

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YATILI OKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE AİLESİ İLE
BİRLİKTE YAŞAYAN ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU
VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tezi Hazırlayan
Emine KÜÇÜK**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Şubat 2011
KAYSERİ**

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YATILI OKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE AİLESİ İLE
BİRLİKTE YAŞAYAN ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU
VE YAŞAM KALİTESİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Tezi Hazırlayan
Emine KÜÇÜK

Tezi Yöneten
Prof.Dr.Osman GÜNAY

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi

**Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TSY-09-701 nolu proje ile desteklenmiştir.**

Şubat 2011
KAYSERİ

Prof.Dr.Osman GÜNAY Danışmanlığında **Emine KÜÇÜK** tarafından hazırlanan **“Yatılı Okul Öğrencilerinin ve Ailesi ile Birlikte Yaşayan Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması”** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

10/02/ 2011

JÜRİ

Başkan : Prof.Dr.Osman GÜNAY

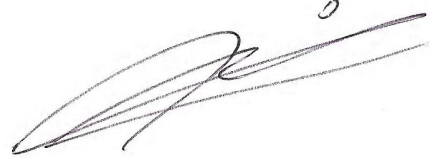
Üye : Doç.Dr.Resul BUĞDAYCI

Üye : Doç.Dr.Ahmet ÖZTÜRK

Üye : Doç.Dr.İskender GÜN

Üye : Doç.Dr.Melis NAÇAR

İmza

**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

Prof.Dr.Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda Proje desteği sağlayan Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeler Birimine, çalışmayı yapabilmem için gerekli izni veren Giresun Milli Eğitim Müdürlüğüne,

Çalışmayı yaptığım, Bozat YİBO, Şehit Şahin Abanoz YİBO, Ülper Şehit Ümit Kılıç YİBO, Dereli İsmail Hakkı Öztopal YİBO, Yavuz Kemal YİBO, Kaşdibi 60. Yıl YİBO, Hasan Ali Yücel YİBO, Şehit Öner Güner YİBO, Avutmuş YİBO Müdürlerine, tüm öğretmen, öğrenci ve çalışanlarına sağladıkları katkılar için, çalışmam sırasında yardım, destek ve katkılarından dolayı danışman hocam Prof.Dr. Osman GÜNAY'a, tezin yazımı ve düzenlenmesinde katkılarından dolayı Dilek KÜÇÜK'e, Doğan KÜÇÜK'e yine tezin düzenlenmesindeki yardımlarından dolayı Leman KILINÇKAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

**YATILI OKUL ÖĞRENCİLERİNİN VE AİLESİ İLE BİRLİKTE YAŞAYAN
ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU VE YAŞAM KALİTESİ
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZET

Bu çalışmada, Giresun ili merkez ve ilçelerinde bulunan yatılı ilköğretim bölge okullarında öğrenim gören yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın evrenini Giresun ili ve ilçelerinde bulunan 14 Yatılı ilköğretim bölge okulu oluşturmaktadır. 14 YİBO dan 9 tanesinin örnekleme alınması planlanmış olup, okulların 4-8. sınıflarında okuyan 1126 öğrenciye 49 sorudan oluşan bir anket ve pediatrik yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış olup öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır.

Araştırma grubunun %56.3'ünü yatılı öğrenciler, %43.7'sini gündüzlü öğrenciler oluşturmaktadır. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ailelerindeki birey sayısı ortalamaları açısından aralarındaki fark anlamlıdır ($P<0.001$). Yatılı öğrencilerin annelerinin ve babalarının öğrenim düzeyinin, gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Yatılı öğrencilerin kendi sağlık durumunu daha yüksek oranda orta ve kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.001$). Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlık alışkanlıklarına göre aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Yatılı öğrencilerin daha fazla uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır ($P<0.001$). Yatılı kız öğrencilerin toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarının, gündüzlü kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Yatılı erkek öğrencilerin yaşam kalitesi ve alt boyutları gündüzlü erkek öğrencilere göre düşük bulunmuş olup, okul fonksiyonu puan ortalaması dışında diğer tüm alt boyutlar açısından aradaki fark anlamlıdır ($P<0.05$).

Yatılı öğrencilerin sağlık durumu, sağlıkla ilişkili faktörler ve yaşam kalitesi gündüzlü öğrencilere göre daha düşük olarak belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Yatılı ilköğretim bölge okulu, öğrenci, sağlık durumu, Pediatrik yaşam kalitesi ölçeği

COMPARISON OF BOARDERS AND DAY-STUDENTS IN TERMS OF HEALTH STATE AND QUALITY OF LIFE

ABSTRACT

This study aims at the comparison of the health state and quality of life of the boarders and day-students who are studying at regional boarding schools located in the center and the districts of Giresun province.

14 regional boarding schools located in the center and the districts of Giresun province comprise the universe of the study. Among the 14 schools, 9 of them are planned to be sampled, 1126 students in 4th–8th grades of these schools are given a questionnaire of 49 questions along with the pediatric quality of life questionnaire and their heights and weights are measured.

56.3% of the research group comprises the boarders and 43.7% of it comprises the day-students. The difference between the boarders and the day-students in terms of the average number of individuals in their families is significant ($P<0.001$). The education levels of the mothers and the fathers of the boarders are found to be significantly lower compared to that of the day-students ($P<0.001$). It is found that the higher rates of the boarders assess their health states as medium or bad and that the difference in between is statistically significant ($P<0.001$). There is no significant difference between the boarders and day-students in terms of their health practices ($P>0.05$). It turns out that the boarders suffer from sleeping problems more and the difference between them is significant ($P<0.001$). It is found that the total quality of life and sub aspects of the girl boarders is significantly lower than that of the girl day-students ($P<0.05$). It is found that the total quality of life and sub aspects of the boy boarders is lower than that of the boy day-students and that the difference is significant for all sub aspects except the average school function point ($P<0.05$).

The health state, the factors related to health, and the quality of life of boarders are found to be lower than that of the day-students.

Keywords: Regional boarding school, student, health state, quality of life, Pediatric Quality of Life Inventory

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK.....	I
KABUL ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT... ..	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
KISALTMALAR.....	VII
TABLO LİSTESİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 ADÖLESAN DÖNEMİ.....	6
2.2 ADÖLESAN DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ.....	7
2.2.1 Fizyolojik Büyüme ve Gelişim	7
2.2.2 Psiko-sosyal Gelişim	8
2.2.3 Adölesanların Karşılaştığı Güçlükler	12
2.3 OKUL SAĞLIĞI.....	16
2.4 YATILI İLKÖĞRETİM BÖLGE OKULLARI	20
2.5 YAŞAM KALİTESİ	23
2.6 OKUL YAŞAM KALİTESİ	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1 EVREN VE ÖRNEKLEM.....	26
3.2 ANKET FORMU	29
3.3 ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER	29
3.4 PEDİATRİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	58
6.KAYNAKLAR	84
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

KISALTMALAR

TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
YİBO	: Yatılı İlköğretim Bölge Okulu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PedsQL	: Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Adolesan dönemde psiko-sosyal gelişim.....	11
Tablo 3.1. Okullara göre öğrencilerin örnekleme alınma durumları	28
Tablo 4.1. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre dağılımı	32
Tablo 4.2. Araştırma grubundaki öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 4.3. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ebeveyn özelliklerine göre dağılımı	34
Tablo 4.4. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi sağlığını değerlendirme durumu	35
Tablo 4.5. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlık alışkanlıklarına göre dağılımı	36
Tablo 4.6. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrenci beyanlarına göre ders çalışma koşulları ve okul başarı durumlarının dağılımı.....	37
Tablo 4.7. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin okul özellikleri ile ilgili verdiği bilgilere göre dağılımı	38
Tablo 4.8. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin öğretmenleri, arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkilerini değerlendirme durumları.....	39
Tablo 4.9. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin beslenme özelliklerine göre dağılımı	41
Tablo 4.10. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sigara içme durumlarına göre dağılımı	42
Tablo 4.11. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin spor yapma durumlarına göre dağılımı	42
Tablo 4.12. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ve ağırlıklarını değerlendirme durumlarının dağılımı	44
Tablo 4.13. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre ağırlık, boy ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.14. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre boy durumu açısından karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.15. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre ağırlık durumu açısından karşılaştırılması	47
Tablo 4.16. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi boyunu değerlendirmesi ile ölçümle elde edilen yaşa göre boy sınıflaması arasındaki uyum	49
Tablo 4.17. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi ağırlığını değerlendirmesi ile ölçümle elde edilen yaşa göre ağırlık sınıflaması arasındaki uyum.....	51
Tablo 4.18. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması	53
Tablo 4.19. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.20. Araştırma öğrencilerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları	57

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlığın iyileştirilmesi, yaşam kalitesinde ve süresinde artış günümüz sağlıklı insan hedefleri arasındadır. Bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek bu uygulamalar bireyin sağlığı konusunda söz sahibi olmasını, öz sorumluluğunu ön plana çıkarmaktadır (1).Tüm yaşamın temellerinin atıldığı çocukluk ve adölesan dönemlerinin güvenli ve sağlıklı bir şekilde yaşanması geleceğin sorumlu, sağlıklı ve mutlu toplumlarını oluşturacaktır.

Okul çağı; çocukların temel sağlık ve sağlığı koruma davranışlarının şekillendiğı ve etkin olarak kazanıldığı bir dönemdir (2). Bu dönemde çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içerisinde. Çocuklar ve adölesanların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha çok burada kazanmaları bu dönemin önemini daha da artırmaktadır.

Farklı kültürel koşullarda değişiklik gösterse de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaşlar arasını adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Hemen hemen evrensel olarak bu dönem birçok fiziksel ve psikolojik değişikliklerin görüldüğü çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (3). Birleşmiş Milletler 2003 Dünya Gençlik Raporuna göre, dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini adölesanlar oluşturmaktadır ve 1.061 milyar 15-24 yaş arası adölesanın %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (4).

Dünya nüfusunun olduğu kadar, ülkemiz nüfusunun da önemli bir kısmını adolesan dönemdeki gençlerin oluşturduğu bilinmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA 2008) göre ülkemizde 10-19 yaş grubu adolesanlar toplumun % 18.5'ini oluşturmaktadır (5).

Adolesanların özgüveni yüksek, sağlıklı ve mutlu birer yetişkin olabilmeleri için kendi kapasitelerini geliştirebildikleri uygun ve destekleyici ortamlarda yetişmeleri gerekmektedir. Adolesanların ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi sadece onların yaşamlarını değil ulusal güvenliğin ve sosyo-ekonomik gelişmenin sağlanmasını da riske atmaktadır (6).

Adolesan dönemi olumsuz sağlık davranışlarının edinilmesi açısından riskli bir dönemdir. Bu nedenle olumsuz davranış edinmesine yol açacak risklerin ortadan kaldırılması ve olumlu sağlık davranışlarını kazandırabilecek sağlık programlarının uygulanabilmesi büyük önem arz etmektedir. Adolesanların yaşamlarının büyük bölümünün okulda geçmesi nedeniyle okulda uygulanacak sağlık programlarının başarısı yüksek olacaktır (7,8).

Ülkemizde insanların temel eğitim almasını öngören zorunlu eğitim, sekiz yıllık ilköğretim okullarında verilmektedir (9). Ülkemizde 6-13 yaş grubu çocukların %93'ü ilköğretime, 14-16 yaş grubundaki çocukların %61'i liseye devam etmektedir. İlköğretim çağındaki erkek ve kız çocukların okula devam etme oranları hemen hemen aynıdır. Her on kız ve erkekten dokuzu okula devam etmektedir (5). Nüfusun az ve dağınık olduğu yerleşim yerlerinde (köy, mezra) zorunlu eğitim çağına gelmiş, yoksul aile çocuklarının sekiz yıllık eğitim ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yatılı ilköğretim bölge okulları kurulmuştur. Bu okullarda öğrencilere eğitim-öğretimin yanı sıra, eğitimleri boyunca beslenme, barınma, tedavi vb. olanaklar da sağlanmaktadır (10). Türkiye'de 2008-2009 eğitim-öğretim yılında 589 yatılı ilköğretim bölge okulu ve bu okullarda okuyan 56 897 kız, 89 629 erkek olmak üzere, toplam 146 526 öğrenci vardır (11). Yatılı ilköğretim bölge okullarında okuyan öğrenciler ailelerinden ayrı yaşadıkları ve zamanlarının tamamını okulda geçirdikleri için bu okullar eğitim ve öğretim faaliyetlerinin yanı sıra aile işlevlerini de karşılama sorumluluğunu taşımaktadırlar. İnsan ögesinin önemli olduğu kurumlar olan okullarda çocuklara sunulan öğretimin kalitesi kadar, yaşam kalitesi de önemlidir. Okullar, çocukların hem akademik gelişimleri hemde fiziksel, kişisel ve sosyal olarak gelişimlerinden sorumludur.

Mutluluk, hoşlanım, iyilik hali gibi kavramlarla ifade edilebilen yaşam kalitesinin sağlanabilmesi için okul yaşam kalitesinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır (12). DSÖ sağığı “sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değıl, bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olması” olarak tanımlanmaktadır. Genel bir iyilik hali olarak nitelendirilen yaşam kalitesi bireylerin fiziksel, mental sağığını ve sosyal fonksiyonlarını değılendiren multifaktöriyel bir olgu olarak düşünölür (13,14). Okul yaşam kalitesi de genel iyi olma halinin spesifik göstergelerinden biri olarak kabul edilir. Okulların gelecekteki yaşamların temellerinin atıldığı kurumlar olması, yaşam kalitesi açısından incelenmesi için önemli bir gerekçe ortaya koymaktadır (15).

Bu çalışmada, yatılı ilköğretim bölge okullarının yatılı ve gündüzlü bölümlerinde okuyan öğrencilerin sağık durumu ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmaları amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Eğitim ve öğretimin amacı çocukların zihinsel, bedensel ve duygusal alanlarda gelişiminin sağlanmasıdır. İlköğretim dönemi bireyin kendine olan güven ve saygısının, sosyal ilişkilerinin niteliğinin, gelecekle ilgili planlarının ve topluma yönelik tutumların geliştiği çok önemli bir dönemdir (16). Aynı zamanda çocukların ve adölesanların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha çok burada kazanmaları bu dönemin önemini daha da artırmaktadır.

Eğitim-öğretim döneminin her aşaması kendinden sonraki evreyi belirler. İlköğretim dönemi; ortaöğretim, yüksek öğretim ve tüm yaşamın temel basamağı olan en önemli eğitim-öğretim sürecidir. Bu eğitim kademesinde, bireylere yaşamlarını daha iyi bir biçimde sürdürmeleri ve toplum içerisinde diğer üyelerle uyum içinde yaşamaları için gerekli olan temel bilgi ve beceriler kazandırılır (16). Smith ve arkadaşları (17) çalışmalarında bulunduğu ortamda desteklendiğini ve kabul gördüğünü hisseden bireylerin daha mutlu olacağını, daha iyi hissedeceğini, okulda iyi performans göstereceğini ve böyle bir bireyin olumsuz antisosyal davranışlara daha az eğilimli olacağını, böylece işbirliğine ve yardımseverliğe dayalı sosyal etkinliklere daha çok katılacağını belirtmektedir. Aileleri ve okul tarafından dışlanan çocuğun birçok olumsuz sosyal ve davranışsal risk taşıdığını, okul etkinliklerine katılan, okulu anlamlı bulan, öğretmenlerin kendini desteklediğini hisseden ve okuldan memnun olan öğrencilerin daha az olumsuz davranışlar gösterdiğini belirtmişlerdir.

Çocukların henüz gelişimlerini tamamlamamış olması, bakıma gereksinimlerinin olması onların yoksulluk, şiddet, doğal afetler, toplumsal olaylardan daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır. Çocukların haklarını korumak için 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Uluslararası Çocuk Hakları Bildirgesi kabul edilmiştir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme 18 yaşını dolduruncaya kadar her insanın çocuk sayılacağını belirtir. Türkiye, Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeyi 1990 yılında imzalamıştır. Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin 28. maddesine göre taraf devletler çocuğun eğitim hakkını kabul ederler ve bu hakkın fırsat eşitliği temeli üzerinde gerçekleştirilmesi görüşüyle sözleşmenin 29. Maddesinde, taraf devletler çocuk eğitiminin aşağıdaki amaçlara uygun olmasını kabul ederler (18):

- Çocuğun kişiliğinin, yeteneklerinin, bedensel ve zihinsel yeteneklerinin mümkün olduğunca geliştirilmesi,
- İnsan haklarına, ve temel özgürlüklere, Birleşmiş Milletler antlaşmasında benimsenen ilkelere saygının geliştirilmesi,
- Çocuğun ana-babasına, kültürel kimliğine, dil ve değerlerine, çocuğun yaşadığı veya geldiği ülkenin ulusal değerlerine ve kendisinininkinden farklı uygarlıklara saygının geliştirilmesi,
- Çocuğun anlayış, barış, hoşgörü, cinsiyetler arası eşitlik ve ister etnik, ister ulusal, ister dini gruplardan, isterse yerli halktan oluşsun, tüm insanlar arasında dostluk ruhuyla, özgür bir toplumda, yaşantıyı sorumlulukla üstlenecek şekilde hazırlanması,
- Doğal çevreye saygının geliştirilmesi (18).

Çocukluk ve yetişkinlik arasında bir geçiş dönemi olan adolesan dönemi; bütün yaş grupları içinde en sağlıklı dönem, aynı zamanda gençlerin ilerideki yıllardaki sağlıklarını olumlu yönde etkileyecek davranış değişikliklerini kazandıkları bir dönem olarak tanımlanmaktadır (19). Yine bu dönemde, adolesanlar yaşamış oldukları fizyolojik, psikolojik, toplumsal ve duygusal değişimler nedeniyle sağlık problemleriyle daha fazla karşılaşma riskine sahiptirler. Adolesanların eğitim süreci olan bu dönemde, zamanlarının çoğunu geçirdikleri okullarda, adolesanlara verilecek sağlık eğitimi onların istenilen sağlık hedeflerine ulaşmalarında oldukça etkilidir (20).

2.1 ADÖLESAN DÖNEM

DSÖ kültürlere göre değişiklik gösterse de 10-19 yaşlar arasını adolesan dönemi olarak tanımlamıştır. Hemen hemen evrensel olarak puberteyle birlikte fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin olduğu yetişkinlik rolleri için hazırlanılan çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (21). Adölesan kavramı kökenini “adolescere” sözcüğünden almaktadır ve “büyümekte olan” ya da “gelişerek olgunlaşma” anlamlarına gelen bir terimdir (22). Dilimizde ergenlik ya da delikanlılık olarak bilinen bu dönemdeki hızlı değişimler nedeniyle birey ve çevresi oldukça zor bir dönem yaşamaktadır. Dünya genelindeki 1061 milyar 15-24 yaş arası adölesanın %85'i geliştirmekte olan ülkelerdedir. Adölesanların %60'ı Asyada yaşarken, %15'i Afrikada, %10'u Latin Amerika ve Karayiplerde, %15'i de gelişmiş ülke ve bölgelerde yaşamaktadır (6).

Adölesanların genelde sağlıklı oldukları düşünülür. Onlar hayatlarının ikinci on yılında erken çocukluk hastalıklarından geçip hayatta kalmışlardır ve yaşlanma ile ilgili hastalıklar onlardan henüz uzaktır. Bununla beraber, her yıl 1.7 milyon 10-19 yaş arasında genç kadın ve erkeğin çoğunlukla kaza, şiddet, intihar, gebelikle ilgili komplikasyonlar ve diğer engellenebilir hastalıklar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Çocuk okul yaşına ve adölesanlığa doğru ilerledikçe sağlık sorunlarına yol açacak davranışların engellenmesi daha fazla önem kazanmaktadır. Bu kritik yıllarda başlayan çoğu alışkanlık ve yaşam biçimi seçenekleri yetişkinliğin genel sağlığına büyük katkı sağlar (23).

Dünyadaki 600 milyon kız adölesanın çoğu geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu adölesanlar cinsiyet ayrımcılığı, şiddetin çeşitli tiplerini, kötüye kullanımı, çocuk işçiliği, çocuk evliliği ve diğer zararlı davranışları yüklenmiş olarak yaşamaktadır. Adölesan dönem boyunca edinilen sigara ve alkol kullanımı gibi davranışlar yaşamlarının ileri dönemlerinde sağlık problemlerine neden olmaktadır (21).

Hemen hemen her ülkede kadınların ve erkeklerin eğitim düzeyi yükselmektedir ve eğitim onların ve ailelerinin sağlıklarının daha iyi olmasını sağlamaktadır (21). Adölesan dönemin sonunda, adölesanlardan aileleri ile iyi ilişkiler kurabilen, sağlıklı ve uzun süreli arkadaşlık ilişkileri olan, bağımsızlığını kazanmış, kendi değerlerini oluşturmuş, mesleki hedeflerini belirlemiş, cinsel kimlik gelişini tamamlamış, olumlu kişilik özellikleri geliştirmiş, toplum içinde sosyal ilişkilerini dengelemiş, üretken bireyler olması beklenmektedir (24).

2.2 ADÖLESAN DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ

2.2.1. Fizyolojik Büyüme ve Gelişim

Adolesan dönemde en hızlı değişimlerden birisi fiziksel büyüme ve gelişmedir. Adolesan, birkaç yıl gibi kısa bir zamanda erişkin vücut yapısına ulaşır. Kız ve erkek adolesanlarda vücut boyutlarında ve şeklinde olan değişiklikler birbirinden farklı hızda ve zamanda olmaktadır. Kadında ve erkekte, cinsiyet hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi, pubertenin başlaması olarak kabul edilir. Puberte döneminde fiziksel büyüme hızlanır (25). Puberte; vücut ölçüsü, şekli ve kompozisyonundaki hızlı değişimlerle göze çarpan dinamik gelişim dönemidir. Pubertenin başlangıcı, iskelet yaşına bağlı olarak, kızlarda ortalama 11, erkeklerde 12 yaşlarda meydana gelmektedir (26). Puberte süreci çeşitli çalışmalarda ikincil cinsel özellikler, menarş yaşı, erkekte ses değişikliği ve pubertedeki doruk büyüme hızı gibi farklı ölçütlere göre değerlendirilmiş olmakla birlikte, birçok ülkede yüzyılın eğilimi sonucu puberte başlangıç yaşının ve evrelerinin erkene kaydığı gösterilmiştir (27). Adolesan dönemi boyunca fiziksel ve seksüel gelişim; bireysel farklılıklar ve geniş yaş aralığında etnik yapı, beslenme, vücut yağ dağılımı, genetik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre değişiklik gösterir (28).

Puberte sırasında gözlenen fiziksel değişiklikler boyun ve ağırlığın hızla artışı, ikincil cins karakteristiklerinin gelişimi, yağ ve kas dokularının dağılımının ve miktarının değişmesi, dolaşım ve solunum sistemlerindeki değişiklikler olarak özetlenebilir. Sonuç olarak, puberte tamamlandığında birey bir yetişkin görünümünü almış olur (29). Kızlarda pubertenin ilk belirtisi meme gelişimi olup, pubis ve aksiller kıllanma bunu izler. Menarş pubertenin geç döneminde, meme büyümesinden yaklaşık iki yıl sonra görülür. Erkeklerde pubertenin ilk belirtisi testis büyümesidir. Bunu penis büyümesi ve pubis kıllanması, aksiler kıllanma ve sakal- bıyık çıkışı izler (30).

Adölesanların üreme sağlığı davranışları konusunda bilinçli seçimler yapabilecek bilgiye sahip olmaları kadar, üreme sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarını karşılayacak, adölesana yaklaşım konusunda eğitilmiş sağlık personelinin hizmet sunduğu sağlık merkezlerinin hazırlanması da önemlidir (29). Pubertal gelişim periyodunda 12 yaş kızlarda ortalama boy uzama hızı 9 cm/yıl, erkeklerde kızlardan iki yıl sonra başlayarak ortalama 10.3 cm/yıl olarak gerçekleşir. Kızlar pubertal gelişim boyunca ortalama 25 cm boy uzunluğu kazanırlar. Puberte ayrıca kilo kazanımı için önemli bir zaman dilimidir.

Yetişkin vücut ağırlığının ortalama %50 si adolesan dönem boyunca kazanılır (31). Ağırlık artımı; önce giderek artar, sonra en yüksek seviyeye ulaşır ve yavaşlamaya başlar. Büyüme atağı sırasında ağırlık artımında duraklama veya kilo kaybı kronik bir hastalığın ilk belirtisi olabilir. Böyle durumlarda malnütrisyon, şişmanlama korkusu veya anoreksiya nervroza, tüberküloz, hipertroidi, diabetes mellitus, kronik karaciğer ve böbrek hastalığı araştırılmalıdır (32). Erken yaşlardaki kronik malnütrisyon, sağlığın bozulması ve bütün yaşamı etkileyen sosyal sonuçlara sebep olur. Bu durum en iyi çocukluk döneminde engellenir fakat beslenmeyi iyileştiren davranışlar adolesanlar için de yararlıdır. Adolesan bir zaman periyodunda sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma alışkanlığı kazanırsa bu durum adolesan dönemi boyunca fiziksel ve psikolojik yararlar sağlar ve yetişkinlikteki beslenme ile ilişkili kronik hastalıkların ve hızla yayılan obezitenin önlenmesi için de önemlidir (23).

Vücut kompozisyonu adolesan dönemi boyunca değişir. Puberte boyunca kızlar daha fazla yağ dokusu kazanır. 18 yaşla birlikte vücut yağı normal olarak kızlarda yaklaşık % 27, erkeklerde %16 dır. Erkekler kadınların kazandığı kasın iki katını kazanır. Adolesan erkekler kızlardan daha fazla kemik ve yağsız doku kitlesi kazandıkları için daha fazla protein, demir, çinko ve kalsiyum içeren besinlere ihtiyaç duyarlar (33).

Adolesan dönemde fiziksel değişikliklerin yanı sıra hızlı bilişsel ve psikolojik değişiklikler de meydana gelmektedir. Bu hızlı büyüme ve gelişmeye bağlı olarak adolesanların ilgi alanlarında artış meydana gelmesi, arayış içinde olmaları, bağımsızlık kazanılması, okul ve arkadaş ilişkileri, zamanlarının çoğunu dışarıda geçirmeleri beslenme durumlarının değişmesine yol açar. Bu da daha çok hazır gıdaları tüketmeleri ve yüksek kalori almaları şeklindedir. Adolesanların beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörlerden biri de annelerin eğitim düzeyidir. Mitchell ve arkadaşlarının (34) adolesan kızlar üzerinde yaptıkları çalışmada, annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, adolesanların BKİ düştüğü ve obezite durumunun azaldığı belirlenmiştir.

2.2.2 Psiko-sosyal Gelişim

Adolesan dönemi dinamik bir değişim sürecidir. Bu dönemde fiziksel ve psikososyal değişiklikler farklı hızlarda gerçekleşir. Tüm adolesanlarda görülen bu değişiklikler bir adolesandan diğerine değişiklik gösterir. Bu değişiklik yaşanan toplumun kültürel özelliklerinden, aileden, okuldan, yaşlılarından, kronik hastalıklardan etkilenir. Adolesanın kendi yapısı ve çocukluk yaşantısını nasıl geçirdiği de psikososyal

durumunu etkiler. Normal bir adolesanı ciddi problemler yaşıyan bir adolesandan ayırmak zor olabilir. Bu nedenle adolesan çağında izlenen normal psikososyal değışikliklerin iyi bilinmesi gerekir. Fiziksel karakteristiklerin hızlı değıştiğı erken (10-13 yaş) adolesan dönemde sebep sonuç ilişkisi kurulamaz, düşünce biçimi soyuttur (35). Bu dönemde dengeli ve uyumlu ilkokul çocuğı gider, yerine oldukça tedirgin, güç beğenen ve çabuk tepki gösteren bir genç gelir. Duyguları hızlı iniş-çıkışlar gösterir. Sürekli bir gel-git içerisinde. Dağınık ve savruk olur, sık sık bir şeyleri devirip kırar. Zayıflık, şişmanlık, uzun boy, kısa boy, yüz çizgilerinin düzgün olup olmayışı sorun olmaya başlar. Aileyi eleştirmekten kaçınmaz. Adolesanın içine düştüğü bu ruhsal durumun bir anlamı vardır. Hızlı bedensel gelişimle birlikte başlayan cinsel uyanış genci hazırlıksız yakalamakta ve bunaltmaktadır. Hızlanan bedensel büyümeye göre ruhsal olgunlaşma daha yavaş olmaktadır. Tepkilerindeki iniş-çıkışlar, davranışlarındaki tutarsızlıklar, duygularındaki değışkenlik bu uyum çabasıyla açıklanabilir (36).

Onbeş-18 yaş orta ergenlik dönemidir. Anne babadan ayrı kararlar verme, farklı birey olma ve anne babanın bunu kabul etmesini sağlama çabaları yoğundur. Anne babadan uzaklaşma, karşı cinse ilgi, akran ilişkileri, riskleri görememeleri, otonomi istemeleri anne-babalar ile aralarında çatışmalara neden olur(36).

Adolesanlar karamsarlık, mutsuzluk, huzursuzluk gibi hoş gitmeyen duygulardan bunılır. Bu dönemde kendilerini destekleyen, güven veren bu duygusal durumların bu yaş dönemine bağlı ve geçici olduğunu anlatacak aile bireylerine ihtiyaç duyarlar. Adolesanların en yaygın ve belirgin sorunlarından biri anlaşılammaktır. Bir birey olarak var olmaya çalışan adolesanın ebeveynleri tarafından eleştirmeden, yargılamadan dinlenmesi, kendini anlatmasına fırsat tanınması adolesanı rahatlatacaktır. Özellikle arkadaşları ve karşı cinsle ilişkilerinde kendilerini anlayacak birine ihtiyaç duyarlar. Bu dönem bağımsızlık, topluma karışma çağıdır. Genç, evden çok çevreye yönelir. Bağımsızlıkları kısıtlanınca gerginleşebilir, ailesi ile çatışmaya düşebilir. Spora ilgi artar. Sporun bir alanında kazanacağı başarı kendine güvenini artırır. Kendisini arkadaşlarıyla karşılaştırır. Onların da özgürlük çabasında oluşları, başkaldırıları, sorunlarının benzer oluşu kümeleşmeye yol açar. Anne ve babanın onu istediğinden farklı alanlara yönelmesi, ondan yapabileceğinden fazla görevler beklemesi, onu küçümsemesi, başkaları ile kıyaslaması, başkalarının yanında kaba davranması, eleştirmesi ve anne babaların çocukların yanında tartışmaları adolesanı endişelendirir.

Anne ve babasından uzak olma eğilimi onu yalnız bırakmıştır. Bu boşluğu yeni yakınlıklar ve ilişkiler kurarak doldurmak ister. Yaşıtlarının davranışlarını, giyim tarzını, beğenilerini benimsemeye başlarlar. Arkadaş grubu içinde bağlılığa dayanışmaya önem verir. Genç arkadaş grubu içinde kalmak için kendini arkadaşlarının etkisine bırakır. Onlardan ayrı kalmaktan korkar (35-37) .

Geç adolesan dönemde kimlik gelişimi tamamlanmıştır ve bu dönemde adolesan kendini tanımış, “ben kimim” sorusuna cevap bulmuştur. Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal, mesleki öğeleri de vardır (38). Bu dönemde ergenliğin başından beri yaşanan duygular, edinilen beceriler gözden geçirilir ve kimlik gelişiminin oluşumuna katkı sağlar. Böylelikle gençte, toplumsal bir birey olma, gençlerle yakın ilişkiler kurma, iş ve eş seçebilme ve toplumsal rollere uyum sağlayabilme becerileri gelişir (29,35,39).

Normal koşullarda adolesanlar, bedenlerindeki değişime uyum sağlamada, psikososyal dürtü ve cinsel gelişimden kaynaklanan içsel çatışmalarla başa çıkmada çelişkili duygular yaşasalarda, genellikle değişimi benimser ve cinsiyet rollerini daha derinliğine öğrenirler. Aileden bağımsız olma çabalarında çelişkili duyguları çoğunlukla artar. Hem onlardan uzaklaşma ve bağımsızlaşma isteği hem de onların desteğine ve ilgisine ihtiyaç duyma ikilemi içindedir. Tutarlı ve dengeli aile tutumuyla birlikte, aile adölesanın yeterince bağımsızlaşmasına izin verici ise ve gereğinde güvenli bir destek oluşturabilirse adölesan dönemi ile ilgili sorunlar daha kolay çözülebilir (30).

Tablo 2.1. Adolesan Dönemde Psiko-sosyal Gelişim (40)

Dönemler	Duygusal	Bilişsel	Sosyal
Erken Adolesan	Yeni vücut imajına alışma Yeni gelişen cinsel kimliği benimseme	Somut düşünme Temel ahlaki gelişim	Akranlarından etkilenme
Orta Adolesan	Duygusal yönden aileden bağımsız hale gelme	Soyut düşünce yeteneği edinme Kendini ifade etme yeteneğinin gelişimi Ağır öğrenim programlarına uyum	Sağlık açısından riskli davranışlar Karşı cinse ilgi Mesleki araştırmalar ve planlamalar
Geç Adolesan	Kişilik ve kimlik gelişimini tamamlama Aileden ayrılma	Soyut düşüncenin gelişmesi Komple düşünme yeteneği edinme	Sağlam içgüdü denetimi Sosyal çevre ile uyum sağlama Mesleki planların gerçekleşmesi

Adolesanlar sosyal yaşantılarında olduğu gibi sağlık sorunları ile karşılaştıklarında da iletişim kurmada da güçlükler yaşayan bir gruptur. Sağlık sorunları ile karşılaştıklarında nereye başvuracakları, kimden yardım isteyecekleri ve kendilerini nasıl ifade edecekleri konusunda karmaşık duygular yaşarlar. Sorunlarının nedenleri onların tıbbi yardım almaları konusunda çekingen ve utangaç davranmalarına neden olur (40).

