

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

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇLERİN SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZLEM YILDIZ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2016

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Özlem YILDIZ'ın hazırladığı "Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", konulu çalışma, 13/07/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.


Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN (Danışman)

Harran Üniversitesi

BAŞKAN


Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

Atatürk Üniversitesi

ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA

Harran Üniversitesi

ÜYE

18/07/2016

Adı Soyadı
Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN' e, eğitimim süresince hep yanımda olan sevgili aileme teşekkür ederim.



Özlem YILDIZ

2016

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Sağlık.....	4
2.2. Sağlığı koruma.....	4
2.2.1.Birincil Koruma.....	4
2.2.2.İkincil Koruma.....	4
2.2.3. Üçüncül Koruma.....	5
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi.....	5
2.4.Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler.....	6
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	6
2.5.1.Sağlık Sorumluluğu.....	8
2.5.2.Fiziksel Aktivite.....	9
2.5.3.Beslenme.....	10
2.5.4.Manevi Gelişim.....	13
2.5.5.Kişiler Arası İlişkiler.....	13
2.5.6.Stres Yönetimi.....	14
2.7.Dünya’da ve Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Durumu.....	15
2.8.Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	16
2.9.Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	18
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	20
3.3.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	20

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.5.Araştırmanın Etik Boyutu.....	21
3.6.Veri Toplama Araçları.....	21
3.6.1. Bireysel Bilgi Formu.....	21
3.6.2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	21
3.7.Verilerin Toplanması.....	22
3.7.1.Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	22
3.7.2.Ön Uygulama.....	22
3.8.Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	23
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.10.Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4.BULGULAR.....	24
5.TARTIŞMA.....	39
6.SONUÇ.....	46
7.KAYNAKLAR.....	48
8.EKLER.....	
Ek 1.Anket Formu	
Ek 2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
Ek 3.Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı	
Ek 4.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	

Tablo 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri Dağılımı.....	29
Tablo 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Tarım İşçiliği İle İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	30
Tablo 3. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	33
Tablo 4. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den Aldıkları Puanlar Dağılımı.....	35
Tablo 5. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları.....	37
Tablo 6. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ölçeği II Ortalamaları.....	40
Tablo 7. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Tarım İşçiliği İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları.....	43

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ILO : International Labour Organization

MTİ : Mevsimlik Tarım İşçisi

SPSS : Statistical Packagefor Social Sciences

SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ GENÇLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Özlem YILDIZ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla Ekim 2015 – Haziran 2016 tarihleri arasında Hayati Harrani ve Yenice mahallelerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmış olup 300 mevsimlik tarım işçisi genç örnekleme oluşturmuştur. Veriler bireysel bilgi formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ile toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan ve katılımcılardan izin alınmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiş olup, analizde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi yapılmıştır. Gençlerin %43.7'si kadın, %26.3'ü okur yazar değil, %57.0'ı 5 yıl ve üzeri süredir tarım işçisi olarak çalışmaktadır. Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II toplam puan ortalaması 96.66 ± 1.69 olarak saptanmıştır. Gençlerin tarlada çalışma sürelerine göre fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3.651, p = 0.027$). Ayrıca gençlerin tarlada yaşarken kaldıkları yere göre fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($t = 2.550, p = 0.011$). Çalışma sonuçlarına göre mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II puan ortalamaları istenen düzeyde değildir. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu programların tüm MTİ gençlere ulaştırılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Mevsimlik tarım işçisi gençler, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hemşirelik

ABSTRACT

EXAMINING THE HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS OF YOUNG SEASONAL AGRICULTURAL LABORERS AND THE AFFECTING FACTORS

Özlem YILDIZ

Department of Nursing, Master Thesis

This descriptive study was conducted for the purpose of examining healthy life style behaviors of young seasonal agricultural workers and the affecting factors in Hayati Harrani and Yenice neighborhoods between October 2015 – June 2016. The study sample was selected by using the 30 cluster sampling technique of the World Health Organization and 300 young seasonal agricultural workers comprised the sample. The data were collected via a questionnaire form and the Scale of Healthy Life Style Behaviors II. In order to conduct the study, permissions were obtained from the Ethics Committee of Harran University and the participants. The data were evaluated in the SPSS 16.0 package software and analysis was performed by using descriptive statistics, independent samples t-test and variance analysis. It was determined that 43.7% of young laborers were female, 26.3% illiterate and 57.0% had been working as agricultural laborers for 5 years and above. In the study, the total score average of the Scale of Healthy Life Style Behaviors II was determined as 96.66 ± 1.69 . There was a statistically significant difference between the score averages of the lower dimension of physical activity according to the duration of working in the field ($F = 3.651, p = 0.027$). There was also a significant difference between the score averages of the lower dimension of physical activity according to the dwelling of young laborers in the field ($t = 2.550, p = 0.011$). According to the study results; the score averages obtained by young seasonal agricultural laborers from the Scale of Healthy Life Style Behaviors II are not at their required level. Thus, it is recommended to develop training programs aimed at healthy life style behaviors for all young seasonal agricultural laborers.

Keywords: Young seasonal agricultural laborers, healthy life style behaviors, nursing

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşları arası “adölesan dönem”, 15-24 yaşları arası ise gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır (1). Bugün Dünyada 10-24 yaş arası 1.8 milyar kişi bulunmaktadır ve bu gençler dünya nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır (2). Türkiye nüfusu 2015 yılında 78 741 053 kişi iken bu nüfusun 12 899 667 kişisi “15-24” yaş grubundaki genç nüfustan oluşmaktadır. Genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %16.4’tür. Genç nüfusun %51.2’si erkek, %48.8’i kadınlardan oluşmaktadır (3).

Gençlik dönemi biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. 15–24 yaşlar arasını kapsayan gençlik dönemi olumsuz sağlık davranışları açısından öncelikli risk gruplarıdır (4, 5). Çünkü gençlik dönemi, bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönemdir. Bu dönem merak, öğrenme ve deneyim kazanma dönemidir ve bu durum birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir (6). Yaşama hazırlık ve olgunlaşma dönemi olan gençlik döneminde gencin ilgi alanlarındaki artış, bağımsızlık kazanma isteği, kendi kendine karar verme yetisinin gelişmesi, sosyal hayata girme, zamanlarının büyük kısmını dışarıda geçirme, yaşlılarıyla bütünleşme ve gelecek kaygısı gibi süreçlerin başarıyla geçmesi beklenir. Ancak bu yaşam biçimindeki değişiklikler 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 davranışları da beraberinde getirmektedir (7, 8). Gençlik döneminde riskli sağlık davranışlarının azaltılması, sağlıklı yaşam biçiminin kazandırılması sağlığın geliştirilmesi aşamasında oldukça önemlidir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemelerinde sağlıklarını yükseltmeye yönelik davranışları seçerek uygulamalarıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise “bireylerin kendi iyilik seviyelerini korumalarına ve yükseltmelerine hizmet eden davranışlar” şeklinde tanımlanmaktadır (9). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve dengeli beslenmeyi, stres yönetimini, düzenli egzersiz yapmayı, manevi gelişimi, kişilerarası ilişkileri ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk almasını kapsar (9).

Sağlıkla ilgili davranışlar genellikle gençlik döneminde şekillenmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimlerin olduğu ve yeni sorumlulukların gerçekleştiği bu dönemdeki gençler, yaşam biçimleri üzerinde, daha fazla otonomi ve kontrol sahibidirler. Bu geçiş dönemi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği bir dönemdir (10). Bu yüzden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde gençlik dönemindeki gruplar daha önceliklidir (11).

Bu aşamada sürdürülebilir tarımsal üretimin kalbi olarak tanımlanan mevsimlik tarım işçileri (MTİ), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması açısından önemli bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Mevsimlik tarım işçileri (MTİ) dünyada 1.1 milyar tarım işgücünün yaklaşık 450 milyonunu oluşturmaktadır (12). Türkiye de ise tarım sektörünün istihdam içindeki payı Türkiye İstatistik Kurumu Hane Halkı İşgücü İstatistikleri Ağustos 2014'e göre %22.1'dir. Türkiye'de MTİ sayısına yönelik güvenilir kayıtlar bulunmamakla birlikte, toplam tarım işgücünün yaklaşık yarısı olduğu tahmin edilmektedir (13).

MTİ dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu, çalışma yaşamının en kötü şartlarına maruz kalan ve sosyal dışlanmanın bütün boyutlarını yaşayan bir grup olarak ele alınmaktadır (12). MTİ gençleri, yoksulluğun yanı sıra, temel eğitim ve yaşam boyu öğrenme olanaklarından yoksun kalmalarından dolayı sosyal dışlanmanın da bütün boyutlarını yaşamaktadır (1). MTİ'lerde tekrarlayıcı fiziksel hareketler, kötü postürde çalışma, stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, mola vermeden uzun süreli çalışma, düşük-yüksek sıcaklık, ağır kaldırma, kafa üstünde, omuzda ya da sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları en sık görülen sağlık sorunlarıdır (10,11,14).

MTİ'lerde literatürde en sık rastlanan risk faktörleri öğrenim düzeyinin düşüklüğü, kötü barınma ve çalışma koşulları, yoksulluk, tarımda kullanılan kimyasallar, kaza ve yaralanmalar, uzun – yorucu çalışma koşulları, sağlık, eğitim ve diğer hizmetlere erişememe olarak karşımıza çıkmaktadır (6,13).

Literatürde gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının demografik özelliklerden (15), aile, arkadaş, akraba, sağlık personeli ile etkileşimden etkilendiği belirtilmektedir (16).

Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi aşamasında sağlık personeli içinde yer alan hemşireler kilit rol oynamaktadır. Hemşireler eğitici rolleri yoluyla MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarına yardımcı olacaktır (10).

Literatür incelendiğinde gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar bulunmakla birlikte (17, 18, 19, 20) MTİ gibi özel bir gruptaki gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlere yönelik çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle bu alışma, MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak ve bu konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla yapılmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık

Sağlık, sadece hastalığın olmayışı olarak değil, bireysel sorumluluk ve yaşam kalitesini de içeren, geniş bir açıdan tanımlanmaktadır. Sağlık, korunma, öz bakım, optimal iyilik hali, sağlık davranışı gibi bir çok yeni başlığı içermektedir. Yaşantımızın bir kısmında kullanılan sağlık için evrensel bir tanım yapmanın oldukça zor olduğu belirtilmektedir. Fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynakların da önemini vurgulayan kişinin veya grubun, istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevre koşulları ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyi sağlık kapsamında ele alınmaktadır. Yaşamın bir amacı olan sağlığın ayrıca günlük yaşamın da önemli bir parçası olduğu bilinmektedir (21, 22).

2.2 Sağlığı Koruma

Koruma, kelime olarak “sakınma ve himaye altına alma” anlamlarına gelmektedir (23). Bu anlamdan yola çıkarak, “Sağlığı Koruma”nın sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma veya bu davranışları engelleme olarak tanımlandığı görülmektedir (24). Leavel ve Clark (1965), sağlığı koruma düzeylerini; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç gruba ayırmıştır.

2.2.1 Birincil Koruma

Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamaları ve koruyucu önlemleri içerir. Bireylerin, ailelerin, toplumun hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirmeleri, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmalarına yönelik aktiviteleri kapsar. Bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların kalıtsal yolla geçmesini önleme, sağlığı olumsuz etkileyen sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesi gibi uygulamalar birincil koruma kapsamında yer alır (25, 26, 27, 28).

2.2.2 İkincil Koruma

İkincil koruma, kişilerin ailelerin, toplumun en üst sağlık düzeyinde korunmasını sağlayarak hastalıkların gelişmesini önler ve hastalıkların presemptomatik evrede yapılan kontrollerde ve taramalarda erken tanı ve tedavisini kapsar. İkincil koruma hastalıkların erken

tanılanmasını sağlayan tarama s¼reçlerini içerir ve hastalıkların kronik hale gelmesini ¼nler (25, 26, 27, 28).

2.2.3 Üç¼nc¼l Koruma

Üç¼nc¼l koruma, kişileri hastalıkların tekrarlanmasından, komplikasyonlarından ve sakatlıklardan korumaya y¼nelik hizmetleri kapsar. Engellenememiş hastalık ve travmalar sonucu oluşan engellilik ve sakatlık durumunda olan bireylerin, bu engellerini yenerek kendilerini yeterli ve aynı zamanda ¼retken duruma getirmelerini, ayrıca toplumsal uyumlarını geliştirmelerini sağlar. Üç¼nc¼l korumanın odak noktası rehabilitasyon oluşturur ve kişilerin yetersizlikleri içinde en ¼st seviyede işlev g¼rmelerini sağlar (25, 26, 27, 28).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, gerek bireyin kendi sağlığını geliştirmesi gerekse de kendi sağlığı ¼zerindeki kontrol¼n¼ y¼kseltme g¼c¼n¼ kazanması olarak tanımlanmaktadır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın s¼rd¼r¼lmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması ¼nemlidir (29).

DSÖ'ye g¼re sağlığı geliştirme, kişi ve çevresi arasındaki ilişkilerin tekrardan d¼zenlenmesi; sağlıkla ilgili kişisel seçimlerin ve sosyal sorumluluğun belirlenmesidir (30). Başta sağlık eğitimi olmak ¼zere y¼netsel, yapısal ve kaynak d¼zenlemeleri şeklinde sağlanan, destekleyici çalışmaları kapsayan, sağlığı geliştirme m¼dahaleleri, g¼d¼leme teknikleri ve pekiştirmeyi kullanarak sağlıklı olmayı hazırlayan, olanaklı kılan ve g¼çlendiren davranış biçimlerini amaçlamaktadır. Bu sebeple sağlığın en ¼nemli belirleyicilerinden biri, davranışlardır (31).

