

**T.C.**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**FARKLI SOSYAL ÇEVREDE YAŞAYAN İLKÖĞRETİM**  
**ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TUTUM DAVRANIŞLARININ**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ: ZONGULDAK İLİ ÖRNEĞİ**

**Neslihan SATAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL**

**ZONGULDAK**

**2019**

**T.C.**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**FARKLI SOSYAL ÇEVREDE YAŞAYAN İLKÖĞRETİM**  
**ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TUTUM DAVRANIŞLARININ**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ: ZONGULDAK İLİ ÖRNEĞİ**

**Neslihan SATAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL**

**ZONGULDAK**  
**2019**

**TEZ KABUL ve ONAY:**

**FARKLI SOSYAL ÇEVREDE YAŞAYAN İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TUTUM DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ : ZONGULDAK İLİ** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL

Üye: Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Rabiye GÜNEY

**ONAY**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Tarih: 28.06.2019

Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana yol gösteren, özellikle nazik, sabırlı ve anlayışlı tutumuyla motivasyonumu sürekli artıran, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü benden esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Müge SEVAL'e, yüksek lisans öğrenimim boyunca kendilerinden ayrı ayrı çok şey öğrendiğim Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Doç Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ'ye, Doç Dr.Tülay KUZLU AYYILDIZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Hemşirelik görevimi yerine getirdiğim Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi idari kadrosuna ve manevi desteklerini bende esirgemeyen mesai arkadaşlarıma teşekkürlerimi bir borç bilirim. Desteklerini hiç eksik etmeyen, her zaman benim yanımda olan ve bana sürekli güç veren eşim Cem SATAN'a, Annem Esvet DİKBAŞ'a, Kardeşim Aslıhan DİKBAŞ 'a tüm kalbimle SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Neslihan SATAN

Mayıs 2019, ZONGULDAK

## ÖZET

**Neslihan Satan, Farklı Sosyal Çevrede Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinin Sağlık Tutum Davranışlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak İli Örneği, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2019.**

Sağlıklı bir yetişkin olabilmenin temel kuralı sağlıklı bir çocukluk geçirmektir. İlköğretim dönemi bunun için kritik dönemdir. Bu düşünceden yola çıkılarak, araştırma ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin sağlık tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırma verileri, Kasım 2018- Mart 2019 tarihleri arasında Zonguldak ilindeki 4 ilköğretim okulunda İbrahim Fikri Anıl, Üzülmez, Asma, Mimar Sinan İlköğretim Okulu 6., 7. ve 8. sınıfa devam eden 540 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Sosyo-ekonomik yerleşime göre İbrahim Fikri Anıl ilköğretim okulu iyi sosyo-ekonomik bölge okulu seçilirken, Asma, Üzülmez, Mimar Sinan İlköğretim okulları düşük sosyo-ekonomik bölge okulu olarak seçilmiştir. Veriler SPSS 16.0 veri analiz programında değerlendirilmiştir. Araştırma verileri Çocuğa İlişkin Bilgi formu ve Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Çalışmaya alınan öğrencilerin sınıflarına ve annelerinin yaşları ile beslenme puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.004$ ). Öğrencilerin cinsiyetleri ile hijyen puanları arasında ( $p=0.002$ ), sınıf düzeyine göre fiziksel aktivite puanları ( $p<0.001$ ) ve kazadan korunma puanları arasında fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-kültürel yapısı düşük olan bölgede okuyan öğrencilerin iyi olanlara göre ölçek puan ortalamalarının iyi anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). İlköğretim öğrencilerinin beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve kazalardan korunma konusunda sosyo-kültürel yapının beklenenin aksine çocukların sağlık tutumunu olumsuz yönde etkilemediği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık tutum davranışı, İlköğretim öğrencileri

## ABSTRACT

**Neslihan Satan, Explanation of Health Attitude Behaviors of Primary School Students Living in Different Social Environment: The Case of Zonguldak Province, Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Child Health and Diseases Nursing, Master Thesis, Zonguldak, 2019.**

The basic rule of being a healthy adult is to have a healthy childhood. Primary education is the critical period for this. Based on this idea, the research was conducted as a descriptive design to evaluate the health, attitudes and behaviors of the second grade students. Research data was carried out in between November 2018 and March 2019 with four primary schools in the province of Zonguldak Primary Scholl 6th, 7th and 8th grade of 540 students. According to the socio-demographic settlement, As İbrahim Fikri Primary school was selected as a high socio-demographic district school, Asma, Üzülmez and Mimar Sinan Primary Schools were selected as low socio-demographic district schools. Data were analyzed by using SPSS 16.0, data analysis program. Before the study, written permission, ethics committee permission and written permission from parents were obtained and data were collected with the information form and Health Attitude Scale of the Child. A statistically significant difference was found in terms of nutrition scores of mothers according to their age ( $p=0.004$ ). There was a statistically significant difference in terms of hygiene scores of students according to their gender ( $p=0.002$ ). It was found that there was a significant difference in terms of physical activity scores of students according to their classes ( $p < 0.001$ ). It was determined that there was a significant difference in terms of accident protection scores of students according to their classes ( $p < 0.001$ ). It is identified that particularly grade level of the field of nutrition was affected significantly by number of siblings, parents age, parents learning and parents working status. The mean score of the scale and sub groups with poor socio-cultural structure was found to be significantly higher than those of good ones. It was concluded that primary school students were in sufficient in terms of nutrition, physical activity, hygiene and protection from accidents but socio-cultural structure did not adversely affect the health of children.

**Key Words:** Health, health attitude behaviour, elementary students.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY:.....	ii
ÖNSÖZ .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLO DİZİNİ .....	viii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Davranışları .....	3
2.2. Pender Sağlık Geliştirme Modeli .....	5
2.3. Gelişim Dönemleri .....	6
2.3.1. Okul çağı dönemi.....	6
2.3.2. Ergenlik dönemi ve özellikleri .....	7
2.3.2.1. Ergenlik dönemi evreleri .....	8
2.3.2.2. Ön ergenlik dönemi (10-14 yaş) .....	8
2.4. Ergenlik Döneminde Psikososyal ve Bilişsel Gelişim .....	9
2.5. Ergenlik Döneminde Riskli Davranışlar .....	9
2.5.1. Ergenlik döneminde beslenme sorunları.....	10
2.5.2. Ergenlik döneminde hijyen sorunları.....	11
2.5.3. Ergenlik döneminde fiziksel aktivite sorunları.....	12
2.5.4. Ergenlerde bilgisayar ve internetin kullanımı.....	14
2.5.5. Ergenlerde yaralanmalara neden olan davranışlar .....	14
2.5.6. Ergenlik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı.....	15
2.6. Okul Sağlığı Kavramı.....	16
2.6.1. Okul sağlığının önemi.....	17
2.6.2. Okul sağlığında hemşirenin yeri .....	18
2.7.Çocuklarda Sağlık Tutumunun Değiştirilmesinde Çocuk Hemşiresinin Rolü .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	21
3.1. Araştırmanın Amacı.....	21
3.2. Araştırmanın Tipi.....	21
3.3. Araştırma Soruları.....	21
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	21

3.5. Evren ve Örneklem .....	22
3.6. Etik yaklaşım .....	22
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
3.8. Veri Toplama Araçları.....	23
3.8.1. Çocuğa İlişkin Bilgi Formu .....	23
3.8.2. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği:.....	24
3.9. Uygulama .....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA .....	50
5.1. Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.2. Öğrencilerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Algısına İlişkin.....	52
5.3. Öğrencilerin Hijyen Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.4. Öğrencilerin Fiziksel Aktiveteye-Dinlenmeye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
5.5. Öğrencilerin Kazalardan Korunma Durumuna İlişkin Bulguların .....	58
5.6. “Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği” Genel Ve Alt Grup Bulguların Tartışılması.....	60
5.6.1. “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu bulgularının tartışılması .....	60
5.6.2. “Çevre ve güvenlik sağlığı” alt boyutu bulgularının tartışılması .....	62
5.6.3. “Bütünüyle sağlıklı insan olma” alt boyutu bulgularının tartışılması.....	63
5.7. Araştırma hipotezinin tartışılması .....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	66
7.KAYNAKLAR .....	68
8. EKLER.....	82
Ek 1: Yönetim Kurul Kararı.....	82
Ek 2: Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Çalışma Tez Çalışma İzni.....	83
Ek 3: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	84
Ek 4: Çocuğa İlişkin Bilgi Toplama Formu .....	85
EK 5: Öğrenci Tutum Ölçeği .....	88
EK 6 : T.C. Zonguldak Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni .....	90
9. ÖZGEÇMİŞ .....	91



## TABLO DİZİNİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
1. Örneklem Belirleme Tablosu .....	22
2. Beslenme, Hijyen, Fiziksel Aktivite ve Kazadan Korunma Anket Soruları Madde Sayıları ve Aldıkları Puanlara İlişkin Ortalama Tablosu .....	23
3. “Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği ” Genel ve Alt Boyut puan Ort±ss Min – Max Değerleri .....	24
4. Öğrencilerin Yaş, Sınıf, Cinsiyet Dağılımı .....	26
5. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Algılarının Tablosu .....	28
6. Öğrencilerin Beslenme Durumları Dağılımı .....	28
7. Öğrencilerin Hijyen Durumlarının / Uygulamalarının Dağılımı .....	29
8. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının Dağılımı .....	30
9. Öğrencilerin Kazadan Korunma Durumlarının Dağılımı .....	31
10. Sosyo-ekonomik Veriler ile Beslenme Tutumu Anket Soruları Karşılaştırma Tablosu .....	32
11. Sosyo-Ekonomik Veriler ile Hijyen Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu .....	33
12. Sosyo-ekonomik Veriler ile Fiziksel Aktivite Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu .....	34
13. Sosyodemografik Veriler ile Kazadan Korunma Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu .....	35
14. Öğrencilerin “Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği” ne Verdiği Yanıtların Dağılımı .....	37
15. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Sağlık Sorumluluğu” Alt Boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	40
16. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Çevre ve Güvenlik Sağlığı” Alt Boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	42
17. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan” alt boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	44
18. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Toplam Puanına ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	46
19. Okulların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması .....	48

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. İyilik halinin sürekliliği için bebeklikten başlayarak bütün yaşam sürecinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi gerekir. Sağlıktan sapma birey, aile, çevre ve toplum etkisi ile gerçekleşen bir süreçtir. Bir toplumdaki çocuk sağlığının toplumsal bir durumunun göstergesi olarak kabul edildiğinde, çocuk sağlığının sürdürülebilmesi için toplum sağlığının da desteklemek gerekmektedir (1, 2).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kişinin hastalıklardan korunmak ve sağlıklı olabilmek adına yaptığı davranışlarının tümüne verilen isimdir. Kişinin sağlık kontrolü, beslenme ve egzersiz davranışı, hijyenik önlemler almasını çevre ile olumlu ilişkiler kurmayı ve stres yönetimini içerir (3).

Çocukların biyolojik ve duygusal açıdan yeterli olgunlukta olmaması, sosyal ve kültürel etkilerden kolaylıkla etkilenen kırılgan bir grup olmalarına neden olmaktadır. Bundan dolayı çocuklar özel önlemlere gereksinim duyan gruptur (4).

Çocukluk yaş grupları içerisinde sağlık risklerini fazlasıyla almaları ve tepkili bir grup olmaları nedeniyle adolesanlar özenli davranılması gereken bir gruptur. Ergenler gelişim süreci itibariyle bağımsız olma isteği, karar verme becerisinin gelişmesi, sosyalleşme ve ilgi alanlarında farklılaşma gibi bir dizi değişimi ardı ardına yaşamak zorundadır. Ancak stres yönetimi (gelecek kaygıları, sınırları zorlayıcı davranışlar, şiddet), kendi sağlıklarının sorumluluğunu alamama (sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, korunmasız ilişki), kötü beslenme (ayaküstü atıştırma, yetersiz beslenme) gibi riskli sağlık davranışlar yaşam biçimindeki değişikliklerle birlikte sürece dahil olmaktadır (5).

Ön ergenlik dönem olan ilköğretim ikinci kademe yani 6, 7, ve 8. Sınıf çocuğun aileden uzaklaşıp akran etkisiyle sağlıklı yaşam davranışlarını terk etmeye meyilli olduğu bir dönemdir. Bundan dolayı çocuğun sağlığa yönelik olumlu ve olumsuz davranışları belirlenmeli ve olumsuz davranışların olumlu hale dönüştürülebilmesi için girişimlerde bulunmak gerekir. Ergene yönelik durum

belirleme çalışmasında ocuk ya da okul hemşiresine önemli sorumluluklar dūřmektedir. Özellikle demografik yapı itibariyle gū koşullar altındaki çocuklarda tanılamanın daha detaylı yapılması, problemin belirlenmesi ve etkin girişimlerde bulunulması açısından önemlidir.

Bu bağlamda bu araştırmanın amacı, farklı sosyokūltūrel yapıdan gelen ilköğretim ikinci kademe (n ergenlik) ėrencilerinin sağlık tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilecektir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Davranışları

Sağlık kavramı evrensel bir kavramdır, sağlığa verilen anlam kişiden kişiye, toplumdan topluma ya da kültürler arası farklılıklar gösterir. Sağlık kavramı bir canlının yaşamını düzenli bir şekilde, hastalıklardan uzak olarak ve gelişimini olumlu bir şekilde sürdürmeyi ifade etmektedir (6).

Ülkelerin bilim toplumu düzeyine ulaşılabilirlik seviyesine gelmesi ve gelişmişliği sürdürülebilmesi için sağlıklı bireylere sahip olması gerekir. Günümüzde sağlık anlayışı; bireyin kendi sağlığı ile ilgili doğru karar almasını, bireyin sağlığını koruyacak, sürdürecektir, geliştirecek davranışlar kazanmasını sağlamak üzerine kurulmuştur. Sağlığımızı etkileyen faktörler genetik faktörler, sağlık hizmetine erişim imkanı, fiziksel aktivite düzeyimiz, sigara kullanımı, yaşadığımız çevre, sosyal etkileşimler, beslenme alışkanlıkları, tütün dumanına maruz kalma gibi bir çok faktör sağlığımızı etkilemektedir (7, 8, 9, 10).

Sağlığı geliştirme DSÖ tarafından insanların kendi sağlıklarını kontrol etmesi ve geliştirmesini artırmaya olanak sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreci başarıyla tamamlayan insan sağlıklıdır (10, 11). Sağlığı geliştirmek için bireye olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve bu davranışın sürdürülmesi gerekmektedir (12, 13).

Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik olumlu bir davranış ve yaşam şekli oluşturmak için eğitim, ekonomik ve sosyal ve çevresel yönden desteklerin tümünü kapsar. Günümüz sağlık anlayışı, toplumun sağlığını korumayı, devam ettirmeyi, geliştirmeyi hedefler. Bu nedenle bireylere kendi sağlıklarını ve mevcut olan iyilik hallerini koruma, sürdürme ve geliştirme hususlarında pozitif davranışlar kazanmasına ve kendi ile ilgili doğru kararlar alabilmesine yardım edilmesi birçok hastalığın ortaya çıkmasını önlemekte ve seyrini olumlu yönde değiştirmektedir (14, 15). Sağlığı geliştirme yaşam biçimi davranışları; bireyin beslenme alışkanlıkları, sosyal bir çevrede kendini ifade edebilme yeteneği, kendi sağlığının sorumluluğunu alması ve bütün bakım düzeylerinde aktif karar verebilmeyi kapsar (16, 12). Bireyin

fiziksel ve mental olarak sağlık düzeyine oluşmasını ve sağlıklı seşimler yapmasını sağlarken farkındalığı artırarak davranışlarının değiştirilmesinde rol oynar (17, 18).

Sağlık davranışı bireyin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalanmamak adına yaptığı davranışlardır (19). Sağlığı geliştirme adına bireye olumlu davranış kazandırılması ve farkındalık oluşturulması önce ailede başlar ve sonrasında çevre ve okul ile devam eder. Hedeflenen asıl amaç bireylere bir ömür boyu sağlıklı bir yaşam sürdürebilecek davranış değişikliği kazandırabilmektir (6, 20). Corbin ve ark. (2010) sağlıklı yaşam tarzının hastalıklara yakalanma riskini azalttığını dolayısıyla sağlıklı yaşam tarzının sağlık üzerinde olumlu etkiler oluşturduğunu bildirilmektedir (21).

Sağlıklı yetişkinler kazanılmasında ergenlik öncesi ve ergenlik dönemi önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı toplumsal kalkınmanın temelini sağlıklı nesiller yetiştirebilmek oluşturmaktadır (22). Gençlik dönemlerinde edinilen sağlıksız yaşam tarzı yaşamın ileri evrelerinde de çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinde sağlıksız davranış biçimleri değiştirilirse, bireylerin sağlığını etkileyen risk faktörleri de ortadan kalkmış olur (23). Çocuğa verilen kişisel hijyen alışkanlıklarının okul çağında doğru şekilde kazandırılması ile gençlik, yetişkinlik ve hayatın ileri evrelerinde sağlığını olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir (6, 24).

Toplumun ve bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzı kazanmalarında sağlık profesyonelleri önemli bir role sahiptir. Sağlık eğitimleri sürecinde kazandıkları bilgi ve becerileri öncelikle kendi yaşam biçimlerinde uygulayarak örnek olmaları ve sonrasında toplumun sağlığına örnek davranışları ile katkıda bulunmaları beklenen bir süreçtir (25, 26, 14).

Bireylerin yaşam tarzları hem yaşam kalitelerini ve yaşam sürelerini etkilemektedir. Geçmişte toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları günümüzde yerini hipertansiyon, şişmanlık, tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır. Bunun sonucunda sağlığı koruması ve geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam tarzının değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (27, 28).

Çocukluk ve gençlik yıllarından itibaren yapılacak müdahaleler ile olumlu sağlık davranışlarının bireylere kazandırılması, onları tüm yaşamları boyunca pek çok hastalık ve sakatlık riskinden koruyarak sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (29).

Çocuk ve ergen gruba yönelik sağlık araştırmalarında, risk yaratan davranışlarının yaygınlığı ve nedenlerinin belirlenmesi, davranış değişikliğine yönelik çalışmalar ve projelerin planlanıp geliştirilmesi gençlerin sağlığı açısından önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; gençlerde sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme davranışları, korunmasız cinsel ilişki, kasıtlı ve kasıtsız kazalara neden olan davranışların sağlık riski yarattığı, sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının yetersiz olduğu ve davranış değişikliğine yönelik girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanma olasılığının yüksekliğine dikkat çekilmektedir (30). DSÖ tarafından 35 ülkede yapılan gençlerin sağlığının değerlendirildiği araştırmada; sigara, diğer madde kullanımlarına başlamak için ilk basamak olarak gösterilmekte, gençlerin sağlık sorunlarının, akran ilişkileri, akademik yeterlilik ve kimlik gelişimi ile ilgili sorunlarla baş etme kapasitelerini etkileyebileceği vurgulanmaktadır (31).

Son yıllarda tedavi edici sağlık uygulamalarından çok hastalığın önlenmesi sağlığın korunması sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önemi artmıştır. Bunun paralelinde hemşirenin rolü de değişim ile beraber gelişim göstermektedir. DSÖ hemşirenin, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmektedir (32). Hemşire sağlığın korunması ve geliştirilmesinin sağlamasında kişiye yol gösterici olmalıdır (27).

## **2.2. Pender Sağlık Geliştirme Modeli**

Günümüzde sağlık yaklaşımında, temel olarak sağlık merkezli bakım anlayışı örnek alınmaktadır. Sağlık bakım merkezi anlayışında temel hedef bireyin sağlıklı yaşam tarzının oluşmasını sağlayan davranışlarını kazandırmaktadır. Bu davranışları tutum haline getirebilen birey, sağlıklı olma halini devam ettirebildiği gibi, sağlık durumunda daha iyi bir seviyeye ulaşabilir. Bireylerin sağlık davranışını açıklamaya yönelik olarak bazı modeller geliştirilmiş ve bu modeller uygulamaya konulmuştur.

Bu modellerden en çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış olanlar; Pender 'in Sağlığı Geliştirme Modelidir (33).

Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı geliştiren davranışları etkileyen bilişsel süreçlerin önemini sosyal öğrenme teorisinden temel alarak açıklamaktadır. Pender'in hipotezi; demografik ve biyolojik özellikler sağlığı geliştirme davranışlarını, bilişsel ve algısal değişken ile dolaylı olarak etkilemektedir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli sağlığı geliştiren unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklamakta ve sağlığın geliştirilmesi alanındaki uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşımaktadır (12, 34).

Pender'e göre davranış değişikliğine neden olan etkenleri değerlendirebilmek ve değiştirebilir olanları etkileyerek olumlu sağlık davranışı geliştirilebilmektedir. Bireyde olumsuz bir davranışın olumlu bir sağlık davranışına dönüşmesine söz edebilmek için, davranışa ilişkin bilginin yeterli olması değil, davranışa ilişkin öz yeterlilik algısının da mevcut olması gerektiği vurgulanmaktadır (32).

### **2.3. Gelişim Dönemleri**

#### **2.3.1. Okul çağı dönemi**

10-12 yaş okul çağının son dönemidir. Bu dönemde çocuk kendi kararlarını, yiyeceklerine, giyeceklerine, ne zaman yatıp kalkabileceklerine kendileri karar vermek isterler. İlköğretim dönemindeki çocuğun en belirgin özelliklerinden biri yeni şeyler öğrenme ve yapma isteğiyle dolu olması ve tüm öğrendiklerini çevresine aktarabilmesini sağlarken, diğer yandan da daha ileri eğitim kademelerindeki öğrenmelerin temelini oluşturmaktadır (35).

Okul çağı çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişiminin en hızlı olduğu dönemlerden biridir. Bu dönem süresince çocukların sağlık risklerinin belirlenmesi, sağlık durumlarının değerlendirilmesi, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanması ve koruyucu önlemler alınması geleceği oluşturacak sağlıklı bir toplumun temelini atılmasında büyük önem taşımaktadır (36).

### 2.3.2. Ergenlik dönemi ve özellikleri

Ergenlik dönemi hızlı fizyolojik ve psikososyal gelişimin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde ergen fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak değişim süreci içerisine girer (23, 37). Puberte ile başlayan ergenlik dönem kız ve erkeklerde aynı anda başlamaz ve aynı zamanda gelişimi tamamlanmaz. Ergenlik döneminde birey hem toplumsal, hem ruhsal hem de bedensel değişim içerisine girer (22). Ergenlik dönemindeki değişimler aile, okul, coğrafi etkiler, sosyo-ekonomik düzey, beslenme, akran ilişkileri, kültürel faktörler, kronik hastalıklar...vb durumlardan etkilenmektedir (38). Ergenlik döneminde hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, henüz kimliğin tam olgunlaşmamış oluşu ve toplumsal yerin belirsizliği, aileye bağımlılığın devam etmesi ergenliğin fırtınalı bir dönem olmasının nedenleri arasındadır (23).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ergen kişiyi 10 ve 19 yaşlar arasındaki herhangi bir kişi olarak tanımlar. Bu tanıma göre ergenler ülkemizde en geniş nüfus aralığına sahiptir. Bu bağlamda ergen nüfusun sorunlarının önemsenmeli, ergenlik döneminde karşılaşılan sorunlar dikkate alınmalı, sorunlarla baş edebilmede gençlere yardımcı olabilmek adına çalışmalar yapılmalıdır (23, 38).

Çocuklar büyüyüp ergenlik dönemine yaklaştıkça giderek daha bağımsız davranmaya başlar. Bu dönemde çocukların sağlık ve davranışlarını; kararları ve ilişkileri biçimlendirir. Ergenlerin bu gelişim dönemini sağlık bir şekilde bitirmeleri bireysel ve toplumsal gelişmelerin en önemli belirleyicisidir (23, 85, 98 ). Ergenlerde psikososyal gelişim evreleri; 10-13 yaş ön ergenlik, 13-17 yaş orta ergenlik, 17-20 yaş geç ergenlik olarak sınıflandırılmıştır (38, 12).