Adolesanlar sorunlarına yönelik tıbbi bakım için başvurdukları birimlerde de oldukları gibi kabul edilmek, memnuniyetle karşılanmak, saygı duyulmak, eleştirilmemek, yaşlarına ve gelişimlerine uygun biçimde bilgilendirilmek isterler (40,41). Adolesanların klinisyenle görüşürken, fiziksel büyüme ve gelişme, psikolojik sorunlar, madde kullanımı, cinsellik gibi kişisel konuları rahatlıkla konuşabileceği uygun bir mekan ve yeterli zaman sağlanmalıdır. Adolesanın kişisel konuların paylaşımında gizliliğe önem verdiği unutulmamalıdır (40).

Günümüzde, ülkelerin gelecekte daha güçlü ve sağlıklı toplumlar oluşturabilmesi için gençleri desteklemesi, onların problemlerini ve riskli durumlarını belirlemeye önem

vermesi ve bu amaçla etkili stratejiler geliştirmesi kaçınılmaz bir gereksinim olmuştur (42). Birleşmiş Milletler Dünya Gençlik Raporu'na (2003) göre adolesan sağlığına yönelik başlıca sorunlar aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (4)

- Eğitim eksikliği
- İşsizlik
- Açlık ve Yoksulluk, yeterli beslenememe
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamama
- Sağlıklı olmayan çevre
- Erken yaşta suçluluk
- İlaç ve madde kullanımı
- Genç kızlar ve kadınlarda adolesan gebelikler, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar

2.2.3 Adolesanların Karşılaşabileceği Güçlükler

Madde bağımlılığı: Call ve arkadaşlarına (43) göre adolesan dönemde en sık karşılaşılan riskli sağlık davranışlar sigara, alkol ve zararlı madde kullanılması, korunmasız cinsellik sonucu oluşan cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adolesan gebelikler, psikolojik sorunlar ve motorlu araç kazalarıdır.

Madde bağımlılığında adolesanın gerçek yaşamı öğrenme merakı, kimlik gelişimi için giriştiği bağımsızlık mücadeleleri bazı tehlikeleri görmelerini engelleyebilir. Yine adolesanlar hayata hazırlanırken içinde bulundukları arkadaş grupları, aileleri, okulları ve toplum içinde örnek aldıkları rol modelleri ve riskli davranışlara olan eğilimleri nedeni ile bağımlılık yapıcı maddelere karşı en hassas olan gruplardan biridir. Adolesanlar bir gruba ait olma isteği ile bu grupların içinde yer alabilmek için bazı davranış biçimlerini benimseyip, grupça benimsenen maddeleri deneyip yeni deneyimler yaşama ve bağımsızlık duygusunu bu şekilde hissetmeye çalışırlar (40).

Hidalgo ve arkadaşlarının (44) İspanya Madrid'te gençlerin sağlık durumu ve riskli davranışları ile ilgili yaptıkları çalışmada adolesanların %80'inin iyi ya da çok iyi sağlık durumunda olduğu, %73'ünün kontraseptif yöntem kullandığı, %85'inin alkolü denemiş olduğu ve %24'ünün alkolü sürekli kullandığı, %34.5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir.

2003 yılında yapılan Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırmasın'da ilköğretim 7., 8. ve lise I. Sınıfa devam eden 15 957 öğrencinin %29.3'ünün sigarayı denemiş olduğu ve %9.1'inin halen sigara kullandığı belirlenmiştir (45).

Anteghini ve arkadaşlarının (46) Brezilyanın Santos bölgesinde 8-10. sınıfta okuyan 2059 adölesanın sağlıkla ilgili riskli davranışları ve bu davranışlarla ilişkili ve koruyucu faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, adölesanlar arasında silah taşıma, intihar düşüncesi ve intihara kalkışma, seksüel davranışlar ve gebelik gibi riskli sağlık davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. İlişkili faktörlerle birlikte, hem kız hemde erkek öğrenciler iyi aile ilişkilerine sahip olmak, arkadaşları ve öğretmenleri tarafından sevildiğini hissetmek riskli sağlık davranışları azaltıcı faktörler olarak belirlenmiştir

Adölesanların kişiliğinin geliştirilmesi, onlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, aile desteğinin sağlanması, sigara kullanımı alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımından, kötü beslenme, şiddet, erken ve korunmasız cinsel ilişki gibi riskli davranışlardan koruyacaktır (47).

Riskli Cinsel Davranışlar: Bu dönemde cinselliğe ilgi, adolesanının cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili yeterli bilgisinin olmaması, korunma ve tedavi yöntemleri ile ilgili çekingen davranması, risk alma konusunda yetişkinlere göre daha cesaretli olmaları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve adölesan gebelikler adölesan dönemin önemli konuları arasında yer almaktadır (40,48).

Bugün dünyada her on adölesandan biri anne olmaktadır. Erken yaşta olan gebeliklerin, genç kızların eğitimi, ekonomik durumu ve sağlığı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Adölesan annelerin birçoğu eğitimlerini yarıda bırakmak durumunda kalırlar bu durum onların eğitimlerinin eksik kalmasına gelecekte iş bulma konusunda sıkıntı çekmelerine, ekonomik olarak kendileri ve çocuklarının sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır. Gelişmemiş vücut yapısı, yoksulluk, eğitim eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşamama risk faktörleridir. 18 yaşından önceki gebeliklerde adölesanlar daha fazla sorun yaşamaktadırlar. Gebelik, doğum ve düşük komplikasyonları 15-19 yaş grubu annelerin temel ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (25) .

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (HIV/AIDS dahil), 20-24 yaş grubundan sonra en sık görüldüğü yaş grubu 15-19'dur. Adolesanların cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusundaki bilgi eksikliği, onlarda yüksek enfeksiyon hızlarına neden olmaktadır (25).

Çoğu toplumda kadınların durumu ve toplumsal cinsiyet rolleri, kadına verilen değer adolesan kızların sağlık risklerini ve gereksinimlerini önemli derecede etkilemektedir. HIV enfeksiyon hızı genç kadınlarda daha yüksektir. Bunun nedenleri arasında kadınların fizyolojisiyle birlikte, sosyo-ekonomik yönden kadının güçsüzlüğü ve içinde yaşadıkları toplumun sosyo-kültürel özellikleri gibi faktörler yer almaktadır (25).

Adolesanda Beslenme Bozuklukları: Adolesan dönemde hızlı büyüme ve gelişme nedeniyle enerji ve besin öğelerine olan ihtiyaç artmakta, adolesanların fiziksel ve psikolojik yapılarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimler nedeniyle adolesanlarda beslenme durumlarını etkileyebilecek bazı düşünce ve davranışlar gözlenmektedir.

Adolesanların çoğunda gözlenen bu davranışlar;

Kişisel özelliklerin ve vücut ölçülerinin yaşlıları ile karşılaştırılması,

Var olan ya da olmayan eksikliklerin aranması,

Dikkatin bedensel yapıdaki değişime odaklanması,

Büyüme ve cinsel gelişime odaklanmadır (49).

Adolesan dönemde beslenme sorunları; enerji ve besin öğeleri gereksiniminin karşılanmaması ya da aşırı enerji alımı, düşük fiziksel aktivite gibi durumlardan kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalar adolesan dönemde obezite sıklığının giderek arttığını göstermektedir (50).

Obezite, çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen beslenme bozuluklarından biridir. Çocukluk çağında obezite giderek artmakta ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan obezite riskli birçok hastalığın görülmesine de neden olmaktadır. Eğer uygun programlar sağlanmazsa bu adolesanların %75-80'inin obez yetişkinler olduğu bilinmektedir (51). Obezite kronik bir hastalıktır ve tam iyileşme görülmesi enderdir. Yeniden kilo alımı sıklıkla görülür. Hipertansiyon, dislipidemi, insülin direnci ve strese yol açması nedeniyle morbiditenin önemli nedenleri arasındadır ve genetik faktörler, davranışsal ve çevresel etkiler nedeniyle oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir (52).

Adolesanlarda anoreksiya nervroza toplumlarda sıklığı giderek artan, orta ve yüksek sosyo-kültürel düzeyde yaşayan çocuklarda ve kızlarda görülen bir yeme bozukluğudur.

En önemli belirtisi ince kalmak için duyulan aşırı istek ve zayıf olunmasına rağmen hala şişman olduğu düşüncesinin hakim oluşudur. Anoreksiya nervozada görülen güçlü yeme duygusunun kontrolünün aksine yine bir yeme bozukluğu türü olan Blumia nervozada aşırı yeme, bunun sonucu olarakda suçluluk duygusu yaşanmaktadır (40).

Ağız ve diş sağlığı: Adolesanlarda diş çürükleri de önemli sağlık sorunları arasındadır. Ülkemizde diş çürükleri görülme sıklığı bu yaş grubunda %55-70 arasındadır (53). Diş çürüğünün nedenleri arasında; yetersiz flor alımı, yetersiz ağız bakımı, ailenin kötü ağız sağlığı, diabet, zihinsel engellilik gibi bazı hastalıklar ve yoksulluk gibi faktörler yer almaktadır (53). Diş çürüğü ile beslenme alışkanlığı arasında bir ilişki olduğu da belirtilmektedir. Adolesanların yiyecek seçiminde arkadaşları, televizyon ve çevrenin önemli rolü vardır. Buna bağlı olarak şekerleme, çikolata ve diğer atıştırma ürünlerinin sık tüketimi diş çürüğü prevelansının artışına neden olmaktadır (54).

Sevinç ve arkadaşlarının (55) Antalya'da 12 yaş grubu adolesanlarda çürük-eksik-dolgulu diş indeksini belirledikleri, 562 beşinci sınıf öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, DMF (çürük-eksik dolgulu diş) indeksi 1.77 olarak bulunmuş olup, erkeklerde kızlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adolesanların sağlığı toplumun geleceği ile çok yakından ilişkilidir ve toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için adolesan dönemdeki gebelikleri azaltmak ve önlemek, yeterli aşılanmanın sağlanması, cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek, sigara, alkol ve diğer madde bağımlılıklarını engellemek, obeziteyi ve diğer beslenme bozukluklarını azaltmak ve engellemek ayrıca adolesanlara sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması büyük önem taşımaktadır (40).

2.3 OKUL SAĞLIĞI

Çocukluk ve adolesan dönemleri intruterin yaşam ve yetişkinlik dönemi arasındaki geçiş sürecidir. İnsan yaşamı çeşitli nedenlerle belli dönemlere ayrılmakla birlikte yaşam bir bütündür. Bu dönemlerde hızlı büyüme gelişme sürecinde olan birey olumlu ya da olumsuz birçok faktörden etkilenecektir ve bu durum bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden gelişimini ve yetişkinlikteki yaşamını etkileyecektir .

İlköğretim, 6-14 yaş grubundaki öğrencilere yaşamla ilgili temel becerileri kazandırarak onları hayata ve bir sonraki eğitim kurumlarına hazırlayan bir eğitim devresidir (56).

Okullar; yaşamın uzun yıllarının geçirildiği, DSÖ'ye göre 5-24 yaşlar arasını kapsayan çocukluk ve adolesan dönemlerin yaşandığı bireylerin sağlıklı, konforlu ve üretken bir hayat yaşayabilmeleri amacıyla eğitim ve öğrenim gördükleri bina ve kurumlardır (3,57,58).

Okul sağlığı, öğrencilerin, öğretmenlerin ve diğer okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrencilere ve topluma sağlık eğitimlerinin verilmesi dolayısıyla öğrencilerin ve toplumun sağlığını yükseltmek için yapılan çalışmaların bütünü olarak tanımlanmaktadır (58).

Özellikle ilköğretim dönemi hayata yeni hazırlanan öğrenciler için oldukça önemlidir. Ülkemizde ilköğretim 6-14 yaşlarındaki çocukların eğitim ve öğretimini kapsar (59). Okullar bilgi, tutum ve davranışları geliştirmek için çok sayıda fırsatlar sunan bir ortama sahiptir. Aynı zamanda öğrenciler üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve okullar aracılığı ile tüm topluma ulaşabilmek mümkündür. Bu şekilde okullar toplumsal düzeyde bilgi, tutum ve davranış geliştirmede etkili olmaktadır (60).

Okul çağı özel bir dönem olarak ele alınmaktadır ve bunun nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır;

- Okul çağı çocukları sürekli büyüme ve gelişme içindedir. Bu dönemde alınacak önlemler, yapılacak tedaviler tüm yaşam süresince etkili olabilecektir. Bu dönemdeki korunma ve tedavi, yetişkinlik dönemine göre daha kolaydır.
- Okula yeni başlayan çocukların birçoğu için okul, toplumsal yaşamın ilk basamağıdır. Bu ortamda baskı, zorlama ve stresle karşılaşabilmektedirler. Bu durumun yaratacağı ruhsal ve sosyal sorunlar için çocuk yönlendirilmeli ve desteklenmelidir.
- Çocukluk ve adolesan dönemi, temel sağlık davranışlarının geliştirilmesi için de uygun bir dönemdir. Sağlıklı bilgi, tutum ve davranış geliştiren öğrenciler çevrelerindeki bireylerin eğitimine de katkı sağlayabilirler.
- Toplu yaşam, bulaşıcı hastalıkların kolay yayılmasına neden olmaktadır . Ancak bu toplu yaşayış hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin alınması için de kolaylık sağlar.

- Okul çağındaki Öğrenciler arasında en yaygın sakatlanma ve ölüm nedenleri arasında kazalar gelmektedir. Dikkatsizlik, okula geliş-gidiş mesafeleri, oyunlar kazaların aratmasına neden olan faktörler arasındadır (40,61,62).

2.3.1 Okul Sağlığı Hizmetlerinin Amaçları (58)

- Toplumda okul çağındaki bütün çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal, toplumsal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek,
- Çocukların sağlıklı bir çevrede gelişimi sağlamak,
- Dolaylı olarak ailelerin ve toplumun sağlığını yükseltmektir (58).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri sistemli olarak ilk kez 1982-83 yılında tarama programları ile verilmeye başlanmıştır. Bu programa göre Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan okul sağlığı ekipleri sağlık eğitimleri vermiş ve sağlık muayeneleri yapmıştır.

01/02/2005 tarihli ve 2005/15 sayılı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü genelgesinde belirtildiği ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 3. Maddesi gereğince, okul sağlığı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütüleceği belirtilmektedir (58).

Çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin öğrenci sağlığı, okul çevresi, sağlık eğitimi ve okul çalışanlarının sağlığı olmak üzere dört boyutu vardır (58).

2.3.2. Okul Sağlığı Hizmetleri Kapsamında Yerine Getirilmesi Gereken Görevler (63)

- Öğrencilerin sağlık kontrollerinin yapılmasında okul yöneticilerine destek vermek,
- Okullarda düzenli olarak hastalık (görme, işitme, paraziter hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, büyüme-gelişme geriliği, sakatlıklar, ağız ve diş problemleri vb.) taramaları yapmak,
- Öğrencilerin ve okulda çalışanların bağışıklama hizmetlerini yürütmek,
- Öğretmenleri ve okulda çalışanları sağlıkla ilgili konularda eğitmek,
- Öğrencilere yönelik eğitim programları planlamak ve okul yönetimi ile işbirliği içinde uygulamak,

- Okullar ve benzeri yerler ile çevrelerindeki işyerlerinin oluşturulacak ekipler aracılığı ile tetkik ve kontrollerini yapmak, bunların sonuçlarına göre çocukların ve gençlerin sağlık şartlarına uygun olmayan okullar ve benzeri yerlerin yönetici ve sahipleri, gerekli teknik ve hijyenik özelliklere uygun hareket etmeyen ve ürünleri satışa sunan işyeri sahipleri, zorunluluklara ve kurallara uymayanlar hakkında yasal mevzuat doğrultusunda gerekli işlemleri yapmak ve yaptırmak ayrıca konu hakkında kaymakamlıklar, ilgili birimler ve toplumu bilgilendirmek (63).

2.3.3 Okul Sağlığı Ekibi

Dünya Sağlık Örgütü, okul sağlığı ile ilgili çalışmaların bir sağlık ekibi tarafından yürütülmesini gerekliliğini vurgulamıştır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler; hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman veya rehber öğretmen, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyendir. Ekip üyelerinin bu çalışmayı başarılı bir şekilde yürütebilmeleri için, okul sağlığı konusunda mesleki temel eğitime sahip olmaları, desteklenen hizmetiçi eğitim ve kurulmuş ve işleyen bir örgüte gereksinimleri vardır (58).

DSÖ, okul sağlığı ve gençlerin sağlığını korumaya yönelik olarak gençler arasında hastalıklar, engellik ve depresyon, şiddet, madde kullanımı, yaralanmalar, beslenme bozuklukları, HIV/AIDS, helminter enfeksiyonlar gibi sağlık sorunlarının birbiriyle ilişkili altı davranış biçiminin düzeltilmesiyle azaltılabileceğini belirtmiştir. Gençlerle ilgili olan ve sosyal ve politikal yönlerden desteklenmesi gereken durumlar (64);

- Sigara kullanımının azaltılması
- Şiddet ya da yaralanmanın sonuçlarına ilişkin davranışların önlenmesi
- Alkol ve madde kullanımının azaltılması
- Beslenme ve hastalık nedenlerine yönelik hijyen davranışları kazandırılması
- Sedanter yaşamın önlenmesi
- Seksüel davranışların neden olduğu istenmeyen gebelikler ve hastalıkların önlenmesi (64).

2.3.4 Okul Sağlığı Kapsamında Yapılması Gereken Hizmetler (64,65)

- Öğrenci sağlığı, öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, korunması ve geliştirilmesi,
- Okullarda sağlık eğitimi,
- Okulda çevre sağlığının değerlendirilmesi,
- Okul personelinin sağlığı,
- Okul sağlığı kayıt sistemi.

2.3.5 Okul Sağlığı Hizmetlerinde Başarıyı Artırmak İçin Öneriler (66)

- Toplumun katılımı ve sosyal kontrol,
- Toplumca kabul edilebilir ve ulaşılabilir hizmet modeli,
- Sektörlerarası işbirliği,
- Hekim dışı personel kullanımına ağırlık,
- Uygun teknoloji.

2.4 YATILI İLKÖĞRETİM BÖLGE OKULLARI

İnsanların belirli bir çağda belirli bir sürede eğitim almasını öngören zorunlu eğitim sekiz yıllık ilköğretim okullarında verilmektedir. Türkiye'de 1997 yılında 4306 sayılı kanun ile sekiz yıllık kesintisiz zorunlu ilköğretim uygulamasına geçilmiştir (9).

Türkiye’de ilköğretim; normal, taşınmalı ve yatılı şekillerde yapılmaktadır. Bu şekillerin ortaya çıkmasında Türkiye’nin geniş yüzölçümüne sahip bir ülke olması önemli bir etkenidir. Türkiye’de nüfusun dağılımı dağınık olup nüfusun önemli bir bölümü köy, mezra, oba, yayla gibi yerleşim yerlerinde oturmaktadır. Özellikle Karadeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde coğrafi engeller yaşamı ve eğitime devam etmeyi etkilemektedir. İklimin elverişsiz olduğu yerleşim yerlerinde uzun zaman yollar kapanmakta ve yaşam koşulları zorlaşmaktadır. Bunun yanı sıra köyden kente göç sorunu yüzünden küçük yerleşim yerlerinde nüfus azalmaktadır. Bu durum buralarda yaşayan ilköğretim çağındaki öğrencilerin eğitim talebinin merkezi bir eğitim kurumunda karşılanması çözümünü gündeme getirmektedir. Bu gerekçelerden hareketle özellikle kalkınmada öncelikli yerleşim birimlerine yatılı veya gündüzlü eğitim veren

YİBO'ların kurulması yoluna gidilmiştir. Bu okullarda öğrencilere eğitim-öğretimin yanı sıra, aynı zamanda yeme, içme, barınma vb. olanaklarda sağlanmaktadır (67).

YİBO'nun Amaçları;

- Nüfusu dağınık olan yerleşim yerlerini öğretmene ve okula kavuşturmak,
- Köylerde özel eğitime, korunmaya muhtaç çocuklara, okul öncesi eğitim için sınıflar açılmasını sağlamak,
- Çevrenin sağlık, tarım, halk eğitimi ve her türlü kalkınma faaliyetine bir merkez vazifesi görmek,
- İlkokulu bitiren çocuklar için mecburi öğrenim çağının dışına çıkıncaya kadar tamamlayıcı kurslar ve sınıflar açmak ve bölge şartlarına göre çocuklara pratik kazandırmak, bu çocuklardan yetenekli olanlara ileri öğrenim imkanları sağlamak,
- Bağımsız öğretmenli okullarda mezun olan çocukların beş sınıflı ilkokulu bitirmelerini sağlamak,
- Civarda tek öğretmenli ilkokullarda okuyan dördüncü ve beşinci sınıf öğrencilerinin birkaç öğretmeni bulunan okullardan faydalanmalarını sağlamak,
- Çevre öğretmenlerinin birleşip görüştükleri ve tecrübelerini paylaştıkları bir yer olmak ve öğretmenlerin işbaşında yetiştirilmelerine hizmet etmektir (68).

Türkiye'de 2008-2009 eğitim-öğretim yılında 589 YİBO ve bu okullarda okuyan 56897 kız, 89629 erkek toplam 146529 öğrenci vardır (11).

YİBO'ların idari sistemlerinin işleyişleri; Okul müdürü kanun , tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak okulun bütün işlerini yürütmeye, düzenlemeye ve denetlemeye yetkilidir. Okulun amaçlarına uygun olarak yönetilmesinden ve denetlenmesinden sorumludur. Müdür başyardımcısı; okulun hertürlü eğitim-öğretim, yönetim, öğrenci, tahakkuk, ayniyat, yazışma, eğitici faaliyetler, yatılılık, güvenlik, beslenme, bakım, koruma, temizlik, düzen, halkla ilişkiler konularında okul müdürü tarafından verilen görevleri yapar. Diğer müdür yardımcıları da müdüre karşı aynı sorumlulukları taşır. Nöbetçi öğretmenler nöbetin başladığı saatten bittiği saate kadar okuldan ayrılmaz, geceyi nöbetçi öğretmene ayrılan odada geçirir, nöbet süresi 24 saattir. Nöbetçi öğretmen; öğrencilerden, okulun temizliği, disiplini, gece bekçisinin kontrolü, çamaşır banyo

işlemlerinin zamanında yapılması, etüt saatlerinin düzeni, hasta öğrencilerin durumu, yemek ve yatma saatlerinin düzenlenmesi vb. konulardan sorumludur (67).

Toplumsal olarak önemli görevleri olan YİBO'ların bazı sorunları da vardır. Bunlar YİBO'larda verilen eğitimin niteliğine bağlı sorunlar, çocukların küçük yaşlarda ailelerinden uzak kalmaları nedeniyle yaşadıkları sorunlar, kurum bakımı altında olma ve adolesan döneminin büyüme- gelişme sürecinde insan hayatının en hassas dönemlerinden birisi olmasından kaynaklanan, okulun çocuklara karşı aile sorumluluğunu taşımasına yönelik sorunlar olarak sıralanabilir.

İnal'ın (69) Adana ilindeki YİBO'larda bulunan öğretmen ve öğrencilerin okul yaşam kalitesi algılarını incelediği çalışmada öğrencilerin okula ilk geldiklerinde zor bir uyum dönemi yaşadıkları, okul aile dayanışmasının yetersiz algılandığı, bazı öğrencilerin yemekler konusunda olumsuz düşüncelere sahip olduğu, ısınma, elektrik kesintisi ve temizliğin öğretmen ve öğrenciler tarafından ortak bir sorun olarak algılandığı, bazı öğrencilerin öz bakım uygulamalarında yetersiz olduğu, özellikle küçük çocukların bu konuda sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir.

Arı'nın (9) normal, taşınabilir ve yatılı olarak uygulanan sekiz yıllık ilköğretim uygulamalarını incelediği çalışmada öğretmenlerin okulların fiziksel imkanlarını yetersiz buldukları YİBO ve taşınabilir ilköğretim okullarında görev yapmayı istemedikleri belirlenmiştir. Öğretmenlerin YİBO öğrencilerinde en sık gözlediği ruhsal belirtiler; aile özlemi, isteksizlik, sinirlilik hali olarak belirlenmiştir. Yine araştırma bulgularına göre öğrencilerin çoğunun normal okullarda öğrenim görmeyi tercih ettiği belirlenmiştir.

Altınsoy'un (70) Bolu'nun Kıbrısçık ilçesindeki YİBO'da 108'i yatılı 82'si gündüzlü toplam 190 öğrenci ile yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kişisel hijyen uygulamalarını araştırdığı çalışmada, tüm öğrencilerin tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkadıkları, çoraplarını her gün değiştirdikleri, çoğunlukla haftada bir banyo yaptıkları, el ve ayak tırnaklarını haftada bir kestikleri, temizlikle ilgili bilgileri anne babalarından edindikleri belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kişisel bakım uygulamalarının benzer olduğu belirlenmiştir.

Hızlı büyüme ve gelişme dönemlerinde olan çocuk ve adolesanların bir arada bulunduğu kurumlar olan okullar, sağlığın korunması ve geliştirilmesinin sağlandığı en

önemli kurumlardır. Okul yaşamı boyunca kazanılan olumlu yada olumsuz sağlık davranışları bireylerin ve toplumun geleceğini çok yakından etkilemektedir.

Okul sağlığı; öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrencilere ve topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal, sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak, çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlığını yükseltmek okul sağlığının amaçları arasındadır (40,58). Dünya Sağlık Örgütü yerel, ulusal, bölgesel ve global düzeyde sağlığı iyileştirmeyi ve eğitim aktivitelerini mobilize etmek ve güçlendirmek için 1995 yılında küresel okul sağlığı programını başlatmıştır (64).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam Kalitesi; genel ve sürekli bir iyi olma durumudur ve değerlendirilmesi genellikle mutluluk, hoşlanım ve tatmin yaratan pozitif işlevlerle bunun tersini ifade eden negatif duyguların sorgulanması ile değerlendirilmektedir. Bu deneyimler birey yaşantısı açısından önemli olan aile, sağlık, okul, boş zaman, iş, arkadaş çevresi gibi olgular çerçevesinde değerlendirilmektedir (71). Yaşam kalitesi özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Temel olarak kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental, sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmektedir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini iyi hissetmeyi de içerir (72).

DSÖ, sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu çok boyutlu sağlık tanımına göre hastalık ve olumsuz sağlık durumunun dışında olsa bile birey için genel bir iyilik hali ifade edilmekte ve sağlığın ölçülmesinde yaşam kalitesine değinilmektedir (73,74).

DSÖ yaşam kalitesini, “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması” şeklinde tanımlar. Yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu durum ile umutları ve beklentileri arasındaki farkı yansıtmaktadır. Kişinin beklentilerinin

şekillenmesinde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, meslek gibi değişkenler rol oynamaktadır (73,74). Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif olarak iki bölümde incelenmektedir. Yaşam kalitesi ölçümlerinde objektif ve subjektif göstergelerin her ikisinin de kullanılması önerilmektedir.

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri: Bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım uygulamalarını yerine getirebilmesi ve bireyin doyum durumunu değerlendirmektedir.

- Fiziksel iyilik hali,
- Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, hijyen uygulamaları, uyku),
- Hareket etme,
- Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven inme-çıkma, eğilme, doğrulma),
- Rol etkinliği,
- Sosyal roller (75).

Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri

- Psikolojik iyilik hali; kişinin ruh halini ve farklı durumlara uyum sağlama durumunu değerlendirir. Bunlar yaşam doyumu, ruhsal ve emosyonel iyilik hali olarak ifade edilir. Psikolojik iyilik halinin depresyon, anksiyete, beden imajı, otonomi, yararlılık gibi boyutları vardır.
- Sosyal iyilik hali; Kişinin aile, eş, arkadaşlar ve çevresi ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi, sosyal faaliyetlere katılma durumu, rollerini yerine getirme sürecidir ve mutluluğu ifade eder.
- Maddi iyilik hali; içinde yaşanılan anda ve geleceğe yönelik barınma, gelir, iş güvenliği gibi kavramları içerir (75).

Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bazı yönleriyle yetişkinlerden değişiklik gösterir. Örneğin yetişkinlerde sosyal işlevsellik değerlendirilirken okul alanı ya da arkadaş ilişkisi çok önemli değildir ancak çocuklarda yapılan sosyal işlevselliğin değerlendirilmesinde, arkadaşları ile ilişkileri, onlarla oyun oynama, arkadaşları ile ilgili düşünceleri, okul ortamına uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır. Duygusal ve bilişsel işlevsellik, beden imgesi, bireysellik, aile ile ilişkiler, gelecekte beklenenler gibi alanların yetişkin, adolesan ve çocuklarda farklı ele alınması gerekmektedir (76,77). Çocuğun yaşam kalitesi değerlendirilirken öznel ve nesnel değerlendirmelerden

hangisinin ön planda olması gerektiği tartışılan yönlerden biridir. Nesnel değerlendirme ile çocuğun neler yapabildiği, yaşam koşulları, okul işlevselliği, sosyal ilişkileri değerlendirilirken, öznel değerlendirme ile çocuğun fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği dikkate alınmaktadır (78,79).

2.6 OKUL YAŞAM KALİTESİ

Aile, okul, eğitim yaşam kalitesinin önemli bileşenlerini oluşturmaktadır. Yaşamlarının uzun yıllarını okulda geçiren çocuklar ve adolesanlar için okul yaşam kalitesi büyük önem taşımaktadır. Toplumda okul çağındaki bütün çocuklar ve adolesanların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, sağlıklı bir çevrede gelişimlerini sürdürmelerini sağlamak ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek okul sağlığı hizmetlerinin amaçları arasındadır (58). Bu doğrultuda, öğrencilerin kendilerini değerli, mutlu ve güvende hissettikleri bir ortamı ifade eden okul yaşam kalitesinin çocukların akademik gelişimleri kadar kişisel ve sosyal gelişimleri üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Okul yöneticileri ve öğretmenlere, öğrencilerin davranışlarının değiştirilmesinde ve okul yaşam kalitesinin artırılmasında büyük sorumluluklar düşmektedir (15,80).

Mutlu, hevesli ve hayata daha bağlı çocukların, diğer şartlar eşit olarak düşünüldüğünde, öğrenmeye daha hevesli ve daha başarılı oldukları gözlemlenmektedir (81). Okulun sahip olduğu yaşam kalitesi, çocukların genel iyi olma hallerinin bir yönü olarak ele alındığından öğrencilerin kişilik gelişimleri üzerinde önemli etkileri bulunmasının yanı sıra birçok açıdan öğrencilerin gelecekteki sosyal yaşamlarına bir hazırlık olarak ele alınabilir (82).

Aileler, öğretmenler, yöneticiler ve öğrenciler arasında okulların, çocukların öğrenmelerini maksimum düzeye yükselten ve öğrencilerin mutlu ve güvende hissettikleri, öğretmenlerinden ve öğrendiklerinden tatmin olması gerektiği konusunda görüş birliği vardır. Mutlu bir okul ortamı, akademik başarıyı da artırmaktadır. Bunlara ek olarak okullar öğrencilerin sosyal, kişisel gelişimlerinden, bir bütün olarak gelişimlerinden sorumludurlar (83).

Okula ilgi duyma, öğretmene bağlılık, okulu sevme ve değer verme, okuldaki iyi muamele ve aile desteğinin öğrenmeye katkı sağlayan faktörler olduğu belirlenmiştir (84).

Sarı (15), öğrenci, okuldaki öğrenci ve öğretmenlerle tatmin edici ilişkiler yaşayabiliyorsa, kendisine değer verildiğini hissediyorsa, okulda öğrenimi kadar sosyal ve toplumsal gelişimine de önem verildiğine, inanıyorsa okula yönelik algılarının olumlu olacağını ifade etmiştir.

