve fazla yemekten kaçınıp, yaşa,cinsiyete, yapılan aktiviteye ve içinde bulunulan özel duruma (gebe, emzikli, çocuk, genç vb.) uygun şekilde yeterli ve dengeli beslenme,

Öğün atlanmaması,

Günlük yağ tüketimini azaltarak, çok yağlı yiyeceklerin yenmemesi,

Tam yağlı süt ve süt ürünleri yerine yarım yağlı ya da yağsız süt, yoğurt ve peynirin tüketimi,

Sosis,sucuk, salam, krema, kaymak, kuruyemiş gibi yağlı yiyeceklerin sık sık yenmemesi,

Günlük şeker tüketiminin azaltılması,

Düzenli olarak şekerli içecekler içmekten kaçınılması,

Yemeklerde tatlı yerine sebze ve meyvelerin tercih edilmesi,

Hergün düzenli olarak kahvaltı edilmesi,

Posalı yiyecek tüketiminin artırılması,

Daha fazla kurubaklagil tüketimi,

Daha çok sebze (çiğ ve pişmiş) tüketimi,

Meyve suları yerine çiğ ve kuru sebzelerin tercihi önerilmektedir (38,40).

2.2.2. Egzersiz

Endüstrileşme ve şehirleşmenin sonucu olarak insanlar bedenlerini daha az kullanır hale gelmişlerdir. Bedenin kullanımındaki bu azalma sindirim sistemi sorunlarından psikolojik problemlere kadar bir çok sağlık sorunlarının görülme oranları artmıştır (44).

Sağlıklı beslenme alışkanlığı kadar düzenli egzersiz de sağlığın korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Şişmanlık, diyabet, hiperlipoproteinemi, hipertansiyon, kalp krizi, osteoporoz, kanser gibi hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bilişsel yeteneklerin geliştirilmesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında yakın ilişki bulunmaktadır (42,45).

Fiziksel aktivite, günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma gibi çeşitli kas hareketlerini kapsar. Egzersiz ise genellikle bir spor faaliyeti içine girebilecek özel,

sürekli ve düzenli kas hareketleri gibi düzenli fiziksel aktivite olarak tanımlanabilir. Düzenli egzersizin yararları şöyle özetlenebilir;

1. Egzersiz, kas gücünün fonksiyonel kapasitesini ve dayanıklılığını artırır, tüm kasları güçlendirip, enerjiyi artırır,
2. Kemiklerin yoğunluğunu artırır,
3. Kaslar esnediği ve kuvvetlendiği için ileriki yaşlarda sakatlık riski azalır,
4. Kan total kolesterolünü, LDL'yi ve trigiserid seviyesini düşürür. HDL seviyesini artırır,
5. Vücut yağ ağırlığının azalmasını sağlar,
6. Yüksek tansiyon, diyabet ve osteoporoz gibi hastalıkların kontrolünü kolaylaştırır,
7. Sigarayı bırakmayı kolaylaştırır,
8. Stres ve depresyona toleransı artırır,
9. İmmün sistemi geliştirir,
10. Meme ve kolon kanseri riskini azaltır,
11. Endorfin salgılanmasına neden olduğu için, depresyon ve anksiyeteyi azaltır.

Araştırmalar ılımlı ölçüde egzersizin fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini arttırdığı, koroner kalp hastalıklarından korunmada önemli bir rol oynadığını göstermiştir (44,45). Tabak'ın (1984) 734 lise öğrencisi üzerinde yürüttüğü araştırmasında, öğrencilerin harekete dayanan aktivitelerinin yetersiz olduğunu saptamıştır. Sayan ve arkadaşlarının (1999) lise öğrencilerinin sağlık davranışlarını inceledikleri araştırmalarında öğrencilerin %70'inin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğunu saptamışlardır (45,46).

Toplumun çeşitli yaş gruplarında yapılan araştırmalarda da benzeri sonuçlar görülmektedir (45,47). Bu nedenle egzersiz yapma, bir yaşam biçimi şekline dönüştürülmelidir.

Önerilen egzersiz programı; Haftada en az 3 kez, her egzersiz programı 30 dakika, terlenecek, solunumun artacağı, zorlanmayacak bir yoğunlukta yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme gibi tekrarlı ve ritmik kas hareketlerini içermelidir (48,49,50).

Kemik yüzeylerinin gerilmesini sağlayan koşma, atlama, sıçrama (ip atlama), jimnastik hareketleri gibi fiziksel hareketlerin özellikle kemik yapımının hızlandığı adolesan dönemde yapılması büyük önem kazanmaktadır. Haftada 2-3 gün günde en az 30 dakika spor yapan gençlerin kemik yoğunlukları ve kas yapıları gelişmektedir (48,50,51).

Ayrıca düzenli sportif faaliyetler paylaşmayı, sportmenliği, uyumu, işbirliğini, yaşamdan zevk almayı, doğru beslenme, giyinme gibi olumlu sağlık alışkanlıklarının gelişmesini ve sigara alkol gibi zararlı alışkanlıklardan kaçınmayı öğretir (44,48,50).

2.2.3. Sigara

Gelişme ve sanayileşme sürecinde değişen sosyoekonomik koşulların da etkisiyle alkol ve sigara başta olmak üzere madde kullanımı ve bunlara bağlı sorunlar hızla artmıştır (52,53). Son 30 yıl süresince adolesanlarda sigara kullanımının artmasına bağlı olarak önemli sağlık problemleri görülmektedir (54). Eskiden sigaraya başlama dönemi askerlik çağı iken, araştırmalara göre günümüzde sigaraya yeni başlayanların % 85'i gençlerdir (54,55).

Adolesan dönem deneyimlerinin yetersizliği ve bir gruba ait olma duygusuyla her türlü madde kullanımına yatkınlık fazladır. Özellikle gençler özgürlük ve bağımsızlık duygularını sigara ile özdeşleştirmektedirler (28,53).

İlk gençlik çağında sigara bağımlılığını oluşturan etkenlerin sosyal çevre ve arkadaş grubu olduğu belirtilmektedir. Araştırmalara göre ilk sigara, en sık ortaokul yıllarında ve % 75 oranında başka bir arkadaşla içilmektedir (54).

Sigara başta kalp ve damar hastalıkları, çeşitli organ kanserleri, kronik akciğer hastalıkları olmak üzere birçok ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Sigaraya bağlı ölümlerin yarısına yakını kalp hastalıklarına; 1/3'ü organ kanserlerine bağlıdır. Bunların tümü sigara içilmediği takdirde önlenecektir (16,54).

Bilir ve Mağden (1984) 998 üniversite öğrencisinin %48,2'sinin, Barut (1992) 50 üniversite öğrencisinin %42'sinin, Aykut ve Öztürk (1989) 900 Üniversite öğrencisinin %33,9unun sigara kullandığını, Buzlu (1995) 659 üniversite öğrencisinin %69,6sının sigara içmeyi denediğinin ve bunlardan %39'unun halen içmekte olduğunu bulmuşlardır (55,56,57,58).

Kopenhag'da 14-18 Eylül 1998'de düzenlenen D.S.Ö. 48. Avrupa bölge toplantısında, "Herkes İçin Sağlık, Sağlık 21" başlığı altında " 21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganı ile kabul edilen Sağlık 21'de 11. maddede 2015 yılına kadar toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemesi, 12.madede 2015 yılına kadar bağımlılık yapan tütün, alkol ve psikoaktif ilaçlarının tüketiminin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması amaçlanmıştır (4) .

Bir araştırmada sigara kullanımı ile alkol kullanımı yasal olmayan madde kullanımı, suisid düşüncesi ve ilk cinsel deneyim yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (53).

2.2.4. Alkol

Alkol, çok eski çağlardan beri keyif verici,yatıştırıcı,uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılan, kimyasal bir maddedir.

Ethyl alkol veya ethonol olarak bilinen bu kimyevi alaşım az miktarda alındığında yatıştırıcı, fazla dozda ise beyni uyuşturucu belirtiler doğurur. Toplum yaşantısında, toplumsal iletişimi arttırmak nedeniyle sıklıkla kullanılan alkol, çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Bireyin beden ve ruh sağlığı, aile, toplumsal ve iş yaşamını tehlikeye düşürmekle kalmamakta trafik kazaları, suça yönelme gibi toplumsal zararlara da neden olmaktadır. Alkol, adolesanlarda anti-sosyal ve suça yönelik yasa dışı davranışlara eğilimi arttırmaktadır (59).

Özellikle adolesan dönemde alkol ve sigara kullanmayı denemeye eğilim vardır. Bağımlılık daha çok psikolojik, nadiren de fiziksel bağımlılıktır. Bağımlılığın en önemli zararları arasında fiziksel kontrolü, değerlendirme ve karar verme yeteneğini azaltarak kazalara, şiddet ve intihara eğilimi arttırmasıdır. Alkol; fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kişiler arası ilişkilerin bozulması, aile içi sorunların artması, intihar olayları, trafik ve iş kazalarında sorumlu durumundadır (28,31).

Alkolün zararları şu başlıklar altında toplanabilir:

A. Fiziki Zararları: Alkol vücutta bir çok organa zarar vermekle beraber en çok beyinde tahribata neden olmaktadır. Beyne ilk etkisi yorum ve düşünceyi kontrol eden bölgeyi yavaşlatmasıdır. Böylece kişinin hatırlama, anlama, karar verme gibi normal akli görevlerini yürütmesine engel olur. Ayrıca beyinde kas kontrol merkezine de zarar verdiği için kol ve bacak koordinasyonu bozulur.