Ergenlerde hormonal aktivitelerin vücutta artış göstermesi ile cinsiyete özgü belirli bir sırayı takip ederek fiziksel olarak yetişkin vücut yapısına ulaşmaktadırlar. Pubertal değişimlere bakılırsa ikincil cinsiyet karakterlerinin oluşumu, vücut şeklinin değişimi, üreme kapasitesini gelişimi ve boy uzaması olarak adlandırılır. Her iki cinsten hormonal değişimler her iki cinsten farklı kas ve iskelet gelişimine, ikincil cinsiyet değişikliğine ve yağ dokusunun dağılımına yardımcı olur (23, 38).



### 2.3.2.1. Ergenlik dönemi evreleri

Ergenlik kişiden kişiye, yaşanılan topluma, dönemlere göre farklı özellikler içermektedir. Puberte ile başlayan döngü varsayılan bir sıralama içerisinde oluşur fakat başlama zamanı ve seyri kişiler arasında değişkenlik gösterebilir (37).

### 2.3.2.2. Ön ergenlik dönemi (10-14 yaş)

10-14 yaş aralığını kapsar (23). Sekonder seks karakterleri oluşmaya başlamıştır. Kızlarda bu büyüme erkeklere oranla 1-2 yıl daha erken görülür. Pubertal değişimler ile birlikte vücudunda olan hızlı değişimlere karşı şaşkınlık ve endişe içerisinde (38). Beden imajında ile ilgili kaygı hakimdir. Bu değişikliklere ayak uyduramaması nedeniyle çevresindeki kişilere davranış ve tepkilerde ani çıkışlarda bulunabilir. Hızla meydana gelen fiziksel değişimler nedeni ile vücut imajı ile aşırı ilgilenme söz konusudur. Normallik, ergen tarafından bedendeki değişimler, akran karşılaştırılarak değerlendirilir. Cinselliğin farkına varma, fiziksel gelişimden utanma ya da karşı cinse ilgi artışı görülebilir (12, 38, 39).

Ergenin bu dönemde arkadaşları ile faaliyetlere katılma eğilimi ağır bastığı için ebeveynlerinin fikirlerini ve güvenirliliklerini sorgulama, otoriteye baş kaldırma, itaat ve özgürlük arasında karmaşık duygular ortaya çıkar (33, 40). Aile ile ilişkilerde bağımlılıktan bağımsızlığa doğru bir geçiş dönemi yaşanır; aile ile yapılan aktivitelere ilgi azalırken; arkadaşları ile geçirilen zamanda artış söz konusudur. Yakın arkadaşlıklar önem kazanmakta, hem cinsleri ile arkadaş olmayı tercih ederler ve grup aktivitelerine yönelirler (39). Somut düşünce mevcuttur. Erken büyüme erkek ergenlerin ruh sağlığına olumlu etkide bulunurken, kızlarda akran grubuna ayak uydurmada güçlük yaşayabilecekleri düşüncesiyle düşük benlik saygısına, yüksek depresyon oranına, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi sorunlara neden olabilir (41, 42).

## **2.4. Ergenlik Döneminde Psikososyal ve Bilişsel Gelişim**

Ergenlik döneminde arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel ortamlarda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş, kendini değerlendirme ve düzenlemede yeni beceriler kazanılır (39, 43).

Davranışsal yeniden yapılanma sosyal rollere uyum sağlama ile sosyal roller değişirken beraberinde sosyal çevrede değişir. Aynı zamanda güçlü arkadaş etkileri olumlu sosyal ilişkiler sağlarken riskli davranışları da beraberinde getirebilir (38, 39).

## **2.5. Ergenlik Döneminde Riskli Davranışlar**

Ergenin tutum ve davranışları toplumun kültürel, ailenin sosyoekonomik yapısı ve anne babanın eğitim düzeyleriyle yakından ilişkilidir (12). Ergenlerin sağlık sorunlarına yol açan riskli davranışlar; dengesiz ve yetersiz beslenme, obezite, kazalar, korunmasız ve erken yaşta başlayan cinsel ilişki, alkol ve sigara kullanımı, madde kullanımına yönelim, saldırgan davranışlar, akran zorbalığı, araba kullanma ve fiziksel aktivite eksikliğidir (44, 45).

Ergenlerin, kendilerini ispatlamak, ortama uyum sağlamak gibi nedenlerden dolayı riskli davranışları benimseyebildikleri bildirilmektedir (46). Riskli sağlık davranışları yalnızca ergen sağlığını değil toplum sağlığını da tehdit eden bir sorun grubudur (47). Ergenlerin 1/3'ü, bu yüksek riskli davranışların en az biri ile ilgilidir (44). Çocukluk ve gençlik yıllarından itibaren yapılacak müdahaleler ile olumlu sağlık davranışlarının bireylere kazandırılması, onları tüm yaşamları boyunca pek çok hastalık ve sakatlık riskinden koruyarak sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (48, 30).

Ergenlik döneminde riskli davranışları önlemeye yönelik olarak; ergenler riskli davranışlar konusunda bilinçlendirilmeli, riskli davranışları önlemeye yönelik eğitimler verilmeli doğru beslenme alışkanlıkları kazandırma, fiziksel aktivite, hijyen, zararlı alışkanlıklardan korunma, cinsel sağlık ve korunma yöntemleri ile ilgili eğitimler planlanarak riskli davranışların azaltılması sağlanabilir (38, 49).

### 2.5.1. Ergenlik döneminde beslenme sorunları

İlköğretim döneminde çocuğun beslenme alışkanlıklarını etkileyebilecek bir çok etken bulunmaktadır (50). Bunlar; aile, arkadaşlar, sosyokültürel ve fiziki çevre, sosyo-ekonomik durum, alışkanlıklar, medya ve reklamlar, eğitim, fiziksel aktivitelerdir. Günümüz yaşam şartları ve anne-babaların çalışması çocukları olumsuz beslenme alışkanlıklarına yöneltmekte ve çocuklar “hızlı hazır yemek” kavramı ile çocuklar tanışmaktadırlar. Bu dönemde sıklıkla fastfood beslenme şekli ile karşılaşmakta özellikle sosyal hayat ile tanışan okul dönemi çocukları yüksek kalorili içecek ve yiyeceklere yönelmektedir (22, 50).

Fastfood tüketim şekli aile içinde başlamakta ve birlikte yenen aile yemekleri ile sadece yemek değil beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı da paylaşılmaktadır. Yetişkin fast-food tüketimi yapan bireylerle yapılan çalışmalar, fast-food ürünlerini tüketmeye başlama zamanının 1/3 oranında çocukluk ya da ergenlik dönemine dayandığını göstermektedir. İnsanların öğünlerini aile ortamında tüketmeleri onları fast-food tüketiminden uzaklaştırarak sağlıklı bir yaşam sürdürmelerinde yardımcı olacaktır. Fazla yemek yemek, fiziksel olarak az hareket etmek, metabolik, genetik, hormonal ve psikolojik sorunlar obezitenin başlıca sebepleri arasında gelmektedir. Buna ek olarak yaş, cinsiyet, sosyoekonomik kültürel faktörler de obezitenin görülmesinde rol oynamaktadır (51).

Ailelerdeki beslenme yanlışları evde beslenmeden sorumlu olan kadının eğitim düzeyi ile paralellik göstermekte olup eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı ve beslenmeye ilişkin yapılan doğruların arttığı, yanlış ve hatalı uygulamaların azaldığı görülmektedir (52). Günümüz şartlarında çalışan kadın sayısının artması nedeniyle beslenme ve yemek pişirme alışkanlıkları yemek yapmaya ayırdıkları zaman, hazır yiyecekleri tüketme miktarları ile pişirme yöntemleri önemli derecede değişmiştir (50).

Ergenlerin beslenme şeklinde psikososyal, çevresel faktörler ve ebeveynlerin tutumu da önemli bir yere sahiptir. Sosyo-demografik özelliklerine bağlı olarak ebeveynlerin değişkenlik gösteren yiyecek seçimi, bu yaş grubundaki bireylerin beslenme alışkanlıklarını belirleyen önemli bir etkidir (53, 54, 55, 56).

### 2.5.2. Ergenlik döneminde hijyen sorunları

Hijyen, sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemleri olarak tanımlanmaktadır (57, 58). Hijyen uygulamalarının geliştirilmesi; yetersiz hijyenden kaynaklı hastalıkların oluşmasının engellemek ve enfeksiyon hastalıklarının sıklığını azaltmak, bu yolla enfeksiyon hastalıklarından kaynaklanan maliyeti düşürmek, okula devamsızlığı engellemek adına için büyük önem taşımaktadır (59, 60).

Kişisel hijyen alışkanlıkları hem bebeklik çağından itibaren aileden, hem de toplu yaşamın olduğu okullardan kazanılan alışkanlıklardır. Bireyin ait olduğu sosyal grup, hijyen uygulamalarını etkileyici özelliğe sahiptir. Birey hijyen uygulamalarını, çocukluk döneminde ebeveynlerinden öğrenir ve edindiği alışkanlıkları genellikle yaşamı boyunca devam ettirir (61). İlköğretim dönemindeki çocuklar ailelerinden edindikleri sağlık bilgilerine ek olarak okulda öğrendikleri yeni bilgileri de ekleyerek sağlıklı bir birey olabilme adına ilk adımlarını atarlar (62).

Okul nüfusunun fazlalığı ve hijyen uygulamalarında yapılan eksiklikler nedeni ile enfeksiyon hastalıkları karşımıza çıkmaktadır (63). Enfeksiyon hastalıkları dünyada mortalite ve morbidite oranlarında en yüksek hastalıklar grubundadır. Bu hastalıkların bulaşma oranlarını en aza indirgeyebilmek için öncelikle insanlara doğru el yıkama ve alışkanlığının kazandırılması önemlidir. Örneğin, Bangladeş'te yapılan bir çalışmada annelerin yemek hazırlarken temiz suyla ellerini yıkamaları ve çocukların tuvalet alışkanlıklarının sağlanmasına yönelik yapılan bir eğitim programı ile çocuklarda görülen ishal olgularında ciddi düşmeler olduğu rapor edilmiştir (57).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1995 yılında Massachusetts Halk Sağlığı Bölümü tarafından yapılan bir çalışmada, kötü el hijyeni ve yetersiz el yıkamanın bir yılda 1 milyon gastrointestinal hastalık görülmesine ve hastalık başına 400 milyon Amerikan Doları tedavi gideri, 60 bin hastanın yatırılarak tedavisine, 3 bin Shigella ve 10 bin Hepatit-A olgusuna 250 ölüme neden olduğu gösterilmiştir (64).

Kişisel hijyen davranışları tuvaletten önce ve sonra el temizliği, temizlik işlerinde sabun veya akan su kaynağı kullanılması, düzenli banyo yapılması, ağız ve

diş temizliği, el ve tırnak temizliği, ayak temizliği, saç bakımı ve temizliği, kendine ait diş fırçası, havlu ve terliğin bulunması temiz kıyafet ve çamaşırların düzenli olarak değiştirilmesi gibi önlemler sayılabilir. Bireyin ait olduğu sosyal grup, sosyal öğrenme yolu ile olumlu sağlık davranışlarını ve hijyen uygulamalarını etkileyici role sahiptir. Bundan dolayı çocukların ailelerinden sonra ilk sosyal etkileşime girdikleri toplumsal kurumlar olan okullar sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının başlangıcını oluşturmak için en uygun çevreler olarak tanımlanmaktadır (64, 65).

Çocukluk döneminde kazandırılması gereken alışkanlıkların en önemlilerinden biri, ağız ve diş sağlığının korunmasıdır. Özellikle okul çağındaki çocukların beslenme ve ağız bakımına özen göstermemesinden kaynaklı başta diş çürükleri olmak üzere birçok ağız ve diş sağlığına ilişkin problemler yaşadıkları görülmektedir (66).

Ağız ve diş sağlığı günümüzde önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin önlenmesi için çocukluk çağından başlayarak etkili ve düzenli bir şekilde ağız diş temizliği yapılarak diş çürüklerinde %50 oranında azalma olduğu ileri sürülmüştür. Diş çürüklerinin önlenmesi için karbonhidrat ve şekerli besinlerin tüketiminin azalması, dişlerin günde en az üç kez fırçalanması, dişlerin arasında kalan artık be plakların diş ipi gibi yardımcı araçlarla temizlenmesi önerilir (12). Çocukların sağlık sorunları ile ilgili yapılan araştırmalarda diş çürüklerinin oranı yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda öğrencilerin diş fırçalama oranları düşük olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda da görülmektedir ki okullarda çocuk/okul hemşirelerinin yaptıkları tarama ve sağlık eğitimleriyle kazanılan olumlu sağlık davranışları aileleri de olumlu yönde etkilemekte böylece öğrenciler bir çarpan etkisiyle toplumun sağlık eğitimini de dolaylı yoldan olumlu etkilemiş olmaktadır (36, 61).

### **2.5.3. Ergenlik döneminde fiziksel aktivite sorunları**

Fiziksel aktivite sağlıklı bir yaşamın olmazsa olmazları arasındadır. Günümüz şartlarında endüstrileşme ve şehirleşme ve gelişen teknolojinin de getirisi ile sedanter yaşam insanların hayatlarında daha etkili olmaya başlamıştır. Evlerde iş kolaylaştıran aletlerin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon

izlenmesinin yaygınlaşması aktivitenin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (67). Sedanter yaşam şeklinin sonucunda obezite, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi rahatsızlıkların görülme oranları artmaktadır. Çocukluk yıllarında fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması ile bu rahatsızlıkların önlenmesi sağlanabilir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki çocukluk ve ergenlik yıllarında yüksek düzeyde fiziksel aktivite ile yetişkinlikte aktivite düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermiştir (68, 69). Çocukluk ve ergenlik yıllarında sedanter bir yaşam tarzı süren çocuklar yetişkinlik dönemlerinde de bu alışkanlıklarını sürdürmektedirler. Örneğin, Pate ve ark. ABD'de yaptıkları çalışmalarında, ilköğretim 5. sınıf öğrencilerinin yüksek bir oranının düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığını ve bu davranış biçimini 7. sınıfta da sürdürdüğünü, tespit etmişlerdir (70).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı raporunda, dünya genelinde 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin %31'inin yeterince hareketli olmadığı belirtilmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 6-11 yaş grubu çocuklarımızın %58.4'ü düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır (71).

Teknolojinin gelişmesi, hızlı kentleşmenin artması ve çocukların televizyon ve bilgisayar başında geçirdiği sürenin artması ile çocukların daha fazla hareketsiz bir yaşam sürdürmelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı fiziksel gelişimleri olumsuz etkilenmekte ve başta obezite olmak üzere gelişim bozukluklarına neden olmaktadır (72).

Çocuklarda hareketsiz yaşam tarzının beraberinde getirdiği en yaygın sorun obezitedir. Yapılan araştırmalarda, obez çocukların gelecekte obez yetişkinler olacakları belirtilmiştir. Bu durumun da gelecek nesillerin ciddi sağlık sorunları ile karşılaşmalarına neden olacağı ifade edilmiştir. Bu nedenle çocuklarda başta obezite olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarının oluşumun önlenmesinde beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivitenin oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (73, 74).

#### **2.5.4. Ergenlerde bilgisayar ve internetin kullanımı**

Teknolojinin gelişmesi ile gazete, radyo, televizyon ile başlayan değişim süreci internet ve onun dolayında karşılıklı sanal iletişim ağları devam etmektedir. İnternetin kullanım amaçlarında çocuklar ödev ve araştırmalarını yapmak, arkadaşlarıyla sohbet yazılımları ile birlikte sohbet edebilmek, oyun oynayabilmek gibi değişik amaçlar için kullanılmaktadırlar. Türkiye Bilişim Şurası'nın 2002 raporuna göre 7-15 yaş grubundaki çocukların %90'ının interneti, eğlence veya yararlı olmayan siteleri kullandıkları saptanmıştır (75, 76). Çocukların amaç dışı internet kullanımında fizyolojik, sosyolojik psikolojik bir çok zararlı karşılaşma durumları olabilir. Bu sorunlara bakılırsa aşırı oyun oynamak, eve kapanmak , zararlı içeriklere erişim ve istismar bunlardan bir kaçıdır (76, 77).

Çocuk ve ergenler için bilgisayar ve internetin kullanımı bir tehdit veya davranışa dönüşmesi onların davranışlarının biçimlenmesinde söz sahibi yetişkinlerin farkındalık ve tutumları ile netleşir. Fakat ailelerin bu dönemin gelişim özellikleri ve söz konusu teknolojiler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir (78, 79).

#### **2.5.5. Ergenlerde yaralanmalara neden olan davranışlar**

Ergenlik döneminde karşımıza otoriteye ve toplumsal kurallara karşı çıkma akran ile aktiviteler planlama ve erişkin rol modellerini deneme gibi dönem özellikleri istemeyen kazalar ve yaralanmaların görülmesine neden olmaktadır (47). Ergen ölümlerinin başında trafik kazaları, intihar, kendine zarar verme ilk üç neden arasındadır (23). Türkiye ulusal hastalık yükü araştırmasında göre genç yaş gruplarında istemli ve istemsiz yaralanmalar nedeni ile ölümlerin diğer yaş gruplarından daha fazla olduğu görülmektedir (38).

Halk sağlığı sorunlarının önden gelenlerinden biri de trafik kazalarıdır (80). Dünya Sağlık Örgütü (2013) raporuna göre trafik kazalarında her yıl 1,24 milyon insan ölmekte daha fazla sayıda insan yaralanmaktadır. Trafik kazalarında ölüm ve yaralanmaların en önemli nedenleri arasında alkollü araç kullanma, hız sınırı aşma, ehliyetsiz araç kullanımı, çocuk sınırlamalarına uymama ve emniyet kemeri

kullanmama, ilk yardım konusunda bilgi sahibi olamama, bilinçli ve bilinçsiz araç kullanımı olarak sayılabilir. Trafik kazalarında emniyet kemeri kullanımı ile ölüm oranının %40-50, ciddi yaralanmaları ise %35--%60, arka koltukta oturanların ise %18 oranında engellediği görülmüştür. Emniyet kemeri kullanımı diğer yaş grupları ile kıyaslandığında gençlerin en düşük orana sahip olduğu görülmektedir (38, 81).

Trafik kazalarında çocuk ölüm ve yaralanmalarının nedenleri arasında yolculuk esnasında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmaması gelmektedir (80).

Trafik kazaları yetişkinleri etkilediği kadar çocukları önemli oranda etkilemektedir. Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre (2001) tüm kazalar içinde ölümlü ve yaralanmalı kazalara karışan 0-15 yaş arası çocukların toplam sayısı 7413 tür. Yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre ebeveyn tutumlarının ve gerekli önlemlerin alınmasının kazaların önlenmesinde önemli olduğu saptanmıştır (82, 83). Eğitim ve gelir düzeyinin artması ile trafik kazalarındaki çocuk yaralanma ve ölümlerin azaltılabileceği yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (84).

#### **2.5.6. Ergenlik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı**

Ergenlik dönemi bir çocuk için fiziksel ve psikolojik değişimler içerir. Ruhsal yapının yeniden düzenlendiği bir dönemdir. Bu dönemde ortaya çıkan biyolojik değişiklikler, ebeveyn iletişiminde ortaya çıkan değişiklikler, akran baskısı ve bir gruba dahil olabilme isteği, merak, anne babayı rol model alma ergeni madde kullanımına yönlendirebilir (85).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda madde kullanım yaşının ilköğretim düzeyine kadar indiği saptanmıştır. Yüncü ve ark. 2006 yılında yaptığı araştırmada madde kullanımına ilk başlama yaşı 13 iken, sigaraya başlama yaşı ise 12 olarak bulunmuştur (86). Sigara ve madde kullanımına en sık başlama yaşının 14 olduğu saptanmıştır. Yalçın ve ark. 2010 yılında üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada madde kullanım oranının erkek öğrencilerde, akademik başarısı ve aile bağları kopukluk olanlarda madde kullanımının daha yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir (85).



Çocukların ve gençlerin önündeki en önemli tehlikelerden birisi madde kullanma ve bağımlılığıdır. Son yıllarda yapılan araştırmalar göstermektedir ki çocuk ve gençler tarafından zararlı olduğu bilinen maddeleri kullanan birey sayısı hızla artmaktadır. Ergenlik döneminde yer alan ilköğretim öğrencilerinin madde kullanma risk oranları fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2001 yılında araştırma sonuçlarına göre yaşam boyu tütün kullanım yaygınlığı 8. sınıf öğrencileri arasında %40.5, 12. sınıf öğrencileri arasında ise %62.5'tir. Son bir ay içinde alkol kullanımı yaygınlığı küçük sınıflar için %21.5, daha büyük sınıflar için %49.8'dir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı için bu oranlar sırasıyla %20.4, %48.8, uçucu maddeler için %17.1 ve %13.0, eroin için %1.7 ve %1.0 olduğu bulunmuştur (87).

Ergenlik döneminde ruhsal ve fiziksel değişikliklerin yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde davranışlarda bireylerde sigara, alkol ve madde kullanımı yaygın olarak görülmektedir. Ergenlerin bu maddelere başlamasında aile, arkadaş ve sosyokültürel yapı büyük rol oynamaktadır (88). Ögel ve ark. 2004 yılında yaptığı araştırmada, öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, yüksek gelir düzeyine sahip olan ailelerin çocuklarında, düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre alkol kullanma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (87).

Ergenlik döneminde asilik, dürtüsel davranışlar, okul başarısının düşük olması, okuldan ayrılma, suç işleme gibi özellikler risk oluşturmaktadır. Ergenlik döneminde artmış cinsel ve saldırgan dürtülerini yönlendirebilecekleri uygun koşullara sahip olmayan gençler için madde kullanımı uygunsuz bir çıkış yolu olarak ortaya çıkabilmektedir (89).

## **2.6. Okul Sağlığı Kavramı**

Toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, okul yaşamının sağlıklı bir ortamda sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların bütününe okul sağlığı hizmetleri denilmektedir (36).

Okul sağlığı hizmetlerinin hedefleri; toplumda okul çağındaki bütün çocukların olabilecek en iyi bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, okul çocuklarının sağlıklı bir çevrede gelişimini sağlamak ve çocukların, ailelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (36).

Ülkemizde okul sağlığı kapsamında ağız ve diş sağlığı ile ilgili tarama ve bilinçlendirme çalışmaları, madde bağımlılığı ile mücadele çalışmaları (sigara-alkol ve uyuruşturucular), ulusal tütün komitesi çalışmaları, ergenlerin sağlık bilincinin geliştirilmesi projesi, beslenme ve obezite konusunda okul ağı çocuklarının bilinçlendirilmesi çalışmaları, okul kantinleri ile ilgili çalışmalar, hijyen ve el yıkama ile ilgili çalışmalar, okul ve çevresinde evre sağlığı çalışmaları, okullarda içme suyu çalışmaları, iyotlu tuz kullanımı, talasemi eğitim alışmaları, HIV/AIDS nleme ve eğitim çalışmaları, bağışıklama çalışmaları (okul aşıları), projeler planlanmakta ve uygulanmaya çalışılmaktadır (90).

Okul sağlığı hizmetleri çok disiplinli ekip yaklaşımı ile yürütülmektedir. Ekip içinde hekim, hemşire ğretmen, ğrenci velisi, psikolog, diyetisyen oluşmaktadır. Ekip içinde okul sağlığı hemşiresi (OSH) hizmetlerin sunumunda önemli role sahiptir (90, 91).

