T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON BİRİMİ

RİZE MERKEZ İLÇEDE ÖĞRENİM GÖRMEKTE OLAN LİSE ÖĞRENCİLERİNİN BİREYSEL VE ÇEVRESEL SAĞLIĞI GELİŞTİRME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Proje No:2015.53001.106.03.02

Normal Araştırma Projesi

SONUÇ RAPORU

Proje Yürütücüsü:
Leyla Karaoğlu
Tıp/Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Araştırmacı
Asuman Okur
Tıp/Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Büşra Nur Değirmen
Tıp/Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Cansu Tırampaoğlu
Tıp/Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ekim 2018

RİZE

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın genel amacı, Rize'de lise öğrencilerinin sağlık düzeylerini, sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerini kullanım düzeyini, uzun ve sağlıklı bir yaşam sürmek için şu anda nasıl davrandıklarını ve yaşadıkları çevreye ilişkin düşünceleri ile yaşadıkları çevrenin sağlığını iyileştirmeye yönelik davranışlarını ve hangi faktörlerden etkilendiğini ortaya koymak olarak tanımlanabilir. Araştırma daha sonra yapılacak benzer araştırmalara temel oluşturacak nitelikte bir durum saptama araştırmasıdır. Geleceğin yetişkinleri olacak bugünün gençlerinin tutum ve davranışlarını saptamak davranışları erkenden olumluya doğru değiştirmek için önemli bir fırsattır. Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak bu konuda araştırma yapmamız gerektiğine karar verdik ve araştırma sonucunda elde ettiğimiz çarpıcı bulguları bilimsel kongrelerde sunduk, ödül aldık ve rapor olarak Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı'na sunmaktayız.

Bu araştırma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı tarafından desteklenmiştir (Proje numarası: 2015.53001.106.03.02). Proje yürütücüsü olarak, araştırmanın planlanmasından tamamlanmasına kadar keyifle birlikte çalıştığım anabilim dalı araştırma görevlilerinden oluşan proje ekibine (uzmanlık öğrencilerim Dr.Asuman Okur, Dr.Büşra Nur Sualp, Dr.Cansu Tırampaoğlu) teşekkürlerimi sunarım.

Başta Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı olmak üzere araştırmanın başarıyla tamamlanabilmesi için gereken desteği sağlayan, katkılarını esirgemeyen liselerin değerli yöneticileri ve öğretmenlerine teşekkürlerimi belirtmek isterim.

Rize, Ocak 2020

Prof.Dr.Leyla Karaoğlu
Proje Yürütücüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Tablo No	**Sayfa No**
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	x
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.Sağlık ve sağlığın geliştirilmesi tanımları	3
2.2. Sağlıklı yaşam tarzı ve sağlığı geliştiren davranışlar	6
2.3.Adölesan sağlığı, tanımı ve önemi	8
2.4. Adölesan döneminde görülen sağlık sorunları ve risk faktörleri	9
2.5. Adölesana yaklaşım ve adölesan sağlığının geliştirilmesi	12
2.6. Sağlık okuryazarlığı	14
2.7. Çağdaş okul sağlığı programı	15
2.8. Adölesan sağlığı ve okul sağlığı kapsamında adölesanların sağlık hizmeti ihtiyacı ve hizmet kullanımı	16
2.9. Çevre sağlığı	17
2.10. Çevre bilinci ve çevre eğitimi	18
2.11. Çevreye duyarlı tüketici davranışları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın amacı	22
3.2. Araştırmanın yeri	22
3.3. Araştırmanın tipi ve örneklem	22
3.4. Veri toplama yöntemi	24
3.5. Anket ve kullanılan ölçekler	24
3.6. Araştırmanın değişkenleri ve istatistik analiz	25
3.7. Araştırmanın süresi	27
3.8. Etik onay ve izinler	28
4. BULGULAR	
4.1.Öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular	29
4.2. Öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulgular	39
4.3. Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyetine ilişkin bulgular	39
4.4. Öğrencilerin çevresel sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular	42
5. TARTIŞMA	
5.1.Öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışması	48

5.2. Öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulguların tartışması 48
5.3.Öğrencilerin sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyetine ilişkin bulguların tartışması 49
5.4. Öğrencilerin çevresel sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışması 52

6.SONUÇ VE ÖNERİLER 53
7. REFERANSLAR 55
8. EKLER
8.1. Anket formu 58
8.2. Broşür 68
8.3. KTÜ etik kurul onayı 69
8.4. İl Milli Eğitim Müdürlüğü onayı 71
8.5. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi BAP Destekleme Protokolü 72

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo i. Örneğe çıkan okullar ve kümelerin dağılımı	23
Tablo 1: Öğrencilerin kişisel özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 2: Öğrencilerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 3: Öğrencilerin kronik sağlık sorunları	32
Tablo 4:Algılanan genel sağlık düzeylerinin öğrencilerin kişisel özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 5: Toplam AHPS puan ortalaması ve alt alan ortalamalarının dağılımı	33
Tablo 6: Öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı	35
Tablo 7: Öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının sağlık özelliklerine göre dağılımı	36
Tablo 8: İyi düzeyde sağlığı geliştirme davranışı göstermede primer etkili olan faktörler (backward stepwise logistic regresyon analizi sonuçları)	38
Tablo 9: Öğrencilerin son bir yıl içinde ortalama hekime ve acil polikliniğe başvuru ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı	40
Tablo 10: Öğrencilerin sağlık hizmeti kullanım davranışlarının dağılımı	40
Tablo 11: Öğrencilerin sağlık hizmetinden memnuniyetlerinin en son kullandıkları hizmete göre dağılımı	41
Tablo 12: Öğrencilerin acil servise en son başvuru nedenleri	41
Tablo 13:Öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen faktörler	42
Tablo 14: Öğrencilerin yaşadıkları çevre hakkındaki düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı	43
Tablo 15: Öğrencilerin çevresel risk olarak değerlendikleri konuların cinsiyete göre dağılımı	44
Tablo 16: Öğrencilerin “Yeşil Tüketici Değerleri” ölçeği ortalama puanlarının kişisel özelliklere göre dağılımı	45
Tablo 17: Öğrencilerin çevreci davranışlarının kişisel özelliklere	

göre dağılımı 46
Tablo 18: Öğrencilerin çevreci davranışlarının yeşil tüketici ölçeği ile ilişkili tutumlarına göre dağılımı 47
Tablo 19: Literatürde farklı araştırmalarda elde edilen AHPS skorlarının dağılımı 50

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İyilik ve hastalık halindeki değişim 4
Şekil 2: Adölesan ve gençlik döneminin şematik gösterimi 8
Şekil 3: Adölesanlarda davranış sorunlarını etkileyen faktörler 12
Şekil 4: Öğrencilerin interaktif okuryazarlık düzeyi 39

ÖZET

Rize Merkez ilçede öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin bireysel ve çevresel sağlığı geliştirme konusundaki tutum ve davranışları ve ilişkili faktörler

Kesitsel tipteki bu araştırmanın amacı, Rize Merkez ilçedeki 9. ve 11. sınıf lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranış, sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti kullanım düzeyini, yaşadıkları çevrede algıladıkları riskleri, çevreci tutum ve davranış düzeylerini ve ilişkili etmenleri saptamaktır. Örneklem, nüfusa orantılı sistematik küme yöntemi ile seçilen otuz sınıftaki 641 öğrenciden oluşmuştur. Veriler, Şubat-Haziran 2015 tarihlerinde öğrencilere sınıflarda gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Anket formunda, öğrencilerin kişisel özellikleri yanında, Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği" (ASGÖ), "Yeşil Tüketici Değerleri Tutum Ölçeği" (YTDTÖ), son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyet düzeyi, çevreci davranış ve yaşanılan çevredeki risklerle ilgili sorular yer almıştır.

Yaş ortalaması 15.9±0.04 yıl, %56.0'sı kız, %44.0'ü erkek olan öğrencilerin %25'i en az bir kronik sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin %9.0'ı sigara, %6.0'ı alkol kullanmaktadırlar. Toplam ASGÖ ortalaması ile kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz alt alanları puan ortalamaları sırasıyla 60.8±0.6, 69.2±0.8, 64.7±0.8, 59.7±0.7, 59.2±0.7, 56.6± 0.7, 48.3±1.0 saptanmıştır. AHPS ortalamasının ≥60.0 üzerinde olmasında primer etkili faktörler hiç sigara içmemiş olmak (OR=2.2) ve babanın çalışıyor olmasıdır (OR=4.6) ($p<0.05$). Öğrencilerin %50.3'ünün sağlıkla ilgili dökümanları okuyup anlama, %40.2'sinin sağlıkla ilgili formları doğru doldurabileceğinden emin olma ve %42.6'sının tıbbi durumuyla ilgili açıklamaları dinleyip anlama düzeyi "sorunlu" saptanmıştır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmak için öğrencilerin en çok kullandıkları kaynak internettir. Son bir yıl içinde öğrencilerin %87.1'i en az bir kez hekime, %63.2'si acil polikliniğe başvurmuş, %11.2'si en az bir gün hastanede yatarak tedavi görmüştür. Öğrenciler en çok aile hekimlerinden memnundurlar, %56.6'sı gençlere yönelik sağlık hizmetinin yetişkinlerden ayrı bir kurumda verilmesini tercih etmektedir. Öğrencilerin Ortalama YTDTÖ puanı 66.8±0.7 saptanmıştır ve %47.7'si yeşil tüketicidir. Öğrencilerin %53.1'i yaşadığı çevreyi sağlık açısından iyi olarak değerlendirmiş, %41.9'u yeterli yaya kaldırımı olmadığını, %40.3'ü temiz olmadığını, %31.2'si güvenli olmadığını, %20.9'u çok suç işlendiğini, %24.9'u fazla trafik olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %74'ü yere çekirdek

kabuğu attığını, yalnızca %3.3'ü geri dönüşüm için evde çöp ayrıştırdığını belirtmiştir. Elde edilen bulgular genel olarak cinsiyet, algılanan hanehalkı gelir düzeyi, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve babanın çalışma durumu ile ilişkili bulunmuştur.

Rize'de lise öğrencilerinin sağlığı geliştirici davranışları orta, sağlık okuryazarlığı düşük, sağlık hizmet kullanımı yüksek düzeyde saptanmıştır. Çevreci davranışları yetersiz bulunan öğrenciler yaşadıkları çevreyi güvensiz ve sağlıksız olarak değerlendirmişlerdir. Öğrencilerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için sosyal ve fiziksel çevrelerinin destekleyici yönde değiştirilmesi, beraberinde öz sorumluluk düzeyini yükseltmeye yönelik formal eğitim verilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti kullanımı, sağlığı geliştirme, çevresel risk algısı, yeşil tüketici, çevreci davranış

ABSTRACT

Environmentally friendly and health promoting attitudes and practices of high school students in the city of Rize and the related factors

The purpose of this cross-sectional study is to determine the health-promoting behavior, health literacy and healthcare usage level, perceived risks, environmentalist attitudes and behavior levels and related factors of 9th and 11th grade high school students in the Rize city. The sample consisted of 641 students in thirty classes selected by the systematic cluster method proportional to the population. The data were collected between February and June 2015 by applying a questionnaire to the students under observation in the classrooms. In the questionnaire form, besides the personal characteristics of the students, the questions related to Adolescent Health Promotion Scale (AHPS), "Green Consumer Values Attitude Scale" (GCV), health care utilization and satisfaction level in the last year, environmental behavior and risks in the environment in which they lived were included.

Of the sample whose average age is 15.9 ± 0.04 years, 56.0% are girls and 44.0% are boys, 25% of reported at least one chronic health problem. Of them, 9.0% use cigarettes and 6.0% use alcohol. The mean scores of the total AMS and subfields the self-actualization, health responsibility, social support, stress management, nutrition and exercise were 60.8 ± 0.6, 69.2 ± 0.8, 64.7 ± 0.8, 59.7 ± 0.7, 59.2 ± 0.7, 56.6 ± 0.7, 48.3 ± 1.0 has been detected. The primary factors affecting the AHPS average above 60.0 were being never smoking (OR = 2.2) and having an employed father (OR = 4.6) ($p < 0.05$). Regarding health literacy, 50.3% of students were problematic in reading and understanding health-related documents, 40.2% in filling in health-related forms correctly, and 42.6% listening to and understanding of of information given about their medical condittion. The internet is the most used resource for students to access health related information. In the past year, 87.1% of the students applied to the physician at least once, 63.2% applied to the emergency clinic, 11.2% received inpatient treatment for at least one day. Students mostly satisfied with family physicians and 56.6% of them wants separate health services for young people. Average CGV score was determined as 66.8 ± 0.7 and 47.7% of the students were green consumers. Of the students, 53.1% evaluated the environment they live in as good for health. Perceptions regarding the environmental risks they lived in were; Lack of enough sidewalk (41.9%), not clean (40.3%), not safe (31.2%), having too much crime (20.9%) and traffic (24.9%). Of the students 74% stated that they had always thrown the empty sunflower seed shells on the ground, only 3.3% of them recycled

garbage at home for recycling. The findings were associated with gender, perceived household income level, education level of parents, and father's employment status in general.

Health promotion behaviors of high school students in Rize were moderate, healthcare utilization among them was high and their health literacy level was problematic . Environmental friendly behaviors of the students were generally insufficient and they evaluated the environment they live in as unsafe and unhealthy. In order for students to lead a healthy life, it is recommended to change their social and physical environment in a supportive way, and to give formal education to raise the level of self-responsibility.

Keywords: Adolescent, health literacy, healthcare utilization, health promotion, environmental risk perception, green consumer, environmentally friendly behavior

GİRİŞ

Adölesan dönem 10-19 yaş arası dönemi kapsamaktadır. Lise öğrencileri adölesan dönemdedir ve hayatın bu dönemi bireylerin; fiziksel, sosyal ve entelektüel özeliklerini geliştirerek yetişkin rol ve sorumluluklarına hazırlandığı, hızlı biyolojik, bilişsel, psikososyal gelişimler gözlenen bir dönemdir. Bu dönemde edinilen sağlık davranışları bireyin tüm yaşamı boyunca, hem kendisinin hem çevresinin sağlık davranışını ve sağlığını etkilemektedir. Adölesan dönemle birlikte riskli davranışlar başlamakta ve bu davranışlar kronik hastalıklara sebep olabilmektedir. Bu özelliği ile adölesan dönem gençlerin hastalıklardan korunmak ve sağlığı geliştirmek için halk sağlığı alanında çalışanlara uygun fırsatlar da sağlayan bir dönem olmaktadır (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı "sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. 1984 yılında konuyla ilgili uzmanlar ve DSÖ, Kanada'da Ottowa sözleşmesi ile sağlık tanımını genişletmiş, "sağlığı geliştirme" kavramını ortaya atmışlardır. Sağlık, artık yaşamın bir amacı değil, yaşamak için gerekli kaynaklardan biri olarak kabul edilmiştir. Yaşamak için gerekli olan sağlığa, sadece bedensel kapasite ile değil, kişisel ve sosyal kaynakların da zenginleştirilmesi ile ulaşılır. Sağlığı geliştirme, insanları, sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde bireysel kontrol sağlayarak sağlıklarını geliştirmeleri ve böylelikle etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için güçlendirme sürecidir (3,4). Toplumu oluşturan bütün unsurların sağlığı geliştirmede rolü olmalıdır. Bireyler, gruplar veya kurumlar, sağlıklı olmak ve sağlıklı kalabilmek için fizik, biyolojik ve sosyal çevreyi değiştirebilme becerisine sahip olmalıdırlar. Bu tanımla birlikte 1984 yılından itibaren okullarda sağlık eğitimine, sağlık hizmetlerinin uygulanmasına önem verilmiş, sağlığın geliştirilmesi kavramına vurgu yapılmıştır (1-5,6).

Sağlığın geliştirilmesi kavramını, 1992 yılında Pender, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanması olarak tanımlamıştır. Pender, sağlığın geliştirilmesinde bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirmeyi kapsayan bütüncül bir yaklaşım önerir (7,8). Sağlıksız yaşam biçimleri ya da sağlığı olumsuz etkileyebilecek davranışların saptanması koruyucu önlemler almada ilk adımdır. Bu nedenle, sağlıkla ilgili riskli davranışları saptamak amacıyla toplumun farklı gruplarında durum saptama araştırmaları yapılması önerilmektedir. Literatürde, adölesanlarda, şiddet, sigara ve diğer madde kullanımı, inaktivite, sağlıksız beslenme, stresi

yönetememe, bozuk uyku hijyeni gibi sağlığı bozabilecek davranışlar tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesinin olmazsa olmazı sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerinin kullanımıdır. Adölesanların sağlık hizmeti kullanımını artırmak için öncelikle sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak gerekmektedir. Bunun için sağlık sistemi hakkında doğru bilgilendirilmesi, sağlıkla ilgili bilgilere doğru kaynaklardan ulaşmayı öğrenmesi ve adölesanın çekinmeden başvurabileceği, kabul edilebilir, ulaşılabilir, onlar için özel olarak hazırlanmış fizik mekanlarda sunulan, adölesan dostu sağlık hizmet sunumunun toplumda yaygınlaştırılması önerilmektedir (9,10).

Sağlığın geliştirilmesi kavramı, kişinin içinde bulunduğu çevrenin sağlığa uygun olmasını da kapsamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sadece kişinin çabaları ile değil sektörler arası iş birliği ve toplum katılımı ile gerçekleştirilebilir. Toplumu oluşturan bireyler kendilerini tehdit eden çevresel sorunlara algıları doğrultusunda tepki gösterir. Fizik, biyoloji ve sosyal çevreden kaynaklanan tehlikelerin azaltılmasında çevresel riskleri doğru algılayan, çevreye duyarlı, sorumlu davranışlar sergileyebilecek bilinçli nesiller yetiştirebilmek için çevre eğitimi vurgulanmaktadır (11). Sağlıkla ilgili ileriye dönük planlama yapılırken, toplumun tüm alt gruplarının ve dolayısı ile adölesanların çevresel risklerle ilgili algılarını, çevreci davranışlarını ve sorunların çözümündeki gönüllülüklerini saptamanın önemi üzerinde durulmaktadır. (12).

Bu Araştırmanın amacı, Rize ili Merkez ilçede öğrenim görmekte olan 9. ve 11. sınıf öğrencilerinin bireysel ve çevresel sağlığı geliştirme konularıyla ilişkili tutum ve davranışlarını ve ilişkili etmenleri saptamaktır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık ve sağlığın geliştirilmesi tanımları

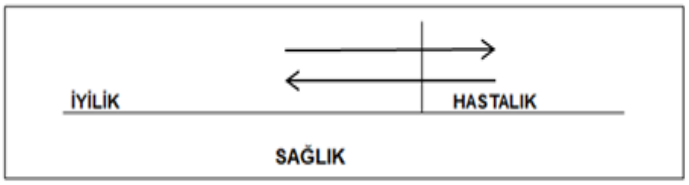
Sağlık kelimesinin kökeni sağ olmaktan gelmektedir. Sağlık, yalnızca sağ olmak değil beraberinde salim olmayı da içermektedir. Salim olmak; Hasta veya sakat olmamak, sağlam, ayıpsız, kusursuz, noksansız, korkusuz, endişesiz, emin olmayı da içermektedir. Halk sağlık kelimesine pozitif yönde anlam yüklemiştir. Halkın sağlık anlayışı: Bir hastalığın olmaması ya da olumsuz bir durumun olmaması, işlevsel olarak günlük aktivitelerin üstesinden gelmek ve ruhsal, içsel, zihinsel olarak dengeli, uyumlu, neşeli olmaktır.

Tıp dünyasında sağlık tanımı zaman içinde evrim geçirmiştir. İlk tanımlamalar biyomedikal modele dayalıdır. Biyomedikal modelin sağlık tanımı: "Anatomik, fizyolojik, psikolojik bütünlük; ailesel, mesleki, toplumsal rolleri yerine getirebilme, fizik, biyolojik, psikolojik ve sosyal stresle başa çıkabilme gücü, yeteneği" şeklindedir (13).

1948 yılında 2. Dünya savaşının bitmesiyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)(WHO-World Health Organization) sağlık tanımını "iyilik hali"ne vurgu yaparak "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde değiştirmiştir. DSÖ'nün bu sağlık tanımı ideal, yenilikçi ve heyecan verici bulunmuş fakat belirsiz, muğlak, fazlasıyla kapsamlı, ölçülebilir değil şeklinde eleştirilerek kullanılmamış ve biyomedikal tanıma geri dönülmüştür.

Bütüncül ya da holistik sağlık kavramı insana fizik, biyolojik ve sosyal çevresi ile birlikte hasta ya da sağlam olarak ayırmadan bir bütün olarak yaklaşır. Yıllar içinde hastalık tanımı değişim geçirmiş, hastalığın bir durum değil bir süreç olduğu anlaşılmıştır. Bazı durumlarda hastalıkların ölüm ya da sakatlıkla sonuçlandığı ancak bazı durumlarda hastalıktan iyilik haline tekrar dönülebildiği ya da hastalıkla beraber uzun süreler yaşanabildiği görülmüştür. Bireysel ve toplumsal sağlığın ve iyilik halinin temelinde bireysel fiyolojik, genetik faktörlerin yanı sıra yoksulluk, işsizlik, eğitim, barınma ve sağlık hizmetlerinin varlığı gibi sosyal/toplumsal faktörlerin de etkisi olduğu görülmüştür. Bütüncül sağlık yaklaşımında hastalık ve iyilik kavramı bir arada, iç içe olabilir. Sağlık hali iyilikten hastalığa hastalıktan iyiliğe doğru değişebilen dinamik bir süreç olduğu gibi hasta olan bir kişi işini, fizik aktivitesini yapabilir, hobilerini günlük yaşamını sürdürebilir. Diyabet hastasının tedavi ile birlikte günlük aktivitelerini sürdürmesi buma örnek verilebilir. Bu nedenle sağlık

kavramı aşağıdaki şemada gösterildiği şekilde süreç kavramı içinde ele alınmaya başlanmıştır. (13,14).