Alkolün neden olduğu hastalıklar sarılık, siroz, kolesistit, gastrit, ülser, pankreas yetmezliği, pankreatik kanserler, kan basıncında yükselme, karaciğer enzimlerinde yükselme, karaciğer yağlanmasıdır.

B. Toplumsal Zararları: Alkolün etkileri sadece kişinin kendisiyle sınırlı kalmamakta, ailesi ve toplumsal çevresi de zarar görmektedir. Ölüm ve yaralanmalara neden olan trafik kazalarının %66'sı alkol kullanımından kaynaklandığı ve ölme nedeni olan intiharların yarısı ve cinayetlerin 1/3'ünün alkolle ilgili olduğu bildirilmektedir (60).

Ergenlikle beraber hızlı bir değişim geçiren birey kendi öz kimliğini arayış çabası içerisinde. Genç bu dönemde geleneksel değerleri aşarak bireyselliğini gerçekleştirmeye çalışır. Bunun sonucunda anne ve babasından kopma eğilimi gösterir. Bireyselleşme aşamasında genç psikolojik dengesini kolayca sağlayamadığından dolayı psikolojik karmaşa

içine dñşmekte, kendilerine geçici bir şekilde de olsa, huzur vereceğine inandıkları alkol ve maddelerin arayışına girebilmektedir. (28).

Alkol kullanan ve yaş ortalaması 19 olan gençlerin ortak özellikleri şunlardır :

Cinsel duygu, eğilim ve isteklere karşı aşırı duyarlılık
Sürekli maddi doyum arama eğilimi
Fiziki güce hayranlık
Alabildiğine sınırsız özellik
Sorumluluktan kaçma
Bütün otoritelere başkaldırma
Gerçek dışı yaşam isteği
Gerçekleşmesi olanaksız bir yaşam için sürekli düş kurup serüven peşinde koşmak
Engeller karşısında büyük kaygı, sıkıntı, saldırganlık ve tepki
Geleceğe ilişkin olumlu bir amaç ve beklentinin olmaması
Güvensizlik ve yetersizlik duygusu (60).

Bilir ve Mağden (1984) 998 üniversite öğrencisinin %43.3'ünün, Barut (1992) 50 üniversite öğrencisinin %38'inin, Buzlu (1995) 659 üniversite öğrencisinin %20'sinin alkolü en az bir kez denemiş olduğunu bildirmişlerdir (55,56,58).

Alkolün ilk denendiği dönemin çoğunlukla ergenlik çağı olduğu söylemektedir. Alkol kullanım oranı en yüksek 20-35 yaşları arasındadır. (57,59).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Eğitim ve Tedavi Merkezi (AMATEM) tarafından 1998 yılında İstanbul'da 15-17 yaş arasındaki 5823 öğrenci arasında yapılan anket çalışmasında öğrencilerin %8'inin haftada en az 2 kez alkollü içecek kullandıkları ve bunlardan %6.4'ünün alkolü bırakmakta zorluk çektikleri belirlenmiştir (61).

AMATEM tarafından 1998-1999 yıllarında Türkiye çapında 15 ilden 18520 öğrenciyle yürütülen "Gençler Arasında Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı Ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi Projesi" sonuçlarına göre ise öğrencilerin %26.5'inin yaşam boyu en az bir kez alkol aldığı, %10'unun ise haftada en az bir kez alkol kullandıkları belirlenmiştir (61).

2.2.5. Ağız ve Diş Bakımı

Bireylerin tam fiziksel sağlığı, vücuttaki tüm organ ve dokularının sağlıklı olması ile mümkündür. Ağız ve diş sağlığı da bireyin vücut sağlığını doğrudan etkileyen bir faktördür(62).

Mikrobiyal dental plak, diş çürüklerinin ve diş eti iltihaplarının temel nedenidir. Plakların uzaklaştırılması ve birikiminin önlenmesi ağız ve diş bakımının anahtar girişimlerinden birisidir. Plak uzaklaştırmanın en etkili yolu mekanik yoldur. Mekanik yol diş fırçası ve diş ipi kullanımını içerir (62,63).

Yapılan araştırmalar sonunda da, önlenebilir hastalıklar grubuna giren diş hastalıklarının oluşmaması için koruyucu tedbirler alınırsa maliyetin daha az olacağı bulunmuştur. Bu alanda yapılan birçok program ve uygulama ile günümüzde gelişmiş ülkelerde diş çürüklü birey sayısı çok alt seviyelere çekilmiştir (62).

DSÖ'nün desteği ile 1988 yılında yapılan "Türkiye'deki Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi" raporunun sonuçlarına göre ağız ve diş sağlığını belirleyici bir kriter olan DMFT (kişi başına düşen çürük, çekilmiş ve dolgu yapılmış diş sayısı) değerleri 12 yaş için 3.16; 15-19 yaş grubunda 4.30; 20-24 yaş grubunda 7'ye çıkmaktadır. 12 yaş grubu çocukların %50'sinde, 25-29 yaş grubu gençlerin % 90'ında dişeti hastalıklarına rastlanmaktadır (64).

Florürlü diş macunları ile yapılan diş fırçalama, dünyada en yaygın olarak kullanılan ve etkinliği en fazla olan uygulama yöntemidir. Ülkemizde yapılan araştırmalar kişi başına yıllık macun tüketiminin 50-55 gr. olduğunu göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde ise kişi başına yıllık macun tüketimi 450 gr civarındadır (62,65).

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye genelinde yapılan tarama sonuçlarına göre kahçı dişi çürük olan öğrenci oranı %27 ve diş fırçası kullanma oranı %67 olarak bulunmuştur (66)

Diş çürüklerini önlemek için genel olarak şu konulara ağırlık vermek gerekmektedir (65):

1. Karbonhidrat alımının kısıtlanması,
2. Dişlerin günde en az 3 kez fırçalanması,
3. Dişlerin arasında kalan artık ve plakların diş ipi gibi diğer yardımcı araçlar ile temizlenmesi.

2.2.6. Kahve Kullanımı

Kafein günümüzde en çok kullanılan maddedir . Ortalama bir fincan kahvede 100-150mg kafein vardır. Bir gram veya daha fazla kafein bir günde alındığında, uyku bozuklukları, sinirlilik ve taşikardi görülmektedir. (38).

Kafeinin vitamin ve minerallerin (özellikle de kalsiyum ve demir) emilimini bloke ettiği bilinmektedir. Ayrıca diüretik etkisi nedeniyle, idrar yoluya dışarı atılan kalsiyumun depolanmasına olumsuz etkide bulunmaktadır (51).

Süt yerine kafeinli içecekler kullanmaya alışkın olan gençlerin yeterince kalsiyum alamadığı düşünülebilir. Bunun kemik gelişiminde olumsuz etkileri kaçınılmazdır(38,51).

Kafeinin, kalp hızını arttırıcı, tansiyonu yükseltici, hidroklorik asit salınımını arttırıcı, baş ağrısı, yorgunluk, huzursuzluk, depresyon, konsantrasyon bozukluğu yapıcı etkileri tanımlanmaktadır. Ayrıca kafein de tıpkı nikotin, amfetamin ve kokain gibi bağımlılık yaratmaktadır. (38,67).

2.2.7. Risk ve Güvenlik Davranışları

Kazalar tüm dünyada yüksek oranda mortalite ve morbiditeye neden olan sorunlardandır. Bütün ülkelerde trafik kazalarından kaynaklanan travma ve yaralanmalar ölümlerin temel sebebi olmak yanında akut ve kronik hastalıklar, sakatlıklar, hastanede kalma ile önemli ekonomik ve sosyal kayıplar anlamında problemler oluşturmaktadır(68,69).

Adolesanlarda kaza nedenleri arasında trafik kazaları ilk sırada yer almaktadır (69). Bu dönemde adolesanların bağımsızlıklarına önem vermeleri ve güvenlik davranışları göstermede yetersiz olmaları nedeniyle trafik kazaları daha sık görülmektedir. Sadece denemek için tehlikeli birşeyler yaparak sağlıklarını riske atabilmektedirler (68).

Risk davranışları kaykay ve motorsiklet kullanmak, trafik kurallarına uymamak ve denemek için tehlikeli birşeyler yapmak; güvenlik davranışları; motorsiklet ve bisiklet kullanırken kask takma, arabanın ön koltuğunda otururken emniyet kemeri kullanmak olarak tanımlanmaktadır (68).

Emniyet Genel Müdürlüğünün trafik güvenliği çalışmasının genel hedeflerinden biri de kask takmayan bisiklet ve motorsiklet sürücüsü sayısının sıfıra indirilmesidir. Gençlerde trafik kurallarına uyma durumunun artırılması, kask takma davranışının geliştirilmesi ile trafik kazaları nedeni mortalite ve morbidite önlenebilir (69).

2.3. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlığın, sadece fiziksel iyilik hali olmadığı, psikososyal değişkenlerden etkilendiği tanımlanmıştır

Ergen, hızlı fiziksel değişim ve gelişim gösteren bedenini kabul etme ve uyum sağlamada aile ve akranlarının desteğine gereksinim duymaktadır. Ergen, yeterli sosyal destek ile değişimlere kolaylıkla uyum sağlar, böylece kendini kabul ve saygısı da yükselir (70).

Ergen yavaş yavaş, anne babasından gördüğü davranış biçimlerini, arkadaş grubunun davranış ölçülerine uyarlamaya çalışır. Ergenin bu tür davranışlarının temelinde, başkaları

tarafından beğenilme ve kabul görme isteği ile şiddetli bir bağımsızlık arzusu ve kendi kişiliğini kanıtlama gereksinimi bulunmaktadır (13,28).