Kişilerin sağlık davranışlarını optimal seviyeye çıkarabilmeleri için sağlığı geliştirme davranışları ¼nemli yer tutmaktadır. Bir toplumda sağlıklı bireylerin fazla olması toplumların sağlık d¼zeyi ile ilişkilendirilir. Her insanın temel haklarından biri olan sağlıklı olma, sağlığın korunması, s¼rd¼r¼lmesi ve sağlığın geliştirilmesinin ¼z¼n¼ oluşturur. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını ¼stlenmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını g¼nl¼k yaşam alışkanlıkları haline getirmelidirler (32). Sağlığı geliştirme, toplum sağlığını iyileştirmek için eğitimsel, sosyal, ekonomik ve politik çabaların buluştuğu geniş bir kapsamdır (30).

2.4. Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler

Sağlık bir çok bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler: genetik değişkenler, fizyolojik süreçler, psikolojik değişkenler, ruhsal özellikler, cinsiyet, sosyoekonomik durum, yaş, inanç gibi daha fazla arttırılabilecek özelliklerdir (33). Kişinin sağlığını etkileyen en önemli bileşenlerden birisi de kùltürdür. Kùltür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, gelenek ve görenekler olarak tanımlanmaktadır. Kùltür yaşamın dokusudur ve her insanın bir kùltürü vardır. Kùltürel yapılar bireylerin, hastalık, sağlık ve iyi olma durumlarıyla direkt ilişkili olduğu gibi, hastalığı ifade etme biçiminden ve verilen tedaviyi devam ettirme biçimine kadar bir çok konuda doğrudan rol oynar (34).

Ayrıca kişilerin sağlık ve hastalık ile ilgili algıları bireylerin farklı durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Bu algılar ve davranışlar bir çok faktör tarafından etkilenebilmektedir (35). Johnson ve arkadaşlarının araştırmasında; "Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireylere ait demografik özelliklerin, bilişsel algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerine etkili olduğu", özellikle yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile alakalı olduğu belirtilmektedir (36). Ayrıca bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını; aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği belirtilmektedir. Bireyin içinde bulunduğu çevrenin davranış geliştirmesinde, bireyin bilgi ve beceri düzeyinin ise davranış kazanmada etkili olduğu belirtilmektedir (37). Sağlığı geliştirme bir kişisel davranış değişikliği olarak hedeflense de sağlığın belirleyicilerine odaklanmıştır (38).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları ya da yapmaktan sakındıkları bir çok şeyi ifade etmektedir. Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı engelleyici davranış olarak tanımlanmaktadır (39).

Koal ve Cobb'a göre, sağlık davranışı; bireyin iyi olduğuna inanan, herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen bireylerin sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak belirtilmektedir. Gochman (1988) ise sağlık davranışını, sağlık düzeyinin korunması, sağlığın

geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Gochman, sağlık davranışlarının, bireyin inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını, bireysel tavırlarını, duygusal, psikolojik özelliklerini ve alışkanlıklarını da içerdiği belirtmiştir (40).

Sağlık davranışı, olumlu ve olumsuz sağlık davranışı olarak iki başlık olarak ele alınmaktadır. Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik bilinçli ve istekli davranışlarını ifade eder. Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak; yeterli dengeli beslenmek, düzenli uyumak, spor yapmak, yılda en az bir kez sağlık kontrolünden geçmek ve diğer bireylerle olumlu iletişim kurmak verilebilir (41).

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi davranış biçimlerini değiştirmek için kullanmaları gerekir. Aksi takdirde, bireyler olumsuz sağlık davranışı sergileyebilirler. Olumsuz sağlık davranışı ise, bireylerin sağlığı için risk oluşturan davranışları yapmasıdır. Olumsuz sağlık davranışlarına örnek olarak, sigara içme, alkol kullanma, ve düzensiz yemek yeme verilebilir (42).

Yaşam biçimi, bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu bireysel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları ayırarak düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin varlığı ve sosyal aktivitelerin varlığı gibi bir çok bileşenden etkilenmektedir (43 ,44, 45).

Yaşam biçiminin, yaşam kalitesi ve süresi üzerinde önemli bir etkisi vardır. DSÖ'ye göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin sebebi yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan, engellenebilir hastalıklardır (46). Günümüzde ölüm sebepleri arasında ilk sırada kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yer aldığı görülmektedir. Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde gelişmeler kaydedilmesine karşın, halen ölümler çok fazla olmaktadır. Beslenme biçimi, egzersiz, stres yönetimi, kalp-damar hastalıklarının engellenmesinde ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Sigara içme ile ilgili davranış değişikliği ile akciğer kanserinden ölme riskini düşürmektedir. Diyet, kanser ölümlerinin %35'inden sorumludur (47, 48). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda,

yaşam kalitesinin ve zamanının kontrolü büyük oranda gençlik döneminde seçilen yaşam biçimine bağlıdır.

İnsanları hastalıklara karşı korumak için düzenli beslenme ve egzersiz, sigara ve alkol tüketmeme, aşırı yorgunluktan ve stresten kaçınma, günde minimum 7-8 saat uyku, çevreyi sağlıklı hale getirme gibi çeşitli uygulamaları yapar duruma getirmek gerekmektedir (49,50). Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmelere bakıldığında, toplumlarda öncelikle hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, daha sonra ise hastalıktan korunmanın yolları arandığı görülür. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına içermektedir. Bu nedenle insanları hastalanmaktan koruyan ve hayat boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan birçok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamalar “Sağlıklı Yaşam Biçimi” olarak isimlendirilmektedir (51).

Pender 1982 yılında sağlıklı yaşam biçimini sağlığı geliştirmenin bir faktörü olarak belirtmiştir. Pender’e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimini kapsamaktadır (52).

2.5.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık için bireysel sorumluluk kavramları, insanlık tarihi boyunca var olmuş ve günümüze kadar sürmüştür. Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlığıyla ilgili olarak önleyici, koruyucu, ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği oluşturmasıdır. Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder. Sağlığına ne düzeyde özen gösterdiğini belirler. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde önemli rol oynar. Bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli cinsel davranışlar, alkol almak vb.) uzak durmasını sağlar (53, 54):

- Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi; Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi takipleri yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine önem vermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini güncellemesi,

- Sağlıkla ilgili konuları değerlendirmesi,
- Sağlıkla ilgili güncel yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi ve iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili herhangi bir değişiklik olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir.

2.5.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan vücut hareketidir. Büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının ilerletilmesi ve kardiyovasküler direncin arttırılması olarak tanımlanmaktadır (55, 56).

Yaşam kalitesini arttırarak sağlıklı yaşamak, günümüzde uzun yaşamak kadar önemli bir mevzudur. Fiziksel aktivite sağlıklı yaşlanmak ve yaşa bağlı oluşabilecek sağlık risklerini farklı yöntemlerle en aza indirebilmek için temel etkenlerden biridir. DSÖ'nün 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1.9 milyon bireyin ölümüne sebep olmaktadır. Dünya toplumlarında meme kanseri, kolon kanseri, diyabet vakalarının yaklaşık olarak %10-16'sına ve kalp hastalıklarının %22.0'ına hareketsiz yaşam neden olmaktadır (55). Fiziksel aktivite ve egzersiz, tarih boyunca farklı uygarlıklar ve toplumlarda, yaşamın bütün dönemlerinde önemli bir yeri olmuştur. Milattan önce ve sonraki zamanlarda egzersiz ve sağlık arasında pek çok ilişki kurulmuş, in'de güzel hareket öğretisi bulunan bir fiziksel aktivite sistemi olan Tai Chi Chuan, Hindistan'da fiziksel uygunluk, uygun solunum ve diyet üzerine odaklanan Yoga felsefesi gibi eğitimler milattan önceki dönemlerde başlamıştır. Eski Yunan'da yüksek atletik düzeye ulaşanların, tanrıların ruhsal ve fiziksel kuvvetlerini temsil ettiklerine inanılmıştır. Batı tarihçileri, egzersiz ve tıp arasındaki ilişkinin Herodicus, Hippocrates ve Galen dönemlerinden bu yana varlığı konusunda fikir birliği içinde olmuşlardır (57). Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkili olamayacağı bilinmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersiz, sağlığın daha da geliştirilmesine fayda sağlar. Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesi ile birlikte toplumdaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine neden olmuştur. Ayrıca hızlı ve çarpık kentleşmenin getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemlerle birlikte psikolojik gerginliğe neden olan birçok faktör de ortaya çıkmıştır. Tüm bu değişiklikler sebebiyle organizmayı canlı ve sağlıklı kılmak için genel

sağlık kurallarına uymaya önem vermek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (56). Fiziksel egzersizin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sürdürmek ve geliştirmek için pek çok olumlu etkisi vardır (55,58, 59, 60)

Bu etkiler;

- Kas kuvvetini, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır,
- Lökomotor sistemin hastalıklarını engeller ve tedavi eder,
- Vücut yağ oranını düşürerek, kilo kontrolüne yardım eder,
- Kan basıncını azaltır,
- İnsülin hassasiyetini artırır ve kan şekerini azaltır,
- Serum LDL kolesterol düzeyini azaltır,
- Serum HDL kolesterol düzenini yükseltir,
- Kanseri türlerinin (meme, kolon ve prostat kanseri gibi) önlenmesine yardımcı olur,
- Stres oranını azaltır,
- Kardiyovasküler işlev durumunu ve performansı geliştirir,
- Osteoporozu engeller,
- Hareketsiz yaşayan bireylere göre yaşam beklentisini yükseltir

2.5.3. Beslenme

Beslenmenin tanımı; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda alması ve bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak yapılabilir. Bilimsel araştırmalarla, insanın yaşamı için yaklaşık 50 besin öğesine gereksinimi olduğu ve aynı zamanda insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar miktarda alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında veya gereğinden az ya da fazla alındığında, büyüme ve gelişmenin önlendiği ve sağlığın bozulduğu belirlenmiştir (61).

Vücuttaki işlevlerin yerine getirebilmesi için gerekli olan enerji besin maddelerinden kullanılır. Rutin olarak alınması gereken besinler; su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller olmak üzere altı tane önemli besin öğesinden oluşur. Su, yaşamı oluşturan ve aynı zamanda devam ettiren temel besin maddesidir. Organizma faaliyetlerinin ve canlılığın, zindeliğinin sürdürülmesi için gerekli olan enerji ise besinlerdeki karbonhidratlardan,

yağlardan ve proteinlerden sağlanır. Vitamin ve mineraller ise vücut içindeki biyokimyasal olaylarda önemli rol oynar (58).

Beslenme uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilir. Bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah ve huzur göstergelerinden biri olarak kabul edilmiştir. Toplumun ve kişilerin sağlıklı ve zinde olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme önemli koşullardandır (58). Sağlığın devam ettirilebilmesi ve geliştirilmesi için, vücudun besinlere gereksinimi vardır. Hayat boyu geçilen bebeklik, çocukluk, ergenlik, gebelik, emzirme, menopoz, iyileşme gibi dönemler ve yapılan işlere uygun olarak her besin grubundan tüketilmesi gereken miktarlar farklılık gösterebilir. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde en önemli sıralarda yer alan faktörlerden biridir. Yenilen besinlerle hastalıkların meydana çıkması veya kişinin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıksız beslenme neticesinde osteoporoz, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar geniş çapta görülmektedir. Günümüzde yaşam koşullarının oluşturduğu, "fastfood" türü beslenme biçimi alışkanlık haline gelmiştir. Bu durum, özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve obezite sorunlarının meydana çıkmasına sebep olmaktadır (62).

Sağlıklı ve doğru beslenme; dengeli ve yeterli beslenme, çeşitli gıdaları tüketme ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma olarak açıklanmıştır (63). Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, işlevlerini sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin uygun miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme olarak açıklanır. Çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise zararlı ve dengesiz beslenme problemlerine neden olur. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi gelişimsel, kültürel ve ekonomik sebepler, alışkanlıklar ve sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (58, 64).

Sağlıklı Beslenmede;

- Öğün atlanmaması ve düzenli beslenme,
- Günde üç ana öğün, mümkünse bir-iki ara öğün olarak tüketme,

- Yiyeceklerin yavaş yavaş yenilmesi ve iyi çiğnenmesi,
- Günlük yağ tüketimini düşürerek, çok yağlı yiyeceklerin tüketilmemesi,
- Günlük şeker ve tuz tüketim miktarının azaltılması,
- Posalı yiyecek tüketim miktarının artırılması,
- Her gün rutin olarak kahvaltı yapılması önerilmektedir (65).

Günümüzde beslenme ile ilgili sorunların başında, modern yaşamda günlük enerji tüketiminin azalmasına karşın rafine gıdalardan alınan enerjinin artması sonucunda oluşan şişmanlık ve obezite gelmektedir (62). Kilolu veya şişman olmak, yüksek kan basıncı ve kan kolesterolü, kalp damar hastalıkları, inme, şeker hastalığı, bazı kanser türleri, artritler ve solunum yetersizlikleri gibi sağlık sorunları olasılığını yükseltir. Zayıflık ise verimliliği ve vücut direncini düşüren, istendik olmayan bir durumdur. Yetişkinler ve çocuklarda, boy uzunluğuna göre olması gereken kilo ve boy oranını belirlemek için farklı yöntemler kullanılır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) pratik ve kullanışlı bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2010). BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü ile BKİ hesaplanabilir (66).

Bu formüle göre,

- BKİ'nin; <18.5 olması zayıf olduğunu
- 18.5 - 24.99 arasında olması normal olduğunu
- 25.0 - 29.99 arasında olması kilolu olduğunu
- 30.0 - 34.99 arasında olması sınıf I obez olduğunu
- 35.0 - 39.99 arasında olması sınıf II obez olduğunu
- 40.0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilir.