Bilgiç'in (85) Adana'da ilköğretim öğrencilerinde okul yaşam kalitesi algısının arkadaşlara bağlılık ve empatik sınıf atmosferi değişkenleriyle ilişkisini araştırdığı çalışmasında okul yaşam kalitesinin çok yüksek olmadığı, öğrencilerin okul yaşam kalitesi algılarının orta düzeyde olduğu, arkadaş bağlılık düzeyinin okul yaşam kalitesi algısında önemli yeri olduğu, üst sosyo ekonomik durumdaki öğrencilerin ve altıncı sınıf öğrencilerinin okulu daha anlamlı bulduğu, cinsiyete göre okul yaşam kalitesi algısı ve arkadaşlara bağlılık ve empatik sınıf atmosferi değişkenleri arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Karadeniz Bölgesi'nin Doğu Karadeniz Bölümü'nde yer alan Giresun ili, 6.934 km²'lik yüzölçüme sahiptir (86). 2009 yılında yapılan adrese dayalı nüfus kayıt sistemi verilerine göre il nüfusu 421.860'dır (87). Nüfus yoğunluğu, kıyı şeridinde il ortalamasının üzerinde iken, bu oran kıyı şeridinden iç kesimlere doğru gidildikçe belirgin şekilde azalmaktadır. İl merkezi, Aksu ve Batlama vadileri arasında denize doğru uzanan bir yarımada üzerine kurulmuş olup, bu yarımada'nın doğusunda ve 2 km açığında Doğu Karadeniz'in tek adası olan Giresun Adası bulunmaktadır. Giresun ili, yüzey şekilleri bakımından engebeli bir görünüme sahiptir ve yüzey şekillerinin çatısını, Karadeniz kıyısı boyunca uzanan oldukça dar ve alçak düzlüklerden oluşan kıyı şeridi ile güneyde Kelkit çayı vadisi arasını kaplayan Giresun Dağları meydana getirir. Kıyı genellikle tepelik bir görünüme sahiptir. Kıyıda 50-60 km içeride kıyıya paralel olarak bir duvar gibi yükselen bu dağların ortalama yüksekliği 2000 m. olmakla birlikte bazı yerlerde 3000 m' yi aşar. Şebinkarahisar, Alucra ve Güce ilçelerini içine alan kesimde ortalama yükseklik 1000-1500 m. civarında olup arazi Kelkit vadisine doğru eğimlidir. Giresun Dağları'nın 2000 m'yi aşan bazı kesimlerinde hayvancılık açısından da önem taşıyan birçok yayla yer alır. Giresun'da isdihdamın büyük bir kısmı tarım ağırlıklı

olmasına rağmen, kırsal nüfus başına düşen tarımsal ürün üretimi ülke ortalamasının altındadır. Giresun'da ayrıca geçim kaynağı olarak su ürünleri üretimi yapılmaktadır (86).

Çalışmanın evrenini; Giresun ili ve ilçelerinde bulunan (Merkez 1, Dereli 2, Espiye 2, Eynesil 1, Piraziz 2, Şebinkarahisar 2, Alucra 1, Çamoluk 1, Yağlıdere 1, Güce 1) 14 yatılı ilköğretim bölge okulunun yatılı ve gündüzlü bölümünde okuyan 4, 5, 6, 7 ve 8. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Belirtilen okullarda 2008–2009 eğitim-öğretim yılında 2244'ü yatılı, 1474'ü gündüzlü olmak üzere toplam 3698 öğrenci öğrenim görmektedir.

Öğrencilerin yaşam kalitesi puanlarının standart sapmasının 15 puan dolayında olacağı ve iki gruptaki öğrencilerin yaşam kalitesi puanları arasında 3 puanlık fark olabileceği kabul edildi. α : 0.05, β = 0.20 alınarak her iki grup için örneklem büyüklüğü 393 olarak hesaplandı. İldeki toplam 14 YİBO'dan, okulların bulunduğu bölge özellikleri ve öğrenci sayıları göz önünde bulundurularak 9 tanesinin araştırmanın kapsamına alınması planlandı. Belirlenen okulların 4–8. sınıflarında 2008 – 2009 eğitim öğretim yılında 1267'si yatılı, 808'i gündüzlü olmak üzere toplam 2075 bulunduğu ve bu öğrencilerin toplam 95 şubede öğrenim gördüğü belirlendi. Sınıflarda ortalama olarak 14 yatılı, 9 gündüzlü olmak üzere 23 öğrenci bulunduğu hesaplandı. Her okuldaki her sınıftan birer şubenin (toplam 45 şube) alınması durumunda, 630'u yatılı, 405'i gündüzlü olmak üzere yaklaşık 1035 öğrenciye ulaşılabileceği tahmin edildi. Araştırmanın sınıflarda grup halinde uygulanması ve anket uygulaması sırasında bazı öğrencilerin sınıftan çıkarılmasının uygun olmayacağı düşünüldüğü için küme örnekleme yapılmasına ve her okuldaki 4-8. sınıflardan rasgele örnekleme ile bir sınıfın seçilmesine ve örnekleme çıkan sınıflardaki bütün öğrencilerin çalışma kapsamına alınmasına karar verildi.

Tablo 3.1. Okullara göre öğrencilerin örnekleme alınma durumları

OKULLAR	Sınıflar									
	4.		5.		6		7		8	
	Mevcut	Alınan	Mevcut	Alınan	Mevcut	Alınan	Mevcut	Alınan	Mevcut	Alınan
Bozat YİBO	40	22	46	23	55	29	52	22	64	32
Şehit Ümit Kılıç YİBO	22	18	30	20	58	32	50	24	57	31
Şehit Öner Güner YİBO	26	23	30	28	36	24	38	22	42	26
Avutmuş YİBO	40	24	42	22	36	25	42	23	58	31
Hasan Ali Yücel YİBO	31	23	28	24	62	26	66	28	64	33
Kaş Dibi 60. yıl YİBO	30	29	60	28	60	28	64	26	86	33
Yavuz Kemal YİBO	16	15	14	12	20	12	18	11	30	14
İsmail Hakkı Öztopal YİBO	48	22	46	23	70	30	82	30	88	36
Şehit Şahin Abanoz YİBO	30	24	28	22	61	34	52	26	67	36
Toplam	283	200	324	202	458	240	417	212	556	272

İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı iznin alınmasından sonra, örnekleme belirlenen YİBO'lar ziyaret edilmiş olup, araştırmacı tarafından okul yöneticileri araştırmanın amacı, yöntemi, uygulama aşamaları konusunda bilgilendirilmiş olup verilerin toplanması için uygun zaman belirlendi. Veriler 01.04.2009–12.06.2009 tarihleri arasında toplandı. Veri toplanması sırasında ortamın sessiz ve rahat olmasına dikkat edildi ve görüşmenin sağlıklı olması için tüm önlemler alındı.

Belirlenen 9 YİBO'nun belirlenen 4,- 8. sınıfları araştırmacı tarafından ziyaret edilerek çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket formu ve pediatrik yaşam kalitesi ölçeği çocuk formu uygulanmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenci olmamıştır. Ölçekler araştırmacının gözetiminde öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Toplam 1264 öğrenciye ulaşılmış olup, uygulamaya katılan bazı öğrencilerin okuma-yazma bilmemesi, yanlış cevaplama veya cevaplayamama gibi

nedenlerle 138 anket ve ölçek formu değerlendirme dışı bırakılmıştır. Böylece 634 yatılı, 492 gündüzlü olmak üzere toplam 1126 öğrenci anketi analiz edildi.

3.2.ANKET FORMU

Anket formu hazırlanırken uzman görüşleri alınmış, konu ile ilgili araştırmalar ve tezler incelenmiştir. Anket formu hazırlandıktan sonra araştırma grubuna benzer özellikteki 30 öğrenciye uygulanmış olup ön çalışma sonrası gerekli düzetmeler yapılmıştır. Anket formu (Ek 3) öğrencilerin ve ailelerinin sosyo-demografik özelliklerine, öğrencilerin sağlık durumları ve sağlık durum algılarına, kişisel hijyen ve uyku alışkanlıklarına, sosyal ilişkilerine, beslenme durumu ve alışkanlıklarına, yaşam alışkanlıklarına, boy-kilo algısına yönelik olmak üzere toplam 49 sorudan oluşmaktadır.

3.3.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümleri standart bir mezura ve digital baskül kullanılarak ölçülmüştür. Baskül el ile taşınabilen 0.5 kg'a duyarlı niteliktedir ve her tartım sonrasında kontrol edilerek herhangi bir ölçüm hatasına yol açması engellenmiştir. Öğrencilerin vücut ağırlıkları; ayakkabısız ve üzerlerinde okul formaları olacak şekilde ölçülmüştür. Tüm öğrencilerden elde edilen değerlerden 0.5 kg çıkarılmıştır. Elde edilen veriler DSÖ'nün 10–14 yaş grubu kız ve erkek adolesanlar için belirlediği kriterlere göre değerlendirilmiştir (Ek 4) (88).

Boy uzunluğu ölçümü; bireyin ayakkabısı çıkartılmış, duvara düz şekilde yaslandırılmıştır. Topuk arkaları, sırtı, omuzları, başın arkası duvara değecek şekilde olması sağlanmıştır. Bireyin gözleri yere paralel olacak şekilde düz olması sağlanmıştır. Ölçüm araştırmacı tarafından, çocuğun başı üzerinden bir cetvel tepe noktasına değdirilerek yapılmıştır ve kaydedilmiştir. Ölçümler sonucunda öğrencilerin Beden Kitle İndeksi hesaplanmıştır. DSÖ'nün yaşa göre boy ve yaşa göre BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirme yapılmıştır. DSÖ yaşa göre boy değerlendirmesinde birey eğer 15. Percentil'in altındaysa kısa, 15-85. percentiller arasındaysa normal, 85 percentil ve üzerindeyse uzun boylu olarak değerlendirildi (DSÖ). Yaşa göre BKİ değerlendirmesinde birey 15. percentil'in altındaysa zayıf, 15-85. percentiller arasındaysa normal, 85- 97. percentiller arasındaysa hafif şişman, 97. percentil'in üzerindeyse şişman olarak değerlendirilmiştir (88).

3.4.PEDİATRİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Pediatric Yaşam Kalitesi Ölçeği (PedsQL) 2–18 yaşları arasındaki çocuk ve adolesanların sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirebilmek amacıyla Varni ve arkadaşları (89) tarafından 15 yıllık bir çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiştir. Bu envanterle DSÖ'nün tanımına paralel olarak çocukların ve adolesanların fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal iyilik halleri sorgulanmaktadır. Türk çocukları için geçerlilik ve güvenilirliği Sönmez ve arkadaşları (90) tarafından yapılmıştır. PedsQL 1-fiziksel fonksiyonlar (8 soru), 2-duygusal fonksiyonlar (5 soru), 3-sosyal fonksiyonlar (5 soru) ve 4-okul fonksiyonlarını (5 soru) kapsayan toplam 23 soruluk çok yönlü bir envanterdir. Değerlendirme 0–100 puan aralığındaki puanlamaya göre yapılmaktadır. Her boyut için ayrı hesaplama yapılmıştır. PedsQL; çocuk ve ebeveyn formu olmak üzere hem çocuklara hem de ebeveynlere uygulanmakta olan bir envanterdir. Ancak çalışmamızda Yatılı bölümde okuyan öğrencilerin, ailelerini sık görememeleri veya aileleriyle hiç görüşmemeleri ya da parçalanmış bir aileye sahip olmaları gibi nedenlerle sadece pediatrik yaşam kalitesi ölçeği formu uygulanmıştır (Ek 3).

Verilerin analizinde SPSS 13 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile yapıldı. Nicel veriler ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde ki kare testi, student t testi, tek yönlü ANOVA (post hoc Scheffe testi) testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $P \leq 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya toplam 1126 öğrenci katılmıştır. Araştırma grubunun %50.2'sini kız öğrenciler, %49.8'ini erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan 4-8. sınıf yatılı ve gündüzlü kız ve erkek öğrenciler benzer oranlardadır. Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü kız ve erkek öğrenciler arasında katılım yönünden anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin %56.3'ünü yatılı öğrenciler, %43.7'sini gündüzlü öğrenciler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre dağılımı

Sınıf	Cinsiyet	Kaldığı Yer							
		Yatılı		Gündüzlü		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
4	Kız	50	50.0	50	50.0	100	50.0	0.000	1.000
	Erkek	50	50.0	50	50.0	100	50.0		
	Toplam	100	100.0	100	100.0	200	100.0		
5	Kız	50	49.0	50	50.0	100	49.5	0.019	0.089
	Erkek	52	51.0	50	50.0	102	50.5		
	Toplam	102	100.0	100	100.0	202	100.0		
6	Kız	65	46.4	50	50.0	115	47.9	0.298	0.585
	Erkek	75	53.6	50	50.0	125	52.1		
	Toplam	140	100.0	100	100.0	240	100.0		
7	Kız	62	55.4	50	50.0	112	52.8	0.608	0.435
	Erkek	50	44.6	50	50.0	100	47.2		
	Toplam	112	100.0	100	100.0	212	100.0		
8	Kız	94	52.2	44	47.8	138	50.7	0.471	0.493
	Erkek	86	47.8	48	52.2	134	49.3		
	Toplam	180	100.0	92	100.0	272	100.0		
4-8.	Kız	321	50.6	244	49.6	565	50.2	0.119	0.730
	Erkek	313	49.4	248	50.4	561	49.8		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin yaş ortalaması 12.5 ± 1.5 , gündüzlü öğrencilerin 12.1 ± 1.5 ’dir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaş ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P < 0.001$). Yatılı öğrencilerin ortalama kardeş sayısı 4.1 ± 1.8 , gündüzlü öğrencilerin 3.5 ± 1.5 ’tir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kardeş sayısı karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$). Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ailelerindeki birey sayısı ortalaması yatılılarda 6.3 ± 2.2 , gündüzlülerde 5.7 ± 1.6 olarak belirlenmiştir ve aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P < 0.001$).

Tablo 4.2. Araştırma grubundaki öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Kaldığı Yer		t	P
	Yatılı	Gündüzlü		
Yaş ($\bar{x} \pm SS$)	12.5 $\pm$ 1.5	12.1 $\pm$ 1.5	3.843	<0.001
Kardeş sayısı ($\bar{x} \pm SS$)	4.1 $\pm$ 1.8	3.5 $\pm$ 1.5	6.622	<0.001
Ailede yaşayan kişi sayısı ($\bar{x} \pm SS$)	6.3 $\pm$ 2.2	5.7 $\pm$ 1.6	5.422	<0.001

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %19.6'sının, gündüzlü öğrencilerin %13.3'ünün annesinin okur-yazar olmadığı, yatılı öğrencilerin %9.5'inin, gündüzlü öğrencilerin %6'sının annesi'nin diplomasız okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyi karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P < 0.001$). Öğrencilerin babalarının öğrenim düzeyine bakıldığında yatılı öğrencilerin %5.3'ünün, gündüzlü öğrencilerin %3.6'sının babasının okur-yazar olmadığı, yatılı öğrencilerin %8.6'sının, gündüzlü öğrencilerin %6.1'inin babasının diplomasız okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin babalarının öğrenim düzeyi karşılaştırıldığında, yatılı ve gündüzlü öğrencilerin babalarının öğrenim düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P < 0.001$). Yatılı öğrencilerin %92.9'unun, gündüzlü öğrencilerin %91.1'inin annesi, yatılı öğrencilerin %56.1'inin, gündüzlü öğrencilerin %38.4'ünün babası çalışmamaktadır. Öğrencilerin annelerinin çalışma durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($P > 0.05$), babalarının çalışma durumları açısından anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P < 0.001$). Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %1.9'unun, gündüzlü öğrencilerin %2.2'sinin annesinin hayatta olmadığı, yatılı öğrencilerin %4.9'unun, gündüzlü öğrencilerin %3.3'ünün babasının hayatta olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ebeveyn özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Gruplar	Kaldığı Yer							
		Yatılı		Gündüzlü		Toplam		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Annenin öğrenim durumu	Okur-yazar değil	122	19.6	64	13.3	186	16.5	34.401	0.000
	Okur-yazar	59	9.5	29	6.0	88	7.8		
	İlkokul	363	58.4	272	56.6	635	56.4		
	Ortaokul	55	8.8	69	14.3	124	11.1		
	Lise	17	2.7	39	8.1	56	5.0		
	Üniversite	6	1.0	8	1.7	14	1.2		
	Toplam	622	100.0	481	100.0	1126	100.0		
Babanın öğrenim durumu	Okur-yazar değil	32	5.3	17	3.6	49	4.3	49.298	0.000
	Okur-yazar	52	8.6	29	6.1	81	7.2		
	İlkokul	355	58.9	220	46.2	575	51.2		
	Ortaokul	102	16.9	88	18.5	190	16.9		
	Lise	44	7.3	83	17.4	127	11.3		
	Üniversite	18	3.0	39	8.2	57	5.1		
	Toplam	603	100.0	476	100.0	1126	100.0		
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	578	92.9	438	91.1	1016	92.1	1.300	0.254
	Çalışıyor	44	7.1	43	8.9	87	7.9		
	Toplam	622	100.0	481	100.0	1103	100.0		
Babanın çalışma durumu	Çalışmıyor	338	56.1	183	38.4	521	48.3	63.068	0.000
	Çalışıyor	265	43.9	293	61.6	558	51.7		
	Toplam	603	100.0	476	100.0	1079	100.0		
Annenin hayatta olma durumu	Yaşıyor	622	98.1	481	97.8	1103	98.0	0.037	0.848
	Yaşamıyor	12	1.9	11	2.2	23	2.0		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Babanın hayatta olma durumu	Yaşıyor	603	95.1	476	96.7	1079	95.8	1.470	0.225
	Yaşamıyor	31	4.9	16	3.3	47	4.2		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

4.2 ARAŞTIRMA GRUBUNDAKİ ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIK DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama durumları incelendiğinde, Yatılı öğrencilerin %27.2'si sağlık durumunu orta, %4.7'si kötü olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %17.8'i sağlık durumunu orta, %2.8'ini kötü olarak değerlendirmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin gündüzlü öğrencilere göre sağlıklarını daha büyük oranda orta ve kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($P<0.001$).

Tablo 4.4. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi sağlığını değerlendirme durumu

Kaldığı Yer	Sağlığı Değerlendirme Durumu										X²	P
	Çok İyi		İyi		Orta		Kötü		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yatılı	148	23.3	283	44.6	173	27.2	30	4.7	634	100.0	23.697	0.000
Gündüzlü	165	33.5	225	45.7	88	17.8	14	2.8	492	100.0		

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %27'si, gündüzlü öğrencilerin %29.5'i ellerini günde 1-4 kez yıkadığını, yatılı öğrencilerin %5.5'i, gündüzlü öğrencilerin %5.9'u diş fırçası olmadığını belirtmiştir. Yatılı öğrencilerin %44.6'sı, gündüzlü öğrencilerin 46.9'u dişlerini ara sıra fırçaladığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %6.9'u, gündüzlü öğrencilerin %7.3'ü tırnaklarını ayda bir kez kestğini, yatılı öğrencilerin % 5.4'ü, gündüzlü öğrencilerin %2.6' sını iki haftada bir banyo yaptığını belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrenciler sağlık alışkanlıklarına göre karşılaştırıldığında; el yıkama sıklığı, diş fırçası olma durumu, diş fırçalama sıklığı, tırnak kesme sıklığı açısından aralarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Banyo yapma sıklığı açısından gündüzlü öğrencilerin yatılı öğrencilere göre daha az sıklıkla banyo yaptığını belirlenmiş olup aralarındaki fark anlamlıdır ($P<0.05$).

Tablo 4.5. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlık alışkanlıklarına göre dağılımı

Özellikler	Gruplar	Kaldığı Yer				Toplam		X ²	P
		Yatılı		Gündüzlü					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
El yıkama sıklığı	1-4 kez	171	27.0	145	29.5	316	28.1	3.873	0.275
	5-9 kez	236	37.2	196	39.8	432	38.4		
	10-14 kez	101	15.9	61	12.4	162	14.4		
	15+	126	19.9	90	18.3	216	19.1		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Diş fırçası	Yok	35	5.5	29	5.9	64	5.7	0.072	0.788
	Var	599	94.5	463	94.1	1062	94.3		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Diş fırçalama sıklığı	Hiç	26	4.1	22	4.5	48	4.3	0.813	0.666
	Ara sıra	283	44.6	231	46.9	514	45.7		
	Düzenli	325	51.3	239	48.6	564	50.0		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Tırnak kesme sıklığı	Her hafta	543	85.7	425	86.4	968	86.0	1.914	0.590
	Ayda iki kez	44	6.9	29	5.9	73	6.5		
	Ayda bir kez	41	6.6	36	7.3	77	6.8		
	Uzadığında	6	0.9	2	0.4	8	0.7		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Banyo yapma sıklığı	Her gün	44	6.9	26	5.3	70	6.2	12.815	0.012
	İki günde bir	123	19.4	80	16.3	203	18.0		
	Üç günde bir	145	22.9	104	21.1	249	22.1		
	Haftada bir	288	45.4	269	54.7	557	49.5		
	İki haftada bir	34	5.4	13	2.6	47	4.2		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Tablo 4.6’da araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %11.4’ü uyku süresini fazla, %23.5’i az olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %11’i uyku süresini fazla, %12.8’i az olarak değerlendirmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin uyku süreleri karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin daha büyük oranda uyku sürelerini az bulduğu belirlenmiş olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$). Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %29’u, gündüzlü öğrencilerin %20.3’ü uyku sorunu olduğunu belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin uyku sorunu yaşama durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin uyku özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Kaldığı Yer						X^2	P
	Yatılı		Gündüzlü		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Uyku Süresi								
Normal	413	65.1	375	76.2	788	70.0	21.729	0.000
Fazla	72	11.4	54	11.0	126	11.0		
Az	149	23.5	63	12.8	212	19.0		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Uyku Sorunu								
Evet	184	29.0	100	20.3	284	25.0	11.109	0.001
Hayır	450	71.0	392	79.7	842	75.0		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %68.9’u ders çalışma koşullarını iyi, %26.8’i orta, %4.3’ü kötü olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %72.4’ü ders çalışma koşullarını iyi, %25.8’i orta, %1.8’i kötü olarak değerlendirmiştir. Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %32.3’ü okul başarı durumunu orta olarak, %3.2’si kötü olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %27.8’i okul başarı durumunu orta olarak, %2’si kötü olarak değerlendirmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrenciler ders çalışma koşullarını değerlendirme durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Yatılı ve gündüzlü öğrenciler okul başarılarını değerlendirme durumları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.7. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrenci beyanlarına göre ders çalışma koşulları ve okul başarı durumlarının dağılımı

Özellikler	Gruplar	Kaldığı Yer				Toplam		X ²	P
		Yatılı		Gündüzlü					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Ders çalışma koşulları	İyi	437	68.9	356	72.4	793	70.4	5.682	0.058
	Orta	170	26.8	127	25.8	297	26.4		
	Kötü	27	4.3	9	1.8	36	3.2		
	Toplam	634	100	492	100	1126	100.0		
Okuldaki başarısı	Çok İyi	113	17.8	104	21.1	217	19.3	6.996	0.136
	İyi	291	45.9	240	48.9	531	47.2		
	Orta	205	32.3	137	27.8	342	30.4		
	Kötü	25	4.0	10	2.2	35	3.0		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %60.9'u, gündüzlü öğrencilerin %62.2'si öğretmenleri ile ilişkisini çok iyi, yatılı öğrencilerin %6.9'u, gündüzlü öğrencilerin %3.5'i öğretmenleri ile ilişkisini orta olarak değerlendirmiştir. Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %56.5'i gündüzlü öğrencilerin %59.8'i arkadaşları ile ilişkisini çok iyi, yatılı öğrencilerin %8.8'i, gündüzlü öğrencilerin %7.5'i arkadaşları ile ilişkisini orta olarak değerlendirmiştir. Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %79.2'si, gündüzlü öğrencilerin %79.5'i ailesiyle olan ilişkisini çok iyi, yatılı öğrencilerin %3.3'ü, gündüzlü öğrencilerin %3.9'u ailesi ile ilişkilerini orta olarak değerlendirmiştir. Her grupta kötü ve çok kötü seçenekleri birleştirilmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin öğretmenleri, arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkileri ile aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.8. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin öğretmenleri, arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkilerini değerlendirme durumları

Özellikler	Gruplar	Kaldığı Yer				Toplam		X²	P
		Yatılı		Gündüzlü					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Öğretmenleriyle İlişkisi	Çok İyi	386	60.9	306	62.2	692	61.5	8.790	0.067
	İyi	194	30.6	163	33.1	357	31.7		
	Orta	44	6.9	17	3.5	61	5.4		
	Kötü	10	1.6	6	1.2	16	1.4		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Arkadaşlarıyla İlişkisi	Çok İyi	358	56.5	294	59.8	652	58.0	2.005	0.735
	İyi	208	32.8	151	30.7	359	31.9		
	Orta	56	8.8	37	7.5	93	8.2		
	Kötü	12	1.9	10	2.0	22	1.9		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Ailesiyle İlişkisi	Çok İyi	502	79.2	391	79.5	893	79.3	2.072	0.723
	İyi	97	15.3	76	15.4	173	15.4		
	Orta	21	3.3	19	3.9	40	3.6		
	Kötü	14	2.2	6	1.2	20	1.7		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırma grubundaki yatılı öğrencilerin %6'sı, gündüzlü öğrencilerin %4.9'u günde 1-2 öğün yemek yediğini belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin günlük öğün sayısı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %66.7'si, gündüzlü öğrencilerin %63'ü bazen öğün atladığını belirtmiştir. Yatılı öğrencilerin %52.7'si, gündüzlü öğrencilerin %47.1'i öğle öğününü atladığını belirtmiştir. Öğrencilerin diyet yapma durumları değerlendirildiğinde yatılı öğrencilerin %13.6'sı, gündüzlü öğrencilerin %13.4'ü diyet yaptığını belirtmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin beslenme özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Gruplar	Kaldığı Yer				Toplam		X ²	P
		Yatılı		Gündüzlü					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Öğün sayısı	Cevap vermeyen	130	20.5	123	25.0	253	22.5	27.334	0.000
	Bir öğün	5	0.8	0	0.0	5	0.4		
	İki öğün	33	5.2	24	4.9	57	5.1		
	Üç öğün	382	60.2	244	49.6	626	55.5		
	Dört öğün	75	11.8	79	16.1	154	13.7		
	Beş ve üzeri öğün	9	1.5	22	4.4	31	2.8		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Öğün atlama durumu	Her zaman atlar	38	6.0	26	5.3	64	5.7	2.684	0.261
	Bazen atlar	423	66.7	310	63.0	733	65.1		
	Hiç atlamaz	173	27.3	156	31.7	329	29.2		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Atladığı öğün	Sabah	106	19.8	103	25.8	209	22.3	4.760	0.190
	Öğle	334	62.3	232	58.0	566	60.5		
	Akşam	96	17.9	65	16.2	161	17.2		
	Toplam	536	100.0	400	100.0	936	100.0		
Diyet yapma durumu	Yapıyor	86	13.6	66	13.4	152	13.5	0.005	0.942
	Yapmıyor	548	86.4	426	86.6	974	86.5		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Sevdiği yemekler	Et yemekleri	147	23.2	139	28.2	286	25.4	4.572	0.102
	Hamurlu yemekler	143	22.5	114	23.2	257	22.8		
	Sebze yemekleri	344	54.3	239	48.6	583	51.8		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %1.9'unun, gündüzlü öğrencilerin %2.2'sinin sigara içtiği belirlenmiştir. Sigara içme durumları açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.10. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sigara içme durumlarına göre dağılımı

Sigara İçme Durumu	Kaldığı Yer						X ²	P
	Yatılı		Gündüzlü		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İçiyor	12	1.9	11	2.2	23	2.0	0.037	0.848
İçmiyor	622	98.1	481	97.8	1003	98.0		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %73.3'ü, gündüzlü öğrencilerin %78'i spor yaptığını belirtmiştir. Spor yapma durumu açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.11. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin spor yapma durumlarına göre dağılımı

Spor Yapma Durumu	Kaldığı Yer				Toplam		X ²	P
	Yatılı		Gündüzlü					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yapıyor	465	73.3	384	78.0	849	75.4	3.306	0.069
Yapmıyor	169	26.7	108	22.0	277	24.6		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırmaya katılan öğrencilerin boy ve ağırlık algılarını değerlendirme durumları incelendiğinde, yatılı öğrencilerin %64.7'si, gündüzlü öğrencilerin %68.5'i boyunu normal olarak değerlendirirken, yatılı öğrencilerin %17.5'inin, gündüzlü öğrencilerin %10.6'sının kendisini kısa boylu olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy algıları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin daha büyük oranda kendisini kısa boylu olarak değerlendirdiği belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.01$).

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %66.1'i, gündüzlü öğrencilerin %61.4'ü kendisini normal ağırlıkta olarak değerlendirirken yatılı öğrencilerin %15.9'u kendisini zayıf, %13.9'u kendisini hafif şişman olarak değerlendirmektedir. Gündüzlü öğrencilerin ise %17.7'si kendisini zayıf, %16.4'ü hafif şişman olarak değerlendirmektedir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ağırlıklarını değerlendirmeleri açısından aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P<0.05$).

Yatılı öğrencilerin %28.1'inin, gündüzlü öğrencilerin %30.7'sinin kilosundan memnun olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ve ağırlıklarını değerlendirme durumlarının dağılımı

Özellikler	Değerlendirme	Kaldığı Yer				Toplam		X ²	P
		Yatılı		Gündüzlü					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Boyunu Değerlendirmesi	Normal	410	64.7	337	68.5	747	66.3	11.234	0.004
	Uzun	113	17.8	103	20.9	216	19.2.		
	Kısa	111	17.5	52	10.6	163	14.5		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Ağırlığını Değerlendirmesi	Zayıf	101	15.9	87	17.7	188	16.7	2.789	0.425
	Normal	419	66.1	302	61.4	721	64.0		
	Hafif şişman	88	13.9	81	16.4	169	15.0		
	Şişman	26	4.1	22	4.5	48	4.3		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		
Kilosundan Memnun Olma	Memnun	456	71.9	341	69.3	797	70.8	0.916	0.338
	Memnun değil	178	28.1	151	30.7	329	292		
	Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre ağırlık, boy ve beden kitle indeksi durumları değerlendirildiğinde; 4. sınıf yatılı öğrencilerinin boy ortalamaları 135.9 ± 6.0 , gündüzlü öğrencilerin 136 ± 6.7 olarak bulunmuştur. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$). 4. sınıf yatılı öğrencilerin ağırlık ortalamaları 30.7 ± 4.2 , gündüzlü öğrencilerin 31.9 ± 6.6 olarak belirlenmiştir. 4. sınıf öğrencilerinin BKİ ortalamaları 16.5 ± 1.6 olarak, gündüzlü öğrencilerin 17.0 ± 2.9 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$).

Araştırma grubundaki 5. sınıf yatılı bölüm öğrencilerinin boy ortalaması 141 ± 7.7 , gündüzlü öğrencilerin 142.4 ± 7.1 'dir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$). 5. sınıf yatılı öğrencilerin ağırlık ortalamaları 34.4 ± 5.7 , gündüzlü öğrencilerin 35.5 ± 6.7 olarak belirlenmiştir. 5. sınıf öğrencilerinin BKİ ortalamaları 17.2 ± 1.6 olarak, gündüzlü öğrencilerin 17.4 ± 2.4 olarak belirlenmiştir.

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$).

Araştırma grubundaki 6. sınıf yatılı bölüm öğrencilerinin boy ortalaması 143.9 ± 6.7 , gündüzlü öğrencilerin 146.4 ± 7.8 'dir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P<0.05$). 6. sınıf yatılı öğrencilerin ağırlık ortalamaları 38.0 ± 7.2 , gündüzlü öğrencilerin 39.6 ± 8.4 olarak belirlenmiştir. 6. sınıf öğrencilerinin BKİ ortalamaları 18.2 ± 2.5 olarak, gündüzlü öğrencilerin 18.3 ± 2.6 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$).

Araştırma grubundaki 7. sınıf yatılı bölüm öğrencilerinin boy ortalaması 150.2 ± 8.1 , gündüzlü öğrencilerin 152.1 ± 7.9 'dur. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$). 7. sınıf yatılı öğrencilerin ağırlık ortalamaları 43.3 ± 8.1 , gündüzlü öğrencilerin 43.3 ± 9.1 olarak belirlenmiştir. 7. sınıf öğrencilerinin BKİ ortalamaları 19.1 ± 2.7 olarak, gündüzlü öğrencilerin 18.5 ± 2.7 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$).

Araştırma grubundaki 8. sınıf yatılı bölüm öğrencilerinin boy ortalaması 158.1 ± 8.1 , gündüzlü öğrencilerin 157.5 ± 9.1 'dir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$). 8. sınıf yatılı öğrencilerin ağırlık ortalamaları 48.5 ± 8.8 , gündüzlü öğrencilerin 48.6 ± 9.6 olarak belirlenmiştir. 8. sınıf öğrencilerinin BKİ ortalamaları 19.3 ± 2.7 olarak, gündüzlü öğrencilerin 19.4 ± 2.7 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P>0.05$).