Fiziksel sağlığın biyolojik etkenlerin yanı sıra psikolojik özelliklerden etkilenebileceği görüşünün ağırlık kazanmasıyla sağlığı etkileyen sosyal ve psikolojik değişkenlerin belirlenmesi ve etkilerinin saptanmasına yönelik çalışmalar artmaya başlamıştır.

Gençlerin ve çocukların sağlık konusundaki davranışları tam olarak bilinmemekle birlikte; gelişimsel düzey, psikolojik özellikleri ve yaşadığı çevre ile ilişkilerinden etkilendiği kabul edilmektedir (12).

2.3.1. Sosyal Destek ve Sağlık

Toplumsal değişikliklerin çok hızlı yaşandığı günümüzde kişiler arası ilişkilerin önemi de artmaktadır. Bozuk ya da çatışmalı çevresel etkenlerin sağlık üzerine olumsuz etkileri önceden kabul edilmiştir. Son yıllarda olumlu sosyal ilişkilerin de sağlığı destekleyici özelliği üzerinde durulmaktadır(16,18).

Ergen toplumsal bir varlıktır ve yaşam içinde onu en çok etkileyen aile çevresi, arkadaş ve akran grubudur. Erikson, gençlerin bu dönemde sosyal rolleri ile birleşme çabası içinde olduklarını söylemektedir. Gençin sosyal çevresi onun sosyal gelişimini, kişiliğini ve benlik imajını etkiler (28).

Doğumdan ölüme kadar birçok yaşam değişikliğinde bireye yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, onun sağlığını korumaya yönelik sosyal destek sistemleridir. Sosyal kaynaklar kişiye maddi, duygusal ve zihinsel destek sağlar (71).

Genel olarak, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki önemli insanlar (eş, aile,arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım, sosyal destek kavramı olarak tanımlanır (16,71).

Caplan'a göre sosyal destek sistemini oluşturan insanlar bizi dinleyen, yardım eden, şevkat ve bağlılık gösteren, gerektiğinde davranışlarımızı destekleyen kişilerdir. Böyle bir sosyal ağın içinde olma, kişide bir gruba ait olma duygusu uyandırır. Bu da benlik saygısını artırır (16,71).

Sosyal desteğin tanımlanması ve etkisini açıklayan bir çok model vardır. Sosyal desteğin tanımıyla ilgili modellerin birkaçı kişinin ilişki kurduğu insanların sayısı ve ihtiyaç halinde yardım edebilecek kişilerin sayısını vurgulamıştır. Bir başka modelde ise yakın ilişkilerin sayısının değil niteliğinin önemli olduğu vurgulanmıştır (18,19,22,71).

Sosyal desteğin tanımıyla ilgili bir modelde ise bireyin ilişkilerinin nitelik yada niceliğinin değil, algılarının önemli olduğu vurgulanmıştır. Bir sosyal aktivite kişi tarafından benlik saygısını zenginleştirici olarak algılanıyorsa sosyal destek içerdiği söylenebilir (16).

Algılanan sosyal destek son yıllarda üzerinde durulan bir kavramdır. “Bireylerin önem verdikleri ve değerlendirmelerini kendileri için gerekli saydıkları kişiler tarafından sevildikleri ve değerli buldukları yönünde algıları” olarak tanımlanan algılanan sosyal destek kavramı, kişinin kendine biçtiği değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulabileceğini, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı sosyal destek fazladır (18,19,22,71).

Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen önemli bir sosyal değişkendir. Sosyal psikoloji ve sağlık alanında yapılan çalışmalar sosyal desteklerin fizik ya da ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı, prognozu ve süresi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (17,20,72).

Sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan iki önemli görüş vardır. Bunlardan biri, sosyal desteğin stres verici olayların yarattığı psikolojik zararlara karşı tampon etki görevi gördüğünü savunur (22,71). Bu modele göre stres yaratıcı durumlar var olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık üzerine olumsuz etkisi yoktur. Ancak, stresli durum varlığında, sosyal destek bireyin uyumunu ve başa çıkmasını kolaylaştırarak, stresli yaşam olaylarının birey tarafından algılanan önemini azaltarak ve bireyin duygusal gerginliği aşmasına yardım ederek tampon rolü oynar (16,21,22).

Sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu savunan doğrudan etki modeli, sosyal desteğin sağlık üzerine her koşulda olumlu etkisinin olduğunu öne sürmektedir (16,71). Bu kuramda, yeterli sosyal desteğe sahip birey, hastalık oluşturacak düzeyde stres yaşamadığı için sosyal desteğin stresi doğrudan kontrol altında tuttuğu kabul edilir. Dolayısıyla, sosyal desteği yetersiz bireyler, olumsuz yaşam olayları karşısında anksiyete, çaresizlik ve değersizlik duyguları yaşayacaklarından psikolojik ve fiziksel hastalık gelişme riski artacaktır (71).

Bireye stresle başa çıkma sürecinde, diğer insanlar tarafından sunulan potansiyel yararlı kaynaklar olarak tanımlanan sosyal destek, gerek bireyin kendini iyi hissetmesini sağlayarak gerekse strese tampon etkisi yaparak fiziksel sağlık üzerine olumlu etki gösterir (16,71).

Rosenberg (1965) aile ve arkadaş çevresinin adolesanlarda benlik saygısını arttırdığını göstermiştir. Yapılan araştırmalarda da bu iki değişken arasında bir bağlantı

göstermektedirler. Sosyal desteğin olumlu sağlık davranışları üzerine benlik saygısı üzerinden indirekt etkisi olduğu belirtilmektedir (9).

Yapılan çalışmalarda, sosyal desteği fazla olan adolesanların öz bakımlarının daha yüksek olduğu; sosyal desteğin, beslenme, egzersiz, güvenlik, madde kullanımı, dış kontrolü gibi sağlık alışkanlıklarını hem direkt olarak, hem de öz saygıyı etkileyerek dolaylı olarak etkilediği gösterilmiştir (9, 21, 72).

Sağlıklı davranışa neden olan girişimlerin belirlenmesi ve desteklenmesi ile etkili hemşirelik stratejileri geliştirilebilir. Sosyal destekteki eksiklik ve değişikliklerin sağlığı etkilediği bilindiğinden, sosyal destek hemşirelik ile yakından ilgili bir sağlık değişkeni olarak kabul edilir. Holistik görüşü benimseyen hemşireler için sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, desteklenmesi ve gerektiğinde rehberlik yapılması bu nedenle önemlidir.

2.3.2. Benlik Saygısı ve Sağlık

Benlik saygısı “self”e ilişkin bir kavramdır. Self’in Türkçe karşılığı olarak “öz”, “benlik”, “kendilik” ve “özbenlik” gibi sözcükler kullanılmaktadır (23,28).

Benlik, kişiliğin en önemli boyutlarından biridir. İnsanın, çocukluk çağlarında başkalarından ayrı bir birey olduğunun farkına varmasıyla, bilinçli olarak bedeniyle ilgilenmeye, kendini geliştirmeye ve kendine saygı duymaya başlar. Benliği, bireyin diğer insanlarla olan ilişkilerini şekillendirir ve bu yaşam boyunca devam eder (73,74).

Benlik saygısı, benliğin duygusal yönünü oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli biri olarak algılama derecesidir. Benlik saygısı, kişinin kendine saygı duyması kadar kendine güven duyması, kendini benimseyip değer vermesi, kendini beğenmesi, onaylaması, insanın kendinden hoşnut olması, kendini olumlu değerli ve sevilmeye değer bulmasıdır (23,28,75).

Benlik saygısı ergenlik döneminde önem kazanan bir özelliktir. Eğer ergenlik başarılı bir uzlaşma ile sonuçlanırsa, birey bu dönemde yeterli miktarda benlik saygısını kazanmaktadır. Ergenlik döneminde geliştirilen benlik kavramı düzeyinin düşük olması daha sonraki yıllarda bireyin kendi benliğini kabul etmemesine yol açabilmektedir (75,76).

Benliğin temelleri ilk 5-6 yıl içinde atılır. Gelişim dönemleri içinde yavaş yavaş ana çizgileri oluşan kişiliğin en son biçimini alması ergenlik döneminde olur. Bu dönem, benliğin geliştiği ve olgunlaştığı bir dönemdir (27,75,76).

Rosenberg (1965)’e göre ergenlik döneminde genç, kendisinin nasıl biri olduğu, neye benzediği, kendisi hakkında neler hissettiği sorularıyla yoğun olarak ilgilenir. İçsel ve dışsal

faktörlerin etkisiyle gelişen benlik saygısı, ergenin kendine yaklaşım biçimini belirlemede önemli rol oynar. Bu yaklaşım biçiminin yönünü, yani kendini değerli görüp görmemesi, benlik saygısını belirler. Benlik saygısı ergenin ilerdeki yaşamında düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyen kimliğin çekirdeğini oluşturur (23,76).

Benlik saygısı yüksek gencin bağımsız düşünmesi ve girişkenliği söz konusudur. Bu gençler, akademik görevler, sportif faaliyetler ve dostluklarda daha fazla yer alacaklardır (74).

Benlik saygısı kavramı, kişinin kendine biçtiği değer olup, bu durum kişinin kendi sağlığına yönelik davranışlarını etkilemektedir (9). Psikolojik değişkenlerin sağlıkla ilişkisini inceleyen bir çok çalışmada, benlik saygısı odak değişkendir. Sağlık ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişki, holistik hemşirelik bakımı için temel oluşturur (21,71,73).

Muhlenkamp ve Sayles (1986) benlik saygısının sağlığı doğrudan etkileyen bir değişken olduğunu öne sürmüşler ve nedensel bir model oluşturarak benlik saygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koymuşlardır (21).