Gıdalarla ilgili bir diğer tehlikeli ve riskli durum ise bazı hazır gıdaların içerdiği katkı maddeleridir. Bu katkı maddeleri genellikle gıdaların görüntüsünü, kokusunu daha cazip hale getirmek, dayanıklılığını, kıvamını ve tadındaki lezzetini artırmak üzere kullanılan kimyasal

maddeler içerir. Bunların birçoğunun kanser yapıcı etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Bu sebeple tüketilen gıdaların bu tür maddeler içermemesine çok dikkat edilmelidir (62).

2.5.4. Manevi Gelişim

Sağlık kavramı, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ruhsal durum gibi hayatının bütün boyutlarıyla ilgilidir. Yapılan araştırmaların sonucunda büyük bir bölümü ruhsal durum ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuş olduğu belirtilmiştir. çalışmalarda, kişinin ruhsal inançlarının sağlığı, uzun yaşamayı ve fiziksel hastalığın iyileşmesini olumlu olarak etkilediği saptanmıştır. Bireyin bedenine bakması, hem bedensel anlamın yanında manevi yanının da olması hem de kendini gerçekleştirebilme düzeyinin artmasını ve sonuç olarak da sağlığın geliştirilmesini destekler ve geliştirir. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olmakla kalmayıp, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyidir olarak tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştirmiş insan, kendini tanıy aynı zamanda güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program içinde belli bir hedefe yönelik bir yaşam sürdürür. İnsanın davranışlarına yön veren temel güdü, bireyin kendini gerçekleştirme güdüsüdür. Bu nedenle manevi gelişim ve beraberinde getirdiği kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasında ve geliştirilmesinde oldukça önemli olduğu bilinmektedir (58, 67).

2.5.5. Kişilerarası İlişkiler

Kişilerarası ilişkiler, insanların kendi aralarında olan ikili veya grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığın geliştirilmesindeki önemi küçümsenmeyecek bir kavramdır. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, sürekliliğine ve düzeyine bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli ve temel nokta etkin bir iletişimin oluşmasıdır (68). Her ne kadar insanın temel gereksinimlerinden birinin “iletişim” olduğu ifade edilse de; aslında bu söylem iletişimin önemini vurgulamanın bir başka yöntemidir. İnsan yaşamında temel olan “ilişki”dir. İnsanın asıl gereksinimi ilişki ihtiyacıdır. İletişim bu ilişkiyi sağlayan araçlardan biridir, belki de en önemlisi ve en temel olanıdır (69).

Kişilerarası ilişkilerde destek veren birey ya da bireyler koşulsuz ve şartsız bir yaklaşımla, güven verici tutum ve davranışlarıyla iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasına yardımcı olur. Destek veren kişi ya da kişiler problemin çözümüne, altta atan asıl ihtiyacının açığa çıkmasına, bireyin baş etme kabiliyetinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar.

Kişilerarası desteği iyi olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş edebilir. Bunun sonucunda üretkenliği ve yaşam kalitesi olumlu etkilenir (68). İnsanın kendini, duygu ve düşüncelerini gereksinmelerini anlatma ve başkalarını anlama yolu iletişim olarak açıklanır. İletişim en az iki kişi arasında olur, ilişki bağı olumlu gelişir ve bu bağ karşılıklı değer vermekle, saygı duymakla ve destek olmakla ilişkilidir. Kişilerarası ilişkinin sağlıklı ve olumlu olarak yürütülmesinde aşağıdaki unsurlar önemli kilit oynar (58,70).

- Algılama biçimi (bireyin genel yaşantıları olup, davranışın yönünü belirleyicidir)
- Değerler (değer sisteminde yaş, cinsiyet, inanışlar önemli rol oynar)
- Kültür (bireyin dünya görüşüdür ve örf ve adetler)
- Duygular (öfke, sevgi, şefkat, kin)
- Bireyin sosyal konumu

Kişilerarası ilişkilerde önemli noktalardan birisi aktif olarak dinlemedir. Aktif olarak dinleme bilgi alma, bilgi verme, bireyi tanıma, sorunlarını belirleme ve çözüm yolu bulmada çok önemlidir. Kişilerarası desteği olumlu gelişmiş olan bir birey sorunlarıyla daha iyi baş eder, üretkenliği ve yaşam kalitesi de pozitif yönde etkilenir (58, 70).

2.5.6. Stres Yönetimi

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan olumsuz bir durumdur. Tehdit ve zorlanmalar karşısında kişi kendini korumaya yönelik bir tepki zinciri oluşturur ve bu tepki zincirini harekete geçirme özelliğine sahiptir. Bu yönü ile, tehlike ile karşılaşınca “savaş yada kaç” diye adlandırılan tepkinin meydana çıkmasıdır. Bir tehlike ile karşı karşıya gelen kişi başa çıkamayacağına inandığı bu tehlikeden uzak durmaya çalışır, başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşır ve bunun sonucunda yeni duruma bir uyum sağlamış olur. Ama zaman zaman stres içinde olan kişiler kendilerine gereken önemi vemez ve sağlıklarını tehlikeye ve riske atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel fonksiyonlarını, hastalıklarla savaşma kabiliyetini etkiler ve hastalığın ilerlemesine katkıda bulunabilir. Stres olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz ve riskli sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı negatif yönde etkiler (58, 70, 71).

Vücudumuz stresle baş edebilecek bir yapıdadır ve aynı zamanda yeni duruma uyum sağlayabilme yeteneğine sahiptir. Uyum sağlama, yeni karşılaşılan duruma organizmayı tehdit eden nedene yönelik olarak homeostatik dengeyi korumak için geliştirilen bir dizi olayları kapsayan süreçtir. İnsanın strese uyum eğilimi mevcuttur. Bu uyum fizyolojik-biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel olarak üç boyutta gerçekleşir. Uyumun gerçekleştiği her boyutta, kişisel farklılıkların olduğunu kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Uyum sürecin aşamasında, organizmanın tepkileri yeterli, yetersiz veya uygun olamayan biçimlerde olabilmektedir. Ayrıca uyum sürecinde organizmada bazı uyaranlara duyarlılık yükselir veya düşer (71). Uyum sürecinde durumla ilgili gerçekçi amaçlar belirlemek, uyum için davranış değişikliği geliştirebilmek, baş etme yöntemlerini bilmek ve uygulamaya geçirebilmek ve gerektiğinde destek almak çok önemlidir. Stres ile baş etme yöntemlerinin başlıca amacı, stresi azaltmak, kontrol etmek ve baş etmeyi geliştirmektir. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlar ve yardım eder. Bu hastalıklar baş ağrısı, yüksek tansiyon ve kalp rahatsızlıkları gibi fiziksel hastalıklar olabildikleri gibi, psikolojik ya da zihinsel hastalıklar da olabilmektedir. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesinin temel ve önemli amaçlardan biridir. Çünkü sağlığı geliştirmek bakım maliyetlerini düşürür, yaşam kalitesini yükseltir ve hastalıkların önlenmesini sağlar. Stresin azaltılması kişinin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin olumlu bir biçimde yönetilmesine de katkı sağlar. Örneğin sosyal iletişim kaynakları, stresi azaltmak için kullanılan dış kaynaklardır. Sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada kullanılan iç kaynaklardır. Stres ile baş etmeye yönelik olarak sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, baş etme ve gevşeme yöntemleri geliştirmek, gevşeme eğitim ve sosyal destekleri geliştirmek gibi teknikler kullanılabilir (70).

2.7.Dünyada ve Türkiye’de Mevsimlik Tarım İşçilerinin Durumu

Gelişmiş ülkelerde tarımsal üretimin devam ettirilmesinde istihdam edilen bireylerin büyük bir bölümünü MTİ oluşturmaktadır (4,11). Dünyada MTİ’lerin en az %80’inin sosyal güvencesinin olmadığı %60’ından fazlasının yoksulluk sınırının altında hayatını sürdürdüğü ve % 70’inin tarlalara çocuklarını da götürüp, birlikte çalıştıkları belirtilmiştir (12,75). Mevsimlik tarım işçileri, dünyadaki mevcut olan 1.1 milyar tarım işgücünün neredeyse 450 milyonunu oluşturmaktadır (12). Uluslararası çalışma örgütü (ILO) tarafından, dünyada %35 ile tarımın ikinci istihdam alanı olduğu, bu oranın bölgesel olarak dağılımı incelendiğinde

Sahra altı Afrika'da %59.0, Güney Asya %53.5, Güneydoğu Asya ve Pasifik'de %44.3, Doğu Asya'da %36.9, Latin Amerika'da %16.3, gelişmiş ekonomiler ve Avrupa Birliği ülkelerinde %3.7'dir (14). Türkiye'deki tarım işgücünün de büyük kısmını mevsimlik tarım işçileri tarafından karşılamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2013 yılı Hane Halkı İşgücü verilerine göre istihdam edilenlerin %22.5'ini tarım sektöründeki işçiler oluşturmaktadır. Yaklaşık 6 milyon kişi bu sektörde çalışmaktadır (72). Tarım sektöründeki bu iş gücünün yarısını da mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (2). Tarımsal kökenli mevsimlik göçte, Doğu, Güneydoğu ve Orta Anadolu Bölgelerinde yaşayan insanların çoğunlukla aileleri ile beraber, yılda yaklaşık 3-4 aylığına, pamuk, fındık, tütün, çay, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun ve aktif olarak sürdürüldüğü Çukurova, Karadeniz, Ege, Marmara ve İç Anadolu Bölgelerine; ekim, dikim, çapa, sulama ve hasat dönemlerinde göç ettikleri belirlenmiştir (73).

2.8.Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Mevsimlik tarım işçisi (MTİ) gençler, aileleri ile birlikte Türkiye'de tarımsal üretimin yoğun ve aktif olarak sürdürüldüğü yerlere mevsimlik işgücü olarak göç eden, yılın büyük bir kısmını tarım alanlarında sağlıksız ve riskli yaşam alanlarında geçiren, fiziksel, kimyasal ve sosyo-kültürel risk etkilenimi yüksek ve hizmete erişim sorunları olan önemli bir gruptur (11,74, 75, 76). 2015 yılı sonu itibariyle Türkiye'de nüfusun %16.4'ü gençlerden oluşmaktadır (72). Tarımsal üretimin yaygın ve aktif olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından riskli grup kadınlar, çocuklar, gençler, yaşlılar ve MTİ'ler olarak tanımlanmıştır (13).

MTİ gençler özellikli bir grup olduğundan dolayı sağlıklı yaşam biçimi davranışları birçok faktörden etkilenmektedir. Bir toplumun sağlık düzeyini belirleyen pek çok etken vardır. Bunlar; o toplumdaki biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel ve çevre faktörleri (hava, su, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı / erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikalarıdır. Bütün bu faktörlerin erken ölüm ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Bu sebeple gelişmiş ve gelişmekte

olan ülkeler arasında önemli farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri arasında da farklılıklar olmaktadır (13).

Literatürde toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli etken olduğu belirtilmektedir (77). Mevsimlik tarım işçisi gençler sağlık hizmetlerine ulaşırken pek çok engel ve olumsuzlukla karşılaşmaktadır. Yoksulluktan kaynaklanan sorunların yanında dil, kültür engelleri ve ulaşım da önemli problemlerdendir. Bunun yanında mevsimlik tarım işçileri, kendilerinin ulaşabilecekleri sağlık programları hakkında da bilinçli ve farkında değildirler (78). Tarım işçilerinin hareketliliği ve göçmen yaşam tarzları sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kısıtlamakta ve zorlamaktadır. Tarım işçilerinin mobilitesi, devamlılığı gereken tedavi (örn. kanser taraması) ve uzun süren tedavilerin (örn. Tüberküloz ya da diyabet) sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Bir çok tarım işçisi tıbbi bakımı evlerine dönene kadar ertelemeyi tercih etmektedir (74). Ülkemizde de mevsimlik geçici tarım işçisi ailelerin, ancak ortalama 4 ay sürekli yaşadıkları adreslerinde kaldıkları belirlenmiştir. Bu durumun aile bireylerinin kayıt altına alınmasını zorlaştırırken, koruyucu erken tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmalarını da engellediği ve kısıtladığı ortaya çıkmıştır (79).

Gençlik dönemi mortalite ve morbiditenin çocukluğa göre az olduğu, fakat yeterli sağlık bilgisine ve sağlık hizmetine erişememeye bağlı hastalık ve erken ölüm risklerinin artış gösterdiği bir dönemdir. Dünyada her yıl 2.6 milyon genç insanın önlenemez ve engellenebilir nedenlere bağlı öldüğü bildirilmektedir. Yaşları 15-19 arasında değişen gençlerin neredeyse %20'sinin anksiyete veya depresyon gibi ruh sağlığı sorunu yaşadığı, 10-24 yaşları arasında her gün 430 kişinin şiddete bağlı öldüğü tahmin edildiği bilinmektedir (1). Nüfusun önemli kısmını oluşturan bu özel grubun nitelikli sağlık hizmetine erişememesi durumunda sağlık riskleri beraberinde getirdiği bilinmektedir (80). Bütün bu risklerin azaltılması veya ortadan kaldırılması için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik hizmetlerin yaygınlaştırılması ve aynı zamanda etkili hemşirelik girişimlerinin hayata geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Barınma sorunlarının ve gıda eksikliğinin ön planda olduğu MTİ'lerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi ve geliştirilmesi oldukça güç görünmektedir. Ancak sağlığı koruma ve geliştirme çerçevesinde tarlalarda uygun hemşirelik hizmetleri ile kişilere eldeki imkanlar dahilinde pozitif sağlık davranışlarını kazandırmak mümkün olacaktır. Sonuç olarak

toplumun kültürel özellikleri, ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim durumuna bağlı olarak gencin tutum ve davranışları şekil alır ve bireysel farklılıklar ortaya çıkar (81).