Tablo 4.13. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre ağırlık, boy ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması

Sınıflar	Özellikler	Araştırma Grupları				t	P
		Yatılı		Gündüzlü			
		n	($\bar{x} \pm SS$)	n	($\bar{x} \pm SS$)		
4.	Boy	100	135.9 $\pm$ 6.6	100	136.6 $\pm$ 6.7	0.708	0.479
	Ağırlık	100	30.7 $\pm$ 4.2	100	31.9 $\pm$ 6.6	1.494	0.137
	BKİ	100	16.5 $\pm$ 1.6	100	17.0 $\pm$ 2.9	1.324	0.187
5.	Boy	102	141 $\pm$ 7.7	100	142.4 $\pm$ 7.1	1.301	0.195
	Ağırlık	102	34.4 $\pm$ 5.7	100	35.5 $\pm$ 6.7	1.289	0.199
	BKİ	102	17.2 $\pm$ 1.6	100	17.4 $\pm$ 2.4	0.769	0.443
6.	Boy	140	143.9 $\pm$ 6.7	100	146.4 $\pm$ 7.8	2.634	0.009
	Ağırlık	140	38.0 $\pm$ 7.2	100	39.6 $\pm$ 8.4	1.559	0.120
	BKİ	140	18.2 $\pm$ 2.5	100	18.3 $\pm$ 2.6)	0.126	0.900
7.	Boy	112	18.2 $\pm$ 2.5	100	152.1 $\pm$ 7.9	1.695	0.092
	Ağırlık	112	43.3 $\pm$ 8.1	100	43.3 $\pm$ 9.1	0.021	0.983
	BKİ	112	19.1 $\pm$ 2.7	100	18.5 $\pm$ 2.7	1.397	0.164
8.	Boy	180	158.1 $\pm$ 8.1	92	157.5 $\pm$ 9.1	0.613	0.540
	Ağırlık	180	48.5 $\pm$ 8.8	92	48.6 $\pm$ 9.6	0.083	0.934
	BKİ	180	19.3 $\pm$ 2.7	92	19.4 $\pm$ 2.7	0.448	0.654

Tablo 14'te araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %28.4'ünün kısa boylu, %63.1'inin normal boyda, %8.5'inin uzun boylu olduğu belirlenmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %22.4'ünün kısa boylu, %63.8'inin normal boyda ve %13.8'inin uzun boylu olduğu belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre boy durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.01$).

Tablo 4. 14. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre boy durumu açısından karşılaştırılması

Yaşa Göre Boy	Kaldığı Yer				Toplam		X²	P
	Yatılı		Gündüzlü					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kısa	180	28.4	110	22.4	290	25.8	11.131	0.004
Normal	400	63.1	314	63.8	714	63.4		
Uzun	54	8.5	68	13.8	122	10.8		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Tablo 15'te araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %11'inin zayıf, %77'sinin normal ağırlıkta, %9.5'inin hafif şişman ve %2.5'ini şişman olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gündüzlü öğrencilerin %15.4'ünün zayıf, %67.3'ünün normal ağırlıkta, %12.8'inin hafif şişman ve %4.5'inin şişman olduğu belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre ağırlık durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P<0.01$).

Tablo 4. 15. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre ağırlık durumu açısından karşılaştırılması

Yaşa Göre Ağırlık	Kaldığı Yer				Toplam		X²	P
	Yatılı		Gündüzlü					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Zayıf	70	11.0	76	15.4	146	13.0	13.673	0.003
Normal	488	77.0	331	67.3	819	72.7		
Hafif Şişman	60	9.5	63	12.8	123	10.9		
Şişman	16	2.5	22	4.5	38	3.4		
Toplam	634	100.0	492	100.0	1126	100.0		

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ölçülen ve DSÖ'nün (88) yaşa göre boy standartlarına göre sınıflandırılan, yaşa göre boy durumları ile öğrencilerin kendi algıladıkları boy durumları arasındaki uyum değerlendirildiğinde; yatılı öğrencilerden boyu kısa olarak belirlenen 180 öğrencinin %30.6'sı kendisini kısa boylu, %63.3'ü normal, %6.1'i uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu normal olarak belirlenen 400 öğrencinin %13.3'ü kendisini kısa boylu, %68'i normal, %18.8'i uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu uzun olarak belirlenen 54 öğrencinin %5.6'sı kendisini kısa boylu, %44.4'ü normal, %50'si uzun boylu olarak değerlendirmiştir.

Yatılı öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan boyları ile kendi boylarını değerlendirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.001$).

Araştırmaya katılan gündüzlü öğrencilerden boyu kısa olarak belirlenen 110 öğrencinin %30'u kendisini kısa boylu, %61.8'i normal, %8.2'si uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu normal olarak belirlenen 314 öğrencinin %5.4'ü kendisini kısa boylu, %77.1'i normal, %17.5'i uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu uzun olarak belirlenen 68 öğrencinin %2.9'u kendisini kısa boylu, %39.7'si normal, %57.4'ü uzun boylu olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan boyları ile kendi boylarını değerlendirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.001$).

Tablo 4.16. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi boyunu değerlendirmesi ile ölçümle elde edilen yaşa göre boy sınıflaması arasındaki uyum

Gruplar	Kendi Boyunu Değerlendirmesi		Yaşa Göre Boy Durumu			
			Kısa	Normal	Uzun	Toplam
Yatılı	Kısa	Sayı	55	53	3	111
		%	30,6	13,3	5,6	17,5
	Normal	Sayı	114	272	24	410
		%	63,3	68,0	44,4	64,7
	Uzun	Sayı	11	75	27	113
		%	6,1	18,8	50,0	17,8
	Toplam	Sayı	180	400	54	634
		%	100,0	100,0	100,0	100,0
Uyum			Kappa = 0.163, P < 0.001			
Gündüzlü	Kısa	Sayı	33	17	2	52
		%	30,0	5,4	2,9	10,6
	Normal	Sayı	68	242	27	337
		%	61,8	77,1	39,7	68,5
	Uzun	Sayı	9	55	39	103
		%	8,2	17,5	57,4	20,9
	Toplam	Sayı	110	314	68	492
		%	100.0	100.0	100.0	100.0
Uyum			Kappa = 0.291, P<0.001			

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ölçülen ve DSÖ'nün (88) yaşa göre ağırlık standartlarına göre sınıflandırılan yaşa göre ağırlık durumları ile öğrencilerin kendi değerlendirdikleri ağırlık durumları arasındaki uyum değerlendirildiğinde; Yatılı öğrencilerden zayıf olarak değerlendirilen 70 öğrencinin %37.1'i kendisini zayıf, %60'ı normal, %2.9'u hafif şişman olarak değerlendirmiştir. Normal olarak değerlendirilen 488 öğrencinin %15'i kendisini zayıf, %71.1'i normal, %11.1'i hafif şişman, %2.9'u şişman olarak değerlendirmiştir. Hafif şişman olarak değerlendirilen 60 öğrencinin %3.3'ü kendisini zayıf, %45'i normal, %41.7'si hafif şişman, %10'u şişman olarak değerlendirmiştir. Şişman olarak değerlendirilen 16 öğrencinin %18.8'i kendisini normal, %43.8'i hafif şişman, %37.5'i şişman olarak değerlendirmiştir.

Yatılı öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan boyları ile kendi boylarını değerlendirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.001$).

Araştırmaya katılan gündüzlü öğrencilerden zayıf olarak değerlendirilen 76 öğrencinin %44.7'si kendisini zayıf, %55.3'ü normal, değerlendirmiştir. Normal olarak değerlendirilen 331 öğrencinin %15.1'i kendisini zayıf, %71.9'u normal, %10.6'sı hafif şişman, %2.4'ü şişman olarak değerlendirmiştir. Hafif şişman olarak değerlendirilen 63 öğrencinin %4.8'i kendisini zayıf, %30.2'si normal, %58.7'si hafif şişman, %6.3'ü şişman olarak değerlendirmiştir. Şişman olarak değerlendirilen 22 öğrencinin %13.6'sı kendisini normal, %40.9'u hafif şişman, %45.5'i şişman olarak değerlendirmiştir.

Gündüzlü öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan ağırlıkları ile kendi ağırlıklarını değerlendirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.001$).

Tablo 4.17. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kendi ağırlığını değerlendirmesi ile ölçülen ağırlık ve boy değerlerinden belirlenen yaşa göre ağırlık sınıflaması arasındaki uyum

Gruplar	Kendi Ağırlığını Değerlendirmesi		Yaşa Göre Ağırlık Durumu				
			Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman	Toplam
Yatılı	Zayıf	Sayı	26	73	2	0	101
		%	37.1	15.0	3.3	0	15.9
	Normal	Sayı	42	347	27	3	419
		%	60.0	71.1	45.0	18.8	66.1
	Hafif Şişman	Sayı	2	54	25	7	88
		%	2.9	11.1	41.7	43.8	13.9
	Şişman	Sayı	0	14	6	6	26
		%	0.0	2.9	10.0	37.5	4.1
	Toplam	Sayı	70	488	60	16	634
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Uyum			Kappa = 0.211, P < 0.001				
Gündüzlü	Zayıf	Sayı	34	50	3	0	87
		%	44.7	15.1	4.8	0	17.7
	Normal	Sayı	42	238	19	3	302
		%	55.3	71.9	30.2	13.6	61.4
	Hafif Şişman	Sayı	0	35	37	9	81
		%	0.0	10.6	58.7	40.9	16.5
	Şişman	Sayı	0	8	4	10	22
		%	0.0	2.4	6.3	45.5	4.5
	Toplam	Sayı	76	331	63	22	492
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Uyum			Kappa = 0.345, P<0.001				

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin cinsiyete göre yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yatılı kız öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 69.0 ± 17.9 , gündüzlü öğrencilerin 72.2 ± 15.7 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı kız öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalamaları 64.4 ± 22.2 , gündüzlü öğrencilerin 69.9 ± 20.6 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları 77.1 ± 20.5 , gündüzlü öğrencilerin 81.9 ± 18.4 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı kız öğrencilerin okul fonksiyon puan ortalamaları 66.4 ± 18.8 , gündüzlü öğrencilerin 69.8 ± 17.9 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin okul fonksiyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı kız öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları 69.3 ± 16.6 , gündüzlü öğrencilerin 73.9 ± 14.6 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı kız öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 69.2 ± 15.7 , gündüzlü öğrencilerin 73.3 ± 13.7 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$).

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin cinsiyete göre yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yatılı erkek öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 73.8 ± 18.3 , gündüzlü öğrencilerin 77.7 ± 16.4 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı erkek öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalamaları 73.2 ± 19.7 , gündüzlü öğrencilerin 76.7 ± 19.0 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları 77.0 ± 20.9 , gündüzlü öğrencilerin 81.7 ± 18.5 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı erkek öğrencilerin okul fonksiyon puan ortalamaları 68.1 ± 18.7 , gündüzlü öğrencilerin 71.0 ± 19.9 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin okul fonksiyon puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$). Yatılı erkek öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları 72.8 ± 16.1 , gündüzlü

öğrencilerin 76.4 ± 16.0 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$). Yatılı erkek öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 73.1 ± 15.6 , gündüzlü öğrencilerin 76.9 ± 14.9 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$).

Tablo 4.18. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin cinsiyete göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

Cins	Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	Araştırma Grupları					
			Yatılı	Gündüzlü		t	P
		n	($\bar{X} \pm SS$)	n	($\bar{X} \pm SS$)		
Kız	Fiziksel sağlık puanı	321	69.0 ± 17.9	244	72.2 ± 15.7	2.259	0.024
	Duygusal sağlık puanı	321	64.4 ± 22.2	244	69.9 ± 20.6	3.027	0.003
	Sosyal sağlık puanı	321	77.1 ± 20.5	244	81.9 ± 18.4	2.928	0.004
	Okul fonksiyon puanı	321	66.4 ± 18.8	244	69.8 ± 17.9	2.216	0.027
	Psiko-sosyal sağlık puanı	321	69.3 ± 16.6	244	73.9 ± 14.6	3.470	0.001
	Toplam yaşam kalitesi puanı	321	69.2 ± 15.7	244	73.3 ± 13.7	3.310	0.001
Erkek	Fiziksel sağlık puanı	313	73.8 ± 18.3	248	77.7 ± 16.4	2.668	0.008
	Duygusal sağlık puanı	313	73.2 ± 19.7	248	76.7 ± 19.0	2.133	0.033
	Sosyal sağlık puanı	313	77.0 ± 20.9	248	81.7 ± 18.5	2.794	0.005
	Okul fonksiyon puanı	313	68.1 ± 18.7	248	71.0 ± 19.9	1.718	0.086
	Psiko-sosyal sağlık puanı	313	72.8 ± 16.1	248	76.4 ± 16.0	2.684	0.007
	Toplam yaşam kalitesi puanı	313	73.1 ± 15.6	248	76.9 ± 14.9	2.897	0.004

Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; 4. sınıf yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 67.0 ± 20.5 , gündüzlü öğrencilerin 72.4 ± 16.5 olarak belirlenmiştir. 4. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P < 0.05$). 4. sınıf öğrencilerinin

toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 67.5 ± 18.3 , gündüzlü öğrencilerin 74.1 ± 14.2 olarak belirlenmiştir. 4. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($P < 0.01$).

5. sınıf öğrencilerinin fiziksel sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 70.9 ± 17.8 , gündüzlü öğrencilerin 77.5 ± 17.8 olarak belirlenmiştir. 5. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P < 0.05$). 5. sınıf öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 71.9 ± 15.0 , gündüzlü öğrencilerin 70.0 ± 15.1 olarak belirlenmiştir. 5.sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.05$).

6. sınıf öğrencilerinin fiziksel sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 67.7 ± 19.4 , gündüzlü öğrencilerin 72.1 ± 16.2 olarak belirlenmiştir. 6. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$). 6. sınıf öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 67.3 ± 16.6 , gündüzlü öğrencilerin 72.3 ± 14.9 olarak belirlenmiştir. 6.sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.05$).

7. sınıf öğrencilerinin fiziksel sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 71.3 ± 17.5 , gündüzlü öğrencilerin 76.7 ± 15.7 olarak belirlenmiştir. 7. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($P < 0.05$). 7. sınıf öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 71.0 ± 14.7 , gündüzlü öğrencilerin 76.2 ± 14.7 olarak belirlenmiştir. 7.sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.01$).

8. sınıf öğrencilerinin fiziksel sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları 76.9 ± 15.1 , gündüzlü öğrencilerin 76.3 ± 14.6 olarak belirlenmiştir. 8. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($P > 0.05$). 8. sınıf öğrencilerinin toplam

yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları 75.7 ± 13.2 , gündüzlü öğrencilerin 76.0 ± 13.1 olarak belirlenmiştir. 7.sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark yoktur ($P > 0.05$).

Tablo 4.19. Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

Sınıflar	Yaşam kalitesi alt boyutları	Araştırma Grupları				t	P
		n	Yatılı ($\bar{x} \pm SS$)	n	Gündüzlü ($\bar{x} \pm SS$)		
4.	Fiziksel sağlık puanı	100	67.0 $\pm$ 20.5	100	72.4 $\pm$ 16.5	2.058	0.041
	Duygusal sağlık puanı	100	65.8 $\pm$ 23.0	100	72.4 $\pm$ 19.8	2.154	0.033
	Sosyal sağlık puanı	100	70.5 $\pm$ 23.0	100	79.1 $\pm$ 19.0	2.889	0.004
	Okul fonksiyon puanı	100	67.0 $\pm$ 21.1	100	73.7 $\pm$ 19.7	2.332	0.021
	Psiko-sosyal sağlık puanı	100	67.7 $\pm$ 18.8	100	75.1 $\pm$ 15.8	2.973	0.003
	Toplam yaşam kalitesi puanı	100	67.5 $\pm$ 18.3	100	74.1 $\pm$ 14.2	2.864	0.005
5.	Fiziksel sağlık puanı	102	70.9 $\pm$ 17.8	100	77.5 $\pm$ 17.8	2.602	0.010
	Duygusal sağlık puanı	102	72.2 $\pm$ 20.7	100	74.8 $\pm$ 20.5	912	0.363
	Sosyal sağlık puanı	102	76.5 $\pm$ 19.9	100	81.1 $\pm$ 19.7	1.659	0.099
	Okul fonksiyon puanı	102	68.8 $\pm$ 19.0	100	74.1 $\pm$ 16.6	2.097	0.037
	Psiko-sosyal sağlık puanı	102	72.5 $\pm$ 15.4	100	76.7 $\pm$ 15.7	1.907	0.058
	Toplam yaşam kalitesi puanı	102	71.9 $\pm$ 15.0	100	77.0 $\pm$ 15.1	2.358	0.019
6.	Fiziksel sağlık puanı	140	67.7 $\pm$ 19.4	100	72.1 $\pm$ 16.2	1.829	0.069
	Duygusal sağlık puanı	140	66.1 $\pm$ 21.9	100	70.1 $\pm$ 20.8	1.408	0.160
	Sosyal sağlık puanı	140	71.0 $\pm$ 21.2	100	79.3 $\pm$ 18.5	3.240	0.001
	Okul fonksiyon puanı	140	64.3 $\pm$ 20.1	100	67.8 $\pm$ 20.9	1.292	0.198
	Psiko-sosyal sağlık puanı	140	67.1 $\pm$ 17.4	100	72.4 $\pm$ 16.1	2.401	0.017
	Toplam yaşam kalitesi puanı	140	67.3 $\pm$ 16.6	100	72.3 $\pm$ 14.9	2.403	0.017
7.	Fiziksel sağlık puanı	112	71.3 $\pm$ 17.5	100	76.7 $\pm$ 15.7	2.362	0.019
	Duygusal sağlık puanı	112	68.0 $\pm$ 20.5	100	74.9 $\pm$ 20.5	2.449	0.015
	Sosyal sağlık puanı	112	78.8 $\pm$ 20.9	100	84.9 $\pm$ 16.4	2.375	0.018
	Okul fonksiyon puanı	112	65.5 $\pm$ 16.5	100	68.2 $\pm$ 18.0	1.094	0.275
	Psiko-sosyal sağlık puanı	112	70.8 $\pm$ 15.5	100	76.0 $\pm$ 14.9	2.480	0.014
	Toplam yaşam kalitesi puanı	112	71.0 $\pm$ 14.7	100	76.2 $\pm$ 14.7	2.631	0.009
8.	Fiziksel sağlık puanı	180	76.9 $\pm$ 15.1	92	76.3 $\pm$ 14.6	0.287	0.075
	Duygusal sağlık puanı	180	71.0 $\pm$ 21.1	92	74.6 $\pm$ 18.8	1.407	0.161
	Sosyal sağlık puanı	180	84.7 $\pm$ 16.2	92	84.8 $\pm$ 18.0	0.052	0.958
	Okul fonksiyon puanı	180	69.8 $\pm$ 17.4	92	68.0 $\pm$ 18.3	0.786	0.433
	Psiko-sosyal sağlık puanı	180	75.2 $\pm$ 14.3	92	75.8 $\pm$ 14.1	0.363	0.717
	Toplam yaşam kalitesi puanı	180	75.7 $\pm$ 13.2	92	76.0 $\pm$ 13.1	0.143	0.886

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları karşılaştırıldığında tüm alt boyutların kendi aralarında ve toplam yaşam kalitesi puanı ile alt boyutlar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Toplam yaşam kalitesi ile en güçlü ilişkisi olan alt boyut psikososyal alan olarak belirlenmiştir ($P<0.001$).

Tablo 4.20. Araştırma öğrencilerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları

Yaşam kalitesi alt boyutları	Duygusal	Sosyal	Okul	Psiko-sosyal	Toplam yaşam kalitesi
Fiziksel	0.556	0.577	0.511	0.678	0.864
Duygusal		0.497	0.456	0.817	0.782
Sosyal			0.489	0.818	0.791
Okul				0.790	0.746
Psiko-sosyal					0.956

5. TARTIşMA VE SONUÇ

Anne-babanın çocuk üzerindeki etki alanı çok geniştir. Anne-babalar 0-6 yaş döneminde hem çocukların tüm gereksinimlerinin yerine getirilmesinde en yakınında olan kişiler, hem de ilk öğretmenleridir. İnsan kişiliğinin, davranışlarının gelişimsel temellerinin 0-6 yaş döneminde atıldığı göz önüne alındığında anne-baba öğesinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır (91). Çocuk çeşitli durumlardan dolayı, yaşamın bazı dönemlerinde ailesinden ayrı kalabilir. Çocuğun bir kurum tarafından bakımı gerekebilir. Eğitim, anne-babanın kaybı, uzun süreli hastalık, ekonomik nedenler, okulun yerleşim yerine uzaklığı bunlardan bazılarıdır. 5-19 yaşlarını kapsayan ilk ve orta öğrenim, geleceğin sağlıklı toplumlarını oluşturmada çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde sürekli büyüme ve gelişme içerisinde olan çocukların sevgi, saygı, güven içinde yaşamaları, sağlıklı kişilik geliştirmeleri, sağlıklı davranışları kazanmaları okul yaşam kalitelerinin yüksek olmasına bağlıdır.

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin yaş ortalaması 12.5 ± 1.5 , gündüzlü öğrencilerin 12.1 ± 1.5 'dir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlı

bulunmuştur ($P<0.001$). Yatılı öğrencilerin yaş ortalamasının yüksek bulunması, sekiz yıllık zorunlu eğitim kapsamında tüm çocukların eğitim almasının sağlanması amacı ile daha önce okula gönderilmemiş olan bazı çocukların yatılı olarak okutulması ve çocukların olanaksızlıklar nedeni ile okula geç başlamış olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kardeş sayıları ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin ortalama 4.1 ± 1.8 , gündüzlü öğrencilerin 3.5 ± 1.5 kardeş oldukları belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kardeş sayıları ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$). Hanedeki kardeş sayısının eğitime katılım üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu durum özellikle iki şekilde açıklanabilir. Birincisi, kardeş sayısı arttıkça okul harcamalarının yükseleceği ve ailenin ekonomik harcamalarından dolayı gelir etkisi, ikincisi kız çocuklarının kardeşlerini bakma yükümlülükleri nedeni ile okula gönderilmeme şeklindedir (92). Çalışmamızda öğrencilerin kardeş sayısının fazlalığının ailelerinin ekonomik durumunu etkilemesi bu nedenle yatılı bölümde okumalarının sağlanması ile açıklanabilir.

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ailelerinde yaşayan birey sayısı ortalaması yatılı öğrencilerde 6.3 ± 2.2 , gündüzlü öğrencilerde 5.7 ± 1.6 olarak bulunmuştur. Ailelerde yaşayan birey sayısı açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($P<0.001$).

Ülkelerin gelişmişliği, insanların nitelikli eğitim almaları ile doğrudan ilişkilidir. Kız çocuklarının öğreniminin yükseltilmesi, o toplumun mutluluk, yaşam kalitesi ve yaşam standardının yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir. Kadınların eğitim düzeyini erkeklerle eşit duruma gelecek biçimde yükseltmeyen ülkelerin daha yavaş büyüdükleri ve daha az gelir düzeyine sahip oldukları bilinmektedir (93).

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %19.6'sının, gündüzlü öğrencilerin %13.3'ünün annesinin okur-yazar olmadığı, yatılı öğrencilerin %9.5'inin, gündüzlü öğrencilerin %6'sının annesinin diplomasız okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Yatılı öğrencilerin annelerinin %58.4'ü, gündüzlü öğrencilerin %56.6'sı ilköğretim eğitimi almıştır. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin annelerinin eğitim durumu karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyinin, gündüzlü öğrencilerin annelerine göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Türkiye'de kentlerde yaşayan kadınların, kırsal alanda yaşayanlara oranla daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların %28'i herhangi bir eğitim

düzeşini tamamlamamışken, bu oran kentlerde yaşayanlarda %15'e düşmektedir(5). Araştırmamızda annelerin eğitim düzeyinin düşük çıkmasının nedeni, annelerin büyük çoğunluğunun (%77.2) köylerde yaşıyor olması ile açıklanabilir ve bulunan sonuçlar Türkiye ortalaması ile paralellik göstermektedir (5). Karataş'ın (94) YİBO öğrencilerinin boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıklarını incelediğı çalışmasında, YİBO öğrencilerinin annelerinin %99.9'unun eğitim düzeyinin ilköğretim ya da daha düşük olduğu saptanmıştır ve çalışmamızda annelerin eğitim düzeyinin daha iyi durumda olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin baba eğitimleri karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin %5.3'ünün, gündüzlü öğrencilerin %3.6'sının babasının okur-yazar olmadığı, yatılı öğrencilerin %8.6'sının, gündüzlü öğrencilerin %6.1'inin babasının diplomasız okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Yatılı öğrencilerin %71.8'inin, gündüzlü öğrencilerin %55.9'unun babaları ilkokul ve altında eğitim almıştır. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin babalarının eğitim durumları karşılaştırıldığında, yatılı ve gündüzlü öğrencilerin baba eğitimleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Karataş'ın (94) 2006 yılında Bingöl de yaptığı çalışmada YİBO öğrencilerinin babalarının % 92.7'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve daha alt seviyede olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda babaların eğitim düzeyi Karataş'ın çalışmasına göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %92.9'unun, gündüzlü öğrencilerin %91.1'inin annesinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Acar'ın (95) Samsun ilinde yaptığı çalışmada annelerin %94.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre YİBO öğrencilerinin annelerinin çoğunun ev hanımı olduğu ve Acar'ın çalışması ile paralellik gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin büyük bir kısmının meslek sahibi olmadığı ve öğrencilerin aile reislerinin babaları olduğu söylenebilir. Kadınların çalışma durumları, iş hayatında yer almaları, eğitim durumları gibi kadınların güçlenmeleri açısından oldukça önemlidir. TNSA 2008'e göre kadınların %31'i araştırma sırasında çalışmakta olduğunu belirtmiştir (5).

Araştırmaya katılan öğrencilerin babaların çalışma durumları incelendiğinde, yatılı öğrencilerin %56.1'inin, gündüzlü öğrencilerin %38.4'ünün babalarının çalışmadığı belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin babalarının çalışma durumları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin babalarının çalışma durumlarının daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($P<0.001$). Bu durum

ailelerin gelir düşüklüğü içerisinde olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Gelir düşüklüğü özellikle zorunlu eğitim sonrası eğitime katılımdaki önemli etkenlerden biridir. Yoksulluk riski yüksek, düşük gelirli ailelerde ebeveynlerin yanı sıra çocukların da işgücü piyasasına girmek veya aile içi işbölümünde sorumluluk almak zorunda kalması, çocukların eğitim alamaması ya da eğitimden erken yaşta uzaklaşmasına neden olmaktadır. Yoksul ailelerin durumları değerlendirildiğinde, bu durumun özellikle kız çocuklarının eğitime devamları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir (92).

Yapılan araştırmalar, anne-baba yoksunluğunun çocuğun eğitimini olumsuz etkilediğini ve yurttan büyüyen çocukların gelişim bozukluğu gösterdiğini ortaya koymuştur. Yurtlarda büyüyen çocuklar zeka gelişimi ve konuşma alanında gerilikler göstermekle kalmamakta, aynı zamanda hareket yeteneklerinde, sosyal ilişkilerinde de yaşlılarına kıyasla gelişim eksiklikleri göstermektedir (96). Çocuğun annesinin hayatta olmaması ya da birbirinden ayrı olmalarının çocuk suçluluğu gibi davranışlara da neden olduğu saptamıştır (97).

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 3. maddesine göre, taraf devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler (18).

Çocukların uzun zamanlarını geçirdikleri, yatılı olduğunda aile bakımında sorumluluğunu taşıyan okulların yaşam kalitesi, öğrencilerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için oldukça önemlidir.

Okul etkililiği ile ilgili yapılan bir çalışmada okuldaki olumsuzluklar ve stres oluşturan durumlar ortadan kaldırıldığında öğrencilerin ve öğretmenlerin yaşam kalitesinin yükseldiği görülmektedir (98).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ; DSÖ'nün fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik hali olarak tanımladığı bireysel sağlık tanımıyla onun bir alt kümesi olarak doğrudan ilişkilidir (99). Bireylerin sağlıklarıyla ilgili öz değerlendirmelerini yapabilmeleri ve bu yönde kararlar alabilmeleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Hızlı büyüme ve gelişmenin yaşandığı adölesan, döneminde adölesanlar birçok problemle karşılaşabilmelerine rağmen, bu dönem sağlık davranışlarının kazanımı ve sağlıklı yetişkinlik dönemi için çok önemli bir fırsat dönemidir. Aynı zamanda

adölesanların eğitim dönemi de olan bu dönemde adölesanların sağlığına yönelik doğru kararlar ve davranışlar içinde olması kendi sağlığını nasıl algıladığı, sağlık durumu ve sorunları ile ilgili farkındalığı ile ilişkilidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklarını değerlendirme durumları incelendiğinde, yatılı öğrencilerin %44.6'sı sağlık durumunu iyi, %27.2'si sağlık durumunu orta, %4.7'si kötü olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin %45.7'si sağlık durumunu iyi, %17.8'i sağlık durumunu orta, %2.8'ini kötü olarak değerlendirmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sağlıklarını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin gündüzlü öğrencilere göre sağlıklarını daha büyük oranda orta ve kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($P<0.001$).

Önal ve arkadaşlarının (1) İstanbul'da iki ilköğretim okulunda 246 öğrenci ile yaptıkları çalışmada sağlık düzeyini mükemmel olarak algılayanlar %31.3 iken, öğrencilerin %47.2'si sağlıklarını iyi, %17.5'i orta, %2.8'i kötü, %1.2'si algılıyordu. Her iki çalışmada, öğrencilerin sağlık durumunu algılama durumlarının birbirine benzer olduğu görülmektedir.

Sağlıklı yaşam şartlarını öğreten bir bilim olan hijyen, birey ve toplum olarak insan sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşamın verimli ve sağlıklı düzeyde uzun süre devamı için sağlıkla ilgili bilgileri bir sentez halinde uygulayan bir bilim kompleksidir (100). Günümüzde kişilerin tüm dış ortam kirleticilerinin sürekli etkisi altında olması nedeniyle hijyen, vücudun hastalıklardan korunması açısından en önemli uygulamalardan birisidir. Bu uygulamalardan olan ellerin temizliği ilk sıralarda yer almaktadır. Özellikle tuvaletten sonra ve yiyeceklere dokunmadan önce ellerin yıkanması çok önemlidir. Ayrıca sabah kalkıldığında yüzün yıkanması, dişlerin fırçalanması, düzenli banyo yapılması, iç çamaşırı değiştirilmesi gibi uygulamalar, hijyen için gerekli olan diğer uygulamalardandır (101,102). Kişisel hijyen alışkanlıkları hem bebeklik çağından itibaren aileden, hem de toplu yaşamın olduğu okullardan elde edilen bir birikimdir (103). Hızlı büyüme, gelişme ve algılama döneminde olan adölesanlara verilecek sağlık eğitimi içerisinde yer alan kişisel hijyen eğitimi sağlıklı bir toplum oluşturmada oldukça önemli bir yere sahiptir.

Özel ve arkadaşlarının İstanbul'da ilköğretim öğrencisi 12 yaş grubu 257 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada el yıkama alışkanlığı sorgulandığında öğrencilerin %93'ü

tuvalete girdikten sonra, %92'si eve geldiğinde, %81.7'si yemekten önce ellerini yıkadıklarını belirtmiştir (104).

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %27'si, gündüzlü öğrencilerin %29.5'i ellerini günde 1-4 kez yıkadığını, yatılı öğrencilerin %19.9'u, gündüzlü öğrencilerin %18.3'ü her zaman ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir. Gündüzlü öğrenciler arasında ellerini 1-4 kez yıkadığını belirtenler yatılı öğrencilerden daha fazladır. El yıkama sıklığı açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Gün içerisinde eller sürekli kirlendiği için her iki grupta da öğrencilerin hemen hemen üçte birinin ellerini günde 1-4 kez yıkadığını belirtmesi el yıkama alışkanlığının yetersiz düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle okul yöneticileri ve öğretmenlerinin öğrencilerin kişisel hijyen bilgileri ve uygulamalarının artırılması konusunda daha fazla çaba sarfetmeleri gerekmektedir. Öğrencilerin okullarda kişisel hijyenle ilgili davranışlarını okulların lavabo, tuvalet olanaklarının hijyenik olup olmaması, su, sabun, havlu gibi donanımlara sahip olunmaması gibi pek çok faktör etkileyebilir. İngiltere ve İsveçte okullarda yapılan bir çalışmada öğrenciler okullarındaki tuvaletlerin pis kokulu ve korkunç olduğunu ve okullarındaki tuvaletleri kullanmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir (105). Okulların tuvaletleri ve temizlik donanımları öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarını etkileyeceği için okulların bu alt yapılarının sağlıklı oluşturulması ve tuvaletlerde sabun ve uygun el yıkayacak alanların bulunması, el yıkamayı pekiştirecek afişlerin asılması, kağıt havlu ve çöp sepetlerinin bulunması önerilmektedir (106).