Muhlenkamp ve Sayles'in yetişkinlerde geliştirdiği bu modeli 15-21 yaş grubunda deneyen Yarcheski ve Mahon (1989) çalışmalarında benlik saygısıyla sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi desteklemişlerdir (9).

Herold ve Goodwin'in adolesanlarda benlik saygısının doğum kontrolü kullanma durumlarıyla ilişkisini inceleyen çalışmalarında (1979) benlik saygısı yüksek olan kızların düşük olanlara oranla doğum kontrolü kullanma konusunda daha olumlu tutum ve davranış sergiledikleri bildirmişlerdir (77).

Hemşirelik felsefesi, sağlığın geliştirilmesine değer verir. Olumlu sağlık davranışlarını etkileyen sosyal ve psikolojik faktörler belirlenirse sağlığı geliştirecek uygulama ve stratejiler geliştirilebilir.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Mersin Üniversitesi'nin Yenişehir Kampüsü'nde bulunan fakülte ve yüksekokullarda okuyan üniversite birinci sınıf öğrencilerinin sosyal destek ve benlik saygı düzeyleri ile sağlık davranışları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Mersin Üniversitesi Yenişehir Kampüsü'nde bulunan dört fakülte ve bir yüksekokulda yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi, Kasım 1992 tarihinde faaliyete geçmiş, 1993-1994 eğitim-öğretim yılında eğitim-öğretime başlamıştır. Mersin Üniversitesi şu anda iki kampusta mevcut dokuz fakültesi (Su Ürünleri, Fen-Edebiyat, Güzel Sanatlar, İktisadi ve İdari Bilimler, Tıp, Mühendislik, Eğitim, Mimarlık ve Eczacılık) ve beş yüksekokulu (Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik, Beden Eğitimi ve Spor, Sağlık ve Mersin Meslek Yüksekokulu ile Devlet Konservatuarı), ayrıca yedi belde ve ilçede bulunan meslek yüksekokulları ile eğitim öğretimi sürdürmektedir.

Yenişehir kampusu Haziran 1999 yılından itibaren hizmet vermektedir. Yenişehir kampusunda; Tıp Fakültesi, Mimarlık Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Su Ürünleri Fakültesi, Eczacılık Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mersin Üniversitesi Yenişehir Kampüsü bünyesinde bulunan dört fakülte ve bir yüksekokulda 2000-2001 eğitim öğretim yılında birinci sınıfta okumakta olan toplam 272 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, evreni oluşturan her fakülte ve yüksekokulda, anket uygulanması için belirlenen gün ve saatte sınıfta bulunan ve uygulamayı kabul eden tüm öğrenciler oluşturmuştur.

Mersin Üniversitesi Yenişehir Kampüsünde yer alan fakülte ve yüksekokulların birinci sınıflarına kayıtlı öğrencilerin % 89'una ulaşılmıştır. Uygulamaya alınan bölümlere kayıtlı öğrenci sayıları ve ulaşılma yüzdeleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Çalışmada Yenişehir Kampüsünde bulunan yüksekokul ve fakültelerin birinci sınıf öğrencilerinin seçilmesinin

nedeni temelde adolesan yaş grubuna uygunluğu olmak üzere ulaşılabilme kolaylığı, zaman kısıtlılığı ve ileri çalışmaların uygulanabilme imkanındır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrenci Sayıları ve Ulaşılma Oranlarının Bölümlere Göre Dağılımı

BÖLÜM	Kayıtlı Öğrenci Sayısı	Ulaşılan Öğrenci Sayısı	Ulaşılan Öğrenci %
Tıp Fakültesi	35	33	94,3
Eczacılık Fakültesi	22	22	100
Sağlık Yüksekokulu	76	68	89,5
Su Ürünleri Fakültesi	35	26	74,3
Eğitim Fakültesi	104	93	89,4
TOPLAM	272	242	89

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada öğrencilerin sosyodemografik verilerini, sosyal destek düzeylerini, benlik saygısı düzeylerini ve sağlık davranışlarını değerlendirmek üzere dört araç kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlarını, cinsiyetlerini ve okudukları bölümü belirlemek amacıyla 3 sorudan oluşan bir form kullanılmıştır (Ek 1).

Sağlık Davranışları Anketi

Öğrencilerin sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla Aaro'nun (1995) adolesanlarda sağlık davranışlarını incelediği çalışmasında kullandığı anket kullanılmıştır (Ek 1).

Aaro'nun Dünya Sağlık Örgütü'nün, genç toplumun sağlık davranışları ve yaşam stilleri konusundaki anlayışı arttırmak amacıyla 1982'den beri birçok ülkede yürüttüğü (Health Behaviour in School-Aged Children) Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışları araştırmasının soru formundan seçtiği sorular doğrultusunda oluşturduğu anket, sigara, alkol ve kahve kullanımı, beslenme, öğün düzeni, risk davranışları, egzersiz, ağız ve diş sağlığı konularını içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır (68). Anket bir istatistik uzmanı ve danışmanın görüşleri alınarak, Aaro'nun (1995) ve ilgili literatür bilgisi doğrultusunda olumlu davranışın sıklığı azaldıkça ve davranış olumsuz yöne gittikçe daha düşük, olumlu davranışın sıklığı arttıkça ve davranış olumlulaştıkça daha yüksek puan olacak şekilde puanlanmıştır.

Anketi oluşturan 11 sorunun tek tek puanları toplanarak sağlık davranışları puanı elde edilmiştir. Anketten alınacak en düşük puan "0" en yüksek puan "82" dir. Puan arttıkça sağlık davranışı olumlu yönde artmaktadır.

Ölçeğin, çalışma örneklemini için Cronbach Alfa değeri .62 olarak saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Öğrencilerin sosyal desteklerini ölçmek amacıyla Zimet, Dahlem ve Farley tarafından 1988 yılında geliştirilen bu ölçek (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) kullanılmıştır (Ek 2). 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar;

Aile (3., 4., 8. ve 11. maddeler)

Arkadaşlar (6., 7., 9. ve 12. maddeler)

Özel Bir İnsan (1., 2., 5. ve 10. maddeler)

Her madde 7 aralıklı likert tipi bir ölçek kullanılarak değerlendirilir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Ölçek, Eker ve Arkar (1990) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı araştırılmıştır. 146 üniversite öğrencisi ile toplam ölçek güvenirliği .85, geçerliliği .30 bulunmuştur (78).

12-22 yaş grubunda standardizasyon çalışması ise Çakır (1993) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada güvenirliği tüm ölçek için .89, arkadaş alt ölçeği için .81, aile alt ölçeği için .84, diğer önemli kişi alt ölçeği için .73; geçerliliği ise tüm ölçek için .76, arkadaş alt ölçeği için .83, aile alt ölçeği için .84, diğer önemli kişi alt ölçeği için .82 bulunmuştur (79).

Ölçeğin bizim örneklemimiz için Cronbach Alfa skoru .78 bulunmuştur.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

Öğrencilerin benlik saygısı, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ile ölçülmüştür. Dr. Stanley Coopersmith'in 1967 yılında geliştirdiği envanter, 25 maddeden oluşan bir kağıt kalem testidir (Ek 3).

Başlangıçta Coopersmith tarafından çocuklara uygulanmak üzere 50 madde halinde hazırlanmış olan benlik saygısı envanteri, daha sonra çeşitli yaş gruplarına uygulanacak biçimde geliştirilmiştir.

Türkçe'ye uyarlanması Turan ve Tufan tarafından (1987) yapılmış, uyarlama Hacettepe Üniversitesi (H.Ü.) İngiliz Dili bölümü elemanlarınca gözden geçirilmiştir. Güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını Tufan, Mart 1987'de H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu 2. Sınıf öğrencileri ile yapmıştır. 56 kişiye 15 gün arayla uygulanan envanterin test-tekrar-test sonucu $r=0,65$, geçerlilik $.76$ bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarıyla iki ayrı çalışmada $.59$ ve $.60$ korelasyon gösterdiği görülmüştür (80).

25 cümleden oluşan envanterin her cümlesi "Bana Uygun" ve "Bana Uygun Değil" şeklinde cevaplanmaktadır. Cümleler kişinin aile ilişkileri, hayata bakış açısı, ailenin ve sosyal çevrenin kendini değerlendirme algısı ile ilgisini ifade etmektedir. Puanlamada yüksek benlik saygısı doğrultusunda yanıtlanan maddelere 1 puan verilir. Toplam envanter puanı 25'tir. Alınan puan yükseldikçe benlik saygısı da yükselmektedir.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, araştırmacının kendisi tarafından gözlem altında yanıtlanma yolu ile toplanmıştır. Ön uygulama için, Sağlık Davranışları Anketi araştırmanın örnekleminde bulunmayan 20 üniversite öğrencisine uygulanmıştır. Anket, öğrenciler tarafından anlaşılır bulunmuştur. Anketlerin toplam doldurulma süresi 15-25 dakikadır.

Eylül- Kasım 2001 tarihlerinde kampus içindeki her fakülte ve yüksekokulun birinci sınıf programları incelenerek uygulama tarihleri belirlenmiştir. Uygulama yapılacak zaman, öğrencilerin en çok katılım sağladıkları ders ve laboratuvar saatleri göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Seçilen ders saatleri için ilgili ders sorumlusu öğretim üyelerinden gerekli izin alınmıştır. Uygulamalardan bir hafta önce uygulama için seçilen ders saati ve uygulama hakkında öğrencilere haber verilmiştir.