Gencin büyüme ve gelişme sürecine uyumu ve bununla birlikte, bu döneme özgü sağlık sorunları da diğer dönemlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Ergenlik ve gençlik döneminde meydana gelen ve sağlığı negatif etkileyen bazı davranışlara örnek olarak, sigara içme, alkol yada madde kullanımı, riskli (alkollü, emniyet kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, evden ya da okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere karşı ilgisiz, mesleksi ya da toplumsal yeteneklerde yetersizlik, hareketsiz ve sağlıksız yaşam, sağlıksız yeme davranışları ve yetersiz-dengesiz beslenme ile büyüme ve gelişmenin bozulması, kendi ve karşı cinsiyet özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgiye sahip olmaması gibi nedenlerle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların ve istenmeyen gebeliklerin oluşması gibi sağlık sorunlarının meydana gelmesi verilebilir (82).

Gençlerin davranışlarını belirleyen psikososyal alt yapıları (inanç ve değerleri, düşünceleri) riskli davranışların içselleştirilmesinde önemli rol oynamakta ve bunun yanında kişilik yapısı da riskli ve olumsuz davranışın görülmesini etkilemektedir (83).

Gençlik dönemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının pekiştirildiği ve geliştirildiği bir dönemdir (84). Bu sebeple, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ergenlik ve gençlik dönemindeki riskli gruplar daha öncelik sahibidirler (85).

2.9.Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşireliğin asıl sorumluluğu bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, sosyal ve ruhsal yönden sağlıklı olmasına yardım etmektir (86). Hemşirelerin rol modeli olarak kişilere sağlık durumlarını geliştirmeleri hususunda yardım etmesi, geliştirmesi ve desteklemesi, stresle baş etme, beslenme, formda kalma ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili öz bakım aktivitelerini öğretmesi hemşireden beklenenler arasındadır(87).

Amerikan hemşireler birliği, hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolü ve sorumluluğunu, “Hemşirenin, kişilerin, grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyum sağlamalarını, bireylerin sağlıklarını etkileyen çevreyi değerlendirme ve sağlığı geliştirici ve düzenleyici hemşirelik girişimlerini yapmakla sorumlu olduğunu” bildirmektedir (88).

Sağlık çalışanları, gerek mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gerekse de sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Hemşireler buldukları toplum içerisinde rol model olarak kabul edilirler. Hem sigaraya olan yaklaşımlarının hem de beslenme ve fizik egzersiz yapma durumları ve diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergiliyor olmaları bu anlamda önemlidir (89). Sağlık çalışanları, sağlığı negatif etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit etmeli ve topluma sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve negatif davranışların sağlık için gerekli pozitif davranışlarla yer değiştirmesini sağlamalıdır. Bu sebeple, her sağlık profesyoneli sağlığı geliştirmenin önemini kavramalı ve toplumdaki bireylerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesi için motivasyon artırıcı davranışlar sergilemelidir (90, 91, 92, 93).

Sağlığın geliştirilmesi ve toplumun sağlıklı davranışlar konusunda bilgi sahibi olması, yönlendirilmesinde sağlığa ilişkin meslek profesyonelleri arasındaki sayısal oranda üstünlüğü ve halkla daha çok iletişim halinde olması nedeni ile hemşireler ön plana çıkmaktadır. Hemşirenin değişen yaşam koşullarının gereği olarak görülen eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde büyük önem arz etmektedir (94, 95, 96, 97). DSÖ ve bir çok sağlık kuruluşu da, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri göstermekte ve önermektedir (98). Hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları (biyolojik, psikolojik, sosyal) ve çevresi ile birlikte ele alırlar. Hemşireler sağlıklı ve hasta kişiyle sürekli etkileşim içinde olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde çok önemli bir yere sahiptir. Hemşirenin bir eğitimci olarak etkinliği, yalnızca öğretme yeteneğine değildir. Kendini bu rolde donanımlı hissetmesi ile ilgilidir. Hemşire, bakımdaki temel uygulamalarda olduğu kadar eğitimle ilgili gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışlara da sahip olmalıdır (99).

Mevsimlik tarım işçisi gençlerin bu dönemde yaşadığı sorunlar ve endişeleri, gencin içinde yaşadığı çevre, sosyo-kültürel özellikleri, sağlık hizmetinin erişilebilirliği ve niteliği ile ilgilidir. Sonuç olarak hemşireler gençlik döneminde özellikli ve riskli bir grup olan MTİ gençleri çevreleri ile bir bütün olarak değerlendirmeli, riskli sağlık davranışlarını tespit etmeli, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için girişimlerde bulunmalıdır.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırma Ekim 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Şanlıurfa il merkezinde muhtar bildirimleri ve yapılan çalışmalar incelendiğinde mevsimlik tarım işçilerinin en yoğun yaşadığı ilçenin Eyyübiye ilçesi olduğu görülmüştür. Bu ilçe toplam 32 mahalleden oluşmakta ve ilçede 112705 tarım işçisi yaşamaktadır. Ayrıca ilçenin 13 mahallesinde mevsimlik tarım işçileri yoğun olarak yaşamaktadır. Mevsimlik tarım işçilerinin %50'sinden fazlası bu mahallelerde yaşamını sürdürmektedir. Bu nedenle bu çalışma mevsimlik tarım işçisi gençlerin yoğun yaşadığı mahalleler arasında muhtar bildirimleri doğrultusunda Hayati Harrani ve Yenice mahallelerinde gerçekleştirilmiştir.

Bölgede yaşayan mevsimlik tarım işçilerinin ekonomik durumu kötüdür ve geçimlerini tarım ve hayvancılıkla sağlamaktadırlar. Eğitim durumu açısından incelendiğinde okur-yazar oranı düşüktür. Sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri yoluyla sağlanmaktadır (79,100).

3.4.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tarım işçilerinin yoğun olduğu Yenice ve Hayati Harrani mahallelerinde yaşayan 15-24 yaş arası MTİ gençler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örnek seçiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılarak ve her kümede 10 kişiye, toplamda ise 300 kişiye ulaşılmıştır (15). Kümeler için başlangıç noktası olarak iki mahalledeki sokaklardan basit rastgele yöntemle 30 sokak belirlenmiştir. Seçilen her sokakta başlangıç noktası olarak sokak başındaki ilk haneden başlanılmış ve 10 kişiyi tamamlayana kadar sağ taraftan devam edilerek küme tamamlanmıştır.

Her evde sadece bir 15-24 yaşları arasında gençle görüşülmüştür. Evde aynı yaş aralığında, anketi yanıtlayabilecek birden fazla genç olduğunda, kişi seçme tablosu kullanılarak (Kish yöntemi) bir genç ile görüşme yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan (EK 3) yazılı (09/10/2015 tarih ve 74059997.050.01.04/178 sayılı karar) izin alınmıştır, çalışmaya katılmayı kabul eden MTİ gençlerden sözlü onam alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanma Araçları

Verilerin toplanmasında bireysel bilgi formu (EK 1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (EK 2) kullanılmıştır.

3.6.1. Bireysel Bilgi Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan bireysel bilgi formu; sosyo-demografik özellikleri, mevsimlik tarım işçiliğini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bilgileri içeren 34 sorudan oluşmuştur (EK 1).

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYDBÖ II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II), Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir (16). Ölçek 1996 yılında yeniden revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır (15). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (87). Ölçek derecelendirmesi 4'lü likert tipindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçek 52 maddedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Cronbach Alpha katsayısı .92'dir. Alınan puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olduğunun göstergesidir. Ölçek, altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt gruplar; sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. madde), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. madde), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. madde), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. madde), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. madde) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. madde).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür.

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (87) (EK 2).

3.7.Verilerin Toplanması

3.7.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Bireysel bilgi formunun uygunluğunu belirlemek amacıyla beş uzmandan görüş alınmıştır. Alınan görüşler doğrultusunda bireysel bilgi formu yeniden yapılandırılmıştır.

3.7.2. Ön Uygulama

Veri toplama formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulanma planının belirlenmesi amacıyla 15.01.2016 - 25.01.2016 tarihleri arasında Şanlıurfa ili Yenice Mahallesi'nde 15 ve Hayati Harrani Mahallesi'nde 15 kişi, toplamda 30 MTİ genç ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilerek son hali verilmiştir.

3.8. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulanma aşaması Ocak - Mart 2016 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Verilerin toplanması araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve SYBDÖ II kullanılarak yapılmıştır. Günde 15-20 MTİ genç ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeler 15-25 dakika sürmüştür.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamalarıdır.

Bağımsız değişkenleri; Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum sosyal güvence, eğitim durumu, konuşulan dil, ailedeki birey sayısı), MTİ gençlere yönelik özelliklerdir (aile tipi, yaşadığı yer, sağlık kuruluşunun varlığı, tarlada kalma süresi, MTİ olarak çalışma süresi).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package Social Sciences (SPSS) 16.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız gruplarda t testi), varyans analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Cronbach's Alpha sayısı hesaplanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan gençler sürekli kaldıkları yerlerde sadece üç veya dört ay bulunmaktadır. Yılın geri kalanını tarım alanlarında geçirmektedirler. Bu nedenle veri toplama zamanı kısıtlıdır. Çalışma MTİ gençlerin yoğunlukta yaşadığı iki mahallede gerçekleştirildiği için Şanlıurfa'ya genellenemez.

4. BULGULAR

MTİ gençlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tablo 1’e göre; gençlerin %43.7’si kadın, %63.0’ı 15-19 yaş arası ve ortalama yaş 18.79, %41.0’ı evlidir. Gençlerin %26.3’ü okur yazar olmayıp, %54.3’ü gelir durumunu orta düzeyde olarak değerlendirmiş, %57.0’ının sağlık güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Anne eğitim durumunun %71.0’ı okur yazar değil, baba eğitim durumunun %11.7’si okur yazar olmadığı saptanmıştır. MTİ gençlerde evde konuşulan dil %44.0 ile Arapça, % 42.3 ile Kürtçe olarak saptanmıştır. MTİ gençlerin %37,0’ının hanedeki birey sayısı 10’dan fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo - Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	131	43.7
Erkek	169	56.3
Yaş		
15-19	189	63.0
20-24	111	37.0
Medeni Durum		
Evli	123	41.0
Bekar	177	59.0
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	79	26.3
Okur yazar	39	13.0
İlkokul	71	23.7
Ortaokul	42	14.0
Lise ve üzeri	69	23.0

Tablo 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Sosyo - Demografik Özellikler	n	%
Anne Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	213	71.0
Okur yazar	74	24.7
İlkokul	9	3.0
Ortaokul	4	1.3
Baba Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	35	11.7
Okur yazar	84	28.0
İlkokul	89	29.7
Ortaokul	88	29.3
Lise ve üzeri	4	1.3
Gelir Durumu		
İyi	22	7.3
Orta	163	54.3
Kötü	115	38.3
Sağlık Güvencesi		
Var	129	43,0
Yok	171	57.0
En Çok Konuşulan Dil		
Türkçe	23	7.7
Arapça	132	44.0
Kürtçe	127	42.3
Hanede Yaşayan Birey Sayısı		
10 ve altı	189	63.0
10'un üstü	111	37.0
Toplam	300	100.0

MTİ ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2’ye göre gençlerin %57.3’ü 4 yıl ve üzeri süredir tarım işçisi olarak çalıştıkları belirlenmiş olup %89.0’ı tarım alanının eve uzak olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca %80.7’si tarlada çalışırken çadırda, %19.3’ü baraka gibi yerleşim birimlerinde konakladığını ifade etmiştir. Gençlerin % 55.0’ı yıl içinde 4-6 ay, %14.3’ü 7 ve daha fazla ay tarlada çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Gençlerin %25.7’si tarlada yaşarken doktor-hemşirenin kendilerini ziyaret ettiğini belirtmiştir. Ziyaret edilen gençlerin %33.7’si sağlık eğitimi, %25.9’u aşı ve %24.6’sı kontrol için ziyaret edildiklerini ifade etmişlerdir.



Tablo 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Tarım İşçiliği İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tarım İşçiliği İle İlgili Özellikler	n	%
MTİ Olarak Çalışma Süresi		
0-1 Yıl	48	16.0
2-3 Yıl	80	26.7
4 yıl ve üstü	172	57.3
Ev Tarım Alanına Yakınlığı		
Evet	33	11.0
Hayır	267	89.0
Tarlada Yaşanılan Yer		
Baraka	58	19.3
Çadır	242	80.7
Tarlada Çalışma Süresi		
1-3 ay	92	30.7
4-6 ay	165	55.0
7 ay ve üstü	43	14.3
Tarlada Yaşarken Doktor-Hemşire Ziyaret Durumu		
Evet	77	25.7
Hayır	223	74.3
Tarlada Yaşarken Doktor/ Hemşirenin Gelme Nedeni (n=77)		
Aşı	20	25.9
Muayene	10	12.9
Kontrol	19	24.6
Sağlık eğitimi	26	33.7
Toplam	300	100.0

Mevsimlik Tarım İşçisi gençlerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Tablo 3’e göre gençlerin %43.3’ü genel olarak sağlık algısı orta değerlendirmiş olup sağlıkla ilgili konularda bilgiyi çoğunlukla aile hekiminden (%56.7) aldıkları saptanmıştır. MTİ %56.3’ü sorunu olmadan sağlık kontrolüne gitmediklerini, %31.3’ü sigara kullandığını ifade etmişlerdir. Stresli durumlarla baş etmek için %41.0’ının yakın hissettiği kişilerle konuştuğu, %26.3’ünün yalnız kalmayı tercih ettiği, %17.7’sinin müzik dinlediği, %15.0’ının ağladığı saptanmıştır. MTİ Gençlerin %69.7’si hasta olduklarında doktora gittiklerini belirtmiş olup sadece %43.0’ı egzersiz yaptığını, egzersiz yapanların da %26.3’ünün ara sıra yaptığı saptanmıştır. Ayrıca MTİ gençlerin %46.7’si düzenli olarak beslendiğini , %96.3’ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığını ifade etmiştir.