Günümüzde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisi de diş çürükleridir. Diş ve diş eti hastalıklarından korunmanın tedaviden daha önemli olduğu, korunmanın da en önemli ve kolay yolunun ağız hijyeni olduğu vurgulanmaktadır (103). Yüksek insidans ve prevelans hızları, çoğunlukla geri dönüşümsüz olmaları, hasta dokuların onarımı ve işlevlerinin geri kazandırılması işlemlerinin çok fazla zaman, para ve emek gerektirmesi gibi nedenlerle ağız ve diş sağlığı programlarına sağlığı koruyucu, geliştirici ve iyileştirici hizmetlerin birlikte sunulduğu sağlığı geliştirme görüşü ile yaklaşmak sorunun çözümü ile ilgili akılcı önlemlerdir. Dişlerin yiyecek atıklarından ve plaktan temizlenmesi en etkin hijyenik uygulamadır. Diş fırçalama, ağız bakımının en önemli kısmını oluşturur (107,108). Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %5.5'inin, gündüzlü öğrencilerin %5.9'unun diş fırçasının olmadığı belirlenmiştir. Yatılı öğrencilerin diş

fırçası ihtiyacının okul tarafından karşılanıyor olması diş fırçasına sahip olma oranın yüksek olmasını açıklayabilir. Diş fırçası olma durumu açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %44.6'sı, gündüzlü öğrencilerin %46.9'u dişlerini ara sıra fırçaladığını, yatılı öğrencilerin %51.3'ü, gündüzlü öğrencilerin % 48.6'sı dişlerini düzenli olarak fırçaladıklarını belirtmişlerdir. Önsüz ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin %80.5'i dişlerini fırçaladıklarını, %2.3'ü ise hiç fırçalamadıklarını belirtmişlerdir (106). Diş fırçalama sıklığı açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Trabzonda yapılan bir çalışmada da, öğrencilerin % 75'i günde en az bir defa, %25'i her yemekten sonra dişlerini fırçaladıklarını belirtirken, tüm öğrencilerin günlük diş fırçalama alışkanlığına sahip olduğu bulunmuştur(103). Araştırmamızda öğrencilerin diş fırçalama alışkanlığı Önsüz ve arkadaşlarının İstanbulda yaptığı çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Ancak dişlerimi ara sıra fırçalarım diyen öğrenci sayısı oldukça fazladır. Bu oranlar okullarda öğrencilere verilen ağız ve diş sağlığı eğitimlerinin daha sık ve etkili bir şekilde yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Tırnak kesme el temizliği ve bakımında önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı bir tırnak şeffaf, yüzeyi düzgün, pürüzsüz, hafif tümsek, tırnak yatağı pembe, tırnak uçları ise yarı şeffaf görünümündedir. Ayrıca tırnak yatağının çevresindeki deri düzgün ve bütünlüğü bozulmamış dinç görünümündedir (109). Tırnak ve parmak araları mikroorganizmaların yerleşmesi ve çoğalmasına oldukça müsaittir. Bu durum özellikle gastrointestinal hastalıkların sık görülmesine neden olmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada kötü el hijyeni ve yetersiz el yıkamanın bir yılda bir milyon gastrointestinal hastalık görülmesine, hastalık başına 400 Amerikan doları tedavi giderine, 60 bin hastanın yatırılarak tedavisine, 3 bin shigella ve 10 bin hepatit A vakasına ve 250 ölüme neden olduğu saptanmıştır (110). Çalışmamıza katılan yatılı öğrencilerin %85.7'si, gündüzlü öğrencilerin %86.4'ü haftada bir tırnaklarını kestiklerini belirtirken, yatılı öğrencilerin %6.5'i, gündüzlü öğrencilerin %7.3'ü ayda bir kez tırnaklarını kestiklerini belirtmişlerdir. Çan ve arkadaşlarının (102) Trabzon'da yaptığı çalışmada haftada bir kez el tırnaklarını kesme sıklığı kırsal bölgede yaşayan öğrencilerde %28.4, kentsel bölgede yaşayanlarda %54.9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda öğrencilerin tırnak kesme alışkanlığının daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yatılı öğrencilerin %45.4'ü, gündüzlü öğrencilerin %54.7'si haftada bir banyo yaptıklarını, yatılı öğrencilerin %5.4'ü, gündüzlü öğrencilerin %2.6'sı iki haftada bir banyo yaptıklarını belirtmişlerdir. Yatılı öğrencilerin banyo yapma sıklığı gündüzlü öğrencilere göre daha düşük bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.05$). Önsüz ve arkadaşlarının (106) İstanbul'da iki ilköğretim okulunda yaptıkları çalışmada öğrencilerin %75'inin haftada bir kez banyo yaptığı belirlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin haftada en az bir kez banyo yapma sıklığı her iki grupta da oldukça düşük oranda bulunmuştur. Çetinkaya ve arkadaşlarının (111) ilköğretim öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamalarına ilişkin yaptıkları çalışmada öğrencilerin %50.2'sinin haftada bir kez banyo yaptığı belirlenmiştir. Altınsoy'un (112) Yibo'larda yaptığı çalışmada yatılı kızların %60'ının haftada bir defa banyo yaptığı, gündüzlü kız öğrencilerin %51.2'sinin haftada iki defa banyo yaptığı, yatılı erkek öğrencilerin %63.8'inin haftada bir defa banyo yaptığı, gündüzlü erkek öğrencilerin %61'inin haftada bir defa banyo yaptığı belirlenmiştir. Çalışmamızda yatılı öğrencilerin bulguları Çetinkaya ve arkadaşlarının çalışmasına göre düşük olarak belirlenmiştir. Yine çalışmamızda yatılı ve gündüzlü öğrenciler için bulgular Altınsoy'un çalışmasına göre düşük olarak bulunmuştur.

Adolesan dönemindeki hızlı fiziksel, biyolojik ve psikolojik değişikliklere paralel olarak uyku ve uyanıklık dönemlerinde ve uyku kalitesinde de büyük değişiklikler meydana gelmektedir. Bu dönemde gece uyku süresi artar, uyku başlangıç saati geç saatlere kalır. Çeşitli çalışmalar adolesanların ihtiyaç duydukları uyku süresinin çocuk ve erişkinlere göre daha fazla, ortalama 8.5-9.5 saat/gün olduğunu göstermiştir (113). Ipsiroğlu ve arkadaşlarının (114) çalışmasında yaşları 11 ile 15 arasında değişen okul çocuklarının %12'sinin her gece, %76'sının ara sıra uyku problemi yaşadığı, %12'sinin hiç uyku problemi yaşamadığı belirtilmiştir. Adolesanlarda gece uykuya direnme, sık uyanma, gündüz uykululuk gibi uykuya ilgili semptomların insidansı %10.8 ile %27.7 oranında bildirilmekte ancak bunlara bağlı yardıma başvurma ve tedavi düşük oranda seyretmektedir (115). Çalışmamızda araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %11.4'ü, gündüzlü öğrencilerin %11'i uyku süresinin fazla olduğunu belirtmiş olup, yatılı öğrencilerin %23.5'i, gündüzlü öğrencilerin %12.8'i uyku süresinin az olduğunu belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin uyku sürelerini değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, yatılı öğrenciler daha yüksek oranda uyku sürelerini az olarak belirtmişlerdir, yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur.

($P<0.001$) Yine araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %29'u, gündüzlü öğrencilerin %20.3'ü uyku sorunu yaşadığını belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin uyku sorunu yaşama durumları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin, gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir ($P<0.01$). Bekar'ın (116) Samsun'da yaptığı çalışmada adolesanların uyku, uyanıp dinlenme, yürüme, spor yapma süreleri yatılı ve gündüzlü olmalarına göre farklılık göstermektedir. Çalışmada yatılı öğrencilerin, gündüzlü öğrencilere göre daha uzun süre uyuduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Çalışmamızda bulunan bulgular ile Bekar'ın çalışması benzerlik göstermektedir.

Sağlık ve eğitim sonuçlarının kaçınılmaz bir şekilde bağlantılı olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir ve her ikisini de elde etme yolunda okullar ideal bir ortamdır. Geçen 10 yılda okullarda sağlığı ve öğrenmeyi artırmaya yönelik birçok çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. DSÖ'nün hazırladığı global okul sağlığı girişimleri ve sağlığı yükseltici okul konsepti bunlardan bazılarıdır. Okullarda, sağlıklı psikolojik, sosyal çevrenin oluşturulması bu çalışmaların içerisinde önemli bir yere sahiptir. Sosyal ve duygusal yönden iyi bir okul çevresi; sıcak, arkadaşça ve ödüllendirici, açık iletişime sahip, destekleyici, fiziksel cezalandırmayı engelleyici, zorbalık ve şiddetten uzak, sağlıklı oyun alanlarına sahip, kız ve erkek öğrenciler arasında eşit ve demokratik fırsatların olduğu bir yapıdan oluşmaktadır (117).

Tablo 4.7'de yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ders çalışma koşulları değerlendirildiğinde, yatılı öğrencilerin %68.9'u, gündüzlü öğrencilerin %72.4'ü ders çalışma koşullarını iyi, yatılı öğrencilerin %26.8'inin, gündüzlü öğrencilerin %25.8'inin ders çalışma koşullarını orta, yatılı öğrencilerin %4.3'ünün, gündüzlü öğrencilerin % 1.8'inin ders çalışma koşullarını kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Yatılı öğrencilerin ders çalışma koşullarını, gündüzlü öğrencilere nazaran daha büyük oranda orta ve kötü olarak değerlendirmeleri ailelerinden uzak olarak yaşamalarından kaynaklanabilir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ders çalışma koşulları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin başarı durumları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin %17.8'i, gündüzlü öğrencilerin %21.1'i başarı durumlarını çok iyi, yatılı öğrencilerin %32.3'ü, gündüzlü öğrencilerin %27.8'i başarı durumlarını orta olarak, yatılı öğrencilerin %4'ü, gündüzlü öğrencilerin %2.2'si kötü olarak değerlendirmişleridir.

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin, okuldaki başarı durumlarını değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Ailenin çocuğun başarısı üzerinde önemli etkileri vardır. Aile bakımı, şefkat ve korumasının okul başarısının yükselmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca eğitim açısından destekleyici bir tutum içerisinde, okul ile ortak program üzerinde görüş birliği içerisinde olan ve okulla düzenli iletişim de bulunan velilerin çocuklarının daha başarılı olduğu gösterilmiştir (118). Ailesi yanında kalamayan yatılı okul, yurt gibi kurumlarda kalan öğrencilerin aile yoksunluğu tümü ile giderilemezse de, okul yönetimi ve öğretmenler tarafından olumlu fiziksel, psikolojik ve sosyal çevre oluşturulması onların bir bütün olarak gelişimlerine katkı sağlayacaktır.

Smith ve arkadaşları (17), bulunduğu ortamda desteklendiğini ve kabul edildiğini hisseden bireyin kendini daha mutlu ve iyi hissedeceğini, okul başarısının daha yüksek olacağını, böyle bir bireyin olumsuz davranışlara daha az eğilimli olacağını, böylece işbirliğine ve yardımseverliğe dayalı sosyal etkinliklere daha çok katılacağını belirtmektedir. Aile, akran ve okul tarafından dışlanan çocuk birçok sosyal ve davranışsal risk taşımaktadır. Aileye, arkadaşlara ve okula yabancılaşma şiddet potansiyelinde artmasına neden olmaktadır. Okul etkinliklerine katılan, okulu anlamlı bulan, öğretmenlerinin kendini desteklediğini hisseden okuldan tatmin olan öğrenciler, daha az olumsuz davranış özellikleri göstermektedirler (17).

Çalışmamızda yatılı öğrencilerin %6.9'u, gündüzlü öğrencilerin %3.5'i öğretmenleriyle ilişkisini orta, yatılı öğrencilerin %1.6'sı, gündüzlü öğrencilerin 1.2'si kötü olarak değerlendirmişlerdir. Yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında öğretmenleriyle olan ilişkileri açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$). Öğrencilerin öğretmenleriyle olan ilişkilerinin büyük oranda iyi olması sevindirici bir bulgudur. Bailey, ilköğretim ikinci kademe öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmasında öğrencilerin okulu sevip sevmeme durumları üzerindeki en önemli etkenlerin öğretmenler ve arkadaşlar olduğunu ortaya koymuştur (119). Okulda en yoğun iletişim kurdukları bireylerden biri olan öğretmenleriyle olumlu iletişim kurabilen, beklediği iletileri ve dönütleri alabilen öğrenciler, olumlu davranışlarını artırır (120).

Çocuğun ya da gencin toplumsallaşmasında önemli bir işlevi olan akran etkileşimi birey için önemli bir bilgi kaynağıdır. Yaşamın ilerleyen yıllarında sağlıklı ilişkiler geliştirmede, sosyal becerilerin çocukluk yıllarında kazanılmasının önemli etkisi vardır.

Smith ve arkadaşlarına (17) göre olumlu kişilerarası ilişkiler, sadece topluluk duygusu oluşturmaz, ait olma duygusunu da geliştirir. Başkaları tarafından saygılı davranılan öğrenciler, okulda daha mutlu olmakta, deneyimlerinden daha çok tatmin olmakta ve hedeflerini gerçekleştirmek için daha çok çalışmaktadır. Aile, akran ve okul tarafından dışlanan çocuk ise birçok sosyal ve davranışsal risk taşımaktadır. Çalışmamızda yatılı öğrencilerin %56.5'i, gündüzlü öğrencilerin %59.8'i arkadaşlarıyla ilişkisini çok iyi, yatılı öğrencilerin %8.8'i, gündüzlü öğrencilerin %7.5'i arkadaşlarıyla ilişkisini orta, yatılı öğrencilerin %1.9'u, gündüzlü öğrencilerin %2'si arkadaşlarıyla ilişkisini kötü olarak değerlendirmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin arkadaşlarıyla olan ilişki dereceleri benzer özelliktedir ($P>0.05$).

Aile içindeki uyumun, ailenin olumlu ve destekleyici yaklaşımının ve ailenin okul etkinliklerine katılmasındaki çeşitliliğin okul başarısı üzerinde önemli etkileri vardır (118). Satır'ın (121) yaptığı çalışmada, çocuğuna yakın ilgi gösteren, çocuğun çalışma ortamını düzenleyen ve planlayan, çocuğun başarısını destekleyen, çocuğunun başarısızlığında onu yüreklendiren anne-babaların çocuklarının akademik başarılarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda öğrenciler aileleriyle ilişkilerini büyük oranda (yatılı %79.2), (gündüzlü %79.5) “çok iyi” olarak değerlendirmişlerdir. Aileleriyle ilişkilerini kötü olarak değerlendirenlerin oranı yatılı öğrencilerde %2.2, gündüzlü öğrencilerde 1.2 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin aile ilişkileri ile ilgili olarak aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Bu durum öğrencilerin hemen hemen tamamının kırsal alanda yaşamasından ve şehir hayatının getirdiği etkilerden uzak olunmasıyla açıklanabilir.

Bireylerin fiziksel yapısının, fizyolojik faaliyetlerinin, başarı durumlarının, ruhsal yapılarının sağlıklı gelişimi için yeterli ve dengeli beslenmeye ihtiyaç vardır. Toplumun büyük bir kısmını oluşturan ve hızlı büyüme-gelişme süreci içinde olan, beslenme yetersizliklerden en çok etkilenen, zarar gören grup olan çocuk ve adolesanların beslenmelerine daha fazla önem verilmesi önerilmektedir (122). Ergenlik döneminde sağlıklı beslenme ileri yaşlarda bazı hastalıkların engellenmesinin yanı sıra, ömür boyu kalıcı sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanma açısından da önemlidir.

Araştırmaya katılan yatılı öğrencilerin %6'sı, gündüzlü öğrencilerin %4.9'u günde üç öğünden az tükettiklerini, yatılı öğrencilerin %60.2'si, gündüzlü öğrencilerin %49.6'sı günde üç öğün tükettiklerini belirtmişlerdir. Yatılı öğrencilerin günlük üç öğün tüketme

alışkanlıklarının daha fazla olması sürekli okulda kalmaları ve yemek saatlerinin düzenli olması ile açıklanabilir. Bekar'ın (116) çalışmasında öğrencilerin %52.3'ünün üç öğün, %36'sının dört öğün, %11.7'sinin iki öğün tükettiği belirlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin öğün sayıları Bekar'ın çalışmasına göre daha yüksek düzeydedir. Sağlam (123) yaptığı çalışmada adolesanların %62.8'inin günde üç öğün beslendiğini saptamıştır. Günde beş öğün ve üzerinde beslenenler %4 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda gündüzlü ve yatılı öğrencilerde üç öğün tüketme sıklığı Sağlam'ın çalışmasına göre daha düşüktür.

Çalışmamızda, yatılı öğrencilerin %6'sı, gündüzlü öğrencilerin %5.3'ü her zaman, yatılı öğrencilerin %66.7'si, gündüzlü öğrencilerin %63'ü ara sıra öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Bekar (116) çalışmasında yatılı öğrencilerin %18'inin, gündüzlü öğrencilerin %39.8'inin öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atlama ergenlik döneminde en sık karşılaşılan problemlerden biridir. Çalışmamızda öğrencilerin öğün atlama durumları oldukça yüksek bulunmuştur.

Adolesanların hızlı büyümesine, fiziksel aktivitesine ve vücut kompozisyonlarındaki değişikliklere bağlı olarak, bu dönem vitamin, mineral, protein yönünden zengin besinlere gereksinimi vardır. Her bireyde büyüme ve gelişmeye bağlı enerji gereksinimi artmaktadır. Ancak adolesanlar düzenli beslenmediği için kalsiyum, demir, vitaminler yönünden yetersiz kalmaktadırlar (124).

Her iki grupta da en fazla atlanan öğle öğünü yatılılarda %52.7, gündüzlülerde %47.1 oranındadır. Kahvaltısını atlama oranı gündüzlülerde, yatılılara nazaran daha yüksekken, akşam öğünü atlama oranı, yatılılarda gündüzlülere nazaran daha yüksektir. Gündüzlülerde akşam öğünü atlama oranının düşük olmasının nedeni, ailelerin akşam yemeğine verdiği önemin göstergesi olabilir.

Adolesan yaşlar boyunca diyet yapma davranışları sağlıksızdır. Hızlı büyüme ve gelişme döneminde olan adolesanların gerekli besinleri alamaması pek çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Diyet yapma davranışı; kusma, laksatiflerin kullanımı, ilaç kullanımı ve geçici diyetleri kapsayabilir. Yine diyet yapma; adolesanlarda büyüme ve gelişme eksikliklerinin yanında yeme bozukluklarının da ortaya çıkmasına sebep olabilir (125) . Çalışmamızda yatılı adolesanların %13.6'sı, gündüzlü adolesanların %13.4'ü diyet yaptığını belirtmiştir. Yatılı ve gündüzlü adolesanların diyet yapma oranları benzer düzeydedir. Bekar'ın (116) çalışmasında rejim yapan yatılı adolesanlar %21.1,

gündüzlü adolesanlar %19.5 oranındadır. Elde ettiğimiz bulgular Bekar'ın çalışmasına göre daha düşük düzeydedir. Ancak adolesan dönemdeki bu öğrencilerin değerlendirilmesi ve sağlıklı beslenme konusunda davranış kazandırılması önemlidir. Calderon ve arkadaşlarının (126) 153 lise öğrencisi üzerinde yürüttükleri araştırmalarında, öğrencilerin %54.7'sinin kilolarını kontrol etmek için diyet yaptıkları , %31.4'ünün aldıkları kaloriyi ve %41.9'unun yağın miktarını hesapladıkları belirlenmiştir. Artmış büyüme hızı, vücut kompozisyonundaki değişiklik, fiziksel aktivitedeki değişiklik ve kızlarda menstrasyonun başlaması adolesanların beslenme ihtiyaçlarını etkileyen faktörlerdendir.

Çalışmamızda, yatılı öğrencilerin %54.3'ü, gündüzlü öğrencilerin %48.6'sı sebze yemeklerini, yatılı öğrencilerin %22.5'i, gündüzlü öğrencilerin %23.2'si hamurlu yiyecekleri, yatılı öğrencilerin %23.2'si, gündüzlü öğrencilerin %28.2'si et yemeklerini sevdiklerini belirtmişlerdir. Eser'in (122) Konya'da yetiştirme yurdunda kalan 13-18 yaş öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada adolesanların %26.9'unun tavuk-balık grubu, %18.8'inin köfte-kebab türü yemekleri, %14.8'inin börekleri, %10.6'sının sütlu tatlıları severek yedikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda yatılı öğrencilerin Eser'in çalışmasından farklı olarak sebze yemeklerini daha çok sevdikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun köyde yaşıyor olmaları, maddi olanaklarının sınırlı olması ve kitle iletişim araçlarının besinlerle ilgili uyarıcı etkilerinden uzak olmaları daha çok sebze yemeklerini tercih etmelerini açıklayabilir. Covey ve arkadaşlarının (127) 12-15 yaş grubu adolesanların sebzeler konusundaki bilgi düzeylerini ve beslenme şekillerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmaya 1000 aile dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan adolesanların en çok tükettiği sebzelerin mısır, havuç, patates olduğu ve katılımcıların yarısının günlük 3-5 porsiyon sebze tüketilmesi gerektiğini bildiği belirlenmiştir.

Adolesanlar büyüme ve gelişim sürecinde bu dönemin özellikleri; kendileri, aileleri ve sosyal çevre ile ilgili yaşadıkları kaygılar, çatışmalar, bağımsızlık, güven mücadeleleri, toplumsal statü kazanma arayışları, merak gibi etkiler nedeniyle bağımlılık yapıcı maddelere karşı yüksek incinebilirliğe sahip bir gruptur (40). Sigara bağımlılığı bağımlılık yapıcı maddeler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Adölesan dönemde sigara içmenin getireceği sağlık sorunları yeterince algılanmamakta ve önemsenmemektedir. Ancak adölesan dönemde başlanılan sigara alışkanlığının sağlık

üzerine olan olumsuz etkileri yaşamın sonraki yıllarında ortaya çıkmaktadır (128). Palancı ve arkadaşlarının (129) Diyarbakır il merkezindeki 6.7.8. sınıflar ve lise öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada sigara içme prevalansı ilköğretimde %5.8 olarak bulunmuştur . Omaç ve arkadaşlarının (130) 436 ilköğretim öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada, özel okulda okuyan öğrencilerin %15.1'i, il ve ilçelerde devlet okulunda okuyan öğrencilerin %11.6'sı, köy okulunda okuyan öğrencilerin %5.5'i sigarayı denediklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda yatılı bölüm öğrencilerinin sigara içme sıklığı % 1.9, gündüzlü öğrencilerin sigara içme sıklığı %2.2 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sigara içme sıklığı açısından aralarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Sonuçlar Palancı ve arkadaşlarının, Omaç ve arkadaşlarının çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre daha düşüktür. Bu durum öğrencilerin çoğunluğunun kırsal kesimde yaşıyor olmaları, uyarıcılardan uzak olmaları, alım gücünün ve ulaşılabilirliğin daha zor olması ile açıklanabilir. Mercken ve arkadaşlarının (131) adolesan arkadaşlığının dinamikleri ve sigara içme davranışı ile ilgili altı Avrupa ülkesinde yaptıkları araştırmada arkadaşları sigara içen adolesanların sigara içmeye eğilimli olduğu belirlenmiştir.

Spor bedensel, ruhsal ve sosyal yararlar sağlamak amacıyla yapılan planlı fiziksel faaliyetlerdir. Spor'un ruh ve bedeni sağlamlaştırması, kişisel disiplinin sağlanması, sosyalleşme, iletişim, kişiyi günlük hayatın gerginlik ve kaygılarından uzaklaştırması gibi pek çok faydaları vardır (130). Solomon ve arkadaşlarına (132) göre toplum düzeyinde fiziksel aktivitenin artırılması, sağlığın korunmasında güçlü bir faktördür ve sağlık bakım maliyetini belirli oranda düşürür. Çalışmamızda yatılı öğrencilerin % 73.3'ü, gündüzlü öğrencilerin %75.4'ü spor yaptıklarını belirtmişlerdir. Öğrenciler koşu, oyun, bisiklet kullanma vb. etkinliklerini fiziksel aktivite olarak belirtmişlerdir. Bekar'ın (116) çalışmasında yatılı adolesanların %69.2'si, gündüzlü adolesanların % 41.4'ü düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Küçükaslan'ın 12-15 yaş grubu adolesanlarda yaptığı çalışmada, spor yapma oranı %35 olarak belirlenmiştir (133). Çalışmamızda öğrencilerin fiziksel aktivite oranları Bekar'ın ve Küçükaslan'ın çalışmalarına göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin her yaştaki bireyler için yararları düşünüldüğünde, bu durum sevindiricidir.

Hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu bu dönemde adolesanda vücudundaki bu hızlı değişimin şaşkınlığı, beraberinde getirdiği soru ve endişeler vardır. Bedenindeki

değişikliklerin bir kısmından mutsuzdur ve genellikle vücudundaki bir bölgeyi beğenmez bundan dolayı huzursuzluk ve mutsuzluk yaşar. Vücut imajı ile aşırı ilgilenme ve normalliğin, bedendeki değişikliklerin yaşlılarla karşılaştırılması yapılmaktadır (101). Tablo 12’de yatılı adolesanların %17.5’inin, gündüzlü adolesanların %10.6’sının kendisini kısa boylu olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Yatılı öğrencilerin %15.9’u kendisini zayıf, %13.9’u hafif şişman olarak değerlendirmektedir. Gündüzlü öğrencilerin ise %17.7’si kendisini zayıf, %16.4’ü hafif şişman olarak değerlendirmektedir. Yatılı öğrencilerin %28.1’inin, gündüzlü öğrencilerin %30.7’sinin kilosundan memnun olmadığı belirlenmiştir. Boy - kilo algısı ve kilosundan memnun olma durumu ile ilgili olarak yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bekar’ın çalışmasında (116) yatılı adolesanların %26.2’si, gündüzlü adolesanların %30’u kilosundan memnun olduğunu belirtmiştir. Yatılı adolesanların %18.4’ünün, gündüzlü adolesanların %22.7’sinin boyunun kısa olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Çalışmamızda yatılı adolesanların kendilerini kısa boylu olarak değerlendirme durumları Bekar’ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Gündüzlü adolesanlar daha az oranda kendilerini kısa boylu olarak değerlendirmektedir. Öğrencilerin kilosundan memnun olmama durumları her iki çalışmada benzerlik göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda ağırlık memnuniyetsizliği ile yetersiz beslenme ve yetersiz sebze ve meyve tüketimi arasında direkt ilişki olduğu belirlenmiştir (134,135).

Nöro-endokrin sistemin de etkisiyle birlikte hızlı boy, kilo ve vücut kompozisyonu değişimlerinin görüldüğü adolesan dönem insan yaşamının en önemli dönemlerinden biridir (136). Çalışmamızda 4. Sınıf öğrencilerinde boy ortalamaları yatılı öğrencilerde 135.9 ± 6.6 , gündüzlü öğrencilerde 136.6 ± 6.7 olarak belirlenmiştir. Yine 4. Sınıf yatılı öğrencilerde ağırlık ortalaması 30.7 ± 4.2 , gündüzlü öğrencilerde 31.9 ± 6.6 olarak belirlenmiştir. 8. sınıf yatılı öğrencilerde boy ortalaması 158.1 ± 8.1 , gündüzlü öğrencilerde 157.5 ± 9.1 , ağırlık ortalaması yatılı öğrencilerde 48.5 ± 8.8 , gündüzlü öğrencilerde 48.6 ± 9.6 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda 4-8., sınıfta okuyan yatılı ve gündüzlü adolesanların boy ortalamaları, ağırlık ortalamaları ve BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. 6. sınıfta okuyan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin boy uzunluk ortalamaları değerlendirildiğinde gündüzlü öğrencilerin anlamlı olarak daha uzun boylu oldukları belirlenmiştir. Yabancı’nın (137) adolesanlarda yaptığı çalışmada adolesanların vücut ağırlığı ortalaması 51.9 ± 1.3 olarak

belirlenirken, boy uzunlukları ortalaması 162.1 ± 0.8 olarak belirlenmiştir. Yabancıların çalışmasının bulguları çalışmamızdaki 8. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ağırlık ve boy ortalamalarından daha yüksektir. Williams ve arkadaşlarının (138) 1456 katılımcı ile yürüttüğü, çocuklarda obezite ve fazla kilo'nun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledikleri araştırmada çocukların BKİ değeri artmaya başladığında ve ağırlıkları ortalamanın üzerine çıkar çıkmaz sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Bekar'ın (116) yatılı ve gündüzlü adolesanların yaş gruplarına göre antropometrik ölçümlerini değerlendirdiği çalışmasında 12 ve 13 yaş grubunda gündüzlü öğrencilerin anlamlı olarak daha uzun boylu oldukları belirlenmiştir. Bekar'ın bulgusu çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Akgün çalışmasında yaşları 7 ile 12 arasında değişen çocukların boy uzunluklarının devam ettikleri okulla anlamlı ilişkili olduğunu belirlemiştir. Çolak'ın (139) Erzincan'da yatılı ve yatılı olmayan öğrencilerin vücut kompozisyonlarını değerlendirdiği çalışmasında yatılı olmayan öğrencilerin boy uzunlukları, vücut yağ yüzdeleri ve yağ kitleleri yatılı olan öğrencilerin değerlerinden, anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14'te Yatılı ve gündüzlü öğrenciler yaşa göre boy durumları açısından karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin daha yüksek oranda kısa boylu oldukları belirlenmiştir ve yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.01$). Bu durum büyük oranda yoksul ailelere sahip olan yatılı öğrencilerin, kronik malnütrisyon durumu ile açıklanabilir.

Tablo 15'te Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşa göre ağırlık durumları karşılaştırıldığında, gündüzlü öğrencilerde zayıflık ve şişmanlık durumlarının, yatılı öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.01$). Bu durum yatılı öğrencilerin düzenli yemek yeme olanağına sahip olmasından dolayı daha az akut beslenme yetersizliğinin olması ile açıklanabilir.

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ölçüm sonucu sınıflandırılan boy değerleri ile kendi boylarını değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, kısa boylu olan 180 öğrencinin % 30.6'sı kendisini kısa boylu, % 63.3'ü normal olarak değerlendirmiştir. Boyu normal olarak değerlendirilen 400 öğrencinin % 13.3'ü kendisini kısa, % 18.8'i uzun boylu olarak değerlendirmiştir. Uzun boylu olarak belirlenen 54 öğrencinin % 44.4'ü kendisini normal, % 5.6'sı kısa boylu olarak değerlendirmiştir. Yatılı öğrencilerin kendi algıladıkları boyları ile ölçüm sonucu standartlara göre sınıflandırılan boy değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($Kappa = 0.163$, $P < 0.001$).

Araştırmaya katılan gündüzlü öğrencilerden boyu kısa olarak belirlenen 110 öğrencinin %30'u kendisini kısa boylu, %61.8'i normal, %8.2'si uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu normal olarak belirlenen 314 öğrencinin %5.4'ü kendisini kısa boylu, % 77.1'i normal, %17.5'i uzun boylu olarak değerlendirmektedir. Boyu uzun olarak belirlenen 68 öğrencinin % 2.9'u kendisini kısa boylu, %39.7'si normal, % 57.4'ü uzun boylu olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan boyları ile kendi boylarını değerlendirme durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Kappa= 0.291, $P<0.001$).

Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ölçülen ve DSÖ'nün (88) yaşa göre ağırlık standartlarına göre sınıflandırılan yaşa göre ağırlık durumları ile öğrencilerin kendi değerlendirdikleri ağırlık durumları arasındaki uyum değerlendirildiğinde; Yatılı öğrencilerden zayıf olarak değerlendirilen 70 öğrencinin %37.1'i kendisini zayıf, % 60'ı normal, % 2.9'u hafif şişman olarak değerlendirmiştir. Normal olarak değerlendirilen 488 öğrencinin % 15'i kendisini zayıf, %71.1'i normal, % 11.1'i hafif şişman, % 2.9'u şişman olarak değerlendirmiştir. Hafif şişman olarak değerlendirilen 60 öğrencinin % 3.3'ü kendisini zayıf, % 45'i normal, % 41.7'si hafif şişman, % 10'u şişman olarak değerlendirmiştir. Şişman olarak değerlendirilen 16 öğrencinin % 18.8'i kendisini normal, %43.8'i hafif şişman, % 37.5'i şişman olarak değerlendirmiştir. Yatılı öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan ağırlıkları ile kendi ağırlıklarını değerlendirme durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Kappa= 0.211, $P<0.001$).

Araştırmaya katılan gündüzlü öğrencilerden zayıf olarak değerlendirilen 76 öğrencinin %44.7'si kendisini zayıf, % 55.3'ü normal, değerlendirmiştir. Normal olarak değerlendirilen 331 öğrencinin % 15.1'i kendisini zayıf, %71.9'u normal, % 10.6'sı hafif şişman, % 2.4'ü şişman olarak değerlendirmiştir. Hafif şişman olarak değerlendirilen 63 öğrencinin % 4.8'i kendisini zayıf, % 30.2'si normal, % 58.7'si hafif şişman, % 6.3'ü şişman olarak değerlendirmiştir. Şişman olarak değerlendirilen 22 öğrencinin % 13.6'sı kendisini normal, % 40.9'u hafif şişman, % 45.5'i şişman olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü öğrencilerin standartlara göre sınıflandırılan ağırlıkları ile kendi ağırlıklarını değerlendirme durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (Kappa=0.345, $P<0.001$). Orsel ve arkadaşlarının (140) diyet yapan ve yapmayan adolesanları kendilik algısı, beden imajı ve BKİ açısından karşılaştırdıkları

çalışmada araştırmaya katılan tüm grubun % 29.8'inin daha zayıf olmayı istediği, normal kiloda olan kızların %33.6'sının, erkeklerin %6.3'ünün sık sık diyet yaptığı, kızların % 48.8'inin, erkeklerin %63'ünün kilolarından memnun olduğu belirlenmiştir . Jones ve arkadaşlarının (141) 266. yedinci sınıf, 322 sekizinci sınıf, 192 dokuzuncu ve onuncu sınıf öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada beden imajının oluşmasında bireysel faktörlerin yanı sıra sosyal faktörlerinde etkili olduğu, hem kızlarda hem de erkeklerde BKİ ve akran etkisinin olumsuz beden algısı ve tahminine katkıda bulunduğu belirlenmiştir.