Belirlenen günlerde ve saatlerde derslikte ya da laboratuvarda bulunan ve uygulamayı kabul eden öğrencilere, araştırmacının gözetiminde 25'er dakikalık zaman verilerek Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'teki formlar birer kez uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

Yaş, cinsiyet ve okudukları bölüm ile sağlık davranışları arasındaki ilişki varyans analizi ile benlik saygısı ve sosyal destek puanları ile sağlık davranış puanları arasındaki ilişki korelasyon ve doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.7. Araştırmanın Zamanlanması

Araştırmaya, Eylöl 2001 tarihinde Sağlık Bilimlerinden alınan izinden ve tez önerisinin kabulünden sonra, Mersin Üniversitesi Rektörlüğü'nden gerekli izin alınarak başlanmıştır. Eylöl-Kasım 2001 aylarında veriler toplanmış, Aralık 2001 ayında değerlendirilmiştir.



BÖLÜM IV BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur.

4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Öğrencilerin sosyal destek ve benlik saygısı durumlarına ilişkin bulgular

4.3. Öğrencilerin sağlık davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesine ilişkin bulgular

4.1. ÖĞRENCİLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular şunlardır;

Tablo 2. Öğrencilerin Okudukları Bölüm ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

BÖLÜM	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tıp Fakültesi	11	4,6	22	9,1	33	13,7
Su Ürünleri Fakültesi	4	1,6	22	9,1	26	10,7
Eczacılık Fakültesi	10	4,2	12	5	22	9,2
Sağlık Yüksekokulu	67	27,6	1	0,4	68	28
Eğitim Fakültesi	64	26,4	29	12	93	38,4
TOPLAM	156	64,4	86	35,6	242	100,0

Öğrencilerin %50,9'u sağlıkla ilgili bir bölümde, %49,1'i ise sağlıkla ilgili olmayan bölümlerde okumaktadır.

Öğrencilerin yaş dağılımları incelendiğinde %43,8'inin 18 yaşında, %23,6'sının 19 yaşında, %16,9'unun 20 yaşındadır. Öğrenciler için yaş ortalamasının 18,7 olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin Sigara, Alkol, Kahve ve Emniyet Kemerini Kullanma, Egzersiz Yapma, Diş Fırçalama, Diş İpi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

SİGARA KULLANMA DURUMU	Sayı	%
Hiç Denememiş	131	54,1
Denemiş/ İçmiyor	63	26,0
Haftada birkaç tane içiyor	20	8,3
İçiyor	28	11,6
TOPLAM	242	100
ALKOL KULLANMA DURUMU		
Hiç Denememiş	164	67,8
Denemiş/ İçmiyor	37	15,2
Ayda 1 içiyor	27	11,2
Haftada 1 İçiyor	14	5,8
TOPLAM	242	100
KAHVE KULLANMA DURUMU		
Günde 1 Kezden Fazla	28	11,6
Günde 1 Kez	44	18,2
Haftada 1 Kez	29	12,0
Nadiren	141	58,2
TOPLAM	242	100
EMNİYET KEMERİ KULLANMA DURUMLARI		
Hiç Yada Nadiren	35	14,5
Bazen	93	38,4
Sık Sık	35	14,5
Her Zaman	79	32,6
TOPLAM	242	100,0
HAFTADA YAPTIKLARI EGZERSİZ MİKTARI		
1 Saat ve Daha Az	152	63,1
2 Saat ve Daha Fazla	89	36,9
TOPLAM	241	100
DİŞ FIRÇALAMA DURUMLARI		
Günde 1 Defadan Az	12	5,0
Günde 1 Defa	83	34,3
Günde En Az 2 Defa	147	60,7
TOPLAM	242	100,0
DİŞ İPİ KULLANMA DURUMLARI		
Günde 1 Defa	8	3,3
Haftada 1 Defa	31	12,8
Hiç	203	83,9
TOPLAM	242	100,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanma durumları incelendiğinde (Tablo 3), %54,1'inin sigara içmeyi hiç denemediği, %26'sının sigarayı denediği fakat şuanda içmediği, %8,3'ünün haftada birkaç tane içtiği, %11,6'sının ise hergün sigara kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin alkol kullanma durumları incelendiğinde (Tablo 3), %67,8'inin alkolü hiç denemediği, %5,8'inin ise haftada 1 alkol kullandıkları, %11,6'sının günde bir defadan daha fazla kahve içtikleri kahve içtikleri saptanmıştır. Öğrencilerin %32,6'sı aracın ön koltuğuna oturduklarında her zaman emniyet kemeri kullandıklarını, %14,5'i ise hiç kullanmadıklarını ya da nadiren kullandıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin %63,1'i haftada toplam 1 saat ve daha az egzersiz yaptıklarını %60,7'si günde en az 2 defa diş fırçaladıklarını %83,9'u ise hiç diş ipi kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.



Tablo 4. Öğrencilerin Risk ve Koruyucu Davranışları Gösterme Durumlarına Göre Dağılımları

RİSK DAVRANIŞLARI GÖSTERME DURUMLARI	Sayı	%
Sık sık kaykay kullanırım		
Evet	0	0,00
Hayır	242	100,0
Motorsiklete binmeyi denedim		
Evet	97	40,1
Hayır	145	59,9
Sadece denemek için tehlikeli birşeyler yaptım		
Evet	48	19,8
Hayır	194	80,2
Sıksık trafik kurallarına uymam		
Evet	16	6,6
Hayır	226	93,4
KORUYUCU DAVRANIŞLAR GÖSTERME DURUMLARI		
Bisiklet Kullanırken Kask Takma		
Hiç	154	98,1
Nadiren	2	1,3
Sık sık	1	0,6
TOPLAM*	157	100
Motorsiklet Kullanırken Kask Takma		
Hiç	72	80,9
Nadiren	15	16,9
Sık sık	2	2,2
TOPLAM*	89	100
Can Yeleği Kullanma		
Hiç	45	67,2
Nadiren	15	22,4
Sık sık	7	10,4
TOPLAM*	67	100

*Toplamlar bu soruyu yanıtlayanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Bisiklet kullanan 157 öğrencinin %98,1'i hiç kask kullanmadıklarını, %1,3'ü nadiren kask kullandıklarını belirtmişlerdir. Sık sık kask taktığını ifade eden öğrenci sayısı 1'dir (%0,6). Motorsiklete binen 89 öğrencinin %80,9'u hiçbir zaman kask takmadıklarını, %16,9'u nadiren kask taktıklarını, %2,2'si ise sık sık kask kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yüzme bilmeyen 67 öğrencinin %67,2'si bot/kayağa bindiklerinde hiç can yeleği kullanmadıklarını, %22,4'ü nadiren kullandıklarını, %10,4' ise sık sık kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin %19,8'i sadece denemek için tehlikeli bir şeyler yaptıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %59,9'u motorsiklete binmeyi denemediklerini, %40,1'i

motorsiklete binmeyi denediklerini; % 93,4'ü trafik kurallarına uyduklarını, %6,6'sı trafik kurallarına sık sık uymadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin tümü kaykay kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Öğrencilerin Öğünleri Düzenli Yeme Durumları

ÖĞÜN	Düzenli		Düzensiz		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kahvaltı	159	65,7	83	34,3	242	100
Öğle Yemeği	165	68,2	77	31,8	242	100
Akşam Yemeği	222	91,7	20	8,3	242	100

Öğrencilerin öğün düzenleri incelendiğinde en düzensiz yenen öğünün kahvaltı olduğu (%34,3) görülmektedir. Öğle yemeğini düzensiz yiyenler %31,8, akşam yemeğini düzensiz yiyenler %8,3 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Öğrencilerin Beslenme Durumlarının Besin Ögelerine Göre Dağılımı

Besin	Günde 1 Kez		Haftada 1 Kez		Hiç/ Nadiren		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tatlı	36	14,6	137	56,6	69	28,8	242	100
Çerez	36	14,9	119	49,1	87	36,0	242	100
Cips	15	6,2	101	41,7	126	52,1	242	100
Patates Kızartması	26	10,7	166	68,6	50	20,7	242	100
Hamburger	38	15,7	97	40,1	107	44,2	242	100
Tam Yağlı Süt	28	11,6	69	28,5	145	59,9	242	100
Meyve	168	69,4	52	21,5	22	9,1	242	100
Sebze	149	61,6	65	26,8	28	11,6	242	100
Ekmek	203	83,9	15	6,2	24	9,9	242	100
Yağsız Süt	9	3,7	27	11,2	206	85,1	242	100

Öğrencilerin besin seçimleri incelendiğinde %56,6'sının tatlıyı, %49,1'inin çerezi, %68,6'sının patates kızartmasını haftada 1 kez yedikleri saptanmıştır. Meyve, sebze ve ekmek yeme sıklıklarını sırayla %69,4; %61,6; %83,9 ile her gün olarak ifade etmişlerdir. Tam yağlı sütü hergün içenlerin %11,6; yağsız sütü hergün içenlerin %3,7 olduğu bulunmuştur.

Tablo 7. Öğrencilerin Sağlık Davranışları Anketine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı

Anketin Alt ve Üst Puanı	Öğrencilerin Aldıkları Alt ve Üst Puan	X	SD
0-82	22-74	45,88	7,50

Araştırmaya katılan öğrencilerin Sağlık Davranışları Anketinden aldıkları puan ortalamaları $45,88 \pm 7,50$ olarak saptanmıştır.