Şekil 1: İyilik ve hastalık halindeki değişim

Bütün bunlar iyilik halinin nasıl daha uzun süre kalıcı kılınabileceğini düşündürmüş ve bunun yolları araştırılmıştır. İyilik halinin kapsamının ne olduğu ve nasıl ölçülebileceği araştırılmıştır. Bu bir anlamda hastalıksız bir sağlıklılık durumunun nasıl sağlanabileceği anlamına gelmektedir. İyilik halinin korunması ve sürdürülebilmesinin özellikle sosyal faktörlere ve bireyin davranışlarına bağlı olduğu anlaşılmıştır. Örneğin işitme bozukluğunun gürültüye maruz kalmaya bağlı ortaya çıkabileceği anlaşılmıştır. İşyerindeki gürültü geri dönüşümü olmayan sağırlığa neden olabilmektedir. Gürültülü işyerlerinde işitme kaybını önlemek için işyerleri gürültü düzeyini azaltmalı (gerekirse gürültü oluşturan makineleri değiştirerek), işçilere bireysel koruyucu olarak kulaklık temin etmeli ve işçiler de bu kulaklıkları kullanmalıdırlar. Bu tür nedensel ilişkilerin tespit edilmesiyle sağlıklı işyerleri, kaliteli iş yaşamı, sağlıklı yaşam alanları, sağlıklı mahalleler, evler, sağlıklı yaşam biçimleri kavramları ve sağlığı bozulmadan koruma uygulamaları ortaya çıkmıştır (13,14).

DSÖ 1984'de sağlık tanımını değiştirmiştir. Dinamik, yeniden iyileşmeye, bağımsız yaşamaya önem veren ve bunlar için zihinsel, duygusal, sosyoekonomik duruma da atıfta bulunan yeni bir tanım yapmıştır. Sağlık: "Birey ya da toplumun arzularını gerçekleştirebilme, ihtiyaçlarını karşılayabilme ve çevreyle başa çıkabilme, çevreyi değiştirebilme derecesidir. Sağlık yaşamanın amacı değil, günlük yaşam için gerekli bir kaynaktır. Sağlık, fiziksel kapasite kadar, sosyal ve bireysel kapasitenin de önemli olduğu pozitif bir kavramdır" (15).

Bu tanımda sağlık "yaşam için bir kaynak" olarak ele alınmıştır. Muğlak bir ideal olmaktan çıkarılmıştır. Sağlık yaşamak için gerekli bir kaynak olduğuna göre ülkelerin halklarına sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam koşulları, sağlıklı yiyecek, sağlık su, sağlıklı çevre gibi sağlığı koruyucu destekleyici çevresel ve sosyal ortamı sağlamaları gerektiği, sağlığı

önceleyen kamu politikalarını uygulanmaları gerektiği şeklinde görüşler öne çıkmıştır. Sağlığı destekleyen yaşam koşullarını bireyler ya da gruplar da gerçekleştirebilir. Bu faaliyetlerin sağlığı geliştiren uygulamalar olduğu belirlenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gücünü kazanması şeklinde ele alınmıştır. Toplumsal iyilik halinin sürdürülebilmesi için, toplumu oluşturan her bir bireyin uygulamaları benimseyen ve üzerine düşen sorumluluğu yerine getiren öz-sorumluluk sahibi, sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemiş vatandaşlar olması gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerinde sorumluluğun paylaşılmasına vurgu yapılmıştır. Sağlıklı yaşam, her vatandaş için anayasal bir haktır. Bu durumu sağlamak ve gerekli tedbirleri almak da devletin görevleri arasındadır. Öz-sorumluluk, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık konusunda bilgilenmesi, sağlık okuryazarlığını artırması, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Hastanın düzgün beslenmesi, spor yapması, temizliğine dikkat etmesi, risk taşıyan durumlardan (hızlı araba kullanmak, düzensiz ve sağlıksız beslenmek, aşırı alkol ve sigara tüketmek vb) kaçınması ve ihtiyacı olduğu zaman sağlık uzmanlarından yardım alması öz-sorumluluk örnekleridir. Aslında kişinin kendine karşı olan görevleri arasındadır. Kişi bu görevleri yerine getirdiğinde sadece kendi sağlığı için değil, toplum sağlığı için de üzerine düşeni yapmış olacaktır. Örnek olarak verem hastası tedavi olursa başkalarına hastalık bulaştırmayacağı gibi kendisi de tekrar iyilik durumuna dönecektir (15,16).

Sağlığın belirleyicileri ve sağlığın geliştirilmesi için uluslararası düzeyde ve ulusal düzeyde kamu tarafından sağlanması gereken önkoşullar 1986'da Ottowa'da aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır (16):

- Toplumsal barış
- Herkes için uygun barınma koşullarının sağlanması
- Herkes için uygun ve sağlıklı gıda sağlanması
- Eğitim düzeyinin yükseltilmesi
- Gelir düzeyinin iyileştirilmesi, yoksulluğun önlenmesi
- Stabil bir ekosistem sağlanması
- Sürekliliği olan kaynakların sağlanması
- Sosyal adaletin sağlanması
- Hakkaniyetli-eşitlikçi yaklaşımın benimsenmesi

  Ottowa'da sağlık için gerekli koşullar tanımlandıktan üye devletlerce uygulanması gereken stratejiler de aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (4):

- Sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması
- Sağlık için destekleyici çevrelerin yaratılması
- Sağlık toplum katılımını ve toplumsal hareketlerin güçlendirilmesi
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin yeni gereksinmelere uyumunu sağlayacak şekilde yönlendirilmesi

Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimlerinin kolaylaştırılmasına vurgu yapmaktadır. Toplumsal, ekonomik ve ekolojik çevresel faktörleri iyileştirmeden yalnızca bireysel çabalarla sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürülemeyeceğine vurgu yapar. Bu, halkın sağlığını koruma ve daha iyiye götürmede yeni bir yaklaşımdır.

2.2.Sağlıklı yaşam tarzı ve sağlığı geliştiren davranışlar

Sağlığın en önemli belirleyicileri aşağıdaki şekilde sayılmaktadır:

1. Genetik miras
2. Cinsiyet
3. Biyolojik yapı (yaş dönemleri, gebelik, hastalık, vb.)
4. Erken çocukluk dönemi bakımı
5. Sağlık hizmetlerinin varlığı
6. Okuryazar olma ve eğitim düzeyi
7. İş, gelir, yoksulluk düzeyi
8. Çalışma koşulları
9. Sosyal konum
10. Sosyal, kültürel çevre
11. Fizik çevre
12. Kişisel deneyimler, davranışlar ve başa çıkma yöntemleri

Kişinin hayata bakış açısına/dünya görüşüne bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, tutumlar, davranışlar, alışkanlıklarla kendini gösteren farklı yaşam biçimleri yaşam tarzı olarak tanımlanmaktadır. Yaşam tarzları fizik ve coğrafi çevreden etkilenmektedir. Tarım, hayvancılık, sanayi gibi üretim biçimlerine ya da kentsel kırsal alanda yaşamaya bağlı olarak yaşam tarzları değişebilmektedir.

Sağlığı olumlu etkileyen davranışlar ve yaşam biçimleri, altta genetik bir yatkınlık olsa bile hastalığın ortaya çıkmasını engeller ya da geciktirir. Örneğin ailesinde şeker hastası olan bir kişi uygun diyet ve beslenmeyle şeker hastası olmayabilir. Davranışsal faktörler sağlığı

aniden ya da kronik olarak etkileyebilir. Örneğin birden çok miktarda alkol alma ve alkollü araba kullanma aniden ölüm ya da yaralanmaya neden olabilir. Ya da yaralanma sömür boyu sakatlık şeklinde kalıcı olabilir. Ayrıca uzun süreli alkol kullanımı karaciğer hastalığı, siroz, pankreas kanseri şeklinde kronik hastalığa neden olabilir.

Sağlıklı yaşam tarzını oluşturan ya da iyilik halinin sürdürülmesi için benimsenmesi önerilen sağlığı geliştirici davranışlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir (4,15-17):

1. Sağlıklı beslenme
2. Sigara, alkol, madde kullanmama
3. Fizik aktivite yapma
4. Düzenli ve yeterli uyku
5. Güvenli cinsel yaşam
6. Stresle başa çıkma
7. Boş zamanları uygun değerlendirme
8. Güneşin zararlı etkilerinden korunma
9. Kaza/yaralanmalardan korunma

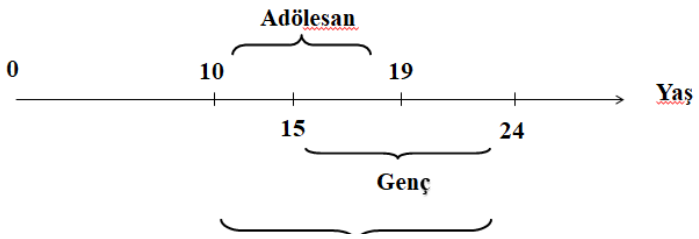
Pender, 1992 yılında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını manevi gelişim ya da kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, sosyal destek ya da kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi şeklinde altı alt alan tanımlamıştır. Manevi gelişim ya da kendini gerçekleştirme kişinin kendi olumsuz yönlerini görebilmesi, zayıflıklarını tanıyabilmesi ve onları düzeltmeye çalışmasıyla ilgilidir. Böylece kişinin kendisini sevmesini sağlayacak, kendiyle ilgili mutluluk veren duygular hissetmesini sağlayacak pozitif davranışlar geliştirmesiyle ilgilidir. Sağlık sorumluluğu, kişilerin kendi fiziksel sağlıklarıyla ilgili olarak hangi davranışları seçtikleriyle ilgilidir. Kişisel hijyenine dikkat edip etmediği, bir sağlık sorunu çıktığında sağlık personeline sorup sormadığı, sağlıklı beslenip beslenmediği gibi davranışlar buna örnektir. Egzersiz alt alanı kişinin ne düzeyde fizik aktivite gösterdiği, egzersiz yaparken gerekli olan ısınma, soğuma, esneme kurallarına uyup uymadığı gibi davranışları kapsamaktadır. Beslenme alt alanı kişinin nasıl bir diyeti olduğu, lifli besinler tüketip tüketmediği, yeterli su içip içmediği, kahvaltı yapıp yapmadığı, düzenli ve her besin grubundan tüketip tüketmediği gibi konuları kapsamaktadır. Sosyal destek alanı kişinin akrabaları, yakınındakiler, arkadaşları ile nasıl ilişkiler içinde olduğu ile, onların sorunlarıyla ilgilenip ilgilenmediği ya da kendi sorunlarını onlarla paylaşıp paylaşmadığı ile ilgilidir. Stres yönetimi alt alanı ise kişinin duygusal değişimlerini gözlemleyebilmesi,

yaşamındaki stres kaynaklarını tanıyabilmesi ve önlemek için önceliklerini belirleyebilmesi ile ilgili davranışları içermektedir (7).

Sağlıklı yaşam biçimlerinin tanımlanmış olmasına ve teşvik edilmesine rağmen toplumda sağlıklı yaşam biçimine sahip olanların sıklığının düşük düzeyde olduğu, özellikle adölesanlarda bu davranış düzeylerinin yetersiz olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.

2.3.Adölesan sağlığı, tanımı ve önemi

Adölesan, Latince'de yetişkinliğe doğru büyümek manasındaki 'adolescere' kelimesinden türetilmiştir ve ilk kez 15. Yüzyılda kullanılmıştır. Adölesan dönem çocukluktan erişkiniğe geçilen hızlı bir fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişim dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü 10 ile 19 yaşlar arası döneme adölesan (ergen) dönem, 15 ile 24 yaşlar arasını genç ve 10 ile 24 yaş arasını gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamalar aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (1).



Şekil 2: Adölesan ve gençlik döneminin şematik gösterimi

Adölesan dönem kendi içinde; 10-13 yaşlar arasını kapsayan erken adolesan dönem, 14-15 yaşlarını kapsayan orta adolesan dönem ve 16-19 yaşlar arasını kapsayan geç adölesan dönem olarak sınıflandırılmaktadır. Bu dönemlerde ergen ve gençlerin fiziksel, cinsel ve psiko-sosyal gelişimleri farklılık göstermektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20' sini oluşturmaktadırlar. Türkiye'de yaklaşık 19 milyonla toplam nüfusun yaklaşık %24'ünü "10-24" yaş grubu oluşturmaktadır.

Gençlik dönemi (10-24 yaş arası) çocukluk ile erişkinlik arasında hızla geçen bir ara dönem değil, yaklaşık 14 yıl süren, yaşamın %21'ini oluşturan uzun bir dönemdir. Adölesanların şimdiki sağlık düzeyi gelecekte toplumun sağlık düzeyini belirleyecektir. Adölesan dönemi bütün yaş grupları içerisinde en sağlıklı dönem olmakla birlikte merak, öğrenme, deneyim ve risk alma dönemi olması nedeniyle sağlık sorunlarının ve hatta sakatlık ve ölümlerin de görüldüğü dikkate alınması gereken bir dönem olarak tanımlanmaktadır.

Adölesanlar nüfus içindeki paylarının yüksek olmasıyla hem önemli bir işgücü oluşturmakta hem de bağımlı nüfusu oluşturmaktadır. Adölesanların her tür toplumsal olaya katılım hakları olduğu ve olması gerektiği vurgulanmaktadır. Adölesan dönem aynı zamanda erişkinliğin ve vatandaşlığın da tecrübe edildiği bir dönemdir. Adölesanlar hızlı büyümeye alışamama, uyum gösterememe gibi sorunlar yaşamakta, olumsuz ya da riskli yaşam biçimleri edinmektedirler. Bu nedenlerle adölesan dönem en önemli sosyal ve ekonomik yatırımların yapılması gereken grup olarak ele alınmaktadır.

2.4.Adölesan döneminde görülen sağlık sorunları ve risk faktörleri

Adolesan Dönem Sağlık Sorunları (6,18); Çocukluk döneminden kaynaklanan sağlık sorunları, enfeksiyon hastalıkları vb. gibi yer yaşta görülen sağlık sorunları, büyüme ve gelişmeye bağlı sağlık sorunları ve yaşam tarzına bağlı ya da riskli davranışlara bağlı sağlık sorunları olarak sınıflandırılmaktadır. Bu dönemdeki sağlık sorunları aşağıdaki şekildedir :

1. Büyümeye bağlı olarak aşağıdaki sorunlar görülmektedir:

- Boy uzamasında gecikme
- Erken uzama, erken gelişme
- Geç uzama, geç gelişme
- Deride yağlanma
- Sivilceler
- Menstruasyonun gecikmesi
- Meme gelişiminin gecikmesi
- Erkeklerde meme büyümesi
- Sakal çıkmaması
- Penis boyu sorunları

2. Yaralanmalar

- Motorlu taşıt kazaları, spor kazaları sonucu yaralanmalar (kafa travması ağırdan ekşmoz gibi hafife kadar değişen düzeyde)
- Adölesana yönelik ve adölesanlar arası şiddete bağlı
- Savaşlar

3. Ruhsal sorunlar

- Majör depresyon, şizofreni, davranış bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivitebozukluğu, kişilik bozukluğu, panik atak, fobiler, bipolar bozukluk, madde kullanımına bağlı bağımlılıklar, kendine yönelik zarar verme, intihar düşüncesi, intihar

4. Kronik hastalıklar

- Obezite, astım,şeker hastalığı, epilepsi, zayıflık, yeme bozuklukları (Bazıları çocukluktan kalma olabilir), bel-boyun ağrıları

5. Üreme ve cinsel sağlık sorunları
   - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adölesan gebelik
6. Madde kullanımı sorunları
   - Sigara, alkol, uyuşturucu

Adölesanlarda cinsiyete göre en çok görülen ölüm nedenleri aşağıda sıralanmıştır (1):

Erkek	**Kadın**
• Trafik kazaları • Şiddet • İntihar • Savaş yaralanmaları	• Gebelik, doğum komplikasyonları • Solunum yolu enfeksiyonları • İntihar • AIDS • Verem • Trafik kazaları

Adölesanlar, bağımsızlık kazanmak ve yeni statüler edinmek için aileden duygusal olarak uzaklaşıp kendisine yeni ortamlar aramaktadırlar. Adölesanların içerisine girdikleri yeni ortamlarda kendini ispat çabaları, yeni deneyimlerle birlikte yeni sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bu arayışlara bağlı olarak adölesanlarda morbidite ve mortaliteye neden olabilecek aşağıda belirtilen riskli davranışlar gelişebilmektedir.

Adölesanda Riskli Davranışlar (1,19)

1) Sigara, alkol ve diğer maddelerin kullanımı, bağımlılık
2) Yetersiz ve Dengesiz beslenme, fast food tüketme
3) Erken ve güvensiz cinsel davranışlar
4) Yaralanma ve ölümlere neden olacak güvensiz ve şiddet içeren davranışlar (örneğin silah taşıma)
5) Evden kaçma, okuldan kaçma gibi kurallara uymama davranışları
6) Suç işleme (çalma, holiganlık, zorbalık, çete üyeliği, kumar oynama, cinayet gibi)

Türkiye'de liseli adölesanlar arasında düzenli sigara içme %15-22, ayda en az bir kez alkollü içki içme %25-34, madde kullanımı %1.6-5.9, kumar oynama %6,2, şans oyunları oynama %22,4 olarak tespit edilmiştir.

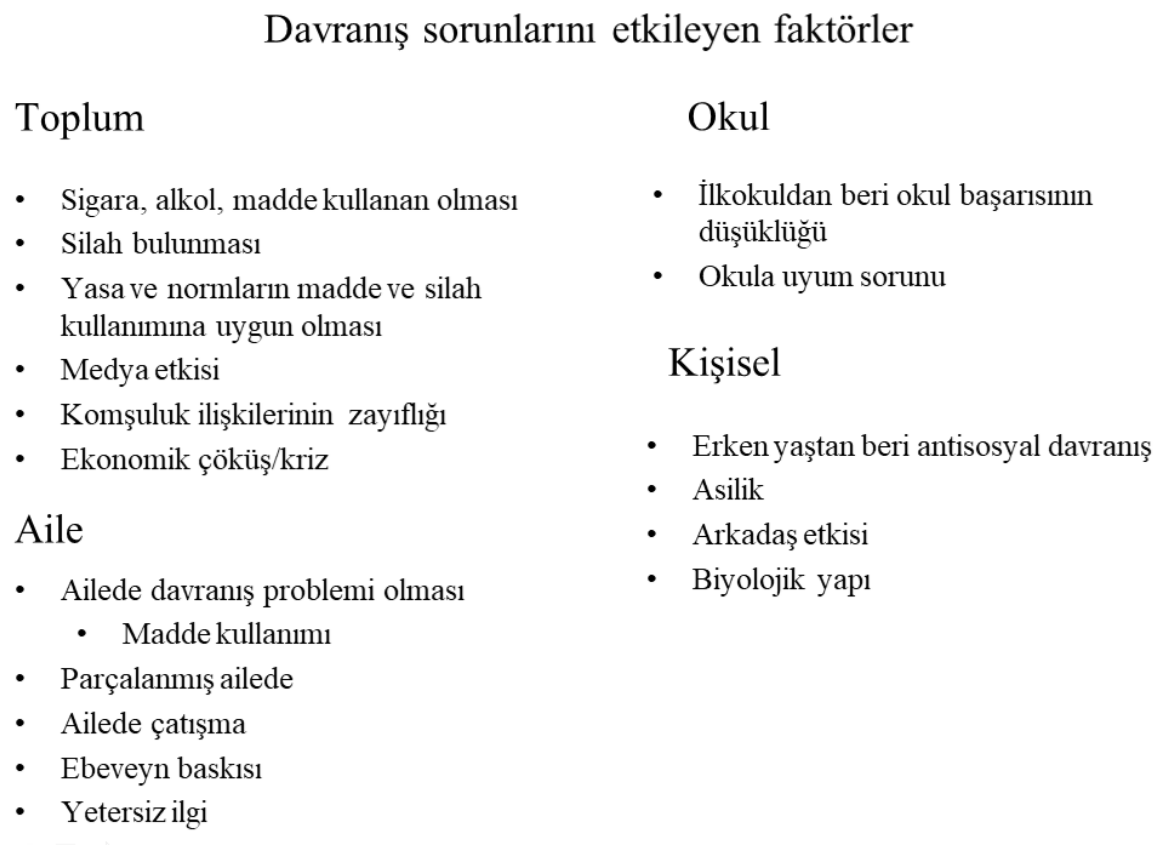
Gençlerde risk alma bir sorun olarak değil çözüm olarak görülmektedir. Merakını gidermek, kendini ispatlamak, gelişen kuvvetini göstermek şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Erkeklerde risk alma davranışı daha yüksek düzeyde görülmektedir. Ancak bu davranışlar sağlıksız yaşam biçimi şeklinde alışkanlık haline gelebilmekte, süreklilik kazanarak erişkinlikte sürebilmektedir. Ancak son yıllarda adölesanın risk alma davranışı norolik gelişimle açıklanmakta, puberteyle birlikte temporal bölgedeki heyecan arayışına sürükleyen impulsive gelişime karşı cortikal bölgedeki bilişsel kontrol mekanizmasının gelişmesi arasındaki açıktan bahsedilmektedir (19). Bu gelişimsel farklılık nedeniyle adölesanın bilgisi artırılıp ve tutumunda değişiklik beklenmesi ve daha az riskli davranış göstermesinin mümkün olamayacağı öngörülmektedir. Sosyal ve duygusal uyaranlar heyecan arayışını körükleyecek, içinde bulunduğu ortama uygunsa adölesan ne kadar eğitilmiş olsa bile biyolojik temeller nedeniyle uyaranlara karşı koyamayacaktır. Bu nedenle yapılması gereken adölesan akıl vermektense sosyal ortamlarda riskleri ortadan kaldırmaktır. Bunlar arasında sigara alkol fiyatların artırılması, satışın yasaklanması, ehliyet alma yaşının geciktirilmesi sayılabilir (19).