Karadağ'ın (142) Ankara'da yetiştirme yurtlarında kalan adolesanlar üzerinde yaptığı çalışmada adolesanların hesaplanan BKİ değerleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün adolesanlar için geliştirdiği BKİ standartlarına göre değerlendirildiğinde, kızların % 82.6'sının, erkeklerin %71.7'sinin normal ağırlıkta oldukları belirlenmiştir. BKİ normal değerlerde hesaplanan kızların %42.1'i fazla kilolu olduklarını düşünürken, normal ağırlıktaki erkeklerin %13.8'i fazla kilolu olduğunu düşünmektedir. Çalışmamızda normal ağırlıkta olan yatılı kız adolesanların %15'i kendisini zayıf, %11.1'i hafif şişman, %2.9'u şişman olarak değerlendirmiştir. Gündüzlü kız adolesanlarda normal ağırlıkta değerlendirilen adolesanların %15.1'i kendisini zayıf olarak değerlendirirken, %10.6'sı hafif şişman, %2.4'ü şişman olarak değerlendirmektedir. Sonuçlar Karadağ'ın çalışmasına göre daha düşük orandadır. Bu durum çalışmamızdaki öğrencilerin tamamına yakınının kırsal kesimde yaşıyor olmasından ve etkili sosyal faktörlerden daha uzakta olmalarıyla açıklanabilir.

DSÖ, yaşam kalitesini, “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, yaşamdaki amaçları, beklentileri, standartları ile ilişkili olarak yaşamdaki durumunu, pozisyonunu algılaması” olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi fiziksel iyilik hali, kendine bakabilme, rol etkinliği, psikolojik iyilik hali, sosyal ve bireysel iyilik hali gibi objektif ve subjektif göstergeler şeklinde incelenmektedir (73,74). Araştırmaya katılan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçekleri karşılaştırıldığında gündüzlü kız öğrencilerin fiziksel puan ortalamaları yatılı kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$). Yine yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin fiziksel puan ortalamaları karşılaştırıldığında gündüzlü erkek öğrencilerin anlamlı olarak daha yüksek fiziksel puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Yaşam kalitesinin önemli komponentlerinden biri olan fiziksel

durum kişinin yaşına uygun günlük aktiviteleri yerine getirebilmesini ifade etmektedir. Bu kategoride kendine bakabilme, hareket edebilme, fiziksel aktivite ve rolüne uygun aktiviteleri yerine getirebilme, boş zamanları değerlendirme gibi özellikler yer almaktadır (57). Fiziksel aktivite kaliteli yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Egzersizin her yaşta insanlar için fiziksel ve mental birçok yararları vardır. Kişinin kendini daha iyi hissetmesi, stresin hafiflemesi, zihinsel gücün daima yeterli düzeyde tutulması, hastalıkların engellenmesi bunlardan bazılarıdır (143). Moritomo ve arkadaşlarının (144) çalışmasında düzenli egzersiz yapan kadın ve erkeklerin daha düşük düzeyde psikolojik stres yaşadığı belirlenmiştir. Chen ve arkadaşlarının (145) Japonyada öğrencilerle yaşam tarzı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmalarında yaş, cinsiyet, BKİ ve sosyal geçmişten bağımsız olarak egzersiz sıklığının kadınlarda ve erkeklerde yaşam kalitesini yükselttiğini belirlemişlerdir.

Öğrencilerin duygusal sağlık puanları karşılaştırıldığında, yatılı kız öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalaması gündüzlü kız öğrencilere göre düşük bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.05$). Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin duygusal sağlık puanı ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı erkek öğrencilerin duygusal sağlık puan ortalamaları gündüzlü erkek öğrencilere göre düşük bulunmuştur, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Karadağ'ın (142) Ankara'da bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan adolesanlarla ilgili yaptığı çalışmada adolesanların yaşam kalitesi puanları düştükçe, ruhsal belirti gösterme eğiliminin arttığı belirlenmiştir. Yine ruhsal sorun açısından riskli olan adolesanların toplam yaşam kalitesi puanları ile fiziksel iyilik, duygusal iyilik, yurt ile ilgili yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Kurum bakımı ile ruhsal durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin sosyal sağlık puanları karşılaştırıldığında, gündüzlü kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamasının, yatılı kız öğrencilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.01$). Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında gündüzlü erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamalarının yatılı erkek öğrencilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.01$).

Pediatric yaşam kalitesi sosyal sağlık alt boyutu çocukların arkadaşları ile olan ilişkilerini değerlendirir. Özellikle orta ve geç adolesan dönemde aileden bağımsız olma, arkadaşlık ilişkileri ve akran etkisi ön plandadır (35,37,146). Karadağ'ın çalışmasında adolesanların katıldıkları etkinlikler dışında arkadaşları ile vakit geçirme sıklıkları değerlendirilmiş olup, kızların % 50.0'si, erkeklerin ise % 57.1'i arkadaşları ile her gün vakit geçirdiklerini belirtmişlerdir (142). Çalışmamızda yatılı kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalaması 77.1 ± 20.5 , gündüzlü kız öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalaması 81.9 ± 18.4 olarak belirlenmiştir. Yatılı erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalaması 77.0 ± 20.9 , gündüzlü erkek öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalaması 81.7 ± 18.5 olarak belirlenmiştir. Soria's'a (147) göre sosyal beceriler, içinde bulunulan topluma uygun davranma yeteneği olarak tanımlanmaktadır ve doyum verici kişiler arası ilişkilerin kurulmasında ve sosyal amaçların geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir.

Okul yaşam kalitesi, okulların toplumun beklentileri doğrultusunda öğrencilerin akademik, sosyal, fiziksel, psikolojik gelişimlerine katkı sağlayan, öğrenci, öğretmen, yönetici ve diğer çalışanların bu ortamda kendilerini mutlu ve güvende hissetme düzeyleridir (148). Çalışmamızda yatılı kız öğrencileri okul fonksiyonu puan ortalaması (66.4 ± 18.8), gündüzlü kız öğrencilere (69.8 ± 17.9) göre düşük bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.05$). Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin okul fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, yatılı erkek öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalaması 68.1 ± 18.7 , gündüzlü erkek öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalaması 71.0 ± 19.9 olarak belirlenmiştir. Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). Yapılan araştırmalar anne-baba yoksunluğunun çocuğun eğitimini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Tahran'da bir yetiştirme yurdunda yapılan bir çalışmada, yutta büyümekte olan çocukların büyük gelişim bozuklukları gösterdiklerini belirlemiştir. Yurtlarda büyüyen çocuklarda zeka gelişimi düzeyi, konuşma bozuklukları ve hareket yeteneklerinde de akranlarına göre büyük gelişim gerilikleri göstermişlerdir (149).

Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı kız öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları, gündüzlü kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($P = 0.001$). Yatılı

ve gündüzlü erkek öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı erkek öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puanı ortalamaları gündüzlü erkek öğrencilere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($P<0.01$). Eskin ve arkadaşlarının (150) Aydın ilinde 805 lise I. Sınıf öğrencisi ile yaptıkları çalışmada depresyonun liseli adolesanlar arasında yaygın olabileceği, düşük özsaygı, sosyal desteğin zayıf olması, sorun çözme becerisinin yetersiz oluşu gibi etkenlerin adolesan dönemi depresyonu için risk oluşturduğu belirlenmiştir (150). Çalışmamızda yatılı öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamasının düşük olması, öğrencilerin ailelerinden çeşitli nedenlerle ayrı yaşamlarından dolayı ile aile ilgi ve sevgisinden yoksun kalmalarından, ayrıca bir kurum bakımında yaşıyor olmalarından dolayı kurum bakımının psikolojik etkilerinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, yatılı kız öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının, gündüzlü kız öğrencilere göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($P<0.01$). Yatılı ve gündüzlü erkek öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı erkek öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($P<0.01$).

Carbone ve arkadaşlarının (151) Avustralyada 6-17 yaş grubu 326 çocuk ve adolesanla yaptığı çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan çocuk ve adolesanların yaşam kaliteleri ailesi ile birlikte yaşamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Buradaki sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Davidson ve arkadaşları (152) tarafından yapılan prospektif bir çalışmada ise kurum bakımına alınan ve kurum bakımına alınması gerekirken alınmayan çocukların başlangıçtaki ve altı ay sonraki yaşam kaliteleri incelenmiş, zor şartlar altında yaşayıp kurum bakımına alınanların yaşam kalitelerinin, alınmayanlara göre iyileştiği belirlenmiştir. Bu durum kimi zaman kaliteli bir kurum bakımının bazı durumlarda yaşam kalitesini artırabileceğini göstermiştir.

Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sınıflara göre yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında yatılı 4. Sınıf öğrencilerinin, gündüzlü öğrencilere göre fiziksel sağlık puan ortalamaları ($P<0.05$) duygusal sağlık puan ortalamaları ($P<0.05$), sosyal sağlık puan ortalamaları ($P<0.01$), okul fonksiyonu puan ortalamaları ($P<0.01$), psiko-sosyal puan ortalamaları ($P<0.01$) ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ($P<0.01$) daha düşük olarak belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Araştırma grubundaki yatılı ve gündüzlü 5. sınıf öğrencilerinin yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($P \leq 0.01$). Duygusal sağlık puan ortalamaları arasında yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). Yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında sosyal sağlık puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin okul fonksiyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($P < 0.05$).

Öğrencilerin psiko-sosyal puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). 5. Sınıf öğrencilerinin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0.05$).

Araştırma grubundaki 6. Sınıf öğrencilerinin yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerle gündüzlü öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları ve duygusal sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$, $P > 0.05$). 6. Sınıf yatılı ve gündüzlü öğrencilerin sosyal sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır, yatılı öğrencilerin sosyal fonksiyon puan ortalamalarının gündüzlü öğrencilere göre düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0.01$). Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). Yatılı öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamalarının gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0.05$). Yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($P < 0.05$).

Araştırma grubundaki 7. Sınıf öğrencilerinin yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları ($P < 0.05$), duygusal sağlık puan ortalamaları ($P < 0.05$), sosyal sağlık puan ortalamaları ($P < 0.05$) gündüzlü öğrencilere göre daha düşüktür ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin okul fonksiyonu puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P > 0.05$). 7. sınıfta okuyan yatılı ve gündüzlü öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamaları

karşılaştırıldığında, yatılı öğrencilerin psiko-sosyal sağlık puan ortalamalarının gündüzlü öğrencilere göre düşük olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.05$). Çalışmamızda orta adolesan dönem olan 7.sınıfların psiko-sosyal sağlık puan ortalamasının düşük olması benzer nedenlerden kaynaklanabilir.

8. sınıf yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutları yönünden anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının, gündüzlü öğrencilere göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$).

Chen ve arkadaşlarının (145) Japonyada 12-13 yaşlarındaki öğrencilerle yaptıkları çalışmada düşük fiziksel egzersiz, kahvaltı yapmama, uzun süre televizyon izleme, geç uyuma gibi istenmeyen davranış biçimlerinin yaşam kalitesinin düşük olması ile pozitif ilişkisinin olduğunu belirlemişlerdir.

Cummings ve arkadaşlarının (153) yerli Amerikalı adolesanların duygusal ve fiziksel sağlıkları ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmalarında duygusal sağlık ile ilgili olarak koruyucu faktörler %30 oranında belirlenmiş olup her iki cinsiyet için de aile bakımına sahip olmak %15 oranında koruyucu faktör olarak belirlenmiştir. Yine kızlarda aile bakımı, kendi beden imajı ile ilgili duygular, okul hakkındaki hisler, şiddet görüp görmeme ve mutsuzluğun, adolesanın duygusal durumu ile güçlü bir şekilde ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde aile bakımı, beden imajı, ailesel beklentilerin adolesanın duygusal durumunun korunmasında önemli etkileri olduğu belirlenmiştir. Her iki cinsiyet içinde aile bakımı ve aile ile birlikte yaşama duygusal ve fiziksel sağlığın korunmasında büyük oranda etkili bulunmuştur.

Üstüner ve arkadaşlarının (154) 6-17 yaş arası çocuklarda sorun davranışların görülme sıklığını araştırdıkları çalışmada, sorun davranışların görülme sıklığı ailesi yanında yaşayan çocuklarda %9.7, koruyucu aile yanında yaşayan çocuklarda %12.9, kurum bakımındaki çocuklarda % 43.5 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda, yatılı öğrencilerin ailelerinden uzak olmaları ve zamanlarının çoğunu kurum bakımında geçiriyor olmaları onların duygusal sağlık puan ortalamaları, psikososyal sağlık puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamasının ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilere göre düşük olmasının nedeni olarak ifade edilebilir.

Kurum bakımında niteliksel bir sevgi paylaşımının olmaması, kurumda yaşamayla ilgili güvensizlik, sosyal uyumsuzluk, geleceğe güvensizlik, ihmal, olumsuz davranışlara maruz kalma gibi nedenlerle adolesanların benlik saygısı düşük olabilmektedir (155). Sınıflara göre yatılı ve gündüzlü öğrencilerin toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında yatılı öğrencilerde yaşam kalitesinin, gündüzlü öğrencilere göre düşük olduğu, ancak üst sınıflara doğru yaşam kalitesi açısından her iki grup arasında farklılığın giderek azaldığı belirlenmiştir. Bu durum ilköğretim birinci kademedeki öğrencilerin daha küçük olması aileden ayrı olmaya alışamamaları, işlevlerini yerine getirmede zorlanmaları, aileye daha fazla ihtiyaçlarının olması, üst sınıflara doğru okula alışma ve kabullenmişlik içinde olmaları ayrıca mezun olarak okuldan ayrılacakları düşüncesi içerisinde olmaları ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında tüm alt boyutların kendi aralarında ve toplam yaşam kalitesi ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($P < 0.001$).

Fiziksel, psikolojik, sosyal olgunluğa erişinceye kadar çocukların özenli bakılmaya, desteklenmeye, korunmaya ve yönlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Normalde ailelerde sağlanan bu özellikler çeşitli durumlarda kurumlar tarafından karşılanır (156). Yatılı öğrencilerin toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi alt boyutlarının düşük olması okul yaşam kalitesini artırıcı özelliklerin yeterince sağlanamamış olmasından kaynaklanabilir.

İnal'ın (157) Adana'da Yatılı ilköğretim bölge okullarındaki öğretmen ve öğrencilerin okul yaşam kalitesi algılarını incelediği çalışmada; öğretmen ve öğrenciler en çok kalabalıktan ve okulun fiziksel koşullarından dolayı hijyen uygulamalarının tam olarak yapılamamasından, odalarda koğu sistemi olmasından dolayı kurum yaşantısı hissini sürekli var olması, ısınma problemi, ailelerin eğitim seviyesinin düşük olması, okula uzak olmaları nedeniyle öğretmen-veli işbirliğinin tam olarak sağlanamaması, oyun alanlarının dar olması gibi nedenlerle okul yaşam kalitesini düşük olarak algılamaktadırlar.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara dayanılarak şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin kardeş sayıları ortalamalarının ve ailelerinde yaşayan birey sayısı ortalamalarının yatılı öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Yatılı öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyinin, gündüzlü öğrencilerin annelerine göre, yatılı öğrencilerin babalarının öğrenim düzeyinin, gündüzlü öğrencilerin babalarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Yatılı öğrencilerin babalarının çalışma durumlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Yatılı öğrencilerin sağlıklarını değerlendirme durumları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.
- El yıkama sıklığı, diş fırçalama sıklığı, tırnak kesme sıklığı konularında yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.
- Banyo yapma sıklığının, yatılı öğrencilerde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Uyku süreleri açısından yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı farklılık olduğu ve yatılı öğrencilerin daha yüksek oranda uyku sürelerini az olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.
- Yatılı öğrencilerin, gündüzlü öğrencilere göre, anlamlı olarak daha fazla uyku sorunu yaşadıkları belirlenmiştir.
- Yatılı ve gündüzlü öğrencilerin ders çalışma koşulları ile ilgili anlamlı farklılık belirlenmemiştir.
- Öğrencilerin aileleri, öğretmenleri, arkadaşları ile ilişkileri yönünden aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.
- Her iki grupta da en fazla atlanan öğünün öğle öğünü olduğu ve her iki grubunda en fazla sebze yemeklerini sevdiği belirlenmiştir.
- Her iki grupta da sigara içme sıklığı düşük düzeydedir ve aralarında fark belirlenmemiştir.
- Spor yapma davranışı, boy-ağırlık algısı ve ağırlığından memnun olma durumları açısından, yatılı ve gündüzlü öğrenciler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

- Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ve yaşam kalitesi alt boyutları ortalamaları ile ilgili olarak yatılı ve gündüzlü kız öğrenciler arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş olup, yatılı öğrencilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ve yaşam kalitesi alt boyutları ortalamaları ile ilgili olarak yatılı ve gündüzlü erkek öğrenciler arasında anlamlı farklılık belirlenmiş olup, yatılı öğrencilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Öğrencilerin toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında tüm alt boyutların kendi aralarında ve toplam yaşam kalitesi ile alt boyutlar arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre;

- Yatılı öğrencilerin yaşam kalitelerini yükseltmek için yatılı okulların yaşam ortamlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden iyileştirilmesi,
- Yatılı ilköğretim bölge okullarında, okul sağlığı hemşiresinin bulunması,
- Yatılı okullarda çalışan yöneticiler, öğretmenler ve diğer çalışanların mesleki eğitimlerini alırken gerek öğrenci psikolojisi, gerek adolesan sağlığı ve yatılı okullar konusunda yeterli ve etkili eğitim alması, sık sık hizmet içi eğitimlerle bunun güncelleştirilmesi,
- Okulların fiziki koşullarının yeterli hale getirilmesi, öğrencilerin spor, sanat, edebiyat vb. alanlarda gelişimlerinin sağlanması için uygun koşulların hazırlanması,
- Öğrencilerin aileleri ile işbirliği sağlamaya yönelik çabaların artırılması,
- Öğrencilerin yaşam koşullarının değerlendirilmesi,
- Okullara yeterli maddi desteğin sağlanması,
- Okullarda verilen hizmetin sonuçlarının sürekli değerlendirilmesi,
- Bu konuda daha ileri araştırmaların yapılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Önal AE, Erbil S, Gürtekin B, ve ark. İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarının algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. Nobel Medicus 2009;5(2):24-48.
2. Holt CR, Barta KM, Neighbors M, Smith RM. The role of the school nurse: Perception of school nurses and superintendents, Journal of Educational Research & Policy Studies 2002;3(2): 89-100.
3. WHO. Department of Reproductive Health and Research. World Health and Research, Geneva, Switzerland.
4. United Nations. World Youth Report 2003. United Nation Publication 2004; pp 1-396.
5. HÜNEE. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Hastaneleri Basımevi. Ankara 2009; ss 17-54.
6. www.unfpa.org/adolescent/investing Erişim: 20.12.2010.
7. Pender NJ, Murdaug CL, Parsons MA. Health Promotion Nursing Practice. Fourth ed. Upper saddle River. New Jersey 2002. pp:13-209.
8. Ball JW, Bindler RC. Child Health Nursing: Partnering with children&families. Pearson Education. Upper saddle River. New Jersey 2006 pp 1- 86.
9. Arı A. Normal, taşınmalı ve yatılı ilköğretim bölge okullarının karşılaştırılması. Milli Eğitim Dergisi 2002; 153-154: 119.
10. İlköğretim ve Eğitim Kanunu. Milli Eğitim Temel Kanunu. Resmi Gazete. Ağustos 1997. s.2.
11. Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Eğitim Şube Müdürlüğü Kayıtları

12. Sarı M, Cenkseven F. İlköğretim öğrencilerinde okul yaşam kalitesi ve benlik kavramı, İnsan Bilimleri Dergisi 2008;5(2):2-14.
13. Spitzer WO. State of science 1986; Quality of life and functional status as target variables research. J Chron Dis 1987; 40:465-471.
14. Breslaw LA. Quantitative approach to the world health organization definition of health: physical, mental and social well-being. Int J. Epidemiology 1972;1:347-355.
15. Sarı M. Demokratik Değerlerin Kazanımı Sürecinde Örtük Program: Düşük ve Yüksek Okul Yaşam Kalitesine Sahip İki İlköğretim Okulunda Nitel Bir Çalışma. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2007; ss 1-80.
16. Yörükoğlu, A., Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları II. Çalıştayı 2003: ss. 58-59.
17. Smith, C. Sandhu DS. Toward a positive perspective on violence prevention in school building connections. Journal of Counseling&Development 2004;82(3):287-293.
18. UNICEF Türkiye. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Türkiye 2004. ss:1-21
19. T.C Sağlık Bakanlığı Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2001. ss: 2- 10.
20. Gölbaş Z. Adolesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002; ss 6-70.
21. Progress in Reproductive Health Research, UNDP/UNFPA/WHO World Bank WHO Programme of Research, Development and Research, Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research WHO, Geneva, Switzerland, no:64 pp1-10.
22. Cicchetti D, Rogos FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. J Consult Clin Psychol 2002 ; 70: 6-20.
23. www. who.int/child-adolescent health. Erişim: 23.01.10.
24. Reif CJ, Elster AB. Adolescent preventive services. Adolescent Medicine 1998; 25:1-19
25. T. C. Sağlık Bakanlığı Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara 2009; ss 1-64.
26. Tanner J.M, Whitehouse RH, Marshall WA, Carter BS. Prediction of adult height, bone age and occurrence of menarch at age 4 to 16 with allowance for midparental height. Arc Dis Child 1975. 50; 14-16.
27. Saka HN, Neyzi O. Puberte Başlangıç Yaşı Değişiyor mu?.Türk Pediatri Arşivi 2005, 40:7-14.

28. Shore WB, Braveman P, Mellin. L. Health Maintenance for Adolescents. In: Taylor, RB. Family Medicine, 5th edç Newyork: Springer-Verlag, 1998;pp 162-169.
29. Derman O. Ergenlerde Psikososyal Gelişim, İ. Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, No: 63, Mart 2008, s.19-21.
30. Ekşi A. Ben Hasta Değilim. Nobel Tıp Kitabevi Ltd şti, İstanbul 1999;ss155.
31. Rogol AD, Clark PA, Roemmich N. Growth and pubertal development in children and adolescent effects of diet and physical activity. Am Clinic Nutrition 2000;72: 5215-5285.
32. Kınık E. Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel Gelişme, Katkı Pediatri Dergisi 2000;21(6):720-740.
33. Pipes P, Trahms C . Nutrition in Infancy and Childhood. Mosby Year Book Inc,USA 1993;pp 10- 82.
34. Mitchell K, Pauls J. Adolescent health status: An analysis of female adolescent sleep duration and mother educational backround on body mass index. Journals of Womens Health Physical Therapy 2006, 30;1;12-14.
35. Ercan O. Adolesanın psikososyal gelişimi. “İçinde” Ercan O, Alikashiöğlu M (ed) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2005; ss 17-21.
36. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı (28.basım), Özgür yayınları, İstanbul 2006; ss 375-397.
37. Tüzün DÜ. Gençlik döneminde depresyon ve intihar. “İçinde” Ercan O, Alikashiöğlu M (yazarlar) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2008; ss 53-58.
38. TÜBA. Ergen ve Ruhsal Sorunları Saptama Çalışması. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları. Tübitak Matbaası, Ankara 2004.
39. Warren MB. The effects of excercise on pubertal progression and reproductive function in girls. J Clin Endokrinol Metab 1980;51:1150-7.
40. Pekcan H. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Kitap: yazarlar Güler, Ç., Akın, L., Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006; ss. 482-503.
41. Alikashiöğlu M. Adolesana yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40:191-8.

42. Şimşek E. Sağlık Bakanlığının Adolesana Yaklaşımı. “İçinde” Ercan O, Alikaşifoğlu M (Eds) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2008; ss 23-27.
43. Call K T, Riedel AA, Hein K “et al” Adolescent health and well-being in the twenty-first century: A global perspective. *Journal of Research on Adolescence* 2002; 12(1):69-98.
44. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in North of Madrid, Spain. *Society for Adolescent Medicine* 2000; 27(5):351-360.
45. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü, Türkiye küresel gençlik ve bütün araştırması 2003.
46. Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum R. Health risk behaviours and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health* 2001; 28:295-302.
47. Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Yücel ofset matbaacılık, Ankara 2008; ss 1-96.
48. Şatiroğlu H. Ergenlerde Cinsellik. “İçinde” Ercan O, Alikaşifoğlu M (Eds) İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2008; ss 41-46.
49. Aksu D. Yetişkin Kadınlarda Yeme Davranışını Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2002; ss 1- 70.
50. Pekcan G. Adolesan döneminde beslenme. *Klinik Çocuk Forumu* 2004. 4; 1:38-47.
51. Baltacı G, Ersoy G, Karaoğlu N ve ark. Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Klasmat Matbaacılık Ankara 2008; ss 7-29.
52. Köksal G, Özel G. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık Ankara 2008; ss 12-21.
53. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Toplumun Sahada Bilinçlendirilmesi. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, Ankara 2002.
54. Güngör C. Çocuklarda ağız diş sağlığı ve beslenme. *Klinik Çocuk Forumu* 2004;6: 6-11.
55. Sevinç Ö, Başçı E. Antalya 17. Merkez sağlık ocağı bölgesinde çürük-eksik-dolgulu diş (dmf) indeksi. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2004:23.
56. Kılıç D. Yatılı İlköğretim Bölge Okulları ve Diğer İlköğretim Okullarının Toplumsal Fonksiyonlarını Gerçekleştirme Durumlarının Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Erzurum 2001;ss 8-18.

57. Igoe JB. School nursing, Nursing Clinics of North America, 1994; 29(3): 443-458.
58. Özcebe H. Ulukol B. Mollahaliloğlu S. Yardım N. Karaman F. T.c. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Yücel Ofset Matbaacılık, Ankara 2008; ss 1-96.
59. Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RS, Piyal B. Ankara Merkez İlçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(2):83-93.
60. Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı. Sağlık Eğitim Merkezleri için Okul Sağlığı Eğitimi ve Uygulama Rehberi(Hizmete özel), Milli Eğitim Basımevi, Ankara 1985; ss 12
61. Şahin F. Okul sağlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000; 9(6): 210-212.
62. Demirel R. Isparta il Merkezindeki İlköğretim Okullarında Okul Sağlığı Araştırması. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta 2003; ss 6-78.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Aralık 2001(eski 154 sayılı yönerge),madde 73.
64. www. WHO/Global School Health Initiative. Erişim:05.12.2009, saat: 20.00
65. Bilgel N. Okul Sağlığı. İçinde: Dirican R, Bilgel N.(eds). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Basım. Bursa Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı yayınları, Bursa 1993; 405-418.
66. Pekcan H. Okul Sağlığı. İçinde: Güler Ç, Akın L, (eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara 2006; ss 456-469.
67. Milli Eğitim Bakanlığı Temel Eğitim Projesi, İlköğretim Okullarının Sosyal Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. Milli Eğitim Bakanlığı Projeler Koordinasyon Merkez Başkanlığı. Ankara 2002. ss 20-27.
68. Milli Eğitim Bakanlığı İlköğretim Kurumları Yönetmeliği 2003.
69. İnal U. Adana İl Sınırları İçerisindeki Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında Bulunan Öğretmen ve Öğrencilerin Okul Yaşam Kalitesi Algılarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2009; ss 140-176.
70. Altınsoy M. Yatılı İlköğretim Bölge Okullarındaki Yatılı ve Gündüzlü Öğrencilerin Kişisel Bakımlarına İlişkin Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008; ss 9-71.
71. Linnakyla P, Brunel V. Quality of school life in the Finnish and Swedish Schools in Finland. Binkley, M., Rust, K., Williams, T., (Eds) Reading Literacy in an International Perspective, s. 203- 217. U.S Department of Education Office of Educational Research and Improvement NCES 97-875.

72. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, Sağlıkta Birikim Dergisi 2003; 1(2):1-5.
73. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREEF. 3P Dergisi 1999;7:5-13.
74. Tüzün E, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003;13:3-8.
75. Çıtıl R. Diabetik Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkileri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri 2009 ,ss 42-48.
76. Eiser C. Children's quality of life measures. Arch Dis Child 1997;77: 350-354.
77. Harding L. Children's quality of life assesment: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. Clin Psychol Psychother 2001; 8: 79-96.
78. Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnic K, Kline L N. Assesment of health related quality of life in childrem: A review of conceptual, metedilojical and regulatory issues. Value Health 2004;7: 79-92.
79. Varni JW, Katz ER, Colegrove R, Dolgin M. Adjusment of children with newly diagnosed canser: cros-informant variance. J Psychosoc Oncol 1995; 13:23-38.
80. Durmaz A. Liselerde Okul Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi,Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne 2008; ss 68-71.
81. Williams T, Roey S.Consistencies in the Quality Of School Life. M. Binkley, K. Rust, Williams T(Eds) Reading Literacy in an International Perspective, s. 193-202, U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement NCES. 97-875.
82. Mok, M., Flynn, M., Determinants of Students of School Life? Issues İn Educational Research, 1997, 7(1), pp. 69-86.
83. Marks GM. Attitudes to School Life: Their Influencesand Their Effectson Achievement Leaving School. Australian Council For Educational Research. Research Report, 1998, pp1-26.
84. Karatzia A, Papadioti- Athanasiou, Power K.G, Swanson V. (2001a),Quality of School Life, Development and Preliminary Standardization of an Instrument Based on Preformance Indicators in Scottish Secondary Schools", School Effectiveness and School Improvement 12;(3):265-284.
85. Bilgiç S.İlköğretim Öğrencilerinde Okul Yaşam Kalitesi Algısının Arkadaşlara Bağlılık ve Empatik Sınıf Atmosferi Değişkenleriyle ilişkisinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2009; 20- 81.

86. Altunkaynak E. Giresun Kent Kültürü. Giresun Valiliği Yayınları, Giresun 2008; ss 9-17.
87. www.tuik.gov.tr Erişim: 20 Aralık 2010
88. <http://www.who.int/growthref>. Erişim: 8 Haziran 2010
89. Varni JW. The PedsQL 4.0: measurment model fort he pediatric quality of life inventory version 4.0. Quality of Life News Letters 2001; 23
90. Sönmez S, Başsakal Z. Türk çocuklarının pediatrik yaşam kalitesi 4.0 envanterinin (PedsQL) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2007; 16:229-237.
91. Gordon T. Etkili Öğretmenlik Eğitimi. Çeviri: Aksay E. İstanbul Ya-Pa Yayınları 1993; 1-36.
92. Bakış O, Levent O, Insel A, Polat S. Türkiye’de Eğitimin Belirleyicileri, Eğitim Reformu Girişimi, Sabancı Üniversitesi 2009, ss:15-22.
93. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadın ve Eğitim.Fersa Ofset. Ankara 2008:ss 9-16.
94. Karataş NY. Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında Okuyan Öğrencilerin Boş Zamanlarını Değerlendirme Alışkanlıkları.Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa 2006, ss.42-43.
95. Acar H. Samsun İli Yatılı İlköğretim Bölge Okulu (YİBO) Öğrencilerinin Spor Yapma Alışkanlıkları ve Şiddete Uğrama Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 2008, s. 10-82.
96. Doğan N, Arıcan A, Ay M, Topçu K, Öztürk Z F. Yetiştirici Sınıf Öğretim Programı, Öğretmen El Kitabı, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; ss 2- 46.
97. Bıyıklı L. Gelişmiş Ülkelerde Suçlu ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar İçin Koruyucu Aile Uygulaması. Çocuk Suçluluğu ve Çocuk Mahkemeleri Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara 1983, ss 61-67.
98. Leonard CAR, Bourke S, Schofield N. Affecting the affective; Affective outcomes in the context of school effectiviness, school improvement and quality schools.Issues In Educational Research 2004;14(1):1-28.
99. Sherman E, Slic D, Connoly M, et al. Validity of three measures of health-related quality of life in children with interactable epilepsy. Epilepsia 2002;43:1230-1238.
100. Güler Ç. Kişisel hijyen. Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(6):119-132
101. Balcı E, Horoz D, Gün İ, Öztürk Y. Temizlik işinde çalışan kişilerin temizlik ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2005; 27(4):158-166.