4.2. ÖĞRENCİLERİN SOSYAL DESTEK VE BENLİK SAYGISI DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8. Öğrencilerin Sosyal Destek Ölçek ve Alt Ölçeklerine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Destek Alt Ölçekleri	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	Öğrencilerin Aldıkları Alt ve Üst Değer	X	SD
Aile alt ölçek puanı	4-28	5-28	23,21	5,13
Arkadaş alt ölçek puanı	4-28	4-28	21,37	5,76
Özel bir kişi alt ölçek puanı	4-28	4-28	19,11	7,20
Sosyal destek toplam puanı	12-84	13-84	63,69	13,67

Öğrencilerin Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasından en düşük puan ortalamasına göre sıralama şöyledir: Sosyal destek aile alt ölçeği puan ortalaması 23,21±5,13, sosyal destek arkadaş alt ölçek puan ortalaması 21,37±5,76, Sosyal destek özel bir kişi alt ölçeği puan ortalaması 19,11±7,20, olarak saptanmıştır. Toplam sosyal destek ölçek puan ortalaması ise 63,52±13,67 olarak belirlenmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeğine Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	Öğrencilerin Aldıkları Alt ve Üst Değer	X	SD
0-25	6-25	16,80	4,09

Araştırmaya katılan öğrencilerin Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 16,80±4,09 olarak saptanmıştır.

4.3. ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DAVRANIŞLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Ve Okudukları Bölümlere Göre Sağlık Davranışları Puan Ortalamaları

	N	X±SD	F	P
CİNSİYET			1,121	0,30
Kız	156	46,81±7,25		
Erkek	86	44,20±7,69		
BÖLÜM			0,863	0,70
Sağlıkla İlgili	123	45,45±7,26		
Sağlıkla İlgili Olmayan	119	46,33±7,75		

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre sağlık davranışları puan ortalamaları ve bunlar arasındaki farkı belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir. Öğrencilerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre sağlık davranışları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 11. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Yaş	Sosyal destek	Benlik saygısı	Sağlık davranışları
Yaş	1,00			
Sosyal destek	-0,08	1,00		
Benlik saygısı	-0,02	0,39*	1,00	
Sağlık davranışları	-0,04	0,33*	0,41*	1,00

*Korelasyon $p=0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Değişkenlerin Pearson korelasyonları incelendiğinde, sosyal destek ile sağlık davranışları arasında $r=0,33$; benlik saygısı ve sağlık davranışları arasında $r=0,41$; sosyal destek ve benlik saygısı arasında $r=0,39$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 12. Değişkenlerin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler									R2
	Yaş			Sosyal destek			Benlik saygısı			
	R2	Beta	T	R2	Beta	T	R2	Beta	T	
Sağlık Davranışları		-,001	-,286	,113	,202	3,214	,174	,337	5,369	,209

Regresyon analizi sonuçlarına göre sağlık davranışları üzerine benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerinin etkili olduğu saptanmıştır. Sağlık davranışı puanlarındaki değişmelerin yaklaşık %11'ini sosyal destek değişkeni, %17'sini benlik saygısı değişkeni açıklamaktadır. Yaş değişkeninin sağlık davranışları üzerine etkili olmadığı görülmüştür.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. ÖĞRENCİLERİN BAZI SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırma 2000-2001 eğitim öğretim yılında Mersin Üniversitesi Yenişehir Kampüsünde bulunan fakülte ve yüksekokulların birinci sınıflarında okuyan toplam 242 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Öğrencilerin %38,4'ü Eğitim Fakültesinde, %28'i Sağlık Yüksekokulunda, %13,7'si Tıp Fakültesinde, %10,7'si Su Ürünleri Fakültesinde, %9,2'si Eczacılık Fakültesinde okumaktadır. Öğrencilerin %50,8'i sağlıkla ilgili bir bölümde, %49,2'si ise sağlıkla ilgili olmayan bölümlerde okumaktadır (Tablo 2).

Öğrencilerin %64,4'ü kız, %35,6'sı erkek öğrencidir. Kız öğrencilerin oranının yüksek olması Sağlık Yüksekokulunda okuyan öğrencilerin çoğunluğunun (%98.6) kız olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 2).

Öğrencilerin yaş ortalaması $18,76 \pm 1,23$ olarak tespit edilmiştir.

5.2. ÖĞRENCİLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin sağlık davranışları puan ortalamaları ile ilişkileri incelendiğinde (Tablo 10), cinsiyet ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Aynı zamanda literatürde de adolesan grupta cinsiyet ile sağlık davranışları arasında ilişki olmadığı vurgulanmaktadır (9,34). Bulguların bu verilerle uyumlu olduğu görülmektedir. Farrand ve Cox (1993) 9-10 yaş grubunda, Muhlenkamp ve Sayles (1986) 18-67 yaş grubunda, Hubbard, Muhlenkamp ve Brown (1984) 55-90 yaş gruplarında cinsiyet ile sağlık davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bildirmiştir (21,24,81). Adolesan dönemde sağlık davranışlarının, çocukluk ve ileri yaş gruplarından farklı olarak cinsiyet farkı gözetmediği görülmektedir.

Öğrencilerin sağlıkla ilgili bir bölümde okuyup okumamalarının sağlık davranışları puan ortalamalarıyla arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 10). Bu durum öğrencilerin henüz üniversitedeki ilk dönemleri olması, sağlıkla ilgili bölümlerde okuyanların henüz sağlıkla ilgili dersleri almamaları ya da sağlıkla ilgili ders almaya başlayanların edindikleri bilgilerin henüz davranışa dönüşmemesi ile açıklanabilir. Ayrıca iki grup arasında farkın olmaması grubun homojenliğini göstermektedir.

Öğrencilerin yaşlarıyla sağlık davranışları arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 11). Bulgular, uygulandıkları popülasyonlara göre bir diğerine uymayabilmektedir. Yarcheski ve Mahon 15-21 yaş grubunda uyguladıkları (1989) çalışmalarında yaş ile sağlık davranışları arasında $r=.16$ ($p<0,05$) düzeyinde ilişki saptamalarına rağmen, Yarcheski ve arkadaşları (1997) aynı yaş grubunda uyguladıkları çalışmalarında yaş ile sağlık davranışları arasında korelasyon olmadığını bildirmişlerdir (9,34). Bulgumuz Yarcheski, Mahon ve Yarcheski'nin (1997) çalışmalarıyla uyumlu görülmektedir. Hubbard ve arkadaşları (1984) 15-77 yaş grubu gibi oldukça geniş bir yaş dağılımında yaptıkları çalışmalarında yaş arttıkça sağlık davranışlarında da artma bildirmişlerdir (81). Yaş ile sağlık davranışı arasında ilişkinin bulunmaması, çalışmamızda yaş dağılımının 17-19 yaş gruplarında yoğunlaşması (%84,2) ve yaşlar arasında dağılımın yeterli olmaması nedeniyle olduğu düşünülebilir.

5.3. ÖĞRENCİLERİN SOSYAL DESTEK PUANLARI İLE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Öğrencilerin sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $63,52\pm 13,67$ olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Sosyal destek ölçeğinden alınan toplam puanın sağlık davranışları ile korelasyonuna bakıldığında (Tablo 11), $r=.33$ düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu değer, sosyal çevrenin kişiye sağladığı destek arttıkça sağlık davranışlarında da artma olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, adolesanlarda sağlık davranışları ve sosyal destek arasında korelasyonu bildiren literatür tarafından desteklenmektedir. (86,87).

Hubbard ve arkadaşları (1984) da sosyal desteği yüksek olan kişinin daha sağlıklı yaşam şekline sahip olacağını belirtmişlerdir. Yarcheski ve Mahon (1989) Sosyal destek ile sağlık davranışları arasında $r=.34$, Yarcheski, Mahon ve Yarcheski (1992) geç adolesanlarda $r=.21$, Yarcheski, Scoloveno ve Mahon (1994) algılanan sosyal destekle sağlık davranışları arasında $r=.55$; Yarcheski, Mahon ve Yarcheski (1997) $r=.51$ korelasyon olduğunu belirlemiştir. Çalışmalar sosyal çevrenin etkisiyle kişinin sağlığına dikkat ettiğini göstermektedir (9,34,81,82,83).

Sosyal destek ve sağlık davranışları arasında saptanan ilişkinin regresyon analizi (Tablo 12) sonucunda, sosyal desteğin sağlık davranışlarının %11,3'ünü açıkladığı görülmüştür. Çünkü adolesanlar hala bir ölçüde yetişkinlerin davranışlarına rehberlik etmelerine ihtiyaç duyarlar. Yarcheski ve Mahon (1989) sosyal desteğin sağlık davranışlarının

%6'sını, Yarcheski Mahon ve Yarcheski (1997) %8'ini açıkladığını bildirmişlerdir (9,34). Bulgularımız literatürden daha yüksektir. Bu sonucun kültürel farklardan meydana geldiği düşünülebilir. Türk toplumunda aile, akran ve arkadaş ilişkilerinin diğer bazı toplumlara göre daha yoğun olduğu bilinmektedir (84).

5.4. ÖĞRENCİLERİN BENLİK SAYGISI PUANLARI İLE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Öğrencilerin benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $16,80 \pm 4,09$ bulunmuştur (Tablo 9). Benlik saygısı düzeyleri ile sağlık davranışları puanları korelasyon analizi ile incelendiğinde (Tablo 11), $r=.41$ düzeyinde ilişki saptanmış ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Adolesanlarla yapılan çalışmalar, benlik saygısı ile sağlık davranışları arasında $r=.30$ ve $r=.42$ korelasyon bildirmişlerdir (9,34). Bu araştırma sonuçları çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Yetişkin örnekleme Muhlenkamp ve Sayles, yüksek benlik saygısı olanların daha çok pozitif yönde kendilerine yönelik sağlıklı davranışlara sahip olduklarını bildirmişlerdir ($r=.25$ $p<0,01$). Çocuklarla yapılan bir çalışmada da, çocukların benlik saygısının sağlık davranışlarını etkilediği bildirilmiştir (21,24).