Gençlerin risk alma nedenleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (1):

1) Ergenlikte riskli davranışların beyin gelişimi ile ilişkisi
    - Beyin ön bölgesinin çalışmasıyla; insanda akıl ve kişilik özellikleri oluşur. Nöroloji bilimince yapılan araştırmalar bu dönemde beyin gelişiminin devam ettiğini göstermektedir. Ergenlikte çekilen EEG'nin erişkin paterninde olmadığı gösterilmiştir. Frontal lob ergenlik boyunca gelişmektedir.
2) Duyarlılıkları ve duygulanım durumlarıdır.
    - Onlu yaşlarda Dopamin reseptörleri artarken, seratoninerjik reseptörler azalmaktadır. Bu değişiklikler bireyleri daha duygusal, daha dürtüsel ve aynı zamanda ödüle daha az tepkili hale getirmektedir. Ödüle duyarlılığın azalması, ergenleri risk almaya ve yenilikleri denemeye yönlendirmektedir.
3) Genel olarak yaşam deneyimlerinin az olması ve bilgi birikimlerinin yeterli olmaması nedeniyle risk algılarının düşük olması, tehlikeyi ve olabilecekleri bilmemeleri,
    - Risk Algısı Kişinin herhangi bir davranışı yapması durumunda karşılaşabileceği olumsuz sonuçlar hakkındaki öngörüsüdür. Bilgi ve deneyim doğru karar vermeyi olumlu yönde etkilemektedir.
    - Risk alma orta adölesan dönemde en yüksek düzeyde
4) Toplumun son 25-30 yıl içindeki değişimi adölesanı etkilemekte, anne-baba akrabalar, mahalle çevresindeki rol modellerin sorunlu olması adölesanı sosyal öğrenme yoluyla olumsuz etkilemektedir

Adölesanlarda davranış sorunlarının altta yatan nedenleri aşağıdaki şemada özetlenmiştir (1).



Şekil 3: Adölesanlarda davranış sorunlarını etkileyen faktörler

2.5.Adölesana yaklaşım ve adölesan sağlığının geliştirilmesi

Birçok araştırma adölesan dönemde edinilen riskli davranışların önüne geçildiği takdirde adölesan sağlını geliştirmenin mümkün olacağını birçok çalışma göstermiştir. Bir başka deyişle adölesanın fiziki çevre koşullarını iyileştirmek, iyi beslenmesini sağlamak, bulaşıcı hastalıklardan ve kazalardan korumak, sağlık eğitimi ile sağlıklı yaşam tarzları hakkında bilgilendirmek, onlara değer vererek ve dinleyerek yaşamla ilgili sorunlarına eğilerek, sigara ve madde kullanımına başlamayı engelleyerek ve kullanımı sonlandırarak sağlıkları daha iyi bir düzeye getirilebilir. Erken adölesan dönemden itibaren adölesanlara sağlığı geliştirme ile ilgili verilecek olan basit, net, neden ve sonucu açıklayan, düşündürmeye yönelik mesajları içeren sağlık eğitimleri onları bu dönem boyunca karşılaşacakları risklerden, birçok kronik hastalıktan korumayabilecek ve yaşam kalitelerini artırabilecektir. Ülkemizdeki adölesan nüfusun büyüklüğü göz önüne alındığında sağlıklı davranışların kazandırılması için eğitim gereksinimi olan büyük bir grubun var olduğu görülmektedir. Adölesan sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmek için yapıcı stratejilere ve programlara ihtiyaç olduğu açıktır. Bu

çabalar için sektörler arası işbirliğinin ve kamu tarafından destekleyici çevrelerin yaratılması gereklidir.

Adölesan sağlığını geliştirme ve hastalıkları önleme programları Crockett ve Petersen (1993) şu hedefleri önermiştir: Fiziksel sağlığı geliştirme ve uygun beslenme ve egzersizlerle destekleme, Bilişsel olgunlaşmayı geliştirme; soyutlama kapasitesi, muhakeme yeteneği, özerk karar alabilme gibi. Özsaygı ve olumlu kimlik algısı geliştirme; toplumsal sorumluluklarını da alarak, olumlu gelecek hedeflerine yönelme, aile, akran ve diğer yetişkinlerle olan destekleyici ilişkilerini geliştirme, eğitim ve iş başarısı için olanak sağlama (8).

Türkiye 10.Kalkınma Planı'nda adölesanlar ile ilgili olarak çözülmesi gereken aşağıdaki sorunların varlığına dikkat çekilmiştir (20):

- Sosyo-ekonomik ve bölgesel eşitsizlikler,
- Yoksulluk, toplumsal cinsiyet eşitsizliği,
- Çocuk evlilikleri,
- Çocuk işçiliği,
- Suça sürüklenme,
- Çocuğa yönelik şiddet ve cinsel istismar,
- Aile yapısındaki çözülmeler,
- Aidiyet ve dayanışma duygusunun zayıflaması,
- Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklar,
- İnternet bağımlılığı çocuklar ve gençler

Adölesanın tam olarak fiziksel, mental ve sosyal anlamda iyi olma halini sağlayabilmek ve tam bir iyilik halinde yaşamaları için destekleyici sosyal çevrelerin yaratılması önemlidir. Sosyal destek sunulacak çevreler aile, okul, yaşanılan bölge, iş yeri, sağlık kurumları şeklinde sayılabilir. Bu yaşam alanlarında pozitif davranışlar geliştirmesini kolaylıkla sağlayacak uygulamaların yerleştirilmesi önerilmektedir.

Adölesanlara yönelik sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenmesi yapılan önerilerden biridir. Bu kapsamda hastanelerde adölesan poliklinikleri kurulması, adolesanlar için özgün ve dostça düzenlenmiş, kolay ulaşabilecekleri sağlık hizmetlerinin sunulması hususunda Dünya Sağlık Örgütü hükümetleri göreve çağrılmıştır. Böylelikle oldukça büyük bir nüfusa sahip ve kendine has sağlık sorunları olan gençler için gerekli genç dostu fizik altyapı temin edilmiş olacaktır. Hizmet sunacak sağlık personelinin, gençlerin sorunlarına duyarlı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti verecek şekilde yeniden eğitilmesi önerilmiştir. Adölesan

sağlığı uzmanı, adölesan psikiyatri uzmanlığı gibi sağlık insan gücü yaratılması gerektiği vurgulanmaktadır. Zihinsel ve bedensel engelli adölesanlar için rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması da önerilerden biridir.

Genç dostu sağlık hizmetlerinin; Bulunabilir, ulaşılabilir, yaklaşılabilir, kabul edilebilir, ödenebilir ve uygun hizmetler olması gerektiği üzerinde durulmuştur (21).

Genç dostu sağlık hizmetleri ile gençlerin sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin kaldırılması hedeflenmektedir. Bu hizmetlerin verildiği merkezlerin bir tabela ile tanımlanması, bu merkezlerde gençlerin istek ve gereksinimlerini dikkate alan, mali, kültürel ve sosyal engellerin en aza indirildiği, çalışma saatleri uygun olan, mahremiyete itina gösterilen, personelin yargılayıcı tutumlardan kaçındığı, gençlerin anlayabileceği bilgi ve materyalin hazır olduğu, bütüncül yaklaşımın benimsendiği, yaşam alanına ve okula yakın, bekleme süresi kısa, merkez dışında çeşitli erişim olanakları bulunan, telefon destek hattı bulunan, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerini de sunulması önerilmiştir.
(21).

Türkiye'de, 2002 yılında adolesan sağlığını geliştirmek amacıyla ulusal bir hizmet sunum modeli oluşturularak SB, UNICEF, UNFPA ve STK'la işbirliği ile Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri açılmıştır ve merkezlerin çalışma koşulları belirlenip, bu merkezlerde görev alacak sağlık personelinin eğitimleri tamamlanmıştır (21).

Türkiye'de Adolesan Hizmeti verilen kurumlar arasında Aile Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde oluşturulan ruh sağlığı danışmanlık merkezleri, ıslah evleri, mediko sosyal merkezler, sporcu sağlığı merkezleri, Gençlik Sağlık ve Danışma Merkezleri, İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde adölesan sağlığı departmanları (Hacettepe Ü, İstanbul Ü), madde bağımlılığı merkezleri, yetiştirme yurtları sayılabilir.

2.6.Sağlık okuryazarlığı

Okuryazarlık, bireyin, toplumda fonksiyon göstermesi, hedeflerine ulaşması, bilgisini ve potansiyelini geliştirmesi için basılı ve yazılı bilgileri kullanma becerisidir. Okuryazarlık becerileri sözel, sayısal, yazılı olarak sınıflanmaktadır. Sözel okuryazarlık dinleme ve dinlediğini anlama becerisidir. Sayısal okuryazarlık becerisi rakam ve grafikleri anlayabilme becerisidir. Yazılı okuryazarlık düşüncelerini yazarak ifade edebilme becerisidir.

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıklı kalmak, hastalandıklarında iyileşmek, uzun ve kaliteli bir yaşam sürmek için ya da kısaca kendi ve toplum sağlığı için uygun kararı verebilmek için gerekli olan sağlık bilgisini edinebilme, sağlık hizmetine ulaşabilme ve edindiği bilgiyi ve hizmeti anlama, kendi akıl süzgecinde işleme, değerlendirme ve kullanabilme kapasitesinin derecesidir. Düşük sağlık okuryazarlığı sağlık iletişimini güçleştirmektedir. Erken yaşlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması bireyin yaşamı boyunca sağlığını olumlu etkileyecek faktörlerdendir. Dünyada ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Bu durum sağlık hizmetinin gerekliliğini anlamayı, kullanmayı, tedaviye uyumu engellemektedir (23).

2.7. Çağdaş okul sağlığı programı

İlköğretim ve liselerde yaklaşık 10 milyon öğrenci eğitim görmektedir. Öğrencilerin çoğunluğu adölesan dönemdedir. Çağdaş okul sağlığı programı okul personeli ve sağlık personelinin katılıp işbirliği yaptığı ortak bir etkinliktir (6,24) .

Çağdaş okul sağlığı programının bileşenleri aşağıda sunulmuştur.

1. Okulda sağlık hizmeti sunumu (Tıbbi bakım)
    - Öğrenciye yönelik
    - Okul personeline yönelik
2. Okulda çevre sağlığı uygulamaları
3. Okulda sağlık eğitimi
4. Okulda sağlığı geliştirme faaliyetleri

Okulların toplumdaki yeri önemlidir. Okullara fizik mekan olarak çocuklara kolay ulaşım sağlayan fırsatı sağlamaktadır. Okul çağı alma ve etkilenme devresidir. İyi sağlık bilgisi, doğru davranış kazanma, ilerideki bilinçli toplumun temelini oluşturur. Çocuğun sağlıklı yaşam tarzını benimsemesini sağlayan deneyim sağlar. Hatta sağlıklı yaşam tarzını öğrenen ve benimseyen öğrenci anne, baba, kardeşleri ve çevresini eğitir, bütün toplum üzerinde olumlu etkiler yapar. Okul çağı çocukları büyüme gelişme çağında olduğundan bu çağa özel sağlık sorunlarının erkenden ve kolayca farkedilmesini sağlar ve erken tedavi olanağı yaratır. Okul çocuğun kendi evi dışında ilk bulunduğu sosyal ortam olması nedeniyle ruhsal baskı ve zorlanmaların görülebileceği ancak bunların daha doğru yönetilebileceği bir ortam da yaratmaktadır (4).

Okullarda sağlığının geliştirilmesi uygulamaları (4) : Sağlıklı beslenme uygulamaları, fiziksel aktivite ve spor olanakları ve ruh sağlığını geliştirme uygulamaları şeklindedir. Okullarda beslenme ve fizik aktivite programlarının olması kasların güçlenmesini sağlayarak

öğrencilerin fiziksel uygunluk halinde olmasını sağlar, sosyal, bilişsel, duygusal gelişimi artırır, öğrencide kendine güven duygusunu güçlendirir, anksiyete ve depresyonu azaltır, kötü alışkanlıkların kazanılmasını önler ve ilerde daha az riskli bir yaşam biçimi sürdürmesini teşvik eder, en önemlisi yetişkinlikte kronik hastalık oluşmasını önler. Okullarda psikolojik rehberlik ve danışmanlık yolu ile öğrencilere kazandırılması önerilen yaşam becerileri aşağıda sıralanmıştır:

Yaşam Becerilerinin Geliştirilmesi

- Öfke kontrolü, stresle başa çıkma
- Israrlara karşı koyabilme "Hayır" diyebilme
- İletişim becerileri
- Problem çözme
- Kendini tanıma, özgüven geliştirme
- Planlı olma ve hedef belirleme
- Hobiler edinme, beceri kazanma

En çok okullarda bu özellikler geliştirilebilir-

2.8.Adölesan sağlığı ve okul sağlığı kapsamında adölesanların sağlık hizmeti ihtiyacı ve hizmet kullanımı

Hızlı büyüme gelişme dönemindeki adölesanlar yaşadıkları değişimi tam olarak bilmediklerinden kendilerindeki değişimi anlamlandıramamakta, sağlık okuryazarlığı düşük olduğundan sorunlarla başa çıkma konusunda doğru ve uygun sağlık yardımını ya da danışmanlığını alamamaktadırlar. Dünyada sağlık hizmeti kullanımının en düşük olduğu grup adölesan gruptur. Özellikle adölesan çağdaki kızların cinsel sağlık ve depresyon açısından hizmete ulaşamadıkları saptanmıştır. Adölesanlar farklı yerlerde yaşamalarına rağmen okullarda önemli miktarda adölesanın bulunduğu mekanlar olduğundan okullarda sağlık hizmeti veren doktor ve hemşireden oluşan bir sağlık biriminin olması, ilkyardım ve acil sağlık hizmetlerinin verilmesi önerilmektedir. Bu birimlerde adölesanlara koruyucu sağlık hizmeti sunulması önerilmektedir. Adolesanlarda koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı fiziksel ve mental sağlığı geliştirmek ve sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemektir. Okul sağlığı birimlerinde adölesanlar fizik egzersiz yapma, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli cinsel yaşam ve kaza ve yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsemesi için desteklenmelidirler. Okullarda sağlık biriminin varlığı öğrencinin okul başarısını yükseltecek ve okul devamsızlığını da önleyecektir. Yapılan araştırmalar öğrencilerin okuldan

kaçmak için sağlık sorunu yaratarak acil sağlık hizmetlerini aşırı kullanım davranışı içinde olduğunu göstermiştir. Okullardaki sağlık birimlerinde görme, işitme, büyüme gelişme izlenmesi, şeker, obezite, astım gibi kronik hastalık takipleri, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı tarama programları, sigara, alkol, madde kullanımı açısında takipleri, ruhsal sorunlar açısından takip ve önleme, üreme sağlığı adölesan gebelik, cinsel şiddet açısından danışmanlık ve koruma gibi hizmetlerin genç dostu yaklaşımı prensibiyle sunulması önerilmektedir (4).

Öte yandan adölesanların sağlık hizmetlerine başvurularını artırmak için sunulan hizmetin kalitesini artırmak gerekmektedir. Öğrencilerin sağlık hizmetlerini kullanımını ve memnuniyetini saptayan araştırmaların yürütülmesi ve öğrencilerin sağlık ihtiyaçlarının saptanarak yürütülen programların sürekli değerlendirilmesi önerilmektedir.

2.9. Çevre sağlığı

Çevre, belirli bir zamanda bireyi etkileyen, kişinin maddi ve manevi gelişimi ile yaşam şartlarını belirleyen biyolojik, coğrafi ve toplumsal etkenlerin tamamı olarak tanımlanmaktadır (11). Çevre sağlığı, insan sağlığına zararlı olabilecek çevresel faktörleri saptayan ve kontrol altına almaya çalışan bir halk sağlığı disiplinidir. Çevre sağlığı, fizikokimyasal, sosyal ve biyolojik çevreyi oluşturan faktörlerin insan sağlığı ile bağdaşacak biçimde olmasının sağlanması, bu faktörlerde sağlık açısından sakınca varsa, bu sakıncaların ortadan kaldırılmasını amaçlayan bilim ve uygulama alanıdır. Çevre sağlığının bilimsel ve tarihsel temeli ekolojidir. Ekoloji, biyoloji biliminin organizmalar ve onların çevreleriyle olan ilişkilerini, karşılıklı etkileşimlerini inceleyen bir dalıdır (11). Ekoloji organizmanın nerede yaşadığını, nüfusunun ne yoğunlukta olduğunu ve çevresiyle nasıl bir etkileşim içinde olduğunu inceler. Katmanlar arasındaki madde ve madde alışverişi dünyanın doğal dengesini sağlar ve dünyanın madde kompozisyonunun sabit kalması sağlanır. Buna ekolojik denge denir. Canlı organizmalarla cansız çevre etmenleri birbiriyle sıkı sıkıya bağlıdır. Dolayısıyla ekolojik denge canlı organizma ve etrafındaki cansız çevrenin birlikte etkisiyle ilişkilidir. Ekoloji doğal yaşamı incelerken insanın doğal çevre üzerindeki etkisini de inceler. Çevre sağlığı sorunları ve dolayısıyla çevreyle ilgili sağlık sorunları ekosistemlerin bozulmasından kaynaklanmaktadır. Bahsedilen ekosistemler arasında enerji çevrimi (kükürt çevrimi), su çevrimi, karbon çevrimi, azot çevrimi, fosfor çevrimi sayılabilir. Diğer canlılar içinde ekolojik dengenin ya da ekosistemin değişmesinde en büyük etkiyi yapan canlı, insandır. Bugün varolan çevre ve ekoloji sorunlarının çoğu insanın yaratılışıyla ortaya çıkmıştır. İnsan

doğal çevrenin içinde yaşamaya çalışırken, çevrede kendine zarar veren diğer canlı ya da cansız yapıların yaptığı zararı önlemek isterken ya da doğayı kullanarak kendine fayda sağlamak isterken doğal çevreye zarar verebilmektedir. İnsanın ekolojikdengeye yaptığı etkiler arasında en önemlilerine örnekler; Sıtma savaşında sivrisinek popülasyonunu azaltmak için DDT kullanımı ve bataklıkları kurutmasıyla sazlık ve kuş ekosistemini bozması, bazı kuş türlerinin yok olması, dirençli sivrisinek oluşumu verilebilir. Bugün söz konusu olan çevre ve ekoloji sorunları arasında sanayi gelişimiyle hızla artan hava kirliliği, çarpık kentleşme, hızla artan dünya nüfusu, güvenli olmayan gıda ve beslenme sorunları, yanlış arazi kullanımı, azalan yeşil alanlar ve ormanlar, yoğun trafik, gürültü, bilinçsiz enerji üretimi ve tüketimi, ozon tabakasında incelme, sera gazı artışı sayılabilir.

İnsan sağlığı için çevrenin ve ekosistemlerin korunması en öncelikli konu olmalıdır. Kanada Ottowa'da sağlığın ön koşulu olarak enerji kaynaklarının korunması ve fizik, sosyal ve biyolojik çevrenin insan sağlığını olumlu yönde etkileyecek şekilde değiştirilmesi önerilmiştir. İç ortam ve dış ortam hava kirliliği bugün en önemli sağlığı bozan çevre sorunlarıdır. Sağlıklı bir çevre için temel gereksinimler; Temiz hava, yeterli ve güvenli su, güvenli ve yeterli düzeyde gıda, barışçıl ve güvenli barınma koşulları, ve çevrenin küresel düzeyde stabil olması olarak tanımlanmıştır.

2.10. Çevre bilinci ve çevre eğitimi

Özellikle 1960'lı yıllardan itibaren çevre sorunlarının boyutları ve ciddiyeti farkedilmiş, çevrenin korunması ve mevcut sorunların ortadan kaldırılması için ulusal ve uluslararası düzeyde önlemler alınmaya başlanmıştır. 1972 yılında yapılan I. Stockholm konferansıyla beraber Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP) başlamış, çevreyi korumaya yönelik önemli ve başarılı çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Mevcut sorunları önlemeye yönelik aktiviteler yapılmadığı takdirde 21. Yüzyılın çevresel felaketlerin yaşanacağı bir yüzyıl olacağı 1987 yılında yayınlanan "Ortak Geleceğimiz" adındaki rapor ve Rio Deklerasyonu ile tespit edilmiştir. Doğal kaynakların sürekli bir biçimde kullanılabilmesi için öncelikle doğanın varlığını sürdürebilmesi gerekliliği anlaşılmış ve tüketmeden kullanma kavramı ortaya çıkmıştır. Tüketmeden kullanma kavramı içinde hem canlı kaynaklar hem cansız kaynaklar için geçerlidir. Örneğin toprağı sürekli kullanabilmek için aşırı sulamadan ve aşırı gübre kullanımından kaçınmak tüketmeden kullanmaya örnektir. Örneğin trolle balık avlandığında yavrular da öleceğinden balık nesli tükenebileceğinden bu tür zararlı yöntemlere başvurmamak tüketmeden kullanmaya örnektir. Yine aşırı madencilik çalışmaları, ağaç

kesimleri doğayı ve enerji kaynaklarını tüketecektir. O halde hem uluslararası, hem ulusal düzeyde planlı ekonomi, planlı üretim ve planlı tüketim politikalarına ve sorumluluğa ihtiyaç vardır. Bu politikaların ve sorumluluğun gerekliliği bereye ve topluma eğitim yoluyla verilmelidir. Diğer bir deyişle çevre eğitimi yoluyla birey ve toplumların çevre bilinci, farkındalığı ve sorumluluğu artırılmalıdır (11).

Çevreden kaynaklanan tehlikelerin azaltılmasında çevresel riskleri doğru algılayan, çevreye duyarlı, sorumlu davranışlar sergileyebilecek bilinçli nesiller yetiştirme konusunda çevre eğitimi vurgulanmıştır (11). Sağlıkla ilgili ileriye dönük planlama yapılırken, toplumun tüm alt gruplarının ve adölesanların çevresel risklerle ilgili algılarını ve sorunların çözümündeki gönüllülüklerini saptamak da önemlidir.

Çevre bilinci, çevresel sorunlarının farkında olmak, çevre sorunları hakkında bilgi sahibi olmak, çevreye karşı duyarlı olmak, olumlu tutum içinde olmak, çevre sorunu oluşturmayacak biçimde sorumlu davranmak, çevreyi koruma konusunda gönüllü aktivite göstermek ya da var olan çevreyle ilgili sivil toplum kuruluşlarında görev almak şeklinde tanımlanabilir. Çevre bilinci yüksek bireyler çevre sorunlarının azaltılmasında ve sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasında en önemli elemanlar olarak değerlendirilmektedir. I Çevre Konferansından sonra UNEP Uluslararası Çevre Eğitim Programını uygulamaya koymuştur. Çevre eğitiminin amacı, birey ve toplulukların çevrenin karmaşık yapısını öğrenmesi, çevrenin korunmasına ve çevre sorunlarının çözümüne bilinçli ve etkin bir biçimde katkı yapmasını sağlamaktır (Çevre bilimi). Çevre sorunlarının sınırları aştığını, sınır tanımaz olduğunu anlatarak evrensel sorumluluk bilinci ve uluslararası dayanışma ruhunun kazandırılması çevre eğitiminin hedeflerindendir. Eğitim verilecek topluluklar okul öncesi çocuklar, ilk, orta, lise, üniversite öğrencileri, anne-babalar, öğretmenler, çevre teknik elemanları, genel olarak halk ve karar verici ya da yöneticiler şeklinde belirlenmiştir. Okullar ve sosyal kurumlar/kuruluşlar verecekleri eğitimle çevreye duyarlı ve bilinçli kuşakların yaratılmasında önemli role sahiptirler. Bu nedenle ülkemizde okullarda çevre eğitimi yapılmakta, çevre sorunları ve önleme yöntemleri sağlık bilgisi dersi kapsamında verilmektedir.