102. Çan G, Topbaş M, Kapucu M. Trabzon'da iki farklı yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004; 3(8), 170- 177.
103. Oğur R, Tekbaş Ö F, Hancı O, Özcan U. El Kurutma Makinelerinden Üflenlen Havanın Mikrobiyolojik Özellikleri, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005, 4(1): 1-7.
104. Özel S, Erbil S, Önal E ve ark. İlköğretim öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda bilgi ve davranışları. Nobel Medicus 2009; 5(ek 1):45-48.
105. Vernon S, Lundbal B, Hellstrom A L. Children's Experiences Of School Toulets Presenta Risk to Their Physical and Psychological Health. Child: Care, Health and Development, 2003; 29(1): 47-53.
106. Önsüz FM, Hıdıroğlu S. İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1):9-17.
107. Yazıcıoğlu B. Ağız ve Diş Sağlığı. İçinde: Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler , Güneş Kitapevi 1995; ss455-461.
108. Erdal E. Hemşirelik Temel İlke ve Uygulamaları, Doğan Yayınevi, İzmir 1993; ss. 60-70.
109. Görgülü S, Ulusoy M F, Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram İlke ve Yöntemler, Ankara 2001; ss 20-47.
110. Wenzel RP. The Economic of nasocomial infections, Journal of Hospital Infections 1995; 31(29) :79-87.
111. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N. İlköğretim okulu öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;10:229-236.
112. Altınsoy M. Yatılı İlköğretim Bölge Okullarındaki Yatılı ve Gündüzlü Öğrencilerin Kişisel Bakımlarına İlişkin Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008;ss 1-70.
113. Carskadon M, Harvey K, Duke P, et al. Pubertal changes in daytime sleepiness. Sleep, 1980; 2:453-60.
114. Ipsiroglu PS, Fatemi A, Werner I, Paditz E, Schwarz B. Self-reported organic and nonorganic sleep problems in schoolchildren aged 11 to 15 years in Vienna. J Adolesc Health 2002;31:436-42.
115. Archbold K et al. Symptoms of sleep disturbance among children at two general pediatric clinics. J Pediatric 2002;140 (1):97-102.

116. Bekar G. Yatılı ve gündüzlü ilköğretim okulunda öğrenim gören kız adolesanların antropometrik ölçümleri, beslenme durumları, beslenme alışkanlıkları ve diyet örüntülerinin tespiti. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2006, s.20-146.
117. WHO Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being, The World Health Organization's Information Series on School Health document 10, pp: 1-10
118. Çelenk, S., Okul Başarısının Ön Koşulu: Okul Aile Dayanışması, İlköğretim-Online, 2003; 2(2): 28-34.
119. Bailey, G., A qualitative study of middle grade students' perceptions of their schools, teachers and classes, Louisiana Middle School Association Journal 1999;3.
120. Hoşgörür V, Kaya, Z.(Ed), Sınıf Yönetimi, Pegem A yayıncılık, Ankara 2002, ss 65-89.
121. Satır S. Özel Tevfik Fikret Lisesi Öğrencilerinin Akademik Başarılarıyla İlgili Anne-Baba Davranışları ve Akademik Başarıyı Artırmaya Yönelik Anne- Baba Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
122. Eser Ş K. ve ark. Konyada iki yetiştirme yurdunda barınan adolesanların beslenme durumları, Beslenme ve Diyet Dergisi, 29(2): 25-33.
123. Alaçam, H., Niğde İlinde Özel ve Devlet Okullarında Okuyan 12-15 Yaş Grubu Öğrencilerin Beslenme ve Fizik Aktivite Alışkanlıklarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
124. Sağlam F. Hızlı hazır yemek üzerine bir çalışma. Beslenme ve Diyet Dergisi 1991;20:187-197.
125. Beçem İ. Sivasta 12-18 yaş grubu adolesanlarda demir eksikliği ve demir eksikliği prevelansı. TKlin J Pediatr 1999;8:15-20.
126. Calderon L. ve ark. Dieting Practices in High School Students, J Am Diet Assotiation. 2004;104:1369-1374.
127. Covey L, Lamb M, Schiefelbein R, Albrecht J. Vegetable Knowledge and Preferences of Youth Ages 12-15. Journal of the American Dietetic Association 1998(9)19:67.
128. Özcebe H. Gençler ve Sigara. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2008; ss 10-22.
129. Palanci Y, Saka G. Diyarbakır İl Merkezindeki İlköğretim 6., 7., 8., sınıflar ile Lise Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 3-6 Kasım 2004, s. 411.
130. Omaç, M., Güneş, G., Genç, M, F., Malatya'da İlköğretim Öğrencilerinin Sigara Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, XII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, 21-25 Ekim, 2008, s.570.

131. Mercken L, Snijders T A B, et al, Dynamics of Adolescent Friendship Networks and Smoking Behavior: Social Network Analyses in Six European Countries, *Social Science&Medicine*, 2009;69: 1506-1514.
132. Solomon L S, Standish B M, Orleans T C. Creating Physical Aktivitiy- Promoting Community Environments: Time For a Breakthrough, *Preventive Medicine*, 2009 ; 49: 334-335.
133. Küçükaslan, A., Dersaneye Giden ve Gitmeyen Adolesanların Vücut Bileşimleri, Beslenme Durumları, Alışkanlıkları ve Diyet Örüntülerinin Tespiti. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
134. Neumark-Sztainer D., Story, M., Resnick, M., Blum, R., Correlates of İnadequate Fruit and Vegetable Consumption Among Adolescents. *Preventive Medicine*, 1996,25:497-505.
135. Neumark-Sztainer D., Story, M., Resnick, M., Blum, R., Lessons Learned About Adolescent Nutrition From The Minesota Adolesvent Health Survey, *Journal of the American Dietetic Association*, 1998; 98 (12):1449-1452.
136. Biro E, Mc, Mahon, et al. Impact of Timing of Pubertal Maturation On Growth İn Black and White Female Adolescents: The National Heart, Lung and Blood Institute Growth and Health Study, *Journal of Pediatrics*, 2001;138: 636-643.
137. Yabancı N. Adolesanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Beslenme Durumunun Kemik Mineral Yoğunluğu ve Vücut Bileşimi Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1999;1-70.
138. Williams J, Wake M. et al. Health- Related Quality of Life of Overweigh and Obese Children. *American Medical Association* 2005; 293:70-76.
139. Çolak M, Yatılı ve Yatılı Olmayan Öğrencilerin Vücut Kompozisyonlarının Değerlendirilmesi, *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi* 2007; 9(2): 183-192.
140. Orsel S, Canpolat BI, Akdemir A, Özbay HM. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;5(1):5-15
141. Jones DC, Vigfusdottir TH, Yoonsun L. Body image and the appearance culture among adolescent girl and boys: an examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines and the internalization of appearance ıdeals. *Journal of Adolescent Research* 2004; 19:323-325.
142. Karadağ Ö. Ankara'da bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan adolesanlarda sosyodemografik özelliklerin ve fiziksel aktivite düzeyinin ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008; ss 80-108.

143. Müftüoğlu O. Yaşasın Hayat. Doğan Kitapçılık, İstanbul 2002;ss 88.
144. Morimoto K, Ezoe S. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. Preventive Medicine 1994;23:98-105.
145. Chen X, Sekine M, Hamanishi S. et al, Life styles and health related quality of Japanese school children:a cross-sectional study. Preventive Medicine 2005;40:668-678.
146. Kınık E. Adölesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel gelişme. Katkı Pediatri Dergisi 2000;21(6):720-740.
147. Sorias O. Sosyal beceriler değerlendirme yöntemleri. Psikoloji dergisi 1986;5(20):25-29.
148. Durmaz A. Liselerde Okul Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne 2008; ss50-69.
149. Yıldırım G, (içinde) Okul Öncesi Eğitimde Okul Ana-Baba ve Çevre Arasında İşbirliğinin Sağlanması, Okul Öncesi Eğitim ve Sorunları, TED Yayınları 1983;1-28.
150. Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., Dereboy, Ç., Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2008. 19(4): 382-389.
151. Carbone JA,Sawyer MG, Searle AK, Robinson PJ. The health related quality of children and adolescents in home based foster car. Quality of Life Research 2007;326.
152. Davidson –Arad B, Englechin DS, Wazner Y. Short term follow up of children at risk:comparison of the quality of life children removed from home and children remaining at home. Child Abuse Negl. 2003;27(7):733-50.
153. Cummins CR, Ireland M, Resnick M, Blum R. Correlates of physical and emotional health among Native American adolescents. Journal of Adolescent Health 1999; 24: 38-48.
154. Üstüner S, Erol N. Şimşek Z. Koruyucu aile bakımı altındaki çocukların davranış ve duygusal sorunları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2005 ;12(3):130-140.
155. Bulut I. Korunmaya muhtaç gençlerin sosyal grup çalışması gereksinimi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1995;2(2):79.
156. Johnson RM, Bart RP. From placement to prison:the path to adolescent incarceration from child welfare supervised foster or group care. Children and Youth Services Review 2002; 22(7):493-516
157. İnal U. Adana İl Sınırları İçinde Bulunan Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında Bulunan Öğretmen ve Öğrencilerin Yaşam Kalitesi Algılarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2009; ss 64-98.

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	Yatılı okul öğrencilerinin ve ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof.Dr. Osman Günay
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	
FAZİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Ulusal	☐ Çok Merkez ☐ Uluslararası

İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			Türkçe ☐ İngilizce ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐

KARAR	Karar No: 09/127	Karar : 03.03.2009
	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Osman Günay'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının sorumlu araştırmacıya ve dekanlık mazamına arzına iloplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

Ü.	Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
					☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Pi	Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Sab	Prof. Dr. Halil MUHTAROĞLU	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Murat AKSU	Nöroloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Mustafa ÖZTÜRK	Radyodiagnostik	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Mustafa KENDİRCİ	Çocuk Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Pro	Dr. Oğuz EKMEKÇİOĞLU	Üroloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Doç. Dr. Ali Basri ULUŞOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
P	Dr. Ayşe ÇELEBİ	Avukat	E.Ü.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* / İmza ile ilişkili
** / İmza ile ilişkili bulunma

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

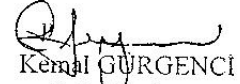
Sayı : B.08.4.MEM.4-28-00-02-010/
Konu : Doktora Tez Çalışması

06.02.2009 02200

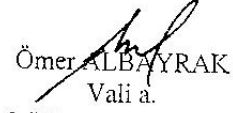
VALİLİK MAKAMINA

Giresun Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Emine KÜÇÜK' ün 2008-2009 eğitim-öğretim yılı ikinci döneminde "Yatılı Okulda Okuyan ve Ailesi ile Birlikte Yaşayan Öğrencilerin Psikolojik ve Fiziksel Gelişmelerinin Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının ilimiz genelinde bulunan Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında uygulama isteğine dair Üniversite Rektörlüğünün 03/02/2009 tarih ve 682 sayılı yazısı ekte sunulmuş olup, söz konusu tez çalışmasının ilimiz Yatılı İlköğretim Bölge Okullarında uygulanması Müdürlüğümüzce uygun değerlendirilmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde, olurlarınıza arz ederim.


Kemal GURGENCE
Şube Müdürü

OLUR
06.02/2009


Ömer ALBAYRAK
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

İrtibat: Projeler Koord. Şb Dahili: 153



Hükümet Konağı Zemin Katı ve
Kat. I 28100 GİRESUN
Tel : (454) 2157525-2157527
Faks : (454) 2157522
E-posta : giresunmem@meh.gov.tr
Elektronik ağ : http://giresun.meb.gov.tr



Sevgili Öğrenciler

Bu çalışma “yatılı okul öğrencilerinin ve ailesiyle birlikte yaşayan öğrencilerin sağlık durumu ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması’nı” konu almaktadır. Çalışmanın amacı; her iki gruptaki psikolojik ve fiziksel büyüme ve gelişme durumlarını ortaya koymaktır.

Ankette yer alan sorulara vereceğiniz samimi cevaplar araştırmaya katkı sağlayacaktır. Verdiğiniz cevaplar başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Cevaplarınızı sizin için uygun olan seçeneğin başındaki rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Anlamadığınız ya da merak ettiğiniz bir şey olursa bize sormaktan çekinmeyiniz. Lüften bütün soruları cevaplayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Emine KÜÇÜK
Öğretim Görevlisi

ÖĞRENCİLERİN DURUMU VE SORUNLARI

1. Adınız Soyadınız:
2. Ailenizin yaşadığı yer:
3. Yaşınız:
4. Cinsiyetiniz: 1. Kız 2. Erkek
5. Okulunuz:
6. Sınıfınız:
7. Nerede kalıyorsunuz? 1. Okulun yatılı bölümünde 2. Ailemin yanında 3. Diğer.....
8. Ailenizde yaşayan toplam kişi sayısı:
9. Kendinizle birlikte toplam kaç kardeşiniz?
10. Anneniz hayatta mı? 1. Evet 2. Hayır
11. Annenizin eğitim durumu:
1. Okur- yazar değil 2. Diplomasız Okur- yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu
12. Annenizin işi: 1. Ev hanımı 2. Ev dışında çalışıyor.....
13. Babanız hayatta mı? 1. Evet 2. Hayır
14. Babanızın eğitim durumunu:
1. Okur- yazar değil 2. Diplomasız Okur- yazar 3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu
15. Babanızın işi:
16. Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
17. Size göre sağlık durumunuz genel olarak nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
18. Bir sağlık sorununuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
19. Cevabınız “Evet” ise sorunuz nedir?
20. Günde yaklaşık olarak kaç kere ellerinizi yıkarsınız?
21. Aşağıdaki durumların hangilerinde ellerinizi yıkarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sabah yataktan kalkınca 2. Yemeklerden önce
3. Yemeklerden sonra 4. Tuvaletten sonra
5. Diğer(belirtiniz)
22. Diş fırçanız var mı? 1. Var 2. Yok
23. Dişlerinizi düzenli olarak fırçalar mısınız ?
1. Düzenli fırçalarım 2. Ara sıra fırçalarım 3. Hiç fırçalamam
24. Dişlerinizi günde kaç kere fırçalarsınız?
25. Tırnaklarınızı hangi sıklıkta kesersiniz?
1. Ayda 1 kez 2. Ayda 2 kez 3. Her hafta 4. Diğer (belirtiniz)

26. Ne sıklıkta banyo yaparsınız?
1. Hergün 2. İki günde bir 3. Üç günde bir
4. Haftada bir 5. İki haftada bir 6. Diğer (Belirtiniz)
27. Size göre uyku süreniz nasıldır? 1. Normal 2. Fazla 3. Az
28. Uyku sorunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır
29. Size göre ders çalışma koşullarınız nasıldır? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü
30. Okuldaki başarı durumunuz nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
31. Arkadaşlarınızla ilişkilerin iz nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
32. Ailenizle ilişkileriniz nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
33. Öğretmenlerinizle ilişkileriniz nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
34. Günde kaç öğün yemek yersiniz (sabah, öğle, akşam ve ara yemekler)?
35. Öğün atlıyor musunuz?
1. Her zaman atlarım 2. Bazen atlarım 3. Hiç atlamam
36. Öğün atlıyorsanız genellikle hangi öğünü /öğünleri atlıyorsunuz?
1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam
37. Öğün atlıyorsanız nedeni nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Zaman olmadığı için 2. Zayıflamak için
3. Canım yemek istemediği için 4. Param olmadığı için
5. Diğer (belirtiniz)
38. Diyet yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
39. Size göre beslenme durumunuz nasıldır?
1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
40. Beslenme durumunuz iyi değilse, sizce nedeni nedir?
41. Hangi tür yemekleri daha çok seversiniz? (Sadece birini seçiniz)
1. Et yemekleri 2. Hamurlu yemekler 3. Sebze yemekleri
42. Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
43. Spor yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
44. EVET ise hangi sporları yapıyorsunuz?
45. Boyunuz: cm
46. Kilonuz: kg
47. Size göre boyunuz nasıldır? 1. Normal 2. Uzun 3. Kısa
48. Size göre kilo durumunuz nasıldır?
1. Zayıf 2. Normal 3. Hafif Şişman 4. Şişman
49. Kilonuzdan memnun musunuz? 1. Memnunum 2. Memnun değilim

SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

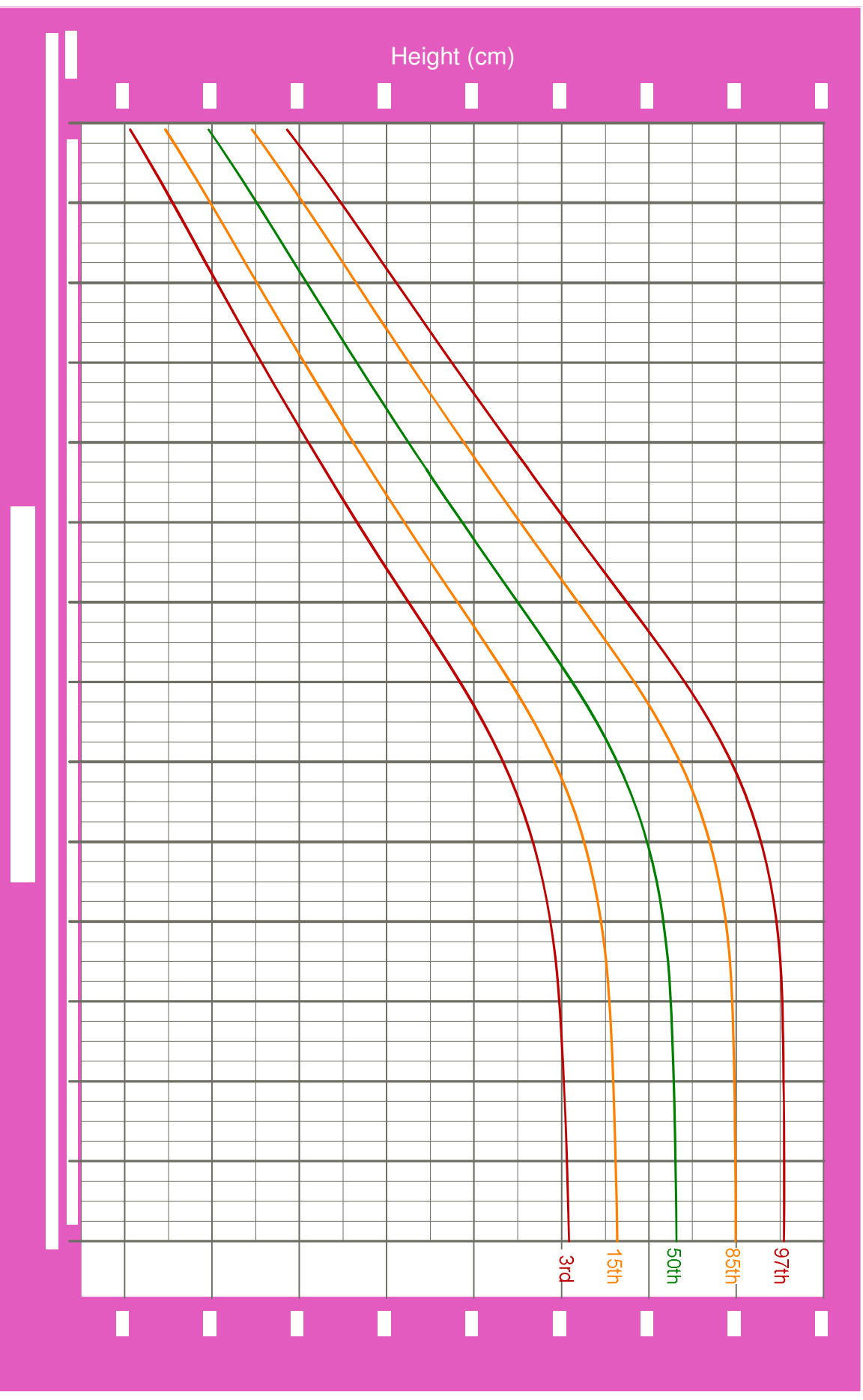
PEDİATRİK YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Son bir ay içinde aşağıda verilen problemler seni ne kadar rahatsız etti?

Sıra No	Sorunlar	Hiç	Hemen hiç	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
	Sağlığım ve Aktivitelerim Hakkında					
1	Benim için bir sokaktan uzun yürümek zor oluyor					
2	Koşmak beni zorluyor					
3	Benim için spor aktivitelerine ya da egzersizlere katılmak zor oluyor					
4	Ağır bir şeyi kaldırmak bana zor geliyor					
5	Kendi kendime banyo yapmak ya da duş almak bana zor geliyor					
6	Evde sorumluluğum olan işleri yapmakta zorlanıyorum					
7	Ağrım var					
8	Kendimi yorgun hissediyorum					
	Duygularım Hakkında					
1	Korkuyorum					
2	Üzgünüm					
3	Kızgınım					
4	Uyumada zorlanıyorum					
5	Bana ne olacağı konusunda endişeliyim					
	Diğerleri ile Benim Aramda					
1	Diğer çocuklar ile anlaşmakta zorlanıyorum					
2	Diğer çocuklar benimle arkadaş olmak istemezler					
3	Diğer çocuklar benimle dalga geçer					
4	Benim yaşımdaki diğer çocukların yapabildiklerini yapamıyorum					
5	Diğer çocuklarla oynarken onlardan geri kalıyorum					
	Okul Hakkında					
1	Derste dikkatimi toplamada zorlanırım					
2	Derslerle ilgili bazı şeyleri unutuyorum					
3	Okul ödevimi yetiştirmekte zorlanıyorum					
4	Kendimi iyi hissetmediğimde okula gidemiyorum					
5	Doktora veya hastaneye gittiğim günlerde okula gidemiyorum					

Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



World Health Organization

Organization

[illegible]

World Health Organization

Table 1: Data for 16 columns															
7: 3	87	-1.2941	15.4593	0.10883	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.7	17.5	19.0	19.6	21.0
7: 4	88	-1.3060	15.4798	0.10929	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.7	17.5	19.0	19.7	21.1
7: 5	89	-1.3175	15.5014	0.10974	12.4	12.9	13.2	13.9	14.4	15.5	16.8	17.5	19.1	19.7	21.2
7: 6	90	-1.3287	15.5240	0.11020	12.5	12.9	13.2	14.0	14.5	15.5	16.8	17.6	19.1	19.8	21.2
7: 7	91	-1.3395	15.5476	0.11065	12.5	12.9	13.2	14.0	14.5	15.5	16.8	17.6	19.2	19.8	21.3
7: 8	92	-1.3499	15.5723	0.11110	12.5	13.0	13.2	14.0	14.5	15.6	16.9	17.6	19.2	19.9	21.4
7: 9	93	-1.3600	15.5979	0.11156	12.5	13.0	13.2	14.0	14.5	15.6	16.9	17.7	19.3	20.0	21.5
7:10	94	-1.3697	15.6246	0.11201	12.5	13.0	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.7	19.3	20.0	21.6
7:11	95	-1.3790	15.6523	0.11246	12.5	13.0	13.3	14.0	14.6	15.7	17.0	17.8	19.4	20.1	21.7
8: 0	96	-1.3880	15.6810	0.11291	12.5	13.0	13.3	14.1	14.6	15.7	17.0	17.8	19.4	20.2	21.7
8: 1	97	-1.3966	15.7107	0.11335	12.6	13.0	13.3	14.1	14.6	15.7	17.0	17.9	19.5	20.2	21.8
8: 2	98	-1.4047	15.7415	0.11380	12.6	13.1	13.3	14.1	14.6	15.7	17.1	17.9	19.6	20.3	21.9
8: 3	99	-1.4125	15.7732	0.11424	12.6	13.1	13.4	14.1	14.7	15.8	17.1	18.0	19.6	20.4	22.0
8: 4	100	-1.4199	15.8058	0.11469	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.8	17.2	18.0	19.7	20.4	22.1
8: 5	101	-1.4270	15.8394	0.11513	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.8	17.2	18.1	19.8	20.5	22.2
8: 6	102	-1.4336	15.8738	0.11557	12.6	13.1	13.4	14.2	14.7	15.9	17.2	18.1	19.8	20.6	22.3
8: 7	103	-1.4398	15.9090	0.11601	12.7	13.2	13.4	14.2	14.8	15.9	17.3	18.2	19.9	20.7	22.4
8: 8	104	-1.4456	15.9451	0.11644	12.7	13.2	13.5	14.3	14.8	15.9	17.3	18.2	20.0	20.7	22.5
8: 9	105	-1.4511	15.9818	0.11688	12.7	13.2	13.5	14.3	14.8	16.0	17.4	18.3	20.0	20.8	22.6
8:10	106	-1.4561	16.0194	0.11731	12.7	13.2	13.5	14.3	14.9	16.0	17.4	18.3	20.1	20.9	22.7
8:11	107	-1.4607	16.0575	0.11774	12.8	13.3	13.5	14.4	14.9	16.1	17.5	18.4	20.2	21.0	22.8
9: 0	108	-1.4650	16.0964	0.11816	12.8	13.3	13.6	14.4	14.9	16.1	17.5	18.4	20.2	21.1	22.9
9: 1	109	-1.4688	16.1358	0.11859	12.8	13.3	13.6	14.4	15.0	16.1	17.6	18.5	20.3	21.1	23.0
9: 2	110	-1.4723	16.1759	0.11901	12.8	13.3	13.6	14.4	15.0	16.2	17.6	18.5	20.4	21.2	23.1
9: 3	111	-1.4753	16.2166	0.11943	12.8	13.4	13.6	14.5	15.0	16.2	17.7	18.6	20.5	21.3	23.2

**World Health
Organization**

Table 1: Performance Metrics for Various Projects (2023-2024)																	
Project ID	Project Name	Q1 2023				Q2 2023				Q3 2023				Q4 2023			
		Task A	Task B	Task C	Task D	Task A	Task B	Task C	Task D	Task A	Task B	Task C	Task D	Task A	Task B	Task C	Task D
9: 4	Project Alpha	112	-1.4780	16.2580	0.11985	12.9	13.4	13.7	14.5	15.1	16.3	17.7	18.7	20.5	21.4	23.3	
9: 5	Project Beta	113	-1.4803	16.2999	0.12026	12.9	13.4	13.7	14.5	15.1	16.3	17.8	18.7	20.6	21.5	23.4	
9: 6	Project Gamma	114	-1.4823	16.3425	0.12067	12.9	13.4	13.7	14.6	15.1	16.3	17.8	18.8	20.7	21.6	23.5	
9: 7	Project Delta	115	-1.4838	16.3858	0.12108	13.0	13.5	13.8	14.6	15.2	16.4	17.9	18.8	20.7	21.6	23.6	
9: 8	Project Epsilon	116	-1.4850	16.4298	0.12148	13.0	13.5	13.8	14.6	15.2	16.4	17.9	18.9	20.8	21.7	23.7	
9: 9	Project Zeta	117	-1.4859	16.4746	0.12188	13.0	13.5	13.8	14.7	15.2	16.5	18.0	18.9	20.9	21.8	23.8	
9:10	Project Eta	118	-1.4864	16.5200	0.12228	13.0	13.6	13.9	14.7	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	21.9	23.9	
9:11	Project Theta	119	-1.4866	16.5663	0.12268	13.1	13.6	13.9	14.7	15.3	16.6	18.1	19.1	21.1	22.0	24.0	
10: 0	Project Iota	120	-1.4864	16.6133	0.12307	13.1	13.6	13.9	14.8	15.4	16.6	18.2	19.1	21.1	22.1	24.1	
10: 1	Project Kappa	121	-1.4859	16.6612	0.12346	13.1	13.6	14.0	14.8	15.4	16.7	18.2	19.2	21.2	22.2	24.2	
10: 2	Project Lambda	122	-1.4851	16.7100	0.12384	13.1	13.7	14.0	14.9	15.4	16.7	18.3	19.3	21.3	22.2	24.3	
10: 3	Project Mu	123	-1.4839	16.7595	0.12422	13.2	13.7	14.0	14.9	15.5	16.8	18.3	19.3	21.4	22.3	24.4	
10: 4	Project Nu	124	-1.4825	16.8100	0.12460	13.2	13.7	14.1	14.9	15.5	16.8	18.4	19.4	21.5	22.4	24.6	
10: 5	Project Xi	125	-1.4807	16.8614	0.12497	13.2	13.8	14.1	15.0	15.6	16.9	18.5	19.5	21.5	22.5	24.7	
10: 6	Project Omicron	126	-1.4787	16.9136	0.12534	13.3	13.8	14.1	15.0	15.6	16.9	18.5	19.5	21.6	22.6	24.8	
10: 7	Project Pi	127	-1.4763	16.9667	0.12571	13.3	13.9	14.2	15.1	15.7	17.0	18.6	19.6	21.7	22.7	24.9	
10: 8	Project Rho	128	-1.4737	17.0208	0.12607	13.3	13.9	14.2	15.1	15.7	17.0	18.6	19.7	21.8	22.8	25.0	
10: 9	Project Sigma	129	-1.4708	17.0757	0.12643	13.4	13.9	14.2	15.1	15.8	17.1	18.7	19.8	21.9	22.9	25.1	
10:10	Project Tau	130	-1.4677	17.1316	0.12678	13.4	14.0	14.3	15.2	15.8	17.1	18.8	19.8	22.0	23.0	25.2	
10:11	Project Upsilon	131	-1.4642	17.1883	0.12713	13.4	14.0	14.3	15.2	15.9	17.2	18.8	19.9	22.1	23.1	25.3	
11: 0	Project Phi	132	-1.4606	17.2459	0.12748	13.5	14.0	14.4	15.3	15.9	17.2	18.9	20.0	22.2	23.2	25.4	
11: 1	Project Chi	133	-1.4567	17.3044	0.12782	13.5	14.1	14.4	15.3	16.0	17.3	19.0	20.0	22.2	23.3	25.6	
11: 2	Project Psi	134	-1.4526	17.3637	0.12816	13.6	14.1	14.4	15.4	16.0	17.4	19.0	20.1	22.3	23.4	25.7	
11: 3	Project Omega	135	-1.4482	17.4238	0.12849	13.6	14.2	14.5	15.4	16.1	17.4						

World Health Organization

Date		Time		Location		Activity		Status		Remarks		Signature		Date	
11: 4	136	-1.4436	17.4847	0.12882	13.6	14.2	14.5	15.5	16.1	17.5	19.2	20.3	22.5	23.6	25.9
11: 5	137	-1.4389	17.5464	0.12914	13.7	14.2	14.6	15.5	16.2	17.5	19.3	20.4	22.6	23.7	26.0
11: 6	138	-1.4339	17.6088	0.12946	13.7	14.3	14.6	15.6	16.2	17.6	19.3	20.4	22.7	23.8	26.1
11: 7	139	-1.4288	17.6719	0.12978	13.7	14.3	14.7	15.6	16.3	17.7	19.4	20.5	22.8	23.9	26.2
11: 8	140	-1.4235	17.7357	0.13009	13.8	14.4	14.7	15.7	16.3	17.7	19.5	20.6	22.9	24.0	26.4
11: 9	141	-1.4180	17.8001	0.13040	13.8	14.4	14.8	15.7	16.4	17.8	19.6	20.7	23.0	24.1	26.5
11:10	142	-1.4123	17.8651	0.13070	13.9	14.5	14.8	15.8	16.4	17.9	19.6	20.8	23.1	24.2	26.6
11:11	143	-1.4065	17.9306	0.13099	13.9	14.5	14.9	15.8	16.5	17.9	19.7	20.8	23.2	24.3	26.7
12: 0	144	-1.4006	17.9966	0.13129	14.0	14.6	14.9	15.9	16.6	18.0	19.8	20.9	23.3	24.4	26.8
12: 1	145	-1.3945	18.0630	0.13158	14.0	14.6	15.0	15.9	16.6	18.1	19.9	21.0	23.4	24.5	26.9
12: 2	146	-1.3883	18.1297	0.13186	14.0	14.7	15.0	16.0	16.7	18.1	19.9	21.1	23.5	24.6	27.0
12: 3	147	-1.3819	18.1967	0.13214	14.1	14.7	15.0	16.1	16.7	18.2	20.0	21.2	23.6	24.7	27.2
12: 4	148	-1.3755	18.2639	0.13241	14.1	14.7	15.1	16.1	16.8	18.3	20.1	21.3	23.7	24.8	27.3
12: 5	149	-1.3689	18.3312	0.13268	14.2	14.8	15.1	16.2	16.8	18.3	20.2	21.3	23.8	24.9	27.4
12: 6	150	-1.3621	18.3986	0.13295	14.2	14.8	15.2	16.2	16.9	18.4	20.2	21.4	23.9	25.0	27.5
12: 7	151	-1.3553	18.4660	0.13321	14.3	14.9	15.2	16.3	17.0	18.5	20.3	21.5	23.9	25.1	27.6
12: 8	152	-1.3483	18.5333	0.13347	14.3	14.9	15.3	16.3	17.0	18.5	20.4	21.6	24.0	25.2	27.7
12: 9	153	-1.3413	18.6006	0.13372	14.3	15.0	15.3	16.4	17.1	18.6	20.5	21.7	24.1	25.3	27.8
12:10	154	-1.3341	18.6677	0.13397	14.4	15.0	15.4	16.4	17.1	18.7	20.6	21.8	24.2	25.4	27.9
12:11	155	-1.3269	18.7346	0.13421	14.4	15.1	15.4	16.5	17.2	18.7	20.6	21.8	24.3	25.5	28.0
13: 0	156	-1.3195	18.8012	0.13445	14.5	15.1	15.5	16.5	17.3	18.8	20.7	21.9	24.4	25.6	28.1
13: 1	157	-1.3121	18.8675	0.13469	14.5	15.2	15.5	16.6	17.3	18.9	20.8	22.0	24.5	25.7	28.2
13: 2	158	-1.3046	18.9335	0.13492	14.6	15.2	15.6	16.7	17.4	18.9	20.9	22.1	24.6	25.8	28.4
13: 3	159	-1.2970	18.9991	0.13514	14.6	15.3	15.6	16.7	17.4	19.0	20.9	22.2	24.7	25.9	28.5