Öğrencilerin benlik saygı puanları ile sağlık davranış puanları arasındaki regresyon analizi sonucuna göre (Tablo 12) benlik saygı puanlarının sağlık davranış puanlarının %17,4'ünü açıkladığı saptanmıştır. Yarcheski, Mahon ve Yarcheski (1997) benlik saygısının sağlık davranışlarının %21'ini, Yarcheski ve Mahon (1989) ise %30'unu açıkladığını bildirmişlerdir. Bu bulgu literatürden daha düşük bulunmuştur (9,34).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde sağlık davranışları ile sosyal destek ve benlik saygısı düzeylerinin arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, bulguların incelenmesi sonucunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

Öğrencilerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre sağlık davranışları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 10).

Sosyal destek ile sağlık davranışları arasında $r=0,33$, benlik saygısı ve sağlık davranışları arasında $r=0,4$, sosyal destek ve benlik saygısı arasında $r=0,39$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 11).

Regresyon analizi sonuçlarında yaş değişkeninin sağlık davranışları üzerine etkili olmadığı görülmüştür. Sağlık davranışları üzerine benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerinin etkili olduğu saptanmıştır. Sağlık davranışları puanlarındaki değişmelerin yaklaşık %11'ini sosyal destek değişkeni, %17'sini benlik saygısı değişkeni açıklamaktadır (Tablo 12).

ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre öneriler şunlardır;

- Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş dağılımı geniş değildi. Çalışmanın, tüm adolesan dönemi temsil etmesi açısından daha geniş yaş gruplarıyla çalışma yapılması,
- Sağlık davranışları üzerine sosyal desteğin etkisi göz önüne alınarak, adolesanlarla çalışan hemşireler (okullarda, üniversitelerin medikososyal hizmetlerinde, sağlık ocaklarında) verdikleri bakım ve hizmetlerde, bireye gereken desteğin tipinin ve miktarını değerlendirilmesi, bireyi ulaşılabilir desteklerinin kullanımı için cesaretlendirilmesi ile sağlık davranışlarının geliştirilmesi,
- Benlik saygısının sağlık davranışlarına etkisi göz önüne alınarak, adolesanlarla çalışan hemşireler tarafından, gençlerin benlik saygılarını etkileyen ve geliştiren etmenlerin araştırılması, bulguların hemşirelik hizmeti verilen adolesanlarda kullanılarak sağlık davranışlarının geliştirilmesi,
- Sağlık davranışlarını etkileyen birçok değişken vardır. Bu çalışmada tüm değişkenler incelenememiştir. Farklı örneklem gruplarında sağlık davranışlarını etkileyen tüm faktörlerin içine alındığı çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bolat Ç.A. "Toplum Sağlığı İçin İşbirliğinde Bütüncül Yaklaşım: Bir Kuram Sunumu" VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Ankara,1998.
2. Hayran O., Sur, H. "Sağlık ve Hastalık Kavramları". Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayın. İstanbul,1998: 1-32.
3. Birol L. Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Planlı Bir Yaklaşım. Şafak Yayınevi. Ankara, 1997.
4.T.C. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. "Sağlık 21: 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" BMS Matbaacılık. Ankara, 2000.
5. Endelman C., Mandle C.L. Health Promotion Throughout The Lifespan. The Mosby Company. 1986 : 185-187.
6. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2000.
7.World Health Organization., "Promoting Healty Behavior: Targets For Health For All" Geneva, 1985.
8. Beckman M., "Nursing Assesment Health Promotion Strategies Through The Life Span" 4. Edition, JPZA Lange. 1989:3-18.
9. Yarcheski A., Mahon N.E. "A Casual Model of Positive Health Practices: The Relationship Between Approach and Replication" Nursing Research, 1989;32(2):88-93.
10. Pamela J.S. "Assuming Responsibility For Ones Health On Analysis Of Key Assumption İn Nursing Agenda For Care Reform" Nurs. Outlook,1983; 41(5):212.
11. Spellbring M. "Nursing Role İn Health Promotion". Nursing Clin. Of North Am. 1991; 26(4): 805-813.
12. Savaşer S. "Çocuğun Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü" 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, İstanbul, 2000; 18-21 Nisan 2000.
13. Yavuzer, H. Çocuk Psikolojisi. İstanbul. Remzi Kitabevi, 16. Basım,1998.
14. Lau R.R. "Development and Change of Young Adults Preventive Health Beliefs and Behavior: İnfluence From Parents and Peers", Jour. Of Health and Social Behaviour, 1990; 31:240-59.
15. Spear H., Kulbok P. "Adolescent Health Behaviours and Related Factors:A Review" Public Health Nursing; 2001;18(2):82-93.
16. Kaplan M.R., Sallis J.F., Patterson T.L. Health and Human Behavior. McGraw-Hill Book Co., 1993.

17. Andrews G., Tennant C., Hewson D., Schonell M. "The Relation Of Social Factors To Physical And Pyschiatric İllness" American Journal Of Epidemiology, 1978; 108(1):23-35.
18. Cohen S., Will T.A. "Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis" Psychological Bulltein, 98(2):310-57.
19. Cobb S. (1976) "Social Support As A Moderatör Of Life Stress" Psychosomatic Medicine, 1985;38:300-14.
20. Berkman L., Syme S.L. "Social Networks Host Resistence And Mortality A Nine Year Follow-Up Study Of Almeda Caunty Residents" American Journal of Epidemiology, 1979;109:186-203.
21. Muhlenkamp A.F., Sayles J.A. "Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practices", Nurs.Res., 1986; 35(6):334-38.
22. Tildem V.P. "New Perspectives On Social Support" Nurse Practitioner, 1986; 11(8): 60-2.
23. Çuhadaroğlu F. "Adolesanlarda Benlik Saygısı" Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, H.Ü.Tıp Fak. Ankara, 1986.
24. Farrand L., Cox C.L. "Determinants of Positive Health Behavior in Middle Childhood", Nurs. Research, 1993; 42(4):208-13.
25.Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 1999.
26. Parman T. "Ergenlik: Bir Giriş Yazısı". 3P Dergisi. 1997; 5(Ek 4):7-8
27. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. Özgür Yayınları. 20.Basım, İstanbul, 1996.
28. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları Sosyal Ve Felsefi Eserler Dizisi:26, Ankara, 1986.
29. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1992.
30. Muss R.E. Adolescent Behavior and Society, McGraw-Hill Pub. Comp., USA, 1990.
31. Dönmez A., "Adolesan Dönemi ve Özellikleri" Sağlıklı Gençlik ve Hemşirelik, İzmir, 1997: 43-47.
32. Darendeliler F. "Adolesanın Fiziksel Özellikleri". 22.Pediatri Günleri 2000'li Yıllarda Çocuk Sağlığı Özet Kitabı, İstanbul, 2000: 94-96.
33. Haznedaroğlu D. "Adolesanla İlgili Çalışmalar" 22. Pediatri Günleri: 2000'li Yıllarda Çocuk Sağlığı Özet Kitabı, İstanbul, 2000: 97-100.

34. Yarcheski A., Mahon N.E., Yarcheski T.J. "Alternate Models of Positive Health Practices in Adolescents" Nurs. Res., 1997; 42(2): 85-92.
35. Fadiloğlu Ç. "Sağlıklı Gençlik" Ege Ü. H.Y.O.Dergisi, İzmir, 1993; 9(2).
36. Servonsky J., Opes S.R. "Nursing Management of Children" Jones and Bartlett Publishers Inc. California, 1987.
37. Emiroğlu O.N. "Sağlıklı Yaşam". Halk Sağlığı El Kitabı.Vehbi Koç Yayınları, Birlik Ofset. İstanbul,1998.
38. Baysal, A. Genel Beslenme Bilgisi . Hatipoğlu Yayınevi. Ankara, 1989.
39. Pekcan G. "Development of Nutrition Policies: How Dietitians Are Involved In Nutrition Policies". J Nutr and Diet. 2000; 29(1): 24-30.
40. James K.S. "Family Nutrition and Weight Control" Family Health Nursing Process. 203-226.
41. Demirkol M. "Adolesan ve Beslenme" 22.Pediatric Günleri 2000'li Yıllarda Çocuk Sağlığı Özet Kitabı, İstanbul, 2000; 101-5.
42. Pekcan G. Türkiye'de Beslenme Durumu. 5. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Özetleri. Ankara, 1998: 51-53
43. Çetin E, Aydın A. "İstanbul'da Yaşayan Çocuk Ve Adölesanlarda Anemi Prevalansı Ve Anemilerin Morfolojik Dağılımı: Çocukların Yaş, Cinsiyet Ve Beslenme Durumu İle Anne-Babaların Ekonomik Ve Öğrenim Durumunun Anemi Prevalansı Üzerine Etkileri". 1999; Türk Pediatric Arşivi;34: 29-38.
44. Hickman M., Roberts C., Matos M.G. "Exercise and Lesure Time Activities "Health And Human Behaviour Among Young People WHO Policy Series: Health Policy For Children And Adolescents Issue:1 International Report. Denmark, 2000.
45. Tabak R.S. "Lise Öğrencilerinin Spor ve Sağlık Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması ve Bilgi Kaynaklarının Belirlenmesi" Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1984.
46. Sayan A., Tan M., Uğurlu N., Çevirme H. "Üç Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Olumlu Sağlık Davranışları, Benlik Şeması ve Aralarındaki İlişki" VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, Erzurum,1999: 156-64.
47. Arslan P. Türk Toplumunun Sağlık Durumu, Diyet ve Fiziksel Aktivite Örtüntüsü. Seminar on Food Safety and Nutrition Policy: Developments in Safety Assessment and Nutrition Science. Working Document. 1999. Ankara
48. Ertat A. "Çocuk ve Spor" Sosyal Pediatric Ed: S. Özgür, T. Özgür. E.Ü.T.F. Yayınları No:102 E.Ü. Basımevi, 2. Baskı İzmir, 1994.