Tablo 3. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Sağlıkla İlgili Özellikler	n	%
Algılanan Sağlık Durumu		
Çok iyi	28	9.3
İyi	108	36.0
Orta	130	43.3
Kötü	26	8.7
Çok kötü	8	2.7
Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi Alınan Kaynak		
Aile hekimi	170	56.7
Aile sağlığı merkezi	60	20.0
Televizyon	33	11.0
İnternet	6	2.0
Aile ve arkadaşlar	31	10.3
En Son Sağlık Kontrolüne Gitme Zamanı		
Sorunum olmadan gitmiyorum	169	56.3
Son üç ay içinde	45	15.0
Son altı ay içinde	11	3.7
Son bir yıl içinde	11	3.7
Hatırlamıyorum	64	21.3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	94	31.3
Hayır	206	68.7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	2	0.7
Hayır	298	99.3
Egzersiz Yapma Durumunu		
Hiç	171	57.0
Haftada en az 1-2 gün	34	11.3
Haftada 3-4 gün	16	5.3
Ara sıra	79	26.3
Toplam	300	100.0

Tablo 3. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Düzenli Beslenme Algısı		
Evet	140	46.7
Hayır	160	53.3
Stresle Baş Etme Yöntemleri		
Yakın hissettiğim kişilerle konuşurum	123	41.0
Ağlarım	45	15.0
Yalnız kalmak isterim	79	26.3
Müzik dinlerim	53	17.7
Hasta Olunduğunda Yapılan Uygulamalar		
Eczacı tavsiyesi ile ilaç kullanırım	20	6.7
Akraba/arkadaş/komşu tavsiyesi ile ilaç kullanırım	16	5.3
Doktora giderim	209	69.7
Evdeki ilaçları kullanırım	43	14.3
Bitkisel ürünler kullanırım	3	1.0
Hastalığımın geçmesini beklerim-ihmal ederim	9	3.0
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	11	3.7
Hayır	289	96.3
Toplam	300	100.0

Gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 4’de verilmiştir. Tablo 4’e göre ölçekten alınan toplam puan ortalaması 9.66 ± 1.69 olup, sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.08 ± 3.94 , fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 13.0 ± 4.33 , beslenme alt boyut puan ortalaması 15.19 ± 3.24 , manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 18.7 ± 4.04 , kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 18.72 ± 3.77 , stres yönetimi alt boyut puan ortalaması 14.95 ± 2.89 ’dur. Çalışmada SYBDÖ II’nin Chronbach Alpha değeri 0.84 bulunmuştur.

Tablo 4. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’den Aldıkları Puanların Dağılımı

SYBDÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min-Max	X±SS
Sağlık sorumluluğu	9	9-27	16.08 ± 3.94
Fiziksel aktivite	8	8-35	13.0 ± 4.33
Beslenme	9	8-22	15.19 ± 3.24
Manevi gelişim	9	11-32	18.70 ± 4.04
Kişiler ilişkiler	9	10-28	18.72 ± 3.77
Stres yönetimi	8	10-24	14.95 ± 2.89
Toplam	52	59-151	96.66 ± 1.69

Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sosyo demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları Tablo 5.’de verilmiştir. Tablo 5.’e göre erkeklerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.78 ± 4.03 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.33 ± 3.07 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.09 ± 4.50 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.16 ± 4.03 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.47 ± 3.68 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 14.81 ± 2.79 ve toplam puan ortalaması 96.67 ± 16.67 olarak bulunmuştur. MTİ gençlerin cinsiyete göre SYBDÖ II puan ortalamaları

karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda erkeklerin daha yüksek puan aldıkları saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

Bekar MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu ortalaması 18.70 ± 4.04 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.44 ± 3.31 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.32 ± 4.43 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 15.89 ± 3.99 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.61 ± 3.76 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.03 ± 2.82 ve toplam puan ortalaması 97.01 ± 17.05 olarak bulunmuştur. MTİ gençlerin medeni duruma göre SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda bekarların daha yüksek puan aldıkları saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

İlkokul mezunu MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu ortalaması 19.74 ± 4.6 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.60 ± 3.04 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.35 ± 4.72 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.87 ± 4.28 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 19.66 ± 3.8 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.12 ± 3.03 ve toplam puan ortalaması 100.37 ± 19.09 olarak bulunmuştur. MTİ gençlerin eğitim durumuna göre SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda ilkokul mezunlarının daha yüksek aldıkları saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Gelir durumu iyi olan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 20.13 ± 5.20 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 16.63 ± 3.67 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 14.77 ± 5.58 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 17.27 ± 4.61 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 20.45 ± 3.52 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 16.72 ± 4.01 ve toplam puan ortalaması 106.00 ± 23.68 bulunmuştur. MTİ gençler gelir durumuna göre SYBDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında beslenme, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p < 0.05$), manevi gelişim, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişki alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 5. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları

Özellikler	n	SYBDÖ II ALT BOYUTLARI						Toplam X ± SS
		Manevi gelişim X ± SS	Beslenme X ± SS	Fiziksel aktivite X ± SS	Sağlık sorumluluğu X ± SS	Kişiler arası ilişkiler X ± SS	Stres yönetimi X ± SS	
Cinsiyet								
Kadın	131	18.59 ±4.07	15,01±3.46	12.87±4.13	15.97±3.82	19.04±3.87	15.13±3.02	96.64±17.29
Erkek	169	18.78 ± 4.03	15.33±3.07	13.09±4.50	16.16±4.03	18.47±3.68	14.81±2.79	96.67±16.67
İstatistiki Değer		t = -.406 p= 0.682	t=-.851 p=0.395	t=-.429 p=0.668	t=-.410 p=0.682	t=1.303 p=0.193	t=.950 p=0.343	t=-.013 p=0.990
Medeni Durum								
Bekar	177	18.70±4.04	15,44±3.31	13.32±4.43	15.89±3.99	18.61±3.76	15.03±2,82	97.01±17.05
Evli	123	18.70±4.07	14.83±3.13	12.53±4.16	16.35±3.86	18.87±3.80	1.84±3.01	96.16±16.77
İstatistiki Değer		t = -.014 p = 0.989	t=1.601 p=0.110	t=1.546 p=0.123	t=-1.005 p=0.316	t=-.591 p=0.555	t=.553 p=0.581	t=.427p=0.670
Eğitim Durumu								
Okur yazar değil	79	18.36±4.35	14.78±3.63	12.83±12.65	16.15±4.05	18.78±4.16	14.86±2.92	95.78±18.74
Okur yazar	39	19.07±3.97	15.28±3.49	13.15±3.71	15.51±3.56	18.74±3.49	15.87±2.98	97.64±15.32
İlkokul	71	19.74±4.6	15.60±3.04	13.35±4.72	16.87±4.28	19.66±3.8	15.12±3.03	100.37±19.09
Ortaokul	42	18.33±3.39	14.95±2.83	13.14±3.56	15.66±3.87	18.33±3.57	14.92±2.91	95.35±13.77
Lise ve üzeri	69	18.02±3.27	15.34±3.08	12.65±4.71	12.65±4.71	17.91±3.41	14.39±2.59	94.10±14.55
İstatistiki Değer		F=1.992 p=0.096	F=.699 p=0.593	F=.277 p=0.893	F=1.153 p=0.332	F=2.035 p=0.089	F=1.727 p=0.144	F=1.402 p=0.233
Gelir Durumu								
İyi	22	20.13±5.20	16.63±3.67	14.77±5.58	17.27±4.61	20.45±3.52	16.72±4.01	98.52±23.68
Orta	163	18.60±3.68	15.34±3.19	13.11±4.36	16.07±3.87	18.64±3.59	14.68±2.72	96.47±15.73
Kötü	115	18.57±4.26	14.71±3.17	12.49±3.96	15.86±3.89	18.50±4.01	15.00±2.80	95.14±16.34
İstatistiki Değer		F=1.495 p=0.226	F=3.666 p=0.027	F=2.703 p=0.069	F=1.186 p=0.307	F=2.566 p=0.079	F=4.945 p=0.008	F=3.895 p=0.021

Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam ile ilgili özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları Tablo 6.'da verilmiştir. Kronik hastalığı olan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.74 ± 4.05 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.24 ± 3.21 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.00 ± 4.32 ile kronik hastalığı olmayan MTİ gençlerin ise sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 18.09 ± 3.67 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 19.18 ± 4.02 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.72 ± 3.84 ve toplam puan ortalaması 97.36 ± 20.00 daha yüksek olduğu bulunmuştur. MTİ gençlerin bulunduğu kronik hastalığının varlığına göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

Sigara kullanmayan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.88 ± 3.94 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.28 ± 3.32 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.37 ± 4.16 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 15.73 ± 3.83 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.79 ± 3.76 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 14.94 ± 2.95 ve toplam puan ortalaması 97.0 ± 16.99 bulunmuştur. MTİ gençlerin sigara kullanım durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p < 0.05$), manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Egzersiz yapan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.95 ± 4.31 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.20 ± 3.25 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.80 ± 4.25 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.34 ± 4.18 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.04 ± 3.0 , toplam puan ortalaması 97.36 ± 20.00 ile egzersiz yapmayan MTİ gençlerin ise kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.75 ± 3.75 daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. MTİ gençlerin egzersiz yapma durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Düzenli beslendiğini ifade eden MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.91 ± 3.84 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.55 ± 3.02 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.54 ± 4.56 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.44

± 3.79 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.89 ± 3.64 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.45 ± 2.92 ve toplam puan ortalaması 98.79 ± 15.86 bulunmuştur. MTİ gençlerin egzersiz yapma durumuna göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda egzersiz yapanların daha yüksek puan aldıkları saptanmış olup, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalamaları ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p < 0.05$), manevi gelişim, beslenme, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 6. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları

Özellikler	SYBDÖ II ALT BOYUTLARI							Toplam X ± SS
	Manevi gelişim X ± SS	Beslenme X ± SS	Fiziksel aktivite X ± SS	Sağlık sorumluluğu X ± SS	Kişiler arası ilişkiler X ± SS	Stres yönetimi X ± SS		
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	94	18.30±4.25	15.01±3.07	12.17±4.61	16.85±4.07	18.57±3.81	14.98±2.79	95.90±16.82
Hayır	206	18.88±3.94	15.28±3.32	13.37±4.16	15.73±3.83	18.79±3.76	14.94±2.95	97.0±16.99
İstatistiki Değer		t=-1.142 p=0.254	t=-.669 p=0.504	t=-2.253 p=0.025	t=2.295 p=0.022	t=-.461 p=0.645	t=.132 p=0.895	t=-.524 p=0.600
Egzersiz Yapma Durumu								
Yapıyorum	129	18.95±4.31	15.20±3.25	13.80±4.25	16.34±4.18	18.68±3.81	15.04±3.0	98.03±17.94
Yapmıyorum	171	18.51±3.83	15.18±3.25	12.39±4.31	15.88±3.74	18.75±3.75	14.88±2.82	95.62±16.08
İstatistiki Değer		t=-.930 p=0.353	t=-.058 p=0.953	t=-2.828 p=0.005	t=-.984 p=0.326	t=.164 p=0.870	t=-.465 p=0.642	t=-1.224 p=0.222
Düzenli Beslenme Durumu								
Evet	140	18.91±3.84	15.55±3.02	13.54±4.56	16.44±3.79	18.89±3.64	15.45±2.92	98.79±15.86
Hayır	160	18.51±4.21	14.88±3.41	12.52±4.08	15.76±4.05	18.57±3.89	14.52±2.81	94.80±17.62
İstatistiki Değer		t=.844 p=0.39	t=1.768 p=0.078	t=2.038 p=0.042	t=1.481 p=0.140	t=.727 p=0.468	t=2.787 p=0.006	t=2.050 p=0.041
Kronik Hastalık Varlığı								
Evet	11	18.74±4.05	15.24±3.21	13.00±4.32	16.00±3.93	18.70±3.77	14.92±2.86	96.63±16.83
Hayır	289	17.63±3.69	13.81±4.06	12.90±5.0	18.09±3.67	19.18±4.02	15.72±3.84	97.36±20.00
İstatistiki Değer		t=.891 p=0.374	t=1.436 p=0.152	t=.071 p=0.944	t=-1.727 p=0.085	t=-.410 p=0.682	t=-.898 p=0.370	t=-.140 p=0.889

Mevsimlik tarım işçisi gençlerin tarım işçiliği ile ilgili özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları Tablo 7.'de verilmiştir. Tarlada çalışırken barakada yaşayan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 19.53 ± 4.63 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.72 ± 3.24 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 14.29 ± 5.21 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.84 ± 4.55 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 19.24 ± 3.82 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.43 ± 2.76 ve toplam puan ortalaması 101.07 ± 18.58 bulunmuştur. MTİ gençlerin tarlada yaşarken kaldıkları yere göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda barakanın çadıra göre yüksek çıktığı saptanmış olup fiziksel aktivite alt boyutu ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup ($p < 0.05$), manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Evi tarım alanına uzak olan MTİ gençlerin manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.77 ± 4.12 , beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.24 ± 3.25 , fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 12.94 ± 4.19 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.14 ± 4.01 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.72 ± 3.82 , stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 15.06 ± 2.90 ve toplam puan ortalaması 96.89 ± 17.05 bulunmuştur. MTİ gençlerin tarlada yaşarken kaldıkları yere göre SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

MTİ gençlerin tarlada çalışma süreleri ile SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında 1-3 ay süresince çalışanlarda manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 18.81 ± 4.03 ile 4-6 ay çalışanlarda beslenme alt boyutu puan ortalaması 15.40 ± 3.26 , sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 16.33 ± 3.85 , kişiler arası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 18.87 ± 3.76 , stres yönetimi alt boyutu 15.16 ± 2.86 , toplam puan ortalamalarında 97.92 ± 16.50 , 7 ve üzeri ay çalışanlarda fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 13.65 ± 4.88 daha yüksek bulunmuştur. MTİ gençlerin tarlada çalışma süreleri ile SYBDÖ II puan ortalamaları karşılaştırıldığında fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Fark 4-6 ay tarlada çalışan gruptan kaynaklanmaktadır. MTİ gençlerin tarlada kalma süresi ile stres yönetimi, manevi gelişim, beslenme, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğu alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 7. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Tarım İşçiliği İle İlgili Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları

		SYBDÖ II ALT BOYUTLARI						
Özellikler		Manevi gelişim X ± SS	Beslenme X ± SS	Fiziksel aktivite X ± SS	Sağlık sorumluluğu X ± SS	Kişiler arası ilişkiler X ± SS	Stres yönetimi X ± SS	Toplam X ± SS
Tarlada Yaşanılan Yer								
Baraka	58	19.53±4.63	15.72±3.24	14.29±5.21	16.84±4.55	19.24±3.82	15.43±2.76	101.07±18.58
Çadır	242	18.50±3.87	15.07±3.24	12.69±4.05	15.90±3.76	18.59±3.76	14.84±2.92	95.60±16.36
İstatistiki Değer		t=1.748 p=0.082	t=1.379 p=0.169	t=2.550 p=0.011	t=1.643 p=.0101	t=1.164 p=0.246	t=1.389 p=0.166	t=2.222 p=0.027
Evin tarım alanına yakınlığı								
Evet	33	18.12±3.37	14.81±3.23	13.45±5.42	15.57±3.29	18.72±3.37	14.06±2.72	94.75±15.90
Hayır	267	18.77±4.12	15.24±3.25	12.94±4.19	16.14±4.01	18.72±3.82	15.06±2.90	96.89±17.05
İstatistiki Değer		t=-.876 p=0.382	t=-.709 p=0.479	t=.637 p=0.524	t=-.784 p=.0434	t=.006 p=0.995	t=-1.890 p=0.060	t=-.685 p=0.494
Tarlada kalma süresi								
1-3 ay		18.81±4.03	14.90±2.94	12.00±3.48	15.76±3.82	18.66±3.49	14.70±2.77	94.84±14.77
4-6 ay	92	18.75±3.84	15.40±3.26	13.38±4.54	16.33±3.85	18.87±3.76	15.16±2.86	97.92±16.50
7 ve üstü	165	18.25±4.82	15.04±3.78	13.65±4.88	15.79±4.50	18.27±4.41	14.69±3.27	95.72±22.06
İstatistiki Değer	43	F=.311 p=0.733	F=.746 p=0.475	F=3.651 p=0.027	F=.773 p=0.462	F=.437 p=0.647	F=.934 p=0.394	F=1.053 p=0.350

5.TARTIŞMA

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin yarıya yakınını kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 1). Dünya genelinde tarım alanlarında çalışan ergenlerin yarıdan fazlasının kadın olduğu ve bunların %80'den fazlasının mevsimlik tarım işçisi olduğu belirtilmektedir (102). Amerika Birleşik Devletlerinin Ulusal Tarım İşçileri Veritabanı sonuçlarında kadın işçilerin oranı %56.7 Snipes ve arkadaşlarının çalışmasında %79.8 olarak saptanmıştır (103,104). TÜİK'in 2014 yılı Hane Halkı İşgücü anketi sonuçlarına göre de kadın nüfusunun %32.9'u tarım alanında çalışmaktadır (105). Havlioğlu ve Koruk'un (2013) çalışmasında MTİ gençlerin %60.1'ini kadınlar oluşturmaktadır (106). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda kadın işgücünün önemli bir kısmının tarımsal alanda istihdam edildiği görülmektedir. Çalışmada kadınların önemli bir kısmının evli olduğu ve ev işlerinden de sorumlu oldukları düşünüldüğünde tarım alanındaki istihdamları yüklerini artırmaktadır.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin önemli bir bölümü (%26.3) okur yazar değildir (Tablo 1). ABD'deki araştırmalarda da bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde göçmen tarım işçilerinin eğitim düzeyi düşük bulunmuştur (107, 108). Bu sonuç TUİK 2009 verilerinde belirtilen okuma yazma bilmeyenlerin oluşturduğu %8.6 değerine göre çok yüksek bulunmuştur. Eğitim-Sen tarafından yapılan bir araştırmada tarım işçilerinin %65'inin hiç eğitim görmediği, Havlioğlu ve Koruk'un (2013) ergenlerde yaptığı araştırmada ise %39.4'ünün ilkokulu dahi tamamlamadığı ve %58.1'inin ise halen herhangi bir okula devam etmediği belirtilmektedir (109, 106). Kutlu'nun (2011) erişkin göçebe MTİ'lerle yaptığı çalışmada MTİ'nin %60.0'ı okula hiç gitmemiş ve ancak % 38.0'ı ilkokulu tamamlayabilmiştir (110). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre, 15-19 yaş arasındaki genç kadınların Türkiye genelinde %3.1'i, 20-24 yaş arasındaki genç kadınların ise yaklaşık %11.0'ı okur-yazar değilken, bu oran Türkiye kırsalında sırasıyla %14.0 Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise %22.6'dır (TNSA 2013). Erçetin'in (2015) yaptığı çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak MTİ gençlerin %28.8'inin okur yazar olmadığı saptanmıştır (111). Bu bulgular MTİ gençlerin oldukça dezavantajlı konumda olduklarını göstermektedir. MTİ gençler aileleriyle birlikte tarımsal üretim alanlarına göç etmektedirler. MTİ ailelerinde mevsime bağlı göç, çocukların aileleri ile birlikte gitmesi, çok sık yer değiştirme ve sürekli kırsal alanda bulunma gibi nedenler göz önünde bulundurulduğunda çocuklarında okula devam durumu olumsuz yönde etkilenmektedir.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin %38.3'ü gelir durumunu kötü olarak ifade etmiştir (Tablo 1). Türk İş tarafından yapılan “Dört Kişilik Ailenin Aylık Gıda Harcaması (Açlık Sınırı)” araştırması Nisan 2011 sonuçlarına göre; Türkiye’deki dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) 870.6 TL ile asgari ücretin dahi üzerindedir ve gıda harcamasının yanı sıra giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamalarla birlikte toplam harcama tutarı (yoksulluk sınırı) ise 2835.8 TL olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla Türk-İş araştırma sonuçlarına göre göçebe tarım işçilerinin çoğu açlık ve yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (112). Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde Havlioğlu ve Koruk’un (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların ailelerinin %87.7’si ve Kutlu’nun (2011) yaptığı çalışmada %90.0’ının asgari ücretin altında gelire sahip olduğu bulunmuştur (106,110). Maddi imkan sınırlılıkları MTİ gençleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından olumsuz etkilediği ve riskli sağlık davranışlarını arttırabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin ailelerinde yaşayan kişi sayısı ortalama 10’dur (Tablo 1). Bu değer, TNSA 2013 sonuçlarında kırsal kesimde yaşayanlar için belirtilen 3.9’dan çok daha fazla bulunmuştur (TNSA 2013). Hane halkının büyük olması, parasal ve diğer kaynaklardan hane halkı üyelerine düşen payı azaltmakta sağlık başta olmak üzere yaşam koşullarını da olumsuz etkilemektedir (113). Bu sonuca göre hane halkı üyelerinin genel refah düzeyinin olumsuz etkileneceğini söylemek mümkündür. Özellikle tarım alanlarında kalabalık ailelerin dar bir barınma ortamında yaşamak zorunda kalmaları da bireylerin hem asgari sosyal konfor koşullarını ortadan kaldırmakta, hem de ebeveynlerin biyolojik görev ve rollerini yerine getirmeleri açısından zorluklara neden olmaktadır (113, 114). Adana’da Gülçubuk ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada GMTİ ailelerin hane halkı büyüklüğü 6.6 olarak bulunmuştur (115). Öğrenim durumunun bu kadar düşük olduğu bir toplumda doğurganlığın bu kadar yüksek olması ise beklenen bir durumdur.

Konuşulan diller ayrı ayrı değerlendirildiğinde araştırmaya katılan MTİ gençlerin %42.3’ü Kürtçe, %44.0’ı Arapça ve %7.7’si evde Türkçe konuşmaktadır. Kuzey Batı Michigan’da yapılan bir araştırmada incelenen tarım işçilerinin %79.0’ı ilk dillerini İspanyolca, %20.0’ı da İngilizce olarak ifade etmişlerdir. Resmi dilden farklı dil ile konuşmanın tarım işçileri için sağlık hizmetlerine ulaşmada çeşitli engellerle karşılaşmaya

neden olduğu belirtilmektedir (107, 116). Ülkemizde Kutlu'nun (2011) yaptığı çalışmada %42.0'ı Kürtçe, %58.0'ı Arapça ve %30.0'da evde Türkçe konuşmakta olduğu saptanmıştır (110). Türkiye'de sayıları net olarak bilinmemekle birlikte MTİ'lerin genellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinden geldiği belirtilmektedir (4). Dolayısı ile bu sonuç beklendiği gibidir. Türkiye'de MTİ'nin %70.0'ının Türkçe dışında bir dil konuşsa da diğer ülkelerdekinden farklı olarak ülke vatandaşlarıdır. Konuşulan dil farklılıkları mevsimlik tarım işçilerinde de ortaya konmuştur. Bu durum sağlık hizmetine ulaşmada engel olabileceğinden MTİ gençler risk altındadır.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin tarlada çalışma süreleri yılda ortalama 4.5 ay ve en fazla 8 aydır (Tablo 2). Havlioğlu ve Koruk'un (2013) yaptığı çalışmada MTİ'lerin yarıya yakını bir ile sekiz ay arası bir süre için tek başına ya da aileleri ile birlikte çalışmak için Şanlıurfa dışındaki tarlalara gitmektedirler (106). Yapılan başka bir çalışmada MTİ gençlerin %65.2'sinin her yıl 6 ay ve üzeri tarım alanlarında çalıştığı belirtilmiştir (111). Şimşek ve Koruk'un (2008) çalışmasında MTİ ailelerin çocukları ile birlikte Mart-Ekim ayları arasında yaklaşık 21 farklı ilde ve Şanlıurfa il sınırları içinde tarım işlerinde çalışmak için göç ettikleri belirtilmektedir (79). Tarlada uzun süre kalma MTİ'nin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle olan ilişkilerini ve cinsel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (110). MTİ gençlerin bu şekilde uzun süre çalışmaları temel eğitim, sağlık hizmeti ve sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmalarına ve olumsuz sağlık davranışlarına zemin hazırlamaktadır.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin tarlada çalışırken yarısından fazlasının çadırda konakladığı saptanmıştır (Tablo 2). Göçebe tarım işçileri, tarlada kaldıkları süre içinde "göçebe barınakları" diye adlandırılan ilkel barınaklarda kalmaktadırlar (117). Arcury ve Sara'nın (2007) çalışmasında bazı ülkelerde göçebe mevsimlik tarım işçilerinin tarım alanlarına yakın yerlerde, kolaylıkla sökülebilecek biçimdeki ilkel barınaklarda, çadırlarda ve mobil araçlarda konakladıkları belirtilmektedir (74). Sağlıksız barınak yaşamı işçilerin dinlenmelerini sağlayacak olanaklardan yoksun özellikle aile mahremiyetini kısmen sağlamaktan başka bir işleve sahip değildir (6,117). Havlioğlu ve Koruk'un (2013) çalışmasına göre Şanlıurfa'da MTİ ergenlerin %38.4'ü tarla kenarına kurulmuş çadırlarda ve biriket evlerde konaklamaktadır (106). Çalışmada MTİ gençlerin yaptıkları işlerin geçici

olması ve çok sık yer değiştirmeleri nedeniyle çadırda kalmaları beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmakta ve gençlerin konaklama yerleri çok konforlu olmamaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan yüksek puan, bireyin yaşamında daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada saptanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalaması istenen düzeyde değildir (96.66 ± 1.69). Bu çalışmadan farklı olarak Al-Kandari ve Vidal (2007) tarafından SYBD II ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada toplam ölçek puan ortalaması 128.16, Hawks ve arkadaşları (2002) tarafından ABD’de yapılan başka bir çalışmada da toplam ölçek puan ortalamaları 125.76 olarak bulunmuştur (118, 119). Ülkemizde Khaghanyrad’ın (2014) yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamalarının 120.96 olduğu belirlenmiştir (120). Benzer olarak Bozhöyük’ün (2010) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada SYBD II ölçeği toplam puan ortalamasının 124.30 ± 17.92 olduğu saptanmıştır (17). Bu çalışmada yapılan araştırmalardan farklı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamasının düşük bulunmasının nedeni çalışılan grubun ve özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