Türkiye'de çevreden sorumlu Bakanlık Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'dır. Çevre Bakanlığı haricinde diğer bakanlıklar, il düzeyindeki kurumlar ve kuruluşlar çevreyle ilgili görevleri yerine getirmektedir. Ayrıca 1972 yılından beri kurulmuş olan "Türkiye Çevre Koruma ve Yeşillendirme Derneği", 1978 yılında kurulmuş olan "Çevre Sorunları Vakfı", "Türkiye Erozyonla Mücadele, Ağaçlandırma ve Doğal Varlıkları Koruma Vakfı-TEMA"

gibi dernekler çevreye3 yönelik aktivitelerde bulunan ve çevre bilincini yükseltmede gönüllü olan kuruluşlar olarak sayılabilir (Kaynak Çevre Bilimi)-Kazım Yıldız, Şengün Sipahioğlu, Mehmet Yılmaz-Ankara 2000).

Ulusal Çevre Andı (11)

Şimdiki ve gelecek kuşakların temiz ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu gerçeğinden hareketle,

Çevreye duyarlı bir kalkınmadan yana olduğumu vurgulayarak;

Doğal kaynakların, ekonomik kalkınmanın hem kaynağını, hem sınırını oluşturduğunu bilerek,

Çevrenin korunması ve geliştirilmesinde bireysel katkı ve katılımın gereğine ve önemine inanarak;

Çevresel değerlere sahip çıkıp zarar verenleri uyaracağıma, doğal kaynaklardan faydalanırken tutumlu davranacağıma, sürdürülebilir kalkınmanın ilkeleri doğrultusunda hareket edeceğime bu yönde işbirliği ve dayanışma anlayışı içerisinde hareket ederek herkese örnek olacağıma söz veririm.

2.11. Çevreye duyarlı tüketici davranışları

Tüketim üretimin merkezindedir ve ailelerin, bireylerin yaşam kalitesinin, refahının bir göstergesi olarak ele alınmaktadır (11). Ancak, iyi bir yönetim altında olmayan üretim ve tüketimin çevre sorunlarına yol açtığı saptanmıştır. İnsanın çıkarları için doğal kaynakları aşırı kullanımı ve tüketmesi üretim tüketim dengesizliği ve kaynak azalması sorunu yaratmış, çevre sorunları kendini günlük hayatta hissettirmeye başlamış dolayısı ile zaman içinde doğaya karşı sorumlu ve çevreye dost tüketim kavramı ortaya çıkmıştır. Çünkü çevresel kaynak tüketiminin %40'ının hane ve birey düzeyinde sorumsuz tüketimden kaynaklandığı saptanmıştır. Çevre sorumluluğu hem kamusal hem bireysel bir sorumluluktur. Çevreye karşı sorumlu tüketici kavramı "Yalnızca kendi ekonomik çıkarları için değil, toplumsal-çevresel refahı düşünen vatandaş kapsamında çevresel sorunları azaltmaya yönelik aktiviteleri yapma niyeti olduğunu gösteren durum" olarak tanımlanmaktadır. Öyle bir duruma ulaşması için kişinin çevresel sorunlar hakkında bilgi sahibi olması, sorunların çözümü için düzeltici alternatifler hakkında bilgi sahibi olması, seçtiği düzeltici davranışı sürdürme becerisi olması gereklidir. Sorumluluk sahibi kişi seçtiği çevreci düzeltici davranışı kendi iradesini tarttıktan sonra ve emin olduktan sonra ve seçtiği davranışın çevre sorunlarını düzelteceğine inanarak davranan kişidir. Günümüzde ulusal kampanya olarak başlayan plastik poşet kullanmama

kuralına uygun davranan kişinin davranışı sorumlu çevreci davranışa örnek olarak gösterilebilir. Ya da sigara yasağı ile sigaranın yapılmasından tüketimine kadar olan süreçleri öğrenen ve sigarayı bırakan kişinin davranışı sorumlu çevreci davranışa örnek gösterilebilir (12).

Çevrenin korunmasında bilinçli bireylerin ve toplumların önemli bir rolü vardır. Çevre bilincine sahip bireylerin artmasıyla çevre sorunu sadece hükümetlerin ya da uluslararası kuruluşların çözmesi gereken sorunlardan çıkıp toplumu oluşturan her bir birey bu konuda sorumluluk alacaktır. Bu sorumluluğun küçük yaşta ailede kazanılması, okulda ve toplumda sosyal yaşam içindeki uygulamalarla pekiştirilmesi yetişkinlikte de sürdürülmesi açısından önemlidir. Bu nedenlerle bireyin tüketimi için yaptığı davranışları veya satın alma davranışında çevreyi düşünerek sorumlu davranması da çevreye karşı sorumlu davranış olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin ne düzeyde çevreci ve sorumlu davranış sergilediklerini, tutum ve bilgilerini ölçen çeşitli ölçekler hazırlanmıştır. Haws, Winterich Naylor tarafından 2010 yılında oluşturulan "Green consumer values" ölçeği, 1995 yılında Stone ve arkadaşları tarafından oluşturulan ECOSCALE ölçeği hazırlanan ölçeklerden bazılarıdır. Bu ölçekler toplumda çeşitli topluluklara uygulanarak toplulukların tutum ve davranışları belirlenmekte, çevresel sorunların çözümünde öncelikler belirlenip ihtiyaç duyulan programlar yenilenmektedir (12).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı

Rize ili Merkez ilçede öğrenim görmekte olan 9. ve 11. sınıf öğrencilerinin bireysel ve çevresel sağlık sorunlarıyla ilişkili tutum ve davranışlarını ve ilişkili faktörleri saptamaktır. Araştırmanın ayrıntılı amaçları aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

1. Bireysel sağlık kapsamında; Öğrencilerin sağlığı geliştirme ile ilgili davranış düzeyinin ve ilişkili faktörlerin saptanması
2. Bireysel sağlık kapsamında; Öğrencilerin son bir yıl içinde sağlık hizmetlerini kullanım düzeyinin ve ilişkili faktörlerin saptanması
3. Bireysel sağlık kapsamında; Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşım yollarının ve ilişkili faktörlerin saptanması
4. Çevre sağlığı kapsamında; Yaşadıkları mahallede algıladıkları çevresel risklerin saptanması
5. Çevre sağlığı kapsamında; Öğrencilerin yeşil tüketici tutum ve davranışlarının saptanması

3.2. Araştırmanın yeri

Araştırma Rize il merkezinde yürütülmüştür. Rize Kuzeydoğu Anadolu'da Doğu Karadeniz Bölgesi'nin doğu kesiminde yer alan Rize ili Merkez ilçesi 40º 33′ ve 41º 20′ kuzey enlemleri arasında kalır. Yerleşim MÖ 2000'lere kadar uzanmaktadır (25). Rize 20 Nisan 1924'te il olmuştur. Son beş yılda temel eğitimdeki öğrenci sayısı 57-60 bin arasında değişmektedir. Öğretmen başına yaklaşık 12 öğrenci düşmektedir. Derslik başına yaklaşık 18 öğrenci düşmektedir ve Türkiye ortalaması olan 21'in altındadır (26). Rize'nin toplam nüfusu 2018 yılında 348 608, merkez ilçe nüfusu 141143'tür (27).

3.3. Araştırmanın tipi ve örneklem

Araştırmanın tipi: Araştırma kesitsel tiptedir.

Örnekleme yöntemi: Rize il merkezindeki liselerde nüfusa orantılı sistematik küme örnekleme yöntemi ile seçilen otuz sınıf örnekleme alınmıştır (Küme birimi sınıftır). Her kümeden 18-20 öğrenci olmak üzere 9. ve 11. Sınıfların nüfusları kümülatif olarak toplanmış, hazırlanan listeden 30 sınıf sistematik örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Tablo i:Örnekleme çıkan okul ve sınıflar

Okul Adı	Şube Sayısı	Küme Numarası
Rize TOBB Fen Lisesi		
11.sınıf	1 sınıf	1.küme
Hasan Sağır Anadolu Lisesi		
11.sınıf	1 sınıf	2.küme
Rize Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	3.küme
Fener Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	4.küme
11.sınıf	1 sınıf	5.küme
Rize Sosyal Bilimler Lisesi		
11.sınıf	1 sınıf	6.küme
Tevfik İleri Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	7.küme
11.sınıf	1 sınıf	8.küme
Fatih Anadolu Lisesi		
11.sınıf	1 sınıf	9.küme
Ali Metin Kazancı Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	10.küme
11.sınıf	2 sınıf	11.küme-12.küme
Tophane Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	13.küme
Ekrem Orhon Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	14.küme
Tevfik İleri Teknik Ve Endüstri Meslek Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	15.küme
11.sınıf	1 sınıf	16.küme
Rize Merkez Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi		
9. sınıf	2 sınıf	17.küme-18.küme
11.sınıf	1 sınıf	19.küme
Hasan Kemal Yardımcı Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	20.küme
Çay Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	21.küme
İMKB Teknik Ve Endüstri Meslek Lisesi		
9. sınıf	2 sınıf	22.küme-23.küme
11.sınıf	2 sınıf	24.küme-25.küme
Rize Anadolu İmam Hatip Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	26.küme
11.sınıf	2 sınıf	27.küme-28.küme
Kendirli Fatih İmam Hatip Lisesi		
11.sınıf	1 sınıf	29.küme
Türk Telekom Spor Lisesi		
9. sınıf	1 sınıf	30.küme
TOPLAM	30	30

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülle hesaplanmıştır:

$$N_{min} = DE * \frac{z^2 * p * (1-p)}{d^2}$$

z: 1.96'nın karesi
P: olayın görülme sıklığı (0.50)
d: güven aralığı
DE: Desen etkisi (sabit=1,5-2)

Bu yöntemde araştırmada kullanılacak minimum birey sayısını bulmak için aşağıdaki formül kullanılır. Örnek büyüklüğü %5 güven aralığında desen etkisi 1,5 iken 576 birey, desen etkisi 2 iken 768 birey olur.

3.4. Veri toplama yöntemi

Okul yöneticilerinden telefonla randevu alınarak okullara gidilmiştir. Örneğe çıkan sınıflarda mevcut olan öğrencilere araştırma hakkında hakkında bilgi verildikten sonra anketler dağıtılmış ve araştırmacıların gözetimi altında öğrenciler anketleri kendi kendilerine doldurmuşlardır. Anket süresi bir ders saatini geçmeyecek, 20 -30 dakika sürmüştür. Veri toplamada kullanılan anket formu 136 sorudan oluşmaktadır. Anketler araştırma kapsamına girmeyen adölesanlar üzerinde ön denemesi yapılarak kesinleştirilmiştir 652 öğrenci anketi yanıtlamış, analize uygun olmayan 11 anket analiz dışı tutularak 641 öğrencinin verileri değerlendirilmiştir.

3.5. Anket ve kullanılan ölçekler

Anket formunda sosyo-demografik özellikler, öğrencinin sağlık düzeyi ilgili sorular, "Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği", "Çevresel risk algısı ölçeği", çevre duyarlılığı düzeyi, sağlık okuryazarlığı, son bir yıldaki sağlık hizmet kullanımı düzeyi, sağlık bilgilerine ulaşım yolları ve sıklığı ile ilgili sorular mevcuttur. Ölçeklerin ve anket sorularının bir kısmı literatürden aynen alınmıştır, bir kısmı modifiye edilmiştir. "Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği"nın minimum puanı 40, maximum puanı 200'dür ve bu ölçek literatürden aynen alınmıştır. Ölçek, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz alt alanlarından oluşmaktadır. Ölçek, daha önce Türk çocuklarında uygulanmış, Cronbach alfa değeri 0.92 bulunmuştur. Bu araştırmada minimum ve maximum ASGÖ puanı 0.00- 100.00 olarak standardize edilmiştir. Her bir kişinin alt alanlardan aldığı puanların toplamının, ASGÖ puanına eşit olması için matematiksel dönüşüm yapılmıştır; (alt alan puanı-alt alandan alınabilecek minimum puan)x0.625. Anket formunda öğrencilerin tıbbi özgeçmişleri, riskli sağlık davranışları ve sağlık düzeylerini saptamaya yönelik sorular da sorulmuştur. Araştırma için KTÜ Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu ve Rize İl Milli Eğitim

Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Verilerin analizi PASW 18.0 programı ile yapılmıştır, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ANOVA, Mann Witney U, Kruskal Wallis, ki-kare testleri istatistiksel analizlerde kullanılmıştır. ASGÖ ve alt alanlar, 60 puan ve üzerinde almaya göre "yüksek" ve "düşük" olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. "Yüksek" sağlığı geliştirme düzeyine sahip olmada primer etkili olan değişkenleri saptamak için tek yönlü analizlerde 0.05 düzeyinde farklılık saptanan bağımsız değişkenler backward stepwise lojistik regresyon analizine sokulmuştur.

Diğer bağımlı değişken "çevresel risk algısı ölçeği" yeni oluşturulmuştur ve geçerlilik çalışması yapılacak ve daha sonra risk algısı ortalama puanı hesaplanacaktır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıda sunulmuştur:

Anket formunda yer alan soruların alt başlıkları ve içerikleri aşağıda belirtilmiştir:

1.Öğrencilerin kişisel bilgileri ve özgeçmiş ile ilgili sorular: 16 soru/1-16. sorular (Öğrencilerin ismi, T.C. kimlik numarası alınmayacaktır. Kimlik bilgilerinin gizliliği kuralına uyulacaktır).

2. Sağlık düzeyi ilgili sorular: 14 soru/17-30. sorular.

3.Sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili sorular: 11 soru/31-41. sorular

4.Televizyon ve internet kullanımı ile ilgili sorular: 4 soru/42-45. sorular

4. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili sorular: 8 soru/46-53. sorular

5.Çevresel duyarlılık ile ilgili sorular ve çevresel risk algısı ölçeği:38 soru/54-85. sorular

6.Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği: 51 soru/86-136. sorular (6).

3.6. Araştırmanın değişkenleri ve istatistik analiz

Araştırmanın bağımlı değişkenleri:

1.Sağlığı geliştirme ölçeği ortalama puanı

2.Çevresel risk algısı ölçeği ortalama puanı

3.Son bir yılda ortalama sağlık kurumuna başvuru sayısı

4. Son bir yılda sağlık hizmetlerini kullanım biçimi, ilk başvurulan sağlık kurumları

5. Sağlık bilgisine ulaşım kaynakları

Araştırmanın bağımsız değişkenleri:

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Kaçıncı sınıf öğrencisi olduğu

4. Anne-baba eğitim düzeyi
5. Anne –babanın çalışma durumu
6. Gelir düzeyi
7. En uzun süre yaşanılan yer
8. Kardeş sayısı
9. Sosyal güvence durumu

İstatistiksel analiz: Veri girişi ve analiz PASW-18.0 Programı ile yapılacaktır. Program üniversite tarafından önceden satın alınmış ve anabilim dalındaki bilgisayarla yüklenmiş lisanslı bir programdır.

"Adölesan sağlığı geliştirme skalası", "Çevresel risk algısı ölçeği" ve çevre duyarlılığı düzeyi, sağlık okuryazarlığı, son bir yıldaki sağlık hizmet kullanımı düzeyi belirlenmiş bağımlı değişkenlerdir. Bu bağımlı değişkenlerin bir kısmı literatürden aynen alınmıştır, bir kısmı modifiye edilmiştir. Bağımsız değişkenler öğrencinin sınıfı, cinsiyeti, anne baba eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik özellikleridir. "Adölesan sağlığı geliştirme ölçeği"nın minimum puanı 40, maximum puanı 200'dür. Diğer bağımlı değişken "çevresel risk algısı ölçeği" yeni oluşturulmuştur ve geçerlilik çalışması yapılacaktır. Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlerle ilişkisi hipotez testleri ile incelenecektir. Uygun parametrik ve non-parametrik istatistik testler kullanılacaktır (Ki-kare, ANOVA, Student t testi, Mann Whitney U, Kruskall Wallis, Korelasyon analizi, Lojistik Regresyon, Faktör analizi gibi) .

"Yeşil Tüketici Değerleri Ölçeği" 2010 yılında Haws, Winterich and Naylor tarafından oluşturulmuştur. Cronbach's alpha değeri 0.85 saptanmıştır. 6 sorudan oluşmakta ve 7'li likert ölçeği şeklindedir. Bu araştırmada ölçek 5'li likert şeklinde modifiye edilmiştir (1, kesinlikle katılmıyorum ve 5 kesinlikle katılıyorum şeklinde). Modifiye ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0.83 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin skorlaması minimum 0 ve maksimum 100 puan şeklinde değiştirilmiştir. 67 puan ve üzerinde puan alma yeşil tüketici olarak tanımlanmıştır. Ölçekte çevresel davranışla ilgili 4 soru bulunmaktadır. Bunlar " dişleri fırçalarken musluğu açık bırakırım, kullandığım odalardaki ışıkları kapatırım, geridönüşüm için çöpleri evde ayrıştırırım ve yerlere ayçekirdeği kabuğu atmam" dır. Algılanan çevresel riskler soruları; Mahallemde sevdiğim yerler vardır, sokakların çoğunda yaya kaldırımı bulunur, mahallemde bisiklet yolu olmasını isterim, mahallem güvenlidir, mahallemde yürüyüş yapan kişiler görürüm, çok fazla trafik vardır, çok fazla suç vardır, daima kendi

yaşımda kişiler görürüm, sokaklar geceleri iyi ışıklandırılır ve mahallem temizdir. Cevaplar katılıyorum, katılmıyorum ve fikrim yok şeklindedir.

"Çevresel risk algısı" skalası ilk kez oluşturulmuştur ve geçerlilik çalışması yapılmamış, maddelere verilen cevaplar yüzdeler halinde sunulmuştur.

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için beşli likert şeklinde üç soru kullanılmıştır. "Yazılı metinleri okumada ne sıklıkla sorun yaşarsınız" ve "Tıbbi durumunuzla ilgili doktorun söylediklerini anlamada ne sıklıkla sorun yaşarsınız" sorusuna her zaman ve çoğunlukla diyenler, "Tıbbi formları tek başınıza doldurabileceğinizden ne kadar eminsiniz" sorusuna hiç emin değilim ve çok az eminim diyenler sorunlu fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olarak tanımlanmıştır. İnteraktif sağlık okuryazarlığı düzeyi için "Sağlık Bakanlığı logosu" ve Sağlık Bakanlığının besin gruplarını tanımlayan "dört yapraklı yonca şekli" sorulmuştur. Bu soruların cevap şıkları; hiç görmedim, gördüm ama ne olduğunu bilmiyorum, biliyorum, anlamı şudur şeklindedir.

3.7. Araştırmanın süresi

Araştırmanın süresi etik kurul izni alındıktan sonra başlamak üzere 2 yıl olarak planlanmıştır. Bu süre içinde veriler toplanacak, veri analizi yapılacak ve araştırma raporu yazılacaktır. Yazılan rapor Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü' ne geri bildirim olarak bildirilecek, bilimsel dergilere gönderilecektir.

Araştırma Takvimi

1.Yıl

İŞLEMLER	AYLAR											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Anket, broşürlerin basılması ve örneklemin seçilmesi	x	x	x	x								
Veri toplama					x	x	x	x	x	x	x	x

2. Yıl

İŞLEMLER	AYLAR											
	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.
Veri analizi	x	x	x	x								
Rapor yazımı					x	x	x	x	x	x	x	x

3.8. Etik onay ve izinler:

Öğrencinin bilgilendirilmiş onamının alınması:

Hazırlanan anket formunun ilk sayfasında, araştırmanın amacı, anketin içeriği, kimlik bilgilerinin gizliliğinin korunacağı belirtilmiştir. Öğrencinin onayı olmadığı durumda anket uygulanmayacaktır. Anket uygulanmasında öğrencinin bilgilendirilmiş gönüllü katılımı esastır.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2015/31 sayılı etik onay alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 11.03.2015 Tarih ve 40856339-44/2716209 sayılı kurumsal izin alınmıştır.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı tarafından finansal 1200 Türk Lirası olarak desteklenmiştir (Proje numarası: 2015.53001.106.03.02).

Anket bitiminde öğrencilere sağlığı geliştirme, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve çevre sağlığı ile ilgili bilgiler içeren broşür dağıtılmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bulgular 4 başlık altında sunulmuştur:

4.1. Öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular.

4.2. Öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulgular

4.3. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyetine ilişkin bulgular

4.4. Öğrencilerin çevresel sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular

4.1. Öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin yaş ortalaması 15.9±0.04 yıldır (min: 13.8, max: 19.2, medyan: 15.5). Öğrencilerin %54.3'ü 16 yaş altındadır. Öğrencilerin %59.6'sı 9. sınıf, %40.4'ü 11. sınıfa devam etmektedir. Öğrencilerin %56.0'sı kız, %44.0'ü erkektir. Öğrencilerin en uzun süre yaşadığı il Rize'dir (%86.0). Ailelerinin gelir düzeyini öğrencilerin %87.1'i orta, %8.9'u zengin, %3.8'i fakir olarak tanımlamıştır.