49. Özsoy S.A. Sağlıklı Yaşam Rehberiniz. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir, 1993.
50. Karaduman A "Sağlığımız İçin Egzersiz" Actual Medicine, 1995; 3(7):7-16.
51. Hatun Ş. Çocuklarda Kemik Sağlığı <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0500/05001.htm>
52. Yüksel N., Dereboy Ç., Çifter İ. "Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı" Türk Psikiyatri Dergisi, 1994; 5: 283-286.
53. Busen N.H., Modeland V., Kouzekanani K. "Adolescent Cigarette Smoking And Health Risk Behaviour" Pediatric Nursing 2001; Jun;16(3):187-193.
54. Barış Y. İ. "Sigara ve Gençlik", T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları; Ankara: 1997.
55. Bilir Ş., Mağden D. "Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol, İlaç Alma ve Uyuşturucu Madde Kullanma Alışkanlığının Araştırılması" Sağlık Dergisi, 1984; 58(4-6): 391-5.
56. Barut Y. "Üniversite Öğrencilerinin Sigara, Alkol, İlaç Alma ve Uyuşturucu Madde Kullanma Alışkanlığının Araştırılması" Sağlık Dergisi, 1992; 64(1):11-16.
57. Aykut M., Öztürk Y. "Erciyes Üniversitesi'nin Çeşitli Fakültelerinde Okuyan Öğrencilerin Sigara İçme Durumu ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler" Sağlık Dergisi, 1989; 61(1):60-72.
58. Buzlu S. "Hemşirelik Öğrencilerinde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Nedenlerinin Eşdeğer Eğitim Gören Diğer Öğrencilerle Kıyaslamalı Olarak Araştırılması" İstanbul Üniversitesi SBE. Hemşirelik A.B.D. Doktora Tezi, İstanbul, 1995.
59. Kasatura, İ. Gençlik ve Bağımlılık. Evrim Yayınevi, İstanbul, 1998.
60. Köknel Ö. Alkolden Eroine Kişilikten Kaçış. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1983.
61.<http://www.byegm.gov.tr/yayinlarimiz/haberanadolu/haber-ana/2000/03/ha00x03x02.htm>
62. Ölmez S. "Türkiye'de Koruyucu Diş Hekimliği".
<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4dis.htm>
63.<http://www.onlinedishekimi.com/dissagligi>
64.Türkiye Ağız ve Diş Sağlığı Durum Raporu, Türk Diş Hekimliği Birliği, 1997.
65. Erisev F. "Toplum Sağlığı ve Ağız-Diş Sağlığında Korunma" Diş Hekimleri Odası Dergisi, 1987; 2(4-5): 9-15.
66. Sağlık Bakanlığı. Türkiye 1.Sağlık Taraması Ara Değerlendirme Toplantısı, Ankara, 1990.
67. Ekin İ. Dengeli Beslenme. Okan Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 1988.
68. Aaro L.E., Laberg J.C., Wold B. "Health Behaviours Among Adolescents: Towards A Hypothesis of Two Dimensions". Health Education Research, 1995; 10(1): 83-93.

69.<http://www.egm.gov.tr>
70. İkizoğlu M. "Demokratik Ve Otoriter Ana-Baba Tutumlarının, Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Benlik Saygısı Üzerine Etkisi" H.Ü. Sosyal Bilimler Ens. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1993.
71. Hupcey J.E. "Clarifying The Social Support Theory-Research Linkage" Jour. Of Advanced Nurs., 1998; 27: 1231-41.
72. Renker P.R. "Physical Abuse, Social Support, Self-Care And Pregnancy Outcomes of Older Adolescents" JOGNN, 1999; 28(4).
73. Seigley, L.A. "Self Esteem and Health Behavior: Teoretic and Empirical Links", Nurs. Outlook, 1999; 47(2): 74-7.
74. Norris J, Cannel M.K. "Self Esteem Disturbance" Nus. Clinics Of North America, 1985; 20(4): 745-61.
75. Robson P.J. "Self Esteem- A Psychiatric View" British Journal Of Psychiatry, 1988; 153: 6-15.
76. Chizonowski G. "The Genesis And Nature Of Self Esteem" American Jour. Of Psychotherapy, 1981; 35(1): 38-46.
77. Herold E., Goodwin M., Lero D. "Self Esteem, Locus of Control And Adolescent Contraception". Journal Of Psychology. 1979; 101: 83-8.
78. Eker, D. ve Arkar, H. "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirligi". Türk Psikoloji Dergisi, 1995; 10(34):45-55.
79. Çakır H.Y. "12-22 Yaş Grubu Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirlilik Araştırması" A.Ü. Sosyal B.E. Psikoloji ABD. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1993.
80. Turan N., Tufan B. "Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması". XIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Video-Poster Özetleri Kitabı, İstanbul, 1987.
81. Hubbard P., Muhlenkamp A.F., Brown N. "The Relationship Between Social Support and Self Care Practices", Nurs. Res., 1984; 33(5):266-70.
82. Yarcheski A., Scolveno M.A., Mahon N.E. "Social Support and Well Being in Adolescents: The Mediating Role of Hopefulness" Nurs. Res., 1994; 43(5): 288-92.
83. Yarcheski A., Mahon N.E., Yarcheski T.J., "Validation of The PRQ85 Social Support Measure For Adolescents" Nurs. Res., 1992; 41(6): 332-7.
84. Karataş K. "Değişen Toplum ve Aile" Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 12(2):2001.

EK 1.

YAŞ:.....

CİNSİYET:.....

BÖLÜM:.....

1. Sigara kullanma durumunuz nedir?

- Hiç denemedim
 Denedim fakat şuan içmiyorum
 Haftada 1 taneden daha az içiyorum
 Haftada 1 tane içiyorum
 Günde 1 ya da birkaç tane içiyorum
 Günde 10 tane yada daha fazla içiyorum

2. Alkol kullanma durumunuz nedir?

- Hiç denemedim
 Denedim fakat haftada 1 defadan daha az sıklıkta içiyorum
 Ayda 1 bira, şarap yada likör içiyorum
 Haftada 1 bira, şarap yada likör içiyorum

3. Kahve içme durumunuz nedir?

- Hiç içmem
 Nadiren içerim
 Haftada 1 defa içerim
 Günde 1 defa içerim
 Günde 1 defadan fazla içerim

4. Aşağıdaki yiyecekleri hangi sıklıkta tüketirsiniz?

	Hiç Yemem Ya da Nadiren Yerim	Haftada 1 yerim	Günde 1 yerim
Kola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tatlı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çerez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patates Kızartması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamburger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tam yağlı süt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meyve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sebze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yağsız süt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Aşağıdakileri yapma durumunuzu tanımlayınız

	Evet	Hayır
Sık sık kaykay kullanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorsiklete binmeyi denedim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sadece denemek için tehlikeli birşeyler yaptım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıksık trafik kurallarına uymam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Aşağıdaki davranışları gösterme durumunuzu tanımlayınız (Bu araçları kullanmadıysanız geçiniz)

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Bisiklet kullanırken kask takma	()	()	()	()	()
Motorsiklet kullanırken kask kullanma	()	()	()	()	()
Bot/ kayıkta can yeleği kullanmam	()	()	()	()	()

7. Emniyet kemeri kullanma durumunuz nedir?

- () Hiç ya da nadiren kullanırım
() Bazen kullanırım
() Sık sık kullanırım
() Her zaman kullanırım

8. Haftada kaç saat solunumunuzu hızlandıracak ve sizi terletecek egzersiz yaparsınız?

- () Hiç
() Yaklaşık yarım saat
() Yaklaşık 1 saat
() Yaklaşık 2-3 saat
() Yaklaşık 4-6 saat
() 7 saat yada daha fazla

9. Ne sıklıkta dişlerinizi fırçalarsınız?

- () Günde 1 defadan az
() Günde 1 defa
() Günde 2 defa

10. Diş ipi kullanma durumunuz nedir?

- () Hiç kullanmam
() Haftada 1 kullanırım
() Günde 1 kullanırım

11. Aşağıdaki öğünleri haftada kaç gün düzenli olarak yersiniz?

Kahvaltı

Haftada 1Gün 2Gün 3Gün 4Gün 5Gün 6Gün 7Gün

Öğle yemeği

Haftada 1Gün 2Gün 3Gün 4Gün 5Gün 6Gün 7Gün

Akşam yemeği

Haftada 1Gün 2Gün 3Gün 4Gün 5Gün 6Gün 7Gün

EK 2.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK.3

	BANA UYGUN	BANA UYGUN DEĞİL
1. Sık sık “keşke başka birisi olsam” diye düşünürüm.	()	()
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor geliyor.	()	()
3. Elimde olsaydı kendimdeki bir çok şeyi değiştirmek isterdim.	()	()
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.	()	()
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	()	()
6. Evde kolayca moralim bozulur.	()	()
7. Yeni şeylere kolay alışmam.	()	()
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.	()	()
9. Genellikle ailem benden birçok şey bekler.	()	()
10. Ailem genellikle duygularıma önem verir.	()	()
11. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.	()	()
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.	()	()
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.	()	()
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul ederler.	()	()
15. Kendimi yetersiz buluyorum.	()	()
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.	()	()
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.	()	()
18. Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.	()	()
19. Söylenecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.	()	()
20. Ailem benim duygularımı anlar.	()	()
21. Çok sevilen bir kimse değilim.	()	()
22. Genellikle ailemin beni dışladığını sanıyorum.	()	()
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	()	()
24. Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.	()	()
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	()	()