World Health Organization

[illegible]

World Health Organization

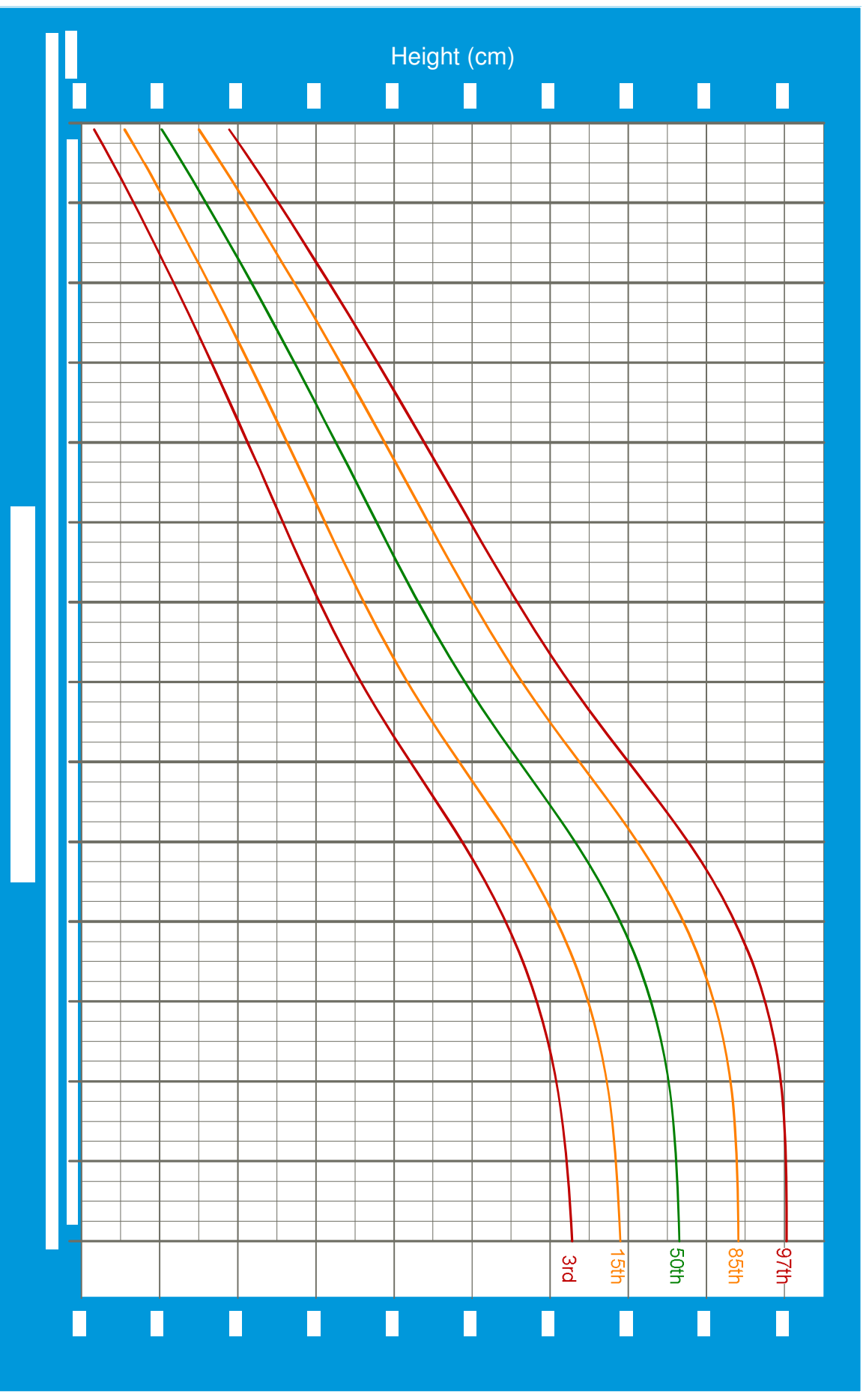
Table 1: Data for 2015-2017															
Year	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
2015	15: 4	15: 5	15: 6	15: 7	15: 8	15: 9	15:10	15:11	16: 0	16: 1	16: 2	16: 3	16: 4	16: 5	16: 6
2016	16: 7	16: 8	16: 9	16:10	16:11	17: 0	17: 1	17: 2	17: 3	17: 4	17: 5	17: 6	17: 7	17: 8	17: 9
2017	17: 10	17: 11	17: 12	17: 13	17: 14	17: 15	17: 16	17: 17	17: 18	17: 19	17: 20	17: 21	17: 22	17: 23	17: 24
2018	18: 1	18: 2	18: 3	18: 4	18: 5	18: 6	18: 7	18: 8	18: 9	18: 10	18: 11	18: 12	18: 13	18: 14	18: 15
2019	19: 1	19: 2	19: 3	19: 4	19: 5	19: 6	19: 7	19: 8	19: 9	19: 10	19: 11	19: 12	19: 13	19: 14	19: 15
2020	20: 1	20: 2	20: 3	20: 4	20: 5	20: 6	20: 7	20: 8	20: 9	20: 10	20: 11	20: 12	20: 13	20: 14	20: 15
2021	21: 1	21: 2	21: 3	21: 4	21: 5	21: 6	21: 7	21: 8	21: 9	21: 10	21: 11	21: 12	21: 13	21: 14	21: 15
2022	22: 1	22: 2	22: 3	22: 4	22: 5	22: 6	22: 7	22: 8	22: 9	22: 10	22: 11	22: 12	22: 13	22: 14	22: 15
2023	23: 1	23: 2	23: 3	23: 4	23: 5	23: 6	23: 7	23: 8	23: 9	23: 10	23: 11	23: 12	23: 13	23: 14	23: 15
2024	24: 1	24: 2	24: 3	24: 4	24: 5	24: 6	24: 7	24: 8	24: 9	24: 10	24: 11	24: 12	24: 13	24: 14	24: 15
2025	25: 1	25: 2	25: 3	25: 4	25: 5	25: 6	25: 7	25: 8	25: 9	25: 10	25: 11	25: 12	25: 13	25: 14	25: 15
2026	26: 1	26: 2	26: 3	26: 4	26: 5	26: 6	26: 7	26: 8	26: 9	26: 10	26: 11	26: 12	26: 13	26: 14	26: 15
2027	27: 1	27: 2	27: 3	27: 4	27: 5	27: 6	27: 7	27: 8	27: 9	27: 10	27: 11	27: 12	27: 13	27: 14	27: 15
2028	28: 1	28: 2	28: 3	28: 4	28: 5	28: 6	28: 7	28: 8	28: 9	28: 10	28: 11	28: 12	28: 13	28: 14	28: 15
2029	29: 1	29: 2	29: 3	29: 4	29: 5	29: 6	29: 7	29: 8	29: 9	29: 10	29: 11	29: 12	29: 13	29: 14	29: 15
2030	30: 1	30: 2	30: 3	30: 4	30: 5	30: 6	30: 7	30: 8	30: 9	30: 10	30: 11	30: 12	30: 13	30: 14	30: 15

World Health Organization

Table 1: Performance Metrics (Q1-Q4)														
Category	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
17: 4	208	-0.9104	21.1206	0.14250	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7
17: 5	209	-0.9024	21.1399	0.14261	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.1	23.4	24.8	27.5	28.7
17: 6	210	-0.8944	21.1586	0.14271	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.5	28.8
17: 7	211	-0.8863	21.1768	0.14281	15.8	16.6	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8
17: 8	212	-0.8783	21.1944	0.14291	15.8	16.7	17.1	18.4	19.3	21.2	23.4	24.8	27.6	28.8
17: 9	213	-0.8703	21.2116	0.14301	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8
17:10	214	-0.8623	21.2282	0.14311	15.8	16.7	17.1	18.5	19.3	21.2	23.5	24.9	27.6	28.8
17:11	215	-0.8542	21.2444	0.14320	15.8	16.7	17.1	18.5	19.4	21.2	23.5	24.9	27.6	28.9
18: 0	216	-0.8462	21.2603	0.14330	15.9	16.7	17.1	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9
18: 1	217	-0.8382	21.2757	0.14340	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7	28.9
18: 2	218	-0.8301	21.2908	0.14349	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9
18: 3	219	-0.8221	21.3055	0.14359	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9
18: 4	220	-0.8140	21.3200	0.14368	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9
18: 5	221	-0.8060	21.3341	0.14377	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	28.9
18: 6	222	-0.7980	21.3480	0.14386	15.9	16.7	17.2	18.5	19.4	21.3	23.6	25.0	27.7	29.0
18: 7	223	-0.7899	21.3617	0.14396	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.0	27.8	29.0
18: 8	224	-0.7819	21.3752	0.14405	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.6	25.1	27.8	29.0
18: 9	225	-0.7738	21.3884	0.14414	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0
18:10	226	-0.7658	21.4014	0.14423	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0
18:11	227	-0.7577	21.4143	0.14432	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0
19: 0	228	-0.7496	21.4269	0.14441	15.9	16.7	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8	29.0

Height-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)



World Health Organization

[illegible]

World Health Organization

Table 1: Performance Metrics for Various Projects (2018-2020)																
Project ID	Project Name	2018 Data				2019 Data				2020 Data				Overall Score	Status	
		M1	M2	M3	M4	M1	M2	M3	M4	M1	M2	M3	M4			
7: 3	Project A	87	-1.3040	15.5407	0.09176	12.9	13.3	13.5	14.2	14.6	15.5	16.6	17.2	18.4	18.9	20.0
7: 4	Project B	88	-1.3228	15.5608	0.09213	12.9	13.3	13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	18.9	20.0
7: 5	Project C	89	-1.3414	15.5814	0.09251	12.9	13.3	13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.3	18.5	19.0	20.1
7: 6	Project D	90	-1.3596	15.6023	0.09289	12.9	13.3	13.6	14.3	14.7	15.6	16.7	17.3	18.5	19.0	20.2
7: 7	Project E	91	-1.3776	15.6237	0.09327	12.9	13.4	13.6	14.3	14.7	15.6	16.7	17.3	18.6	19.1	20.2
7: 8	Project F	92	-1.3953	15.6455	0.09366	12.9	13.4	13.6	14.3	14.7	15.6	16.7	17.4	18.6	19.2	20.3
7: 9	Project G	93	-1.4126	15.6677	0.09406	12.9	13.4	13.6	14.3	14.7	15.7	16.7	17.4	18.7	19.2	20.4
7:10	Project H	94	-1.4297	15.6903	0.09445	13.0	13.4	13.6	14.3	14.8	15.7	16.8	17.4	18.7	19.3	20.4
7:11	Project I	95	-1.4464	15.7133	0.09486	13.0	13.4	13.7	14.3	14.8	15.7	16.8	17.5	18.8	19.3	20.5
8: 0	Project J	96	-1.4629	15.7368	0.09526	13.0	13.4	13.7	14.4	14.8	15.7	16.8	17.5	18.8	19.4	20.6
8: 1	Project K	97	-1.4790	15.7606	0.09567	13.0	13.4	13.7	14.4	14.8	15.8	16.9	17.5	18.9	19.4	20.6
8: 2	Project L	98	-1.4947	15.7848	0.09609	13.0	13.5	13.7	14.4	14.8	15.8	16.9	17.6	18.9	19.5	20.7
8: 3	Project M	99	-1.5101	15.8094	0.09651	13.0	13.5	13.7	14.4	14.9	15.8	16.9	17.6	19.0	19.5	20.8
8: 4	Project N	100	-1.5252	15.8344	0.09693	13.0	13.5	13.7	14.4	14.9	15.8	17.0	17.7	19.0	19.6	20.9
8: 5	Project O	101	-1.5399	15.8597	0.09735	13.1	13.5	13.7	14.4	14.9	15.9	17.0	17.7	19.1	19.7	21.0
8: 6	Project P	102	-1.5542	15.8855	0.09778	13.1	13.5	13.8	14.5	14.9	15.9	17.0	17.7	19.1	19.7	21.0
8: 7	Project Q	103	-1.5681	15.9116	0.09821	13.1	13.5	13.8	14.5	14.9	15.9	17.1	17.8	19.2	19.8	21.1
8: 8	Project R	104	-1.5817	15.9381	0.09864	13.1	13.5	13.8	14.5	15.0	15.9	17.1	17.8	19.2	19.9	21.2
8: 9	Project S	105	-1.5948	15.9651	0.09907	13.1	13.6	13.8	14.5	15.0	16.0	17.1	17.9	19.3	19.9	21.3
8:10	Project T	106	-1.6076	15.9925	0.09951	13.1	13.6	13.8	14.5	15.0	16.0	17.2	17.9	19.3	20.0	21.4
8:11	Project U	107	-1.6199	16.0205	0.09994	13.2	13.6	13.8	14.6	15.0	16.0	17.2	17.9	19.4	20.0	21.4
9: 0	Project V	108	-1.6318	16.0490	0.10038	13.2	13.6	13.9	14.6	15.1	16.0	17.2	18.0	19.5	20.1	21.5
9: 1	Project W	109	-1.6433	16.0781	0.10082	13.2	13.6	13.9	14.6	15.1	16.1	17.3	18.0	19.5	20.2	21.6
9: 2	Project X	110	-1.6544	16.1078	0.10126	13.2	13.7	13.9	14.6	15.1	16.1	17.3	18.1	19.6	20.2	21.7
9: 3	Project Y	111	-1													

World Health Organization

Table 1: Data for 100 rows (100 rows x 17 columns)																
Row ID	Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6	Col 7	Col 8	Col 9	Col 10	Col 11	Col 12	Col 13	Col 14	Col 15	Col 16
9: 4	112	-1.6753	16.1692	0.10214	13.2	13.7	13.9	14.7	15.1	16.2	17.4	18.2	19.7	20.4	21.9	21.9
9: 5	113	-1.6851	16.2009	0.10259	13.3	13.7	14.0	14.7	15.2	16.2	17.4	18.2	19.8	20.5	22.0	22.0
9: 6	114	-1.6944	16.2333	0.10303	13.3	13.7	14.0	14.7	15.2	16.2	17.5	18.3	19.8	20.5	22.1	22.1
9: 7	115	-1.7032	16.2665	0.10347	13.3	13.8	14.0	14.7	15.2	16.3	17.5	18.3	19.9	20.6	22.2	22.2
9: 8	116	-1.7116	16.3004	0.10391	13.3	13.8	14.0	14.8	15.3	16.3	17.6	18.4	20.0	20.7	22.3	22.3
9: 9	117	-1.7196	16.3351	0.10435	13.3	13.8	14.1	14.8	15.3	16.3	17.6	18.4	20.0	20.8	22.4	22.4
9:10	118	-1.7271	16.3704	0.10478	13.4	13.8	14.1	14.8	15.3	16.4	17.7	18.5	20.1	20.8	22.5	22.5
9:11	119	-1.7341	16.4065	0.10522	13.4	13.8	14.1	14.8	15.3	16.4	17.7	18.5	20.2	20.9	22.6	22.6
10: 0	120	-1.7407	16.4433	0.10566	13.4	13.9	14.1	14.9	15.4	16.4	17.7	18.6	20.2	21.0	22.7	22.7
10: 1	121	-1.7468	16.4807	0.10609	13.4	13.9	14.2	14.9	15.4	16.5	17.8	18.6	20.3	21.1	22.8	22.8
10: 2	122	-1.7525	16.5189	0.10652	13.4	13.9	14.2	14.9	15.4	16.5	17.8	18.7	20.4	21.1	22.9	22.9
10: 3	123	-1.7578	16.5578	0.10695	13.5	13.9	14.2	15.0	15.5	16.6	17.9	18.7	20.4	21.2	23.0	23.0
10: 4	124	-1.7626	16.5974	0.10738	13.5	14.0	14.2	15.0	15.5	16.6	17.9	18.8	20.5	21.3	23.1	23.1
10: 5	125	-1.7670	16.6376	0.10780	13.5	14.0	14.3	15.0	15.5	16.6	18.0	18.8	20.6	21.4	23.2	23.2
10: 6	126	-1.7710	16.6786	0.10823	13.5	14.0	14.3	15.1	15.6	16.7	18.0	18.9	20.7	21.5	23.3	23.3
10: 7	127	-1.7745	16.7203	0.10865	13.6	14.0	14.3	15.1	15.6	16.7	18.1	19.0	20.7	21.6	23.4	23.4
10: 8	128	-1.7777	16.7628	0.10906	13.6	14.1	14.3	15.1	15.6	16.8	18.1	19.0	20.8	21.6	23.5	23.5
10: 9	129	-1.7804	16.8059	0.10948	13.6	14.1	14.4	15.2	15.7	16.8	18.2	19.1	20.9	21.7	23.6	23.6
10:10	130	-1.7828	16.8497	0.10989	13.6	14.1	14.4	15.2	15.7	16.9	18.2	19.1	21.0	21.8	23.7	23.7
10:11	131	-1.7847	16.8941	0.11030	13.7	14.2	14.4	15.2	15.8	16.9	18.3	19.2	21.0	21.9	23.8	23.8
11: 0	132	-1.7862	16.9392	0.11070	13.7	14.2	14.5	15.3	15.8	16.9	18.4	19.3	21.1	22.0	23.9	23.9
11: 1	133	-1.7873	16.9850	0.11110	13.7	14.2	14.5	15.3	15.8	17.0	18.4	19.3	21.2	22.1	24.0	24.0
11: 2	134	-1.7881	17.0314	0.11150	13.8	14.3	14.5	15.3	15.9	17.0	18.5	19.4	21.3	22.2	24.1	24.1
11: 3	135	-1.7884	17.0784	0.11189	13.8	14.3	14.6	15.4	15.9	17.1	18.5	19.4				

World Health Organization

Table 1: Data for 16 columns															
Row ID	Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6	Col 7	Col 8	Col 9	Col 10	Col 11	Col 12	Col 13	Col 14	Col 15
11: 4	136	-1.7884	17.1262	0.11228	13.8	14.3	14.6	15.4	16.0	17.1	18.6	19.5	21.4	22.3	24.4
11: 5	137	-1.7880	17.1746	0.11266	13.9	14.4	14.6	15.4	16.0	17.2	18.6	19.6	21.5	22.4	24.5
11: 6	138	-1.7873	17.2236	0.11304	13.9	14.4	14.7	15.5	16.0	17.2	18.7	19.6	21.6	22.5	24.6
11: 7	139	-1.7861	17.2734	0.11342	13.9	14.4	14.7	15.5	16.1	17.3	18.8	19.7	21.7	22.6	24.7
11: 8	140	-1.7846	17.3240	0.11379	13.9	14.5	14.7	15.6	16.1	17.3	18.8	19.8	21.8	22.7	24.8
11: 9	141	-1.7828	17.3752	0.11415	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.8	21.8	22.8	24.9
11:10	142	-1.7806	17.4272	0.11451	14.0	14.5	14.8	15.6	16.2	17.4	18.9	19.9	21.9	22.9	25.0
11:11	143	-1.7780	17.4799	0.11487	14.0	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.0	20.0	22.0	23.0	25.1
12: 0	144	-1.7751	17.5334	0.11522	14.1	14.6	14.9	15.7	16.3	17.5	19.1	20.1	22.1	23.1	25.2
12: 1	145	-1.7719	17.5877	0.11556	14.1	14.6	14.9	15.8	16.3	17.6	19.1	20.1	22.2	23.1	25.3
12: 2	146	-1.7684	17.6427	0.11590	14.2	14.7	15.0	15.8	16.4	17.6	19.2	20.2	22.3	23.2	25.4
12: 3	147	-1.7645	17.6985	0.11623	14.2	14.7	15.0	15.9	16.4	17.7	19.3	20.3	22.3	23.3	25.6
12: 4	148	-1.7604	17.7551	0.11656	14.2	14.8	15.1	15.9	16.5	17.8	19.3	20.3	22.4	23.4	25.7
12: 5	149	-1.7559	17.8124	0.11688	14.3	14.8	15.1	16.0	16.5	17.8	19.4	20.4	22.5	23.5	25.8
12: 6	150	-1.7511	17.8704	0.11720	14.3	14.8	15.1	16.0	16.6	17.9	19.5	20.5	22.6	23.6	25.9
12: 7	151	-1.7461	17.9292	0.11751	14.3	14.9	15.2	16.1	16.6	17.9	19.5	20.6	22.7	23.7	26.0
12: 8	152	-1.7408	17.9887	0.11781	14.4	14.9	15.2	16.1	16.7	18.0	19.6	20.6	22.8	23.8	26.1
12: 9	153	-1.7352	18.0488	0.11811	14.4	15.0	15.3	16.2	16.8	18.0	19.7	20.7	22.9	23.9	26.2
12:10	154	-1.7293	18.1096	0.11841	14.5	15.0	15.3	16.2	16.8	18.1	19.7	20.8	23.0	24.0	26.3
12:11	155	-1.7232	18.1710	0.11869	14.5	15.0	15.4	16.3	16.9	18.2	19.8	20.9	23.1	24.1	26.4
13: 0	156	-1.7168	18.2330	0.11898	14.5	15.1	15.4	16.3	16.9	18.2	19.9	20.9	23.1	24.2	26.5
13: 1	157	-1.7102	18.2955	0.11925	14.6	15.1	15.4	16.4	17.0	18.3	19.9	21.0	23.2	24.3	26.7
13: 2	158	-1.7033	18.3586	0.11952	14.6	15.2	15.5	16.4	17.0	18.4	20.0	21.1	23.3	24.4	26.8
13: 3	159	-1.6962	18.4221	0.11979	14.7	15.2	15.5	16.5	17.1	18.4	20.1	21.2	23.4	24.5	26.9

World Health Organization

Table 1: Data for 183 rows and 16 columns															
Row ID	Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6	Col 7	Col 8	Col 9	Col 10	Col 11	Col 12	Col 13	Col 14	Col 15
13: 4	160	-1.6888	18.4860	0.12005	14.7	15.3	15.6	16.5	17.1	18.5	20.2	21.3	23.5	24.6	27.0
13: 5	161	-1.6811	18.5502	0.12030	14.7	15.3	15.6	16.6	17.2	18.6	20.2	21.3	23.6	24.7	27.1
13: 6	162	-1.6732	18.6148	0.12055	14.8	15.4	15.7	16.6	17.2	18.6	20.3	21.4	23.7	24.8	27.2
13: 7	163	-1.6651	18.6795	0.12079	14.8	15.4	15.7	16.7	17.3	18.7	20.4	21.5	23.8	24.9	27.3
13: 8	164	-1.6568	18.7445	0.12102	14.9	15.5	15.8	16.7	17.4	18.7	20.5	21.6	23.9	24.9	27.4
13: 9	165	-1.6482	18.8095	0.12125	14.9	15.5	15.8	16.8	17.4	18.8	20.5	21.7	24.0	25.0	27.5
13:10	166	-1.6394	18.8746	0.12148	15.0	15.5	15.9	16.8	17.5	18.9	20.6	21.7	24.0	25.1	27.6
13:11	167	-1.6304	18.9398	0.12170	15.0	15.6	15.9	16.9	17.5	18.9	20.7	21.8	24.1	25.2	27.7
14: 0	168	-1.6211	19.0050	0.12191	15.1	15.6	16.0	16.9	17.6	19.0	20.8	21.9	24.2	25.3	27.8
14: 1	169	-1.6116	19.0701	0.12212	15.1	15.7	16.0	17.0	17.7	19.1	20.8	22.0	24.3	25.4	27.9
14: 2	170	-1.6020	19.1351	0.12233	15.1	15.7	16.1	17.0	17.7	19.1	20.9	22.0	24.4	25.5	28.0
14: 3	171	-1.5921	19.2000	0.12253	15.2	15.8	16.1	17.1	17.8	19.2	21.0	22.1	24.5	25.6	28.1
14: 4	172	-1.5821	19.2648	0.12272	15.2	15.8	16.2	17.2	17.8	19.3	21.1	22.2	24.6	25.7	28.2
14: 5	173	-1.5719	19.3294	0.12291	15.3	15.9	16.2	17.2	17.9	19.3	21.1	22.3	24.7	25.8	28.3
14: 6	174	-1.5615	19.3937	0.12310	15.3	15.9	16.3	17.3	17.9	19.4	21.2	22.4	24.7	25.8	28.3
14: 7	175	-1.5510	19.4578	0.12328	15.3	16.0	16.3	17.3	18.0	19.5	21.3	22.4	24.8	25.9	28.4
14: 8	176	-1.5403	19.5217	0.12346	15.4	16.0	16.4	17.4	18.1	19.5	21.3	22.5	24.9	26.0	28.5
14: 9	177	-1.5294	19.5853	0.12363	15.4	16.1	16.4	17.4	18.1	19.6	21.4	22.6	25.0	26.1	28.6
14:10	178	-1.5185	19.6486	0.12380	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.6	21.5	22.7	25.1	26.2	28.7
14:11	179	-1.5074	19.7117	0.12396	15.5	16.1	16.5	17.5	18.2	19.7	21.6	22.7	25.1	26.3	28.8
15: 0	180	-1.4961	19.7744	0.12412	15.6	16.2	16.5	17.6	18.3	19.8	21.6	22.8	25.2	26.4	28.9
15: 1	181	-1.4848	19.8367	0.12428	15.6	16.2	16.6	17.6	18.3	19.8	21.7	22.9	25.3	26.4	28.9
15: 2	182	-1.4733	19.8987	0.12443	15.6	16.3	16.6	17.7	18.4	19.9	21.8	23.0	25.4	26.5	29.0
15: 3	183	-1.4617	19.9603	0.12458	15.7	16.3	16.7	17.7	18.4	20.0	21.8	23.0	25.5	26.6	29.1

World Health Organization

Organization

Comprehensive Data Analysis Report - Q3 2023															
Regional Performance				Product Line Analysis				Customer Engagement				Operational Metrics			
Region	Product	Customer	Operational	Region	Product	Customer	Operational	Region	Product	Customer	Operational	Region	Product	Customer	Operational
15: 4	184	-1.4500	20.0215	0.12473	15.7	16.4	16.7	17.8	18.5	20.0	21.9	23.1	25.5	26.7	29.2
15: 5	185	-1.4382	20.0823	0.12487	15.8	16.4	16.8	17.8	18.5	20.1	22.0	23.2	25.6	26.7	29.3
15: 6	186	-1.4263	20.1427	0.12501	15.8	16.4	16.8	17.9	18.6	20.1	22.0	23.2	25.7	26.8	29.3
15: 7	187	-1.4143	20.2026	0.12514	15.8	16.5	16.9	17.9	18.7	20.2	22.1	23.3	25.8	26.9	29.4
15: 8	188	-1.4022	20.2621	0.12528	15.9	16.5	16.9	18.0	18.7	20.3	22.2	23.4	25.8	27.0	29.5
15: 9	189	-1.3900	20.3211	0.12541	15.9	16.6	17.0	18.0	18.8	20.3	22.2	23.5	25.9	27.0	29.5
15:10	190	-1.3777	20.3796	0.12554	15.9	16.6	17.0	18.1	18.8	20.4	22.3	23.5	26.0	27.1	29.6
15:11	191	-1.3653	20.4376	0.12567	16.0	16.7	17.0	18.1	18.9	20.4	22.4	23.6	26.1	27.2	29.7
16: 0	192	-1.3529	20.4951	0.12579	16.0	16.7	17.1	18.2	18.9	20.5	22.4	23.7	26.1	27.3	29.7
16: 1	193	-1.3403	20.5521	0.12591	16.1	16.7	17.1	18.2	19.0	20.6	22.5	23.7	26.2	27.3	29.8
16: 2	194	-1.3277	20.6085	0.12603	16.1	16.8	17.2	18.3	19.0	20.6	22.6	23.8	26.3	27.4	29.9
16: 3	195	-1.3149	20.6644	0.12615	16.1	16.8	17.2	18.3	19.1	20.7	22.6	23.9	26.3	27.5	29.9
16: 4	196	-1.3021	20.7197	0.12627	16.2	16.8	17.2	18.4	19.1	20.7	22.7	23.9	26.4	27.5	30.0
16: 5	197	-1.2892	20.7745	0.12638	16.2	16.9	17.3	18.4	19.2	20.8	22.7	24.0	26.5	27.6	30.1
16: 6	198	-1.2762	20.8287	0.12650	16.2	16.9	17.3	18.5	19.2	20.8	22.8	24.0	26.5	27.7	30.1
16: 7	199	-1.2631	20.8824	0.12661	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.1	26.6	27.7	30.2
16: 8	200	-1.2499	20.9355	0.12672	16.3	17.0	17.4	18.5	19.3	20.9	22.9	24.2	26.7	27.8	30.2
16: 9	201	-1.2366	20.9881	0.12683	16.3	17.0	17.4	18.6	19.3	21.0	23.0	24.2	26.7	27.8	30.3
16:10	202	-1.2233	21.0400	0.12694	16.4	17.1	17.5	18.6	19.4	21.0	23.0	24.3	26.8	27.9	30.4
16:11	203	-1.2098	21.0914	0.12704	16.4	17.1	17.5	18.7	19.4	21.1	23.1	24.3	26.8	28.0	30.4
17: 0	204	-1.1962	21.1423	0.12715	16.4	17.1	17.5	18.7	19.5	21.1	23.1	24.4	26.9	28.0	30.5
17: 1	205	-1.1826	21.1925	0.12726	16.4	17.2	17.6	18.7	19.5	21.2	23.2	24.5	27.0	28.1	30.5
17: 2	206	-1.1688	21.2423	0.12736	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.2	23.3	24.5	27.0	28.1	30.6
17: 3	207	-1.1550	21.2914	0.12746	16.5	17.2	17.6	18.8	19.6	21.3	23.3	24.6	27.1	28.2	30.6

World Health Organization

Table 1: Data for 2024															
Year	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15
17: 4	208	-1.1410	21.3400	0.12756	16.5	17.3	17.7	18.9	19.7	21.3	23.4	24.6	27.1	28.2	30.7
17: 5	209	-1.1270	21.3880	0.12767	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.4	24.7	27.2	28.3	30.7
17: 6	210	-1.1129	21.4354	0.12777	16.6	17.3	17.7	18.9	19.7	21.4	23.5	24.7	27.2	28.4	30.8
17: 7	211	-1.0986	21.4822	0.12787	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.5	24.8	27.3	28.4	30.8
17: 8	212	-1.0843	21.5285	0.12797	16.6	17.4	17.8	19.0	19.8	21.5	23.6	24.8	27.3	28.5	30.8
17: 9	213	-1.0699	21.5742	0.12807	16.7	17.4	17.8	19.1	19.9	21.6	23.6	24.9	27.4	28.5	30.9
17:10	214	-1.0553	21.6193	0.12816	16.7	17.4	17.9	19.1	19.9	21.6	23.7	24.9	27.4	28.6	30.9
17:11	215	-1.0407	21.6638	0.12826	16.7	17.5	17.9	19.1	19.9	21.7	23.7	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 0	216	-1.0260	21.7077	0.12836	16.7	17.5	17.9	19.2	20.0	21.7	23.8	25.0	27.5	28.6	31.0
18: 1	217	-1.0112	21.7510	0.12845	16.8	17.5	18.0	19.2	20.0	21.8	23.8	25.1	27.6	28.7	31.0
18: 2	218	-0.9962	21.7937	0.12855	16.8	17.5	18.0	19.2	20.1	21.8	23.9	25.1	27.6	28.7	31.1
18: 3	219	-0.9812	21.8358	0.12864	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.8	23.9	25.2	27.7	28.8	31.1
18: 4	220	-0.9661	21.8773	0.12874	16.8	17.6	18.0	19.3	20.1	21.9	24.0	25.2	27.7	28.8	31.2
18: 5	221	-0.9509	21.9182	0.12883	16.8	17.6	18.1	19.3	20.2	21.9	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 6	222	-0.9356	21.9585	0.12893	16.9	17.6	18.1	19.4	20.2	22.0	24.0	25.3	27.8	28.9	31.2
18: 7	223	-0.9202	21.9982	0.12902	16.9	17.7	18.1	19.4	20.2	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 8	224	-0.9048	22.0374	0.12911	16.9	17.7	18.1	19.4	20.3	22.0	24.1	25.4	27.9	29.0	31.3
18: 9	225	-0.8892	22.0760	0.12920	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	27.9	29.0	31.3
18:10	226	-0.8735	22.1140	0.12930	16.9	17.7	18.2	19.5	20.3	22.1	24.2	25.5	28.0	29.1	31.3
18:11	227	-0.8578	22.1514	0.12939	16.9	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.5	28.0	29.1	31.4
19: 0	228	-0.8419	22.1883	0.12948	17.0	17.8	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.6	28.1	29.1	31.4

ÖZGEÇMİŞ

Emine KÜÇÜK. Giresun'da doğan yazar ilk, orta ve lise öğrenimini Giresun'da tamamlamıştır. Mezun olduğu Sağlık Meslek Lisesinden sonra Giresun Kadın doğum ve çocuk hastanesinde çalışmaya başlamıştır. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunu bitirmiş olup, 2001 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek okulunda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2004 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı bölümünde Yüksek Lisansını tamamlamıştır. Halen Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.

E mail:emine_kucuk@yahoo.com

Tel: 0454 3613788