Table 1: Öğrencilerin kişisel özelliklerinin dağılımı

Kişisel özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	359	56.0
Erkek	282	44.0
Toplam	641	100.0
Sınıf		
9.sınıf	382	59.6
11. sınıf	259	40.4
Toplam	641	100.0
Memleketi		
Rize	552	86.0
Diğer	89	14.0
Toplam	641	100.0
Aile yapısı		
Geniş	67	10.8
Çekirdek	552	89.2
Toplam	619	100.0
Anne eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu değil	44	7.0
İlkokul mezunu	247	39.4
Ortaokul mezunu	186	29.7
Lise mezunu	113	17.6
Üniversite mezunu	37	5.8
Toplam	627	100.0
Baba eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu değil	8	1.3
İlkokul mezunu	150	24.2
Ortaokul mezunu	184	29.7
Lise mezunu	190	30.6
Üniversite mezunu	88	14.2
Toplam	620	100.0
Annenin çalışma durumu		
Evhanımı	522	82.2
Çalışıyor	113	17.8
Toplam	635	100.0
Babanın çalışma durumu		
İşsiz	19	3.0
Çalışıyor	605	97.0
Toplam	624	100.0
Algılanan aile gelir düzeyi		
Çok zengin	12	1.9
Zengin	45	7.0
Orta düzeyde	559	87.3
Fakir	16	2.5
Çok fakir	8	1.3
Toplam	640	100.0

Tablo 2'de görüldüğü gibi öğrencilerin %40.4'ü sağlıkta sosyal güvenceleri olup olmadığını bilmemektedir. Öğrencilerin %25.1'inin kronik bir sağlık sorunu mevcuttur. Öğrencilerin en çok bildirdiği sağlık sorunları sırasıyla kırma kusuru, kronik solunum sistemi hastalığı ve ruhsal sorunlardır (Tablo 3). Öğrencilerin %9.4'ü hergün sigara içmektedir, %5.5'i haftada 4-5 kez alkol kullanmaktadır.

Table 2: Öğrencilerin sağlıkla ilgili özelliklerinin dağılımı

Sağlıkla ilgili özellikler	N	%
Sağlıkta sosyal güvence		
Var	378	61.3
Yok	4	0.6
Bilmiyor	235	38.1
Toplam	617	100.0
Kronik bir sorun		
Var	161	25.1
Yok	480	74.9
Toplam	641	100.0
Sigara içme		
Hiçbir zaman	483	75.5
Nadiren	43	6.7
Bazen	29	4.5
Haftada 4-5 kez	25	3.9
Hergün	60	9.4
Toplam	640	100.0
Alkol kullanma		
Hiçbir zaman	526	82.7
Nadiren	36	5.7
Bazen	39	6.1
Haftada 4-5 kez	35	5.5
Toplam	636	100.0

Tablo 3: Öğrencilerin kronik sağlık sorunları

Kronik sağlık sorunları N=641	**Sayı**	**%**
Kırma kusuru	61	37.9
Kronik solunum sistemi hastalığı	35	21.7
Ruhsal sorunlar	19	11.8
Hematolojik sistem hastalıkları	18	11.2
İskelet sistemi	14	8.7
KBB hastalıkları	11	6.8
Sinir sistemi hastalıkları	8	5.0
Üriner sistem hastalıkları	6	3.7
GIS hastalıkları	6	3.7
Kalp hastalığı	5	3.1
Endokrin hastalıklar	5	3.1

Öğrencilerin %89.0'ı doğum şeklini, %76.6'sı boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilmektedir, Katılımcıların % 25.1'inin en az bir kronik hastalığı mevcuttur. En çok bildirilen kronik hastalıklar sırasıyla gözde kırma kusuru (%37.9), astım (%21.7), ruhsal sorunlar (%11.8) ve anemidir (%11.2).

Tablo 4'de öğrencilerin kendi sağlıkları ile ilgili algılarının kişisel özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur.

Öğrencilerin %68.8'i genel sağlık durumunu iyi, %21.5'i orta, %9.7'si kötü olarak tanımlamıştır. Genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlayanların çoğunluğu erkekler (%78.7), kronik hastalığı olmayanlardır (%74.0) ($p<0.05$). Algılanan sağlık düzeyi öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi algısı ile de ilişkili bulunmuştur ($p=0.003$). Gelir düzeyini fakir olarak tanımlayanlarda sağlık düzeyini iyi olarak tanımlayanların oranı %50.0 iken zengin olarak tanımlayanlarda bu oran %78.9'dır (%50.0).

Table 4: Algılanan sağlık düzeyinin kişisel özelliklere göre dağılımı

	İyi	Orta düzeyde	Kötü	Total
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Cinsiyet				
Erkek	*222(78.7)	37(13.1)	23(8.2)	282(44.0)
Kadın	219(61.0)	101(28.1)	39(10.9)	359(56.0)
Sınıf				
9.sınıf	256(67.0)	87(22.8)	39(10.2)	382(59.6)
11.sınıf	185(71.4)	51(19.7)	23(8.9)	259(40.4)
Algılanan aile gelir düzeyi				
Zengin	*45(78.9)	3(5.3)	9(15.8)	57(8.9)
Orta düzeyde	383(68.5)	128(22.9)	48(8.6)	559(87.3)
Fakir	12(50.0)	7(29.2)	5(20.8)	24(3.8)
Kronik sağlık sorunu				
Var	86(53.4)	42(26.1)	*33(20.5)	161(25.1)
Yok	355(74.0)	96(20.0)	29(6.0)	480(74.9)
Toplam	441(68.8)	138(21.5)	62(9.7)	641 (100.0)

*P<0.05, ki-kare testi

4.2. Öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulgular

Tablo 5'de AHPS' ve alt alanlarının ortalama puan dağılımı sunulmuştur. Ortalama ASGÖ puanı 60.8±0.6'dır (min: 5.0, max: 100.0). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sosyal destek, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz alt alanları ortalama puanları sırasıyla 13.8±0.2, 13.3±0.2, 11.3±0.1, 8.9±0.1, 8.5±0.1, 4.8±0.1 saptanmıştır. Öğrencilerin %50.2'si "yüksek" sağlığı geliştirme düzeyine sahiptir.

Tablo 5: Toplam AHPS puan ortalaması ve alt alan ortalamalarının dağılımı

Alt alanlar	Madde sayısı	Min	Max	Ortalama	Standart Hata	Standart Sapma	N
Kendini gerçekleştirme	8	0.0	100.0	69.2	0.8	19.8	641
Sosyal destek	7	0.0	100.0	64.7	0.8	19.9	641
Stres yönetimi	6	0.0	100.0	59.7	0.7	18.4	641
Sağlık sorumluluğu	9	0.0	100.0	59.2	0.7	18.5	641
Beslenme	6	0.0	100.0	56.6	0.7	18.0	641
Ekzersiz	4	0.0	100.0	48.3	1.0	14.5	641
Toplam AHPS	40	5.0	100.0	60.8	0.6	14.5	641

Tablo 6'da görüldüğü gibi toplam AHPS ortalama puanının anne eğitim düzeyi, babanın çalışma durumu ve algılanan aile gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Kızlarda sağlık sorumluluğu, sosyal destek ve beslenme ortalama puanları erkeklerden anlamlı olarak yüksek saptanırken, erkeklerin egzersiz ortalama puanı kızların ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Stres yönetimi ortalama puanı 11. sınıftaki öğrencilerde, egzersiz ortalama puanı 9. Sınıf öğrencilerinde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Annesi üniversite mezunu olan öğrencilerin beslenme ortalama puanı anne eğitim düzeyi daha düşük olan öğrencilerin ortalama puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Babası işsiz olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi ortalama puanları babası çalışanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).Ailesini çok fakir olarak tanımlayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve beslenme ortalama puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7'de öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının sağlık özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur

Öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının sağlıkla ilgili özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ailesinin sağlıkta sosyal güvence durumunu bilen öğrencilerin sağlık sorumluluğu (73.2±0.8), stres yönetimi (61.8±0.9), beslenme (57.6±0.9) ve toplam AHPS puanları ($p<0.05$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik sağlık sorunu olan öğrencilerin beslenme (52.4±1.5) ve egzersiz (44.1±2.2) ortalama puanları kronik sağlık sorunu olmayanlara kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Hiç kullanmamış olanlara kıyasla sigara ve alkol kullanan öğrencilerin toplam AHPS, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sosyal destek ve stres yönetimi ortalama puanları anlamlı olarak düşük tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 6: Öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Ortalama±SH							
	Kendini gerçekleştirme	**Sağlık sorumluluğu***	**Sosyal destek**	**Stres yönetimi**	**Beslenme**	**Egzersiz**	**AHPS***	**N**
Cinsiyet								
Kadın	69.6±1.0	60.9±1.0	66.8±1.0	60.9±0.9	52.8±0.9	41.3±1.3	60.5±0.8	359
Erkek	68.7±1.2	57.2±1.1	61.9±1.2	58.3±1.1	61.3±1.1	57.2±1.5	61.1±0.9	282
p	0.488	0.012#	0.002*	0.111	0.001*	0.001*	0.599	
Sınıf								
9.sınıf	68.2±1.1	59.2±1.0	63.9±1.1	58.5±1.0	56.7±0.9	50.5±1.3	60.5±0.8	382
11.sınıf	70.7±1.1	59.3±1.1	65.8±1.1	61.5±1.1	56.4±1.1	45.0±1.6	61.2±0.9	259
p	0.207	0.904	0.393	0.036*	0.995	0.004*	0.541	
Anne eğitim düzeyi								
İlkokul mezunu değil	68.0±2.7	55.6±2.5	60.2±2.9	54.3±2.3	51.6±2.6	44.6±3.8	57.0±1.9	44
İlkokul mezunu	71.2±1.2	60.2±1.2	66.4±1.3	61.6±1.2	58.9±1.2	48.5±1.7	62.3±0.9	247
Ortaokul mezunu	68.7±1.4	58.4±1.3	62.8±1.4	59.4±1.3	55.6±1.3	47.3±1.8	59.9±1.0	186
Lise mezunu	66.1±2.2	58.3±1.9	64.9±2.0	58.8±1.9	53.8±1.8	48.7±2.5	59.4±1.5	113
Üniversite mezunu	71.7±2.5	65.3±2.4	68.0±3.1	61.4±2.3	62.2±2.4	57.8±3.9	65.2±1.7	37
Toplam	69.3±0.8	59.3±0.7	64.7±0.8	59.9±0.7	56.7±0.7	48.5±1.0	60.9±0.6	627
p	0.357	0.132	0.115	0.085	0.005*	0.190	0.025##	
Babanın çalışma durumu								
İşsiz	62.3±5.2	49.6±5.0	58.3±6.0	48.7±3.2	52.0±3.7	43.4±4.7	53.2±3.4	19
Çalışıyor	69.5±0.8	59.6±0.8	65.0±0.8	60.2±0.7	56.9±0.7	48.5±1.1	61.1±0.6	605
Toplam	69.3±0.8	59.3±0.7	64.8±0.8	59.9±0.7	56.7±0.7	48.3±1.0	60.9±0.6	624
p	0.150	0.021#	0.268	0.002*	0.275	0.489	0.021#	
Ailenin gelir düzeyi								
Çok zengin	78.1±6.1	57.2±8.0	74.7±5.3	67.4±6.0	61.8±5.5	52.6±8.0	66.2±5.1	12
Zengin	67.6±3.3	59.1±3.6	60.1±3.9	57.3±2.8	54.4±3.4	44.2±4.6	58.5±2.9	45
Orta düzeyde	69.3±0.8	59.6±0.7	64.9±0.8	60.1±0.8	56.9±0.7	48.6±1.1	61.1±0.6	559
Fakir	64.3±6.6	58.0±5.6	67.6±5.9	60.4±5.4	59.1±4.7	53.1±7.3	61.0±5.0	16
Çok fakir	70.3±5.2	38.2±8.0	57.1±7.2	37.0±7.0	35.9±5.9	32.0±5.5	46.8±4.3	8
Toplam	69.3±0.8	59.2±0.7	64.7±0.8	59.8±0.7	56.6±0.7	48.3±1.0	60.8±0.6	640
p	0.508	0.029##	0.280	0.021	0.035	0.197	0.033	

#= Mann Whitney U, * =t testi, ## =Kruskall Wallis

Table 7: Öğrencilerin toplam AHPS ve alt alan puan ortalamalarının sağlık özelliklerine göre dağılımı

Sağlıkla ilgili özellikler	Mean±SEM							
	Kendini gerçekleştirme	**Sağlık sorumluluğu***	**Sosyal destek**	**Stres yönetimi**	**Beslenme**	**Egzersiz**	**AHPS***	**N**
Ailesinin sağlıkta sosyal güvence durumunu bilme	70.1±1.0	60.8±1.0	65.9±1.0	61.8±0.9	57.6±0.9	48.5±1.3	62.0±0.7	378
Biliyor	68.1±1.3	57.3±1.2	63.0±1.4	56.7±1.1	54.7±1.1	47.8±1.7	59.2±1.0	235
Bilmiyor	69.3±0.8	59.4±0.7	64.8±0.8	59.8±0.7	56.5±0.7	48.2±1.0	60.8±0.6	613
Toplam	0.291	0.023	0.117	0.001**	0.044	0.725	0.019##	
P								
Kronik sağlık sorunu								
Var	67.1±1.8	58.4±1.6	64.5±1.7	57.7±1.7	52.4±1.5	44.1±2.2	58.8±1.3	162
Yok	69.9±0.9	59.5±0.8	64.7±0.9	60.5±0.8	58.0±0.8	49.6±1.1	61.4±0.6	479
Toplam	69.2±0.8	59.2±0.7	64.7±0.8	59.8±0.7	56.6±0.7	48.2±1.0	60.8±0.6	641
P	0.410	0.457	0.869	0.201	0.001*	0.009*	0.134	
Sigara içme								
İçiyor	61.3±1.8	53.7±1.6	59.7±1.7	57.0±1.6	54.4±1.5	50.3±2.2	56.5±1.3	157
Hiç içmemiş	71.8±0.8	61.0±0.8	66.3±0.9	60.6±0.8	57.3±0.8	47.6±1.1	62.1±0.6	483
Toplam	69.2±0.8	59.2±0.7	64.7±0.8	59.7±0.7	56.5±0.7	48.3±1.0	60.8±0.6	640
P	0.001	0.001	0.001	0.020	0.075	0.402	0.001	
Alkol kullanma								
Kullanıyor	62.6±2.2	54.6±2.1	59.2±2.2	56.4±2.0	56.1±1.9	56.1±1.9	56.9±1.7	110
Hiç kullanmamış	70.6±0.8	60.2±0.8	65.9±0.8	60.5±0.8	56.6±0.8	56.6±0.8	61.6±0.6	526
Toplam	69.3±0.8	59.2±0.7	64.7±0.8	59.8±0.7	56.5±0.7	56.5±0.7	60.8±0.6	636
P	0.001	0.010	0.001	0.024	0.844	0.980	0.004	

#= Mann Whitney U, * =t testi, ## =Kruskall Wallis

Tablo 8'de backward stepwise logistic regression analizi sonucunda sağlığı geliştirme davranışının "iyi" olmasında primer etkili olan faktörlerin dağılımı sunulmuştur.

Toplam AHPS puanının 60 ve üzerinde olması iyi düzeyde sağlığı geliştirme davranışı olarak tanımlanmıştır. Buna göre toplam AHPS için hiç sigara içmemiş olmak (OR=2.2) ve babanın çalışıyor olması (OR=4.6) primer etkili faktörler olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

"İyi" kendini gerçekleştirme davranışıyla, hiç sigara içmemiş olma (OR=1.9) ve kadın cinsiyette olma (OR=1.8) primer etkili faktörler olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Hiç sigara içmemiş olma iyi sağlık sorumluluğu (OR=2.0), iyi sosyal destek davranışıyla (OR=2.3), iyi kendini gerçekleştirme (OR=2.6), iyi stres yönetimi (OR=1.7) ve iy beslenme (OR=2.0) davranışlarıyla da ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Kadın cinsiyet (OR=1.7), üniversite düzeyinde anne eğitimi (OR=2.0) ve ailenin sağlıkta güvence durumunu bilme (OR=1.4) iyi sağlık sorumluluğu ile primer ilişkili diğer değişkenler olarak saptanmıştır ($p<0.05$). On birinci sınıfta olma (OR=1.6) iyi kendini gerçekleştirme davranışında, babanın çalışıyor olması (OR=8.2) ve ailenin sağlıkta güvence durumunu bilme (OR=1.5) iyi stres yönetiminde primer etkili faktörler olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$). İyi beslenme davranışında diğer primer etkili faktörler erkek cinsiyet (OR=2.5), kronik sağlık sorunu olmaması (OR=1.6), üniversite düzeyinde anne eğitimi (OR=2.3) olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Erkek cinsiyet iyi egzersiz davranışıyla primer ilişkili faktör olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Table 8: İyi düzeyde sağlığı geliştirme davranışı göstermede primer etkili olan faktörler (backward stepwise logistic regression analizi sonuçları)

Bağımsız değişkenler	B	Standart hata	p	OR	95% Güven Aralığı
Toplam AHPS					
Babanın çalışıyor olması	1.517	0.580	0.009	4.559	1.462-14.210
Hiç sigara içmemiş olmak	0.792	0.194	0.001	2.207	1.510-3.227
Sağlık sorumluluğu					
Kadın cinsiyet	0.502	0.171	0.003	1.652	1.180-2.311
Üniversite düzeyinde anne eğitimi	0.713	0.358	0.046	2.041	1.012-4.114
Ailenin sağlıkta güvence durumunu bilme	0.364	0.174	0.036	1.439	1.024-2.022
Hiç sigara içmemiş olmak	0.697	0.201	0.001	2.008	1.353-2.980
Kendini gerçekleştirme					
11.sınıf	0.450	0.193	0.020	1.568	1.075-2.288
Hiç sigara içmemiş olmak	0.936	0.200	0.001	2.550	1.724-3.771
Sosyal destek					
Hiç sigara içmemiş olmak	0.848	0.196	0.001	2.336	1.590-3.433
Stres yönetimi					
Babanın çalışıyor olması	2.107	0.758	0.005	8.226	1.861-36.365
Ailenin sağlıkta güvence durumunu bilme	0.424	0.172	0.014	1.528	1.091-2.140
Hiç sigara içmemiş olmak	0.519	0.194	0.008	1.680	1.148-2.456
Beslenme					
Erkek cinsiyet	0.914	0.181	0.001	2.495	1.751-3.556
Kronik sağlık sorunu olmaması	0.445	0.207	0.032	1.561	1.040-2.342
Üniversite düzeyinde anne eğitimi	0.851	0.366	0.020	2.343	1.144-4.797
Hiç sigara içmemiş olmak	0.670	0.212	0.002	1.953	1.290-2.959
Egzersiz					
Erkek cinsiyet	1.004	0.181	0.001	2.729	1.912-3.893

4.3. Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyetine ilişkin bulgular

Öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi almak için en sık başvurdukları üç kaynak sırayla; İnternet (%44.0), sağlık personeli (%28.4) ve aile bireyleridir (%16.3). Sağlık bilgisine

herhangi bir yöntemle günde en az bir kez ulaşma sıklığı toplamda %10.7'dir, bu oran kızlarda (%13.7) ve kronik hastalığı olanlarda (%18.6) daha yüksek düzeydedir ($p<0.05$).

Öğrencilerin %16.4'ü günde en az bir kez internetle sağlık bilgisine ulaşmaktadır, bu oran kız öğrencilerde (%18.7), gelir düzeyini yüksek olarak tanımlayanlarda (%27.0) ve 11. sınıflarda (%19.1) daha yüksektir ($p<0.05$).

Öğrencilerin %50.3'ü sağlıkla ilgili dökümanları okuyup anlama, %40.2'si sağlıkla ilgili formları doğru doldurabileceğinden emin olma ve %42.6'sı tıbbi durumuyla ilgili açıklamaları dinleyip anlama yönünden "sorunlu" düzeyde saptanmıştır. Anneleri ortaokul ve üzerinde eğitim almış olanların sağlıkla ilgili metinleri okuyup anlama düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür ($p<.0.05$).



Hiç görmemiş olan: %3.9
Görmüş ama bilmeyen: %52.7
Bildiğini söyleyen: %43.4
"Sağlık Bakanlığı logosu" şeklinde doğru tanımlama yapan: %0.5'i

Sağlık Bakanlığı Logosu



Hiç görmemiş olan: %18.3
Görmüş ama bilmeyen: %26.4
Bildiğini söyleyen: %55.4
"Dört yapraklı yonca şekli"ni doğru tanımlayan: %42.4

Dört yapraklı yonca

Şekil 4: Öğrencilerin interaktif okuryazarlık düzeyi

İnteraktif okuryazarlıkla ilgili olarak dört yapraklı yonca şeklini öğrencilerin %42.4'ü bilmiştir. Öğrenciler çoğunlukla sağlıklı beslenme, besin piramidi cevabı vermiştir. Sağlık Bakanlığı logosunu öğrencilerin sadece %0.5'i doğru olarak bilmiştir. Öğrenciler çoğunlukla logoyu "sağlıklı yaşam" ve "hastane" şeklinde tanımlamıştır.

Öğrencilerin %87.1'i son bir yıl içinde herhangi bir hekime, %63.2'si acil servise başvurmuş, %11.2'si en az bir gün hastanede yatarak tedavi görmüştür. Yanıtlayanların %40.4'ü sağlıkta sosyal güvenceleri olup olmadığını bilmemektedir.

Öğrencilerin son bir yıl içinde ortalama hekime ve acil polikliniğe başvuru ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur.

Tabl0 9: Öğrencilerin son bir yıl içinde ortalama hekime ve acil polikliniğe başvuru ortalamalarının kişisel özelliklere göre dağılımı

	Hekim muayenesi	Acil poliklinik	
	Ortalama±SH	Ortalama±SH	N
Cinsiyet			
Erkek	3.2±0.2	1.9±0.2	282
Kadın	3.6±0.1*	1.9±0.1	359
Sınıf			
9.sınıf	3.3±0.1	1.8±0.1	382
11.sınıf	3.7±0.2	2.0±0.1	259
Kronik sağlık sorunu			
Var	4.2±0.3*	2.6±0.2*	161
Yok	3.2±0.1	1.7±0.1	480
Toplam	3.5±0.1	1.9±0.1	641

*p<0.05, Mann Whitney U

Yıllık ortalama kişi başına hekime başvuru sayısı tüm öğrenciler için 3.5±0.1, hekime başvuranlar için 4.0±0.1'dir. Yıllık ortalama hekime başvuru sayısı kronik hastalığı olanlarda (4.2±0.3) olmayanlara kıyasla (3.2±0.1) yüksektir (p=0.001).

Table 10: Öğrencilerin sağlık hizmeti kullanım davranışlarının dağılımı

Sağlık hizmeti kullanım özellikleri	N	%
İlk başvurulan sağlık kurum/kuruluşu		
Aile hekimi	228	36.6
Devlet hastanesi	178	28.6
Acil poliklinik	148	23.8
Özel hastane	29	4.7
Üniversite hastanesi	28	4.5
Toplam	611	100.0
Hekime başvuru şekli		
Aile fertlerinden biri ile	516	81.5
Tek başına	103	16.3
Arkadaşı ile	14	2.2
Toplam	633	100.0

Öğrenciler arasında bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurulan sağlık kurumu aile hekimliği birimi (%36.6), ikinci olarak devlet hastanesi polikliniğidir (%28.6). Öğrencilerin %81.5'i aile fertleri eşliğinde hekime başvurmaktadır (Tablo 10).

Tablo 11: Öğrencilerin sağlık hizmetinden memnuniyetlerinin en son kullandıkları hizmete göre dağılımı

En son kullanılan sağlık kurum/kuruluşu	Memnun	Memnun değil	Fikri yok	Toplam
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Devlet hastanesi	152(55.7)	46(16.8)	75(27.5)	273(44.0)
Üniversite hastanesi	44(61.1)	17(23.6)	11(15.3)	72(11.6)
Özel hastane	40(70.2)	9(15.8)	8(14.0)	57(9.2)
Aile hekimi	84(73.0)	8(7.0)	23(20.0)	115(18.5)
Acil poliklinik	46(44.2)	26(25.0)	32(30.8)	104(16.7)
Toplam	366(58.9)	106(17.1)	149(24.0)	621(100.0)

p=0.001, ki kare

En son başvurulan ilk beş sağlık kuruluşu sırasıyla devlet hastanesi polikliniği (%43.7), aile hekimi (%17.9), acil servis (%16.8), üniversite hastanesi (%11.4) ve özel hastanedir (%9.4). Öğrencilerin %58.9'u son başvurduğu sağlık kurumundan memnun olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %58.7'si son başvurduğu sağlık kurumundan memnun olduğunu belirtmiştir. Memnuniyet başvurulan sağlık kuruluşlarına göre değişmektedir, en çok memnun kalınanlar sırasıyla aile hekimleri (73.0%), özel hastaneler (70.2%), üniversite hastanesi (61.1%), devlet hastanesi (55.7%) ve acil polikliniktir (44.2%).

Tablo 12: Öğrencilerin acil servise en son başvuru nedenleri

Acil servise en son başvuru nedenleri	N	%
Üst solunum yolu enfeksiyonu	40	37.7
Gastrointestinal şikayetler	21	19.8
Ateş	9	8.5
Baş ağrısı	9	8.5
Travma	9	8.5
Diğer	18	17.0
Toplam	106	100.0

Acil servise en son başvuru nedenleri sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonu (%37.7), karın ağrısı, mide bulantısı gibi gastrointestinal sorunlar (%19.8), ateş (%8.5), baş ağrısı (%8.5) ve travmadır (%8.5).

Tablo 13. Öğrencilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen faktörler

Engeller	N	%
Herhangi bir engel yok	263	43.1
İhmal	143	23.4
Zaman yetersizliği	102	16.7
Yakın mesafede kuruluş olmaması	65	10.7
Maddi sıkıntı	10	1.6
Sosyal destek eksikliği	8	1.3
Ruhsal sorun varlığı	8	1.3
Diğer	11	1.8
Toplam	610	100.0

Öğrencilerin %43.1'i sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyen bir sorun olmadığını, %23.4'ü en önemli engelin kendi ihmali, %16.7'si zaman yetersizliği olduğunu belirtmiştir.

Kızlarda (%62.6) ve 11. sınıflarda (%62.3) daha fazla olmak üzere öğrencilerin %56.6'sı gençlere yönelik sağlık hizmetinin yetişkinlerden ayrı bir kurumda verilmesini istemektedir ($p<0.05$).

4.4. Öğrencilerin çevresel sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular

Öğrencilerin yaşadıkları çevre hakkındaki düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 14'de sunulmuştur.

Öğrencilerin %53.1'i yaşadığı çevreyi sağlık açısından iyi olarak değerlendirmiş, %41.9'u yeterli yaya kaldırımı olmadığını, %40.3'ü temiz olmadığını, %31.2'si güvenli olmadığını, %20.9'u çok suç işlendiğini, %26.3'ü sokakların iyi ışıklandırılmadığını, %24.9'u fazla trafik olduğunu belirtmiştir. Yaşanılan çevrede çok suç işlenmesi erkekler (%27.4) ve 9.sınıf öğrencileri (%23.5) tarafından, temiz olmama kız öğrenciler (%42.4) tarafından daha fazla sorun olarak belirtilmiştir ($p<0.05$).

Table 14: Öğrencilerin yaşadıkları çevre hakkındaki düşüncelerinin cinsiyete göre dağılımı

Çevrenin özellikleri	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	N	%	N	%	N	%
Sevdiğim yerler var						
Katılıyor	204	72.6	259	73.2	463	72.9
Katılmıyor	51	18.1	66	18.6	117	18.4
Fikri yok	26	9.3	29	8.2	55	8.7
Çoğu sokakta yaya kaldırımı var						
Katılıyor	136	48.4	161	45.5	297	46.8
Katılmıyor	113	40.2	153	43.2	266	41.9
Fikri yok	32	11.4	40	11.3	72	11.3
Mahallem güvenlidir						
Katılıyor	156	55.5*	167	47.2	323	50.9
Katılmıyor	87	31.5	111	31.4	198	31.2
Fikri yok	38	13.5	76	21.5	114	18.0
Mahallemde yürüyen insanlar görürüm						
Katılıyor	168	59.8	201	56.8	369	58.1
Katılmıyor	77	27.4	102	28.8	179	28.2
Fikri yok	36	12.8	51	14.4	87	13.7
Çok fazla trafik var						
Katılıyor	83	29.5	75	21.2	158	24.9
Katılmıyor	152	54.1	217	61.3	369	58.1
Fikri yok	46	16.4	62	17.5	108	17.0
Çok fazla suç var						
Katılıyor	77	27.4*	52	14.7	129	20.3
Katılmıyor	147	52.3	202	57.1	349	55.0
Fikri yok	57	20.3	100	28.2	157	24.7
Herzaman kendi yaşımda kişiler görürüm						
Katılıyor	236	84.0	316	89.3	552	86.9
Katılmıyor	28	10.0	22	6.2	50	7.9
Fikri yok	17	6.0	16	4.5	33	5.2
Sokaklar geceleri iyi ışıklandırılmıştır						
Katılıyor	170	60.5	219	61.9	389	61.3
Katılmıyor	74	26.3	93	26.3	167	26.3
Fikri yok	37	13.2	42	11.9	79	12.4
Mahallem temizdir						
Katılıyor	127	45.2	129	36.4	256	40.3
Katılmıyor	106	37.7	150	42.4*	256	40.3
Fikri yok	48	17.1	75	21.2	123	19.4
Sağlık açısından mahallesi hakkında genel görüşü						
İyi	160	56.9	190	53.7	350	55.1
Orta	83	29.5	119	33.6	202	31.8
Kötü	38	13.5	45	12.7	83	13.1
Toplam	281	100.0	354	100.0	635	100.0

* $p<0.005$, ki-kare testi

Öğrencilerin çevresel risk olarak değerlendikleri konuların cinsiyete göre dağılımı Tablo 15'de sunulmuştur.

Table 15: Öğrencilerin çevresel risk olarak değerlendikleri konuların cinsiyete göre dağılımı

Algılanan çevresel riskler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	N	%	N	%	N	%
Çöp	139	37.1	236	62.9*	375	59.1
Deniz kirliliği	142	39.8	215	60.2*	357	56.2
Çay bahçelerinden emisyon	127	36.6	220	63.4*	347	54.6
Stream pollution	141	41.3	200	58.7	341	53.7
Hava kirliliği	123	39.4	189	60.6*	312	49.1
Ağır yağmur ve sel	117	39.4	180	60.6*	297	46.8
Alkol ve madde kullanımı	135	45.8	160	54.2	295	46.5
Gürültü	113	41.1	162	58.9	275	43.3
Ateşli silah kullanımı	106	45.3	128	54.7	234	36.9
Trafik	104	46.6	119	53.4	223	35.1

*p<0.05, ki-kare testi

Öğrenciler tarafından Rize ili için çevresel risk oluşturduğu düşünülen ilk 5 sorun sırasıyla; çöpler (%59.1), deniz kirliliği(%56.2), çay fabrikalarının dumanı (%54.6), dere kirliliği (%53.7) ve hava kirliliğidir (%49.1). Çevresel risk olarak algılanan sorunların yüzde dağılımında cinsiyet ve sınıfa göre farklılık saptanmıştır (p<0.05).

Öğrencilerin "Yeşil Tüketici Değerleri" ölçeği ortalama puanlarının kişisel özelliklere göre dağılımı Tablo 16'da sunulmuştur.

Table 16: Öğrencilerin "Yeşil Tüketici Değerleri" ölçeği ortalama puanlarının kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Yeşil tüketici değerleri	Toplam
	Ortalama±SH	
Cinsiyet (N=635)		
Erkek	65.8±1.3	281
Kadın	67.6±1.0	354
Sınıf (N=635)		
9.sınıf	66.0±1.0	378
11.sınıf	67.8±1.1	257
Aile yapısı (N=613)		
Çekirdek	66.7±0.8	546
Geniş	68.7±2.2	67
Yaşadığı yer (N=633)		
Ailesiyle	66.6±0.4	577
Akrabalarıyla	73.0±5.0	15
Yurtta	65.6±2.8	41
Anne eğitimi (N=621)		
İlkokul mezunu değil	66.0±2.2	44
İlkokul mezunu	68.0±1.2	245
Ortaokul mezunu	65.0±1.5	184
Lise mezunu	64.9±2.0	111
Üniversite mezunu	72.6±2.4	37
Baba eğitimi (N=614)		
İlkokul mezunu değil	73.9±5.6	8
İlkokul mezunu	66.9±1.7	149
Ortaokul mezunu	65.3±1.5	181
Lise mezunu	66.5±1.3	189
Üniversite mezunu	69.8±1.9	87
Toplam	66.8±0.7	635

"Yeşil tüketici değerleri" ölçeği ortalama puanı tüm öğrenciler için 66.8±0.7 olup kızlarda 67.5±1.02, erkeklerde 65.8±1.25 saptanmıştır. Buna göre öğrencilerin %47.7'si çevreye duyarlı tüketicidirler. Çevre duyarlı tüketici tutumu kişisel özelliklerle ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$).

Öğrencilerin çevreci davranışlarının kişisel özelliklere göre dağılımı Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17: Öğrencilerin çevreci davranışlarının kişisel özelliklere göre dağılımı

Kişisel özellikler	Ziyankar alışkanlıklar		Çöp yönetimi	
	Diş fırçalarken hiçbir zaman musluğu açık bırakmamak	Kullanılmayan odalardaki elektriği daima söndürmek	Geridönüşüm için çöpleri daima evde ayrıştırmak	Hiçbir zaman yere ayçekirdeği kabuğu atmamak
Cinsiyet				
Erkek	47.7	56.2	2.5	19.2
Kadın	51.7	57.1	4.0	31.4*
Sınıf				
9.sınıf	51.3	56.3	4.2*	24.1
11.sınıf	47.9	57.2	1.9	28.8
Aile yapısı				
Çekirdek	48.5	57.9	2.6	26.4
Geniş	58.2	52.2	6.0	23.3
Yaşanılan yer				
Aile ile	49.0	56.8	3.1	26.2
Akrabalar ile	53.3	73.3	6.7	26.7
Yurtta	58.5	48.8	4.9	24.4
Anne eğitimi				
İlkokul mezunu değil	45.5	63.6	2.3	20.5
İlkokul mezunu	54.3	62.0	2.4	26.9
Ortaokul mezunu	47.8	54.9	4.3	27.7
Lise mezunu	46.8	50.5	4.5	26.1
Üniversite mezunu	45.9	45.9	2.7	18.9
Baba eğitimi				
İlkokul mezunu değil	87.5	87.5	12.5	25.0
İlkokul mezunu				
Ortaokul mezunu	55.0	62.4	1.3	20.8
Lise mezunu	49.2	53.6	1.7	23.2
Üniversite mezunu	44.4	59.3	5.3	30.2
	51.7	47.1	5.7	31.0
Toplam	49.9	56.7	3.3	26.0

*p<0.05, ki-kare testi

Çevreci davranışlar incelendiğinde; Öğrencilerin %56.7'si kullanmadığı odanın ışığını daima kapattığını, %49.9'u dişlerini fırçalarken hiçbir zaman suyu boşa harcamadığını, %26.0'ı yere hiçbir zaman çekirdek kabuğu atmadığını ve %3.3'ü her zaman evindeki atıkları geri dönüşüm için ayrıştırdığını belirtmiştir. Çeverci davranışlar cinsiyet, bulunulan sınıf ile ilişkili bulunmuştur. Yere çekirdek kabuğu atmamak kız öğrencilerde, geridönüşüm için çöpleri evde ayrıştırmak 9. Sınıftaki öğrencilerde anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Öğrencilerin çevreci davranışlarının yeşil tüketici ölçeği ile ilişkili tutumlarına göre dağılımı Tablo 18'de sunulmuştur.

Tablo 18: Öğrencilerin çevreci davranışlarının yeşil tüketici ölçeği ile ilişkili tutumlarına göre dağılımı

Yeşil tüketici tutumu	Savurganlık		Çöp yönetimi		Çevreyle ilgili gruplarda gönüllü çalışmak	Toplam N
	Diş fırçalarken hiçbir zaman musluğu açık bırakmamak	Kullanılmayan odalardaki elektriği daima söndürmek	Geridönüşüm için çöpleri daima evde ayrıştırmak	Hiçbir zaman yere ayçekirdeği kabuğu atmamak		
Yüksek	59.1*	65.7*	5.9*	35.6*	54.7*	303
Düşük	41.6	48.5	0.9	17.2	32.2	332
Toplam	49.9	56.7	3.3	26.0	42.9	635

*p<0.05, ki-kare testi

Çevreci davranışların çevreye duyarlı tüketici tutumuyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Çevreye duyarlı tutumu yüksek olan öğrencilerin %35.6'sı yere hiçbir zaman çekirdek kabuğu atmadığını (p=0.001), %65.7'si kullanmadığı odanın ışığını daima kapattığını (p=0.005), %59.1'i dişlerini fırçalarken hiçbir zaman suyu boşa harcamadığını (p=0.001), %5.9'u evindeki atıkları geri dönüşüm için her zaman ayrıştırdığını belirtmiştir (p=0.001).

Öğrencilerin %41.7'si okulda verilen çevre eğitimini yeterli bulmaktadır. Öğrencilerin %42.9'u çevresel sorunların çözümünde gönüllü olarak rol almak istemektedir, bu oran çevreye duyarlı tüketici tutumu yüksek olan öğrencilerde %54.7 olarak saptanmıştır (p=0.001).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

5.1.Öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışması

Araştırma kapsamına çoğunluğu orta adölesan dönemde olan öğrenciler girmiştir. Öğrencilerin %54.3'ü 16 yaş altında ve çoğunluğu kız öğrencidir (%56.0). Öğrencilerin büyük çoğunluğu Rize'li, yine büyük çoğunluğu öğrencilerin tanımlamalarına göre orta gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarıdır. Öğrencilerin %3'ünün babası işsizdir.

Katılımcıların dörtte biri kronik bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir, üçte ikisi sağlık durumunu iyi, onda biri kötü olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin beşte biri kronik solunum yolu hastalığı, yaklaşık onda biri ruhsal sorunu olduğunu bildirmiştir. En çok bildirilen kronik sorun kırma kusurudur (%37.9). Öğrencilerin %9.4'ü her gün sigara içmekte, %5.5'i haftada 4-5 kez alkol kullanmaktadır.

Kızlarda, algılanan aile gelir düzeyi kötü olanlarda ve kronik sağlık sorunu olanlarda genel sağlık düzeyini kötü olarak algılamanın anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Araştırmamıza benzer şekilde 2014 yılında Tsai ve arkadaşları tarafından Tayvan'da yapılan bir araştırmada yaş ortalaması 15.6 olan lise öğrencilerinin %24.5'inde kronik hastalık olduğu, öğrencilerin %10'unun genel sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirmiş, kızlar ve kronik hastalığı olanlarda sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmenin anlamlı olarak yüksek gözlendiği bildirilmiştir (28).

Öğrencilerin sigara ve alkol kullanım düzeyi Türkiye düzeyinden düşük değerlendirilmiştir. Ortabağ ve arkadaşlarının 2008 yılında Ankara'da yaptığı bir araştırmada yaş ortalaması 15 olan öğrencilerde sigara içme sıklığı %10.0, alkol kullanım sıklığı %6.5 bulunmuştur (29).

Öğrencilerin önemli bir kısmının kronik sağlık sorunu olması sağlık hizmeti kullanımına lise hayatı boyunca ve belki sonrasında, uzun süre boyunca ihtiyacı olacağını düşündürmüştür. Öğrencilerin genel sağlık durumunun ailenin ekonomik durumuyla ilişkili olması da bu grup öğrencilerin özellikle risk altında olduğunu ve daha özenli yaklaşılması gerektiğini düşündürmüştür. Öğrencilerin çoğunun vücut ağırlığını ve boy uzunluğunu bilmesi olumlu, ancak ailesinin sağlıkta sosyal güvencesi olup olmadığını bilmemesi sağlık sorumluluğu konusunda zayıf olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

5.2.Öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarına ilişkin bulguların tartışması

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ortalama AHPS puanı 60.8 saptanmıştır, öğrencilerin %54.9'unun "iyi" sağlığı geliştirme davranışına sahip olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak öğrencilerin orta düzeyde sağlığı geliştirme davranışına sahip olduğu söylenebilir.

Alt alan ortalamaları açısından en yüksek ortalama kendini gerçekleştirme alt alanında saptanmıştır (69.2). İkinci sıradaki en yüksek ortalama sosyal destek alt alanıdır (64.7). Egzersiz alt alanı en düşük ortalamaya sahip alt alan olarak bulunmuş (48.3), düşük ortalama olarak beslenme alt alanı 56.6 ortalama ile egzersiz alta alanını takip etmiştir. Literatüre benzer şekilde AHPS'nin Cronbach alpha katsayısı 0.91 bulunmuş ve dolayısıyla diğer ülkelerde olduğu gibi AHPS ölçeği Rize'deki öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışını değerlendirmede geçerli, güvenilir ve kullanımı kolay bir araç olarak değerlendirilmiştir. Ölçek 6. Sınıf öğrencilerinden üniversite öğrencilerine kadar değişen bir aralıkta yüksek bir iç tutarlılık göstermektedir. Chen (kısa form) kendi oluşturduğu bu ölçeğin riskli davranışları ölçmediğini, riskli davranış saptamaya yönelik bir ölçek olmadığını belirtmiştir. Bu görüşe katılıyoruz. Ancak zararlı alışkanlıklardan ya da riskli davranışlardan kaçınmaya çalışmayı gösteren bazı maddelerin ölçekte yer alması gerektiğini düşünüyoruz. Araştırmamızda sigara kullanmamak hemen her alt alanda yüksek sağlığı geliştirme ortalamasıyla ilişkili bulunmuştur. Ölçekte sigara alkol ve diğer madde kullanımı soruları yer almadığı için ölçeğin uygulandığı örnekleme bu soruların ayrıca sorulması gerekmektedir, bu da ölçeğin kısıtlılığına neden olmaktadır. Chen riskli davranış ölçmediğini belirtmiştir ancak esasında ölçeğin riskli davranışları dolaylı olarak ölçtüğünü düşünmekteyiz (30). Örneğin ölçeğin ilk sorusu olan kahvaltı yapma sorusunu hiçbir zaman olarak cevaplayan öğrenci riskli sağlık davranış sergilemektedir. Ayrıca ölçekten alınan toplam puanın düşük olması öğrencinin sağlığı geliştirme davranış düzeyinin düşük olduğunu dolayısıyla riskli davranışları içinde olduğunu ifade eder.

Tablo 19'de konuyla ilgili farklı araştırmalar ve farklı skorlamalara göre AHPS ortalamalarının dağılımı sunulmuştur (29-33).

Tablo 19: Literatürde farklı araştırmalar farklı skorlamalara göre AHPS ortalamalarının dağılımı

Ölçeğin puanlaması	Toplam ortalama puan	Cronbach alpha katsayısı	Çalışılan evren	Ülke
Puan aralığı 0-100 arası				
Rize	60.8	0.91	9.-11.sınıflar	Türkiye
Wang D. ve arkadaşları	62.8	0.92	Üniversite	Çin
Aghamolaei ve arkadaşları	64.8	Sunulmamış	12.sınıf	İran
Puan aralığı 40-200				
Chen MY ve arkadaşları	129.0	0.93	6.sınıf	Tayvan
Temel A.B.	140.7	0.86	8.sınıf	Türkiye
Rize	137.0*	0.91	9.-11.sınıf	Türkiye
Ortabağ ve arkadaşları	137.2	0.92	Ortaokul ve lise	Türkiye

*Karşılaştırılabilir olsun diye orijinal ölçek üzerinden ortalamalar hesaplanmıştır.

Araştırmamızda, manevi ve duygusal davranışların sağlığın geliştirilmesi davranışına olumlu ve ağırlıklı katkısı olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin dini inanç ve dayanışma kültürü olarak değerlendirilmiştir. Daha somut kaynaklarla ve destekleyici sosyal çevre ile yükseltilebilecek olan beslenme ve egzersiz gibi davranışların düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Yetersiz egzersizin okul ve toplumda yeterli fizik mekanların mevcut olmaması ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Toplam ve alt alan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılması sonucunda sigara ve alkol kullanma alışkanlığının egzersiz ve beslenme dışındaki alt alan ortalamalarıyla ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Sigara ve alkol kullanmayanlarda oratlamalar daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde Ortabağ ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içmeyen öğrencilerde toplam AHPS ortalaması ve tüm alt alan ortalamaları içenlere kıyasla anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Alkol kullanmayan öğrencilerde ise sosyal destek ve stres yönetimi alt alan ortalamalarının kullananlara kıyasla belirgin olarak yüksek saptandığı bildirilmiştir.

İran'da kız öğrencileri kapsayan araştırmada en yüksek ortalama puan sağlık sorumluğu alt alanında, en düşük puan kişiler arası ilişki alt alanından alınmıştır (33).

Toplam AHPS ortalama puanı tek yönlü analizlerde anne eğitim düzeyi, babanın gelir getiren bir işinin olması, algılanan aile gelir düzeyi, ailenin sağlıkta sosyal güvencesinin olup olmadığının bilinmesi, alkol kullanımı, sigara kullanımı ve kronik sağlık sorunu olup

olmaması ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Babası gelir getiren işte çalışanların (OR:4.6) ve sigara içmeyenlerin (OR:2.2) iyi düzeyde sağlığı geliştirme davranışına sahip oldukları saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışma sağlığı geliştirici davranışta bulunmanın öğrencilerin kişisel özellikleri, sağlıkla ilişkili özellikleri ve ailenin sosyoekonomik özellikleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.

5.3.Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti kullanımı ve memnuniyetine ilişkin bulguların tartışması

Sağlık okuryazarlığı açısından incelendiğinde öğrencilerin en çok internet kullanarak sağlıkla ilgili bilgi edinmeye çalıştıkları, kız öğrencilerin ve kronik hastalığı olan öğrencilerin daha yüksek düzeyde sağlıkla ilgili bilgi edinmeye çalıştıkları saptanmıştır. İnternetle bilgi edinmeye çalışma algılanan gelir düzeyi (iyi olanlarda daha yüksek), cinsiyet (kızlarda daha yüksek düzeyde) ve bulunulan sınıfla (11. sınıflarda daha yüksek) ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Rize'deki lise öğrencilerinin fonksiyonel ve interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyinin sorunlu ya da düşük olduğu belirlenmiştir. Anne eğitim düzeyi arttıkça sorunlu fonksiyonel okuryazarlık düzeyinin azaldığı görülmüştür ($p<0.05$). Öğrencilerin görsel sağlık okuryazarlığı düşüklüğünde kurumların iletişimsizliğinin ve müfredatın payı olduğu düşünülmüştür. Sağlık bilgisi kitabında dört yapraklı yonca yerine besin piramidi yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı logosundaki değişiklik müfredatta yer almamaktadır.

Genel olarak ilk başvurulan sağlık kurumu aile hekimi, devlet hastanesi polikliniği ve acil servistir. İlk başvuru yeri olarak aile hekimliği ile devlet hastanesi polikliniğinin kendi içinde yer değiştirdiği gözlenmiştir. Kız öğrencilerde ve kronik hastalığı olanlarda hizmet kullanımı daha yüksek düzeyde saptanmıştır ($p<0.05$).

Öğrencilerin çoğunluğu aile fertlerinden biriyle sağlık hizmetine başvurmaktadır. Bu durum Tayvan'da Tsai ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer bulunmuştur (28).

Öğrencilerin en çok memnun kaldığı sağlık kurumu aile hekimliği, en az memnun kaldığı sağlık kurumu acil servis olarak bulunmuştur. Sağlık hizmetinden memnuniyet sağlık hizmeti kullanımını artıracağı için ve sağlık hizmetinin kalitesini, genç dostu olup olmadığını göstermesi açısından önemlidir (34). Öğrencilerin en çok aile hekimlerinden memnun olduklarını söylemelerine rağmen en çok başvurdukları kurumun devlet hastanesi olması

çelişkili bir bulgudur. Acil servis ve devlet hastanesi polikliniklerinin öğrenciler tarafından amacı dışında kullanıldığı sonucuna varılmıştır.

Öğrencilerin dörtte birinin zaman ve mesafe sorunu nedeniyle sağlık hizmetine ulaşamadığı saptanmıştır. Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi gençlere yönelik sağlık hizmetinin yetişkinlerden ayrı bir kurumda verilmesini istemektedir

Öğrencilerin son bir yıl içinde genel ve acil sağlık hizmetlerini yüksek düzeyde kullandığı saptanmıştır. Acile en çok başvuru nedeninin üst solunum yolu enfeksiyonu (%37.7) olduğu görülmüştür ve bu durum yanlış hizmet kullanımı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma aile hekimlerinin ilk olarak başvurulan ve en çok memnun kalınan başvuru yeri olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlara göre TSM bünyesinde ayaktan entegre ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan birimlerin oluşturulması önerilmiştir. Böylece sağlık kurumlarının uygun ve yerinde kullanımı sağlanarak acil servislerin uygunsuz kullanımı önlenebilir. Öğrencilerde sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili ileri ve derinlemesine araştırmalar yapma gereksinimi olduğu anlaşılmıştır.

5.4. Öğrencilerin çevresel sağlığı geliştirme tutum ve davranışlarına ilişkin bulguların tartışması

Araştırma Rize'deki lise öğrencilerinin çevre duyarlılığı, çevre bilinci ve sorumluluğunun düşük olduğunu göstermiştir. Öğrencilerin çoğu yaşadıkları semtteki çevresel risklerin farkında olmakla birlikte, önemli bir kısmı enerji tüketimi konusunda savurgan davranmakta, çevreyi kirletmekte, çevre sorunlarının çözümünde gönüllü olarak rol almak istememektedirler. Öğrencilerdeki çevre bilincinin yeterli olmayışında ailenin ve toplumun etkisi olduğu hatta elde edilen bulguların oldukça gerçekçi bir şekilde toplumsal yaşamı yansıttığı düşünülmüştür. Rize'de katı atık yönetimiyle ilgili evde ayrıştırma ya da geri dönüşüm programı uygulanmamaktadır. Araştırma bulguları, çevre dostu programların Rize'de başlatılması gerektiğini göstermektedir. Okulda verilen çevre eğitiminin yetersiz bulunması, okul çevre sağlığı programlarının güçlendirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Çevresel davranışlarla ilgili olarak kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha çevreci oldukları saptanmıştır. Bunun yanı sıra çevre ile ilgili faaliyetlere gönüllülük ve çevreye daha az zararlı ürün seçimi konularında da kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha duyarlı oldukları görülmektedir.

Çevresel tutuma ait alt ölçekler ile çevresel davranışlarının değerlendirilmesinde karşımıza çıkmaktadır. Çevresel düşünce puan ortalamasının çevresel davranış puan ortalamasından daha yüksek tespit edilmiştir ki; bu tespit öğrencilerin çevre ile ilgili düşüncelerini tam anlamıyla davranışa dönüştüremediklerinin önemli bir göstergesidir.

Yürürken ya da parklarda dinlenirken çekirdek yeme toplumumuzda yaygındır. Çekirdek kabuklarının yere atılması da yaygındır. Adeta bu sosyal olumsuz davranışın bir yansıması bu yaygınlığın olarak öğrencilerin çoğunluğu yere çekirdek kabuğu attıklarını belirtmiştir. Sağlıklı kentleşme ve çevreyi koruma için sadece öğrencilere okulda eğitim vermenin yeterli olmayacağı, yetişkinlerin ya da ebeveynlerin de eğitim alması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızda, çevresel risk algısı maddeleri ile ilgili olarak kız ve erkek öğrenciler arasında farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kız öğrenciler erkeklere kıyasla mahallelerinde daha fazla suç olduğuna inanmaktadırlar. Brezilya, Curitiba'da lise öğrencilerini kapsayan bir araştırmada, mahallelerinde suç olduğunu düşünen öğrenci sıklığı (%47.0) bizim araştırmamızdan yüksek bulunmuştur (35). 2000 yılında Portekiz'de üniversite öğrencilerine yönelik yürütülmüş olan araştırmada, öğrencilerin %58'i diş fırçalarken musluğu daima kapalı tuttuklarını, % 75'i kullanmadıkları ışıkları daima kapattıklarını bildirmiştir (36). Savurgan davranışların ve kötü çöp yönetimi davranışlarının bizim araştırmamızda literatürde bildirilenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bugün Rize toplumunun önemli bir yüzdesini oluşturan öğrencilerin sağlığı geliştici davranış düzeyinin saptanması, sağlık hizmet kullanımı ve çevreci davranış ve gönüllülüklerinin saptanmasının geleceğin yetişkinlerinin bireysel ve çevresel tutum ve davranışları hakkında fikir sahibi olmamızı sağlamış, sağlıklı toplum ve sağlıklı çevreye sahip olmak için öneriler geliştirmemize katkı sağlamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, 2015 yılında Rize Merkez'de eğitim görmekte olan öğrencilerin; Dörtte birinin kronik bir sağlık sorunu vardır, onda biri sağlığını kötü olarak değerlendirmektedir, fonksiyonel ve interaktif sağlık okuryazarlığı düzeyi sorunlu ya da düşüktür, en çok internet kullanarak sağlık bilgisine ulaşmaktadırlar, sağlığı geliştirici davranışları orta düzeydedir, beslenme ve egzersiz davranışları oldukça düşük düzeydedir, son bir yılda sağlık hizmetlerini yüksek düzeyde kullanmışlardır, acil servis ve devlet hastanesi polikliniklerini amacı dışında kullanmışlardır, en çok memnun aile hekimlerinden, en az acil poliklinikten memnun

kalmışlardır, dörtte biri zaman ve mesafe sorununu sağlık hizmetine ulaşmada engel olarak tanımlamışlardır, çevreci tutum ve davranışları düşük düzeydedir. Bu bulgulardan yola çıkarak; Sağlık bilgisi eğitim programlarına sağlığın geliştirilmesi ve öz sorumluluk kavramının eklenmesi, doğru sağlık bilgisine ulaşılabilecek güvenilir sosyal medya adreslerinin eğitim programlarında yer alması, çevre bilicinin ve bütüncül sağlık yaklaşımının benimsetilmesi, okullarda en az bir hemşirenin istihdam edilerek gereksiz acil kullanımının önlenmesi ya da okulların yakınlarında sağlık hizmetine daha kolay ulaşılabilecek kurumlar oluşturulması, öğretmenlerin ve öğretmen adaylarının aynı konularda eğitilmesi, toplumsal düzeyde sağlığı geliştirici programların uygulanması ve adölesanların sosyal öğrenmelerini sağlayacak doğal destekleyici çevreler içinde büyümelerinin sağlanması, sağlıklı beslenme ve fizik aktivite programlarının bütün il nüfüsu için geliştirilmesi, konuyla ilgili multidisipliner ileri araştırmaların yürütülmesi, sağlıklı kentler ağına üye olunması, güvenli ve sağlıklı bir kent oluşturulması için başta Sağlık Müdürlüğü olmak üzere, Belediye, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Üniversite, Sivil Toplum Kuruluşları ve diğer kurum/ kuruluşlarla sektörler arası işbirliği yapılması önerilmiştir.

REFERANSLAR

1. Michaud PA, Ambresin AE, Catalano RF, Diers J, Patton GC. Adolescent health. In: Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC, editors. Oxford Textbook of Global Public Health. New York: Oxford University Press; 2015. p. 1359-1370.
2. Adolescent and school health. YRBSS. CDC. https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm. Accessed 12 November 2019.
3. Definitions of Health. Society, the individual and the medicine. URL: http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Definitions_e.htm
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı . Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi. Ankara,2011. Deniz Matbaacılık. İvedik OSB Matbaacılar Sitesi 1514 Sok. No: 23 Yenimahalle / ANKARA
5. Okul sağlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. URL: http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=385
6. Pekcan H.(2012).Adölesan Sağlığı. Ç. Güler, L.Akın.(Ed.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (486-487). Ankara:Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
7. Pender N.J. 2011. Health Promotion Model Manual, http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.4 2/85350/?sequence=1 AD: 25.09.2013.
8. Bahar Z, D Açıl. Health Promotion Model: Conceptual Structure. DEUHYO Ed 2014; 7(2):59-67.
9. World Health Organization: Maternal, newborn, child and adolescent health http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/ Accessed 5 August 2016.
10. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım sted 2002 cilt 11, sayı 10 s 374.
11. Yıldız K, Sipahioğlu Ş, Yılmaz M. Çevre Bilimi. Gündüz Eğitim ve Yayıncılık. Ankara 2000. Sayfa: 61-72/sayfa 152.
12. Taufique KMR, Siwar CB, Talib BA, Chamhuri N. Measuring Consumers' Environmental Responsibility: A Synthesis of Constructs and Measurement Scale Items. Current World Environment. 2014; 9(1): 27-36.
13. AFMC. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.

https://ubccpd.ca/sites/ubccpd.ca/files/AFMC%20Primer%20on%20Population%20Health%202014-12-23%20(2).pdf

14. Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıkla savaşım. Dokuz Eylül Üniv. Rektörlük Basımevi, 2008, İzmir.s: 1-10.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 1. Baskı Nisan 2011, Ankara.
16. Özvarış Ş B. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi. Ankara; Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2011.
17. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. TJFMPC, 2012; 6:13-21.
18. WHO. What do we know about morbidity? http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page3/morbidity.html
19. Steinberg L. Risk Taking in Adolescence New Perspectives From Brain and Behavioral Science Current Dırectıons In Psychologıcal Scıence Volume 16—Number 2,2007,s-55-59.
20. TC Kalkınma Bakanlığı. 10. Kalkınma Planı 2014-2018. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf
21. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezi Yönetici Rehber Url: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap18.pdf
22. Balçık PY, Taşkaya S., Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Prev Med Bull 2014;13(4):321-326.
23. Gündüz S, Albayrak MH. Okul Sağlığında Neredeyiz? Ankara Med J, 2014, 14(1): 29-33.
24. Janıce D. Key, MD., E. Camille. Washıngton, M.D., Hulsey T. C., Reduced Emergency Department Utilization Associated With School-Based Clinic Enrollment. Journal of Adolescent Health 2002;30:273–278.
25. Rize Belediye Başkanlığı 2015-2019 Stratejik Plan. http://www.rize.bel.tr/uploads/excel/2018/03/e12edba7ce996fe14e7030b0897d003c7f6aea22.pdf
26. Rize Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Brifing Dosyası. Ocak 2019,Rize. https://rize.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_01/26112357_Ocak_2019_Brifing_DosyasY.pdf
27. Türkiye İstatistik Kurumu. Yıllara göre il nüfusları.

http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist

28. Tsai M-C, Lin S-H, Chou Y-Y, Lin S-J. Exploration of health status, healthcare utilization, and health service expectations among Taiwanese adolescents healthcareaccess. Eur J Pediatr (2014) 173:187–196. DOI 10.1007/s00431-013-2117-1

29. Ortabağ, T. Özdemir, S. Bakır, B.Tosun, N. (2011)Health Promotion and Risk Behaviors Among Adolescents in Turkey. The Journal of School Nursing, 27(4) : 304-315.
30. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. Public Health Nursing 2003; 20: 104-110.
31. Wang D, Ou CQ, Chen MY, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. BMC Public Health. 2009 Oct 9;9:379.
32. Aghamolaei T, Tavafian SS. Health Behaviors of a Sample of Adolescents in Bandar Abbas, Iran. Int J High Risk Behav Addict. 2013;2(1):34–8.
33. Temel A. B., İz F. B., Yıldız S, Yetim D. The reliability and validity of adolescent health-promotion scale in Turkish community. The Journal of Current Pediatrics. 2011;9, 1:14-22.
34. Dagnew T. Tessema F., Hiko D. Health servıce utılızatıon and reported satısfactıon among adolescents ın dejen dıstrıct, ethıopıa: a cross-sectıonal study. Ethiop J Health Sci. Vol. 25, No. 1,January 2015. https://doi.org/10.4314/ejhs.v25i1.4.
35. Lopes AA, Lanzoni AN, Hino AA, Rodriguez-Añez CR, Reis RS. Perceived neighborhood environment and physical activity among high school students from Curitiba, Brazil. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17(4):938-53.
36. Sánchez M. J., Lafuente R. Defining and measuring environmental consciousness. Revista Internacional de Sociología (RIS). 2010; 68 (3): 731-755.

EKLER

ANKET FORMU

RİZE İLİ MERKEZ İLÇE LİSE ÖĞRENCİLERİNİN BİREYSEL VE ÇEVRESEL SAĞLIĞI GELİŞTİRME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ANKETİ

Sevgili öğrenciler, bu araştırma sizin yaşınızdaki gençlerin bireysel ve çevresel sağlık sorunları ile ilişkili tutum ve davranışlarını saptamak için planlanmıştır. Bu konularla ilgili vereceğiniz bilgiler, sizlere sunulacak sağlık ve çevre eğitiminin kapsam ve niteliklerinin belirlenmesi konusunda eğiticilere yol gösterecektir.

Anket formlarına adınızı yazmayınız. Vereceğiniz cevaplar titizlikle gizli tutulacaktır. Cevap kağıtlarınız okul idaresine gösterilmeyecek yalnız biz araştırmacılar tarafından toplanıp değerlendirilecektir. Soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplamanız konuyla ilgili sağlıklı ve doğru bilgi toplanmasına katkıda bulunacaktır. Her soruyu dikkatlice okuyup cevaplayınız.

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

1.Kaçıncı sınıftasınız?:……

2.Yaşınız:……

3.Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

4.En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?(İli yazıp diğer seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.)

İl:……1)Merkez
2)İlçe
3)Köy

5.Evinizde yaşayan kişi sayısını yazınız;…….

6. Kaç kardeşsiniz?

1) Kardeşim yok
2) Ben dahil 2 kardeşiz
3) Ben dahil 3 kardeşiz
4) Ben dahil4 kardeşiz
5) Ben dahil 5 veya daha fazla kardeşiz

7.Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

1) Evde anne ya da babamla
2) Evde diğer akrabalarımla
3) Yurtta
4) Evde arkadaşlarımla
5) Diğer, yazınız; …….

8. Şu anda yaşadığınız yerde kendinize ait bir odanız var mı (Yatak odası ya da çalışma odası) ?

1) Evet
2) Hayır

9.Annenizin eğitim durumu nedir (bitirdiği okulu dikkate alarak cevaplayınız)?

1) Okuryazar değil
2) Okuryazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu
5) Lise veya dengi okul mezunu
6) Üniversite ya da yüksek okul mezunu

10.Babanızın eğitim durumu nedir (bitirdiği okulu dikkate alarak cevaplayınız)?

1) Okuryazar değil
2) Okuryazar
3) İlkokul mezunu
4) Ortaokul mezunu
5) Lise veya dengi okul mezunu
6) Üniversite ya da yüksek okul mezunu

11.İlköğretimi nerede bitirdiniz?

1) İl merkezinde
2) İlçe merkezinde
3) Beldede (ilçe olmayan belediyesi olan yer)
4) Köyde

12.Annenizin mesleki durumu aşağıdakilerden hangisine uyar?

1) Ev hanımı, gelir getiren bir işte çalışmıyor.
2) Gelir getiren bir işte çalışıyor.
3) Emekli, emekli maaşı alıyor.
4) Diğer , yazınız : ……

13.Babanızın mesleki durumu aşağıdakilerden hangisine uyar?

1) Çalışmıyor
2) Memur
3) İşçi
4) Esnaf, ticaretle uğraşıyor
5) Emekli
6) Diğer , yazınız : ……

14. Ailenizin gelirini düşünürseniz durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Çok zenginiz
2) Zenginiz
3) Orta düzeydeyiz
4) Fakiriz
5) Çok fakiriz

15. Ailenizin sağlıkta sosyal güvencesi var mı?

1) Evet Nedir:⟶ 1. BAĞKUR 2. SSK
3.Emekli sandığı
4. Özel 5. Yeşilkart
6.Diğer:…….
2) Hayır

16.Son bir yıl içinde okul başarınızı nasıl tanımlarsınız?

1) Çok iyi
2) İyi
3) Orta
4) Ortanın altında
5) Kötü
6) Emin değilim

17.vücut ağırlığınızı kilo olarak yazınız: ……kilo (bilmiyorsanız **x** işareti koyunuz)

18.Boy uzunluğunuz cm olarak yazınız:……cm (bilmiyorsanız **x** işareti koyunuz)

19. Beden Kitle İndeksiniz kaç yazınız (BMİ)……..(bilmiyorsanız **x** işareti koyunuz)

20. Kan grubunuz nedir?

1) Bilmiyorum 2) Kan grubum…..

21.Doğum şeklinizi biliyorsunuz?

1) Normal doğum 2) Sezeryan 3)Bilmiyorum

22.Doğum zamanınız nedir?

1) Erken (prematür) 2) Zamanında 3) Geç doğum 4) Bilmiyorum

23. Okulda en son hangi rutin aşı yapıldı?

1) Biliyorsanız yazınız…… 2) Bilmiyorum

24.Genel olarak sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

1)Çok iyi 2) İyi 3) Orta düzeyde 4) Kötü
5) Çok kötü

25.Ailenizde kronik hastalığı olan var mı (şeker, kalp, hipertansiyon, kronik bronşit, kanser gibi)?

1)Evet 2)Hayır

26.Anne baba kardeşleriniz gibi aynı evde yaşadığınız yakın akrabalarınız arasında her gün düzenli sigara içen var mı?

1)Evet 2)Hayır

27.Fiziksel aktivitelere katılmanızı engelleyen sakatlık, uzun süreli hastalık durumunuz var mı?

1)Evet 2)Hayır

28.Herhangi bir sakatlığınız, uzun süredir devam eden hastalık durumunuz var mı?

1) Bir hastalığım yok
2) Öğrenme güçlüğüm var
3) Fiziksel sakatlık
4) Ruhsal hastalık
5) Astım
6) Şeker hastalığı(diyabet)
7) Diğer…….

29. Son bir yıl içinde hastalık ya da herhangi bir sağlık problemi için bir gün ve daha fazla zamanınızı yatakta geçirdiniz mi?

1) Evet
2) Hayır

30. Hastalığınız ya da herhangi bir sağlık probleminiz için haftada üç veya daha fazla gün ilaç kullandınız mı?

1) Evet
2) Hayır

31.Son bir yıl içinde herhangi bir özel ya da devlete ait kurumda herhangi bir hekime muayene olmak için başvurdunuz, sayı olarak yazınız……..

32. Sağlıkla ilgili bir sorununuz olduğunda ilk başvurduğunuz yer/kişi aşağıdakilerden hangisidir? (tek şık işaretlenecek)

1) Ailem (aile bireyleri, anne, baba, çocuk)
2) Tanıdıklarım (komşu, daha uzak akrabalar)
3) Ebe, hemşire, aile sağlığı elemanı
4) Eczacı-eczane
5) Aile Hekimim
6) Acil
7) Uzman doktor
8) Diğer, yazınız……..

33. Son bir yıl içinde aşağıdaki sağlık kurumuna ya personeline ne sıklıkta başvurdunuz?

	5'den fazla	3-4 kere	1-2 kez	Hiç	Fikrim yok
Devlet hastanesi					
Üniversite hastanesi					
Özel hastane					
Diş hekimi					
Göz doktoru					
Aile hekimi					
Eczaneden tavsiye aldım					
Okul reviri					

34.En son başvurduğunuz sağlık kuruluşunun ulaşılabilirliği nasıldı? İşaretleyiniz.

	Çok kolay ulaşılabilir	Oldukça kolay ulaşılabilir	Ulaşılabilir	Ulaşılabilir değil	Fikrim yok
Devlet hastanesi					
Üniversite hastanesi					
Özel hastane					
Diş hekimi					
Göz doktoru					
Aile hekimi					
Eczane					
Okul reviri					

35.En son başvurduğunuz yerde aldığınız sağlık hizmeti bir genç ya da ergen olan sizin için uygun ve kabul edilebilir miydi?

	Çok uygundu	Oldukça uygundu	Uygundu	Uygun değildi	Fikrim Yok
Devlet hastanesi					
Üniversite hastanesi					
Özel hastane					
Diş hekimi					
Göz doktoru					
Aile hekimi					
Eczane					
Okul reviri					

36.Gençler için verilen sağlık hizmetinin nasıl olmasını istersiniz?

1) Yetişkin ya da çocuklardan farklı bir kurum olması gerekmez.
2) Ayrı sağlık kurumunda sağlık hizmeti verilmeli.
3) Diğer, yazınız……..……..

37. Sağlığınızı daha iyi duruma getirmenizi engelleyen zorluklar nelerdir? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

1) Yakın mesafede yeterli kuruluş bulunmaması
2) Kuruluşların uygun zamanda açık olmaması
3) Zaman yetersizliği
4) Para yetersizliği
5) Nasıl başlayacağımı bilmiyorum.
6) Aile ve arkadaşlarımdan yeterli teşvik almıyorum.
7) Ruhsal durumumun çok kötü olması.
8) Diğer……

38.Okulunuzda revir var mı?

1) Var 2) Yok

39.Okulunuzda hemşire var mı?

1)Var 2) Yok

40.Rize toplum sağlığı merkezinde hizmet veren gençlik danışma merkezi olduğunu biliyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

41.Biliyorsanız hiç başvurdunuz mu?

1)Evet 2)Hayır

42. Okul haftası (Pazartesi-Cuma) içinde günde kaç saat televizyon izliyorsunuz?

1) 1 saatten daha az
2) 1-2 saat
3) 2 saatten daha fazla

43.Okul haftası(Pazartesi-Cuma) içinde günde bilgisayar başında kaç saat geçiriyorsunuz?

1) 1 saatten daha az
2) 1-2 saat
3) 2 saatten daha fazla

44.Okul haftası (Pazartesi-Cuma) içinde günde kaç saat internet kullanıyorsunuz?

1) 1 saatten daha az
2) 1-2 saat
3) 2 saatten daha fazla

45. İnternete en çok nereden ulaşıyorsunuz? Birini işaretleyin.

1) Ev
2) Cep telefonu
3) İnternet kafe
4) Okul
5) Diğer…….

46. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmak için aşağıdaki yöntemleri kullanır mısınız?

1) Gazetelerde dergilerde o konuyu okumak 1) Evet 2)Hayır
2) Televizyonda o konuda yayın olunca izlemek 1) Evet 2)Hayır
3) İnternette araştırmak
   1) Evet 2)Hayır
4) Sağlıkçı (hemşire, doktor) bir kişiye sormak 1) Evet 2)Hayır
5) Sağlık bilgisi dersi ve sağlık bilgisi kitabı 1) Evet 2)Hayır
6) Diğer yazınız……

47. Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşma sıklığınız nedir?

1)Her gün veya günde birkaç kere 2) Her hafta 3)İki haftada bir 4)Ayda bir 5)Yılda bir-iki kez 6)Hiç

48.Hastane evraklarını okumada yardıma ihtiyacınız olur mu?

1)Her zaman 2) Çoğunlukla 3) Bazen 4)Nadiren 5)Hiçbir zaman

49.Sağlık durumunuzla ilgili verilen dokümanları anlamada zorluk yaşar mısınız? (İlaç prospektüsü, size yapılacak olan müdahale yazılı olarak veriliyor, okumanız ve imzalamanız istendiğinde ya da sağlık sorununuzla ilgili broşür verildiğinde)

1)Her zaman 2) Çoğunlukla 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman

50.Doktora gittiniz ve doktor size tıbbi sorununuzla ilgili bir şeyler söyledi, doktoru anlamada zorluk yaşar mısınız?

1)Her zaman 2) Çoğunlukla 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman

51.Tıbbi formları kendi kendinize rahatlıkla doldurabilir misiniz (örneğin bir diş hekimine ya da sağlık kurumuna gittiniz, geçirdiğiniz hastalıklar, kullandığınız ilaçlar, yapılan aşılar gibi bilgiler isteniyor, form doldurmanız isteniyor)?

1)Her zaman 2) Çoğunlukla 3) Bazen 4) Nadiren 5) Hiçbir zaman



52. Yandaki resimle ilgili?
1)Hiç görmedim
2)Gördüm ama tam bilemiyorum
3)Bu resim .....ile ilgilidir



53. Yandaki resimle ilgili?
1)Hiç görmedim
2)Gördüm ama tam bilemiyorum
3)Bu resim .....ile ilgilidir

54. Yaşadığınız çevreyi sağlık açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? İşaretleyiniz.
1) Çok iyi
2) İyi
3) Orta
4) Kötü
5) Çok kötü

55.Çevresel faktörler (doğal afet, hava kirliliği, gürültü) nedeniyle zarar görmüş kimse tanıyor musunuz?

1) Evet (Nedenini belirtiniz……..)
2) Hayır

56.Sizce çevresel faktörler hastalıklara sebep olması açısından ne ölçüde önemlidir?

1) Çok önemli
2) Önemli
3) Önemli değil
4) Bilmiyorum

57.Çevre ve çevresel sorunlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

58. Çevresel sorunların çözümünde gönüllü olarak rol almak ister misiniz?

1)Evet 2)Hayır

59.Çevre ile ilgili sorunların en aza indirgenmesinde birincil sorumlu kimdir? Birini işaretleyin.

1) Hükümet
2) Belediyeler
3) Bireysel
4) Çevreci örgütler
5) Eğitim öğretim kurumları
6) Yukarıdakilerin hepsi

60.Okula çoğunlukla nasıl gidiyorsunuz? Birini işaretleyin.

1) Yürüyerek
2) Servisle
3) Toplu taşıma araçlarıyla (otobüs, dolmuş gibi)
4) Özel arabayla
5) Diğer, yazınız……

Sizce aşağıdaki konular Rize ili için ne düzeyde sorun oluşturuyor?

Çevresel riskler	Hiç	Düşük düzeyde	Orta düzeyde	Yüksek düzeyde	Bilmiyorum
61.Deprem					
62.Nemli binalar					
63.Çok katlı binalar					
64.Kişiler arası şiddet					
65.Silah kullanımı					
66. Alkol ve bağımlılık yapan madde kullanımı					
67.Açık alanda sigara kullanımı					
68.Ev içinde sigara kullanımı					
69.Tarım ilaçları ile bulaşmış besinlerin tüketilmesi					
70.Çay fabrikalarının dumanı					
71.Denizlerin kirliliği					
72.Derelerin kirliliği					
73.Okul tuvaletlerinin kirliliği					
74.Su depolarının yetersiz bakımı					
75.Şehir içinde yeşil alan eksikliği					
76.Baz istasyonları					
77.Gürültü kirliliği					
78.Egzoz dumanına maruz kalmak					
79.Trafik kazaları					
80.Aşırı yağmur ve sel					
81.Heyelan tehlikesi					
82.Çöpler ve zehirleyici maddeler					
83.Sağlıklı içme suyuna sahip olmamak					
84.HES(Hidroelektrik santral)					
85.Ozon tabakasında incelme					

Aşağıdaki durumlar sizin için ne sıklıkta geçerlidir?

Sağlığı geliştirme ile ilgili durumlar	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğunlukla**	**Her zaman**
86. Her gün kahvaltı yapıyorum.					
87.Her gün üç öğün yemek yiyorum.					
88.Her öğünüm beş besin grubundan yiyecek içeriyor.					
89. Bol lifli tahıl ürünleri tüketiyorum.					
90.Çok yağlı besinler tüketmemeye çalışıyorum.					
91.Çok şekerli gıdalar tüketmemeye çalışıyorum.					

92.Günde en az bir buçuk litre su içiyorum.					
93.Katkı maddesi içermeyen besinler tüketiyorum.					
94.Her alışverişte besin etiketlerini okuyorum. (besin içeriğinde ne olduğunu yazan etiketler)					
95.Yemekten önce ellerimi yıkıyorum.					
96.Her gün dişlerimi fırçalıyorum ve diş ipi kullanıyorum.					
97.İdeal vücut ağırlığımı korumaya çalışıyorum.					
98.Sigara içiyorum.					
99.Alkol kullanmıyorum.					
100.Her gece 6-8 saat uyuyorum.					
101.Uykudan önce bir şeyler atıştırıyorum.					
102.İdeal vücut ağırlığımı korumaya çalışıyorum.					
103. Düzenli egzersiz yapıyorum.					
104.Kas gevşetici hareketler yapmak için her gün zaman ayırmaya çalışıyorum.					
105.Haftanın en az üç günü 30 dakika süren ve beni terletecek şiddette egzersiz yapıyorum.					
106.Beni terletecek egzersizden önce ısınıyorum.					
107.Her gün germe egzersizi yapıyorum.					
108.Okuldaki beden eğitimi derslerine her hafta katılıyorum.					
109.Dik oturmaya ve dik durmaya çalışıyorum.					
110.Vücudumu en az ayda bir gözlemliyorum.					
111.Sağlıkla ilgili araştırma yaparım.					
112.Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.					
113.Sağlıkla ilgili endişelerimi sağlık çalışanlarına danışırım.					
114. Sorunlarım hakkında başkaları ile konuşurum.					
115. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.					
116.Etrafımdaki kişilerin endişeleri ve sorunları beni ilgilendirir ve onlarla sorunları ile ilgili olarak iletişim kurarım.					
117. İnsanlarla iyi ilişkiler sürdürüyorum.					
118. Başkalarına karşı sevgimi ve ilgimi gösteririm.					
119.Akrabalar ile görüşmekten hoşlanırım.					
120.Yapacağım işleri listelerim ve önceliklerimi belirlerim.					
121.Duygusal değişikliklerimi gözlemlemeye çalışırım.					
122. Stresli durumumda stres kaynağını belirlemeye çalışırım.					
123.Her gün gülümsemeye ya da kahkaha atmaya çalışıyorum.					
124.Hayattan memnun, hoşnut ve mutlu olmaya çalışıyorum.					
125. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.					
126.Benim için neyin önemli olduğunu anlamaya çalışıyorum.					
127.Kendimi seviyorum					

128.Kendime iyi bakmaya çalışıyorum					
129Kendimden hoşlanmaya çalışıyorum					
130.Kendi güçlü ve zayıf yönlerimi tanımaya ve onları kabul etmeye çalışıyorum.					
131.Pozitif yönde gelişmeye çalışıyorum.					
132.Kendi hatalarımı saptamaya ve düzeltmeye çalışıyorum.					
133.Mantık dışı durumlarda uygun tepkileri kullanırım.					
134. Ben değerliyim ve bunun farkındayım.					
135.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda uygulanması gereken koruyucu önlemleri önemsiyorum.					
136.Yaptığımda kendimden hoşlanmadığım şeyleri yapmamaya özen gösteriyorum.					

Broşür

Avak üstü beslenmede (Fast food) A ve C vitaminleri, kalsiyum, posa tüketimi yetersizdir, yağ ve tuz tüketimi ise yüksektir.



1 KÜP ŞEKER= 20 KALORİ

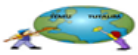
1 DİLİM PİZZA =19 KÜP ŞEKER

1 KUTU KOLA=15 KÜP ŞEKER

1 BÜYÜK HAMBURGER =32 KÜP ŞEKER

1 PORS. KIZARMIŞ PATATES =23 KÜP ŞEKER

SAĞLIKLI ÇEVRE-ÇEVRE DUYARLILIĞI



Kişinin sağlığı toplumun sağlığıyla ilişkilidir. İçinde yaşadığımız sosyal ve fizik çevre sağlıklı ya da hastalıklı olmamızı belirler.

1. Şiddet olmayan toplum
2. Çevre sorunlarına duyarlı toplum
3. Evlerde içilebilir musluk suyu imkanı
4. Temiz ve yeşil alanlar
5. Temiz deniz gibi...

PET ŞİŞELER TEK KULLANIMLIKTIR, TEKRAR TEKRAR KULLANMAYINIZ! KULLANDIKTAN SONRA GERİ DÖNÜŞÜM KUTUSUNA ATINIZ!

SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİLERE SAĞLIKLI KAYNAKLARDAN ULAŞIN!

ALO 171 SİGARA BIRAKMA DANIŞMA HATTI

182 HASTANE RANDEVU MERKEZİ

114 ULUSAL ZEHİR DANIŞMA MERKEZİ

beslenme.gov.tr

www.thsk.gov.tr

RİZE ÇEKÜS(ÇOCUK ,ERGEN ,KADIN ve ÜREME SAĞLIĞI MERKEZİ) Bu birimde rehberlik, danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır.

HAYAT BİR ARMAĞANDIR. SAĞLIĞIMIZIN DEĞERİNİ BİLELİM.



SAĞLIK, **sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, kişinin bedenen, ruhen ve sosyal açıdan** TAM BİR İYİLİK HALİNDE OLMASI" **dır.**

Bedenen sağlıklı olmak:

- Yaş ve cinsiyete uygun boy, kilo, vücut çevresi ölçümleri ile
- Görme
- İşitme
- Motor fonksiyonlar
- Nabız hızı
- Kan basıncı
- Solunum hızı
- Göğüs çevresi
- Baş çevresi
- Bel -kalça oranının normal sınırlarda olması demektir.

Ruhsal yönden sağlıklı olmak:

Kişinin yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal **stresleriyle baş edebildiği**, üretken olarak çalışabildiği, topluma katkıda bulunabildiği iyilik hali olarak tanımlanabilir.

Stresli yaşam olaylarıyla baş etme yolları:



- Aile, arkadaş desteği,
- Eğitim,
- Kendi kendine yardım grupları, sosyal destek ağları,
- Dini, manevi uğraşlar,
- Fiziksel aktivite (aerobik, tempolu yürüyüş, koşma vb)

Sosyal yönden sağlıklı olmak

İnsan sosyal varlıktır. Yaşamını sürdürmek, ihtiyaçlarını karşılamak sosyal kurumların varlığı ile mümkündür. İş yaşamı, gelir düzeyi, evlilik ve aile yaşamı, dinsel ve kültürel toplumsal yapılar, eğitim olanakları, sağlık, emniyet, politik kurumlar hep birlikte kişinin çevresini oluşturur ve bedensel ve ruhsal sağlığını etkiler. Kişi bu sosyal yapının kendisini etkileyeceğini bilmeli, sosyal yapıyla uyum içinde yaşamayı başarabilmelidir. İnsan sosyal yaşamda etkileşimli özne olmalıdır.

ETKİLEŞİMLİ ÖZNE OLMAK: İnsanların kendi yaşam alanlarında etkin olması, topluluk içinde başkalarına egemen olmaya çalışmamak ve yaşamla ilgili sorumluluk yüklenmektir.

SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- Çevre
- Kalıtım
- Yaşam tarzı ve davranışlar,
- Sağlık hizmetlerinin varlığı ve kullanımı

YAŞAM TARZI

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, davranışlar ve alışkanlıklar kişinin yaşam tarzını belirlemektedir. Sigara kullanma, alkollü içecekler tüketme, kişisel temizliğe özen göstermeme, uyuşturucu bağımlılığı, sağlık hizmeti gereksinimine dikkat etmeme ve bu gereksinimi erteleme, tehlikeli araç kullanma, iş araç ve makinelerini dikkatli kullanmama, doktor önerilerini göz ardı etme gibi davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşam tarzını değiştirmek kronik hastalıklara bağlı sakatlıkları ve kansere bağlı erken ölümleri yarı yarıya azaltmaktadır.

Kanserlerin yaklaşık üçte ikisi **sigara, kötü beslenme ve egzersiz yapmamaya bağlıdır. Bunlar önlenebilir ve değiştirilebilir faktörlerdir.**

FİZİKSEL AKTİVİTE

5-17 yaş grubu çocuklar günde en az 60 dakika orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivite yapmalıdır.





TV, sinema ve video oyunları günde 2 saatin altına indirilmelidir.

SAĞLIKLI BESLENME

Süt grubu: Günlük 3-4 porsiyon (Bir orta boy su bardağı (200 cc) süt veya yoğurt ile iki kibrit kutusu büyüklüğünde peynir bir porsiyondur.)

Et-yumurta-baklagiller grubu

- Günlük 2-3 köfte kadar et-tavuk-balık
- Her gün bir adet yumurta
- Kuru baklagiller haftada 2-3 kez
- 15-20 adet fındık veya 5-6 adet ceviz

Sebze ve meyve grubu: Günlük en az 5 porsiyon (1 porsiyon meyve = 1orta boy elma veya portakal, 1 porsiyon sebze = 4-5 yemek kaşığı sebze yemeği veya 1 kase salata)

Ekmek ve tahıl grubu: Günde 6 porsiyon (6 dilim ekmek veya 3 dilim ekmek, 1 kepçe unlu çorba, 4 yemek kaşığı pilav gibi)

Sağlık temel bir insan hakkıdır. Sağlığın mümkün olan en yüksek düzeye ulaşması dünya çapında en önemli sosyal hedeftir.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Onayı

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 288
Konu: Onay Belgesi

Tarih:30/04/2015

Sayın; Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU
Halk Sağlığı ABD.

"Rize İli Lise Öğrencilerinin Bireysel ve Çevresel Sağlığı Geliştirme Konusundaki Tutum ve Davranışları ve İlişkili Faktörler" başlıklı etik kurul 2015/31 no.lu çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 20/04/2015	
	Prof.Dr.Leyla KARAOĞLU'nun sorumluluğunda yürütülen "Rize İli Lise Öğrencilerinin Bireysel ve Çevresel Sağlığı Geliştirme Konusundaki Tutum ve Davranışları ve İlişkili Faktörler" başlıklı 2015/.3 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/~~tez~~ başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİNLİ
Doç.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

T.C. Rize Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni

T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 40856339-44/2716209 11/03/2015
Konu: Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğünün 03/03/2015 tarih ve 55568171/900-91 sayılı yazısı.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğünün ilgi yazısında Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU'nun sorumluluğunda ilimiz lise öğrencilerinin bireysel ve çevresel sağlığı geliştirme konusundaki tutum ve davranışları ve ilişkili faktörler konulu araştırma izni istemektedir.

Söz konusu araştırma, dersleri aksatmamak kaydıyla okul müdürlüklerince planlanarak yapılması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Zafer HAŞİMOĞLU
Müdür a.
Şube Müdürü

OLUR
11/03/2015

Şemsettin durmuş
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Güvenli Elektronik İmzalı
ASLI İLE AYNIDIR
19.03.2015
Hanım AKSOY
Bilgisayar İşletmeni

Eminettin Mah. Valilik Binası Kat:3
rize.meb.gov.tr
ortaogretim53@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Zafer HAŞİMOĞLU Şube Müd.
Serdar KATAL VHKİ
Tel: (464) 2130454
Fax: (464) 0130441

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. http://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 2e21-f49c-3db5-94da-d3cb kodu ile teyit edilebilir.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi BAP Destekleme Protokolü

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ BİRİMİ
BAP DESTEKLEME PROTOKOLÜ

PROJE NO: 2015.53001.106.03.02

TARAFLAR

1- Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma Projeleri Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesi uyarınca Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörü **Prof. Dr. Hüseyin KARAMAN** ile proje yürütücüsü sıfatı ile hareket eden **Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU** arasındaki aşağıdaki şartlarla bir araştırma projesi destekleme sözleşmesi yapılmıştır.

SÖZLEŞMENİN KONUSU

2- Bu sözleşmenin konusu, ekli araştırma projesi öneri ve değerlendirme formunda ayrıntıları belirtilen **"Rize Merkez İlçede Öğrenim Görmekte Olan Lise Öğrencilerinin Bireysel ve Çevresel Sağlığı Geliştirme Konusundaki Tutum ve Davranışları ve İlişkili Faktörler"** adlı projenin, Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmesidir.

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜNÜN GÖREVLERİ

3- Projenin Bilimsel Araştırma Projeleri Yönergesi esaslarına bağlı kalarak sözleşmeye ekli araştırma projesi öneri formunda belirtilen program içinde, sözleşmedeki süre, amaç ve şartlara uygun olarak yürütülmesi, geliştirilmesi ve sonuçlandırılmasından proje yürütücüsü sorumludur.

Desteklenmesi kabul edilmiş projenin amaç, kapsam, süresi ve program bütçesinde Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunun yazılı izni alınmadan hiçbir değişiklik yapılamaz.

ARAÇ GEREÇ VE DONATIM

4- Proje bütçesi gereğince Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından yurt içinden veya yurt dışından temin edilerek projeye dahil edilen, sarf malzemesi dışındaki, demirbaş niteliğindeki her türlü teçhizat Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rektörlüğü'nün malıdır.

GELİŞME RAPORLARI

5- Proje yürütücüsü projenin devamı süresince her 6 ayda bir çalışmaların gidişi ve harcama durumlarıyla ilgili bir geliştirme raporunu ve ayrıca istenildiğinde proje ile ilgili ayrıntılı bilgileri ilgili komisyona vermekle yükümlüdür. Gelişme raporları 1 nüsha olarak verilir.

Gerekli görüldüğünde Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyon Başkanı projeyle ilgili çalışmaları çalışma yerinde inceleyebilir veya inceletebilir. Bu durumlarda proje yürütücüsü proje ile ilgili her türlü teknik, idari ve mali bilgileri ve belgeleri incelemeye hazır bulundurmak ve incelemeyi kolaylaştıracak bütün yardımları yapmakla görevlidir.

KESİN RAPOR

6- Proje yürütücüsü projenin bitiş tarihinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönergesinin 16. maddesine göre projesini kapatması için gerekli belgeleri ilgili komisyona sunar.

1