### **2.6.1. Okul sağlığının nemi**

Okul ağı; bireyin okula başlama yaşı olan 6-7 yaşlarında başlayarak öğrenim hayatı boyunca devam eden ve bireyin eğitimi, çevresi, ailesinin de etkisiyle dünya görüşü değerleri ve kişiliğini oluşurmaya başladığı dönemdir. Okul çocukları her ne kadar, erken çocukluk döneminin çeşitli sağlık sorunlarını çözümlemiş, hastalık ve ölüm risklerinden büyük ölçüde kurtulmuş, genelde sağlıklı bir yaş grubunu oluşturuyor olsalar da, bu dönemdeki çocuklar biyolojik büyüme ile birlikte birçok sağlık sorunu ile karşılaşabilmekte ve bakıma gereksinim duyabilmektedir. Toplum içerisinde okula giden çocuklar önemli bir yere sahiptir (29).

## 2.6.2. Okul sađlđında hemşirenin yeri

Çocuklar okulda fiziksel ve sosyal çevresi ile sađlđı doğrudan etkiler. ABD’de Ulusal Okul Hemşireliği Derneği (NASN) okul hemşirelerini; çocukların ve gençlerin entelektüel potansiyellerini kullanarak bireysel yeteneklerini artırmak, var olan ve gelecekteki fiziksel, sosyal, kişisel ve emosyonel büyümelerini olumlu etkilemek için yararlı kararlar alan kişiler olarak tanımlamaktadır. Amerikan Okul Sađlđı Derneği (ASHA) ise okul hemşiresini; bakım verici, eğitici, danışman, vaka yöneticisi, savunucu ve araştırmacı etkinliklerden sorumlu meslek üyesi olarak tanımlamıştır (91).

Çocuk Hemşireleri, sađlđı geliştirmeye yönelik etkinliklerle, çocukların içsel kontrol algılarını artırarak sağlıksız davranışı terk etme ve olumlu sağlık davranışını başlatarak sürdürmede yardımcı olabilir (36).

Okul hemşireliği çocuk ve gençlerin sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde önemli bir role sahiptir . Okullarda sağlık eğitiminin hedefi, çocuğun okul öncesi edindiği olumlu sağlık, bilgi, tutum ve davranışlarını desteklemek, olumsuz ve yetersiz olanları değiştirmektir. Ülkemizde çocukların ve dolayısıyla toplumun; sağlık düzeyinde yükselme, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılabilmesi ve sağlıklı bireyler yetiştirmek adına okul/çocuk hemşireliğinin yaygınlaştırılması ve okul sağlığına yönelik planlı ve sürekli sağlık hizmetlerinin sunumu önemlidir. Bu sayede okul çocuklarının olumlu sağlık tutum davranışlarında artış gözlemlenecektir (92).

Başkale, Bahar (2010), okul öncesi çocuklara yönelik Piaget’in kuramına dayalı geliştirdikleri beslenme eğitimini uyguladıkları deney grubundaki çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre beslenme bilgi puanlarını artırdığı, besin tüketim sıklıklarında olumlu gelişmeler olduğunu saptamışlardır (93).

Okul hemşireleri aynı zamanda çocukların rehabilite olmasından da sorumludurlar. Bahar ve ark. (2008), Gölcük depreminden altı ay sonra yaptıkları bir çalışmada, yedinci sınıfa giden 187 öğrenciye yönelik uğraş terapisi ve probleme dayalı grup terapisinin planlanmış ve öğrencilerin depresyon ölçeği kullanılarak depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada öğrenciler rastgele seçilerek iki

gruba ayrılmış, bir gruba psikiyatrist hekimler tarafından probleme dayalı grup terapisi, diğer gruba ise hemşireler tarafından uğraş terapisi uygulanmıştır. Çalışmada sonucunda, gruplar arası depresyon puanlarında anlamlı bir farklılık olmamasına karşın, depresyon puanlarında anlamlı bir azalma saptanmıştır (6).

Sonuç olarak; Okul sağlığı hizmetleri öğrenci, veli, okul ve sağlık ekibi dörtlüsünün ortak çalışması ile gerçekleştirilmesi gereken bir hizmet alanıdır. Okul hemşiresi öğrencinin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığındaki sapmaları en kolay belirleyebilen kişi konumundadır. Her ne kadar ülkemizde özel okullar dışında okul hemşireliği sistemi çok fazla yer almasa da, toplum sağlığı hizmetleri yapılabilecek ortak değerlendirmeler ile çocukların büyüme ve gelişmesi ve normalden sapmalar yakından takip edilebilir. Riskli durumdaki çocuklar okul-aile işbirliği ile normale çekilebilir.

## **2.7.Çocuklarda Sağlık Tutumunun Değiştirilmesinde Çocuk Hemşiresinin Rolü**

Sağlık eğitimi her yaştaki bireyin davranış ve tutumlarının değiştirilmesinde çok etkili bir süreçtir. Sağlık eğitimi ile ilgili yapılan araştırmalarda kullanılan sağlık inanç, sağlık tutum ve sağlığı geliştirme kuramları tüm alanlardaki hemşireler gibi çocuk hemşiresinin de temel alması gereken bilgi kaynaklarıdır. Halk sağlığı hekim ve hemşirelerin ortaokul 5 ve 8. sınıflar ile ilgili yapılan bir araştırmada sağlık eğitimi sonrasında banyo yapma, diş fırçalama hastalıklardan korunma, hastalıkların bulaşma yolunu bilme alkolün ve sigaranın zararlarını bilme, ilk yardım yapabileme gürültü kirliliğini önleme yollarının bilme çevre sorunları ile ilgili farkındalığın artması minerallerin vücudumuz için önemini bilme posalı ve lifli besinlerin tüketiminin önemini bilme konularında anlamlı düzeyde artış belirlenmiştir (94).

Çocuk hemşiresi diğer hemşirelik alanlarından farklı olarak holistik yaklaşımının yanı sıra aile merkezli bakım felsefesi ile çocuğa ve aileye hizmet vermek durumundadır. Bu bağlamda doğumdan 18 yaşına kadar olan periyotta ki sağlık ve hastalık döngüsünde çocuğun ve ailesinin en fazla etkileşim içerisinde olduğu meslek grubu olan çocuk hemşirelerinin sağlık eğitimi konusunda etkinliği tartışılmaz düzeydedir. Sadece aile içinde büyüyen çocuğun değil okul gibi sosyal ortamlar içerisinde gelişen ve farklılaşan çocuğu desteklemekte çocuk hemşiresinin

en temel rolleri arasındadır. Sağlık eğitim faaliyetlerinin çocuğun ailenin ve içinde yaşadığı toplumun gereksinimleri çerçevesinde düzenlenmesi bu anlamda önemlidir bunun için iyi bir tanılama ile toplumun çocuk açısından riskli gruplarının belirlenmesi önemlidir. Doğru bir tanılama sonrasında düzenlenen sağlık eğitimlerinin çocuklarda tutum ve davranış değişikliğinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (6, 94). Bahar Z (2010) çalışmasından aktarılan Plert ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada okullarda sigara bırakma üzerine randomize kontrollü yaptıkları çalışmada; girişimden 6 hafta sonra deney grubunda sigara içmeme %18.0 kontrol grubunda %2.0 olarak belirlenmiştir. Üç ay sonra bu oranlar deney grubunda %24.0 kontrol grubunda %5.0 olup, okul sağlığı hemşiresinin bütüncül yaklaşımıyla yürüttüğü girişimlerin çok etkin olduğu saptanmıştır (6). Ergül Ş. ve Temel B.A. (2009), İzmir’de bir Askeri Lisede sigara içen öğrencilerde sigaraya karşı olumlu davranış geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerini değerlendirdikleri verilen sağlık eğitimi ve danışmanlık programı sonucunda; öğrencilerin girişim sonrasında nikotin bağımlılık puanlarında azalma, öz etkililik puanlarında ve sigaraya karşı zarar algılarında artma olduğu belirlenmiştir (95). Ceylan ve Turan (2009), okul hemşirelerinin öğrencilerin büyüme ve gelişmelerini izlemeye, sağlıklarını geliştirmeye var olan ve potansiyel sağlık problemlerini belirlemeye olumlu rolleri olduğunu saptamıştır (32). Eğitimler esnasında ailenin de surece dahil edilmesi davranış ve tutum değişikliği sonucunu kısa surede görmek açısından önemlidir. Bunun için çocukla ilgili eğitim faaliyetleri planlayan çocuk hemşiresini aile katılımları ile desteklenmiş okul eğitimlerini öncelik vermesi gerekmektedir. Bu araştırma kapsamında ilköğretim öğrencilerini sağlık tutumları belirlemeye çalışılmış olup sosyoekonomik durumu ne olursa olsun istenmedik davranış ve tutumların okulda verilen müfredat çerçevesinde ile bile değiştiği belirlenmiştir. Bu alanda eğitimlerin çocuk hemşiresi tarafından planlanıp sürdürülmesinin olumlu sağlık davranışlarının daha da etkili olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda konuya ilişkin girişimsel eğitim faaliyetlerini içeren yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

İlköğretim çağı 6, 7, 8. sınıf çocuklarını içeren ilköğretim öğrencilerinin sağlık tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik tipte bir çalışmadır.

#### 3.3. Araştırma Soruları

1. Örnekleme oluşturan ilköğretim öğrencilerinin demografik özellikleri nasıldır?  
-Yaşa, sınıf düzeyine, cinsiyete, kardeş sayısı, anne-baba yaşına, anne-baba eğitim durumuna, anne çalışma durumu, anne- baba mesleğine, gelir durumuna göre özellikleri
2. Örnekleme oluşturan ilköğretim Öğrencilerinin sağlık alışkanlıkları nasıldır?  
-Günlük beslenme sayısı, açıkta tüketilen ürünleri tüketme, obezite bilgisi, meyve ve sebze tüketimi bilgisi, tuz ve şekerli beşin tüketim sıklığı, banyo yapma sıklığı, tırnak kesme sıklığı, elleri yıkama sıklığı, çamaşır değiştirme sıklığı gibi)
3. İlköğretim öğrencilerinin sağlık tutumları (sağlık sorumluluğu, çevre ve güvenlik sağlığı, bütünüyle sağlıklı bir insan) ne düzeydedir?
4. Öğrencilerin sağlık alışkanlıkları cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
5. Öğrencilerin sağlık alışkanlıkları sınıf düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?
6. Öğrencilerin sağlık alışkanlıkları okul türüne göre farklılaşmakta mıdır?

#### 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma 1 Kasım 2018 - 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında Zonguldak İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı dört okulda yapılmıştır.

### 3.5. Evren ve Örneklem

Bu araştırma Zonguldak İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı farklı sosyoekonomik öğrencilerin devam ettiği 4 ayrı okulda yapılmıştır. Farklı sosyoekonomik bölgedeki okullar belediye alt yapı hizmetleri, sosyal ve kültürel ulaşılabilirliğin kolay olması, her iki ebeveynin de çalışması, evlerin mimarı şekli' ne (apartman ya da gecekondu..) göre seçilmiştir. Araştırmaya alınan örneklem evreninin içerisindeki %5 ve %95 güven aralığı alınarak örneklem hesaplama yöntemine göre hesaplanmıştır. Buna göre evren başında düşünüldüğünde İbrahim Fikri Anıl (iyi sosyoekonomik okul-İ.S.E)= 892, Asma Ortaokulu (düşük sosyoekonomik okul-D.S.E)=164, Mimar Sinan Ortaokulu (düşük sosyoekonomik okul-D.S.E)=235, Üzülmez Ortaokulu (düşük sosyoekonomik okul-D.S.E)=108 toplamda İbrahim Fikri Anıl Ortaokulu için 892, Asma+ Mimar Sinan +Üzülmez Ortaokulu için toplam 507 kişilik evren üzerinden örneklem hesaplanmıştır. Bu örnekleme iyi sosyoekonomik özellikli okul için 270, kötü sosyoekonomik özellikli okullar için 270 sayıda öğrenci örnekleme alınarak veri toplanmıştır. Örneklem için seçilen iyi sosyoekonomik okul sayısının fazla olması ve homojen bir araştırma yapılabilmesi için kötü sosyoekonomik okuldaki 3 adet okul seçilmiştir. Her okul için ayrı örneklem hesaplanmıştır.

**Tablo 1. Örneklem Belirleme Tablosu**

	Evren	Örneklem (%5 hata %95 güven aralığı)
<b>İ.S.E*</b>	892	268 (alınacak rakam 270)
<b>D.S.E**</b>	164	116 (alınacak rakam 100)
<b>1</b>	235	146 (alınacak rakam100)
<b>2</b>	108	68 (alınacak rakam70)
<b>3</b>		
Toplam	1399	540

\*İyi Sosyoekonomik

\*\*Düşük sosyoekonomik

### 3.6. Etik yaklaşım

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için, ölçeğin yazarlarından, Fatma Pelitoğlu Çıldır ve Sami Özgür'den e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından

05.12.2018 tarihinde onaylayarak (Karar no: 2018/33.01) ile kabul edilmiştir (EK 1). Zonguldak İl Milli Eğitimden uygulama için Zonguldak İl Valilik Makamı'ndan 20.12.18 tarihli 45865702-605.01-E.24557459 sayılı izni alınmıştır (EK 2). Araştırmaya katılan öğrencilere ve ebeveynlerine araştırma amacı hakkında bilgi verilmiş olup ve gönüllü onam formu da EK 3' te yer almaktadır.

### 3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Özellikle son dönemde göçlerden dolayı iyi sosyoekonomik yapısının değişmesi (Afganistan, Irak, İran, Suriye ..vb ülkelerden göç alınması)

### 3.8. Veri Toplama Araçları

#### 3.8.1. Çocuğa İlişkin Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu 47 sorudan oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşı, sınıfı, cinsiyeti, kardeş sayısı gibi çocuğa ilişkin sosyoekonomik özelliklerini inceleyen 14 adet sorudan, beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, kaza, güvenlik ve çevre bilinci sorularından oluşan sağlık davranışlarını değerlendiren 33 adet sorudan oluşan bu form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve çoktan seçmeli şeklindedir ve Ek 4 'de yer almaktadır (4, 10, 12, 48, 53, 57, 60, 65, 74, 94, 109, 132, 142, 146, 147).

**Tablo 2. Beslenme, Hijyen, Fiziksel Aktivite ve Kazadan Korunma Anket Soruları Madde Sayıları ve Aldıkları Puanlara İlişkin Ortalama Tablosu**

	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss
<b>Beslenme</b>	7	0-6	2.95±1.07
<b>Hijyen</b>	10	0-8	3.87±1.34
<b>Fiziksel aktivite</b>	3	0-3	1.24±0.83
<b>Kaza ve korunma</b>	7	0-7	3.56±1.52

Öğrencilerin beslenme, hijyen, fiziksel aktivite ve kazaya maruz kalma/korunmaya ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar şu şekilde değerlendirilmiştir: Beslenme puanlarının 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 2.95±1.07, hijyen



puanlarının 0 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama  $3.87\pm 1.34$ , fiziksel aktivite puanlarının 0 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama  $1.24\pm 0.83$  ve kazaya maruz kalma ve korunma puanlarının 0 ile 7 arasında değişmekte olup ortalama  $3.56\pm 1.52$  olduğu saptanmıştır. Bu puanlar öğrencilerin tüm alanlarda ortalamaya yakın puan aldığını göstermektedir.

### 3.8.2. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği:

34 maddeden oluşan öğrencilerin sağlığına ilişkin genel durumlarının belirlenmeye çalıştığı 3'lü likert tipinde bir ölçektir. Yüz yüze görüşme yöntemiyle kağıt kalem testi olarak uygulanmaktadır. Pelitoğlu ve Özgür tarafından geliştirilen ölçek 3 ayrı faktörde tanımlama yapılabilmektedir ve Ek 5' de yer almaktadır.

**Tablo 3. “ Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği ” Genel ve Alt Boyut puan Ort±ss Min – Max Değerleri**

	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss	Cronbach alfa
Sağlık sorumluluğu	17	17-41	20.82±5.27	0.865
Çevre ve güvenlik sağlığı	9	9-27	12.04±3.93	0.896
Bütünüyle sağlıklı bir insan	8	8-24	12.60±4.89	0.929
<b>Toplam</b>	34	34-80	45.46±9.45	0.883

Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği'nden oluşmaktadır ve alınan puanların 34 ile 80 arasında değişmekte olup ortalama  $45.46\pm 9.45$  olduğu saptanmıştır. “Sağlık sorumluluğu puanların 17 ile 41 arasında değişmekte olup ortalama  $20.82\pm 5.27$  olduğu saptanmıştır. “Çevre ve güvenlik sağlığı” alt boyutu puanların 9 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama  $12.04\pm 3.93$  olduğu saptanmıştır. “Bütünüyle sağlıklı bir insan” alt boyutu 8 ile 24 arasında değişmekte olup ortalama  $12.60\pm 4.89$  olduğu saptanmıştır. Çalışılan örneklemdaki Cronbach's Alpha düzeyleri (0.88) ölçeğin genel Cronbach Alphasından (0.96) düşük olmasına rağmen kabul edilebilir değer olan 0.65'in üzerinde bir puanda olduğu için çalışmanın yeterli güvenilirlikte olduğu düşünölmektedir.

### **Sağlık sorumluluğu alt boyutu örnek maddeleri**

- 16.madde kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum (ters değerlendirildi)
- 11.madde vücudumu sevmiyorum(ters değerlendirildi)
- 19.madde kendi sağlığıma önem verdiğime inanıyorum.

### **Çevre ve güvenlik sağlığı alt boyutu örnek maddeleri**

- 2. madde çöplerimi her zaman ayrıştırarak bir çöp kutusuna atarım.
- 3. madde alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor.

### **Bütünüyle sağlık alt boyutu örnek maddeleri**

- 27.madde sağlıklı olmak için hastalıklardan korunmak gerekir.
- 34.madde ikizlerin genleri aynı olduğu için mikroplara karşı bağışıklık sistemleri aynıdır.

### **3.9. Uygulama**

Araştırma verileri öğrencilere; Çocuğa İlişkin Bilgi Formu ve Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği uygulanarak toplandı. 1 Kasım 2018- 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında tarihleri arasında örneklerimi oluşturan ilköğretim okullarında okuyan 6, 7, 8. sınıf öğrencilerinden araştırma amacı anlatılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen öğrencilerden gönüllü onam formu alındıktan sonra veri toplama araçlarının doldurulması istenmiştir. Öğrencilere yaklaşık 15-20 dakika süre verilerek anket yöntemi kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışma 01 Kasım – 01 Mayıs tarihleri arasında toplam 540 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 4. Öğrencilerin Yaş, Sınıf, Cinsiyet Dağılımı**

Değişken		n (%)
<b>Yaş</b>	11	143 (26)
	12	117 (21.3)
	13	214 (38.9)
	14	76 (13.8)
<b>Sınıf</b>	6	163 (29.6)
	7	127 (23.1)
	8	260 (47.3)
<b>Cinsiyet</b>	Kız	281 (51.1)
	Erkek	269(48.9)
<b>Anne yaşı</b>	25-30 yaş	10 (1.8)
	31-35 yaş	108 (19.6)
	36-40 yaş	240 (43.6)
	41-50 yaş	173 (31.5)
	50 yaş ve üstü	19 (3.5)
<b>Baba yaşı</b>	25-30 yaş	2 (0.4)
	31-35 yaş	69 (12.5)
	36-40 yaş	195 (35.5)
	41-50 yaş	228 (41.5)
	50 yaş ve üstü	56 (10.2)
<b>Anne öğrenim durumu</b>	Okuma-yazma bilmiyor	6 (1.1)
	İlkokul	149 (27.1)
	Ortaokul	90 (16.4)
	Lise	183 (33.3)
	Lisans ve üstü	122 (22.2)
<b>Baba öğrenim durumu</b>	Okuma-yazma bilmiyor	6 (1.1)
	İlkokul	107 (19.5)
	Ortaokul	110 (20)
	Lise	194 (35.3)
	Lisans ve üstü	133 (24.2)
<b>Aile tipi</b>	Geniş aile	78 (14.2)
	Çekirdek aile	464 (84.4)
	Tek ebeveyn	8 (1.5)

**Tablo 4. Öğrencilerin Yaş, Sınıf, Cinsiyet Dağılımı (Devamı)**

Değişken		n(%)
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	227 (41.3)
	Çalışmıyor	323 (58.7)
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	469 (85.3)
	Çalışmıyor	81 (14.7)
Anne mesleği	Ev hanımı	333 (60.5)
	Memur	143 (26)
	İşçi	18 (3.3)
	Diğer	56 (10.2)
Baba mesleği	Memur	15 (2.7)
	İşçi	289 (52.5)
	Diğer	192 (34.9)
	Emekli	26 (4.7)
	İşi yok	28 (5.1)
Gelir düzeyi	Düşük	34 (6.2)
	Orta	372 (67.6)
	Yüksek	144 (26.2)

Örnekleme oluşturan öğrencilerin tamamına bakıldığında %38.9 13 yaş, %51 i kız ve %48.9 'da erkek olduğu belirlenmiştir. %1.8'inin (n=10) annesinin yaşı 25-30 yıl arası iken, %19.6'sının (n=108) 31-35 yaş arası, %43.6'sının (n=240) 36-40 yaş arası, %31.5'inin (n=173) 41-50 yaş arası, %3.5'inin (n=19) 50 yaş ve üstüdür. %0.4'ünün (n=2) babasının yaşı 25-30 yıl arası iken, %12.5'inin (n=69) 31-35 yaş arası, %35.5'inin (n=195) 36-40 yaş arası, %41.5'inin (n=228) 41-50 yaş arası, %10.2'sinin (n=56) 50 yaş ve üstüdür. Annelerin %1.1'inin (n=6) okuma-yazma bilmiyorken, %27.1'inin (n=149) ilkokul mezunu, %16.4'ünün (n=90) ortaokul mezunu, %33.3'ünün (n=183) lise mezunu, %22.2'sinin (n=122) lisans ya da üstü eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Babaların %1.1'inin (n=6) okuma-yazma bilmiyorken, %19.5'inin (n=107) ilkokul mezunu, %20'sinin (n=110) ortaokul mezunu, %35.3'ünün (n=194) lise mezunu, %24.2'sinin (n=133) lisans ya da üstü eğitime sahip olduğu saptanmıştır. %14.2'sinin (n=78) aile tipinin geniş aile iken, %84.4'ünün (n=464) çekirdek aile ve %1.5'inin (n=8) tek ebeveynli olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin %60.5'inin (n=333) annesi ev hanımı, %26'sının (n=143) memur, %3.3'ünün (n=18) işçi iken, %10.2'sinin (n=56) diğer mesleklere sahip olduğu saptanmıştır. %5.1'inin (n=28) babasının işi yok iken, %2.7'sinin (n=15) memur, %52.5'inin (n=289) işçi, %4.7'sinin (n=26) emekli, %34.9'unun (n=192) ise diğer mesleklere sahip olduğu saptanmıştır. %6.2'sinin (n=34) ailelerinin gelir düzeyleri düşük iken, %67.6'sının (n=372) orta, %26.2'sinin (n=144) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 5. Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanma Algılarının Tablosu**

Değişken		n (%)
Çevrenizde sigara kullanan kişiler var mı?	Evet	426 (77.5)
	Hayır	124 (22.5)
Çevrenizde alkol kullanan kişiler var mı?	Evet	130 (23.6)
	Hayır	420 (76.4)
Sigara ve alkol kullanmanın zararlarını biliyor musunuz?	Evet	529 (96.2)
	Hayır	21 (3.8)

Öğrencilerin %77.5'inin (n=426) çevresinde sigara, %23.6'sının (n=130) alkol kullanan kişiler bulunduğu ve %96.2'si (n=529) sigara ve alkol kullanmanın zararlarını bildiğini belirtmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6. Öğrencilerin Beslenme Durumları Dağılımı**

Değişken		n (%)
Öğün Sayısı	Hiçbir öğün almıyor	25 (4.5)
	1-2	348 (63.3)
	3-4	175 (31.8)
	5 ve daha fazla	2 (0.4)
Kahvaltı Yapma Durumu	Her zaman	255 (46.4)
	Bazen	256 (46.5)
	Hiçbir zaman	39 (7.1)
Açıkta satılan ürünleri tüketim durumu	Her zaman	48 (8.7)
	Bazen	394 (71.6)
	Hiçbir zaman	108 (19.6)
Haftada fastfood tüketim sıklığı	0	131 (23.8)
	1-2	335 (60.9)
	3 ve daha fazla	84 (15.3)
Obezite hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	429 (78)
	Hayır	121 (22)
Meyve sebzeleri yıkama durumu	Yıkayarak	511 (92.9)
	Yıkamadan	9 (1.6)
	Bazen yıkayarak	30 (5.5)
Tuzlu ve şekerli besinleri kullanma sıklığı	Az	338 (61.5)
	Çok	201 (36.5)
	Hiç	11 (2)

Öğrencilerin %63.3'ü (n=348) günde 1-2 öğün beslenmekte olup, %46.4'ü (n=255) her zaman kahvaltılı yaparken, %71.6'sı (n=394) açıkta satılan ürünleri bazen tüketmekte, %60.9'unun (n=335) hafta 1-2 kez fast food yemekte, %36.5'i (n=201) tuzlu ve şekerli besinleri sıklıkla tüketmektedir (Tablo 6).

**Tablo 7. Öğrencilerin Hijyen Durumlarının / Uygulamalarının Dağılımı**

Değişken		n(%)
<b>Banyo Yapma Sıklığı</b>	Haftada 1	114 (20.7)
	Haftada 2-3 kez	374 (68)
	Her gün	62 (11.3)
<b>Tırnak Kesme Sıklığı</b>	Haftada 1	279 (50.7)
	Haftada 2	168 (30.5)
	İki haftada 1	103 (18.7)
<b>El Yıkama Sıklığı</b>	Sabah kalkınca	453 (82.4)
	Yemekten önce	394 (71.6)
	Yemekten sonra	447 (81.3)
	Tuvaletten önce	153 (27.8)
	Tuvaletten sonra	500 (90.9)
	Dışarıdan eve ilk geldiğimde	457 (83.1)
<b>Çamaşır Değiştirme Sıklığı</b>	Her gün	306 (55.6)
	2-3 günde bir	213 (38.7)
	Haftada bir	31 (5.6)
<b>Çorap Değiştirme Sıklığı</b>	Her gün	435 (79.1)
	2-3 günde bir	98 (17.8)
	Haftada bir	17 (3.1)
<b>Diş Fırçalama Sıklığı</b>	Hiç	83 (15.1)
	Günde 1-2 defa	378 (68.7)
	Günde 3 ve daha fazla	89 (16.2)
<b>Kendinize ait diş fırçası olma durumu</b>	Evet	515 (93.6)
	Hayır	35 (6.4)
<b>Diş fırçasını değiştirme durumu</b>	Kirlendiğinde	242 (44)
	2-3 ayda bir	243 (44.2)
	6 ay ve daha fazla sürede	65 (11.8)
<b>Diş hekimine gitme sıklığı</b>	Dişim ağrıdığımda	374 (68)
	6 ayda bir	106 (19.3)
	Senede bir	70 (12.7)
<b>Dişleri çürümemesi için yapılan uygulamalar</b>	Diş ipi kullanmalıyız.	33 (6)
	Dişlerimizi fırçalamalıyız.	454 (82.5)
	Düzenli diş doktoruna gitmeliyiz.	95 (17.3)
	Bol su tüketmeliyiz.	43 (7.8)
	Şeker yememeliyiz.	370 (67.3)

Öğrencilerin %68'i (n=374) haftada 2-3 kez banyo yapmakta, %50.7'si (n=279) haftada 1 kez tırnaklarını kesmekte, %71.6'sı (n=394) yemekten önce, %90.9'u (n=500) tuvaletten sonra ellerini yıkamakta, %55.6'sı (n=306) çamaşırlarını, %79.1'i (n=435) ise çoraplarını her gün değiştirmektedir. Öğrencilerin

%68.7'si (n=378) günde 1-2 defa, sadece %19.3'ü (n=106) 6 ayda bir ve %12.7'si (n=70) ise senede bir diş hekimine gitmektedir. Diş çürümemesi için %82.5'i (n=454) dişlerin fırçalanması gerektiğini ve %67.3'ü (n=370) ise şeker yenilmemesi gerektiğini düşünmektedir (Tablo 7).

**Tablo 8. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının Dağılımı**

Değişken		n(%)
<b>Düzenli hareket ve spor yapma durumu</b>	Hiç	50 (9.1)
	Arada	300 (54.5)
	Her zaman	200 (36.4)
<b>Uyku Süresi</b>	5-8	85 (15.5)
	9-10	238 (43.3)
	10'dan fazla	227 (41.3)
<b>Bilgisayar Kullanma Sıklığı</b>	Her gün	111 (20.2)
	Haftada bir	155 (28.2)
	Haftada 2 ve daha fazla	103 (18.7)
	Hiç	181 (32.9)
<b>Bilgisayarı kullanma amacı</b>	Ders	300 (54.5)
	Oyun	163 (29.6)
	Diğer	87 (15.8)
<b>Tv ve bilgisayarda geçirilen süre</b>	1-2 saat	249 (45.3)
	3-4 saat	170 (30.9)
	5 saat ve üzeri	131 (23.8)

Öğrencilerin %54.5'i (n=300) arada sırada spor yaptığını belirtmiştir. Uyku süreleri %43.3'ü (n=238) 9-10 saat iken %41.3'ü (n=227) ise 10 saatten fazladır. Bilgisayar kullanma sıklıkları %20.2'si (n=111) her gün, %28.2'si (n=155) haftada bir kez, %18.7'si (n=103) haftada 2 ve daha fazla kez olarak belirlenmiştir. Bilgisayar kullanma amaçları sorulduğunda %54.5'i (n=300) bilgisayarı ders, %29.6'sı (n=163) oyun ve %15.8'i (n=87) diğer amaçlar için kullandığı ifade etmiştir. Haftalık televizyon izleme süreleri incelendiğinde %30.9'unun (n=170) 3-4 saat ve %23.8'i (n=131) ise 5 saat ve üzeri vakit geçirdiği tespit edilmiştir.

**Tablo 9. Öğrencilerin Kazadan Korunma Durumlarının Dağılımı**

Değişken		n(%)
<b>Kaza Geçirme Durumu</b>	Evet	169 (30.7)
	Hayır	381 (69.3)
<b>Emniyet kemerini kullanma durumu</b>	Ön koltukta otururken	435 (79.1)
	Arka koltukta otururken	249 (45.3)
	Ön/Arka koltukta otururken	219 (39.8)
	Kullanmam	81 (14.7)
<b>Bisiklet kullanırken kask takma durumu</b>	Her zaman	64 (11.6)
	Bazen	129 (23.5)
	Hiçbir zaman	357 (64.9)
<b>Bisikletin kullanıldığı yerler</b>	Sadece bisiklet yolunda	123 (22.4)
	Sokakta	399 (72.5)
	Trafikte	28 (5.1)
<b>Yaya ve üst geçidi kullanma durumu</b>	Daima	277 (50.4)
	Bazen	229 (41.6)
	Hiçbir zaman	44 (8)
<b>Çöplerin çöp kutusuna atılma sıklığı</b>	Her zaman	399 (72.5)
	Bazen	147 (26.7)
	Hiçbir zaman	4 (0.7)
<b>Çevreyi güzelleştirmek için yapılması gereken durumlar</b>	Çöpleri çöp kutusuna atmalıyız.	515 (93.6)
	Evimizin önünü temiz tutmalıyız.	510 (92.7)
	Doğayı kirletmemeliyiz.	527 (95.8)
	Hepsi.	498 (90.5)

Öğrencilerin %30.7'si (n=169) kaza geçirmiştir ve %79.1'i (n=435) sadece ön koltukta otururken emniyet kemeri kullanmaktadır. Hiç emniyet kemeri kullanmam diyen öğrencilerin oranı %14.7'si (n=81) olarak bulunmuştur. Bisiklet kullanırken alınan önlemlere bakıldığında sadece %11.6'sı (n=64) bisiklet kullanırken her zaman kask taktığını ve %22.4'ü (n=123) sadece bisiklet yolunda bisiklet kullandığı saptanmıştır. Yarısı (%50.4'ü) karşıdan karşıya geçerken daima üst geçit ya da yaya geçidini kullanmaktadır. Çevre bilinci ile ilgili sorulara %93.6'sı (n=515) “çevremizi güzelleştirmek için çöpleri çöp kutusuna atarım”, %92.7'si (n=510) “evimizin önünü temiz tutmamız gerekir”, %95.8'si (n=527) “doğayı kirletmememiz gerekir” yanıtlarını vermişlerdir.



**Tablo 10. Sosyo-ekonomik Veriler ile Beslenme Tutumu Anket Soruları Karşılaştırma Tablosu**

Değişken		n	Beslenme	Test değeri; p
Sınıf	6	163	3.13±0.99	<sup>a</sup> F:5.847
	7	127	2.70±1.03	p:0.003**
	8	260	2.96±1.11	
Anne yaşı	25-35 yıl	118	2.86±0.93	<sup>a</sup> F:5.227
	36-40 yıl	240	2.80±1.09	p:0.001**
	41-50 yıl	173	3.21±1.11	
	50 yıl ve üstü	19	2.95±0.91	
Baba yaşı	25-35 yıl	71	2.92±0.82	<sup>a</sup> F:3.432
	36-40 yıl	195	2.77±1.07	p:0.017*
	41-50 yıl	228	3.07±1.11	
	50 yıl ve üstü	56	3.14±1.09	
Anne öğrenim durumu	İlkokul ve altı	155	2.73±0.90	<sup>a</sup> F:9.152
	Ortaokul	90	2.78±1.12	p<0.001**
	Lise	183	2.95±1.09	
	Lisans ve üstü	122	3.35±1.09	
Baba öğrenim durumu	İlkokul ve altı	113	2.72±0.93	<sup>a</sup> F:8.597
	Ortaokul	110	2.80±0.96	p<0.001**
	Lise	194	2.91±1.13	
	Lisans ve üstü	133	3.33±1.09	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	227	3.14±1.08	<sup>b</sup> t:3.569
	Çalışmıyor	323	2.81±1.04	p<0.001**
Gelir düzeyi	Düşük	34	2.68±0.81	<sup>a</sup> F:9.154
	Orta	372	2.85±1.09	p<0.001**
	Yüksek	144	3.26±1.02	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Öğrencilerin sınıflarına göre beslenme tutum anket puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.003). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, 7.sınıf öğrencilerin puanlarının 6.sınıf öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.002). Annelerinin yaşlarına göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 41-50 arası olan öğrencilerin puanlarının 25-35 arası olanlar ile 36-40 yaş arası olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p=0.040; p=0.001). Babalarının yaşlarına göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.022). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının yaşı 36-40 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arası olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p=0.026). Annelerinin öğrenim

durumuna göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesi lisans ve üstü eğitime sahip olan öğrencilerin puanlarının ilkökul ve altı, ortaokul ve lise olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p<0.001$ ;  $p=0.001$ ;  $p=0.006$ ). Babalarının öğrenim durumuna göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babası lisans ve üstü eğitime sahip olan öğrencilerin puanlarının ilkökul ve altı, ortaokul ve lise olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p<0.001$ ;  $p=0.001$ ;  $p=0.002$ ). Annelerinin çalışma durumuna göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Ailelerinin gelir düzeylerine göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, ailesi yüksek gelire sahip öğrencilerin puanlarının düşük ve orta gelirli olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.011$   $p<0.001$ ).

**Tablo 11. Sosyo-Ekonomik Veriler ile Hijyen Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu**

Değişken		n	Hijyen	Test değeri; p
Cinsiyet	Kız	281	4.04±1.34	<sup>b</sup> t:3.065
	Erkek	269	3.70±1.32	p:0.002**

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*\* $p<0.01$

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre hijyen puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.002$ ). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hijyen puanlarının özellikle kız çocuklarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p=0.002$ ).

**Tablo 12. Sosyo-ekonomik Veriler ile Fiziksel Aktivite Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu**

Değişken		n	Fiziksel aktivite	Test değeri; p
Sınıf	6	163	1.45±0.81	<sup>a</sup> F:7.935
	7	127	1.25±0.87	p<0.001**
	8	260	1.12±0.79	
Cinsiyet	Kız	281	1.17±0,78	<sup>b</sup> t:-2.175
	Erkek	269	1.33±0,86	p:0.030*
Baba öğrenim durumu	İlkokul ve altı	113	1.11±0.77	<sup>a</sup> F:3,436
	Ortaokul	110	1.13±0.85	p:0.017*
	Lise	194	1.37±0.83	
	Lisans ve üstü	133	1.30±0.83	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Öğrencilerin sınıflarına göre fiziksel aktivite puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, 6.sınıf öğrencilerin puanlarının 8.sınıf öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001). Cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.030). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Babalarının öğrenim durumuna göre fiziksel aktivite puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.017). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babası lise eğitimine sahip olan öğrencilerin puanlarının ilkokul ve altı olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.046). Fiziksel aktivitede altıncı sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite puanları (p<0.001) diğer sınıflara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanları kızlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,03). Baba öğrenim durumuna göre de babası lise mezunu ve lisans üstü olan öğrencilerde fiziksel aktivite puan ortalamaları (p=0.017) bulunmuştur.

**Tablo 13. Sosyodemografik Veriler ile Kazadan Korunma Anket Soruları Puan Ortalaması Karşılaştırma Tablosu**

Değişken		n	Kaza ve korunma	Test değeri; p
Sınıf	6	163	3.94±1.51	<sup>a</sup> F:16.247
	7	127	3.85±1.45	p<0.001**
	8	260	3.19±1.46	
Cinsiyet	Kız	281	3.91±1.48	<sup>b</sup> t:5.615
	Erkek	269	3.20±1.47	p<0.001**
Anne yaşı	25-35 yıl	118	3.91±1.61	<sup>a</sup> F:3.330
	36-40 yıl	240	3.46±1.50	p:0.019*
	41-50 yıl	173	3.54±1.46	
	50 yıl ve üstü	19	3.00±1.33	
Baba yaşı	25-35 yıl	71	4.11±1.50	<sup>a</sup> F:4.886
	36-40 yıl	195	3.60±1.57	p:0.002**
	41-50 yıl	228	3.46±1.42	
	50 yıl ve üstü	56	3.16±1.56	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	227	3.35±1.55	<sup>b</sup> t:-2.839
	Çalışmıyor	323	3.72±1.47	p:0.005**

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Öğrencilerin sınıflarına göre kazadan korunma puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, 8.sınıf öğrencilerin puanlarının 6. ve 7.sınıf öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001; p<0.001). Cinsiyetlerine göre kaza ve korunma puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Annelerinin yaşlarına göre kaza ve korunma puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.019). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 25-35 arası olan öğrencilerin puanlarının 36-40 arasında olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.049). Annelerinin çalışma durumuna göre kaza ve korunma puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.005). Annesi çalışan öğrencilerin puanlarının annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde (Tablo 14);**

- ✓ **'Sağlığım için yapmam gerekenleri seviyorum.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %58'inin (n=319) katılıyorum,
- ✓ **'Çöplerimi her zaman ayrıştırarak bir çöp kutusuna atarım.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %62'inin (n=341) katılıyorum,
- ✓ **'Alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %70.5'inin (n=388).
- ✓ **'Zamanı gelince aşılarımı olurum.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %78.2'nin (n=430) katılıyorum,
- ✓ **'Biten pilleri her zaman çöp kutusuna atarım.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %71.1'inin (n=391) katılıyorum,
- ✓ **'Hasta değilsem doktora kontrole gitmek istemiyorum.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde %75.6'inin (n=416) ise katılmıyorum,
- ✓ **'Çocuk olarak haklarımı biliyorum.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %94'inin (n=517) ise katılmıyorum,
- ✓ **'Bana hediye olarak sağlıkla ilgili kitap verilmesinden hoşlanırım.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %75.5'inin (n=415) katılıyorum,
- ✓ **'Tehlikeli sokakların aralarında arkadaşlarımla oyun oynamam.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %76.5'inin (n=421) katılıyorum,
- ✓ **'Geri dönüşü dikkate alır, çöplerimi ayrıştırırım.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %76.4'inin (n=420) katılıyorum,
- ✓ **'Vücudumu seviyorum.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %88'inin (n=484) ise katılmıyorum,
- ✓ **'Kendi güvenliğimden sorumlu değilim.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %83.5'inin (n=459) ise katılmıyorum,
- ✓ **'Sadece ekonomik öneme sahip bitki ve hayvanlar koruma altına alınmalıdır.'** ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %71.5'inin (n=393) ise katılmıyorum,

**Tablo 14. Öğrencilerin “Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği” ne Verdiği Yanıtların Dağılımı**

		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1	Sağlığım için yapmam gerekenleri seviyorum.	319 (58)	170 (30.9)	61 (11.1)
2	Çöplerimi her zaman ayırıştırarak bir çöp kutusuna atarım.	341 (62)	178 (32.4)	31 (5.6)
3	Alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor.	388 (70.5)	131 (23.8)	31 (5.6)
4	Zamanı gelince aşlarımı olurum.	430 (78.2)	96 (17.5)	24 (4.4)
5	Biten pilleri her zaman çöp kutusuna atarım.	391 (71.1)	131 (23.8)	28 (5.1)
6	Hasta değilsem doktora kontrole gitmek istemiyorum.	45 (8.2)	89 (16.2)	416 (75.6)
7	Çocuk olarak haklarımı biliyorum.	16 (2.9)	17 (3.1)	517 (94)
8	Bana hediye olarak sağlıkla ilgili kitap verilmesinden hoşlanırım.	415 (75.5)	92 (16.7)	43 (7.8)
9	Tehlikeli sokakların aralarında arkadaşlarımla oyun oynamam.	421 (76.5)	117 (21.3)	12 (2.2)
10	Geri dönüşü dikkate alır, çöplerimi ayırırım.	420 (76.4)	105 (19.1)	25 (4.5)
11	Vücudumu seviyorum.	42 (7.6)	24 (4.4)	484 (88)
12	Kendi güvenliğimden sorumlu değilim.	25 (4.5)	66 (12)	459 (83.5)
13	Sadece ekonomik öneme sahip bitki ve hayvanlar koruma altına alınmalıdır.	104 (18.9)	53 (9.6)	393 (71.5)
14	Çevremdekilerin sağlığına önem vermek hoşuma gidiyor.	490 (89.1)	48 (8.7)	12 (2.2)
15	Spor yapmaktan hoşlanmıyorum.	88 (16)	55 (10)	407 (74)
16	Kişisel bakım ve temizliği kendim yapmayı sevmiyorum.	47 (8.5)	20 (3.6)	483 (87.8)
17	Bazı insanların kendilerini diğerlerinden üstün görmelerine üzülüyorum.	470 (85.5)	51 (9.3)	29 (5.3)
18	Arabaya bindiğimde mutlaka emniyet kemerimi bağlarım.	405 (73.6)	102 (18.5)	43 (7.8)
19	Kendi sağlığıma önem verdiğime inanıyorum.	491 (89.3)	46 (8.4)	13 (2.4)
20	Öğretmenler okulda cinsel eğitim vermemeli çünkü bu konular özeldir.	190 (34.5)	90 (16.4)	270 (49.1)
21	Bir insan bana kaba davrandığında ona aynı şekilde karşılık vermeyem.	394 (71.6)	100 (18.2)	56 (10.2)
22	Aşı olunca hiç hasta olmam.	71 (12.9)	143 (26)	336 (61.1)
23	İnsanların diğer canlılara karşı sorumluluğu yoktur.	51 (9.3)	50 (9.1)	449 (81.6)
24	Trafik kurallarına sadece sürücüler uymak zorundadır.	33 (6)	25 (4.5)	492 (89.5)
25	İnsanların kendi sağlıklarına karşı sorumlulukları vardır.	508 (92.4)	31 (5.6)	11 (2)
26	Derslerde sağlıkla ilgili bilgi verilmesinden hoşlanmıyorum.	50 (9.1)	67 (12.2)	433 (78.7)
27	Sağlıklı olmak için hastalıklardan korunmak gerekir.	83 (15.1)	134 (24.4)	333 (60.5)
28	Dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye bir zararı olmaz.	20 (3.6)	33 (6)	497 (90.4)
29	İnsanların diğer canlılara göre genleri fazladır.	73 (13.3)	133 (24.2)	344 (62.5)
30	Sağlığım ile ilgili bilgileri doktordan öğrenmek hoşuma gider.	82 (14.9)	144 (26.2)	324 (58.9)
31	Ellerimi yıkamaktan hoşlanmıyorum.	25 (4.5)	27 (4.9)	498 (90.5)
32	Sıvı yiyecekler daha hızlı sindirilir.	328 (59.6)	152 (27.6)	70 (12.7)
33	Sağlığımdan annem-babam sorumludur.	65 (11.8)	85 (15.5)	400 (72.7)
34	İkizlerin genleri aynı olduğu için mikroplara karşı bağışıklık sistemleri aynı olur.	74 (13.5)	119 (21.6)	357 (64.9)

- ✓ '**Çevremdekilerin sağlığına önem vermek hoşuma gidiyor.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %89.1'inin (n=490) katılıyorum,
- ✓ '**Spor yapmaktan hoşlanmıyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %74'inin (n=407) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %87.8'inin (n=483) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Bazı insanların kendilerini diğerlerinden üstün görmelerine üzüliyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %85.5'inin (n=470) katılıyorum,
- ✓ '**Arabaya bindiğimde mutlaka emniyet kemerimi bağlarım.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %73.6'inin (n=405) katılıyorum,
- ✓ '**Kendi sağlığıma önem verdiğime inanıyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %89.3'inin (n=491) katılıyorum,
- ✓ '**Öğretmenler okulda cinsel eğitim vermemeli çünkü bu konular özeldir.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %49.1'inin (n=270) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Bir insan bana kaba davrandığında ona aynı şekilde karşılık vermem.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %71.6'inin (n=394) katılıyorum,
- ✓ '**Aşı olunca hiç hasta olmam.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %61.1'inin (n=336) ise katılmıyorum,
- ✓ '**İnsanların diğer canlılara karşı sorumluluğu yoktur.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %81.6'inin (n=449) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Trafik kurallarına sadece sürücüler uymak zorundadır.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %89.5'inin (n=492) ise katılmıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır.
- ✓ '**İnsanların kendi sağlıklarına karşı sorumlulukları vardır.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %92.4'inin (n=508) katılıyorum,
- ✓ '**Derslerde sağlıkla ilgili bilgi verilmesinden hoşlanmıyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %78.7'inin (n=433) ise katılmıyorum, '**Sağlıklı olmak için hastalıklardan korunmak gerekir.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %60.5'inin (n=333) ise katılmıyorum yanıtını
- ✓ '**Dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye bir zararı olmaz.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %90.4'inin (n=497) ise katılmıyorum,

- ✓ '**İnsanların diğer canlılara göre genleri fazladır.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %62.5'inin (n=344) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Sağlığım ile ilgili bilgileri doktordan öğrenmek hoşuma gider.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %58.9'inin (n=324) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Ellerimi yıkamaktan hoşlanmıyorum.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %90.5'inin (n=498) ise katılmıyorum,
- ✓ '**Sıvı yiyecekler daha hızlı sindirilir.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %59.6'inin (n=328) katılıyorum,
- ✓ '**Sağlığmdan annem-babam sorumludur.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %72.7'inin (n=400) ise katılmıyorum,
- ✓ '**İkizlerin genleri aynı olduğu için mikroplara karşı bağışıklık sistemleri aynı olur.**' ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; %64.9'inin (n=357) ise katılmıyorum yanıtını verdikleri görülmüştür.



**Tablo 15. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Sağlık Sorumluluğu” Alt Boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken		n	Sağlık sorumluluğu	Test değeri; p
<b>Cinsiyet</b>	Kız	281	20.20±4.80	<sup>b</sup> t:-2.885
	Erkek	269	21.48±5.64	p:0.004**
<b>Anne yaşı</b>	25-35 yıl	118	21.72±5.80	<sup>a</sup> F:3.180
	36-40 yıl	240	21.21±5.57	p:0.024*
	41-50 yıl	173	19.94±4.45	
	50 yıl ve üstü	19	18.53±2.27	
<b>Baba yaşı</b>	25-35 yıl	71	21.94±5.55	<sup>a</sup> F:7.092
	36-40 yıl	195	21,28±5.71	p<0.001**
	41-50 yıl	228	20.41±4.98	
	50 yıl ve üstü	56	19.54±3.93	
<b>Anne öğrenim durumu</b>	İlkokul ve altı	155	21.51±5.39	<sup>a</sup> F:9.099
	Ortaokul	90	22.32±5.70	p<0.001**
	Lise	183	20.52±5.49	
	Lisans ve üstü	122	19.31±3.84	
<b>Baba öğrenim durumu</b>	İlkokul ve altı	113	22.14±5.61	<sup>a</sup> F:9.099
	Ortaokul	110	21.85±5.59	p<0.001**
	Lise	194	20.69±5.52	
	Lisans ve üstü	133	19.07±3.58	
<b>Anne çalışma durumu</b>	Çalışıyor	227	19.92±4.57	<sup>b</sup> t:-3.410
	Çalışmıyor	323	21.46±5.62	p:0,001**
<b>Gelir düzeyi</b>	Düşük	34	23.56±6.89	<sup>a</sup> F:6.132
	Orta	372	20.86±5.23	p:0.002**
	Yüksek	144	20.08±4.71	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları farklılığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.004). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin annelerinin yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.004). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen

değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 25-35 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arasında olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.026$ ).

Öğrencilerin babalarının yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.024$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının yaşı 50 ve üzeri olan öğrencilerin puanlarının 25-35 arasında ve 36-40 arasında olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.025$ ;  $p=0.049$ ).

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin eğitim durumu ilkökul ve altı olan öğrencilerin puanlarının lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.003$ ). Annesinin eğitimi ortaokul olan öğrencilerin puanlarının eğitim durumu lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.042$ ;  $p<0.001$ ).

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının eğitim durumu ilkökul ve altı olan öğrencilerin puanlarının lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.003$ ). Babasının eğitimi lisansüstü olan öğrencilerin puanlarının eğitim durumu ilkökul ve altı, lise ve lisansüstü olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ;  $p=0.033$ ).

Öğrencilerin annelerinin çalışma durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.001$ ). Annesi çalışan öğrencilerin puanlarının annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık sorumluluğu** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.002$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, gelir durumu düşük olan öğrencilerin puanlarının gelir durumu orta ve yüksek olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.012$ ;  $p=0.002$ ).

**Tablo 16. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Çevre ve Güvenlik Sağlığı” Alt Boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken		n	Çevre ve güvenlik sağlığı	Test değeri; p
Cinsiyet	Kız	281	11.62±3.65	<sup>b</sup> t:2.615
	Erkek	269	12.49±4.16	p:0.009**
Anne yaşı	25-35 yıl	118	12.85±4.15	<sup>a</sup> F:7.078
	36-40 yıl	240	12.45±4.13	p<0.001**
	41-50 yıl	173	11.08±3.30	
	50 yıl ve üstü	19	10.63±3.29	
Baba yaşı	25-35 yıl	71	12.54±3.85	<sup>a</sup> F:6.949
	36-40 yıl	195	12.89±4.31	p<0.001**
	41-50 yıl	228	11.23±3.38	
	50 yıl ve üstü	56	11.79±4.10	
Anne öğrenim durumu	İlkokul ve altı	155	12.72±3.85	<sup>a</sup> F:10.819
	Ortaokul	90	13.52±4.86	p<0.001**
	Lise	183	11.48±3.63	
	Lisans ve üstü	122	10.93±3.16	
Baba öğrenim durumu	İlkokul ve altı	113	13.33±4.17	<sup>a</sup> F:10.905
	Ortaokul	110	12.80±4.14	p<0.001**
	Lise	194	11.72±3.91	
	Lisans ve üstü	133	10.79±3.04	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	227	11.15±3.63	<sup>b</sup> t:-4.546
	Çalışmıyor	323	12.67±4.01	p<0.001**
Gelir düzeyi	Düşük	34	13.21±3.49	<sup>a</sup> F:6.362
	Orta	372	12.29±4.11	p:0.002**
	Yüksek	144	11.12±3.36	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t test <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*\*p<0.01

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0.009). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin annelerinin yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 41-50 arası olan

öğrencilerin puanlarının 25-35 arasında ve 36-40 arasında olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.001$ ;  $p=0.002$ ).

Öğrencilerin babalarının yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının yaşı 41-50 arası olan öğrencilerin puanlarının 36-40 arasında olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin eğitimi ilkokul ve altı olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.019$ ;  $p=0.001$ ). Annesinin eğitimi ortaokul olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ).

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının eğitimi ilkokul ve altı olan öğrencilerin puanlarının babasının eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.003$ ;  $p<0.001$ ). Babasının eğitimi ortaokul olan öğrencilerin puanlarının babasının eğitim durumunun lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

Öğrencilerin annelerinin çalışma durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Annesi çalışan öğrencilerin puanlarının annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.002$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, ailesinin gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin puanlarının ailesinin gelir düzeyi düşük ve orta olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.015$ ;  $p=0.007$ ).

**Tablo 17. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği “Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan” alt boyutu Puanı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken		n	Bütünüyle sağlıklı bir insan	Test değeri; p
<b>Anne yaşı</b>	25-35 yıl	118	13.21±5.28	<sup>a</sup> F:2.750
	36-40 yıl	240	12.89±4.89	p:0.042*
	41-50 yıl	173	11.97±4.56	
	50 yıl ve üstü	19	10.79±4.52	
<b>Anne öğrenim durumu</b>	İlkokul ve altı	155	13.66±5.28	<sup>a</sup> F:6.822
	Ortaokul	90	13.57±5.47	p<0.001**
	Lise	183	11.91±4.47	
	Lisans ve üstü	122	11.57±4.12	
<b>Baba öğrenim durumu</b>	İlkokul ve altı	113	13.73±5.40	<sup>a</sup> F:5.488
	Ortaokul	110	13.19±5,43	p:0.001**
	Lise	194	12.43±4,59	
	Lisans ve üstü	133	11.39±4.06	
<b>Anne çalışma durumu</b>	Çalışıyor	227	11.85±4.54	<sup>b</sup> t:-3.049
	Çalışmıyor	323	13.13±5.06	p:0.002**
<b>Gelir düzeyi</b>	Düşük	34	13.06±4.94	<sup>a</sup> F:3.225
	Orta	372	12.90±5.05	p:0.041*
	Yüksek	144	11.72±4.35	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Öğrencilerin annelerinin yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.042). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 41-50 arası olan öğrencilerin puanlarının 25-35 arasında olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.043).

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin eğitimi ilkokul ve altı olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.006; p=0.002). Annesinin eğitimi

ortaokul olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.046$ ;  $p=0.018$ ).

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının eğitimi lisansüstü olan öğrencilerin puanlarının babasının eğitim durumunun ilkokul ve altı ve ortaokul olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.001$ ;  $p=0.024$ ).

Öğrencilerin annelerinin çalışma durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.002$ ). Annesi çalışan öğrencilerin puanlarının annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.041$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, ailesinin gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin puanlarının ailesinin gelir düzeyi orta olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p=0.041$ ).

**Tablo 18. Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Toplam Puanına ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Değişken		n	ÖSTÖ Toplam	Test değeri; p
Cinsiyet	Kız	281	44.08±8.88	<sup>b</sup> t:3,555
	Erkek	269	46.91±9.83	p<0.001**
Anne yaşı	25-35 yıl	118	47.78±9.22	<sup>a</sup> F:10,027
	36-40 yıl	240	46.55±9.90	p<0,001**
	41-50 yıl	173	42.98±8.49	
	50 yıl ve üstü	19	39.95±6.45	
Baba yaşı	25-35 yıl	71	47.39±8.15	<sup>a</sup> F:6,317
	36-40 yıl	195	47.18±9.88	p<0.001**
	41-50 yıl	228	43.93±9.26	
	50 yıl ve üstü	56	43.27±8.89	
Anne öğrenim durumu	İlkokul ve altı	155	47.88±9.97	<sup>a</sup> F:17,816
	Ortaokul	90	49.41±10.32	p<0.001**
	Lise	183	43.91±8.72	
	Lisans ve üstü	122	41.82±7.08	
Baba öğrenim durumu	İlkokul ve altı	113	49.2±10.63	<sup>a</sup> F:19,014
	Ortaokul	110	47.84±9.78	p<0.001**
	Lise	194	44.84±8.91	
	Lisans ve üstü	133	41.25±6.75	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	227	42.92±8.17	<sup>b</sup> t:-5,438
	Çalışmıyor	323	47.26±9.88	p<0.001**
Gelir düzeyi	Düşük	34	49.82±11.00	<sup>a</sup> F:9,879
	Orta	372	46.05±9.64	p<0.001**
	Yüksek	144	42.92±7.88	

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearsonkorelasyon analizi

\*\*p<0,01

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.001). Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin annelerinin yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin yaşı 25-35 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arasında ve 50 ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; p<0.001; p=0.004). Annesinin

yaşı 36-40 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arasında ve 50 ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.001$ ;  $p=0.017$ ). Diğer yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin babalarının yaşlarına göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının yaşı 25-35 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arasında olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p=0.039$ ). Babasının yaşı 36-40 arası olan öğrencilerin puanlarının 41-50 arasında ve 50 ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.002$ ;  $p=0.035$ ).

Öğrencilerin annelerinin öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, annesinin eğitimi ilkokul ve altı olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ). Annesinin eğitimi ortaokul olan öğrencilerin puanlarının annesinin eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ).

Öğrencilerin babalarının öğrenim durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda, babasının eğitimi ilkokul ve altı olan öğrencilerin puanlarının babasının eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p<0.001$ ;  $p<0.001$ ). Babasının eğitimi ortaokul olan öğrencilerin puanlarının babasının eğitim durumunun lise ve lisansüstü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.033$ ;  $p<0.001$ ). Diğer eğitim grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin annelerinin çalışma durumuna göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Annesi çalışan öğrencilerin puanlarının annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Bonferroni düzeltmesi kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler



sonucunda, ailesinin gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin puanlarının ailesinin gelir düzeyi düşük ve orta olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p<0.001$ ;  $p=0.002$ ).

**Tablo 19. Okulların Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Anket Puanlarının Karşılaştırılması**

	Okulların Sosyo-Ekonomik Düzeyi		Test Değeri	<sup>b</sup> p
	İyi (n=270)	Kötü(n=280)		
	Ort±Ss	Ort±Ss		
Beslenme	3.21±1.07	2.70±1.00	<sup>b</sup> t:-4.201	$p<0.001^{**}$
Hijyen	3.92±1.33	3.83±1.35	<sup>b</sup> t:-0.256	0.798
Fiziksel Aktivite	1.28±0.84	1.22±0.82	<sup>b</sup> t:-1.242	0.215
Kaza Korunma	3.38±1.45	3.74±1.56	<sup>b</sup> t:1.682	0.093
<b>Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği</b>				
Sağlık sorumluluğu	19.23±3.78	22.37±5.99	<sup>b</sup> t:9.316	$p<0.001^{**}$
Çevre ve güvenlik sağlığı	10.50±2.77	13.53±4.29	<sup>b</sup> t:7.527	$p<0.001^{**}$
Bütünüyle sağlıklı bir insan	11.54±4.18	13.62±5.29	<sup>b</sup> t:5.666	$p<0.001^{**}$
Toplam Puan	41.27±6.49	49.51±10.08	<sup>b</sup> t:11.712	$p<0.001^{**}$

<sup>a</sup>Tek yönlü varyans analizi <sup>b</sup>Bağımsız gruplar t testi <sup>c</sup>Pearson korelasyon analizi

\*\* $p<0,01$

Öğrencilerin okudukları okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre beslenme puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre hijyen puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Öğrencilerin okudukları okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre fiziksel aktivite puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Öğrencilerin okudukları okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre kaza korunma puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin okudukları okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık Sorumluluğu** alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik

düzeyi yüksek olan okulda öğrenim gören öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Çevre ve Güvenlik Sağlığı** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin okudukları okulların sosyo-ekonomik düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin okudukları okulların Sosyo-ekonomik düzeylerine göre **Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği toplam** puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmada elde edilen Sosyo-ekonomik veriler, ölçek genel ve alt grup verileri ve araştırma soruları tartışılacaktır.

### 5.1. Öğrencilerin Beslenmeye İlişkin Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde; Süzek ve ark yaptığı (2005) araştırmada anne BKI, yaşının, aile gelir düzeylerinde çocukların beslenme tarzında önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (96). Kutlu ve ark. (2009) yaptığı araştırmada annelerin %32.2 sinin üniversite mezunu, %24.9 unun lise, %31.7 sının ilkokul mezunu olduğu ve %22.4 nün memur olduğu saptanmıştır (97). Bizim çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmıştır. Turan ve ark. (2009) çalışmada annelerin büyük çoğunluğunun sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında annelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu ve çocukların beslenmesin de eğitim durumunun etkilediği belirlenmiştir. Anne ve babaların genetik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzları çocukların BKI değerleri ile ebeveynlerin BKI arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (32). Savaşan ve ark. (2015) yılında yaptığı çalışmada anne babalarının gelir düzeyi fazla olan ailelerin çocuklarında kilolu olma ve obezite olma riski daha yüksek düzeyde saptanmıştır (98). Erdem ve ark. (2017) yaptığı çalışmada sosyoekonomik duruma göre ebeveynlerin BKI arttıkça çocuklarında BKI arttığı belirlenmiştir (99). Kaya (2008) Edirne de İlköğretim öğrencileri ile yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (100). Anne ve babaların eğitim düzeyinin yükselmesi ebeveynlerin sağlık bilgisine ulaşması ve anlamasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Bu araştırmaya katılan öğrencilerin %63.3'ü (n=348) günde 1-2 öğün beslenmekte olup, %46.4'ü (n=255) her zaman kahvaltı yaparken, %71.6'sı (n=394) açıkta satılan ürünleri bazen tüketmekte, %60.9'unun (n=335) hafta 1-2 kez fast food yemekte, %36.5'i (n=201) tuzlu ve şekerli besinleri sıklıkla tüketmektedir (Tablo 6). Alanyazın paralelinde edinilen bilgi ile paralel sonuçlar bulunmuştur. Anne babanın eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzeyi ve beslenme tarzının ailede çocuklara doğru bilgileri aktararak olumlu sağlık davranışı kazandırdığı düşünülmüştür.

Kutlu ve Çivi'nin (2009) ilköğretim öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarına ilişkin çalışmalarında, öğrencilerin %88'nin şeker çikolata,%71.7 'sinin cips- patates kızartması ve %40.4 kola tükettiği belirlenmiştir (97). Rakıcıoğlu ve ark. (2000) ise öğrencilerinin %32.8' nin şeker ve çikolata, %15,4 'nün cips, kraker ve %59' nun kolalı içecekler tükettiği saptanmıştır (101). Turan ve ark. (2009) lise öğrencilerinin %23.3 'nün düzenli kahvaltı yaptığı belirlenmiştir(32). Özmen ve ark. (2007) lise öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin her gün düzenli kahvaltı yapma oranı %66 olarak saptanmıştır (102). Demirezen ve Coşansu (2005) yaptığı çalışmada da adolesanların tamamının fast-food tükettiği ve öğün atlama gibi riskli beslenme davranışlarında olduğu belirlenmiştir (54). Bebiş ve ark (2015) yaptığı çalışmada adolesanların % 89.4'ünün fast-food tüketim alışkanlığı olduğu saptanmıştır (104). Alper ve ark. (2017)'e göre yaptığı çalışmada öğrencilerin beslenme profili verilerine göre kız ve erkek öğrencilerin beslenme profili bakımından orta dereceli risk grubunda oldukları bulunmuş, 18 yaşına geldiklerinde beslenme tercihlerinin değiştiği, daha fazla şekerli ve yağlı yiyeceklerle birlikte patates kızartması, hamburger vb. yiyecekleri daha fazla tükettikleri, buna karşın sağlıklı yiyecek grubunu daha az tükettikleri saptanmıştır (105). Uğur U. (2018) yılında lisedeki öğrenci grubu ile yaptığı çalışmada özellikle fast food tüketiminin sağlıklı olmadığını düşünenlerin önemli bir kısmının (% 61.0) haftada en az 3-4 kez fast food tükettiği, fast food tüketiminin sağlıklı olup olmadığı konusunda bilgisi olmayanların da %53.0 gibi önemli bir kısmının haftada en az 3-4 kez fast food tüketmekte olduğu belirlenmiştir (106). Bu araştırmada elde edilen anket bulgularına göre alan yazın ile paralellik göstermekte olup öğrencilerin sağlıklı beslenme, kahvaltı yapma konusunda ortalama bilgi düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Günün önemli bir öğünü olan kahvaltı fiziksel büyüme ve gelişmenin yanı sıra okul başarısı içinde önemlidir. Ayrıca çocuğun gün içerisinde besleyici olmayan besinlere yönelme olasılığını engellemekte ve okul başarısını arttırmaktadır.

İlköğretim öğrencilerinde şeker, cips, kola gibi abur-cubur fast food tüketimi gün geçtikçe yaygınlaşmakta ve çocuk sağlığını obezite yönünde tehdit etmektedir (106).

Bu çocukların yarısından fazlasının haftada bir iki bu tarz beslenmeyi sevdiği ve tercih etmekte olduğu görülmüştür. Günümüz toplumunda çocukların bunu talep etmesinin yanı sıra evde tencere yemeği alışkanlığı ve becerisinin gün geçtikçe azalması, annelerin çalışmasına bağlı çabuk yemek hazırlayamadığı durumlarda dışarıda beslenmeye yönelmesi ve çocuğun sosyalleşme süreci içerisinde yemek yemeyi bir ortak paylaşım süreci olarak kullanması fast food beslenme tarzına yatkınlığını artırdığı düşünülmüştür.

Öğrencilerin beslenme puanlarının anne yaşı, baba yaşı, annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu, annenin çalışma durumu, gelir düzeyinden anlamlı düzeyde etkilendiği belirlenmiştir. Anne ve baba yaşı arttıkça beslenme puan ortalaması yükselmektedir ( $p=0.001$ ). Anne ve baba öğrenim durumu yükseldikçe (lisans ve lisans üstü) öğrencilerin beslenme puanları da yükselmektedir ( $p<0.001$ ). Çalışan annelerin çocuklarının beslenme puanlarının çalışmayan annelerinkine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Gelir düzeyi yüksek oranlarda beslenme puanı yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 10).

Anne baba yaşı arttıkça beslenmeye ilişkin deneyim ve bilginin arttığı, anne baba öğrenim durumu yükseldikçe beslenmeye ilişkin bilginin arttığı, çalışan annelerin belirli bir düzen içerisinde hayatlarını devam ettirme mecburiyetinden dolayı yemek hazırlama ve çocuğa yemek bırakma konusunda daha düzenli olduğu ve çocuğun beslenmesine daha çok dikkat ettiği düşünülmektedir. Gelir düzeyi alım gücünü doğrudan etkileyen bir faktör olduğu için sosyoekonomik düzeyi yüksek olan grupta beslenme puanlarının daha yüksek olması beklenen sonuçtur.

## **5.2. Öğrencilerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Algısına İlişkin**

### **Bulguların Tartışılması**

Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma algısına ilişkin sorularda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde büyük bir oranda (%79.5) çevresinde sigara içen kişilerin bulunduğu %23.6 'sının ise alkol kullanan aile fertleriyle bir arada yaşadığını ifade etmiştir. Çok büyük bir çoğunluğu %96.2 sigara ve alkol kullanmanın zararlarını bildiği saptanmıştır (Tablo 5).

İnan ve Yıldız'ın (2006) araştırmada aile bireylerinin sigara içme durumu incelenmiş ve çocukların % 90.9'unun evinde bir yada birkaç aile büyüğünün sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen aile bireyleri arasında % 35.4'le babaların 1. sırada yer aldığı belirlenmiştir. Anne ve babanın her ikisinin sigara içme oranı % 26.8 ile 2. sırada yer alırken kardeşlerin sigara içme oranı ise % 9.8 olduğu saptanmıştır (107). TUIK 2013 verilerine göre hanelerin 2012 yılında %54.8'i sigara, tütün, puro içme alışkanlığı olan en az bir ferde sahipti. Bu hanelerin %34.9'unda ise en az bir ocuk bulunmakta ve bu çocuklar sigara dumanına maruz kalmaktadır (108). Çocuklarda anne babanın rol model olarak alınması, anne babaya duyulan hayranlık ile özdeşleşme sonucunda sigara kullanma davranışı görülebilmektedir. ocuk ve gençler tarafından zararlı ve bağımlılık yaptığı bilinen maddeleri kullana birey sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Ergenlik dönemi içerisinde yer alan gençlerin, ortaöğretim hayatlarında bağımlılık yapıcı maddeler ile tanışma riski diğer zamanlara oranla daha fazladır. Erdamar ve Kurupınar (2014) araştırmada % 21.1'i babasının, % 13.9'u annesinin, % 7.7'si ağabeyinin, % 3.9'u ablasının ve % 4.9'u kardeşinin sigara kullandığını saptanmıştır (109). Turhan ve ark. (2011) babasında ve kardeşinde sigara ve alkol kullanım öyküsü bulunanlarda sigara ve alkol kullanımı olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (110). Sayan ve ark. (2001) ilköğretim ğrencilerinin arkadaş çevresinde sigara içenlerin %9.0 ve çoğunluğunun ailesinde (%77.0) sigara içen bireylerin olduğu sonucuna varılmıştır (42). Karatay ve Kubilay (2014) göre ailede sigara kullanan bireylerin olması öğrencilerin sigara kullanma oranını etkilemektedir (111). Günümüzde ocuklarda sigara, alkol ve madde kullanımını özenme, deneme ya da kullanmaya ilişkin araştırmaların sonuçları konunun ocuk sağlığında risk oluşturan bir hale geldiğini göstermektedir. Alkol ve sigara kullanımı öğrenilmiş bir davranıştır ve çocuğun çevresinde gördüğü rol model çerçevesinde tekrarlamaya olasılığı yükselmektedir. Ayrıca akranlarının düşüncelerine fazlasıyla önem veren ergenlik dönemi çocuğu için bir özenti ve kendini kanıtlama yolu olarak sigara ve madde kullanımına yöneldiği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmada elde edilen bulguların alan yazına benzer nitelikte olduğu saptanmıştır. Yüncü ve ark (2006) maddeyi ilk kullanma yaşları 13 olarak, sigaraya başlama yaşı ise 12 olarak bulunmuştur. Sigaraya ve maddeye en sık başlama yaşının 14 olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda son yıllarda hızla madde kullanım yaşının gerilediğini göstermektedir. Bundan dolayı ilköğretim öğrencilerde madde kullanımının engellenmesi için ve öğrencilerde farkındalık oluşturabilmek adına

madde kullanımını önleme çalışmaları ve eğitime başlanması gerekli olduğu düşünülmüştür.