MTİ gençlerin, SYBD II alt boyutlarına verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde en yüksekte en düşüğe doğru; kişiler arası ilişki, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite olduğu görölmektedir. Meksika’da psikoloji bölümü öğrencileriyle yapılan bir çalışmada alt boyutların puan ortalamaları manevi gelişim, kişiler arası ilişki, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite şeklinde sıralanmaktadır (121). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) hemşirelik öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada ise bu sıralama kişiler arası ilişki, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu olarak belirtilmiştir (122). Ülkemizde bu çalışmaya benzer olarak Özkan ve arkadaşlarının (2008) ve Coşkun ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmalarda da en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim, en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır (18, 19). Manevi gelişim alt boyutunun ilk sırada yer almasında kültürel yapı ve inanç sisteminin etkisinin olduğu düşünölebilir. Ayrıca çalışmada MTİ gençlerin yarıdan fazlasının egzersiz yapmadığını ifade ettiği düşünöldüğünde fiziksel aktivite alt boyutunun son sırada yer alması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Gençlerin çadırlarda, devamlı yaşadıkları ortamlardan uzakta bulunmaları da fiziksel aktivite alt boyutundan düşük puan alınmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan erkek MTİ gençlerin SYBDÖ II manevi gelişim, beslenme, fizik aktivite, sağlık sorumluluğu alt boyutlarından, kadın MTİ gençlerin ise stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Tablo 5). Hong-Kong'da yapılan bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık bulunmasa da bu çalışma ile uyumlu olarak, erkeklerin fiziksel aktivite düzeyleri kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (123), Meksika'da yapılan başka bir çalışmada stres yönetimi, manevi gelişim ve ölçek toplam puanlarında erkek katılımcılarda anlamlı düzeyde bir artış olduğu belirtilmiştir (121). Al-Kandari ve Vidal (2007) ve ChoiHui (2002) çalışmalarında cinsiyet ile toplam puan arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (118, 124). Bu çalışmaya benzer olarak Şimşek ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada ölçek alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (125). Kocaakman ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada, kadınların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişki alt boyut puan ortalamaları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkeklerde fiziksel aktivite puan ortalaması kadın katılımcılara göre yüksek bulunmuştur (126). Elde edilen sonuçlar doğrultusunda erkek MTİ gençlerin kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları dışında diğer alt boyutları daha fazla önemsedikleri sonucuna varılabilir. Ayrıca yapılan çalışmalar arasındaki farklılıkların örneklem grubunun özellikleri ile yakından ilişkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin gelir düzeyine göre SYBDÖ II beslenme ve stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 5). Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi ile SYBD-II toplam puan ortalamaları arasında bu bulgulara benzer (118, 127) ve farklı (92) sonuçlar elde edilmiştir. Bozhöyük'ün (2010) yaptığı çalışmada katılımcıların gelir düzeyine göre, SYBDÖ II ve alt boyutların puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (17). Kayseri'de yapılan başka bir çalışmada, benzer olarak öğrenci gelir düzeyi ile SYBDÖ II ve alt boyutları puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (128). Yıldırım'ın (2005) Sivas'ta yaptığı çalışmada, öğrenci gelir düzeyi yükseldikçe fizik aktivite alt boyutu ve genel ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (44). Bostan'ın (2013) yaptığı çalışmada, ekonomik durumlarına göre SYBDÖ II ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, ekonomik durum ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (129). Araştırma sonuçları olumlu ekonomik şartların kişilerin

sağlıkla ilgili davranışlarını pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Ekonomik durumun iyi olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlığı geliştirme modelinde de ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan MTİ gençlerin sigara kullanma durumlarına göre fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca sigara içenlerin beslenme alt boyutu puan ortalaması düşük çıkmıştır (Tablo 6). Bu çalışmaya benzer olarak Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) yaptığı araştırmada sigara içenlerin içmeyenlere göre beslenme alt boyutu puan ortalamaları düşük bulunmuştur (20). Özkan ve Yılmaz'ın (2008) çalışmasında sigara içen katılımcıların beslenme alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu belirtilmiştir (18). MTİ gençlere kazandırılması gereken en önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri sigara içilmemesi veya içiliyorsa bırakılmasıdır. Yapılan araştırmaları incelediğimizde elde edilen bulgulara göre, sigara kullanılmaması beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (18, 20). Bu nedenle sigara içenlerde beslenme alt boyut puan ortalamalarının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur.

MTİ gençlerdeki kronik hastalık varlığına göre SYBD ölçeği II ve tüm alt boyutların puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup kronik hastalığı olmayan MTİ gençlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 6). Çelik ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (90). Bozhöyük'ün yaptığı çalışmada kronik hastalık olup olmaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (17). Ancak, Ankara'da yapılan bir çalışmada sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olanlarda, sağlık sorumluluğu puanlarının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (92). Nitekim Sağlığı Geliştirme Modeli'nde, bireyin kronik hastalığa sahip olmasının sağlık sorumluluğunu arttırdığı belirtilmiştir (130). Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olan MTİ gençlerin sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarının düşük çıkması örneklem grubunun genç yaşta olması, mevsimlik tarım işçisi olmalarından dolayı önceliklerinin farklı olması ile açıklanabilir.

MTİ gençlerin aile tipine, tarlada yaşadıkları yere ve tarlada kalma süresine göre fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 7). Bu sonuçlar geniş ailede ve barkada yaşayan, 7 ay ve üstü tarlada kalan MTİ gençlerin fiziksel aktivite konusunda sorumluluk aldıklarının bir göstergesi olabilir. Aynı zamanda MTİ gençlerin olumsuz yaşam koşulları çok çalışmalarını gerektirmekte ve bu durum gençler tarafından fiziksel aktivite olarak algılanmış olabilir.



6.SONUÇ

Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Araştırmaya katılan MTİ gençlerin çoğu Türkçe bilmemektedir. MTİ gençlerin %44.0'ı evde Arapça, % 42.3'ünün Kürtçe konuştuğu saptanmıştır.
- MTİ gençlerin önemli bir bölümü (%26.3) okur yazar değildir.
- MTİ gençlerin çoğu tarlada çalışırken çadırda konakladığını ifade etmiştir.
- MTİ gençlerin çoğu tarlada çalışırken doktor / hemşirenin kendilerini ziyaret etmediğini belirtmiştir.
- MTİ gençlerin yarısından fazlası tarlada yılda 4-6 ay çalıştığını ifade etmiştir.
- MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları düşük bulunmuştur.
- Fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanı sigara içenlerde düşük çıkmıştır.
- Fiziksel aktivite alt boyut puanı düzenli beslenmeyenlerde ve çadırda yaşayanlarda düşük çıkmıştır.
- Tercüman yardımı ile Türkçe bilmeyen gençlere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulamaya geçirilmelidir.
- MTİ gençlerin öğrenim düzeylerini yükseltmek için milli eğitim müdürlükleri ile işbirliği kurularak tarlalara gitmedikleri zamanlarda en az temel eğitim almaları sağlanmalıdır. Eğitim programları içine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik programlar entegre edilmelidir.
- MTİ gençlerin barınma ve çalışma koşullarını iyileştirmek için yerel yönetimler ile işbirliği kurularak yasal düzenlemeler getirilmesi ve uygulanması sağlanmalı ve denetlenmelidir.
- Mevsimlik tarım işçiliğinin yoğun olduğu yerleşim ve çalışma alanlarında sunulacak gezici sağlık hizmeti yoluyla temel sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmalıdır.
- Tarlada yapılan işin ve tarlada çalışma süresinin kontrol altına alınmasına yönelik MTİ gençlerin sağlığını koruyucu nitelikte düzenlemeler yapılmalıdır.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak ve sürekliliği sağlanmak için eğitim programları düzenlenmelidir. MTİ gençlere uygulanacak sağlığı geliştirme programları geniş kapsamlı, yerel, sosyal ve kültürel özelliklere dayalı, aynı zamanda sosyo-demografik özelliklerde göz önüne alınarak yapılmalıdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bu nedenle MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda girişimsel hemşirelik çalışmaları planlanmalı/uygulanmalı ve ilgili kurumlar ile paylaşılarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Literatürde MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortaya koyan çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortaya koyan, geniş örneklemede tanımlayıcı ve girişimsel çalışmalar yapılmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1. World Health organization. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap World Health Organization, Nairobi, 2009 (Erişim tarihi: 08.07.2015)
2. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Web:http://www.undp.org.tr/news//WPD_2014_Bilgi_Notu.pdf (Erişim tarihi:30.07.2015)
3. Türkiye İstatistik Kurumu/ Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus, Genel Nüfus Sayımları – ADNKS Web: http://www.tuik.gov.tr/Pre_Istatistik_Tablo.doistab_id=1588 (Erişim tarihi: 14.07.2016)
4. Bertan M. Introduction. In: Adolescence and Adolescent Reproductive Health. International Children's Center, Ankara: Meteksan AŞ; 2003. p. 118–23.
5. Kreipe RE, McAnarney ER. Psychosocial aspects of adolescent medicine. Semin Adolescent Med 1985;1(1):33–45.
6. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye’de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları, Ankara, 2003.
7. Baban, A.Counseling for health promotion. 9. Uluslararası Katılımlı- Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kongre Özet Kitabı. 2010; s. 20).
8. Cohn, LD.,Macfarlane, S., Yanez, C., andImai, W.K. Risk-perception: differences between adolescents and adults. Health Psychology. 1995; 14(3): 217-222.
9. Pender NJ, Walker SN, Sechrist KR. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research 1987; 36 (2): 76-81.
10. Şimşek Z, Kırmızıtoptak E. Akbaba M, Kakillioğlu T. Mevsimlik tarım İşçisi Gençlerin Güvenli Pestisit Kullanımı Bilgilerine Akran Eğitiminin Etkisi. 1. Ulusal Biyosidal Kongresi, 4-7 Kasım 2010 ; Antalya. Ss:30.
11. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing Allright reserved, 2006.
12. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural workers and their contribution to sustainable agriculture and rural development. International Labour Organization, Food and Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations. 2007.
13. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Harran Üniversitesi işbirliğiyle. Şanlıurfa, 2012.
14. ILO. Towards a fairdeal for migrant workers in the global economy. Geneva: International Labour Office, 2004.
15. Training formid-level managers: the EPI coverage survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (unpublisheddocument WHO/EPI/91.10; available fromVaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

16. Walker, SN., Sechrist, KR., Pender, NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. Nursing Research. 1987; 36(2): 76-80.
17. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. 2010 Adana
18. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7),2008
19. Coşkun Güner İ, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9: 17-25.
20. Cihangiroğlu Z., Deveci S. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2011; 16(2):78-83
21. Mollahaliloğlu S., Hülür Ü., Yardım N., Özbay H., Çaylan A., Ünüvar N., Aydın S. (Eds): Türkiye’de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2007; s:227-229.
22. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., Ankara, 2004; s.1133.
23. Türk Dil Kurumu. <http://tdkterim.gov.tr/bts> (Erişim tarihi: 23.07.2010)
24. Phalank C. Determinant of Health Promotive Behavior; a Preview of Current Research. Nursing Clinic North Amerika, 1991;26(4), 815-832 .
25. Akdemir N., Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 2005.
26. Akça Ay F.A., Ertem Ü.T., Özcan N.K., Ören V.G., Işık R.D. Temel Hemşirelik. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008.
27. Black M.J. ve Hawks J.H. Medikal-Surgical Nursing. USA: Saunders Elsevier Publishing, 2009.
28. Taylor C., Lillis C., Lemone P., Lynn P. Fundamentals of Nursing. USA: LWW Publishing, 2008; 30.
29. Owens L. The relationship of health locus of control, self efficacy, health literacy and health promoting behaviors in older adults. A Dissertation Presented for The Doctor of Philosophy Degree, USA : The university of Memphis, 2006.
30. Butler J. Principles of Health Education and Health Promotion USA. 3rd ed. Wadworth Thomson Learning, 2001.
31. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Geliştirme Vakfı. 2001; 171-181.
32. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks. On a prominent script of nutrigenomics. British Journal of Nutrition, 2009; 101: 307-316.

33. Ergül Ş. Yoksulluk sağlık ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005;8: 95-104.
34. Baltas Z, Steptoe A. Migration, culture conflict and psychological well-being among Turkish-British married couples. In *Ethnicity&Health*, 2000; 5: 173-180.
35. Öztürk Haney M, Erdoğan S. Sağlık davranışı etkileşim modeli: çocukların beslenme alışkanlıklarını belirlemek için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi*, 2013; 6: 218-223.
36. Johnson RL. Gender differences in health promoting life styles of African Americans. *Public Health Nursing*, 2005; 22: 130-137.
37. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Journal of Nursing Research*, 1996; 45: 30-36.
38. Springet J. Appropriate approaches to the evaluation promotion. *Critical Public Health*. 2001; 11: 139-151.
39. Akgül N. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.
40. Gochman DS. *Neath Behavior Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Pres. 1988.
41. www.saglik.gov.tr/raporlar/hastalikyuku.pdf (erişim Tarihi:21.05.2013).
42. Black M.J. ve Hawks J.H. *Medikal-Surgical Nursing*. USA: Saunders Elsevier Publishing, 2009.
43. Çepni SA. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlık Öz-Yeterliği İlişkisi. Yüksek Lisans tezi. Gazi Üniversitesi, 2010.
44. Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2005.
45. Karadeniz G., Yanık Kerem-Uçum E., Dedeli Ö., Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008;7(6):497-502.
46. www.who.int/chp/chronicdiseasereport/part11/en/index1. (Erişim Tarihi: 27.07.14)
47. Elizabeth K., Taner W. Assesment of a Health- PromotiveLifestyle. *NursingClinics Of North Amerika*, 1991; 26(4), 845-847.
48. Spradley BW. *Community Health Nursing: Concepts and Practice*. England: Division of Scott Prosman and Company, 1990.
49. www.tdk-online.org/link/TDK_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf (Erişim Tarihi: 18.05.2014)

50. Dickey RA.,Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension, *EndorcPract*, 2001; 7:392-399
51. Edelman, CL. Mandle CL. Health Promotion, Toronto, MosbyCompany, 2002; s.325.
52. Pender N.,Barkauskas V. Health Promotion and Disease prevention Toward Exelence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook*, 1992;40(3),278-290.
54. Lusk SL, Ronis DL, Kerr MJ, Atwood JR. Test of Health Promotion Model As A Causal Model of Worker's Use Of Hearing Protection. *Nursing Research*, 1994; 43 (3), 151-157.
55. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara,2008.
56. Tekir Ö. Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi,2005 (Danışman: Prof. Dr. Nimet Owayolu).
57. Özer K. Fiziksel Uygunluk. Nobel Yayın Dağıtım, 2001; 1.Basım: 119, Ankara.
58. Ünal M. Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2013; 1. Baskı, Eskişehir.
59. Aktürk Z. (Sağlıklı Yaşam: Beden Eğitimi Danışmanlığı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2013; 1. Baskı, Eskişehir.
60. Kılıç N. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi Özet Kitabı 2006 (9-12 Kasım 2006 Muğla Üniversitesi).
61. <http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf>, (Erişim tarihi: 12 Şubat 2014).
62. Esen F, Turgut A. Sağlıklı Yaşam: Sağlıklı Yaşamın Önemi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 2013;1. Baskı, Eskişehir.
63. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. Literatür Yayıncılık. 2003; 3. Basım,6-15, İstanbul.
64. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme Sağlıklı Yaşam. 2007; 2.Baskı, Nobel Yayın, Ankara.
65. Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali, 2002; Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti, 3. Baskı, Ankara.
66. <http://www.who.int>, (Erişim tarihi: 24 Mayıs 2016).
67. Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2010 Ankara.
68. Özcan A. Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim, 2006 ; Sistem Ofset, Ankara.
69. Kaya A. Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim. 2013;Tarcan Matbaacılık, 5. Baskı, Ankara.
70. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2005; Perspektif Baskı, İstanbul.