### 5.3. Öğrencilerin Hijyen Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hijyen özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde öğrencilerin yine ortalamada bir puan aldıkları ( $3.87 \pm 1.34$ ) %68'nin haftada 2-3 kez banyo yaptığı, %50.7 'sinin haftada bir kez tırnak kestiği, %81.3 'nün yemekten sonra ve %90.9 'nun tuvaletten çıktıktan sonra ve %83.1'nin eve ilk geldiğinde ellerini yıkadığı, %55.6'sının her gün çamaşırlarını değiştirdiği, %79.1 'nin her gün çoraplarını değiştirdiği, %68.7 'nin günde 1-2 defa dişlerini fırçaladığı, %68'nin sadece diş ağrıda diş hekimine gittiği, %82.5 'dişlerinin çürümemesi için dişlerini fırçalamalarının bildiği belirlenmiştir (Tablo 7). Vücut sağlığı için ağız ve diş sağlığı önemli bir unsurdur. Önsüz ve Hıdıroğlu (2008) İstanbul' da yaptığı araştırma da diş fırçalama oranları %80.5 bulunmuştur (63). Pelen ve Günay (2013) yaptığı çalışmada öğrencilerin %70.8 'inin günde birden fazla diş fırçaladığı, Arat (2013) çalışmada öğrencilerin %80.6 sınıfın dişlerini fırçaladığı bulunmuştur (35, 112). Güleç ve ark. (2000) ise farklı sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ilçedeki iki okuldaki öğrencilerin en fazla tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkadıkları belirlenmiştir (113). Şimşek (2010) çalışmada erkek öğrencilerin %61.5 'nin haftada bir-iki kez kız öğrencilerin haftada 3-6 kez banyo yaptıkları belirlenmiştir (61). Alan yazını ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Kaya ve ark.(2006) çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla daha sık banyo yaptıkları saptanmıştır (59). Araştırmada kız çocuklarının hijyen puanı erkek çocuklarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Kız çocuklarının erkek çocuklara göre yapı itibarıyla daha titiz daha temizliğe düşkün olması ve çoğu zamanda anneyi rol model alıyor olması hijyen puanının yüksek olmasının nedeni olduğu düşünülmektedir. Erkek çocuklarının daha sokakta oynama ağırlıklı bir tutum sergilemesi, daha fazla terlemesi, bu yaş grubu çocuğunun erkek cinsiyetinin daha sallapati ve hijyeni davranışlar konusunda vurdu duymaz davranması hijyenik puan almasının nedeni olarak düşünülmüştür.

#### 5.4. Öğrencilerin Fiziksel Aktiviteye-Dinlenmeye İlişkin Bulguların Tartışılması

Fiziksel aktiviteye baktığımızda ortalamada bir puan elde ettikleri (1.24±0.83) belirlenmiştir. Öğrencilerin yarısından fazlasının spor yaptığı (%54.5); %20 'sinin her gün bilgisayar kullandığı, %29.6'sının oyun, %15.8'nin ise diğer amaçlar için bilgisayarı kullandığı saptanmıştır. %30'nun 3-4 saat, %23 'nün ise 5 saatin üzerinde televizyon izlediği belirlenmiştir (Tablo 8).

Strauss ve ark (2011) yaptığı çalışmada 10-16 yaş arası çocuklarda kızlarda fiziksel aktivite düzeyinin önemli oranda azaldığı görülmektedir (114). Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (2010) verilerine göre 6-8 yaş arası çocukların %65 i, 9-11 yaş grubu çocukların %52.7 si, 12-14 yaş ergenlerin %56.7si hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır (115). Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2012) verilerine göre, 10-24 yaş arası çocukların ve gençlerin büyük çoğunluğunun tatil günlerini 1/3, okul günlerinin ise 3 yada daha fazla saat süresini bilgisayar ve oyun oynayarak, televizyon izleyerek geçirdiği belirlenmiştir (116). Yine bu çalışmada öğrencilerin %20.2 sinin her gün bilgisayar kullandığı ve %30.9 unun haftada 3-4 saatte fazla televizyon ve bilgisayar kullandığı belirlenmiştir. Günümüz toplumunda televizyon, bilgisayar, telefon gibi teknolojik aletlerin çocuklar tarafından sık aralıklı ve uzun süre kullanılması fiziksel aktivite düzeyinin azalarak sedanter aktivitelerin artmasına neden olarak gösterilmektedir. Sedanter aktivite düzeyinin artması bki artışını beraberinde getirmekte ve çocukların gün geçtikçe yaşa uygun normal boy kilo dengesinden çıkarak kilo alma, aşırı kilo alma ve obezite riskleriyle karşı karşıya kalmaya neden olmaktadır (117).

Uyku süreleri %43.3'ü (n=238) 9-10 saat iken %41.3'ü (n=227) ise 10 saatten fazladır. Bilgisayar kullanma sıklıkları %20.2'si (n=111) her gün, %28.2'si (n=155) haftada bir kez, %18.7'si (n=103) haftada 2 ve daha fazla kez olarak belirlenmiştir. Bilgisayar kullanma amaçları sorulduğunda %54.5'i (n=300) bilgisayarı ders, %29.6'sı (n=163) oyun ve %15.8'i (n=87) diğer amaçlar için kullandığı ifade etmiştir. Haftalık televizyon izleme süreleri incelendiğinde %30.9'unun (n=170) 3-4 saat ve %23.8'i (n=131) ise 5 saat ve üzeri vakit geçirdiği tespit edilmiştir. tamamına yakınının 9-10 saat uyuduğu belirlenmiştir (Tablo 8). Topçu ve Büyük (2015) çocuklarının günlük TV izleme sürelerinin 1-2 saat



olduğunu, bilgisayar, internet başında geçirdiği sürenin 1-2 saat olduğunu saptamışlardır (118). Çetin ve Özbıçakcı (2012) ilköğretim öğrencileri ile İzmir ilinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin hafta içi 9 saat hafta sonu 10.30 saat uyudukları belirlenmiştir (119). Yoshimatsu ve ark. (2004) Japonya’da yaptığı araştırmada öğrencilerin hafta içi ve hafta sonu 9 saat uyudukları belirlenmiştir (120). Alan yazın incelendiğinde bu araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ergenlik döneminde günlük uyku ihtiyacı 8.5-9.5 saat olup çocuk ve erişkinlerden daha fazla olduğu yapılan araştırmalarda belirlenmiştir (121). Teknolojinin hızla ilerlemesi ile çocuk ve ergenlerin teknolojiyi aktif biçimde kullandıkları bilinmektedir. Arslan ve ark (2014) araştırmasında belirtmiş olduğu TÜİK (2011) verilerine göre, bilgisayar ve internet kullanım oranının en yüksek olduğu yaş grubunun 16-24 yaş gurubu olduğu (% 65.8), internet kullanan bireylerin ise %90’ının interneti düzenli olarak kullandıkları bildirilmiştir (122). Akbulut ‘un aktardığı Kuzu ve ark. (2008) yaptıkları araştırmada, çocukların internet kullanım süre ve sıklıkları ile iletişim amaçlı internet kullanımı arasında önemli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (78). Avrupa Çevrimiçi Çocuklar Projesi’nin Türkiye ile ilgili bulgularında ise projeye katılan 9-16 yaş arasındaki çocukların internet kullanmaya 10 yaş civarında başladıkları ve günde ortalama 1-1.5 saat internet kullandıkları görülmüştür. İnternetin en çok okul ile ilgili işler için kullanıldığı (% 92.0), öte yandan oyun oynamak (% 49.0), haberleri takip etmek (% 40.0), eğlence ve video klip izlemek (% 59.0), müzik ya da film indirmek (% 40.0), akranlar ile sosyal ağlarda paylaşımda bulunmak (% 48.0) gibi etkinliklerin de yaygın olduğu saptanmıştır (78). Benzer amaçlı yapılan diğer uluslararası araştırmalar incelendiğinde ergen grup çocuklarda internetin daha çok güncel gelişmeleri ve magazin haberlerini takip etme, müzik dinleme, oyun oynama, sohbet etme gibi amaçlarla birincil düzeyde kullanıldığı, bilgi arama ya da okul ile ilgili faaliyetlerin ikincil amaç çerçevesinde yer aldığı belirlenmiştir (78, 123). İnternetin yararları yanında zararlarını da göz önünde almak gerekmektedir. Çocukların ve ergenlerin interneti bilinçsizce ve sürekli kullanması fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemekte yanı sıra sosyal etkileşim problemlerine neden olmaktadır. Ebeveynlerin konuya ilişkin farkındalık geliştirmesini ve çocuğun kendi iç kontrolünü geliştirmesi için bilinçlendirilmesini sağlamak bilinçli internet kullanımının temel kuralları olduğu düşünülmektedir.

Çocuğun bilişsel büyüme ve gelişme süreci içerisinde televizyonun katkıları ve zararları olabilmektedir. Bilgilerin ve çevresel uyaranların çocuğun ayağına kadar geldiği televizyon karşısında geçirilen süre ve izlenen programın niteliği ile doğru orantılı olarak çocuk üzerindeki etki düzeyi değişmektedir. Eğitici ve öğretici yayımlar çocuğun öğrenme sürecini olumlu yönde etkilerken, 13 yaş üstü ve şiddet içerikli programlar çocukta anksiyete bozukluğu, şiddet eğilimi ve davranışsal problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (124, 125). Yapılan bazı araştırmalara göre, gelişmiş ülkelerde çocukların %30'u her gün en az üç saat 28 dakika televizyon izliyor, iki yaşında televizyonu açıp kapatabiliyorlar, çocuklar orta öğrenimleri süresince 12 bin saat okulda, 15 bin saati de televizyon önünde geçirmekte oldukları görülmüştür. Genç ve Güner (2008) yılında ilköğretim öğrencileri ile katılımcıların %31.9' nun günde ortalama 2-3 saat, %24.8 ise ortalama 1-2 saat televizyon izlediği belirlenmiştir (126).

Çelebioğlu ve Karaaslan (2018) çalışmasında erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanı kız öğrencilerden fazla bulunmuştur (127). Bu çalışmada öğrencilerin sınıflarına göre fiziksel aktivite puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanları kızlara göre daha yüksek olduğu, babası lise eğitime sahip olan öğrencilerin puanlarının ilköğretim ve altı olanlardan fiziksel olarak daha aktif olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Erkek cinsiyet ve kızlara göre her zaman daha aktif ve hareketlidir. Futbol, basketbol gibi takım sporlarının yanı sıra arkadaşları arasında koşma atlama gibi faaliyetlerde erkekler kızlara göre daha baskındır. 4+4+4 sistemine göre 5. sınıf ilköğretim 2 kademenin başlangıcı görülse de 5. sınıftaki öğrencinin (9-10yaş) fiziksel bilişsel ve sosyal yapısı hala ilköğretim 1. Kademe seviyesinde olup özellikle bu erkek öğrencilerde 6. sınıfın sonuna kadar devam etmektedir. Baba öğrenim durumu lise lisans üstü olan grupta planlı bir spor faaliyeti (spor okuluna gönderme, bir spor kulübünde spor yaptırma) gerçekleştirme konusunda babaların daha aktif ve duyarlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bulgularımız arasında olmamakla birlikte lise ve lisan üstü eğitimi olan babaların zaman açısından daha elverişli bir işte çalışma ihtimallerinden dolayı (memur, öğretmen, doktor...) çocuklarına fiziksel aktivite için daha fazla zaman ayırabildiği düşünülmektedir.

2017 yılında Amerikan gençlerinde riskli davranış araştırma sonucuna göre fiziksel aktivitenin azalması çocuklarda ve gençlerde klinik olmayan depresyon, üzüntü, anksiyete ve geçici duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (128). Özellikle ön ergenlik dönemine geçiş sürecinde 11-16 yaş dönemindeki çocuklarda bu tarz duygu durum değişiklikleri günlük rutin işlemlerinin yapılmasına %20 oranında engel olmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite azlığının 11-16 yaş grubu ergenlerde dikkat eksikliği, bedensel yakınmalarda artış, baş ağrısı, sinirlilik, mutsuzluk okul başarısızlığı, yaşlıları ile anlaşamama, içe kapanma gibi sorunlara yol açtığı belirlenmiştir (129). Fiziksel aktivite desteklenmesinde ailenin farkındalık düzeyi önemli bir etkidir. Fiziksel aktivitenin beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktif kabul eden ve kendileri ve çocukları için aktif bir yaşam stilini belirleyen ailelerde çocuğun herhangi bir spor faaliyetlerine (futbol, basketbol, yüzme, dans, bale...) yönlendirmesi daha kolay olmaktadır. Ayrıca aile katılım programları ile destekler faaliyetlerde çocukların fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (130, 131). Bu çalışmada erkek çocukların fiziksel aktivite düzeyinin daha yüksekte olmanın babalarının rol model olmasından kaynaklandığı varsayılmaktadır.

## **5.5. Öğrencilerin Kazalardan Korunma Durumuna İlişkin Bulguların**

### **Tartışılması**

Öğrencilerin %30.7'si (n=169) kaza geçirmiştir ve %79.1'i (n=435) sadece ön koltukta otururken emniyet kemeri kullanmaktadır. Hiç emniyet kemeri kullanmam diyen öğrencilerin oranı %14.7'si (n=81) olarak bulunmuştur. Bisiklet kullanırken alınan önlemlere bakıldığında sadece %11.6'sı (n=64) bisiklet kullanırken her zaman kask taktığını ve %22.4'ü (n=123) sadece bisiklet yolunda bisiklet kullandığı saptanmıştır. Yarısı (%50.4'ü) karşıdan karşıya geçerken daima üst geçit ya da yaya geçidini kullanmaktadır. Çevre bilinci ile ilgili sorulara %93.6'sı (n=515) “çevremizi güzelleştirmek için çöpleri çöp kutusuna atarım”, %92.7'si (n=510) “evimizin önünü temiz tutmamız gerekir”, %95.8'si (n=527) “doğayı kirletmememiz gerekir” yanıtlarını vermişlerdir. Kazaya maruz kalma/korunma puanları ortalamadadır (3.56±1.52). Öğrencilerin yarısı %50.4 ü karşıdan karşıya geçerken üst geçit/yaya geçidini kullanmaktadır. Tamamına yakını çevre bilincine ilişkin sorulara olumlu yanıt vermiştir (çevremizi güzelleştirmek için çöpleri çöp

kutusunda atarım, doğayı kirletmememiz gerekir, evimizin önünü temiz tutarım.....gibi) (Tablo 9).

Sönmez ve ark. (2001) çalışmada 7-12 yaş grubu çocukların kazadan korunma davranışlarına göre dağılımı incelendiğinde %59.3 'nün her zaman arabada emniyet kemeri taktığı, %73.7 sinin her zaman karşıdan karşıya geçerken yaya geçidini kullandığı, %66.4 'nün her zaman bisiklete güvenlik kurallarına uyduğu belirlenmiştir (132).

Şahiner ve ark. (2011) 5-14 yaş arasında herhangi bir kazaya maruz kalan katılımcıların oranı %12.7, 15-24 yaş arasındaki herhangi bir kazaya maruz kalan katılımcıların oranı %10.6 dır (133). Bu çalışmada altıncı sınıfa devam eden 11 yaş grubu öğrencilerin kazalara maruz kalma ve kazalardan korunma puan ortalaması diğer sınıflara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Kız cinsiyetin ( $p < 0.001$ ) kazalardan korunma puanı annesi 25-35 yaş puanı olanların ( $p = 0.019$ ), babası 25-35 yaş arasında olanların ( $p = 0.002$ ) annesi çalışmayanların ( $p = 0.05$ ) kazaya maruz kalma ve kazadan korunma puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Altıncı sınıf öğrencilerinin (11 yaş ) 12-13-14 yaş gruplarına göre küçük olmasını kızların ise daha narin ve incinebilir olmasında kaza maruziyetinde etkili olduğu düşünülmüştür. Bunun yanı sıra kızların ve yaşça küçük olan grubu (beş sınıfların) ve kızların ebeveynleri, öğretmenleri, okul yönetimi tarafından fazla korunma altına almalarının kazadan korunmayı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Anne baba yaşının küçük olması kaza mazuriyetini olumsuz yönde etkilerken, kazadan korunmayı olumlu yönde etkileyebilir. Şöyle ki genç anne-babalar çocuk yetiştirme konusunda daha tedbirsiz, daha korumasız ve cesaretli hareket edebilirler (Çocuğu ön koltukta seyahat ettirme, emniyet kemeri kullandırmama, bisiklet kullanırken kask takmaya mecbur bırakmama....).

Sahiner ve ark. (2011) kaza nedenlerine bakıldığında, %12.8 in düşme, %7.6 sının çarpma ve %28.6' sının kesi nedeniyle kaza nedeniyle maruz kaldığını, %82.2 sinin bahçede, %8.9 unun ise merdiven otopark gibi alanlarda kaza geçirdiği belirlenmiştir.Yine aynı çalışmada, anne- baba eğitim düzeyi düşük ve 25-44 yaş

arası annelerin çocuklarında ev kazaları görülme oranı yüksek çıkmıştır (133). İnanç ve ark. (2008) çalışmada anne ve baba eğitim düzeyindeki düşüklüğün ve anne-baba yaşının küçük olmasının çocuklarda kaza geçirme oranı yüksek olduğu belirlenmiştir (134). Anne yaşı küçük olanlar ve anne eğitimi düşük olan grupta kazaların daha sık görülme nedeni çocukların kazalara yönelik önlemlere yeterli farkındalığın olmaması kazaların önlenmesine yönelik önlemlere yeterli farkındalığın olmaması, kazaların önlenmesine yönelik güvenlik önlemlerinin alınmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmadan elde bulgular alan yazına paralel niteliktedir.

## **5.6. “Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği” Genel Ve Alt Grup Bulguların Tartışılması**

### **5.6.1. “Sağlık Sorumluluğu” alt boyutu bulgularının tartışılması**

Sağlık sorumluluğu alt boyutu çocuğun bedenine, kendi sağlığına çevresindeki insanların sağlığın ve uyması gereken kurallara ilişkin sorumlulukları yansıtan maddelerden oluşmuştur. Bu çerçevede bakıldığında öğrencilerde kız cinsiyetinden ( $p=0.004$ ) olanların, anne yaşı ( $p=0.02$ ), baba yaşı ( $p<0.001$ ) 25-35 yaş aralığında olanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan orta anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 18).

Araştırmanın sosyo-demografik bulgularının karşılaştırılmasında elde edilen bulguların anne öğrenim durumu ( $p< 0.001$ ), baba öğrenim durumu ( $p< 0.001$ ), anne çalışma durumu ( $p:0.001$ ), gelir düzeyi ( $p=0.002$ ) düştükçe sağlık sorumluluğu alt boyut puanı anlamlı olarak yükselmektedir. Kız öğrencilerin puanlarının erkek öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Pelen ve Gunay (2012) dört ve sekizinci sınıfta okuyan ilköğretim öğrencileri ile sağlık bilinci konusunda yaptıkları çalışmada baba öğrenim durumu lise ve üzeri olanların farkındalığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (35).

Bu çalışmada baba öğrenim durumunun sağlık davranışı geliştirmede daha etkili olduğu bulunmuştur. Elde edilen araştırmanın baba eğitim sonucu ile örtüşür

düzeyde olup ataerkil toplum yapısı içerisinde baba otoritesinin çocuk gelişimine katkısı olduğunun bir göstergesi olduğu düşünülmüştür.

Yine Pelen ve Gunay (2013) çalışmasında ailelerin ekonomik durumlarının ve aile ekonomik düzeyinin sağlık davranışının gelişmesinde kontrol grubuna göre fark yaratmadığı, eğitimin aktif olarak istatistiksel farkı oluşturduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada alan yazının zıttına sosyoekonomik durumun sağlık davranışını etkilediği anne eğitim düzeyinde de ilkokul düzeyinde eğitim almış annelerin çocuklarının sağlık davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (35).

Al-shookri ve ark (2011) Omanili çocuklar ile yaptığı çalışmada annelerin beslenme konusunda bilgi ve davranış desteğine ihtiyacının olduğu sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada babaların eğitim düzeyleri çoğunlukla lise seviyesinde olup annelerin ilkokul ortaokul arasında eğitim aldıkları saptanmıştır. Annelerin büyük bölümünün dengeli ve sağlıklı beslenme konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Çocuk beslenmesinde babanın eğitim düzeyi ne olursa olsun annelerin eğitim düzeyi düştükçe çocuğun beslenme tutum ve davranışlarının kötüleştiği belirlenmiştir (135). Bu araştırmada da alan yazımı destekler bir sonuç elde edilmiş olup annenin çocuğu ile daha fazla vakit geçirmesinin, farklı besin maddelerini farklı şekillerde sunarak çocuğunun beslenmesini desteklemesinin, özellikle çalışmayan annelerin tencere yemeği yapma yolu ile çocuğun dengeli ve sağlıklı beslenmesine sağlamlasının çocuğun sağlık davranışını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Günümüzde değişen beslenme alışkanlıkları çocukluk çağı obezitesini yaygın bir sorun olarak önümüze getirmektedir. Özellikle kentsel bölgede yaşayan yüksek sosyoekonomik düzeyi yüksek ailelerinin çocuklarında aşırı beslenme içeriğindeki doymuş yağ seker ve rafine besin tüketiminin artması ve egzersizin azalarak daha sedanter bir yaşam tarzının belirlenmesi çocuklarda obezitenin epidemik olarak yayılmasında neden olmaktadır (136). Bu çalışmada da sosyoekonomik düzeyi kötü olan ailelerin çocuklarının beslenme konusunda sorun yaşadığı belirlenmiştir. Gelir düzeyi ile doğrudan ilişkili olan bu durum ailenin beslenmenin sağlık bilinci üzerindeki etkileri konusunda yeteri kadar bilgi sahibini olmadığını düşündürmüştür.

## 5.6.2. “Çevre ve güvenlik sağlığı” alt boyutu bulgularının tartışılması

Öğrencilerin Çevre ve Güvenlik Sağlığı alt boyut puan ortalaması değerlendirildiğinde erkek cinsiyetin ( $p=0.009$ ) çevre ve güvenlik alt boyut puanlarının ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 16).

Çavuşoğlu ve ark. (2017) 6, 7. ve 8. Sınıfa devam eden ilköğretim öğrencilerini çevre bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesindeki çalışmasında kızların çevre yönelik bilgi ve tutarlılıklarının daha yüksek olduğunu kız öğrencilerim yardımı ile erkek öğrencilerde akran eğitimi yöntemi ile çevre bilincinin oluşturulmasının önemi vurgulanmıştır (137). Çavuşoğlu ve ark aktardığı; Atasoy ve Ertürk (2008); Gökçe ve ark. (2007), Değirmenci (2012), Gök ve Afyon (2015) çalışmalarda da kız öğrencilerin çevre sağlığı ve duyarlılığı konusunda daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir (137). Vural ve Yılmaz (2016), Shobeiri ve ark. (2007), Aslan ve ark. (2008), Aydın ve Kaya (2011) ilköğretim öğrencilerinin cinsiyetlerine göre çevreye yönelik tutumlarına ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır (138, 139, 140, 141). Atasoy (2005) yaptığı çalışmada hem çevresel bilgi hem de çevresel tutum bakımından kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha başarılı oldukları saptamıştır (142). Taycı (2009) çalışmasında kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla çevresel tutum ve davranışlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (143). Kaya ve ark. (2009), lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada da kız öğrencilerin lehine sonuçlar bulunmuştur (59). Bu çalışmaya tezat teşkil eden alan yazım sonuçları kadın cinsiyetine yüklenmiş olan temiz, düzenli, tertipli ve duyarlı olma rolleri ile ilişkilendirilmiştir. Söz konusu çalışmada erkek öğrencilerin bilgi tutum ve duyarlılık puanları kız öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Kahveci ve Demirtaş (2011) yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin okul ve çevre temizliği konusunda daha duyarlı olduğu belirlenmiştir (144). Erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha yüksek puan almasının gerekçesi olarak öğrencilere fen ve sosyal derslerinde çevre bilincine yönelik verilen eğitimin katkısı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla dış ortam aktiviteleri içerisinde bulunmasının çevreye karşı duyarlılıklarının oluşmasında etkili olduğu varsayılmaktadır.

### 5.6.3. “Bütünüyle sağlıklı insan olma” alt boyutu bulgularının tartışılması

Bütünüyle sağlık alt boyutu puan otalamasına ilişkin değerlendirmede anne ( $p=0.004$ ), anne öğrenim durumu ( $p<0.001$ ), baba öğrenim durumu ( $p=0.001$ ), anne yaşı ( $p=0.04$ ), baba anne öğrenim durumu ilköğretim altı olan , anneleri çalışmayan ( $p=0.002$ ) ve gelir düzeyi ( $p=0.004$ ) düşük olan gruptaki öğrencilerin puan ortalaması anlamlı bir düzeyde yüksek çıktığı belirlenmiştir.

Kahveci ve Demirtaş'ın ilköğretim altı, yedi ve sekizinci sınıflar ile yaptığı temizlik ve hijyen algısı çalışmasında sağlığını sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için bireysel temizlik ve kişisel bakıma dikkat edilmesinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak aynı örneklemdeki çocukları sınıf temizliği, okul çevresi temizliği ve okul binası temizliği konusunda yeteri kadar duyarlı olmadığı da belirlenmiştir. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre kişisel bakım puanları konusunda daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Ayrıca anne ve baba öğrenim durumunun da temizlik ve hijyen algısı konusunda olumlu yönde etki yaptığı belirlenmiştir (144). Sağlıklı yaşam algısı bireyin fiziksel, ruhsal yapısı ve manevi yapısı ile ilgili olsa da, içinde yaşadığı toplumun sosyal ve kültürel yapısının getirisi olan tutum ve davranışlardan fazlası ile etkilenmektedir. Dolayısı ile hemşireliğin temel felsefesi olan holistik yaklaşım çerçevesinde de biyolojik, psikolojik, sosyal kültürel ve manevi yönde tam bir bütünlük içerisinde olma durumunun, çocuğun büyüme gelişme süreci içerisinde farklılıklar göstererek devam ettiğini kabul etmek önemlidir. Çocuk fizyolojik ve sosyal anlamda bir sorun yaşamadığı halde içinde yaşadığı sosyal yapı boyutu ile kendini daha olumsuz algılayabilmektedir.

### 5.7. Araştırma hipotezinin tartışılması

Araştırmanın başında ortaya koyduğumuz hipotez “**farklı sosyoekonomik yapının öğrencilerinin sağlık tutumunda farklılık yaratır**” idi.

Sosyal yapıyı belirlemek için araştırmacı tarafından literatür çerçevesinde hazırlanarak öğrencilere sorulan beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, kazalardan korunma sorularından elde edilen bulgularda yalnızca beslenme alanındaki sorulardan yüksek ve düşük sosyo-ekonomik bölgedeki okullarda eğitim gören



öğrencilerde anlamlı farklılığa rastlanmıştır ( $p<0.001$ ). Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgu hipotezimizi destekler niteliktedir.

Öğrencilerin okudukları okulların yer aldığı bölgenin sosyo-ekonomik düzeyine göre “**Sağlık Sorumluluğu**” alt boyut puan ortalaması ( $p<0.001$ ), “**Çevre ve Güvenlik Sağlığı**” alt boyut puan ortalaması ( $p<0.001$ ) ve “**Bütünüyle Sağlıklı İnsan Olma**” alt boyut puan ortalaması ( $p<0.001$ ) açısından sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan okulda okuyan öğrencilerin puanlarının sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgede okuyan öğrencilerin puanlarından daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgularda hipotezimizi destekler niteliktedir.

Beslenmeden meydana gelen bu farklılığın diğer faktörlerin yanı sıra özellikle gelir seviyesine bağlı olarak meydana çıktığı düşünülmektedir. Öğrenci sağlık tutum ölçeği değerlendirildiğinde toplam ölçek puanının yanı sıra sağlık sorumluluğu çevre ve güvenlik sağlığı, bütünüyle sağlıklı bir insan olma alt boyut puan ortalamalarının sosyoekonomik düzeyi düşük olan grupta anlamlı düzeyde yüksek çıktığı belirlenmiştir. Bu bağlamda hipotezimiz olan sosyal yapısı farklı bölgelerde okuyan öğrencilerin sağlık tutumu da farklıdır hipotezi kanıtlanmış olmaktadır ancak elde edilen bulgular düşüncemizin ve literatürlerin aksine sosyoekonomik durum düşük olan grubu lehine bulunmuştur.

Sosyokültürel yapı itibari ile mimarisi daha çok gecekondü şeklinde konumlanmış yerleşimde olan çocukların ve ailelerinin mahalle bütünlüğü içinde etkileşimleri devam etmektedir. Her ne kadar sağlık ve sağlık tutum davranışlarının olumsuz olacağını düşünülmüş olmasına karşın çocukların fiziksel olarak daha aktif bir yaşamda bulunmaları, sedanter yaşamdan uzak kalmaları, fast food tarzı beslenmenin daha az olması sebebi ile sağlık tutum ve davranış puanlarının yüksek çıkması farklı sosyal yapıdan gelip o ortamda konumlandırılan bir okulda okusalar dahi ortak eğitim müfredatına tabi tutulduğu için kendilerini bu yönde geliştirdikleri yönünde değerlendirilmektedir. Araştırmaya alınan öğrencilerin anne-baba yaşının oldukça genç olması, genç annelerin çocuk büyüme ve yetiştirme konusunda

teknolojik imkanları sonuna kadar kullanması, araştırmacı ve yeniliklere açık olması ortaya çıkan sonucun nedenleri olarak dşnlebilir. Okul yönetimlerinin ve ğretmenlerinin de ailelerine yönelik düzenledikleri veli katılımları, programları ile ekonomik yetersizlikler olsa dahi çocuğun sağlık tutumunun olumlu yönde geliştiği dşnlmektedir.

Çocuğun fiziksel ve ruhsal anlamda kendini iyi hissetmesi onun tam anlamı ile iyi olduğunun göstergesi değildir. Fizyolojik ve ruhsal yapıyı ailesel çevresel ve toplumsal bileşenler çocuğun holistik bütünlüğünün destekleyici ya da engelleyici faktörler olarak karsımızsa çıkabilmektedir (145). Bu çalışmada sosyoekonomik yapı yönünden kötü bir bölgede eğitim alan öğrencilerin beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, kazalardan korunma, evre bilinci geliştirme ve bütünüyle sağlıklı bir insan olabilme konusundaki algılarının olumsuz olacağı dşnlmş olmakla birlikte beslenme dışında tam zıttı sonuçlar elde edilmiştir.

Farklı sosyal yapıdan gelip o ortamda konumlandırılan bir okulda okusalar dahi ortak eğitim müfredatına tabi tutulduğu için kendilerini bu yönde geliştirdikleri yönünde değerlendirilmektedir. Ayrıca araştırmaya alınan öğrencilerin anne-baba yaşının oldukça genç olması, genç annelerin ocuk büyütme ve yetiştirme konusunda teknolojik imkanları sonuna kadar kullanması, araştırmacı ve yeniliklere açık olması ortaya çıkan sonucun nedenleri olarak dşnlebilir. Okul yönetimlerinin ve ğretmenlerinin de ailelerine yönelik düzenledikleri veli katılımları, programları ile ekonomik yetersizlikler olsa dahi çocuğun sağlık tutumunun olumlu yönde geliştiği dşnlmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız sonucunda ;

- Öğrencilerin beslenme puanlarının sınıflarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Annelerinin yaşlarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Babalarının yaşlarına anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Annelerinin öğrenim durumuna anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Babalarının öğrenim durumuna anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Annelerinin çalışma durumuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Ailelerinin gelir düzeylerine göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Öğrencilerin hijyen puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Fiziksel aktivite puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Kazadan korunma puanlarının sınıflarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Cinsiyetlerine göre Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanı bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Anne yaşlarına göre Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan alt boyutu puanına bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Gelir düzeylerine göre Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan alt boyutu puanına bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır.
- Annelerin çalışma durumuna göre Öğrenci Sağlık Tutum Ölçeği Bütünüyle Sağlıklı Bir İnsan alt boyutu puanına bakımından anlamlı farklılık saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler;

- Öğrencilere doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılmalı ve okul öncesi dönemden başlanarak öğrenci – ebeveynleri ile birlikte düzenli eğitim programları planlanmalıdır.
- Öğrencilerin BKİ açısından düzenli aralıklarla kontrolleri sağlanmalıdır. Riskli görülen öğrenciler belirlenmeli ve ebeveyn- hemşire-okul işbirliği içerisinde çocukların rehabilitasyonu sağlanmalıdır.
- Kaza ve korunma yöntemleri aileler ve öğrencilere anlatılarak çocukların istenmeyen kazalardan korunması sağlanmalıdır. Özellikle genç

yaşta anne baba olan ebeveynlere ve öğrencilere farkındalık oluşturabilmek adına eğitimler planlanmalıdır.

- İlköğretim öğrencilerinde yapılan sağlık eğitimi sürekli olmalı ve bireysel hijyen konusunda hem anlatım hem de broşür yöntemi kullanılarak eğitimler verilmelidir.
- Sağlıklı bir toplum için öncelikle sağlıklı çocuklara ihtiyaç duymaktayız. Geleceğimizi oluşturan çocuklarımıza olumlu sağlık davranışları kazandırılabilmesi ve farkındalık yaratabilmek için bu araştırmalar daha fazla yapılmalı, belirlenen eksikler yönünde çocuk ve ailelere eğitimler planlanmalıdır.



## 7.KAYNAKLAR

1. Balcı M. İlkokul öğrencilerinin sağlık bilgi ve becerilerinin belirlenmesine yönelik ölçek çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies* (47): 391-402, 2016.
2. Oyur Çelik G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investing* 3(3):164-169, 2009.
3. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi* 16(2):78-83, 2011.
4. Yalçın H. Çocukların sosyodemografik özelliklerinin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisi. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi* (35):1-18, 2013.
5. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II. Sempozyum Dizisi 63:19-21, 2008.
6. Bahar Z. Okul sağlığı hemşireliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 3(4):195-200, 2010.
7. Aksungur A, Göktaş B, Önder ÖR, Cankul İH. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 10(1):1-12, 2011.
8. Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı geliştirme programları teoriden pratiğe (Çev.Ed: Işıtman NM) s. 4-27, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.
9. Kostak AM. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 6(2):105-115, 2007.
10. Pelitoğlu ÇF, Özgür S. Development of a health attitude scale for primary school students. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi* 7(1):32-56, 2013.
11. Çilingir D, Aydın A. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 25(3):167-176, 2017.
12. İlhan N. Lise öğrencilerinin sağlık davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.*

13. Zaybak A, Fadiloğlu . Üniversite ğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 20(1):77-95, 2004.
14. Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. ACU Sağlık Bil. Dergisi 9(3):234 -242, 2018.
15. şen Ali M, Ceylan A, Kurt Emin M, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 44(1):1-11, 2017.
16. imen S. 15-18 Yaş grubu gençlerde riskli sağlık davranışları leğinin geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
17. Akgl N. Sivas il merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
18. Biddle SJH, Mutrie N. Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions. 2nd edition. New York, Routledge, 2008.
19. Smen A, ncel S. Türkiye’de lise ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. European Journal of Therapeutics 23:74-82, 2017.
20. Owen KF, elik DN. Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 10(4):440-453, 2018.
21. Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk K. Concepts of Fitness and Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach, 9th ed. St.Louis, McGraw-Hill s.33-39, 2010.
22. zdoğan Y. Konya il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeylerdeki ilköğretim okullarına devam eden çocukların kahvaltı yapma alışkanlıklarının saptanması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, ocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2006.
23. Ekinci . Mersin merkezdeki liseli ergenlerde riskli davranışlar. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2016.

24. Çetin E, Özbiçakcı Ş. İlköğretim öğrencilerinde uyku alışkanlıklarının duyu-davranış sorunlarına etkisinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2012.
25. Alpar SE, Senturan L, Karabacak U, Sabuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice 8(6):382-388, 2008.
26. Al-Qahtani MF. Health-promoting lifestyle behaviors among nurses in private hospitals in Al-Khobar, Saudi Arabia. The Journal of the Egyptian Public Health Association 90(1):29-34, 2015.
27. İlhan N, Batmaz M, Akhan L. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3(3), 2010.
28. Karadeniz G, Uyum YE, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 7(6): 497 - 502, 2008.
29. Başar P. Aydın' da iki ilköğretim okulunda okul sağlığı hizmetleri ve yeni bir model geliştirilmesi. Adnan Menderes Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Aydın.
30. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K, Gökalp SA. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi 46: 30-37, 2003.
31. Alıcı US, Sarıkaya Ö. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde yaşantılayarak öğrenme uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2(3): 95-101, 2009.
32. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek lisesi öğrencilerinin obezite durumlarının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 8(1):5-12, 2009.
33. Top ÜF, Ocakçı FA. Ergenlerde sağlığı geliştirme modeli ve bilgi işlem kuram temelli ağız diş sağlığı davranışı geliştirme. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi 10(18):23-37, 2018.
34. Srof BJ, Velsor FB. Health promotion in adolescents; A review of Pender's health promotion model. Nursing Science Quarterly 19(4): 366-373, 2006.

35. Pelen K, Günay O. İlköğretim okulu öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi 222(1):52-63, 2013.
36. Gündüz S, Albayrak MH. Okul sağlığında neredeyiz. Ankara Medical Journal 14(1):29-33, 2014.
37. Kreipe RE, McAnarney ER. Adölesan Dönemi. (Çev.Ed: Tuzcu M) s.226-262, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2001.
38. Eneç CF. Edirne şehir merkezindeki lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2007.
39. Pataki CS. Normal ergenlik (Çev. Ed: Aydın H, Bozkurt A) s.3035-3043, Güneş Kitabevi, Ankara, 2007.
40. Şahin S, Özçelik ÇÇ. Ergenlik dönemi ve sosyalleşme. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 5(1):42-49, 2016.
41. Patton DD, Harris JR. Ergenlik gelişimi ve tarama (Çev: Mazıcıoğlu MM, Ed: Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG) s.129-138, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2007.
42. Sayan A, Tan M, Uğurlu N, Çevirme H. Üç farklı sosyoekonomik düzeydeki lise son sınıf öğrencilerinde olumlu sağlık davranışları olumlu kendilik algısı ilişkisi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(2):2-31, 2001.
43. Alikashifoğlu M. Ergenlerde psikososyal gelişim. Adolesan Sağlığı, "II. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri" Sempozyum Dizisi No:43, s:39-28, 2005.
44. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Sorunlar. s.13-77, Özgür Yayınları, İstanbul, 2004.
45. Alikashifoğlu M. Adolesana verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri. Adolesan Sağlığı, "II. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri" Sempozyum Dizisi No:43, s.29-38, 2005.
46. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda psikososyal gelişim (Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A), Temel Pediatri s.1568-1570, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010.
47. Özcebe H. Adolesanlarda yüksek riskli davranışlar (Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A) Temel Pediatri s.1611-1613, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010.
48. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir SE, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adolesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 57: 129-135, 2015.



49. Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu NF. Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi* 5(2):187-195, 2015.
50. Büyükkoyuncu N. Gaziantep il merkezindeki ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin okul kantininden besin seçimleri ve annelerinin besin güvenliği bilgi düzeylerinin saptanması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Konya, 2010.
51. Atamtürk D. Alt sosyoekonomik düzeyde yer alan çocuklarda aşırı kiloluğun ve obezitenin yaygınlığı. *Gaziantep Tıp Dergisi* 15(2):10-14, 2009.
52. Şanlıer N, Kılıç E. Üç kuşak kadının beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 15(1): 31- 44, 2007.
53. Akman M, Tüzün S, Ünal CP. Adolesanlarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite durumu. *Nobel Medicus*, 8(1):24-29, 2012.
54. Arcan C, Neumark-Sztainer D, Hannan P. Parental eating behaviours, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods: Longitudinal findings from project EAT. *Public Health Nutrition* 10: 1257-1265, 2007.
55. Bassett R, Chapman GE, Beagan BL. Autonomy and control: The co-construction of adolescent food choice. *Appetite* 50(2): 325-332, 2008.
56. Pearson N, MacFarlane A, Crawford D, Biddle SJH. Family circumstance and adolescent dietary behaviours. *Appetite* 52:668-674, 2009.
57. Güler G, Kubilay G. Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 26(2):60-65, 2004.
58. Kaya M, Büyükşerbetçi M, Meriç MB, Çelebi AE, Boybeyi Ö, Arda-Işık A, Bozkurt İH, Vaizoğlu SA, Güler Ç. Ankara'da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. *STED* 15(10): 179-183, 2006.
59. Kaya M, Aslan D. Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda bir müdahale çalışması *Erciyes Tıp Dergisi*, 31(2): 135-143, 2009.
60. Kitiş Y, Bilgili N. İlköğretim öğrencilerinde el hijyeni ve el hijyeni eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 4(1), 2011.

61. Şimşek Ç, Piyal B, Tüzün H, Çakmak D, Turan H. Ankara il merkezindeki bazı lise öğrencilerinde kişisel hijyen davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 9(5):433-430, 2010.
62. Çan G, Topbaş M. Trabzon'da iki farklı yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3(8): 70-177, 2004.
63. Önsüz FM, Hıdıroğlu S. İstanbul'da farklı iki ilköğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 9(1) :9 – 17, 2008.
64. Yılmaz E, Özkan S. Bir İlçede İki Farklı Yerleşim Yerindeki İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 4(10):19-34, 2009.
65. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(6):421-426, 2007.
66. Özyürek A, Yavuz F, Bedge Z, Gürleyik S, Karadayı N, Akça F, Atalay D. Çocuktan çocuğa diş sağlığı eğitiminin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 46-59, 2016.
67. Memiş AU, Yıldırım İ. Çocukluk ve ergenlikteki fiziksel aktivite deneyimleri ile yetişkinlikteki fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişki. Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 1:13–32, 2018.
68. Tammelin T, Laitinen J, Nayha S. Change in the level of physical activity from adolescence into adulthood and obesity at the age of 31 years. International Journal of Obesity 28:775-782, 2004.
69. Taylor WC, Blair SN, Cumming SS, Wun CC, Malina RM. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. Medicine and Science in Sports and Exercise 31(1):118-123, 1999.
70. Pate RR, Trost SG, Dowde M, Ott AE, Ward DS, Saunders R, Felton G. Tracking of physical activity, physical inactivity, and health related physical fitness in rural youth. Pediatric Exercise Science 11: 364-376, 1999.
71. Keskin N, Öncü E, Kılıç KS. Ortaokul öğrencilerinin beden eğitimi dersine yönelik tutum ve öz-yeterlilikleri. Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi 14(1): 93-107, 2016.

72. Holland-Hall C, Burstein GR. Adolescent physical and social development. Ed: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Shor NF, Nelson Textbook of Pediatrics. pp. 926-31, Elsevier, Philadelphia, 2016.
73. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adolesan Dönemde obezite ve egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 8(2):963-977, 2011.
74. Uskun E, Öztürk M, Kışioğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R. ilköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(2): 19-25, 2005.
75. Çöteli S. Okul çağı çocuklarının (6-12 yaş) internet ile ilişki düzeyleri, Journal of Current Researches on Social Sciences 7(3):57-66, 2017.
76. Gökçearsan Ş, Seferoğlu SS. Ortaokul öğrencilerinin internet kullanım biçimleri: Riskli davranışlar ve fırsatlar. Kastamonu Eğitim Dergisi 24(1):383-404, 2016.
77. Canberk G, Sağiroğlu Ş. Çocukların ve gençlerin bilgisayar ve internet güvenliği. Politeknik Dergisi 10(1) :33-39, 2017.
78. Akbulut Y. Çocuk ve ergenlerde bilgisayar ve internet kullanımının gelişimsel sonuçları. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 3(2):53-68, 2013.
79. Livingstone, S, Bober M. Regulating the Internet at home: Contrasting the perspectives of children and parents. Ed: Buckingham D, Willet R, Digital generations. pp. 93-113, NJ: Laurence Erlbaum Associates, Mahwah.
80. Delice M. Emniyet kemeri takma oranını kaza başına düşen ölü ve yaralı sayısı üzerine etkilerinin incelenmesi. International Journal of Human Sciences 12(1), 392-416, 2015.
81. Akay D, Kurt M. Otomobil emniyet kemeri kullanılabilirlik testi. Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi 21(1):183-191, 2006.
82. Arıkan D, Bekar P. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin çocuk oto güvenlik koltuğu kullanımına etkisinin incelenmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 5(1):34-42, 2015.
83. Çınar O, Acar YA, Çevik E, Kılıç E, Bilgiç S, Ak M, Cömert B. Acil servise başvuran 0-18 yaş grubu adli olguların özellikleri. Anatol J Clin Investig 4:148-151, 2010.
84. Kürtüncü M, Uzun M, Ayoğlu NF. Ergen eğitim programının riskli sağlık davranışları ve sağlık algısına etkisi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 5(2):187-195, 2015.

85. Yalçın M, Eşsizoglu A, Akkoç H, Yaşar H, Gürgen F. Dicle üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri. Klinik Psikiyatri 12:125-133, 2009.
86. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram TA. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyodemografi değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi 7:31-37, 2006.
87. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A, Tamar M, Tat Ş, Doğan O, Oğuz Ş, Yenilmez Ç, Bilici M, Tamar D, Liman O. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 15(2):112-118, 2004.
88. Şaşmaz T, Buğdaycı R, Toros F, Kurt ÖA, Tezcan H, Öner S, Çamdeviren H. Ergenlerde alkol içme prevalansı ve olası risk faktörleri: Okul tabanlı, kesitsel bir çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2):94-104, 2006.
89. Gürol TD. Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adölesanlar. Adölesan Sağlığı, "II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikler" Sempozyum Dizisi No:63, s.65-68, 2008.
90. Özcan S, Kılınç S, Gülmez H. Türkiye’de okul sağlığı ve yasal durum. Ankara Medical Journal 13(2): 71-81, 2013.
91. Şimşek CD. İlköğretim birinci sınıf öğrencilerine verilen planlı el yıkama eğitiminin el yıkama davranışı üzerine etkisinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
92. Ayaz S. İlköğretim öğretmenlerinin okul sağlığı hemşireliğine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 42-52, 2014.
93. Başkale H, Bahar Z. Okul öncesi çocuklara verilen beslenme eğitiminin çocukların beslenme bilgisine, davranışlarına ve antropometrik ölçümlerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2010.
94. Coşgun M. Ortaokul öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2014.

95. Ergül S, Temel AB. The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. *International Nursing Review* 56:102-108, 2009.
96. Süzek H, Arı Z, Uyanık B. Muğla' da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Türk Biyokimya Dergisi* 30(4):290-295, 2005.
97. Kutlu R, Çivi S. Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 14(1):18-24, 2009.
98. Savaşhan Ç, Sarı O, Aydoğan O, Erdal M. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Aile Hek Derg* 19 (1): 14-21, 2015.
99. Erdem S, Özel GH, Çınar S, Işıksan YS. Farklı sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda ailenin beslenme tutum ve davranışlarının çocuğu beslenme durumuna etkisi. *Bes Diy Derg* 45(1):3-11, 2017.
100. Kaya R. Edirne il merkezinde ilköğretim okullarındaki öğrencilerde beslenme-obezite-fiziksel aktivite ilişkisinin değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008.*
101. Rakıcıoğlu N, Karabudak E, Kazanç M, Yücecan S. 10-18 Yaş grubu çocukların besin tüketim düzeyleri ve beslenme alışkanlıklarının saptanmasına yönelik bir çalışma, Ankara, 2000.
102. Özmen D, Çetinkaya ÇA, Ergin D, Şen N, Erbay DP. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(2):98-105, 2007.
103. Demirezen E, Çosansu G. Adolesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 14(8):174-178, 2005.
104. Bebiş H, Akpunar D, Özdemir SE, Kılıç S. Bir ortaöğretim okulundaki adolesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 57: 129-135, 2015.
105. Alper Y, Akçakoyun F, Pündük Z, Göktaş Z. Balıkesir Fen Lisesi öğrencilerinde beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının incelenmesi. *Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4 (2):101-110, 2017.
106. Uğur U. Gençlerin fast food tüketimlerinin sembolik tüketim kapsamında değerlendirilmesi: Sivas ilinde bir araştırma. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi* (67), 2018.

107. İnal S, Yıldız S. İlköğretim öğrencilerinin sigaraya ilişkin bilgi ve inanışları ile aile bireyleri ve öğretmenlerinin sigara içme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1), 2006.
108. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2.pdf>.
109. Erdamar G, Kurupınar A. Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. Sosyal Bilimler Dergisi 16(1): 65-84, 2014.
110. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 9(1):33-44, 2011.
111. Karatay G, Kubilay G. Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 2(1):57-70, 2004.
112. Arat A. Yatılı ilköğretim bölge okulu II. kademe öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamaları. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
113. Güleç M, Topbaş M, Kır T, Hasde M. Ankara'da sosyoekonomik düzeyi farklı iki yerleşim yerindeki iki ilköğretim okulundan seçilen öğrencilerde el yıkama alışkanlıkları. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 57(2):71-76, 2000.
114. Strauss RS, Rodzilsky D, Burack G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. Arch Pediatr Adolesc Med, 155:897-902, 2001.
115. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, 2010, Available at: [www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf). Erişim tarihi 20 Aralık 2016.
116. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) . Youth Risk Behavior Surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report 61(4):9-39, United States, 2011.
117. Meydanoğlu A. Çocuklarda fiziksel aktivitenin biyopsikososyal yararları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 7(2):125-135, 2015.

118. Büyük TE, Topçu S. İki farklı ilkokulda okuyan birinci sınıf öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(1):10-15, 2015.
119. Çetin E, Özbiçakçı Ş. İlköğretim öğrencilerinde uyku alışkanlıklarının duygudavranış sorunlarına etkisinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2:52-60, 2012.
120. Yoshimatsu S, Hayashi M. Bedtime and lifestyle in primary school children. Sleep And Biological Rhythms 2(2):153-155, 2004.
121. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi 53:204-210, 2010.
122. Arslan E, Bütün P, Doğan M, Dağ H, Serdarzade C, Arıca V. Çocukluk çağında bilgisayar ve internet kullanımı. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 4(3):195-201, 2014.
123. Kraut R, Kiesler S, Boneva B, Cummings JN, Helgeson V, Crawford AM. Internet paradox revisited. Journal of Social Issues 58(1):49-74, 2002.
124. Çetin N, Aksu BM. İlköğretim 4-8. Sınıf (10-14 yaş) öğrencilerinin televizyon izleme profili. Milli Eğitim Dergisi 187:122-391, 2010.
125. Aral N, Ceylan R, Bıçakçı M. Çocukların televizyon seyretme alışkanlıklarının yaş ve cinsiyete göre incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2(19): 489-498, 2011.
126. Genç ZS, Gürer F. İlköğretim 7,8. sınıf öğrencilerinin televizyon izleme profili: çanakale örneği. Milli Eğitim Dergisi 188:230-249, 2010.
127. Karaaslan MM, Çelebioğlu A. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Journal of Human Sciences 15(2):277-372, 2018.
128. Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS). Erişim: 23.01.2017. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>
129. Akdemir D, Çetin ÇF. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 15(1):5-13, 2008.
130. Biddle SJH, Mutrie N. Psychology of Physical Activity Determinants. Well-Being and Interventions 2nd edition, New York, 2008.
131. Muslu KG, Aygün Ö. Ergenlerin riskli sağlık Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 10 (4):242-250, 2017.

132. Sönmez S, Şen N, Bolışık B, Akyürek H. 7-12 yaş grubu çocuklarda sağlığı koruma ve kazalardan korunma davranışlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 7(1-3): 33-42, 2001.
133. Şahiner P, Özkan Ö, Hamzaoğlu O. Kocaeli İlindeki Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Hanelerde Ev Kazası İnsidansı ve Risk Faktörleri. TAF Preventive Medicine Bulletin 10(3):257-268, 2011.
134. İnanç ÇD, Baysal US, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. Türk Ped Arş. 43: 84-8, 2008.
135. Al-Shookri A, Al-Shukaily L, Fouad H, Al-Sheraji S, Al-Tobi S. Effect of mothers nutritional knowledge and attitudes on omani children's dietary intake. Fouad Hassan College of Medicine and Health Sciences, Universiti Purta Malaysia, Selangor, Malaysia. Oman Medical Journal 26(4): 253-257, 2011.
136. Öztürk M. Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2010.
137. Çavuşoğlu F, Altay B, Nuriyeva G, Öngör B. İlköğretim öğrencilerinin çevre bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Anadolu Hem Sağ Bil Dergisi 20(4):254-259, 2017.
138. Vural H, Yılmaz S. Ortaokul öğrencilerinin çevre ve doğa ile ilgili konularda bilgi ve davranış düzeylerinin belirlenmesi: Erzurum ili örneği. Iğdır Üni. Fen Bilimleri Enst. Dergisi 6(1): 107-115, 2016.
139. Shobeiri SM, Omidvar B, Prohallada NN. A Comparative Study of Environmental Awareness among Secondary School Students in Iran and India. International Journal of Environmental Research 1(1): 28-34, 2007.
140. Aslan O, Sağır UŞ, Cansaran A. Çevre tutum ölçeği uyarlaması ve ilköğretim öğrencilerinin çevre tutumlarının belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi 25:283-295, 2008.
141. Aydın F, Kaya H. Sosyal bilimler lisesi öğrencilerinin çevre duyarlılıklarının değerlendirilmesi. Marmara Coğrafya Dergisi 24:229-257, 2011.
142. Atasoy E, Ertürk H. İlköğretim öğrencilerinin çevresel tutum ve çevre bilgisi üzerine bir alan araştırması. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi 10(1), 2008.



143. Taycı ÜF. İlköğretim öğrencilerinin çevresel tutum, bilgi, duyarlılık ve aktif katılım düzeylerinin belirlenmesi üzerine bir çalışma: Çorlu örneği. Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Çevre Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2009.
144. Kahveci G, Demirtaş Z. İlköğretim okulu 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerinin temizlik ve hijyen algıları. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi 2(2):51-61, 2012.
145. Hekim M, Yüksel Y. Ortaokul öğrencilerinin beden kitle indeksi ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaş, cinsiyet ve spor yapma durumlarına göre incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(2):259-269, 2015.
146. Ulaş S, Günay T. Okulda Sağlık Eğitimi Yoluyla Beslenme Ve Bedensel Etkinlik Davranış Değişimi DEÜ Tıp Fak. Dergisi 28(3):131-137, 2014.
147. Ceylan S, Turan T. Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemşireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 4(12):35-49, 2009.
148. Ergül Ş, Kalkım A. önemli kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. Taf Preventive Medicine Bulletin 10(2):223-230, 2011.
149. Honey M, Erdoğan S. Sağlık davranışını etkileşim modeli: çocukların beslenme alışkanlıklarını belirlemek için bir rehber. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 6(4):228-223, 2013.
150. Ertürk R. İlkokul öğrencilerinin uygulamalı eğitimlerine yönelik algıları. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 4(34):546-553, 2016.
151. Derin ÖD, Günlü Z. Televizyon reklamlarının okul çağı çocuklarının besin seçimi üzerine etkilerinin bir incelemesi. Selçuk İletişim 7(3):62-77, 2012.
152. Kocakaya A. Lise yaş grubu gençlerin kişisel hijyen alışkanlıkları ile ilgili bilgi tutum ve davranışları ve verilen eğitimin etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
153. Çelikkalp Ü, Yorulmaz F. Tekirdağ merkez ilköğretim okullarındaki sınıf öğretmenlerinin okul sağlığı uygulamalarının incelenmesi. İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi 16(61):33-40, 2008.
154. Önder R. İlköğretim öğrencilerinin çevre tutumlarının incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 5(1):115-124, 2015.

155. Taylan H, Genç Y. Liselerde sigara alkol ve uyuşturucu/uçucu/uyarıcı madde kullanım eğilimleri: Kocaeli Örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi 5(47):180-199, 2017.
156. Bülbül S, Güçlü M, Mısırlıoğlu E. Kırıkkale il merkezi ilköğretim ve lise öğrencilerinde sigara ve alkol alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 4:168-172, 2013.
157. Şahin İ, Özata E. Türkiyedeki Sağlık Eğitiminin Finlandiya, Amerika, Kanada Sağlık Eğitimleriyle Karşılaştırılması. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 17(1):606-623, 2009.
158. Altuntaş M, Kaya M, Metecan A, Rastgel H, Öngel K. 0-14 Yaş arası çocuklarda önlenbilir nitelikteki kazaların belirlenmesi ve ilişkili tedbirlerin alınması. Smyrna Tıp Dergisi Araştırma Dergisi, 2013.
159. Şahinöz T, Sahinöz S, Kıvanç A. Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: Okul sağlığı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6(4):303-312, 2017.

## 8. EKLER

### Ek 1: Yönetim Kurul Kararı



T.C.  
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

#### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI NO
05.12.2018	2018/33

#### **MADDE 01**

Tez Konusu  
Neslihan SATAN

Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının 23.11.2018 tarih 55676 sayılı yazı ve eki "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:10) okundu.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ve BEÜ İnsan Araştırmaları Etik Kurul Kararı doğrultusunda yüksek lisans programı öğrencisi Neslihan SATAN'ın tez konusunun, "BEÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin 23. maddesi gereği, "Farklı Sosyal Çevrede Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinin Sağlık Tutum Davranışlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak İli Örneği" olarak kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.



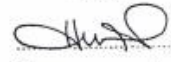
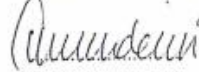
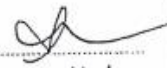
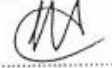



ASLI GİBİDİR



Duygu ABANOZ  
Enstitü Sekreteri

**Ek 2 :Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Çalışma Tez Çalışma İzni**

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/11/2018-55035

	<b>T.C.</b> <b>BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ</b> <b>Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü</b> YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ BAŞVURU BİLDİRİM FORMU	Form :F10
	Kayıt Tarihi: 19.10.2018	Protokol No: 425
		05/11/2018
		
	<b>T.C.</b> <b>BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ</b> <b>İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI</b>	
<b>ÇALIŞMANIN TÜRÜ:</b>	Anket	
<b>BAŞLIK:</b>	Farklı Sosyal Çevrede Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinin Sağlık tutum Davranışlarının Değerlendirilmesi: zonguldak İli Örneği	
<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI:</b>	Müge Seval	
<b>KARAR:</b>	Uygun	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		<b>İMZA</b>
1- Prof. Dr. Hamza ÇEŞTEPE (Başkan)		
2- Doç. Dr. Ayça DEMİR (Başkan Yrd.)		
3- Doç. Dr. Ali ARSLAN (Başkan Yrd.)		
4- Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER		
5- Doç. Dr. Hasan MEYDAN		
6- Doç. Dr. Ertuğrul YILDIRIM		
7- Dr. Öğr. Üyesi Elif Dirimeşe		

### Ek 3: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Neslihan SATAN tarafından yürütülen “Farklı Sosyokültürel Çevrelerde Yaşayan İlköğretim Öğrencilerinin Sağlık Tutum Davranışlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak İli Örneği” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı ilköğretim çağı 6-7-8 sınıf çocuklarının temel sağlık davranışlarının değerlendirilmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 540 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya nslhan.dkbas@gmail.com e-posta adresi ve 05448600351 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

“Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.” Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;  kabul ediyorum  kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı- Soyadı: Yüksek Lisans Öğrencisi Neslihan SATAN

İmzası:

#### Ek 4: Çocuğa İlişkin Bilgi Toplama Formu

1. Yaşınız:.....
2. Sınıfınız:....
1. Cinsiyetiniz: a)kız b)erkek
2. Kardeş Sayınız:
3. Annenizin Yaşı :
4. Babanızın Yaşı :
5. Annenizin öğrenim durumu : a)okuma yazma bilmiyor b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)lisans ve üstü
6. Babanızın öğrenim durumu : a)okuma yazma bilmiyor b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)lisans ve üstü
7. Anneniz Çalışma Durumu : a)Çalışıyor b)Çalışmıyor (cevabınız Çalışıyor ise 10, soruyu cevaplayın)
8. Annenizin Mesleği : a)memur b)işçi c)ev hanımı d)serbest meslek e)emekli
9. Babanızın çalışma durumu : a)Çalışıyor b)Çalışmıyor (cevabınız Çalışıyor ise 12, soruyu cevaplayın) a)memur b)işçi d)serbest meslek e)emekli
10. Babanızın Mesleği:
11. Aile tipi: a)Geniş Aile b)Çekirdek Aile
12. Gelir Durumunuz: a)üşük b)Orta c) Yüksek
13. (Beslenme) Günde kaç öğün beslenirsiniz
14. Düzenli sabah kahvaltısını yapar mısınız? : a)her zaman b)bazen c) hiçbir zaman
15. Açıkta Satılan Ürünleri Tüketir misiniz?: a) a)her zaman b)bazen c) hiçbir zaman
16. Fast food Yiyecekleri Haftada Kaç Kez Tüketir siniz?(hamburger,cips pizza): a)0 b)1-2 c)3 ve daha fazla
17. Obezite hakkında bilgiye sahip misiniz? a)evet b)hayır
18. Meyve ve sebzeleri nasıl tüketirsiniz? a)Yıkayarak b)Yıkamadan c)Bazen yıkayarak
19. Tuzlu ve Şekerli Besinleri haftada ne kadar sıklıkla tüketirsiniz? a)az b)çok c)hiç
20. (Hijyen) Kaç günde bir banyo yaparsınız? a)haftada bir b)haftada 2-3 kez c)her gün

21. Tırnaklarınızı kaç günde bir kesersiniz? a)haftada bir b) haftada iki kere c)iki haftada bir
22. Ellerinizi gün içinde ne zaman yıkarsınız?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz): a)sabah kalkınca b)yemekten önce c)yemekten sonra d)tuvaletten önce e)tuvaletten sonra f)dışardan eve ilk geldiğimde g
23. Çamaşırlarınızı hangi sıklıkta değiştirirsiniz? a)her gün b)2-3 günde bir c)haftada bir
24. Çoraplarınızı hangi sıklıkta değiştirirsiniz? a)her gün b)2-3 günde bir c)haftada bir
25. Günden kaç kez diş fırçalarsınız? A)hiç b)günde 1-2 defa c)günde 2 ve daha fazla
26. Kendinize ait diş Fırçanız mevcut mu?a)evet b)hayır
27. Diş fırçanızı hangi sıklıkta değiştirirsiniz? a)kirlendiğinde b)2-3 ayda bir c)6 ay ve daha fazla sürede
28. Hangi sıklıkta diş hekimine görünüyor sunuz? a)dişim ağrıdığında b)6 ayda bir c)senede bir kez
29. Dişlerimizin çürümemesi için neler yapmalıyız? a)dişlerimizi fırçalamalıyız b)diş ipi kullanmalıyız c)şeker tüketmemeliyiz d) diş hekimine düzenli gitmeliyiz e)bol su içmeliyiz
30. FİZİKSEL AKTİVİTE(Düzenli hareket ve spor yapar mısınız? a)hiç b)arada c)herzaman
31. Günde kac saat uyuyorsunuz?: a)5 saat b)9-10 saat c)10 saat ve üzeri
32. Düzenli uyumanın vücudumuz için yararları hakkındaki fikirlerinizi yazar mısınız?.....
33. Yılda bir kez hiçbir sorun olmadan bir göz doktoruna gider misiniz? : a)evet b)hayır
34. Çevrenizde sigara kullanan kişiler var mı ? a)evet b)hayır
35. Çevrenizde alkol kullanan kişiler var mı? a)evet b)hayır
36. Sigara ve Alkol kullanmanın zararlarını biliyormusunuz? a)evet b)hayır
37. Haftada kaç kez bilgisayar kullanıyorsunuz?a)her gün b)haftada bir c)haftada 2ve daha fazla d)hiç
38. Bilgisayarı hangi amaçla kullanıyorsunuz? a)ders b)oyun c)diğer
39. Haftada kaç saat tv ve bilgisayar basında vakit geçiriyorsunuz? a)1-3saat b)2-5 saat c)5 saat ve üzeri

40. Haftada kaç saat tv ve bilgisayar başında vakit geçiriyorsunuz?  
a)1-3 saat b)2-5 saat c)5 saat ve üzeri
41. (KAZA KORUNMA) Hiç kaza geçirdiniz mi? a)evet b)hayır
42. Emniyet kemerini hangi durumlarda kullanıyorsunuz? a)ön koltukta otururken takarım b)arka koltukta otururken takarım c)hem arka hem ön koltukta otururken takarım e)emniyet kemeri kullanmam
43. Bisiklet kullanırken kask takar mısınız? a)her zaman takarım b)bazen takarım c)hiçbir zaman takmam
44. Bisikleti nerelerde kullanırsınız? a)sadece bisiklet yolunda b)sokakta c)trafikte
45. Trafikte karşıdan karşıya geçerken üst geçidi ve yaya geçidini kullanır mısınız? a)daima b)bazen c)hiçbir zaman
46. Çöpleri çöp kutusuna atar mısınız? a)her zaman b)bazen c)hiçbir zaman
47. Çevremizi güzelleştirmek için neler yapmalıyız ?a)çöpleri çöp kutusuna atmalıyız b)evimizin önünü temiz tutmalıyız c)doğayı kirletmemeliyiz d)hepsi



## EK 5: Öğrenci Tutum Ölçeği

		Katılıyorum(X)	Kararsızım(X)	Katılmıyorum(X)
1	Sağlığım için yapmam gerekenleri öğrenmeyi seviyorum			
2	Çöplerimi her zaman ayrıştırarak bir çöp kutusuna atarım			
3	Alışverişe gitmeden önce alınacakları listelemek hoşuma gidiyor			
4	Zamanı gelince aşılarımı olurum			
5	Biten pilleri her zaman atık pil kutusuna atarım			
6	Hasta değilsem doktora kontrole gitmek istemiyorum			
7	Çocuk olarak haklarımı biliyorum			
8	Bana hediye olarak sağlıkla ilgili kitap verilmesinden hoşlanırım			
9	Tehlikeli sokak aralarında arkadaşlarımla oyun oynamam			
10	Geri dönüşümü dikkate alır ,çöplerimi ayrıştırırım			
11	Vücudumu sevmiyorum			
12	Kendi güvenliğimden sorumlu değilim			
13	Sadece ekonomik öneme sahip bitki ve hayvanlar koruma altına alınmalıdır			
14	Çevremdekilerin sağlığına önem vermek hoşuma gidiyor			
15	Spor yapmaktan hoşlanmıyorum			
16	Kişisel bakım ve temizliğimi kendim yapmayı sevmiyorum			
17	Bazı insanların kendilerini diğerlerinden üstün görmelerine üzülüyorum			
18	Arabaya bindiğimde mutlaka emniyet kemerimi bağlarım			
19	Kendi sağlığıma önem verdiğime inanıyorum			
20	Öğretmenler okulda cinsel eğitim vermemeli çünkü bu konular özeldir			

21	Bir insan bana kaba davrandığında ona aynı şekilde karşılık vermem			
22	Aşı olunca hiç hasta olmam			
23	İnsanların diğer canlılara karşı sorumluluğu yoktur			
24	Trafik kurallarına sadece sürücüler uymak zorundadır			
25	İnsanların kendi sağlıklarına karşı sorumlulukları vardır			
26	Derslerde sağlıkla ilgili bilgi verilmesinden hoşlanmıyorum			
27	Sağlıklı olmak için hastalıklardan korunmak gerekir			
28	Dişlerimi fırçalarken suyun boşa akmasının kimseye zararı olmaz			
29	İnsanların diğer canlılara göre genleri daha fazladır			
30	Sağlığım ile ilgili bilgileri doktordan öğrenmek hoşuma gider			
31	Ellerimi yıkamaktan hoşlanmıyorum			
32	Sıvı yiyecekler daha hızlı sindirilir			
33	Sağlığımdan anne-babam sorumludur			
34	İkizlerin genleri aynı olduğu için mikroplara karşı bağışıklık sistemleri aynıdır			

## EK 6 : T.C. Zonguldak Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/12/2018-43715



T.C.  
ZONGULDAK VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 45865702-605.01-E.24644998  
Konu : :Araştırma İzni ( Neslihan SATAN)

20.12.2018

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 10/12/2018 tarihli ve 46148110/302.08.01-17336 sayılı yazınız.

Zonguldak Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 10/12/2018 tarihli ve 46148110/302.08.01-17336 sayılı yazısı ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği tezli yüksek lisans öğrencisi Neslihan SATAN'ın "Farklı Sosyal Çevrede Yaşayan İlk Öğretim Öğrencilerinin Sağlık Tutum Davranışlarının Değerlendirilmesi Zonguldak İli Örneği" konulu tez çalışmasına kurumumuza bağlı bulunan İbrahim Fikri Anıl, Üzülmez, Asma ve Mimar Sinan Ortaokullarında veri sağlamak amacıyla yapacağı araştırma ile ilgili Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Tez Çalışması kapsamında Araştırma Çalışmasını uygulamak istediği ilgi yazınız ile Müdürlüğümüze bildirilmiş olup, Valilik Makamından alınan 20/12/2018 tarihli ve 45865702-605.01-E.24557459 sayılı Olur ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve ilgililere bilgi verilmesi hususunda gereğini arz / rica ederim.

Murat KAPICI  
Millî Eğitim Müdürü V.

Ek :  
1- Valilik Oluru (1 Sayfa)  
2- Onaylı Anket Formu (4 Sayfa)

21/12/2018  
Güvenli Elektronik İmza ile  
Aslı ile Aynıdır  
SEVGİN

Dağıtım :  
Gereği:  
B.E.Ü. Rektörlüğü'ne  
(Öğrenci İşl. Daire Bşk.)

Bilgi:  
İbrahim Fikri Anıl Ortaokulu  
Üzülmez Ortaokulu  
Asma Ortaokulu  
Mimar Sinan Ortaokulu

Adres: Valilik Binası Kat:3 Oda No:323  
Mekke-Zonguldak  
Elektronik Ağ  
e-posta:

Bilgi için: N.NAS ÇAKIR

Tel: 0 (372) 280 67 44  
Faks: 0 (372) 280 67 09

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksogut.gov.tr> adresinden 441F-4831-394E-9261-460E kodu ile teyit edilebilir.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Neslihan SATAN 1984 yılında Zonguldak'da doğdu. İlk öğrenimini Gazi Mustafa Kemal Ortaokulu, orta öğrenimini Ahmet Erdoğan İlköğretim Okulu'nda ve lise öğrenimini Zonguldak Mehmet Çelikel Lisesi'nde tamamladı. 2009 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden mezun oldu.2009-2015 yılları arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım birimlerinde görev yaptı. Şu an Atatürk Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım biriminde hemşire olarak görev yapmaktadır. (2015.....).Bülent Ecevit Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans öğrenimini sürdürmektedir.