- 71.** Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, 2002; Remzi Kitabevi, 21.Basım, İstanbul.
- 72.** Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Gençlik, 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16055> (Erişim Tarihi: 03.07.2016).
- 73.** Selek Öz C, Bulut E Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi, 2013;1(1): 94-111.
- 74.** Arcury TA, Sara A. Quandt delivery of health services to migrant and seasonal farm workers. Annu. Rev. Public Health 2007; 28: 345–63.
- 75.** Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. ClinPedEmergMed, 2004; 5: 120–129. orkers. Annu. Rev. PublicHealth 2007; 28: 345–63.
- 76.** Şimşek Z., Kara B, Yaşar G, Yıldırımkaaya G.Mevsimlik tarım işçisi gençlerin adölesan dönemde büyüme-gelişmeye yönelik endişeleri ve sağlık hizmeti kullanımı 2015
- 77.** Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Pres, 2000.
- 78.** Gwyther ME, Jenkins M. Migrant farm worker children: Health status, barriers to care, and nursing innovations in health care delivery. Journal of Pediatric Health Care 1998;12: 60–66.
- 79.** Şimşek Z. Koruk İ. Birleşmiş Milletler Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi Ortak Programı / Sabancı Vakfı Hibe Programı. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu, Şanlıurfa 2008
- 80.** Yıldırımkaaya G. Türkiye’de karşılanmamış cinsel sağlık bilgisi ihtiyacının adölesan sağlığına yansması ve UNFPA. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, 2008; 63; 47-50.
- 81.** Bülbül SH. Ergen Etiği, Sted , 2004; Cilt: 13 Sayı: 6:206-210.
- 82.** Özcebe H. Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım, Sted 2002; Cilt: 11 Sayı: 10:374-377.
- 83.** Özcebe H. Adolesanlar ve riskli davranışlar. I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Ankara 28 Kasım-1 Aralık 2006: 47 Erişim: (http://ergen.org.tr/pdf/2_konumaci%20metinleri.pdf) (Erişim tarihi: 14.01.2010.)
- 84.** Can G, Özduilli K, Erol Ö, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S, Özcan Ş, Durna Z. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nurs Health Sci 2008; 10:273-280.
- 85.** Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department Of Health And Human Services. Improving the health of adolescents & young adults: A guide for states and communities 2004.

- 86.** Bilir N. Gelecek Yılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar. Yeni Türkiye, 2001; 39: 953-961.
- 87.** Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008;12:1-13.
- 88.** Erigüç Sağlık Kurumları Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012; 1. Baskı, Web Ofset, Eskişehir.
- 89.** Bilir N, Telatar G. Tütün Kontrolünde Sağlık Profesyonellerinin Rolü- Dünya Sağlık Örgütü. Tütünsüz Yaşam Derneği Yayınları, 2005 Ankara.
- 90.** Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yüner AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Anatol J ClinInvestig, 2009; 3(3):164-169.
- 91.** Özvarış ŞB, Güler Ç, Akın L. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006
- 92.** Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005;9(2):26-34.
- 93.** Ewles L, Simnett I. Promoting Health: A Practical Guide to Health Education. Fifth Edition, Bailliere Tindall, Edinburgh, 2003; 41.
- 94.** Özpulat F. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı. 2010
- 95.** Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök MC. Hemşirelik Bakımında Kültürel Özellikleri Tanılama Rehberi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009;6(1).
- 96.** Özbaşaran F, Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;7(3).
- 97.** Seviğ Ü. “Yaşam, Sağlık ve Çevre” DSÖ: LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyali, 1998; 1. Baskı, Sağlık Bakanlığı Matbaası, Ankara.
- 98.** Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 1997
- 99.** Taşocak G. Hasta Eğitimi. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, İstanbul Üniversitesi Basımı, İstanbul. 2007
- 100.** Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011.1.Baskı, Damla Matbaacılık Ltd Şti, Ankara,2012;15-19.
- 101.** Walker, SN.,Hill-Polerecky, DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996

- 102.** ILO-IPEC. Tackling Hazardous Child Labour in Agriculture: Guidance on Policy and Practice. http://www.ilo.org/safework/info/instr/W_CMS_110200/lang--en/index.htm.(Erişim tarihi 12 Temmuz 2010.)
- 103.** Mull LD, Engel LS, Outterson B, Zahm SH. National Farm worker Database: Establishing a Farm worker Cohort for Epidemiologic Research American Journal of Industrial Medicine. 2001; 40: 612-618.
- 104.** Snipes SA, Thompson B, O'Connor K, Duncan BS, King D, Herrera AP, Navarro B. "Pesticides Protect the Fruit, but Not the People": Using Community-Based Ethnography to Understand Farm worker Pesticide-Exposure Risks. Am J Public Health. 2009; 99: 616–621.
- 105.** Türkiye İstatistik Kurumu Hane Halkı İşgücü Anketi 2014
- 106.** Havlioğlu S. , Koruk İ. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Ergenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Sorun Davranışları Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2013;11(1)
- 107.** Anthony M, Williams JM, Avery AM. Ann Health Needs of Migrant and Seasonal Farm workers, Journal of Community Health Nursing, 2008; 25: 153-160.
- 108.** California-Mexico Health Initiative. Health policy fact sheet: Agricultural workers, 2005, October <http://hia.berkeley.edu/documents/agriculture.pdf> (Erişim Tarihi: 18.04.2009)
- 109.** Eğitim Sen Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeni İle Eğitimine Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması 14 Aralık 2007. www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisi.doc. (Erişim Tarihi: 08.03.2012.)
- 110.** Kutlu S. Erişkin Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. HR.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa. 2011.
- 111.** Erçetin Y. G. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Menstrüel Siklus Özellikleri Ve İlişkili Faktörler Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi-2015.
- 112.** Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Nisan 2011 Açlık ve Yoksulluk Sınırı. www.turkis.org.tr. (Erişim Tarihi:16 Nisan 2011)
- 113.** Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2013 <http://www.tnsa.gov.tr> (Erişim Tarihi 10 Haziran 2016)
- 114.** WHO The children Behind Our Cotton, 2007. www.who.int (Erişim Tarihi: 20.06.2010)
- 115.** Gulcubuk B, Karabiyik E, Tanir F. Primary Study on the Worst States of Child Labor in the Agricultural Sector: The Research Report on the Example of Cotton-Picking Children in Adana's Karatas Township. <http://www.ilo.org/ipeinfo/product/viewProduct.do?productId=522> (Erişim tarihi 6 Haziran 2011)
- 116.** Goldsmith DF, Sisneros GC. Cancer prevention strategies among California farm workers: preliminary findings. J. Rural Health, 1996; 12 (Suppl. 4): 343–348.
- 117.** Gürgen Y. Tarım İşçilerinin Yasal Sosyal Güvenlik ve Çalışma Koşullarıyla İlgili Sorunları, Ankara, 1993;90.

- 118.** Al-Kandari F.,Vidal VL. Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level and Academic Performance of College of Nursing Students in Kuwait. *Nursing and Health Science*, 2007; 112-119.
- 119.** Hawks RS.,Madanat HN., Meril RM., Goud MB., Miyagwa T. A Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students. *The Journal of Health Education*, 2002; 5, 84-92,
- 120.** Khaghanyrad E. İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi – 2014
- 121.** Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int (Electronic Journal)* 2009; October 29. Erişim: (<http://heapro.oxfordjournals.org/>) (Erişim tarihi: 03.05.2010)
- 122.** Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S. Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *J Nurs Educ* 2005; Vol. 44, No. 6:266-270.
- 123.** Lee RLT, Loke AJTY. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs* 2005; Vol. 22 No. 3:209-220.
- 124.** Hui WHC. The health-promoting lifestyles of under graduate nurses in Hong Kong. *J Prof Nurs*, 2002; 18(2):101-11.
- 125.** Şimşek Ö, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö ve ark. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 26(3):151-157.
- 126.** Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *SDÜ Tıp Fak Derg*. 2010;17(2):19-24.
- 127.** Ángyán, L., Antal, C., Teczely, T., Karsai, I. Self-Reported Health Status and Lifestyle of University Students. *Hungarian Medical Journal*, 2008; 28: 417-426.
- 128.** Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14(2):101-109. nin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2006; 34:166-172.
- 129.** Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışlarını Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2013; s. 30.
- 130.** Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practise. Fourth Edition New Jersey: 2002

8.EKLER

EK 1. BİREYSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli

4. Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri

5. Okula devam ediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

6. Annenizin eğitim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri

7. Babanızın eğitim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise ve üzeri

8. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. İyi 3. Orta 3. Kötü

10. Aile tipiniz nedir?

- 1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile

11. Ailenizle birlikte mi kalıyorsunuz?

1. Evet 2.Hayır

12. Ailedeki birey sayısı:.....

13. Evde konuşulan dil nedir?

1. Türkçe 2.Arapça 3.Kürtçe 4. Diğer.....

14.Genel olarak sağlık durumunuz hakkında ne söyleyebilirsiniz?

1. Çok İyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok Kötü

15.Sağlıkla ilgili konularda bilgi gereksiniminiz var mı?

1. Evet
2. Hayır

16.Sağlıkla ilgili konularda nereden bilgi alıyorsunuz?

- 1.Aile hekimi
- 2.Aile sağlık merkezi
- 3.Televizyon
- 4.İnternet
- 5.Aile ve arkadaşlar

17. Sağlığınıza ne kadar özen gösteriyorsunuz?

1. Çok fazla
2. Çok
3. Biraz
4. Çok az
5. Hiç

18.Bulduğunuz yere yakın sağlık kuruluşu var mı?

1. Evet
2. Hayır

19. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet ise (.....)

20. Siz en son ne zaman rutin bir kontrol için (sağlık sorunuz olmadan) doktora gittiniz?

- 1.Sorunum olmadan hiç gitmiyorum
- 2.Son üç ay içinde gittim
- 3.Son altı ay içinde gittim
- 4.Son bir yıl içinde gittim
- 5.Hatırlamıyorum
- 6.Diğer(gün/ay olarak belirtiniz)

21. Hasta olduğunuzda ilk olarak ne yaparsınız?

- 1.Eczacı tavsiyesi ile ilaç kullanırım
- 2.Akraba/arkadaş/komşu tavsiyesi ile ilaç alırım
- 3.Doktora giderim
4. Evdeki ilaçları kullanırım
- 5.Bitkisel ürünler kullanırım
- 6.Hastalığının geçmesini beklerim-ihmal ederim

7.Diğer.....

22. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

23. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

24. Sorunlarınız olduğunda kiminle paylaşırsınız?

1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Arkadaş 5. Hiç kimse 6. Diğer.....

25. Stresli durumlarla baş etmek için ne yaparsınız?

1. Kendime yakın hissettiğim kişiler ile konuşurum (aile, arkadaş, sevgili.....)

2. Ağlarım

3. Yalnız kalmak isterim

4. Müzik dinlerim

5. Diğer.....

26. Egzersiz yapma durumunuz nedir?

1. Hiç yapmıyorum

2. Haftada en az 1-2 gün

3. Haftada 3-4 gün ve üstü

4. Ara sıra egzersiz yaparım

27. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

28. Kaç yıldır mevsimlik tarım işçisi olarak çalışıyorsunuz?

1. 0-1 yıl 2. 1-5 yıl 3. 5 ve üzeri yıl

29. Eviniz tarım alanına yakın mı?

1. Evet 2. Hayır

30. Tarlada nerede yaşıyorsunuz?

1. Baraka 2. Çadır 3. Diğer.....

31. Tarlada kalma süreniz nedir?.....(gün/ay)

32. Tarlada yaşarken hiç doktor/hemşire geldi mi?

1. Evet 2. Hayır

33. Tarlada yaşarken doktor/hemşire neden geldi?

1. Aşı 2. Muayene 3. Kontrol 4. Sağlık Eğitimi 5. Diğer.....

34. Tarlada sağlıklı yaşamak için sağlık personelinin beklentileriniz ne olurdu?

.....



EK-2 : SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şuan ki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Hiç bir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Yağı düşük ,doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları(tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6 11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerin anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez yada daha fazla,30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				

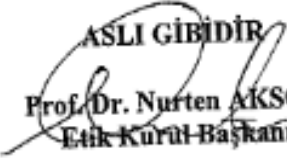
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissedirim.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				

50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimler eve durumlara açığım.				



EK 3. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 09.10.2015
OTURUM	: 09
SAAT	: 15:00

15/09/08	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'in sorumlu araştırmacı olduğu "Mevsimsik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR  Prof. Dr. Nurten AKSOY (Etik Kurul Başkanı)</p>
----------	--

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI:

Bu çalışma bir tez çalışması olup, amacı, Bu araştırmanın amacı; MTİ gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak ve bu konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara kaynak oluşturmak amacıyla yapılacaktır. Araştırmada katılımcıları tanıtıcı anket formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılacaktır. Bu araştırmada katılımcı için ek riskler söz konusu değildir. Katılımcıdan kan örneği alınmayacaktır. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısız bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım araştırmacının ve katılımcının isteğine bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularım tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Özlem YILDIZ, 05073659090

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası
Özlem YILDIZ

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih

