T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

LİSEDE ÖĞRENİM GÖREN ADÖLESANLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Sinan DİNDAR

ÇANKIRI 2022

LİSEDE ÖĞRENİM GÖREN ADÖLESANLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sinan DİNDAR

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Serap AÇIKGÖZ

ÇANKIRI 2022

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208205005 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Sinan DİNDAR, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı:	**Dr. Öğr. Üyesi Serap AÇIKGÖZ Çankırı Karatekin Üniversitesi**	**…… İmza**
Jüri Üyesi:	**Unvan Adı SOYADI ……. Üniversitesi**	**…… İmza**
Jüri Üyesi:	**Unvan Adı SOYADI ……. Üniversitesi**	**…… İmza**

Yukarıdaki sonucu onaylarım
İmza
Unvan Adı SOYADI
Enstitü Müdür

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

İmza
Tarih
Sinan DİNDAR

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitim hayatımda, tez çalışmamın oluşumu, planlanması ve yürütülmesi aşamalarında ilgi ve desteğini esirgemeyip engin tecrübelerini benimle paylaşarak çalışmamın bilimsel temeller ışığında şekillenmesinde yol gösteren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Serap AÇIKGÖZ'e,

Keçiören Vatansever Şehit Tümgeneral Aydoğan Aydın Fen Lisesi'nin değerli yöneticilerine, öğretmenlerine ve çalışmaya katılan öğrencilerine,

Son olarak eğitim-öğretim hayatım boyunca her şart ve koşulda yanımda olup desteğini ve dualarını esirgemeyen nezdimdeki değerini ve sevgisini anlatmaya kelimelerin yetmediği kıymetli anneme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY ..... **iii**
ETİK BEYANNAMESİ ..... **iv**
ÖN SÖZ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
KISALTMALAR VE SEMBOLLER ..... **viii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**
ÖZET ..... **xi**
SUMMARY ..... **xii**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Çalışmanın Amacı 3
1.2 Problemler 4
1.3 Sınırlılıklar 4
1.4 Sayıltılar 4
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1 Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme 6
2.2 Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişme 9
2.3 Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişme 10
2.4 Adölesan Sağlığı 11
2.4.1 Sağlığı Koruma ve Geliştirme 13
2.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 15
2.6 Adölesan Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirmede Hemşirenin Rolü 19
3. MATERYAL VE YÖNTEM **23**
3.1 Araştırmanın Tipi 23
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 23
3.3 Araştırma Evren ve Örneklemi 23
3.4 Veri Toplama Araçları 24
3.4.1 Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu 25
3.4.2 Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) 25
3.5 Araştırma Etiği 27
3.6. Verilerin Toplanması 27
3.7 Veri Analizi 28
4. BULGULAR **30**
4.1. Araştırma Grubuna Ait Tanıtıcı Özellikler 30
4.2. Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanlar ve İlişkili Değişkenler 32
5. TARTIŞMA **45**
5.1 Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanların Tartışılması 45
5.2 Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanlar ile İlişkili Değişkenlerin Tartışılması 55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **63**

6.1 Sonuç 63
6.2 Öneriler 64
KAYNAKLAR 65
EKLER 71
EK 1: Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu 71
EK 1 (Devam): Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu 72
EK 2: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) 73
EK 2 (Devam): Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) 74
EK 3: Etik Kurul İzin Formu 75
EK 4: Milli Eğitim Araştırma İzni 76
EK 5: MEB Araştırma İzni Başvuru Taahütnamesi 77
EK 6: MEB Araştırma Ayrıntılı Bilgilendirme Formu 78
EK 7: Veli Onam Formu 79
EK 8: Ölçek İzni 80
EK 9: Özgeçmiş 81

KISALTMALAR VE SEMBOLLER

AYBÖ : Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği

BM : Birleşmiş Milletler

DSÖ, WHO : Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization

MEB : Milli Eğitim Bakanlığı

NASN : National Association of School Nurses (Amerika Ulusal Okul Hemşireleri Birliği)

SB : Sağlık Bakanlığı

SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3.1: AYBÖ ve alt boyutların güvenilirliği 27
Tablo 3.2: Normallik testi 29
Tablo 4.1: Araştırma grubunun tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n= 267) 30
Tablo 4.2: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile madde puan ortalamaları 32
Tablo 4.3: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki . 33
Tablo 4.4: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki 34
Tablo 4.5: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile BKİ arasındaki ilişki..... 35
Tablo 4.6: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile okul başarısı arasındaki ilişki..... 36
Tablo 4.7: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile aile tipi arasındaki ilişki . 37
Tablo 4.8: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki 39
Tablo 4.9: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki 40
Tablo 4.10: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki 42
Tablo 4.11: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile tanı konulan hastalık durumu arasındaki ilişki..... 43
Tablo 4.12: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile mevcut sağlık durumu algısı arasındaki ilişki..... 44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1: Güç analizi..... 24

LİSEDE ÖĞRENİM GÖREN ADÖLESANLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

DİNDAR Sinan. Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çankırı, 2022.

Dünya Sağlık Örgütü, 10-19 yaş aralığını adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte biri 10-24 yaş grubundaki adölesan ve gençlerden oluşmaktadır. Erken yetişkin ölümlerinin en az %70'i adölesan döneminde pekiştirilen davranışları yansıtmaktadır. Gelecekte toplumun önemli bir kısmını oluşturacak adölesanların yaşam biçimi kendilerinin ve toplumun sağlığını etkileyebilir. Bu bağlamda çalışmanın amacı; lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD) değerlendirmektir. Kesitsel tipteki çalışmanın evreni, Türkiye'nin İç Anadolu bölgesindeki bir fen lisesindeki öğrencilerdir. Evrenin tamamına ulaşılması planlanmış, çalışma Ocak-Nisan 2022 tarihlerinde gönüllü 267 öğrenciyle yürütülmüştür. Veri, "Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu" ve "Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği" aracılığıyla sınıflarda toplanmış ve IBM SPSS 23 programıyla analiz edilmiştir. Veri analizinde; tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma), bağımsız örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Post-Hoc testlerinden Tukey HSD kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$'dir. Adölesanların SYBD ve sağlık sorumluluğu yaşla doğru orantılı artmaktadır. Adölesanlardan; okul başarısı iyi olanlar daha yüksek SYBD, sağlık sorumluluğu, sağlıklı beslenme davranışı, pozitif yaşam algısı; geniş ailede yaşayanlar daha yüksek SYBD, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite davranışı; kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre daha iyi stres yönetimi; mevcut sağlık durumunu iyi algılayanlar daha yüksek SYBD, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, pozitif yaşam algısı ve kişilerarası ilişkiler sergilemektedir. Adölesanların SYBD düzeyleri ortanın üzerinde olduğu belirlendi. Adölesanlarda SYBD ile ilişkili faktörler; cinsiyet, yaş, okul başarısı, aile tipi, ekonomik durum algısı, kronik hastalık varlığı ve mevcut sağlık algısıdır. Bu bulgular, okul sağlığı hemşireleri için adölesan sağlığının geliştirilmesinde rehber olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Okul sağlığı, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

EVALUATION OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN HIGH SCHOOL ADOLESCENTS

SUMMARY

DİNDAR Sinan. Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors in High School Adolescents, Master Thesis, Çankırı, 2022.

The World Health Organization defines the age range of 10-19 as adolescence period. Approximately one-fifth of Turkey's population is comprised of adolescents and young people in the 10-24 age group. At least 70% of early adult deaths are due to behaviors acquired during adolescence. The lifestyle of adolescents, who will form the important part of the society in the future, may affect their health and the health of the society. In this context, the aim of the study is to evaluate healthy lifestyle behaviors (HLB) in high school adolescents. The population of the cross-sectional study is students in a science high school in the Central Anatolian region of Turkey. It was planned to reach the entire research population, but it was completed between January-April 2022 with 267 volunteer students. Data were collected in classrooms through the "Socio-demographic Characteristics Information Form" and the "Adolescent Lifestyle Scale" and analyzed with the IBM SPSS 23 program. In data analysis, descriptive statistical methods (number, percentage, min-max values, mean and standard deviation), independent sample t-test, One-Way Analysis of Variance, Tukey HSD from Post-Hoc tests were used. Statistical significance level is $p<0.05$. Adolescents' healthy lifestyle behaviors and health responsibility increase in direct proportion to age. From adolescents; those with good school success have higher healthy lifestyle behaviors, health responsibility, healthy eating behavior, positive life perception; those live in a big family have higher healthy lifestyle behaviors, health responsibility and physical activity behavior. It has been observed that adolescents with chronic diseases manage their stress better than those without. In addition, those who perceive their current health status well present higher healthy lifestyle behavior, physical activity, healthy diet, positive perception of life, and interpersonal relationships. It was determined that the healthy lifestyle behaviors levels of the adolescents were above the mean. Factors associated with healthy lifestyle behaviors in adolescent are gender, age, school success, family type, perception of economic status, presence of chronic disease and current health perception. These findings can be used as a guide for school health nurses to improve adolescent health.

Key Words: Adolescent, healthy lifestyle behaviors, school health.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu adölesan yaş grubu olarak tanımlarken 15-24 yaş grubunu genç yaş grubu olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2003). Uluslararası Çocuk Merkezi'ne göre dünyada her beş kişiden birisi adölesan dönemde olup %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Genç bir nüfusa sahip olan Türkiye nüfusunun yaklaşık beşte biri 10-24 yaş grubundadır (Uluslararası Çocuk Merkezi, 2013). Gelecekte yetişkin bireyler olarak toplumun önemli bir kısmını oluşturacak olan adölesanların yaşam biçimi hem kendi yaşamlarını hem de ülkenin kaynaklarını etkileyebilir. Toplumun sağlık düzeyinin hangi düzeyde olduğu toplumda yaşayan sağlıklı olan bireylerin topluma olan oranıyla ölçülür. Bu bağlamda, geleceğin yetişkinleri olan gençlerin sağlıklarını iyileştiren davranışları edinmeleri veya kendilerine ve başkalarına zarar verebilecek olumsuz yaşam biçimi davranışlarından uzaklaşmaları için risk faktörlerinin neler olduğunu bilmek ve gerekli uygulamalar benimsemek önemlidir (Sümen ve Öncel, 2017).

Pender (1982), sağlıklı bir yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bileşenlerinden biri olduğunu ve sağlığı iyileştirmek için insanların yaşam biçimlerini değiştirip sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD) hayatlarına entegre etmeleri gerektiğini savunmuştur. İlhan (2012) sağlığı iyileştiren davranışların, bireyin iyi olma düzeyini artıran ve kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışları içerdiğini bildirmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'ne göre SYBD bireylerin hayatında benimsemeleri gereken pozitif yönde olan davranışlardır. Bu davranışlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi, pozitif yaşam algısı ve spiritüel sağlıktır (Pender ve diğerleri, 2002).

Adölesanların sağlığını etkileyen davranış biçimlerinin belirlenmesi, hem bireysel olarak bu davranış biçimlerinden kaynaklanan morbidite ve mortalitenin önlenmesi, hem de toplumun geleceğini oluşturan bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemlidir. Gençlerin sağlıklı yaşam biçimlerini etkileyen faktörlerin bilinmesi, okullarda geliştirilecek sağlığı koruma ve geliştirme

faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında yol gösterici olacaktır (Sümen ve Öncel, 2017).

Kronik hastalıklar ve özellikle kalp-damar hastalıkları son yıllarda başlıca ölüm nedenleridir. Bu hastalıkların çocukluktan ve gençlikten itibaren aşırı yağlı ve tuzlu yiyeceklerin tüketimi, sigara, alkol kullanımı ve hareketin az olduğu yaşam tarzı gibi sağlıksız davranışlarla doğrudan bağlantılı olduğu bilinmektedir (Hacıalioğlu, 2018). Günümüzde, sağlığı geliştirmede yaşam biçiminin önemli olduğunun kabul görmesiyle birlikte, sağlık profesyonelleri araştırmalarını sağlığı geliştirmek için bireylere olumlu sağlıklı davranışları kazandırmaya odaklı yapmaya başlamışlardır (Sümen ve Öncel, 2017). Ercan ve diğerleri (2011), okul çağındaki çocukların yalnızca %25,7'si gün içerisinde minimum 60 dakika fiziksel aktivite yaptıklarını saptamıştır. Bingöl'de yapılmış olan bir çalışmada, 14 ile 18 yaş arasında olup lisede öğrenim gören öğrencilerde sigara kullanma yaygınlığı %15,8, sigara haricinde bağımlılık yapan herhangi bir madde kullanım oranı ise %5 olarak saptanmıştır. Erkeklerde sigara içme sıklığı %24,1 iken, kızlarda %7,7; Sigara haricinde herhangi bir bağımlılık yapan madde kullanım yaygınlığı erkeklerde %8,2, kızlarda ise %1,9 olarak saptanmıştır. Madde kullanımı riskinin sigara kullanan bireylerde 8 kat fazla olduğu, kullanılan sigara sayısı çoğaldıkça da riskin arttığı ifade edilmiştir (Mete ve diğerleri, 2020). Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye 2017 sonuçlarına göre; 13-15 yaş gençlerde sigara içme prevalansı Türkiye'de toplamda %7.7 iken erkeklerde %9.9, kızlarda %5.3 olarak saptanmıştır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Aras ve arkadaşlarının (2005) lisede öğrenim gören öğrencilerle yapmış oldukları araştırmada adölesanların %32.4'ünün cinsel ilişki deneyimine sahip olduğu ve %45.1'inin cinsel ilişki esnasında kondom kullanmadığı bildirilmiştir.

Dağdeviren (2010) Şanlıurfa'da okuyan lise öğrencileriyle yapmış olduğu çalışmada sigara kullanan adölesanların kendini gerçekleştirme ve beslenme puanlarının hiç kullanmayanlardan daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Dil ve arkadaşları (2015) adölesanların riskli sağlık davranışlarını inceledikleri çalışmada; okul başarısı ve anne eğitim düzeyi düşük olan adölesanların sigara içme, emniyet kemeri takmadan araç kullanma, alkollü araç kullanma, fiziksel şiddete başvurma oranlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Özakgül ve arkadaşları (2016) tarafından lise öğrencilerinin SYBD düzeyini inceleyen çalışmada sigara ve alkol kullanma durumunun SYBD'yi negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Özakgül ve diğerleri, 2016).

Amerika Ulusal Okul Hemşireleri Birliği (NASN) okul sağlığı hemşirelerini "çocukların ve gençlerin entelektüel potansiyellerini kullanarak bireysel yeteneklerini arttırmak, şu anda ve gelecekteki fiziksel, sosyal, kişisel ve duygusal büyümelerini olumlu etkilemek için yararlı kararlar alan kişi" olarak tanımlamaktadır (NASN, 2012). Okul sağlığı kapsamında görev alan halk sağlığı hemşiresinin uygulamalarının temel amacı; öğrencilerin sağlıklarını geliştirip katkıda bulunmak, okuldaki akademik başarılarını artırıp katkıda bulunmak, sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürebilmeleri için sahip oldukları sağlık alışkanlıklarını iyileştirmek ve yeni SYBD kazanmalarını sağlamaktır. Okul sağlığında görev yapan hemşireler bu hedefler ışığında primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik uygulamaları planlayıp uygularlar (Bahar, 2010). Okul sağlığı hemşirelerine, bulaşıcı hastalık kontrolü, kaza önleme ve ilk yardım, sağlık eğitimi, sağlık taraması, güvenli ve sağlıklı okul ortamının sağlanması ve devam ettirilmesi, kronik hastalığa sahip kişilerin teşhis ve tedavilerinin yapılması ve takip edilmesinde, özel gereksinimli çocukların rehabilitasyonunda ve ruh sağlığı çalışmalarına yönelik önemli görevler düşmektedir (Bektaş ve Aydın, 2018).

DSÖ, öğrenci ve ailelerinin olumlu yönde sağlık davranışları edinmeleri için okulların uygun ve etkin birer alan olduğunu, adölesan sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmaların okul sahası içerisinde yapılabileceğini, etkin ve faydalı programlar uygulanabileceğini belirtmiştir. Ülkemizdeki nüfusun büyük ve önemli bir bölümünü oluşturan adölesanlara yönelik faydalı ve sağlıklı programların hazırlanıp uygulanabilmesi için öncelikle bu grubun sağlık davranışları ile ilgili nitelikli, güvenilir ve bilimsel veriye ihtiyaç duyulmaktadır.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Ankara'da bulunan bir lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmektir. Adölesan sağlığı, okul sağlığı gibi alanlarda yürütülecek olan çalışma, program ve faaliyetler için literatüre güncel bilgi de sağlanacaktır.

1.2 Problemler

Çalışma amacına uygun olarak araştırma kapsamında cevap aranacak sorular aşağıda yer almıştır;

1. Lisede öğrenim gören adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ne düzeydedir?
2. Lisede öğrenim gören adölesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile bağımsız değişkenler arasında nasıl bir ilişki vardır?

1.3 Sınırlılıklar

Bu araştırmada örneklemden elde edilen bulgular sadece Ankara'nın Keçiören ilçesinde bulunan "Keçiören Vatansever Şehit Tümgeneral Aydoğan Aydın Fen Lisesi'nde" yapıldığı için Türkiye geneline genellenemez. Çalışmanın yapıldığı tarihte COVİD-19 pandemisi koşullarında eğitim yapılması, bazı sınıfların karantina nedeniyle kapalı olması, adölesanların 18 yaş altı olması gerekçesiyle prosedürlerin zorunlu kıldığı veli onamı ve velilerin onam vermek istememeleri planlanan evrenin tamamına ulaşılmasında bazı zorluklar oluşturmuş ve evrenin tamamına ulaşılamamıştır.

1.4 Sayıltılar

Araştırma için kullanılan veri toplama yöntemlerinin araştırmanın amacına uygun olduğu, adölesanların araştırmada kullanılan veri toplama araçlarındaki soruları içtenlikle cevapladıkları, araştırmada kullanılan Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)'nin geçerli ve güvenilir olduğu ve alt boyutlarının adölesanların verilerini yüksek ölçüde yansıtacağı sayıltılarından yola çıkılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Adölesan kelimesi Latince büyümek anlamına gelen adolescere sözcüğünden gelmektedir. Bununla birlikte, çocukluk ve yetişkinlik arasındaki yaşam evresini tanımlamak uzun süredir bir muamma teşkil etmektedir. Hall (1904) 20. yüzyılın başında, adolesan dönem üzerine yaptığı incelemede, adolesan dönemi, 14 ila 24 yaş arasındaki gelişim dönemi olarak tanımlamıştır. Adölesan dönem, hayatın büyüleyici ve belki de en karmaşık aşamalarından biri olup gençlerin yeni sorumluluklar üstlendiği ve bağımsızlığı denediği bir dönemdir. Kimlik ararlar, erken çocuklukta edindikleri değerleri uygulamayı öğrenirler, ilgili ve sorumlu yetişkinler olmalarına yardımcı olacak beceriler geliştirirler. Adölesanlar, şefkatli yetişkinler tarafından desteklenip cesaretlendirildiklerinde, ailelerin ve toplulukların katkıda bulunan üyeleri olurlar (Maliye ve Garg, 2017).

DSÖ (1965) 50 yıldan daha uzun bir süre önce, adölesan dönemin puberte ile başlayıp uç noktalarının çok belirgin olmadığını ifade ederek 10 ila 20 yaş arasını kapsadığını öne sürmüştür. Birleşmiş Milletler'in Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, çocuğu 0-18 yaş arası bir birey olarak tanımlarken zamanla adölesan dönemi 10 ila 19 yaş arası dönem olarak tanımlar hale gelmiştir (DSÖ, 2015). DSÖ (2021) güncel olarak 10-19 yaş aralığını adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusu 7 milyar üzerinde olup bu nüfusun %23,7'si 10-24 yaş aralığındaki gençlerden oluşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu yaş aralığındaki nüfus hızlıca artmaktadır (United Nations Population Fund, 2020). Ülkemizde 2020 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 84 milyon 680 bin 273 olan toplam nüfusun %15,3'ünü (12 milyon 971 bin 289) 15-24 yaş aralığındaki genç nüfus oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021).

DSÖ adölesan dönemin insanın gelişim sürecinin bir basamağı olduğunu ve sağlıklı bir geleceğe zemin hazırlamak için önemli bir periyot olduğunu bildirmektedir. Ergenler bu dönemde hızlı fiziksel, bilişsel ve psikososyal büyüme yaşayıp çevrelerindeki dünyayla etkileşime girmektedir (DSÖ, 2021). DSÖ tanımına göre, 10 ile 19 yaş aralığında olan adölesan grup kendi içinde 10 - 13 yaş aralığında olanlar erken adölesan, 14 - 15 yaş aralığında olanlar orta adölesan ve 16 - 19 yaş

aralığında olanlar ise geç adölesan şeklinde tanımlanmaktadır. Tüm bu tanımlamalara ilaveten, 15 - 24 yaş grubunda bulunanlar genç olarak kabul edilmekte olup 10 - 24 yaş aralığında olanlar için genç ifadesi kullanılmaktadır (DSÖ, 2021).

Erken adölesan dönemde cinsel olgunlaşma ön planda olup adölesanlar daha çok soyut düşünceler geliştirirken aynı zamanda bir büyüme atağı içerisindeler (DSÖ, 2002). Bu dönemde adölesanların ana endişesi vücutlarıdır. Vücutlarında meydana gelen değişikliklere uyum sağlamaya ve bunlarla baş etmeye çalışırlar (İlhan, 2018).

Orta adölesan dönemde ana fiziksel değişiklikler tamamlanırken, birey daha güçlü bir kimlik duygusu edinir ve aileleri genellikle önemli olmaya devam etse de akran grubuyla daha güçlü bir ilişki kurar. Düşünme ve empati yetileri daha yansıtıcı hale gelir (DSÖ, 2002). Adölesanlar bu dönemde vücutlarında meydana gelen değişiklikleri kabul etmeye başlar (İlhan, 2018). Bu dönemde en belirgin özellik cinsel kimliğinin gelişmesidir. Karşı cinse karşı artan bir ilgi gözlemlenir. Özellikle erkeklerde üreme içgüdüleri gelişmiştir. Adölesanlar bu dönemde kendilerini ölümsüz ve karşı konulamaz hissettikleri için riskli davranışlara eğilimlidirler (Ercan, 2005).

Geç adölesan dönemde adölesanın vücudu yetişkin formunu alırken, birey artık farklı bir kimliğe ve daha yerleşik fikir ve görüşlere sahiptir. Bu değişimler her birey için farklı bir oranda gerçekleşir ve bu dönemde adölesanlar için gurur ön planda olabileceği gibi kaygı ve anksiyetede artış gözlemlenebilir (DSÖ, 2002).

2.1 Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme

Vücudun ergenliğin başlamasına sebebiyet veren hormonal değişiklikleri erken başlasa da (6-8 yaş), ergenliğin ilk belirtileri genel olarak kızlarda 10, erkek çocuklarda ise 12 yaşlarında ortaya çıkmaya başlar (Corswell ve Stafford, 2008). Aölesan fiziksel gelişimi, adölesan döneminde meydana gelen fiziksel değişiklikleri içerir. Bu dönemde en sık görülen fiziksel değişiklikler boy ve kilonun hızlı bir şekilde artması, sekonder seks karakterlerinin gelişmesi, yağ ve kas dokusunun dağılım ve miktarındaki değişiklikler, solunum ve dolaşım sistemlerinde meydana gelen değişikliklerdir. Puberte sona erdiğinde kişi artık bir yetişkin görünümüne sahiptir. Pubertenin tamamlanma süresi ise kişiden kişiye değişebilmektedir.

Pubertenin tamamlanma süresine bağlı olarak yaşıt olan adölesanlar farklı görünümlere sahip olabilmektedir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Ergenlik dönemindeki başlıca değişikliklerden biri hızla gelişen fiziksel büyümedir. Gençler sadece birkaç yıl içinde yetişkin boyutuna ulaşır. Adölesan erkek ve kızların boy ve şekil değişiklikleri farklı hızlarda ve zamanlarda meydana gelir. Erkek ve kadın cinsiyet hormonu salınımının ve buna karşılık gelen cinsel gelişim bulgularının belirlenmesi adölesan dönemin başlangıcı olarak kabul edilir ve bu dönemde fiziksel büyümede hızlanma gözlenir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009). Adölesan döneminde bazı organlarda, bezlerde, kas ve iskelet sisteminde ve yağ dokusunda belirin bir büyüme gözlemlenirken lenf sisteminde ve dokusunda hızlı bir küçülme söz konusu olur. Büyüme hızı ve oranları organ ve dokuya göre değişir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Ergenlikte büyüme ve boy uzamasının süratinin pik yapıp maksimuma ulaştığı döneme boy uzama atağı denir. Boy uzaması evresi genellikle 11-16 yaşından itibaren iki ila üç yıl sürer. Erkeklerde boy uzaması 13 - 15,5 yaşları arasında başlar ve yılda 10 - 16 cm boy artışı olur. Kızlarda ise bu atak yaklaşık 11 yaşında başlar ve her yıl 9 cm artarak yaklaşık 13 yaşında sona erer. Bu atak, kızlar için ortalama 12, erkekler için 14 yaşında zirveye ulaşır. Boy uzama atağı ortalama 2-3 yıl devam ederken erkeklerde 26-28 cm kızlarda ise 23-28 cm arasında bir boy artışı gözlenir. Pubertenin tamamlanması sonucunda birey yetişkinliğinde ulaşacağı boy uzunluğunun %98'ine ulaşmış olur. Kızların erkeklere göre genellikle vücut ağırlıkları daha az ve boyları daha kısa olmaktadır (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Adölesan dönemde büyüme, periferden vücuda doğru ilerler. Yani önce ayaklar ve eller, sonra kollar ve bacaklar, son olarak da uyluk ve göğüs büyür. Büyüme oranı yıl boyunca korunur, ancak ilkbahar ve yaz aylarında artar. İlkbahar ve yaz aylarındaki büyüme farklarından dolayı büyüme hızı hesaplanırken 6-12 aylık dönemlere göre hesaplanır. Büyüme atağı sırasında, yetişkin vücut ağırlığının yaklaşık yarısına ulaşılır. Erkeklerde boy uzama atağı ve kilo artışındaki ataklar aynı dönemde görülmektedir. Kızlarda ise boy uzama atağından yaklaşık olarak 6 ay sonra kilo artışı gözlemlenir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Adölesan dönemde erkek çocuklarda kas dokusu artışı kızlara göre daha fazladır. Erkeklerde, kas dokusundaki artış, boy uzama atağı sırasında en yüksek

düzeydedir. Kızlarda kas dokusu artışı menarş döneminde zirveye ulaşır. Pubertenin ilk senesinde yağ dokusunda azalma olurken ve büyüme ve boy uzama atağı sırasında yağ dokusu kaybı oranı zirve yapar. Bundan sonrasında kızlarda daha çok olmak suretiyle hem kızlarda hem de erkeklerde yağ kitlesinde artış meydana gelir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Puberte, erkek ve kadınlarda seks hormonlarının salınması ve cinsiyete özgü bulguların ortaya çıkması olarak tanımlanır. Adölesan dönemde salınan seks hormonları, adölesanların duygusal ve cinsel davranışlarında değişikliklere yol açmaktadır. Genellikle kızlar yaklaşık 10-11, erkekler ise yaklaşık 12 yaşında bu döneme girerler. Kızlar bu döneme erkeklere göre ortalama iki yıl daha erken girmekte olup bu dönemi erkeklere göre iki yıl erken bitirmekteler (Özcebe, 2002). Kızlarda cinsel gelişimin ilk belirtisi memelerde büyümenin gerçekleşmesidir. Kısa bir süre sonra sırasıyla kasık ve koltuk altı kılları belirir ve ardından menarş gerçekleşir. İlk başta memelerde büyüme oranı farklı olabilir ve bazen meme son şeklini alana kadar büyüme farklılığı sürebilir. Meme gelişiminin tamamlanması ortalama 4 yıl sürer. Kasık kıllarının büyümesi genellikle meme gelişiminin 6 ayı içinde başlar, ancak aynı zamanda adölesan dönemin ilk belirtisi de olabilir. Aksiller kıllanma tipik olarak kasık kıllarının çıkmasından bir yıl sonra başlar ve ortalama üç yıl sonra biter. Kızların adölesan döneminde daha yüksek testosteron seviyeleri vardır, ancak erkekler kadar değildir (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009).

Erkeklerde sekonder seks gelişimi sırasıyla; testis ve penis büyümesi, kasık kılları, koltuk altı kılları, yüz kılları, ses değişiklikleri ve spermarş olarak görülür. Adölesan dönemin başlamasıyla birlikte testisler genişler ve testislerin etrafındaki deri (skrotum) testosteron hormonunun etkisiyle kalınlaşır ve koyulaşır. Testisler büyüdükçe penisin uzunluğu ve çapı artar. Bazı çocuklar dış genital gelişimlerini 13 yaşında tamamlarken bazılarında 18 yaşına kadar sürebilir. Penis etrafındaki kıllar ilk başta parlak ve seyrektir, ancak giderek daha sık, koyulaşır ve kıvrılır. Öte yandan koltuk altlarındaki ince kıllar önce kalınlaşıp gürleşir, sonra yüzde bıyık ve sakal belirir. Erkeklerde sperm üretimi (spermarş) adölesan döneminin ortalarında başlar. Erkeklerde, testisler yetişkin boyutuna ulaştığında ve sperm üretimi yetişkin seviyelere ulaştığında adölesan dönem tamamlanır. Adölesan dönemde deri kalınlaşır, kas dokusu miktarı artar ve erkeklerde testosteron hormonunun etkisiyle kas gelişir. Ayrıca bu dönemde erkeklerin göğüs ve gırtlaklarındaki büyüme ve

gelişme sonucu sesleri dahada kalınlaşmaktadır (Ercan, 2008; Hacıalioğlu, 2009; Pekcan, 2006).

2.2 Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişme

Adölesan dönemin psikososyal gelişimi üç ana bölümde ele alınmaktadır; erken adölesan (10-13), orta adölesan (14-17) ve geç adölesan dönem (17-21) (Ercan, 2005; Özcebe, 2002). Adölesan dönemde duygusal karmaşıklık çok güçlü bir şekilde yaşanır. Gençler yalnızlıktan zevk alabilir, bir grubun parçası olmak isteyebilir veya endişeleri hakkında iyi şeyler hayal ederek mutluluğu arayabilir. Üst düzey duygusal durumlar yaşarlar. Bu durumlara örnek olarak rahatsız edici davranışlar, öfke patlamaları, bağırma, istemedikleri durumlara isyan ve anne babaya karşı direnç gösterilebilir. İlk sosyalleşme girişimleri ev ortamında başlar. Sosyalleşme süreci çocuklukta başlar ve özellikle arkadaş gruplarında aileden ayrılmanın bir sonucu olarak ergenliğe kadar devam eder (Koç, 2004; Sarı, 2006; Tseng, 2003). Yeni ilişkiler kurmakta sorun yaşamaz. Kolayca uyarlanabilirler, ancak kırılgan bir ilişki içindedirler. Kolayca etkilenme, öne çıkma, dikkat çekme ve rol oynama arzusu vardır. Saygı görmek ve toplumda bir yere sahip olmak isterler. Bu ihtiyaçlar karşılandığında sosyal uyum sağlanır. Onun için etrafındaki insanlar ilişkilerin gelişimi için önemlidir. Benimsedikleri düşünce, eylem ve tutumları çevrelerine kanıtlamak isterler. Arkadaşlık ortamlarında grubun kurallarını önemserler ve bu kurallara uyulması gerektiği düşüncesi içerisindedirler (Koç, 2004; Sarı, 2006).

Adölesan dönemde birçok biyolojik ve fiziksel değişiklik meydana gelir. Bu değişikliklerin psikososyal gelişim üzerinde önemli bir etkisi vardır. Artan cinsel farkındalık ve beden imajına karşı artan ilgi, bu dönemde psikosoyal açıdan öne çıkmaktadır (Stang ve Story, 2005). Ergenliğin başlangıcından beri deneyimlenen duygular, edinilen beceriler ve özdeşimler, bir kimlik duygusuyla sonuçlanarak bütünleşmiştir. Adölesanlar, profesyonel kimlik edinme, yakın ilişkiler geliştirme, meslek ve eş seçimi becerileri edinme gibi toplumdaki yetişkin rolleri için sorumluluk almaya isteklidirler. Adölesanlar evlilikleri için planlar yapmaya başlarlar ve aile ilişkileri yetişkin ilişkisi düzeyine çıkar (Ercan, 2005; Özcebe, 2002).

2.3 Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişme

Adölesan dönemde çocuk, belirli bir faaliyet döneminin kazanımlarına ek olarak yeni bilgiler edinmeye başlar, bu da çocuğun daha yüksek bir denge düzeyine ulaşmasını sağlar (Ahioğlu-Lindberg, 2011). Bilişsel gelişim teorisyeni J. Piaget'dir. Bilişsel gelişim, Piaget tarafından 12 yaşında başlayan ve yetişkinliğe kadar devam eden aşama olarak tanımlanır. Bilişsel gelişim döneminde adölesanların hayal edebilme, soyut olan kavramları algılama, tanımlama ve kontrol etme becerileri gelişir (Büyükgönenç ve Törüner, 2012). Elkind (1975), Piaget ve Inhelder'ın görüşlerine dayanarak, adölesanların bilişsel yapısının belirli özelliklere sahip olduğunu ileri sürmüştür. İlk olarak, gençler problemlerle karşılaştıklarında aynı anda birçok faktörü içeren kombinasyonel mantığı kullanırlar. İkincisi, gençler, küçük çocukların düşündüğünden daha karmaşık olan ikinci bir sembol sistemi kullanabilirler. Böylece bir genç problem çözerken bir problemdeki gerçek durumu X veya Y gibi yeni sembollerle değiştirebilir ve problem çözerken bu semboller yardımıyla düşünebilir (Elkind, 1975). Adölesanların düşüncelerinin özelliklerinden diğeri de reel ve olası durumlar veya bilgiler hakkındadır. Adölesanlar bu aşamada bir sorun ile karşı karşıya kaldıklarında, ilk olarak sorun ile ilgili gerçekçi veya olası durumu içeren bir hipotez kurarlar. Bir anlamda, sorunun ihtimal dahilindeki tüm açıklamalarını ve özelliklerini değerlendirir ve gerçekte var olanın, bu duruma veya gerçekliğe ilişkin ihtimaller arasındaki açıklamalardan yalnızca biri olduğunu bilirler. Bu nedenle ergenler, yalnızca bu tür varsayımsal analizler yaparak hipotezlerini doğrulayan deneysel bilgiler ararlar. Bu durumlar, gözlemlenen durumlar veya gerçeklikle sınırlı olmayan varsayımsal çıkarımlar olarak tanımlanabilir (Ahioğlu-Lindberg, 2011).

Erken adölesan dönemde adölesanların sosyal ilişkiler bakımından akranlarıyla aralarında güçlü bir etkileşim vardır. Bu dönemdeki adölesanlar duygusal açıdan ele alındığında fiziksel ve cinsel gelişme sonrasında meydana gelen değişikliklere uyum sağlamaya çalışırlar. Bilişsel açıdan ise etik ve ahlaki değerler konusunda kazanımlar elde ederler ve bu kavramlar gelişmeye başlayıp düşünce biçimleri somutlaşır (Stang ve Story, 2005).

Orta adölesan dönemde adölesanların sosyal ve mesleki açıdan yetenekleri ve kabiliyetleri şekillenir ve sosyal ilişkilerinde daha bağımsız olurlar. Dürtülerini

kontrol etmede daha güçlü hale gelirler. Aile ortamından ve ebeveynlerden ayrılma isteği ve kendine özgü bir kimlik edinme çabaları vardır. Düşünce biçimleri daha çok soyut ve karmaşık olarak ön plana çıkmaktadır (Stang ve Story, 2005).

Geç adölesan dönemde adölesanlarda yaşıtlarına karşı cinsel yönelim ve ilgide artış görülür. Gelecek, kariyer ve meslek açısından planlar oluştururlar. SYBD'de azalma, riskli sağlık davranışlarında artış görülebilir. Ebeveynlerine karşı bağımsızlık kazanmış olmanın duygusu içerisinde olurlar ve bu düşünceler yaşam biçimlerine yansımaya başlar. Maddi ihtiyaçlarını kendilerinin karşılama çabası görülür. Toplumsal ahlaki değerler gelişip somutlaşır. Sözel olan yeteneklerin gelişimi ve ortaya çıkışı görülür (Stang ve Story, 2005).

2.4 Adölesan Sağlığı

Günümüzde sağlık anlayışı, insan sağlığı bağlamında çok boyutlu bir kavram olup insanı maddi ve manevi yapısı, iç ve dış boyutları ile bir bütün olarak ele almaktadır (Açıkgöz, 2021). Sağlık ve hastalık kavramları farklı kültürlerde farklı şekillerde ele alınmaktadır. Başka bir deyişle, bir popülasyondaki hastalık algısı, başka bir popülasyondaki hastalık algısı ile aynı olmayabilir. Hastalıkla ilgili toplumsal değer yargıları, hastalık hakkındaki görüşler ve seçilen tedaviler o toplumun kültürel özelliklerini yansıtır. Bu açıdan bakıldığında, sağlık ve hastalık, en azından kısmen kültürün bir ürünüdür (Kaplan, 2010). Sağlık kavramının tanımı üzerinde görüş birliği bulunmakla birlikte DSÖ tarafından 1988'de yapılan "Bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" tanımından sosyal ve kültürel ilişkilerin önemli olduğu anlaşılabilir (Lewis, 2001).

Tarihsel olarak, adölesanlara yönelik veri eksikliği söz konusu olup bu eksiklik bu grubu ve onların ihtiyaçlarını anlamanın ve hayatlarını iyileştirmek için uygun programları belirlemenin önündeki önemli bir engel olmuştur (Cappa ve diğerleri, 2012). Günümüzde adölesanlar, dünya çapında sosyal ve fiziksel olarak eşi benzeri görülmemiş bazı değişikliklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu değişiklikler adölesan gelişimini dönüştürmekte ve bu dönüşüm yaşanırken günümüz ve gelecek için sağlıkla ilgili olan beklentileri de beraberinde değiştirmektedir. Erken yetişkin ölümlerinin en az %70'i, adölesan döneminde başlayan veya pekiştirilen davranışları yansıtır. Ölümlerin üçte ikisi bulaşıcı olmayan hastalıklarla bağlantılı olup bu hastalıkların giderek artan yükü dünya çapında sağlığa yönelik tehdit oluşturmaktadır

(Beaglehole ve diğerleri, 2011). Tütün, alkol ve yasa dışı maddelerin kötüye kullanımı, güvenli olmayan cinsel ilişki, obezite ve fiziksel aktivite eksikliği de dahil olmak üzere yetişkinlik döneminde ortaya çıkan kronik bulaşıcı olmayan hastalıklara yol açan birçok risk faktörü adölesan dönemde ortaya çıkar (Gore ve diğerleri, 2011).

Bulaşıcı hastalıklar, insan sağlığına ve esenliğine yönelik en büyük tehditlerden biri olmaya devam etmektedir. Aralık 2019'dan bu yana, COVID-19 pandemisi dünyanın birçok yerine hızla yayılmıştır (Cao ve diğerleri, 2020). Bulaşıcı hastalıkların depresif ruh hali, kaygı, düzensiz uyku, korku ve stres düzeylerinde artışa neden olduğu bildirilmiştir (Su ve diğerleri, 2007). Gençler ve adölesanlar stresin olumsuz etkilerine karşı daha savunmasız oldukları için COVID-19 pandemisinin adölesanlar üzerindeki psikolojik etkileri yetişkinler üzerindeki etkisinden çok daha yüksek olabilir (Zhang ve diğerleri, 2020). Azaltılmış sosyal etkileşim, evde kalma kısıtlamaları, okul ödevlerinde zorluklar, günlük rutinde önemli değişiklikler, hastalanma korkusu ve can sıkıntısı, gençler ve adölesanlar üzerinde dramatik psikolojik etkiler yaratmıştır (Zhang ve diğerleri, 2020). Bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükünün dünya çapında morbidite ve mortaliteye olan negatif katkısına ek olarak sağlık eşitsizliklerinin önemli bir nedeni ve sağlık ve kalkınma hedeflerine ulaşılmasının önünde büyük bir engeldir (Patton ve diğerleri, 2009). Çocuklar hayatlarının ikinci on yılında yeni ve karmaşık zorluklara maruz kalırlar. Morbidite ve mortalite tahminleri, adölesanların yaralanmalardan ve nöropsikiyatrik bozukluklardan önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir. Cinayetler, trafik kazalarına bağlı kasıtsız yaralanmalar ve intiharlar başlıca ölüm nedenleridir (Cappa ve diğerleri, 2012).

Gençlerin sağlığını iyileştirmek, diğer yaş gruplarına göre tartışmasız daha karmaşık ve zordur. Çocuklarla karşılaştırıldığında, adölesanlar aileleri ve toplulukları tarafından daha az korunurlar ve çoğu davranışa dayalı sağlık sorunlarına basit çözümlere daha az yatkındırlar. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, adölesanlar nasıl sağlıklı kalacakları konusunda daha az bilgiye sahiptir ve sağlık sorunlarını önlemek veya tedavi etmek için daha az kaynağa sahiptir. Bu çok büyük bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle hem adölesan dönemde yaşanan hastalıklara hem de kökleri adölesan dönemde olan risk faktörlerine odaklanmak anlamlıdır (Lule ve diğerleri, 2006). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde önemli oranlarda olmak üzere, dünya nüfusunun büyük bir bölümünün adölesanlardan oluştuğu ve adölesan

ile yetişkin sağlığı arasındaki bağlantı göz önüne alındığında adölesanın sağlıklı gelişimi için kanıta dayalı yatırımların gelecekteki küresel sağlığa muazzam etkileri olabilir (Resnick ve Bowes, 2007).

2.4.1 Sağlığı Koruma ve Geliştirme

Sağlığın korunması, insanların sağlıklarını negatif etkileyen davranışlardan kaçınma ve sağlıklarını koruma davranışları olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın korunması ancak fiziksel, biyolojik ve sosyal çevrenin pozitif yönde şekillendirilmesi ve insanlar için alınacak önlemlerin ihmal edilmemesi ile sağlanabilir (Hendricks ve diğerleri, 2006; Stenhope ve Lancaster, 2000). Sağlığın korunması 1965 senesinde ilk olarak Leavell ve Clark tarafından üç koruma seviyesi belirtilerek tanımlanmıştır (Hendricks ve Reich, 2006). *Primer (birincil) koruma* bireyler, aileler, topluluklar ve sosyal gruplar için sağlığın teşviki, geliştirilmesini ve önleyici tedbirleri kapsar. Önceden var olmayan sağlık sorunlarını veya hastalıkları önleyen ve yalnızca sağlığı koruyan ve geliştiren davranış ve eylemlerle ilgili faaliyetlerdir (Ayaz ve diğerleri, 2005). *Sekonder (ikincil) koruma* hastalıklar için erken teşhis sağlayan ve kronik hale gelmesini önleyen tarama faaliyetlerini kapsar. Mevcut olan hastalıkların veya istenmeyen durumların prevalansını minimuma indirgemeye odaklanır. Erken teşhis, tedavi ve önleyici tedbirleri içermektedir (Ayaz ve diğerleri, 2005). *Tersiyer (üçüncül) koruma* sadece hastalığın gelişip ortaya çıkmasını önlemek için olmayıp, aynı zamanda insanları hastalıktan kaynaklanan komplikasyonlardan ve engellerden korumaya yönelik olan hizmetleri kapsar. Fiziksel engellerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmanın (tıbbi rehabilitasyon) yanı sıra çeşitli sosyal uyum önlemlerini (sosyal rehabilitasyon) da içerir (Stenhope ve Lancaster, 2000).

Sağlığı geliştirme ise insanların mevcut olan sağlık durumları üzerindeki kontrol ve bilgilerini artırmalarını ve geliştirmelerini sağlayan süreçtir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ilk olarak sanayileşmiş ülkelerde ortaya çıkmış ve sonrasında DSÖ tarafından "herkes için sağlık" politikasını gerçekleştirmek için kilit bir strateji olarak benimsenmiştir (Özvarış, 2006). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin odak noktası davranışları değiştirmektir. Sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu sağlık davranışı elde etmek ve sürdürmektir. Sağlığı geliştirme, hastalıklardan kaçınmaya değil, sağlığı geliştirici davranış kalıplarını değiştirmeye odaklanır (Heiss, 2009).

Sağlığın geliştirilmesi; bireyin, ailenin ve toplumun potansiyel olarak sağlık gelişimini etkileyip iyilik halini artırır. Olumlu davranışı pekiştirme ve olumsuz davranışı olumlu sağlık davranışıyla değiştirme hedeflerini kapsar (Erci, 2009). Sağlığı geliştirici davranışlar, bireysel iyilik halini, kendini gerçekleştirmeyi ve tatmini artırıp sürdürülmesini amaçlar (Hendricks ve diğerleri, 2006).

Sağlığın geliştirilmesi; sağlıklı beslenme, stres yönetimi, sosyal ilişkilerde uyumlu ve olumlu iletişim kurma, fiziksel yeteneğe göre düzenli egzersiz yapma, dinlenme ve rahatlama gibi egzersizlerle kişinin kendisine zaman ayırması gibi alışkanlıkların kazanılmasını hedefler (Edelman ve Mandle, 2002). Tanımlardan da anlaşılacağı gibi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amacı, olumlu sağlık davranışını elde etmek ve sürdürmektir. Bunu yapmak için, insanlar yaşam biçimi değişiklikleri yoluyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip sürdürmeleridirler (Edelman ve Mandle, 2002).

Pender (1990) SGM'nin ilk versiyonunu 1990'da yayınlamıştır. Daha sonra 2015 yılında modeli revize etmiştir. Model, hemşirelik ve davranış bilimi bakış açılarını sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerle bütünleştirmek için bir çerçeve önerir. Ayrıca, bireyleri sağlığı iyileştirmeye yönelik davranışlarda bulunmaya motive eden karmaşık biyopsikososyal süreçleri keşfetmek için bir rehber sunar (Pender ve diğerleri, 2015). Pender tarafından geliştirilen modelin amacı, sağlık davranışlarını iyileştirme ve sağlığı iyileştirme kavramlarına dayanmaktadır (Khodaveisi ve diğerleri, 2017). Pender'in bu modeli, sağlığı geliştirici davranışların uygulanmasına yönelik en kapsamlı modellerden biridir (Bahabadi ve diğerleri, 2020).

Sağlık profesyonellerinin büyük bir bölümünü oluşturan hemşireler, bütüncül bir yaklaşıma dayalı bakım, bireysel sağlığın geliştirilmesi ile ailelerin, toplulukların ve popülasyonların sağlığının geliştirilmesi arasında bir köprü sağlar. Hemşireler, sağlık kararlarını kolaylaştırır ve bireyler ve aileler için sağlığı geliştirme faaliyetlerini destekler. Hemşireler, sağlıkları üzerinde daha iyi kontrol sağlamak için bireyler, gruplar ve topluluklarla birlikte çalışır (Pender ve diğerleri, 2015).

2.5 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender (1982), sağlıklı bir yaşam biçimini benimsemenin sağlığı geliştirmenin üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Sağlığı iyileştirmek için bireyler kendi yaşam biçimlerinde olumlu yönde değişiklikler yapmalı, SYBD'yi hayatlarının olağan parçası olacak biçimde özümseyip yaşantılarına uygulamalıdır. Sağlığı geliştirici davranışlar, bireysel refahı artıran ve kişinin kendini gerçekleştirmesine öncülük eden olumlu sağlık davranışlarından oluşmaktadır (Pender, 1982). Pender'in Modeli'ne göre bir kişinin sahip olması gereken olumlu sağlık davranışlarının bütününe SYBD denilmektedir. Pender SGM'de bu davranışları; sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, beslenme, egzersiz, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve pozitif yaşam algısı olarak tanımlamaktadır (Pender ve diğerleri, 2002).

Sağlık Sorumluluğu: Pender'e göre sağlık sorumluluğu kişinin sağlığı ve esenliği için sorumluluk alması anlamına gelir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme çabaları, bireysel sağlık sorumluluğuna odaklanmış ve davranışsal belirleyicileri ve eğitim yaklaşımlarını vurgulamıştır. Bununla birlikte, sağlık için bireysel sorumluluğun teşvik edilmesi, sağlığı geliştirme seçenekleri gruplar ve topluluklar için daha erişilebilir hale getirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların sağlık sorumluluğunu inceleyen çalışmalarda; yaşı daha genç olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek, erkek adölesanların kızlara göre daha yüksek (Gaete ve diğerleri, 2021), kız adölesanların erkeklere göre daha yüksek (Özakgül ve diğerleri, 2016; Karagözoğlu, 2021), geniş aile yapısına sahip adölesanların çekirdek ve parçalanmış aile yapısına sahip olan adölesanlara göre daha yüksek (Özakgül ve diğerleri, 2016), geniş aile tipine sahip olan adolesanların çekirdek aile tipine sahip olanlara göre daha düşük (Doğan, 2012), kronik bir rahatsızlığa sahip olan adolesanların herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan adölesanlara göre daha yüksek, sağlık güvencesi olmayan adölesanların sağlık güvencesi olanlara göre daha düşük (Yalçın, 2018), anne eğitim düzeyi yüksek düzeyde olan adölesanların anne eğitim düzeyi düşük düzeyde olanlara göre daha yüksek (Yıldız, 2010), sosyoekonomik durumu düşük olan adölesanların sosyoekonomik durumu yüksek olan adölesanlara göre daha düşük (Çiçek ve Çetinkaya, 2017), şehir merkezlerinde uzun süre yaşayanların köylerde yaşayanlara göre daha yüksek (Karagözoğlu, 2021) olduğu saptanmıştır.

Fiziksel Aktivite: Pender'e göre fiziksel aktivite, vücut kasları tarafından enerjinin harcanması sonucunda gerçekleşen mesleki faaliyetleri, boş zaman ve günlük rutin faaliyetleri içeren herhangi bir bedensel hareketi tanımlar. Örneğin, asansöre binmek yerine merdiven çıkmak gibi enerji harcamasına katkıda bulunan günlük yaşamda gerçekleştirilen aktivitelerdir. Ayrıca, egzersiz hastalıkların önlenmesine ve sağlığın geliştirilmesine yönelik müdahaleler olup boş zamanlarda gerçekleştirilen, planlı, yapılandırılmış, tekrarlayan ve fiziksel uygunluğu veya sağlığı iyileştirmeyi veya sürdürmeyi amaçlayan fiziksel aktivitelerin bir alt kategorisidir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların fiziksel aktivite düzeylerini inceleyen çalışmalarda; erkek adölesanların kızlara göre yaş faktöründen bağımsız olarak daha yüksek (Gaete ve diğerleri, 2021), erkek adölesanların kız adölesanlara göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Karagözoğlu, 2021; Özakgül ve diğerleri, 2016), geniş aile yapısına sahip adölesanların diğer aile yapısına sahip olan adölesanlara göre daha düşük (Özakgül ve diğerleri, 2016), kronik bir rahatsızlığa sahip olan adolesanların herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan adolesanlara göre daha yüksek (Doğan, 2012; Yalçın, 2018), babası üniversite mezunu olan adölesanların diğer adölesanlara göre daha yüksek (Yıldız, 2010), şehir ve ilçe merkezlerinde yaşayan adölesanların köylerde yaşayanlara göre daha yüksek düzeyde fiziksel aktivite sergilediği saptanmıştır.

Beslenme: Pender, adölesan çağda gelişen diyet ve yeme davranışlarının yaşam boyunca devam etme eğiliminde olması nedeniyle çocuklar ve adölesanlar için büyük bir öneme sahip olduğunu vurgulamıştır. Beslenmenin sağlığın birincil belirleyicilerinden biri olduğunu vurgulamış, beslenmenin rolünün popülasyonları beslemek için gereken besinlere odaklanmaktan hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme rolüne doğru genişlediğini belirtmiştir. Obezite ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklardaki küresel artıştan sorumlu iki ana risk faktörünün, sağlıksız beslenme ve hareketsizlik olduğunu bildirmiştir. Beslenmenin birden fazla faktörden etkilendiğini ve bu nedenle optimal diyetlerin başarılı bir şekilde desteklenmesini zorlaştırdığını belirtmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların beslenme bilgisini inceleyen çalışmalarda; kız adölesanların erkek adölesanlara göre daha yüksek (Özakgül ve diğerleri, 2016), erkek adölesanların kız adölesanlara göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Karagözoğlu, 2021), yaşı daha genç olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Gaete ve diğerleri, 2021), aile gelir

düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017), kronik bir rahatsızlığa sahip olan adolesanların herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan adölesanlara göre daha yüksek (Yalçın, 2018), babası üniversite mezunu olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Yıldız, 2010) beslenme bilgisine sahip olduğu saptanmıştır.

Pozitif Yaşam Algısı: Pender'e göre pozitif yaşam algısı, kişinin karşılaştığı olumsuz durumları kendi lehine çevirebilmesi için sahip olması gereken bakış açısıdır. Pozitif yaşam algısının, olumlu optimal sağlık ve esenlik durumuna yaklaşma veya bu duruma doğru ilerleme çabalarına odaklandığını belirtmiştir. Bireylerin sağlıklarını belirlemede sosyal, kültürel, çevresel ve dini faktörlerin merkezi bir rol oynadığını dile getirmiştir. Birçok sağlık davranışı için hem "olumlu bir duruma yaklaşmak" hem de "olumsuz bir durumdan kaçınmak" için motivasyon kaynakları olarak hizmet ettiğini vurgulamıştır (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların pozitif yaşam algısını inceleyen çalışmalarda; aile gelir düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Gaete ve diğerleri, 2021), kızların pozitif yaşam algısının erkeklere göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017), hayatının büyük bir bölümünü şehir merkezinde geçiren adölesanların köyde geçirenlere göre daha yüksek, obez olan adölesanların normal kilolu ve fazla kilolu olan adölesanlara göre daha düşük (Karagözoğlu, 2021) düzeyde olduğu saptanmıştır.

Kişilerarası Destek/İlişkiler: Pender, kişilerarası ilişkileri, kişinin başkalarıyla olan davranışlarını, inançlarını veya tutumlarını içeren bilişler olarak tanımlamıştır. Pozitif sağlık davranışları edinilirken, kişilerin iç çatışmaları, etrafındaki rol model kişilerin negatif davranışları veya çevredeki olumsuz etmenlerden dolayı engeller yaşanabileceğini belirtmiştir. Kişi olası engellerin farkındaysa ve bunları yönetmek için planlar formüle ettiyse, başarılı davranış değişikliğinin gerçekleşmesinin daha olası olacağını bildirmiştir. Değişimin önündeki içsel engeller arasında motivasyon eksikliği, yorgunluk, can sıkıntısı, vazgeçme, uygun becerilerin olmaması ve davranışın başarılı bir şekilde değiştirilebileceğine inanmama gibi faktörleri bildirmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların kişilerarası destek ya da ilişkilerini inceleyen çalışmalarda; erkek adölesanların kızlara göre daha yüksek, aile gelir düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Gaete ve diğerleri, 2021), kız

adölesanların erkek adölesanlara göre daha yüksek (Çiçek ve Çetinkaya, 2017; Karagözoğlu, 2021; Özakgül ve diğerleri, 2016), baba eğitim düzeyi yüksek düzeyde olan adölesanların baba eğitim düzeyi düşük düzeyde olan adölesanlara göre daha yüksek (Doğan, 2012; Yıldız, 2010) kişilerarası destek gördüğü saptanmıştır.

Stres Yönetimi: Pender'e göre stres, vücudun herhangi bir talebe karşılık spesifik olmayan tepkisidir. Ayrıca stres, ani ve hızlı değişimle karakterize olan herhangi bir toplumda kaçınılmaz olan insani bir deneyimdir. Vücudun stres faktörlerine tepkisi sonucunda sinir, endokrin ve immünolojik sistemler etkilenmektedir. Stresörler veya stresin nedenleri, "kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan çevresel ve içsel talepler ve bunlar arasındaki çatışmalar" dır. Bazı stresörlerin, stimülasyon ve heyecan yaratan zorluklar olarak görüldüğünü bazı stresörlerin ise belki de istenmeyen, kontrol edilemez veya duygusal olarak rahatsız edici olarak kabul edildikleri için olumsuz olarak görüldüğünü bildirmiştir. Başa çıkma stratejilerinin, bireylere stresi yönetmede yardımcı olduğunu ve çevreye uyum sağlamak veya onu değiştirmek için kullanılan stresörlere karşı öğrenilmiş, amaçlı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlamıştır. Başa çıkma sürecinde duyguları, davranışları ve çevreyi düzenleme yeteneğinin başarılı uyum için kritik öneme sahip olduğunu bildirmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların stres yönetimini inceleyen çalışmalarda; erkek adölesanların kızlara göre daha yüksek (Gaete ve diğerleri, 2021), geniş ailede yaşayan adolesanların çekirdek ailede yaşayanlara olanlara göre daha düşük (Doğan, 2012), ailesinin sosyoekonomik durumu düşük düzeyde olan adölesanların sosyoekonomik durumu yüksek düzeyde olanlara göre daha düşük (Çiçek ve Çetinkaya, 2017) stres yönetimi sergiledikleri saptanmıştır.

Spiritüel sağlık: Pender spiritüel sağlığı; kişinin içsel varlığını tam potansiyeline dönüştürebilme ve yansıtabilme yeteneği olarak tanımlamıştır. Manevi sağlığın değerlendirilmesi, sağlık değerlendirmesine bütünsel bir yaklaşımda kritik öneme sahiptir, çünkü manevi inançların, adölesanın yaşam olayları ve sağlık hakkındaki yorumlarını etkilemektedir. Pender, spiritüalite açısından din ve sağlık konusunun daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulan faktörler olduğunu ve manevi bakımın sunulması ve değerlendirilmesi için daha geniş standartlara ihtiyaç olduğunu bildirmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Adölesanların spiritüel sağlığını inceleyen çalışmalarda; geniş aile yapısına sahip olan adolesanların çekirdek aile yapısına sahip

olanlara göre daha düşük (Doğan, 2012), babası üniversite mezunu olan adölesanların diğerlerine göre daha yüksek (Yıldız, 2010), ailesinin sosyoekonomik durumu düşük düzeyde olan adölesanların sosyoekonomik düzeyleri yüksek düzeyde olanlara göre daha düşük (Çiçek ve Çetinkaya, 2017) spiritüel sağlık düzeylerinin olduğu saptanmıştır.

2.6 Adölesan Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Okullar, belirli davranış kalıpları oluşmadan önce çocuklar ve adölesanlar arasında sağlığı geliştirici davranışları artırmaya yönelik programlar için en iyi ortamlardır. Son 40 yılda okul sağlığı programları, sağlığı iyileştiren ortamlar oluşturmada başarılı olmuştur. Okullarda sağlığı geliştirmeyi amaçlayan programların ilk aşaması, potansiyel sağlık tehditleri ve belirli davranışların riskleri hakkında bilgi sağlamaya yönelik olmalıdır. Program geliştirmenin ikinci aşaması ise öğretmenleri, ebeveynleri ve akranları kapsayacak şekilde olmalıdır. Böylece öğretmenler ve okul sağlığı personeli, sağlıklı davranışlar için normatif beklentiler oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda SYBD için de rol model olurlar (Pender ve diğerleri, 2015).

Okul sağlığı hemşireliğinin tarihi, hemşirelerin toplumdaki insanlara bakma konusundaki ilk çabalarıyla başlamıştır (Wright, 2011). Okul sağlığı hemşiresi, okul ortamında sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ve sağlığın geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir (Board ve diğerleri, 2011; National Association of School Nurses, 2011). NASN, okul sağlığı hemşireliğini öğrencilerin refahını, akademik başarısını, yaşam boyu başarısını ve sağlığını geliştiren özel bir profesyonel hemşirelik uygulaması olarak tanımlamaktadır (Board ve diğerleri, 2011). Okul sağlığı hemşireleri aynı zamanda, okulun sağlık eğitimi programını koordine ederler, okul topluluğundaki personel, aile ve öğrencilere eğitimler sağlamak ve yardımcı olmak için okul yetkililerine danışır, sağlık ve güvenliği geliştirmede liderlik sağlarlar (NASN, 2011). Okul sağlığı hemşireleri çocuklara yalnızca okul binasında değil, aynı zamanda çocukların bulunduğu kreş, anaokulu gibi diğer ortamlarda da bakım sağlar (Nic Philibin ve diğerleri, 2010).

Okul sağlığı hemşireleri için profesyonel kuruluş olan NASN tüm okul sağlığı hemşireleri için yönergeler ve destek sağlamakta olup 2011 yılında okul

sağlığı hemşireleri için mesleki uygulama standartlarını revize etmiştir. Bu standartları tüm okul sağlığı hemşirelerinin analiz, planlama, uygulama ve değerlendirme gibi hemşirelik süreçleri boyunca kullanmasını önermektedir (NASN, 2011). NASN (2011)'e göre okul sağlığı hemşiresinin sahip olması gereken bazı yetkinlikler; uygun güncel hemşirelik bakımını verme ve değerlendirme; sağlık ekibinin diğer üyeleri ve okul personeli ile işbirliği; sağlık kayıtlarının gizliliği ve güvenliği dahil olmak üzere okul sağlık politikalarına uyma; çocuklara, ailelere ve topluluklara sağlığın teşviki ve korunmasını öğretme; okul sağlığı politikaları ve prosedürlerini geliştirme; güncel hemşirelik bilgisine sahip olma; hizmet sunumunda gizliliği koruma; uygulamada araştırma bulgularını kullanma; bakımın diğer okul personeline devredilmesi de dahil olmak üzere çocukların güvenliğini sağlama; mevcut okul sağlığı programını etkili bir şekilde yönetme ve geliştirme; okul idaresine, öğretmenlere, öğrencilere ve ailelerine sağlık hakkında bilgi vermedir.

Türkiye'de Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) tarafından Nisan 2022 yılında Hemşirelik Yönetmeliği'ne dayanan okul sağlığı hemşirelerinin çalışma usul ve esasları hakkında bir yönerge yayınlamıştır. Bu yönerge ile hem okul sağlığı hemşiresinin hem de okul yönetiminin görev ve sorumlulukları ayrıntılı olarak belirtilmiştir (MEB, 2022a; MEB, 2022b). Söz konusu yönergeye göre okul sağlığı hemşirelerinin görevleri aşağıda sunulmuştur;

- Hemşirelik kapsamında okuldaki tüm öğrencilerin senede minimum bir defa ve özel sağlığa ihtiyaç duyan öğrencilerin fizik muayenelerini ihtiyaçlar doğrultusunda yapar ve kayıt altına alır.
- Okuldaki diyabet, çölyak hastalığı ve astım gibi kronik rahatsızlığı bulunan öğrenciler için okulda ihtiyaç duyulan hemşirelik ve bakım hizmetlerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- Öğrencinin ailesine ve öğretmenine sağlık danışmanlığı hizmeti verir ve ailelere yönelik eğitim kursları düzenler.
- Gereken durumlarda acil servise haber vererek sağlık kuruluşuna sevk edilmesi ihtiyacı olan öğrenci ve personel için alınması gereken önlemleri alır, gerektiğinde sağlık kurumundan okula geri gelen öğrenci için doktorun talebi doğrultusunda hemşirelik hizmetlerini planlar ve uygular.

- Salgın dönemlerinde düzenli olarak yapılacak sağlık taramalarına katılır ve gerekli çalışmaları MEB ve SB tarafından hazırlanan kılavuzlara göre yürütür.
- Okullarda bulunan içme suyu ve kullanım alanları, sanitasyon, atık yönetimi gibi konuları değerlendirir ve öğrencilere sağlıklı yaşam biçimleri konusunda eğitimler verir. Ek olarak okul hemşireleri okulda bulunan gıda işletmelerinde görevli olan temizlikten sorumlu elemanların hizmet sunumuna ilişkin rehberlik, denetim ve eğitim yapar.
- Öğrencilere sağlıklı yaşam davranışları kazandırmak amacıyla sağlık eğitimi; genel sağlık, yaralanma ve hastalıktan korunma, ilk yardım, madde bağımlılığı, gelişimsel özel zihinsel ve fiziksel sağlık, uyku, beslenme, fiziksel aktivite, sosyal beceriler, olumlu zihinsel sağlığın teşviki vb. faaliyetleri yıllık çalışma planında yer alır, verilen eğitimleri yürütür ve kayıt altına alır.
- Okulda yapılması planlanan ruh sağlığı çalışmalarını; maddenin kötüye kullanımı, depresyon, yeme içme anksiyete ve dikkat bozukluğu, asosyal davranış gibi durumlar söz konusu oluğunda problem tespit edilen öğrenciyi okulda bulunan rehber öğretmene yönlendirir, öğretmen, okul ve rehber öğretmen arasındaki işbirliğini geliştirir ve gerekli olan durumlarda sağlık tavsiyesi vererek danışmanlık görevini yürütür.
- Okulda öğrencilerin sağlığını korumak adına alınması gereken önlemleri okul sağlığı ekibine yer alan diğer personel ve sağlık kurumuyla irtibat içerisinde planlar ve yürütür.

Okul sağlığı hemşiresi, okul yöneticilerine, öğretmenlere ve veli-öğretmen gruplarına sağlık bilgilerini en iyi sağlayabilecek kişidir. Danışman olarak okul sağlığı hemşiresi, okul ortamında önerilen değişiklikler ve bunların çocukların sağlığı üzerindeki etkileri hakkında profesyonel bilgi sağlayabilir. Bu durum, okul sağlığı hemşiresi için nüfus düzeyinde bir roldür; nüfus tüm çocuklardan, ailelerden, personelden ve çevredeki topluluktan oluşur (Turner, 2016).

Okul sağlığı hemşireliği, hemşirenin bağımsız olarak uygulama yapabilmesini, öğrencileri denetleyebilmesini ve bir toplulukta bakımı devredebilmesini gerektirir (Board ve diğerleri, 2011; Sheets ve diğerleri, 2012). NASN, okul sağlığı hemşirelerinin, hemşirelik alanında lisans derecesine ve okul

hemşireliği alanında özel bir sertifikaya sahip olan kayıtlı hemşireler olmasını önerir (Board ve diğerleri, 2011; NASN, 2011; Sheets ve diğerleri, 2012). Okul sağlığı hemşireleri çocuklara doğrudan bakıcı, eğitimci, danışman, danışman ve vaka yöneticisi olarak bakım verir (Turner, 2016).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (2019), okullarda öğrencilerin kişisel sağlığını, aile ve toplum sağlığını geliştirmek için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerini sağlama hedefine ulaşmak için geliştirilecek programlarda verilecek olan eğitimlere yönelik 8 standart belirlemiştir. Bu standartlar aşağıda sunulmuştur;

- Öğrenciler, sağlığı geliştirmek için sağlığın "teşviki ve geliştirilmesi" ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili bilgiler öğrenmelidirler.
- Öğrenciler, aile ve akranlar; "kültür, medya, teknoloji ve diğer faktörlerin sağlık davranışları üzerindeki etkisini" çözümleyecek edecek seviyeye getirilmelidir.
- Öğrenciler, sağlığı geliştirmek için geçerli bilgilere, ürünlere ve hizmetlere erişme yeteneğini edinmelidir.
- Öğrenciler, sağlığı geliştirmek ve sağlık risklerini önlemek veya azaltmak için kişilerarası iletişim yeteneklerini kullanma yetisi kazanmalıdır.
- Öğrenciler, "sağlığı geliştirmek için karar verme becerilerini kullanma becerisini" kazanmalıdır.
- Öğrenciler, "sağlığı geliştirmek için hedef belirleme becerilerini kullanma becerisini" edinmelidir.
- Öğrenciler, "sağlığı geliştirici davranışları uygulama ve sağlık risklerini önleme veya azaltma becerisini" edinmelidir.
- Öğrenciler, kişisel, aile ve toplum sağlığını savunma becerisini edinmelidir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

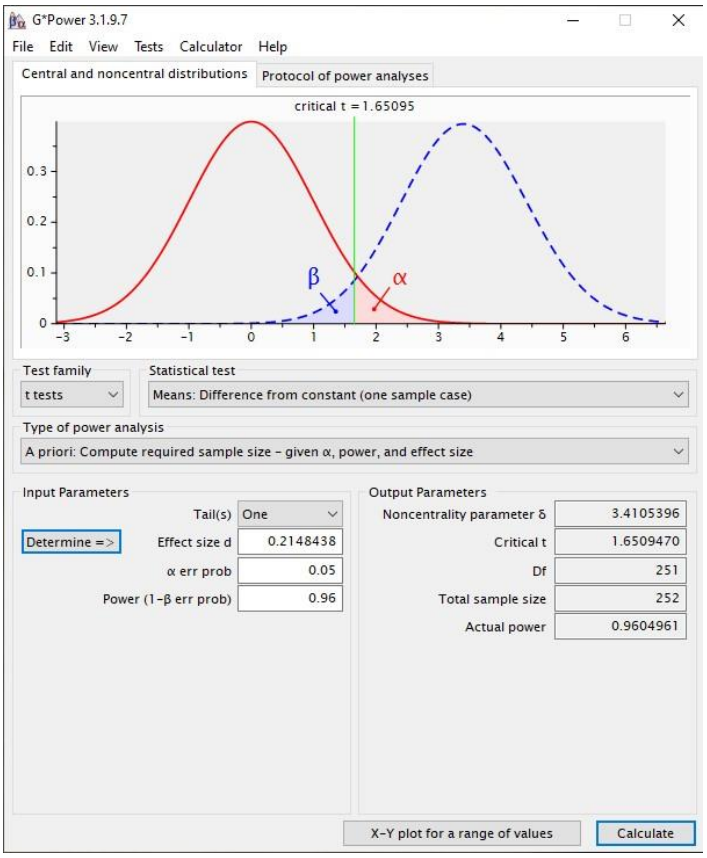
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, 10.01.2021-01.04.2022 tarihleri arasında Ankara İli, Keçiören ilçesinde yer alan MEB'e bağlı "Keçiören Vatansever Şehit Tümgeneral Aydoğan Aydın Fen Lisesi'nde" yürütülmüştür. Okulun yer aldığı bölge, birbirinden farklı sosyo-ekonomik özelliklere sahip insanların yaşadığı bir bölgedir. Okul fen lisesi olduğu için sınavla öğrenci alımı yapmaktadır. Bu nedenle okulda ülkenin farklı yerleşim yerlerinden gelen öğrenciler eğitim görmekteler. Okulda 28 derslik, 45 öğretmen, 754 öğrenci, 7 adet atölye, 3 adet çok amaçlı salon, 3 adet laboratuvar, birer adet resim, müzik ve bilişim teknolojileri sınıfı, 1 adet revir, 1 adet kütüphane, 4 adet yemekhane ve okulun kendine ait pansiyonu bulunmaktadır.

3.3 Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara'nın Keçiören ilçesinde bulunan "Keçiören Vatansever Şehit Tümgeneral Aydoğan Aydın Fen Lisesi'nde", 2021-2022 eğitim ve öğretim yılında öğrenim gören 754 öğrenci oluşturmuştur. Örneklemin seçiminde olasılık temelli örnekleme yöntemlerinden biri olarak kabul edilen basit seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmış olup örneklem hesabında $n=N \times t^2 \times p \times q / d^2 (N-1) + t^2 \times p \times q$ formülü kullanılmıştır'' (Karasar, 2014). Basit seçkisiz örnekleme formülüne göre %95 güven aralığı ve 0.05 hata payına sahip olmak üzere araştırma verileri formülde yerine konulduğunda hesaplamalar sonucuna göre 754 kişilik olan evreni temsil edebilmek için en az 255 kişilik örnekleme ulaşılması gerektiği sonucu elde edilmiştir.

Çalışmanın gücü "G Power 3.1.9.7" programı kullanılarak hesaplanmış olup analiz sonucuna göre ulaşılması gereken 252 kişi, α = 0,05 düzeyinde, etki büyüklüğü 0,214 ve çalışmanın gücü de 0,96 olarak hesaplanmıştır. Yapılan güç testi kabul edilebilir düzeydedir (Bkz. Şekil 1).



Şekil 3.1: Güç analizi

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri; araştırmanın yürütüldüğü lisede öğrenci olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, Türkçe okur-yazar olmak, 14-18 yaş aralığında olmak, veri toplama araçlarının uygulandığı gün okulda bulunmak, veli onam formunun ebeveynleri tarafından onanmış olmasıdır. *Araştırmadan dışlanma ölçütleri*; veri toplama araçlarını tam doldurmamak ve araştırmadan ayrılmayı istemektir.

Araşırmanın bağımlı değişkeni; adölesan yaşam biçimi davranışlarıdır. *Bağımsız değişkenleri* ise Sosyodemografik Özellikler Soru Formu'nda yer alan değişkenlerdir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Öğrencilerden veri toplamak amacıyla Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu ve Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Adölesanların akademik başarısı ile kronik hastalık varlığına ilişkin bilgi öğrencilerin kendi bildirimlerine dayalı olarak edinilmiştir.

3.4.1 Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen formda (Bkz. Ek 1) adölesanların tanıtıcı özelliklerini içeren; yaş, cinsiyet, aile tipi, aile eğitimi, sağlık sigortası varlığı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler, ailenin sosyo-ekonomik durumu, algılanan sağlık durumu, kronik hastalık varlığı, boy ve kilo değerleri gibi 17 adet soru yer almaktadır. Araştırmaya katılan adölesanların BKI değerleri ağırlık boyun karesine (kg/m2) bölünerek hesaplanmıştır. Sınıflandırma yapılırken DSÖ'nün BKİ sınıflandırması referans alınmıştır (DSÖ, 2021).

3.4.2 Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

AYBÖ, SGM temel alınarak Pender tarafından geliştirilen SYBD Ölçeği II'nin adölesanlar için geliştirilmiş versiyonudur. Hendricks ve arkadaşları (2006) erken, orta ve geç adölesanların SYBD'sini belirlemek üzere ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Hendricks ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen ölçek 7 alt boyuttan oluşmaktadır; sağlık sorumluluğu (7 madde), fiziksel aktivite (6 madde), beslenme (7 madde), pozitif yaşam algısı (6 madde), kişilerarası ilişkiler (6 madde), stres yönetimi (6 madde), spiritüel sağlık (altı madde) olmak üzere 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçek her bir madde için 4'lü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. 'Asla' için 1, 'Bazen' için 2, "Sık sık" için 3 ve 'Her Zaman' için 4 puan verilir. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, ölçeğin tüm maddeleri olumludur, ölçekten minimum 44 maksimum 176 puan alınabilirken puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artmaktadır (Hendricks ve arkadaşları, 2006).

Ardıç ve Esin (2015) ölçeğin Türkçe uyarlamasını 14-18 yaş grubundaki adölesanlarda yapmıştır. Yapılan madde analizleri sonucuna göre orijinal ölçekte bulunan 4 madde ölçekten çıkarılmış ve ölçek 40 maddeye indirilmiştir. Ölçek, toplam 40 maddeden ve birbirinden bağımsız kullanılabilen yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlıktır. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve kendi sağlığına hangi düzeyde katıldığını değerlendiren alt boyutudur ve beş maddeden (3, 8, 14, 22 ve 31. maddeler) oluşmaktadır. Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitelerin birey tarafından hangi düzeyde uygulandığını değerlendiren alt boyutudur ve altı maddeden (2, 4, 16, 27, 30 ve 37 maddeler) oluşmaktadır.

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme ve yiyecek seçimindeki tercihlerini değerlendiren alt boyutudur ve altı maddeden (7, 10, 13, 21, 24 ve 39 maddeler) oluşmaktadır. Pozitif yaşam algısı; bireyin hayata olumlu bakışını, umut, umutsuzluk gibi kavramları değerlendiren alt boyutudur ve sekiz maddeden (15, 18, 23, 26, 28, 32, 35 ve 36. maddeler) oluşmaktadır. Kişiler arası ilişkiler bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini değerlendiren alt boyutudur ve beş maddeden (6, 12, 19, 34 ve 40. maddeler) oluşmaktadır. Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını ve stresle baş etme düzeyini değerlendiren alt boyutudur ve beş maddeden (1, 5, 11, 17 ve 25. maddeler) oluşmaktadır. Spiritüel sağlık; bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendiren alt boyutudur ve altı maddeden (9, 20, 29, 33 ve 38. maddeler) oluşmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçek her bir madde için 4'lü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. ‘Asla’ için 1, ‘Bazen’ için 2, "Sık sık" için 3 ve ‘Her Zaman’ için 4 puan verilir. Ölçekten elde edilen maksimum puan 160, minimum puan ise 40’dır. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artmaktadır (Ardıç ve Esin, 2015) (Bkz. Ek 2).

AYBÖ ve alt boyutları için ölçek geliştirme çalışması (Hendricks ve arkadaşları, 2006), Türkçe uyarlama çalışması (Ardıç ve Esin, 2015) ve mevcut çalışmaya dair güvenirlik bulguları Tablo 3.1’de sunulmuştur. Güvenirlik testi sonucu AYBÖ için Cronbach’s Alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplanmış olup alt boyutlar için bu değer 0,462-0,78 aralığında değişmektedir. Gürbüz ve Şahin (2018)’e göre 0,5-0,6 zayıf, 0,6-0,7 kabul edilebilir, 0,7-0,9 iyi ve 0,9’dan büyük değerler yüksek düzeyde güvenilir olarak değerlendirilmiş olup (Gürbüz ve Şahin, 2018) AYBÖ’nün güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 3.1: AYBÖ ve alt boyutların güvenilirliği

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha Katsayısı		
	Geliştirme Çalışması	Uyarlama Çalışması	Mevcut Çalışma
AYBÖ	0,93	0,87	0,883
Sağlık sorumluluğu	0,82	0,72	0,668
Fiziksel aktivite	0,77	0,80	0,757
Beslenme	0,65	0,65	0,600
Pozitif yaşam algısı	0,81	0,81	0,781
Kişilerarası ilişkiler	0,77	0,65	0,610
Stres yönetimi	0,66	0,61	0,462
Spiritüel sağlık	0,82	0,70	0,587

3.5 Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik izin (Bkz. Ek 3), Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden araştırma izni (Bkz. Ek 4) alınmış olup izin alınırken MEB araştırma izni başvuru taahhütnamesi (Bkz. Ek 5) ve Araştırma Ayrıntılı Bilgilendirme Formu (Bkz. Ek 6) MEB'e gönderilmiştir. Adölesanların velileri tarafından gönüllülük esasına göre Veli Onam Formu (Bkz. Ek 7) doldurulmuştur. Araştırmada kullanılan Türkçe AYBÖ için yazardan e-posta aracılığıyla kullanım izni (Bkz. Ek 8) alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma izinleri alındıktan sonra okul yönetimi ile görüşülüp çalışmanın izinleri kendilerine verilip çalışmayla ilgili detaylı bilgi verilmiştir. Çalışmanın nasıl ve hangi tarihlerde yapılacağı okul yönetimiyle birlikte planlanmıştır. Veriler öğrencilerin bulundukları sınıflardan toplanmıştır. Adölesanların çalışmaya katılım ve tamamlama süresi ortalama 25-30 dakika arasında sürmüştür. Çalışmaya katılan katılımcılara çalışmayla ilgili detaylı bilgi verilip katılımın gönüllülük esasına dayandığı anlatılmış olup dağıtılan form ve ölçeklerde gönüllülük esası belirtilmiştir. Katılımcılara çalışmanın herhangi bir evresinde vazgeçebilecekleri, çalışmadan ayrılabilecekleri belirtilip isim, soy isim ve okul numarası gibi kişisel bilgilerini yazmamaları söylenmiştir. Adölesanların çalışmayla ilgili tüm soruları yanıtlanmıştır. Sosyodemografik özellikler bilgi formunda yer alan sigara ve alkol

kullanma durumuna yönelik sorular MEB tarafından öğrencilere sorulması uygun görülmediği için formdan çıkarılmıştır.

3.7 Veri Analizi

Araştırma verileri SPSS 23 paket programına işlenmiş ve analiz edilmiştir. Veri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır. Kullanılan verinin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Tablo 3.2'de görüldüğü gibi yapılan normallik testlerinde dikkat edilmesi gereken değer çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerleridir. Bu değerlerin -1 ile +1 arasında olmaları durumunda verilerin normal dağıldığını gösterdiği kabul edilir (Hair ve diğerleri, 2013). Araştırma verisine dair normallik analizi sonucunda çarpıklık değeri 0,065 ve basıklık değeri 0,515 olarak bulunmuş ve normallik varsayımının kabul edildiği görülmüştür.

Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik testlerden iki grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t testi ve ikiden fazla grupların karşılaştırılması için ANOVA testleri uygulanmıştır. İkiden fazla grupların karşılaştırılması sonucu anlamlı farkın kaynağı Post-Hoc testlerinden Tukey HSD ile belirlenmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık (p) değeri 0,05 olarak alınmış olup uygulanan testler sonuçlarında $p<0,05$ olduğunda farklılık istatistiksel anlamda anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3.2: Normallik testi

		İstatistik	Hata
AYBÖ	Ortalama	2,6421	0,02334
	Standart Hata	0,38137	
	Minimum	1,60	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	0,065	0,149
	Basıklık	0,515	0,297
Sağlık Sorumluluğu	Ortalama	2,0742	0,03588
	Standart Hata	0,58635	
	Minimum	1,00	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	0,451	0,149
	Basıklık	-0,252	0,297
Fiziksel Aktivite	Ortalama	2,4526	0,03944
	Standart Hata	0,64439	
	Minimum	1,00	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	0,149	0,149
	Basıklık	-0,410	0,297
Beslenme	Ortalama	2,5300	0,03314
	Standart Hata	0,54145	
	Minimum	1,17	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	0,089	0,149
	Basıklık	-0,225	0,297
Pozitif Yaşam	Ortalama	2,8151	0,03450
	Standart Hata	0,56376	
	Minimum	1,25	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	-0,360	0,149
	Basıklık	0,048	0,297
Kişilerarası İlişkiler	Ortalama	3,0427	0,03149
	Standart Hata	0,51457	
	Minimum	1,60	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	-0,181	0,149
	Basıklık	-0,249	0,297
Stres Yönetimi	Ortalama	2,8622	0,02982
	Standart Hata	0,48731	
	Minimum	1,60	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	-0,099	0,149
	Basıklık	0,001	0,297
Spiritüel Sağlık	Ortalama	2,6749	0,03323
	Standart Hata	0,54297	
	Minimum	1,00	
	Maksimum	4,00	
	Çarpıklık	-0,226	0,149
	Basıklık	0,173	0,297

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubuna Ait Tanıtıcı Özellikler

Adölesanların sosyodemografik özellikleri ile ilişkili bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur. Adölesanların %50,6'sı kız, %67,4'ünün BKİ değeri normal aralıktadır. Adölesanların %4,1'i parçalanmış ailede yaşadıklarını belirtmiştir. Adölesanların %35,6'sının annesi üniversite mezunu, %40,4'ünün babası üniversite mezunudur. Adölesanların %41,9'u ekonomik durumunu iyi algılamaktadır. Adölesanların %70'i aile ilişkilerinin iyi, %77,5'i arkadaş ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmiştir. Adölesanların %6,7'sinin kronik hastalığı mevcut olup mevcut sağlık durumunu iyi algılayan adolesanlar %76'dır. Adölesanların %3,4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Tablo 4.1: Araştırma grubunun tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n= 267)

Cinsiyet	Sıklık	%
Erkek	132	49,4
Kız	135	50,6
Yaş	Sıklık	%
14	48	18,0
15	73	27,3
16	92	34,5
17	54	20,2
BKİ	Sıklık	%
Zayıf	54	20,2
Normal	180	67,4
Fazla Kilolu	28	10,5
Obez (Derece 1)	4	1,5
Obez (Derece 2)	1	0,4
Obez (Derece 3)	0	0,0
Doğum Yeri	Sıklık	%
Köy	21	7,9
İlçe	37	13,9
İl	53	19,9
Büyükşehir	156	58,4
Toplam	267	100,0

Tablo 4.1 (Devam): Araştırma grubunun tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n= 267)

Okul Başarısı Algısı	Sıklık	%
İyi	135	50,6
Kötü	14	5,2
Orta	118	44,2
Çalışma Durumu	Sıklık	%
Çalışıyor	14	5,2
Çalışmıyor	253	94,8
Son 5 Yılda Yaşanılan Yer	Sıklık	%
Köy	7	2,6
İlçe	35	13,1
İl	21	7,9
Büyükşehir	204	76,4
Aile Tipi	Sıklık	%
Çekirdek Aile	232	86,9
Geniş Aile	24	9,0
Parçalanmış Aile	11	4,1
Anne Eğitim Düzeyi	Sıklık	%
İlkokul	31	11,6
Ortaokul	42	15,7
Lise	81	30,3
Üniversite	95	35,6
Yüksek Lisans ve Üzeri	18	6,7
Baba Eğitim Düzeyi	Sıklık	%
İlkokul	14	5,2
Ortaokul	23	8,6
Lise	85	31,8
Üniversite	108	40,4
Yüksek Lisans ve Üzeri	37	13,9
Ekonomik Durum Algısı	Sıklık	%
İyi	112	41,9
Kötü	11	4,1
Orta	144	53,9
Aile İlişkisi	Sıklık	%
İyi	187	70,0
Kötü	14	5,2
Orta	66	24,7
Arkadaş İlişkisi	Sıklık	%
İyi	207	77,5
Kötü	5	1,9
Orta	55	20,6
Kronik Hastalık Varlığı	Sıklık	%
Var	18	6,7
Yok	249	93,3
Toplam	267	100,0

Tablo 4.1 (Devam): Araştırma grubunun tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n= 267)

Mevcut Sağlık Durumu Algısı	Sıklık	%
İyi	203	76,0
Kötü	4	1,5
Orta	60	22,5
Sosyal Güvence Varlığı	Sıklık	%
Bağkur	24	9,0
Özel Sağlık Sigortası	19	7,1
SGK	196	73,4
Yok	9	3,4
Diğer	19	7,1
Toplam	267	100,0

4.2. Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanlar ve İlişkili Değişkenler

Tablo 4.2'de AYBÖ ve alt boyutların puan ortalamaları ile madde puan ortalamaları verilmiştir. AYBÖ için madde puan ortalaması 2,64±0,38 iken en yüksek madde puan ortalamasına sahip alt boyut kişilerarası ilişkiler (3,04±0,51), en düşük madde puan ortalamasına sahip alt boyut sağlık sorumluluğudur (2,07±0,58).

Tablo 4.2: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile madde puan ortalamaları

	Alınabilecek Min-Max Puan	**Ortalama**	**Madde Puan Ortalaması**
AYBÖ	40-160	105,68±15,25	2,64±0,38
Sağlık sorumluluğu	5-20	10,37±2,93	2,07±0,58
Fiziksel aktivite	6-24	14,71±3,86	2,45±0,64
Beslenme	7-24	15,17±3,24	2,53±0,54
Pozitif yaşam algısı	10-32	22,52±4,51	2,81±0,56
Kişilerarası ilişkiler	8-20	15,21±2,57	3,04±0,51
Stres yönetimi	8-20	14,31±2,43	2,86±0,48
Spiritüel sağlık	5-20	13,37±2,71	2,67±0,54

Tablo 4.3'te AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki özetlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, adölesanların cinsiyetlerine göre AYBÖ toplam puanı, alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). Fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında ise cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, fiziksel aktivite alt boyutu için erkek adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, beslenme alt boyutu için erkek adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu için kız adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksektir.

Tablo 4.3: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki

	Cinsiyet	N	Ortalama	S	T	sd	p
AYBÖ	Erkek	132	106,8485	16,23561	1,233	265	0,219
	Kız	135	104,5481	14,19939			
Sağlık Sorumluluğu	Erkek	132	10,1818	3,05376	-1,042	265	0,299
	Kız	135	10,5556	2,80635			
Fiziksel Aktivite	Erkek	132	15,7955	4,01284	4,688	265	**0,000**
	Kız	135	13,6593	3,41455			
Beslenme	Erkek	132	15,5909	3,29690	2,057	265	**0,041**
	Kız	135	14,7778	3,16149			
Pozitif Yaşam Algısı	Erkek	132	22,6136	4,54435	0,333	265	0,740
	Kız	135	22,4296	4,49135			
Kişilerarası İlişkiler	Erkek	132	14,6667	2,75367	-3,506	265	**0,001**
	Kız	135	15,7481	2,26827			
Stres Yönetimi	Erkek	132	14,4924	2,63996	1,205	265	0,229
	Kız	135	14,1333	2,21528			
Spiritüel Sağlık	Erkek	132	13,5076	2,85929	0,791	265	0,430
	Kız	135	13,2444	2,56982			

Tablo 4.4'te AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların yaşlarına göre fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). AYBÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında ise yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; AYBÖ için anlamlı olan seçenekler 15 ve 17 yaşındakilerdir. Bu yaşlardaki katılımcılar arasında 17 yaşında olanların aldıkları toplam puanın 15 yaşında olanların aldıkları toplam puandan daha yüksektir. Sağlık sorumluluğu alt boyutu için anlamlı olan seçenekler 15, 16 ve 17 yaşındakilerdir. Bu yaşlardaki

katılımcılar arasında 17 yaşında olanların aldıkları toplam puanın diğer yaş grubundakilerden daha yüksektir.

Tablo 4.4: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki

	Yaş	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	14	48	107,3958	15,14152	2,875	**0,037**	15-17
	15	73	102,3699	16,94559			
	16	92	104,9348	16,19850			
	17	54	109,9259	9,32404			
Sağlık Sorumluluğu	14	48	10,8125	3,02230	12,227	**0,000**	15-16-17
	15	73	9,5342	2,66188			
	16	92	9,7283	2,76995			
	17	54	12,2037	2,63775			
Fiziksel Aktivite	14	48	14,5417	3,75844	1,414	0,239	
	15	73	14,2466	4,34543			
	16	92	14,6413	4,02351			
	17	54	15,6296	2,80361			
Beslenme	14	48	15,1875	3,46199	0,875	0,454	
	15	73	15,0274	3,39515			
	16	92	14,9348	3,14766			
	17	54	15,7963	3,02430			
Pozitif Yaşam Algısı	14	48	23,0000	4,58490	2,531	0,058	
	15	73	21,3973	4,90957			
	16	92	22,6087	4,65976			
	17	54	23,4630	3,24888			
Kişilerarası İlişkiler	14	48	15,4167	2,35953	0,525	0,666	
	15	73	14,9726	2,60327			
	16	92	15,3913	2,87833			
	17	54	15,0556	2,15806			
Stres Yönetimi	14	48	14,7500	2,13880	1,130	0,337	
	15	73	13,9589	2,59507			
	16	92	14,4239	2,66534			
	17	54	14,2037	2,00358			
Spiritüel Sağlık	14	48	13,6875	2,40705	0,491	0,689	
	15	73	13,2329	3,06196			
	16	92	13,2065	2,92597			
	17	54	13,5741	2,05217			

Tablo 4.5'te AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile BKİ arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların

BKİ'lerine göre AYBÖ toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.5: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile BKİ arasındaki ilişki

	BKİ	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	Zayıf	54	108,2963	18,54279	1,685	0,154	
	Normal	180	105,5722	14,22329			
	Fazla Kilolu	28	100,1071	13,55466			
	Obez (Derece 1)	4	114,5000	17,82321			
	Obez (Derece 2)	1	106,0000	.			
Sağlık Sorumluluğu	Zayıf	54	10,6111	3,31046	1,048	0,383	
	Normal	180	10,4167	2,84197			
	Fazla Kilolu	28	9,4643	2,78198			
	Obez (Derece 1)	4	11,7500	2,21736			
	Obez (Derece 2)	1	9,0000	.			
Fiziksel Aktivite	Zayıf	54	15,1111	3,98898	1,556	0,186	
	Normal	180	14,8778	3,76348			
	Fazla Kilolu	28	13,1071	3,86187			
	Obez (Derece 1)	4	13,7500	5,85235			
	Obez (Derece 2)	1	13,0000	.			
Beslenme	Zayıf	54	15,3889	3,90653	1,145	0,336	
	Normal	180	15,1556	3,01360			
	Fazla Kilolu	28	14,6071	3,34818			
	Obez (Derece 1)	4	16,0000	2,70801			
	Obez (Derece 2)	1	21,0000	.			
Pozitif Yaşam Algısı	Zayıf	54	22,8333	4,71749	0,995	0,411	
	Normal	180	22,5111	4,37551			
	Fazla Kilolu	28	21,6429	5,00529			
	Obez (Derece 1)	4	25,7500	3,94757			
	Obez (Derece 2)	1	19,0000	.			
Kişilerarası İlişkiler	Zayıf	54	15,4630	2,63298	0,968	0,426	
	Normal	180	15,1722	2,58667			
	Fazla Kilolu	28	14,8214	2,31026			
	Obez (Derece 1)	4	17,0000	2,94392			
	Obez (Derece 2)	1	13,0000	.			
Stres Yönetimi	Zayıf	54	14,9630	2,35495	1,424	0,226	
	Normal	180	14,1667	2,42773			
	Fazla Kilolu	28	13,8929	2,51425			
	Obez (Derece 1)	4	15,0000	2,94392			
	Obez (Derece 2)	1	14,0000	.			
Spiritüel Sağlık	Zayıf	54	13,9259	2,82744	2,195	0,070	
	Normal	180	13,2722	2,58667			
	Fazla Kilolu	28	12,5714	3,15558			
	Obez (Derece 1)	4	15,2500	1,50000			
	Obez (Derece 2)	1	17,0000	.			

Tablo 4.6'da AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile okul başarısı arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların okul başarılarına göre fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). AYBÖ toplam puanı ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, beslenme ve pozitif yaşam algısı alt boyut puanları arasında ise okul başarılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; AYBÖ toplam puanı için anlamlı olan seçenekler iyi, kötü ve orta seçeneklerinden okul başarısının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puanı daha yüksek, sağlık sorumluluğu alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden okul başarısının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puanın daha yüksek, beslenme alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden okul başarısının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puanın daha yüksek, pozitif yaşam algısı alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi, kötü ve orta seçeneklerinden okul başarısının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puanın daha yüksektir.

Tablo 4.6: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile okul başarısı arasındaki ilişki

	Okul Başarısı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	İyi	135	109,8889	14,24868	11,278	**0,000**	İyi-Kötü-Orta
	Kötü	14	99,6429	23,71824			
	Orta	118	101,5932	13,87073			
Sağlık Sorumluluğu	İyi	135	11,0000	2,62593	6,559	**0,002**	İyi-Orta
	Kötü	14	9,6429	4,23551			
	Orta	118	9,7373	2,95386			
Fiziksel Aktivite	İyi	135	15,2593	3,95867	2,741	0,066	
	Kötü	14	14,0714	3,95094			
	Orta	118	14,1695	3,68945			
Beslenme	İyi	135	16,1407	3,02024	13,027	**0,000**	İyi-Orta
	Kötü	14	14,2143	3,96482			
	Orta	118	14,1949	3,10571			
Pozitif Yaşam Algısı	İyi	135	23,6667	4,24967	10,450	**0,000**	İyi-Kötü-Orta
	Kötü	14	19,7857	6,45909			
	Orta	118	21,5339	4,18725			
Kişilerarası İlişkiler	İyi	135	15,5259	2,70387	2,379	0,095	
	Kötü	14	14,3571	3,38792			
	Orta	118	14,9576	2,26604			

Tablo 4.6 (Devam): AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile okul başarısı arasındaki ilişki

Stres Yönetimi	İyi	135	14,6074	2,52775	2,063	0,129
	Kötü	14	14,1429	3,73872		
	Orta	118	13,9915	2,10208		
Spiritüel Sağlık	İyi	135	13,6889	2,68625	1,995	0,138
	Kötü	14	13,4286	3,73578		
	Orta	118	13,0085	2,58694		

Tablo 4.7'de AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile aile tipi arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların aile tipine göre beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). AYBÖ, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında ise aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; AYBÖ toplam puanı için anlamlı olan seçenekler çekirdek aile ve geniş aile seçeneklerinden geniş ailede yaşayan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksektir. Sağlık sorumluluğu alt boyutu için anlamlı olan seçenekler çekirdek aile, geniş aile ve parçalanmış aile seçeneklerinden geniş ailede yaşayan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, fiziksel aktivite alt boyutu için anlamlı olan seçenekler çekirdek aile ve geniş aile seçeneklerinden geniş ailede yaşayan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksektir.

Tablo 4.7: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile aile tipi arasındaki ilişki

	Aile Tipi	**N**	**Ortalama**	**S**	**F**	**p**	**Post Hoc (Tukey)**
AYBÖ	Çekirdek Aile	232	104,9095	15,59125	3,308	**0,038**	Çekirdek Aile-Geniş Aile
	Geniş Aile	24	113,2500	8,67405			
	Parçalanmış Aile	11	105,5455	15,82633			
Sağlık Sorumluluğu	Çekirdek Aile	232	10,1250	2,76604	13,411	**0,000**	Çekirdek Aile-Geniş Aile-Parçalanmış Aile
	Geniş Aile	24	13,1667	2,38959			
	Parçalanmış Aile	11	9,4545	4,20389			

Tablo 4.7 (Devam): AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile aile tipi arasındaki ilişki

Fiziksel Aktivite	Çekirdek Aile	232	14,4871	3,98263	3,275	**0,039**	Çekirdek Aile-Geniş Aile
	Geniş Aile	24	16,4583	2,51913			
	Parçalanmış Aile	11	15,7273	2,64919			
Beslenme	Çekirdek Aile	232	15,0431	3,29999	1,580	0,208	
	Geniş Aile	24	16,0417	2,52774			
	Parçalanmış Aile	11	16,1818	3,34120			
Pozitif Yaşam Algısı	Çekirdek Aile	232	22,4612	4,63455	1,102	0,334	
	Geniş Aile	24	23,6250	3,41114			
	Parçalanmış Aile	11	21,3636	3,69521			
Kişilerarası İlişkiler	Çekirdek Aile	232	15,2672	2,64447	0,799	0,451	
	Geniş Aile	24	15,1250	1,48361			
	Parçalanmış Aile	11	14,2727	2,90141			
Stres Yönetimi	Çekirdek Aile	232	14,2672	2,48060	0,286	0,751	
	Geniş Aile	24	14,6250	1,95187			
	Parçalanmış Aile	11	14,5455	2,58316			
Spiritüel Sağlık	Çekirdek Aile	232	13,2586	2,70520	1,643	0,195	
	Geniş Aile	24	14,2083	2,04257			
	Parçalanmış Aile	11	14,0000	3,87298			

Tablo 4.8'de AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların anne eğitim düzeyine göre AYBÖ toplam puanı, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında ise anne eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; sağlık sorumluluğu alt boyutu için anlamlı olan seçenekler ortaokul, lise ve üniversite seçenekleridir. Anne eğitim düzeyi ortaokul olan adölesanların toplam puanı diğerlerinden yüksektir.

Tablo 4.8: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki

	Anne Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	İlkokul	31	104,0645	13,60131	0,877	0,478	
	Ortaokul	42	109,4524	11,12282			
	Lise	81	104,9012	17,94548			
	Üniversite	95	105,6421	14,48397			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	103,4444	17,11285			
Sağlık Sorumluluğu	İlkokul	31	10,2581	3,20383	4,762	**0,001**	Ortaokul-lise-üniversite
	Ortaokul	42	12,0476	2,99554			
	Lise	81	10,3210	3,10575			
	Üniversite	95	9,7684	2,37206			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	10,0556	3,01900			
Fiziksel Aktivite	İlkokul	31	13,7742	3,22190	1,780	0,133	
	Ortaokul	42	15,2143	3,18178			
	Lise	81	14,0741	4,39539			
	Üniversite	95	15,3053	3,75606			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	14,9444	4,00694			
Beslenme	İlkokul	31	14,5806	2,97517	1,615	0,171	
	Ortaokul	42	16,2857	2,49180			
	Lise	81	14,9506	3,90161			
	Üniversite	95	15,1053	3,00168			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	15,0556	3,01900			
Pozitif Yaşam Algısı	İlkokul	31	23,0000	3,76829	0,448	0,774	
	Ortaokul	42	23,0476	3,24565			
	Lise	81	22,4691	5,44308			
	Üniversite	95	22,3474	4,20680			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	21,6111	5,32628			
Kişilerarası İlişkiler	İlkokul	31	15,4194	2,57907	1,466	0,213	
	Ortaokul	42	14,5000	2,00305			
	Lise	81	15,4938	2,53537			
	Üniversite	95	15,3474	2,58789			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	14,5556	3,55167			
Stres Yönetimi	İlkokul	31	14,0323	1,97457	0,395	0,812	
	Ortaokul	42	14,4048	2,11913			
	Lise	81	14,2840	2,54575			
	Üniversite	95	14,4737	2,49613			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	13,8333	3,11070			
Spiritüel Sağlık	İlkokul	31	13,0000	2,81662	0,652	0,626	
	Ortaokul	42	13,9524	2,74041			
	Lise	81	13,3086	2,51814			
	Üniversite	95	13,2947	2,68119			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	18	13,3889	3,53368			

Tablo 4.9'da AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında babalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.9: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki

	Baba Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	İlkokul	14	107,7857	15,27783	0,315	0,868	
	Ortaokul	23	106,0435	13,32625			
	Lise	85	106,7059	13,86399			
	Üniversite	108	105,1204	16,21164			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	103,9730	16,99426			
Sağlık Sorumluluğu	İlkokul	14	10,3571	3,17701	2,321	0,057	
	Ortaokul	23	10,8261	3,25649			
	Lise	85	11,0588	3,12194			
	Üniversite	108	9,9352	2,71814			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	9,7838	2,55098			
Fiziksel Aktivite	İlkokul	14	14,4286	3,91672	0,109	0,979	
	Ortaokul	23	14,6522	3,48515			
	Lise	85	14,6471	3,31557			
	Üniversite	108	14,6944	4,13433			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	15,0811	4,56666			
Beslenme	İlkokul	14	15,7857	3,19082	0,977	0,421	
	Ortaokul	23	15,0870	2,79469			
	Lise	85	15,6353	3,40114			
	Üniversite	108	14,7685	3,19640			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	15,1622	3,32092			
Pozitif Yaşam Algısı	İlkokul	14	23,7857	3,78618	0,526	0,717	
	Ortaokul	23	22,6087	3,70183			
	Lise	85	22,6588	4,31099			
	Üniversite	108	22,4722	4,66536			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	21,8108	5,24319			
Kişilerarası İlişkiler	İlkokul	14	15,7857	1,76193	0,734	0,570	
	Ortaokul	23	15,1739	2,74114			
	Lise	85	14,8706	2,38940			
	Üniversite	108	15,4259	2,69372			
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	15,1892	2,78725			

Tablo 4.9 (Devam): AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki

Stres Yönetimi	İlkokul	14	14,4286	1,91007	0,833	0,505
	Ortaokul	23	14,2609	2,04978		
	Lise	85	14,1882	2,32734		
	Üniversite	108	14,5833	2,60167		
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	13,7838	2,58344		
Spiritüel Sağlık	İlkokul	14	13,2143	2,86030	0,348	0,845
	Ortaokul	23	13,4348	3,38212		
	Lise	85	13,6471	2,36394		
	Üniversite	108	13,2407	2,80477		
	Yüksek Lisans ve Üzeri	37	13,1622	2,79398		

Tablo 4.10'da AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların ekonomik durum algılarına göre AYBÖ, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında ise ekonomik durum algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; sağlık sorumluluğu alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden ekonomik durumlarının kötü olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, pozitif yaşam algısı alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden ekonomik durumlarının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden ekonomik durumlarının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksektir.

Tablo 4.10: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki

	Ekonomik Durum Algısı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	İyi	112	107,9464	15,98019	2,195	0,113	
	Kötü	11	105,5455	22,41144			
	Orta	144	103,9375	13,87266			
Sağlık Sorumluluğu	İyi	112	10,2232	2,88116	3,520	**0,031**	İyi-kötü-orta
	Kötü	11	12,6364	3,90571			
	Orta	144	10,3125	2,83945			
Fiziksel Aktivite	İyi	112	15,2679	4,14160	2,087	0,126	
	Kötü	11	14,8182	4,40041			
	Orta	144	14,2778	3,56448			
Beslenme	İyi	112	15,1161	3,57354	0,038	0,963	
	Kötü	11	15,2727	3,71728			
	Orta	144	15,2222	2,95761			
Pozitif Yaşam Algısı	İyi	112	23,3571	4,82086	3,687	**0,026**	İyi-orta
	Kötü	11	20,9091	5,90685			
	Orta	144	21,9931	4,04087			
Kişilerarası İlişkiler	İyi	112	15,8214	2,58970	5,814	**0,003**	İyi-orta
	Kötü	11	14,2727	3,19659			
	Orta	144	14,8125	2,42357			
Stres Yönetimi	İyi	112	14,5357	2,61984	0,824	0,440	
	Kötü	11	14,0909	2,94803			
	Orta	144	14,1528	2,24487			
Spiritüel Sağlık	İyi	112	13,6250	2,75787	0,920	0,400	
	Kötü	11	13,5455	3,04512			
	Orta	144	13,1667	2,65762			

Tablo 4.11'de AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile tanı konulan hastalık durumu arasındaki ilişki özetlenmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testi sonucuna göre, adölesanların hastalık durumlarına göre AYBÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Stres yönetimi alt boyut puanları arasında ise hastalık durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Stres yönetimi alt boyutu için kronik hastalığı olanların aldıkları puan kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksektir.

Tablo 4.11: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile tanı konulan hastalık durumu arasındaki ilişki

	Kronik Hastalık Varlığı	N	Ortalama	S	T	sd	p
AYBÖ	Var	18	109,3333	15,71062	1,051	265	0,294
	Yok	249	105,4217	15,21999			
Sağlık Sorumluluğu	Var	18	10,7222	2,69652	0,526	265	0,599
	Yok	249	10,3454	2,95142			
Fiziksel Aktivite	Var	18	13,6111	3,53368	-1,256	265	0,210
	Yok	249	14,7952	3,88367			
Beslenme	Var	18	16,1111	3,56270	1,261	265	0,208
	Yok	249	15,1124	3,22218			
Pozitif Yaşam Algısı	Var	18	24,0000	4,31141	1,444	265	0,150
	Yok	249	22,4137	4,51360			
Kişilerarası İlişkiler	Var	18	15,7222	2,71825	0,868	265	0,386
	Yok	249	15,1767	2,56388			
Stres Yönetimi	Var	18	15,4444	2,63957	2,056	265	**0,041**
	Yok	249	14,2289	2,40627			
Spiritüel Sağlık	Var	18	13,7222	3,19569	0,562	265	0,575
	Yok	249	13,3494	2,68253			

Tablo 4.12'de AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile mevcut sağlık durumu algısı arasındaki ilişki özetlenmiştir. Tek yönlü ANOVA testi sonucuna göre, adölesanların mevcut sağlık durumu algılarına göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). AYBÖ toplam puanı, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında ise mevcut sağlık durumu algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Farklılığın sebebini bulmak için yapılan Post-hoc (Tukey) testine göre; AYBÖ için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden mevcut sağlık durumu algıları iyi olan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, fiziksel aktivite alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden mevcut sağlık durumu algıları iyi olan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, beslenme alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi ve orta seçeneklerinden sağlık durumlarının mevcut sağlık durumu algıları iyi olan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, pozitif yaşam algısı alt boyutu için anlamlı olan seçenekler iyi, kötü ve orta seçeneklerinden mevcut sağlık durumu algıları iyi olan adölesanların adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksek, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için

anlamlı olan seçenekler iyi ve kötü seçeneklerinden mevcut sağlık durumu algıları iyi olan adölesanların aldıkları toplam puan daha yüksektir.

Tablo 4.12: AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile mevcut sağlık durumu algısı arasındaki ilişki

	Mevut Sağlık Durumu Algısı	N	Ortalama	S	F	p	Post Hoc (Tukey)
AYBÖ	İyi	203	107,7980	14,80379	9,165	0,**000**	İyi-orta
	Kötü	4	91,5000	21,51743			
	Orta	60	99,4833	14,39455			
Sağlık Sorumluluğu	İyi	203	10,5911	2,93752	2,533	0,081	
	Kötü	4	9,0000	1,63299			
	Orta	60	9,7167	2,88827			
Fiziksel Aktivite	İyi	203	15,1872	3,88504	6,578	**0,002**	İyi-orta
	Kötü	4	13,0000	4,32049			
	Orta	60	13,2333	3,40173			
Beslenme	İyi	203	15,4631	3,20618	3,473	0,032	İyi-orta
	Kötü	4	15,2500	6,55108			
	Orta	60	14,2167	2,99769			
Pozitif Yaşam Algısı	İyi	203	23,2759	4,05687	15,384	**0,000**	İyi-kötü-orta
	Kötü	4	15,7500	4,64579			
	Orta	60	20,4167	4,96869			
Kişilerarası İlişkiler	İyi	203	15,4384	2,55240	5,426	**0,005**	İyi-kötü
	Kötü	4	12,0000	3,36650			
	Orta	60	14,6667	2,40527			
Stres Yönetimi	İyi	203	14,4926	2,36386	2,946	0,054	
	Kötü	4	12,5000	3,10913			
	Orta	60	13,8167	2,56106			
Spiritüel Sağlık	İyi	203	13,3498	2,71243	0,121	0,886	
	Kötü	4	14,0000	3,16228			
	Orta	60	13,4167	2,73887			

5. TARTIŞMA

Lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında toplanmış ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

AYBÖ'nün orijinal versiyonu 44 maddeden (Hendricks ve arkadaşları, 2006), Türkçe versiyonu ise 40 maddeden oluşmaktadır (Ardıç ve Esin, 2015). Madde sayısındaki bu değişiklik ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum değerleri değiştirmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar tüm maddelerin puanlarından oluşurken her bir madde için madde puanlarının istatistikleri de analiz edilebilir (Ghiselli, Campbell ve Zedeck, 1981). Bu nedenle bu bölümde adölesanların AYBÖ'den aldıkları puanlar, toplam puan yerine madde puan ortalamaları esas alınarak literatür doğrultusunda tartışılmıştır. AYBÖ kullanılan bazı araştırmalarda da bu durum göz önüne alınarak literatürün tartışıldığı görülmüştür (Ardıç, 2008; Dağdeviren, 2015; Gaete ve arkadaşları, 2021; İlhan, 2012; Öztürk, 2013).

5.1 Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanların Tartışılması

AYBÖ, adölesanların SYBD düzeyini göstermektedir. AYBÖ ve alt boyutlarından alınan puanların yüksek olması adölesanların sağlığı geliştirici davranışlara sahip olma ve kazanım düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. (Pender ve diğerleri, 2002). Araştırmaya katılan adölesanların AYBÖ toplam puanı 105,68±15,25, AYBÖ madde puan ortalaması ise 2,64±0,38 olarak belirlenmiştir. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,59±0,34 olarak bulmuşlardır. Mevcut çalışmada AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Gaete ve arkadaşları (2019) Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,71±0,37 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması mevcut çalışmadan çok düşük olmamakla birlikte benzer bulunduğu söylenebilir. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki

öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,67±0,45 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması mevcut çalışmayla benzer bulunmuştur. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,68±0,35 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmayla benzer bulunmuştur. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,59±0,33 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması mevcut çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,77±0,33 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması mevcut çalışmaya göre biraz düşük olmakla birlikte benzer olduğu söylenebilir. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,22±0,36 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması mevcut çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ madde puan ortalamasını 2,68±0,36 olarak bulmuştur. Araştırmaya katılan adölesanların AYBÖ madde puan ortalamasının mevcut çalışmayla benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 10,37±2,93, madde puan ortalaması ise 2,07±0,58 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,26±0,55, Gaete ve arkadaşları (2019) Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,16±0,49, Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,35±0,55 olarak bulmuşlardır. Bu sonuçların mevcut çalışmada hesaplanan madde puan ortalamasından yüksek olduğu söylenebilir. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 1,71±0,44 olarak bulmuştur. Çalışmamızın AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre yüksek

bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,24±0,52 olarak bulmuştur. Çalışmamızın AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre düşük bulunmuştur. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,25±0,48 olarak bulmuştur. Doğan Aras çalışmasında en düşük madde puan ortalaması çalışmamızda olduğu gibi sağlık sorumluluğu alt boyutuna aittir. Benzer şekilde Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,25±0,50 olarak bulmuştur. Karagözoğlu çalışmasında en düşük madde puan ortalaması çalışmamızda olduğu gibi sağlık sorumluluğu alt boyutuna aittir. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ sağlık sorumluluğu madde puan ortalamasını 2,26±0,47 olarak bulmuştur. Ardıç çalışmasında en düşük madde puan ortalaması çalışmamızda olduğu gibi sağlık sorumluluğu alt boyutuna aittir.

SGM'ye göre kişinin ailesiyle, arkadaşlarıyla ve sağlık görevlileri ile pozitif iletişim içinde olması olumlu sağlık davranışına sahip olması üzerinde doğrudan etkilidir (Pender ve diğerleri, 2002). Çalışmamızdaki en düşük madde puan ortalaması sağlık sorumluluğu alt boyutuna aittir. Buna göre çalışmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu davranışlarının yetersiz düzeyde olduğu ve geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir. Yaşın artmasıyla doğru orantılı bir şekilde sağlık sorumluluğu davranışlarının iyileştiği ve adölesanların bilişsel olarak gelişimlerini henüz tamamlamadıkları göz önüne alındığında sonuçların düşük olmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 14,71±3,86, madde puan ortalaması ise 2,45±0,64 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015), Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,41±0,58 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Gaete ve arkadaşları Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,76±0,53 olarak bulmuşlardır (Gaete ve diğerleri, 2019). AYBÖ madde

puan ortalaması bu çalışmaya göre düşük bulunmuştur. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,33±0,44 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,31±0,62 olarak bulmuştur. İlhan (2012) çalışmasında en düşük madde puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,31±0,63 olarak bulmuş olup en düşük madde puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutuna aittir. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,41±0,62 olarak bulmuştur. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,41±0,65 olarak bulmuştur. Ardıç (2008) yapmış olduğu çalışmada AYBÖ fiziksel aktivite madde puan ortalamasını 2,46±0,62 olarak bulmuştur.

Bu sonuçlar araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite yapma konusunda yetersiz davrandıklarını göstermektedir. Bu sonuca göre çalışma grubundaki adölesanların fiziksel aktivite düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu duruma gelişen teknoloji ve değişen yaşam koşullarının da etkisiyle adölesanların fiziksel aktivite için yeterli zaman ayırmaması, adölesanların daha çok ekran karşısında vakit geçirmesinin, fiziksel aktivite yapılacak ortamların yetersiz oluşunun etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca yoğun ders temposu nedeniyle öğrencilerin fiziksel aktiviteye zaman ayıramadıkları da düşünülebilir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerin öncesinde COVID-19 pandemisinden dolayı ulusal olarak eğitime ara verilmesi ve kapanmaların yaşanması, adölesan dönemde olan gençlerin dışarı çıkmalarının yasaklanması sonucu olarak fiziksel aktivite yapmaya imkân bulamayışlarının da neden olduğu düşünülebilir. DSÖ, dünya çapında okula devam eden 11-17 yaşlarındaki adölesanların %80'inden daha fazlası en az bir saatlik

fiziksel aktivite için mevcut önerileri yerine getirmediklerini bildirmektedir (DSÖ, 2020).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme alt boyutu puan ortalaması 15,17±3,24, madde puan ortalaması ise 2,53±0,54 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,79±0,45 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Gaete ve arkadaşları (2019) Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,62±0,46 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,08±0,34 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,62±46 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya daha düşük bulunmuştur. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,52±0,46 olarak bulmuşlardır. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,67±0,54 olarak bulmuştur. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,51±0,48 olarak bulmuştur. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ beslenme madde puan ortalamasını 2,63±0,46 olarak bulmuştur.

Mevcut çalışmanın sonuçları araştırmaya katılan adölesanların sağlıklı beslenmediklerini veya yetersiz beslendiklerini göstermektedir. Yeterli ve iyi bir beslenme, büyüme ve gelişmenin normal seyretmesi, vücuttaki organların işlevlerinin sürdürülmesi, günlük ihtiyaçların karşılanması, verimli çalışma ve özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunmak için gereklidir (Kirschmann, 2007).

Araştırmaya katılan adölesanların pozitif yaşam algısı alt boyutu puan ortalaması 22,52±4,51, madde puan ortalaması ise 2,81±0,56 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,05±0,56 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Gaete ve arkadaşları Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,33±0,54 olarak bulmuşlardır (Gaete ve diğerleri, 2019). Gaete çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 2,84±0,68 olarak bulmuştur. Öztürk çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmayla benzer olduğu söylenebilir. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,17±0,47 olarak bulmuştur. İlhan (2012) çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,13±0,54 olarak bulmuşlardır. Çetinkaya ve Çiçek çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,08±0,50 olarak bulmuştur. Doğan Aras çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha yüksek olduğu görülmektedir. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 2,85±0,59 olarak bulmuştur. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ

pozitif yaşam algısı madde puan ortalamasını 3,19±0,51 olarak bulmuştur. Ardıç çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması pozitif yaşam bakışı alt boyutuna aittir.

Mevcut çalışma sonuçlarına göre araştırmaya katılan adölesanların yaşam algılarına yönelik davranışlarının sınırda olmakla birlikte düşük düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Adölesanların adölesan dönemin doğası gereği yaşayabilecekleri duygu durum değişiklikleri ve gelecek kaygısı göz önüne alındığında pozitif yaşam algıları davranışlarının düşük düzeyde olması beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı tarihlerin öncesinde ulusal olarak hem eğitime ara verilmesi hem adölesanlara yönelik getirilen kısıtlamalar (dışarı çıkma gibi) adölesanların akranlarıyla bir araya gelemeyişine sebep olmuştur. Bu durum adölesanlarda ek olarak bir stres oluşturmuş olabilir ve pozitif yaşam bakışı davranışlarını etkilemiş olabilir.

Araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 15,21±2,57, madde puan ortalaması ise 3,04±0,51 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 3,08±0,50 olarak bulmuşlardır. Sousa çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması kişilerarası ilişkiler alt boyutuna aittir. Çalışma grubunun AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmayla benzer olduğu söylenebilir. Gaete ve arkadaşları Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 3,07±0,51 olarak bulmuşlardır (Gaete ve diğerleri, 2019). Çalışma grubunun AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmayla benzer olduğu söylenebilir. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 2,69±0,54 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 3,00±0,49 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ kişilerarası ilişkiler madde puan ortalamasını 2,88±0,48 olarak bulmuşlardır. Araştırma grubuyla

karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha düşük olduğu görülmektedir. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 2,84±0,49 olarak bulmuştur. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ kişilerarası ilişkiler madde puan ortalamasını 2,92±0,40 olarak bulmuştur. Karagözoğlu çalışmasında en yüksek madde puan ortalaması kişiler arası ilişkiler alt boyutuna aittir. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ kişiler arası ilişkiler madde puan ortalamasını 3,08±0,44 olarak bulmuştur. Çalışma grubunun AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmayla benzer olduğu söylenebilir.

Mevcut çalışma sonucuna göre araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler puanının yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamızdaki en yüksek madde puan ortalaması kişilerarası ilişkiler alt boyutuna aittir. Adölesanların, profesyonel kimlik edinme, yakın ilişkiler geliştirme, meslek ve eş seçimi becerileri edinme gibi toplumdaki yetişkin rolleri için sorumluluk almaya istekli oldukları (Ercan, 2005; Özcebe, 2002); adölesan dönemde adölesanların sosyal ilişkiler bakımından akranlarıyla aralarında güçlü bir etkileşim olduğu (Stang ve Story, 2005); yeni ilişkiler kurmakta sorun yaşamadıkları, kolayca etkilenme, öne çıkma, dikkat çekme ve rol oynama arzularının olduğu, saygı görmek ve toplumda bir yere sahip olmak ve benimsedikleri düşünce, eylem ve tutumları çevrelerine kanıtlamak istemeleri (Koç, 2004; Sarı, 2006) göz önüne alındığında araştırma sonucunun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Ayrıca okul ortamında adölesanların kendi aralarında yeterince zaman geçirmeleri kaynaşmalarını ve iyi ilişkiler geliştirmelerini kolaylaştırmış olabilir.

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 14,31±2,43, madde puan ortalaması ise 2,86±0,48 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 2,93±0,48 olarak bulmuşlardır. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük olmakla birlikte sonuçların yakın ve benzer olduğu söylenebilir. Gaete ve arkadaşları Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları

çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 3,07±0,49 olarak bulmuşlardır (Gaete ve diğerleri, 2019). AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 1,53±0,30 olarak bulmuştur. Öztürk çalışmasında en düşük madde puan ortalaması stres yönetimi alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 2,92±0,47 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha düşük olmakla birlikte sonuçların benzer olduğu söylenebilir. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 2,83±0,41 olarak bulmuşlardır. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha düşük olmakla birlikte sonuçların benzer olduğu görülmektedir. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 2,92±0,41 olarak bulmuştur. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha yüksek olmakla birlikte sonuçların benzer olduğu söylenebilir. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 2,86±0,55 olarak bulmuştur. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanıyla benzer olduğu görülmektedir. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ stres yönetimi madde puan ortalamasını 3,01±0,45 olarak bulmuştur. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında araştırma grubunun puanından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada adölesanların stres yönetimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Adölesanların stres kaynaklarını iyi belirleyememeleri ve bu süreci başarılı bir şekilde yürütememeleri, bu duruma ise adölesanların yeterli rehberlik hizmetlerine ulaşamamaları ya da yönlenmemelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca COVID-19 pandemisinin ülkemizde adölesanlara yönelik getirmiş olduğu

kısıtlamaların adölesanların dışarıda geçirdikleri zamanı kısıtlaması, bu nedenle adölesanların akranlarıyla bir araya gelememeleri stres düzeyinde artışa neden olmuş olabilir. Adölesan dönemde meydana gelen ani ve hızlı değişimler, kimlik edinme, eğitim ve kariyer seçimi gibi kararların alındığı bir dönem olduğu göz önüne alındığında adölesanların stres yönetimi davranışlarının orta düzeyde olmasının beklenen bir sonuç olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan adölesanların spiritüel sağlık alt boyutu puan ortalaması 13,37±2,71, madde puan ortalaması ise 2,67±0,54 olarak bulunmuştur. Sousa ve arkadaşları (2015) Portekiz'de pediatrik obezite kliniğine başvuran ve lisedeki adölesanlarla yapmış oldukları çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık madde puan ortalamasını 1,80±0,65 olarak bulmuşlardır. Sousa çalışmasında en düşük madde puan ortalaması spiritüel sağlık alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Gaete ve arkadaşları Şili'de devlet okullarındaki adölesanlarla yaptıkları çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık madde puan ortalamasını 2,03±0,63 olarak bulmuşlardır (Gaete ve diğerleri, 2019). Gaete çalışmasında en düşük madde puan ortalaması spiritüel sağlık alt boyutuna aittir. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Öztürk (2013) İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurum'unda tutuklu bulunan adölesanlarla ile yapmış olduğu çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık madde puan ortalamasını 2,49±0,56 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. İlhan (2012) İstanbul'da bir devlet lisesinde okuyan adölesanlarla yaptığı çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık madde puan ortalamasını 2,60±0,57 olarak bulmuştur. AYBÖ madde puan ortalaması bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Çetinkaya ve Çiçek (2017) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Yozgat ilinde 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık alt boyutu madde puan ortalamasını 2,68±0,51 olarak bulmuşlardır. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında sonuçların yakın olduğu görülmektedir. Doğan Aras (2012) Türkiye'nin iç Anadolu bölgesinde yer alan Sivas ilinde iki farklı hastanede pediatri polikliniklerinde kaydı olan adölesanlarla yapmış olduğu çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık alt boyutu madde puan ortalamasını 2,65±0,50 olarak bulmuştur. Araştırma grubuyla karşılaştırıldığında sonuçların yakın olduğu görülmektedir. Karagözoğlu (2021) İstanbul ilinin farklı ilçelerinde bulunan 4 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu

çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık alt boyutu madde puan ortalamasını 2,42±0,57 olarak bulmuştur. Ardıç (2008) İstanbul Güngören ilçesinde bulunan 3 farklı lisedeki öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada AYBÖ spiritüel sağlık alt boyutu madde puan ortalamasını 2,89±0,52 olarak bulmuştur.

Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan adölesanların spiritüel sağlık konusunda düşük puan aldıkları söylenebilir. Çalışmanın sonuçlarına göre adölesanların spiritüel sağlık davranışlarının düşük olduğu görülmekle birlikte yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında mevcut çalışmada adölesanların spiritüel sağlık davranışlarının daha iyi durumda olduğu söylenebilir. Adölesanların bilişsel gelişiminin devam ettiği bu dönemde adölesanın yaşamın ne anlama geldiği, yaşamın amacının ne olduğu gibi soyut olan felsefi konulara odaklanabileceği göz önüne alındığında bu konuların ek streslere sebebiyet vereceği ve spiritüel sağlığı olumsuz etkileyebileceği söylenebilir.

5.2 Araştırma Grubunun AYBÖ'den Aldıkları Puanlar ile İlişkili Değişkenlerin Tartışılması

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu alt boyutu için aldıkları puan kızlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kızların ise kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puan erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kadınlar İçin Spor ve Fiziksel Aktivite Derneği (2018) tarafından yapılan 2. Kadın ve Spor Çalıştayı Rapor'unda Türkiyedeki ailelerin sportif faaliyetlere karşı tutumları toplumsal cinsiyet eşitliği ilkesi etrafında şekillenmediğini, okullarda beden eğitimi derslerine katılan öğretmenlerin toplumsal cinsiyet eşitliği açısından kalıplaşmış yargılara sahip olduklarını ve kız çocuklarının sportif faaliyetlere katılımını teşvik etmediklerini ve sportif faaliyetlerde toplumsal cinsiyet eşitliğinin yakalanmadığını bildirmiştir (Kadınlar İçin Spor ve Fiziksel Aktivite Derneği, 2018). Araştırmaya katılan erkek adölesanların fiziksel aktiviteye kızlardan daha fazla yatkın olması, erkeklerin kızlara göre bu alanda daha rahat hissetmeleri, kızların kültürel baskı gibi sebeplerle rahat hissetmemeleri nedeniyle erkeklerin fiziksel aktivite puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Çetinkaya ve Çiçek'in (2017) çalışmasında kız adölesanların beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutu puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu, kişilerarası ilişkiler alt boyutu ise daha yüksek bulunmuştur. Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında

araştırma bulgularıyla uyumlu olarak kız adölesanların kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu, beslenme alt boyutu ise daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki adölesanların cinsiyetlerine göre AYBÖ toplam puanı, alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında araştırma bulgularıyla uyumlu olarak pozitif yaşam algısı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt boyutlarından aldıkları toplam puanlar cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma göstermemektedir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Ardıç'ın (2008) çalışmasında kız cinsiyetinde olan adölesanların kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanları erkek cinsiyetine sahip adölesanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Doğan Aras'ın (2012) çalışmasında kız adölesanların AYBÖ toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamaları yüksek görünmekle birlikte cinsiyet ve AYBÖ ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doğan Aras'ın çalışması; hem araştırma bulgularıyla hem de Çetinkaya ve Çiçek'in (2017), Karagözoğlu'nun (2021) ve Ardıç'ın (2008) çalışma bulgularıyla farklı olarak yorumlanabilir. Gaete ve arkadaşlarının AYB Ölçeği'nin Şili'li ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları çalışmada erkek adölesanların kızlara göre daha iyi sağlık sorumluluğuna sahip olduklarını bildirmiştir (Gaete ve diğerleri, 2021). Aktaş Özakgül ve arkadaşları lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olup olmadıklarını inceledikleri çalışmada kız adölesanların sağlık sorumluluğu davranışlarının erkek adölesanlara göre daha olumlu olduğunu bildirmişlerdir (Özakgül ve diğerleri, 2016). Karagözoğlu'nun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada kızların sağlık sorumluluğu alma konusunda erkeklere göre daha iyi düzeyde olduğunu, şehir merkezlerinde uzun süre yaşayanların köylerde yaşayanlara göre sağlık sorumluluğu alma konusunda daha iyi düzeyde olduğunu bildirmiştir (Karagözoğlu, 2021). Karagözoğlu ve Aktaş Özakgül'ün çalışma sonuçlarının birbiriyle benzer, Gaete'nin çalışmasıyla birbirinin tersi yönde olduğu söylenebilir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt boyutu için 15-17 yaş aralığındaki katılımcılar arasında 17 yaşında olanların aldıkları puan diğer yaş grubundakilerden daha yüksektir ($p<0,05$). Sağlığı Geliştirme Model'inde adölesanların yaşları arttıkça

olumlu sağlık davranışları kazanımlarıda artmaktadır (Pender ve diğerleri, 2002). Bu bilgiler çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Yıldırım'ın (2005) çalışmasında adölesanların yaşları arttıkça sağlık davranışı puanlarının arttığı bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında adölesanların yaşları küçüldükçe sağlık davranışı puanlarının arttığı bulunmuştur. Gaete ve arkadaşlarının AYB Ölçeği'nin Şili'li ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları çalışmada yaşı daha genç olan adölesanların diğerlerine göre sağlık sorumluluğu konusunda daha iyi puanlara sahip olduklarını bildirmiştir (Gaete ve diğerleri, 2021) Ardıç'ın ve Gaete'nin araştırma bulguları, SGM ve çalışmamızın araştırma bulgularından farklı olduğu söylenebilir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile BKİ arasındaki ilişki incelendiğinde; adölesanların BKİ'lerine göre AYBÖ toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında obez olan adölesanların pozitif yaşam bakışı ölçek alt puan ortalamalarının fazla kilolu, normal ve zayıf olan adölesanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Adölesanların BKİ düzeyleri ile diğer alt boyut ve AYBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yalçın (2018) ve Ardıç'ın (2008) çalışmalarında araştırmamızın bulgularıyla uyumlu olarak adölesanların BKİ'ye göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile okul başarısı arasındaki ilişki incelendiğinde; Sağlık sorumluluğu, beslenme ve pozitif yaşam algısı alt boyutları için okul başarısının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları puan diğerlerinden daha yüksektir ($p<0,05$). Okul başarısını iyi olarak tanımlayan adölesanların olumlu sağlıklı davranışları geliştirmelerinde etkisi olan derslerden başarılı olmaları sağlık sorumluluğu ve iyi bir beslenmenin nasıl olacağı konusunda farkındalık kazanmalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca okul başarısının aile üyeleri, arkadaşları ve öğretmenleri tarafından takdir edilmesi adölesanların benlik saygıları üzerinde olumlu etki yaratmış olabileceği fikrinden yola çıkarak adölesanların pozitif yaşam algısı davranışlarını olumlu yönde geliştirmiş olabilir. Dil ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada adölesanların okul başarısı yükseldikçe adölesanların benlik

saygıları ve pozitif yaşam algılarınında doğru orantılı iyileşmeler sağlandığını bildirmiştir (Dil ve diğerleri, 2015).

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile aile tipi arasındaki ilişki incelendiğinde; Sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutları için geniş ailede yaşayan adölesanların aldıkları puan diğerlerinden daha yüksektir ($p<0,05$). Geniş ailede adölesanla ilgilenen, onlarla zaman geçirebilen ve onları anlayabilen kişilerin daha fazla olmasından kaynaklı sağlık sorumluluğu konusunda adölesanları motivasyonlarını olumlu yönde etkilemiş olabileceği gibi sağlık sorumluluğu konusunda bilinçlendirmiş olabilir. Ayrıca parçalanmış aile tipine sahip olan adölesanlarda anne ve babanın boşanması adölesana ciddi yükler bindirmiş ve hayatlarını zorlaştırmış olabilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında geniş aile tipine sahip olan adölesanların AYBÖ puan ortalamaları diğer aile tipine sahip olanlara göre yüksek bulunmuştur. Ardıç'ın (2008) çalışmasında araştırma bulgularıyla uyumlu olarak geniş aile tipine sahip olan adölesanların AYBÖ puan ortalamaları diğer aile tipine sahip olanlara göre yüksek bulunmuştur. Aktaş Özakgül ve arkadaşları lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olup olmadıklarını inceledikleri çalışmada geniş aile yapısına sahip adölesanların diğer aile yapısına sahip olan adölesanlara göre sağlık sorumluluğu davranışlarının daha olumsuz olduğunu bildirmişlerdir (Özakgül ve diğerleri, 2016). Aras Doğan (2012) epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada geniş aile yapısına sahip olan adolesanların çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre sağlık sorumluluğu alabilme oranlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Aktaş Özakgül ve Aras Doğan'ın buldukları sonuçlar birbiriyle benzer olup çalışmamızın sonuçlarıyla farklılık arz etmektedir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; Sağlık sorumluluğu alt boyutu için anne eğitim düzeyi ortaokul olan adölesanların puanı anne eğitim düzeyi daha yüksek olan adölesanlara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Çetinkaya ve Çiçek'in (2017) çalışmasında araştırma bulgularından farklı olarak anneleri ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olan adölesanların ilkokul ve altı olan olanlara göre AYBÖ toplam puanı yüksek bulunmuştur. Doğan Aras'ın (2012) çalışmasında anneleri okuma yazma bilmeyen adölesanların sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamalarının anneleri okuma

yazma bilen adölesanlara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Yıldız (2010) internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada anne eğitim düzeyi yüksek olan adölesanların düşük olanlara göre daha iyi sağlık sorumluluğu alabilme bilincine sahip olduğunu bildirmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalarda anne eğitim düzeyi artarken adölesanların sağlık sorumluluğu davranışlarında da artış görünmekteyken çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak anne eğitim düzeyi ortaokul olan adölesanların anne eğitim düzeyi lise ve üniversite olan adölesanlara göre daha iyi sağlık sorumluluğu davranışına sahip olmaları ilgi çekicidir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile baba eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde; adölesanların AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında babalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çetinkaya ve Çiçek'in (2017) çalışmasında babanın eğitim durumuna göre yalnız fiziksel aktivite alt puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde fark bulunmuştur. Babaları ortaokul ve üzeri eğitim durumuna sahip olan adölesanların fiziksel aktivite alt puan ortalamalarının ilkokul ve daha düşük olan adölesanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Doğan Aras'ın (2012) çalışmasında babalarının eğitim durumu ilkokul ve aşağısı olan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamalarının babalarının eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan adölesanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında adölesanların babalarının eğitim durumu ile AYBÖ toplam puan ortalamaları, spiritüel sağlık, kişilerarası ilişkiler, kişilerarası ilişkiler yönetimi, pozitif yaşam algısı, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ardıç'ın (2008) çalışmasında babalarının eğitim durumu lise mezunu olan adölesanların ölçek toplam puanı, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, pozitif yaşam bakışı, ve fiziksel aktivite puanları yüksek bulunmuştur. Yıldız (2010) internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada babası üniversite mezunu olan adölesanların fiziksel aktivite yapma konusunda diğerlerine göre daha iyi durumda olduklarını bildirmiştir. Yıldız (2010) internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada babası üniversite mezunu olan adölesanların diğerlerine göre daha sağlıklı beslendiklerini bildirmiştir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile ekonomik durum algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutu için ekonomik durum algılarının kötü olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları puan daha yüksek, pozitif yaşam algısı alt boyutu için ekonomik durum algılarını iyi olarak belirten adölesanların aldıkları puan daha yüksek, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için ekonomik durum algılarını iyi olarak belirten adölesanların aldıkları toplam daha yüksektir ($p<0,05$). Düşük sosyoekonomik durumun yaşamın kendisini birçok yönde negatif etkilediğini, aile içi geçimsizliklerin ve sorunların en büyük sebeplerinden birinin ekonomik sıkıntılar olduğu ve sosyoekonomik etkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009). Bu bilgiler ışığında ailesinin ekonomik durum algılarını iyi olarak tanımlayan adölesanların pozitif yaşam algısına ve aile bireyleriyle daha iyi ilişkilere sahip olması beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Çetinkaya ve Çiçek'in (2017) çalışmasında ailesinin ekonomik durum algılarını düşük olarak belirten adölesanların pozitif yaşam bakışı alt puan ortalamaları ekonomik durum algılarını yüksek olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında araştırma bulgularından farklı olarak adölesanların ailelerinin ekonomik durumu ile kişilerarası ilişkiler, pozitif yaşam algısı ölçek alt puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma bulgularına benzer olarak Gaete ve arkadaşlarının AYB Ölçeği'nin Şili'li ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları çalışmada aile gelir düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre pozitif yaşam algısı konusunda daha iyi puanlara sahip olduklarını bildirmiştir (Gaete ve diğerleri, 2021). Araştırma bulgularına benzer olarak Gaete ve arkadaşlarının AYB Ölçeği'nin Şili'li ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları çalışmada aile gelir düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre kişiler arası destek/ilişkiler konusunda daha iyi puanlara sahip olduklarını bildirmiştir (Gaete ve diğerleri, 2021). Gaete ve arkadaşlarının AYB Ölçeği'nin Şili'li ergenler arasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptıkları çalışmada aile gelir düzeyi yüksek durumda olan adölesanların diğerlerine göre beslenme konusunda daha iyi puanlara sahip olduklarını bildirmiştir (Gaete ve diğerleri, 2021). Çiçek ve Çetinkaya seçtikleri ilçe merkezlerindeki liselerde adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada

sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının stres yönetimini negatif yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Çiçek ve Çetinkaya, 2017).

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile tanı konulan hastalık durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; stres yönetimi alt boyutu için hastalık durumu evet olan adölesanların aldıkları puan diğerlerinden daha yüksektir ($p<0,05$). Başa çıkma stratejilerinin, bireylere stresi yönetmede yardımcı olduğunu ve çevreye uyum sağlamak veya onu değiştirmek için kullanılan stresörlere karşı öğrenilmiş ve amaçlı bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlamıştır. Başa çıkma sürecinde duyguları, davranışları ve çevreyi düzenleme yeteneği başarılı uyum için kritik öneme sahip olduğunu bildirmiştir (Pender ve diğerleri, 2015). Bu durum adölesanların hastalıkla nasıl mücadele edilebileceği konusunda bilinçli olduğu ve hastalığın beraberinde getirmiş olduğu stresle baş etme konusunda iyi oldukları şeklinde yorumlanabilir. Sağlığı geliştirme modeline göre bireyin kronik bir rahatsızlığa sahip olmasının stres yönetimi konusunda bireyi geliştirdiği belirtilmişti (Pender ve diğerleri, 2002). Bu bilgi çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında adölesanların tanı konulan hastalığa sahip olup olmama durumuna göre pozitif yaşam algısı, beslenme, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık ve AYBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Yalçın (2018) lisede okuyan adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkisini incelediği çalışmada kronik bir rahatsızlığa sahip olan adolesanların herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan adölesanlara göre sağlık sorumluluğu ve beslenme konusunda daha iyi puanlara sahip olduklarını bildirmiştir. Dağdeviren (2015) tanı konulan herhangi bir hastalığı bulunmayan adölesanların, kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçekleri ve SYBDÖ puan ortalamasından diğer adölesanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduklarını belirtmiştir.

AYBÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile mevcut sağlık durumu algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı ve kişilerarası ilişkiler alt boyutları için sağlık durumlarının iyi olduğunu söyleyen adölesanların aldıkları puan diğerlerine göre daha yüksektir ($p<0,05$). SGM'ye göre kişinin sağlık davranışını nasıl algıladığı ve kontrol edip edememesi kişinin yeni bir davranış kazanması ve sürdürebilmesi üzerinde doğrudan etkilidir (Pender ve

diğerleri, 2002). Ayrıca adölesanların sağlıklarını iyi olarak algılamaları sağlık davranışlarının korunması ve geliştirilmesi konusunda onları motive etmiş olabilir. Sağlık durumunu iyi olarak algılayan araştırma grubunun bu sonuçları beklenen sonuçlar olarak yorumlanabilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Karagözoğlu'nun (2021) çalışmasında sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren adölesanların kişilerarası ilişkiler, pozitif yaşam algısı, beslenme ve fiziksel aktivite alt puan ortalamaları mevcut sağlık durumunu "orta" ve "kötü" olarak değerlendirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Ardıç'ın (2008) çalışmasında mevcut sağlık durumunu "iyi" olarak tanımlayan adölesanlarda kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, pozitif yaşam bakışı, beslenme, fiziksel aktivite puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Lisede öğrenim gören adölesanlarda SYBD düzeyinin değerlendirmek amacıyla yürütülmüş bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Çalışmada adölesanların sağlık davranışları düzeyine yönelik bulguların adölesanlarla ilgili yapılan diğer çalışmalara göre benzer ve kısmen daha iyi düzeyde olduğu görülmüştür.
- Adölesanların %49,4'ü erkek ve %50,26'sı kız olduğu ve %5,2'si okul dışında bir işte çalıştığı bulunmuştur.
- AYBÖ toplam puanı 105,6±15,2'dir. AYBÖ alt boyutlarından ise en yüksek madde puan ortalamasına kişiler arası ilişkiler alt boyutu (3,04±0,51) en düşük puanı ise sağlık sorumluluğu (2,07±0,58) alt boyutuna aittir.
- Yaş, cinsiyet, okul başarısı, aile tipi, anne eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, tanı konulan hastalık durumu ve mevcut sağlık durumu gibi değişkenlerin adölesanların sağlık davranışlarını etkilediği bulunmuştur.
- Erkek adölesanların fiziksel aktivite ve beslenme konusundaki davranışları kızlara göre daha iyi durumda olduğu bulunmuş, kız adölesanların ise kişiler arası ilişkiler konusundaki davranışları erkeklere göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Adölesanların yaşları arttıkça olumlu sağlık davranışlarında artış olduğu bulunmuş ve okul başarısını iyi olarak tanımlayan adölesanların daha iyi sağlık sorumluluğu davranışına sahip oldukları bulunmuştur.
- Geniş aile yapısına sahip olan adölesanların diğerlerine göre daha iyi sağlık sorumluluğu ve beslenme davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur.
- Aile ekonomik durumunun SYBD'nı etkilediği bulunurken sosyo-ekonomik durumları iyi olan adölesanların dahai iyi düzeyde SYBD'larına sahip oldukları bulunmuştur.

- Tanı konulan herhangi bir hastalığa sahip olanların diğerlerine göre daha iyi stres yönetimi davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur.
- Mevcut sağlık durumlarını iyi olarak algılayan adölesanların diğerlerine göre daha iyi fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı ve kişiler arası ilişkiler davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur.
- Fiziksel aktivite yapan ve sağlıklı beslenen adölesanların mevcut sağlık durumlarının diğerlerinden daha iyi olduğu bulunmuştur.
- Anne eğitim düzeyi ortaokul olan adölesanların sağlık davranışlarının anne eğitim düzeyi lise ve üniversite olan adölesanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Adölesanlar için önemli bir rol model olan öğretmen ve diğer okul personellerinin adölesanlara yönelik sağlığın teşviki ve korunması konusunda yeterli bilgiyi edinmeleri için okul sağlığı hemşirelerinin de öncülüğünde eğitim programları düzenlenmesi,
- Ailenin sağlık değerlerinin, tutumlarının ve sağlıkla ilgili davranışların önemli bir kısmının öğrenildiği yer olması nedeniyle adölesanların SYBD geliştirmelerinde okul sağlığı hemşireleri tarafından adölesanların ailelerini hedefleyecek eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hem okullarda hem de okul dışındaki sosyal alanlarda adölesanların fiziksel aktivite, spor ve egzersiz yapabilecekleri ortamların tesis edilmesi ve mevcut olanların sayısının artırılması planlanıp adölesanların bu alanlara daha rahat erişebilmesi için kolaylıkların sağlanması,
- Okul ortamında yöneticiler ve öğretmenler tarafından adölesan sağlığının gelişmesine katkı sağlayacak oyunlar ve aktivitelerin planlanması ve uygulanması,
- Okul sağlığı politikalarının daha fazla iyileştirilmesi ve geliştirilebilmesi için daha fazla sayıda araştırma yapılması, teşvik edilmesi

KAYNAKLAR

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı. (2019). Available from: Healthy people 2020: Adolescent health; 2014. 23 mart 2022 tarihinde http://www.healthypeople.gov/ 2020/topicsobjectives2020/default.aspx adresinden erişilmiştir.

Açıkgöz, R. (2021). Hastalık, sağlık ve toplum- bir sağlık sosyolojisi incelemesi. İstanbul: DBY Yayınları. 26-27

Ahioğlu-Lindberg, E. N. (2011). Piaget ve ergenlikte bilişsel gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi, 19(1),* 1-10.

Aras S., Günay T., Özan S., ve Orçın E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8,* 186-196.

Ardıç, A. (2008). *Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ardic, A., ve Esin, M. N. (2015). The Adolescent Lifestyle Profile scale: reliability and validity of the Turkish version of the instrument. *Journal of Nursing Research, 23*(1), 33-40.

Avery G., Johnson T., ve Cousins M., (2013). The school wellness nurse: A model for bridging gaps in school wellness programs. *Pediat Nurs, 39(1),* 13–17.

Ayaz S., Tezcan S., ve Akıncı F. (2005). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2),* 26-34.

Bahabadi F. J., Estebsari F., Rohani C., Kandi Z. R. K., Sefidkar R., ve Mostafaei D., (2020). Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on pender's health promotion model. *International Journal of Women's Health, 12,* 71-7.

Bahar Z. (2010). Okul sağlığı hemşireliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3(4),* 195-200.

Baltaş Z., (2000). Sağlık psikolojisi, Ankara: Remzi Kitabevi.

Beaglehole R., Bonita R., ve Horton R., (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet, 377,* 1438–47.

Bektaş M., ve Aydın B. (2018). Okul hemşiresinin rol ve işlevleri. *Turkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics, 4(1),* 52-64.

Board C., Bushmiaer M., ve Davis-Alldritt L., (2010). Delegation—position statement. National Association of School Nurses.

Cao W, Fang Z, Hou G., (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiat Res* 2020;287:112934.

Cappa, C., Wardlaw, T., Langevin-Falcon, C., ve Diers, J. (2012). Progress for children: A report card on adolescents. *The Lancet, 379(9834),* 2323-2325.

Corswell J. M., ve Stafford D. E. J. (2008). Normal physical growth and development. In Neinstein L. S., Gordon C. M., Katzman D. K., Rosen D. S., Woods E. R., (Eds.). Adolescent Health Care A Practical Guide (p. 3-26). Fifth Edition, Lippincolt Williams & Wilkins.

Çiçek, E., ve Çetinkaya, F. (2017). Seçilmiş İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 26(1),* 29-38.

Dağdeviren, Z. (2015). *Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Dil, S., Sentürk, S. G. ve Girgin, B. A. (2015). Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygisi ve saglikli yasam biçimi davranislarinin riskli saglik davranislari ve bazi sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16(1),* 51.

Doğan, A, Ş. (2012). *Epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sivas.

Draper, N. ve Smith, H. (1966) Applied Regression Analysis. New York: John Willey & Sons, Inc.

Dünya Sağlık Örgütü. (1965). Health problems of adolescents. Technical report series 308. Geneva: World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü. (1996). Promoting health through schools: The world health organization's global school health ınitiative. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Dünya Sağlık Örgütü. (2002). Adolescent Friendly Health Services WHO/FCH/CAH/02.14 Distribution GENERAL Original ENGLISH 14.12.2021 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=y adresinden erişim sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü. (2003). Promoting the health of young people in Custody. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99015/e81703.pdf adresinden 16/09/2021 tarihinde erişilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü. (2015). The global strategy for women's, children's, and adolescents' health (2016–30). 2015. 08 Aralık 2021 tarihinde, https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/global-strategy-data adresinden erişildi.

Dünya Sağlık Örgütü. (2019). Health promotion glossary. 1998, 2019. 26 mart 2022 tarihinde https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf. adresinden erişilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü. (2021). Adolescent health. 08 Aralık 2021 tarihinde, https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 adresinden erişildi.

Edelman C. L., ve Mandle C. L. (2002). Health promotion throughouth the lifespan. USA: Mosby.

Edwards, A. L. (1957) Techniques of Attitude Scale Construction. New York: Appleton-Century-Crofts., Inc.

Elkind, D. (1975). Programmed learning aid of conitive development. Illınoıs: Learning Systems Company.

Ercan O. (2008). Adölesanın fiziksel gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi No:63, s.13-18.

Ercan O., Alikaşifoğlu M., Erginöz E., Uysal Ö., ve Kaymak D. A. (2011). Okul çağındaki çocukların sağlık davranışları araştırması. *Türk Ped Arş, 46(Özel sayı)*, 15-18.

Ercan, O. (2005). Adölesanın psikososyal gelişimi. Adölesan Sağlığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 43, 17-21.

Erci, B. (2009). *Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam*. Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Gaete, J., Olivares, E., Godoy, M. I., Cárcamo, M., Montero-Marín, J., Hendricks, C., ve Araya, R. (2021). Adolescent lifestyle profile-revised 2: validity and reliability among adolescents in Chile. *Jornal de pediatria, 97,* 52-60.

Ghiselli, E. E., Campbell, J. D. ve Zedeck, S. (1981) Measurement Theory for the Behavioral Sciences. San Francisco: W. H. Freemanand Company.

Gore F., Bloem P., ve Patton G. C. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet, 377,* 2093–102.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hacıalioğlu, N. (2009). Adölesan (ergen) sağlığı (Adolescent health). Halksağlığı Hemşireliği. Ankara: Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama.

Hacıalioğlu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin sergilediği riskli davranışlar. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(2),* 73-79.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., ve Tatham, R. L. (2013). Multivariate data analysis. Pearson Education Limited.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). Küresel gençlik tütün araştırması. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf Erişim tarihi: 16/09/2021

Hall, G. S. (1904). Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. New York: D Appleton.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi CDC National Health Education. (2019). Standards-SHER-Adolescent and School Health. http://www.cdc.gov/healthyyouth/sher/standards adresinden 01 Ocak 2022 tarihinden erişilmiştir.

Heiss, G. L. (2009). Health Promotion and Risk reduction in the Community. In Maurer F. A., ve Smith C. M. (Eds.). Community public health nursing practice health for families and populations (p. 472-490). Fourth Edition, Saunders Elsevier,

Hendrick, C., Hendrick, S. S., ve Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *Journal of Sex Research, 43*, 76-86.

Hendricks, C. S., Murdaugh, C. ve Pender, N. J. (2006). The adolescent lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Journal of National Black Nurses Assosciation, 17(2),* 1-5.

İlhan, N. (2012). *Adölesanlarda davranış imaj modeline dayanan kısa görüşmelerin sağlık davranışlarına etkisi* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İlhan, N. (2018). Improving adolescent health. In Ozcanarslan, F., Shapekova, N. L., Sancar, B. Özdemir, A. (Eds.). Recent Developments in Nursing and Midwifery. UK: Cambridge Scholars Publishing.

Kadınlar İçin Spor ve Fiziksel Aktivite Derneği. (2018) Spor Alanında Kadınların Temsili: Sorunlar ve Çözüm Önerileri II. Kadın Ve Spor Çalıştayı Raporu 07 Aralık 2018

Kaplan, M. (2010). Geleneksel tıbbın yeniden üretim sürecinde kadın, Ankara kent örneğinde kuşaklar arası çalışma. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları.

Karagözoğlu, M. (2021). *Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Keshavars, N., Nutbeam, D., Rowling, L. ve Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: A new way to understand the challenges of introducing the health promotion schools concept. *Social Science & Medicine, 70,* 1467–1474. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.034.

Khodaveisi M., Omidi A., Farokhi S., ve Soltanian A. R. (2017). The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International journal of community based nursing and midwifery, 5(2),* 165.

Kirschmann, J. D. (2007). Nutrition Almanac, McGraw-Hill Professional.

Koç, M. (2004). Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(2),* 231-256.

Koçoğlu, D., ve Akın, B. (2009). Sosyo-ekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4),* 145-154.

Lewis, G. (2001). Health: an elusive concept. In symposıa-socıety for the study of human bıology (Vol. 1, No. 41, pp. 59-67). Cambridge University Press.

Lule, E., Rosen, J. E., Singh, S., Knowles, J. C., ve Behrman, J. R. (2006). Adolescent health programs. Disease Control Priorities in Developing Countries.

Maliye, C., ve Garg, B. S. (2017). Adolescent health and adolescent health programs in India. *J Mahatma Gandhi Inst Med Sci, 22,* 78-82.

Mete B., Söyiler V. ve Pehlivan E. (2020). Adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansı. *Bağımlılık Dergisi – Journal of Dependence, 21(1),* 64-71.

National Association of School Nurses. (2012). NASN position statement: Role of the school nurse. *NASN Sch Nurse, 27(2),* 103-4.

National Association of School. (2011). Nurses and the American Nurses Association: Scope and Standards of Professional School Nursing Practice. Washington, DC: Nursebooks.

Nic Philibin, C. A., Griffiths, C., ve Byrne, G. (2010). The role of the public health nurse in a changing society. *J Adv Nurs, 66(4),* 743–752.

Özakgül, A. A., Aştı, T. A., Ataç, M. ve Mercan, K. (2016). Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24(1),* 16-23.

Öztürk, Ö. (2013). *Bir cezaevinde kalan ergenlerde sağlık davranışlarının saptanması ve sağlığı geliştirme modeline temellendirilmiş eğitimin davranış değişikliğine etkisi* (Yayınlanmış doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özvarış, Ş. B. (2006). Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Güler, Ç., ve Akın, L., (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (s. 1132- 1134). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Patton, G. C., Coff ey, C., ve Sawyer, S. M., (2009) Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet, 374,* 881–92.

Pekcan, H. (2006). Adölesan (Delikanlı) sağlığı. Güler, Ç., ve Akın, L. (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (s. 481-490). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M. A. (2002). Health promotion in nursing practice, fourth edition, New Jersey.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice, seventh edition, New Jersey.

Resnick, M. D., ve Bowes, G. (2007). Us and them: worldwide health issues for adolescents. *Lancet, 369,* 1058–60.

Sarı, C. (2006). *Lise öğrencilerinde riskli sağlık davranışları* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sheets, J., Teskey, C., ve Yow, B. (2012). Education, Licensure, and Certification of School Nurses. National Association of School Nurses.

Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, C. ve Murdaugh, C. (2015). Health promoting behaviors in adolescence: Validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *Jornal de pediatria, 91,* 358-365.

Stang, J., ve Story, M. (2005). Guidelines for adolescent nutrition services. University of Minnesota School of Public Health Division of Epidemiology and Community Health, Minneapolis.

Stenhope, M., ve Lancaster, J. (2000). Community Public Health Nursing. USA: Mosby.

Su, TP., Lien, TC. ve Yang, CY. (2007) Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res* 2007;41:119e30.

Sümen, A. ve Öncel, A. (2017). Türkiye'de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: Sistematik derleme. *Eur J Ther, 23,* 74-82. doi: 10.5152/EurJTher.2017.04044.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2022a). Millî eğitim bakanlığı okul sağlığı hemşirelerinin çalışma usul ve esasları hakkında yönerge. Erişim adresi: 08/09/2022 tarihinde http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/2121.pdf aresinden erişilmiştir.

T.C Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2022b). Meb'den okul sağlığı hemşireleri yönergesi. Erişim adresi: 08/09/2022 tarihinde https://www.meb.gov.tr/mebden-okul-sagligi-hemsireleri-yonergesi/haber/25778/tr adresinden erişilmiştir.

Tezbaşaran, A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. s. 21-45.

Törüner, E., ve Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. İstanbul: Göktuğ Yayıncılık.

Tseng, W. (2003). Clinican's guide to cultural psychiatry. USA: Academic Press.

Turner, L. (2016). The Nursing in the Schools. In Lancaster, J., ve Stasnhope, M., (Eds.). Publıc Health Nursing: Population-Centered Health Care In The Community (s. 914-936), Ninth Edıtıon.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle gençlik, 07 Eylül 2022 tarihinde, https://paply.org/al9 adresinden erişildi.

Uluslararası Çocuk Merkezi. (2013). Çalıştay Raporu http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3 16/09/2021 tarihinde erişilmiştir.

United Nations Population Fund. (2020). Dünya nüfusu göstergesi. 08 Aralık 2021 tarihinde, https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard adresinden erişildi.

World Health Organization. (2020). Physical activity, Retrieved April 23, 2020, 17.09.2022 tarihinde https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/physicalactivity adresinden erişilmiştir.

Yalçın, R. (2018). *Lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Yıldırım, N. (2005). *Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Yıldız, İ. (2010). *Lise öğrencilerinde problemli internet kullanımı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J. ve Tao, Q. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, *67*(6), 747-755.

EKLER

EK 1: Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

Sayın Katılımcı Lütfen Bu Dökümanı Dikkatlice Okumak İçin Zaman Ayırınız

Sizi Sinan DİNDAR tarafından yürütülen "**Lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

1) Cinsiyetiniz:

a) Kız ( ) b) Erkek ( )

2) Yaşınız: ……. **3)** Boyunuz:…… **4)** Kilonuz:…….

5) Doğum yeriniz aşağıdakilerden hangisidir?

a) Büyükşehir ( ) b) İl ( ) c) İlçe ( ) ç) Köy ( )

6) Okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) İyi ( ) b) Orta ( ) c) Kötü ( )

7) Okul dışında herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet ( ) b) Hayır ( )

8) Son beş yılınızı nerede yaşayarak geçirdiniz?

a) Büyükşehir ( ) b) İl ( ) c) İlçe ( ) d) Köy ( )

9) Ailenizi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

a) Çekirdek aile (Anne baba ve çocuklardan oluşur.) ( )

b) Geniş aile (Çekirdek aile dışında büyükbaba, hala vb. ile birlikte yaşanır) ( )

c) Parçalanmış aile (Anne-baba ayrı yaşar) ( )

EK 1 (Devam): Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

10) Annenizin eğitim durumu nedir?

a) Okumamış ( )

b) İlkokul ( )

c) Ortaokul ( )

d) Lise ( )

e) Üniversite ( )

f) Yüksek lisans ve üstü ( )

11) Babanızın eğitim durumu nedir?

a) Okumamış ( )

b) İlkokul ( )

c) Ortaokul ( )

d) Lise ( )

e) Üniversite ( )

f) Yüksek lisans ve üstü ( )

12) Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

a) İyi ( ) b) Orta c) Kötü

13) Ailenizle olan ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz?

a) İyi ( ) b) Orta c) Kötü

14) Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz?

a) İyi ( ) b) Orta c) Kötü

15) Tanısını almış olduğunuz herhangi bir hastalığınız var mı?

a) Evet ( )

b) Hayır ( )

16) Mevcut sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

a) İyi ( ) b) Orta c) Kötü

17) Ailenizin bir sosyal güvencesi var mı?

a) Yok b) SGK c) Özel sağlık sigortası d) Bağkur e) Diğer (Lütfen açıklayınız……...)

EK 2: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)				
Lütfen aşağıda yazılı ifadeleri dikkatlice okuyun ve her bir davranışı ne sıklıkla yaptığınızı işaretleyiniz.	**Hiçbir Zaman**	**Bazen**	**Sık Sık**	**Herzam**
1. Ailemle sohbet etmek için zaman ayırırım.				
2. Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama).				
3. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aile sağlığı merkezine ya da hastaneye giderim.				
4. Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da dahafazla güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme gibi).				
5. Gecede altı-sekiz saat uyurum.				
6. Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7. Şekerden ve şeker oranı yüksek diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8. Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitaplar okurum.				
9. İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10. Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederi (yoğurt, peynir, dondurma).				
11. Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırırım.				
12. Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				
13. Her gün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım (zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.).				
14. Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15. Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissederim.				
16. Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17. Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18. Geleceği düşünmek beni heyecanlandırır.				
19. Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				
20. İnanç ve düşüncelerimi paylaşacağım bir gruba katılırım.				
21. Her gün iki-dört defa meyve yerim.				
22. Sağlığımı koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer,toplantı ve eğitimlere katılırım.				
23. Kendimle barışığımdır.				
24. Her gün üç-beş defa sebze yerim.				
25. Hoşlandığım şeyleri yapabilmek için kendime zaman ayırırım.				
26. Yaşamım için önemli olan amaçlarımı gerçekleştirmeye çalışırım.				
27. Boş zamanlarımda yürüyüş veya egzersiz yaparım.				
28. Her yeni güne umutla bakarım.				

EK 2 (Devam): Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

29.İnanç ve düşüncelerimin gelişmesine yardım eden faaliyetlerde bulunurum.				
30. Arkadaşlarımla aktif sporlar yaparım. (Futbol,basketbol,valeybol,tenis gibi…)				
31. İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim.				
32. Kendime ibadet ya da rahatlamak için zaman ayırırım.				
33. Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
34. Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım.				
35. Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim.				
36. İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissederim.				
37. Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.				
38. Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm.				
39. Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim.				
40. Sorunlarımı bana yakın olan/güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım.				

EK 3: Etik Kurul İzin Formu

T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı No:	23
Araştırmanın Yürütücüsü:	Sinan Dindar
Araştırmanın Başlığı:	Lisede öğrenim gören adolesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi
Karar Tarihi:	02-12-2021
Kurul Görüşü:	Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan
Prof. Dr. Hüseyin ODABAŞ
İMZA

Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Ela Özkan CANBOLAT
İMZA

Üye
Prof. Dr. Gülcihan YILDIRIM
İMZA

Üye
Doç. Dr. Hakan ÇOLAK
İMZA

Üye
Doç. Dr. Bilgehan TEKİN
İMZA

Üye
Doç. Dr. Emine ÇELİKSOY
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Serap Aslan COBUTOĞLU
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Erhan Bulut
İMZA

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Süheyla BOZKURT
İMZA

Çankırı Karatekin Üniversitesi

EK 4: Milli Eğitim Araştırma İzni

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-14588481-605.99-40632857 06.01.2022
Konu : Araştırma İzni

ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2020/2 sayılı Genelgesi.
b) 23.12.2021 tarihli ve 47015 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Sinan DİNDAR'ın **"Lisede Öğrenim Gören Adolesanlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi"** konulu çalışması kapsamında İlimiz Keçiören İlçesine bağlı Keçiören Vatansever Şehit Tümgeneral Aydoğan Aydın Fen Lisesi'nde uygulama yapma talebi ilgi (a) Genelge çerçevesinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Milli Eğitim Temel Kanunu ile Türk Milli Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda, gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Harun FATSA
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Ek: Uygulama Araçları

Dağıtım:
Gereği:
Çankırı Karatekin Üniversitesi

Bilgi:
Keçiören İlçe MEM

EK 5: MEB Araştırma İzni Başvuru Taahütnamesi

MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞINA BAĞLI OKUL VE KURUMLARDA GERÇEKLEŞTİRİLECEK ARAŞTIRMA UYGULAMALARINA İLİŞKİN

ARAŞTIRMA İZNİ BAŞVURU TAAHHÜTNAMESİ

1. Araştırmam boyunca anayasa/kanun ve yönetmeliklere uygun davranacağımı,
2. Araştırmayı yürüteceğim okulun/kurumun kurallarına uyacağımı,
3. Araştırmam boyunca hiç kimseyi araştırmama/çalışmama katılmaya zorlamayacağımı,
4. Araştırmayı/çalışmayı bana tahsis edilen mekân/sınıf ve zamanda gerçekleştireceğimi,
5. Araştırmanın olası fiziksel/ruhsal zararları konusunda katılımcıları bilgilendireceğimi,
6. Araştırmam/ çalışmam sırasında topladığım kişisel bilgileri koruyacağımı,
7. Araştırmam/çalışmam için gerektiği kadar veri toplayacağımı,
8. Araştırma/çalışma sırasında öğrencilerin derslerinde/çalışmalarında herhangi bir kayıplarının olmayacağını,
9. Araştırmam/çalışmam sırasında herhangi bir ticari faaliyette bulunmayacağımı, katılımcıları herhangi bir ürün/eser/tedaviye yönlendirmeyeceğimi,
10. Araştırma izin evraklarını okul yönetimine teslim edeceğimi,
11. Araştırma/çalışma sırasında izni olan evrakları kullanacağımı,
12. Tıbbi araştırmalarda araştırma/çalışmanın uygulama sırasında etik kurallara uyacağımı,
13. Araştırma/çalışma sırasında topladığım ses ve görüntü kayıtlarını güvenilir ortamlarda saklayacağımı ve araştırma/çalışma sonrasında imha edeceğimi,
14. Genelge hükümlerine aykırı davranmam ve herhangi bir yanlış ifade, beyan ve maddi gerçeği gizleme gibi durumlarda adlî ve idarî işlemlerin yürütülmesini kabul edeceğimi,
15. İzin alınmış araştırmalarda/projelerde insanlarla ilgili yapılacak anket, görüşme, gözlem, alan araştırması, uygulama ve incelemelerde sağlık, güvenlik, insan hakları, mevcut mevzuat hükümleri, hukukun genel ilkelerini ihlal etmeyeceğimi ve etik ilkelere uyacağımı,
16. Araştırma ile ilgili sonuç raporlarını çalışmanın bitiş tarihinden itibaren 30 gün içinde izin aldığım birime ulaştıracağımı,

Kabul ettiğimi beyan ederim.

Araştırmanın Adı : Lisede öğrenim gören adolesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi

Araştırmacı : Sinan Dindar

Tarih 29.12.2021

İmza

İsim - Soyisim

EK 6: MEB Araştırma Ayrıntılı Bilgilendirme Formu

AYRINTILI BİLGİLENDİRME FORMU

Sevgili öğrenciler. Size dağıtmış olduğumuz bu anket mevcut sağlık durumunuzla ilgili bilgiler elde edebilmek ve iyileştirmek amacıyla hazırlanmıştır. Biri 19 diğeri ise 40 sorudan oluşan iki farklı anketlere cevap vermeniz beklenmektedir. Bu anketlerdeki sorular sosyo-demografik özelikleriniz (yaş, cinsiyet, okul başarısı vb) ve yaşam biçiminiz (beslenme şekliniz, uyku düzeniniz, spor yapıp yapmama vb) ile ilgilidir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Araştırmaya katılım tamamen sizin isteğinize bağlıdır, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda akademik başarınız, okul ve öğretmenlerinizle olan ilişkileriniz etkilenmeyecektir. Çalışmada sizlerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Anketi doldururken vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak olup ankete adınızı ve soyadınızı yazmanız gerekmemektedir. Lütfen her bir maddede yer alan ifadeleri dikkatli bir şekilde okuduktan sonra uygun seçeneği işaretleyiniz ve gerekli bilgileri yazınız. Bu ankete katılarak çalışmaya katkı sunmanız ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

EK 7: Veli Onam Formu

Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, "Lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi" adıyla 01.12.2021-01.04.2022 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi: Ülkemizdeki nüfusun büyük ve önemli bir bölümünü oluşturan gençlerimize yönelik faydalı ve sağlıklı programların hazırlanıp uygulanabilmesi için öncelikle bu grubun sağlık davranışları ile ilgili nitelikli, güvenilir ve bilimsel olan verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu görüşten hareketle planlanan bu çalışmanın amacı lisede öğrenim gören adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve adölesan sağlığı, okul sağlığına katkıda bulunmaktır. Araştırma Uygulaması: Anket / Görüşme / Gözlem şeklindedir.

Araştırma T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleşmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir. Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı :

İletişim bilgileri :

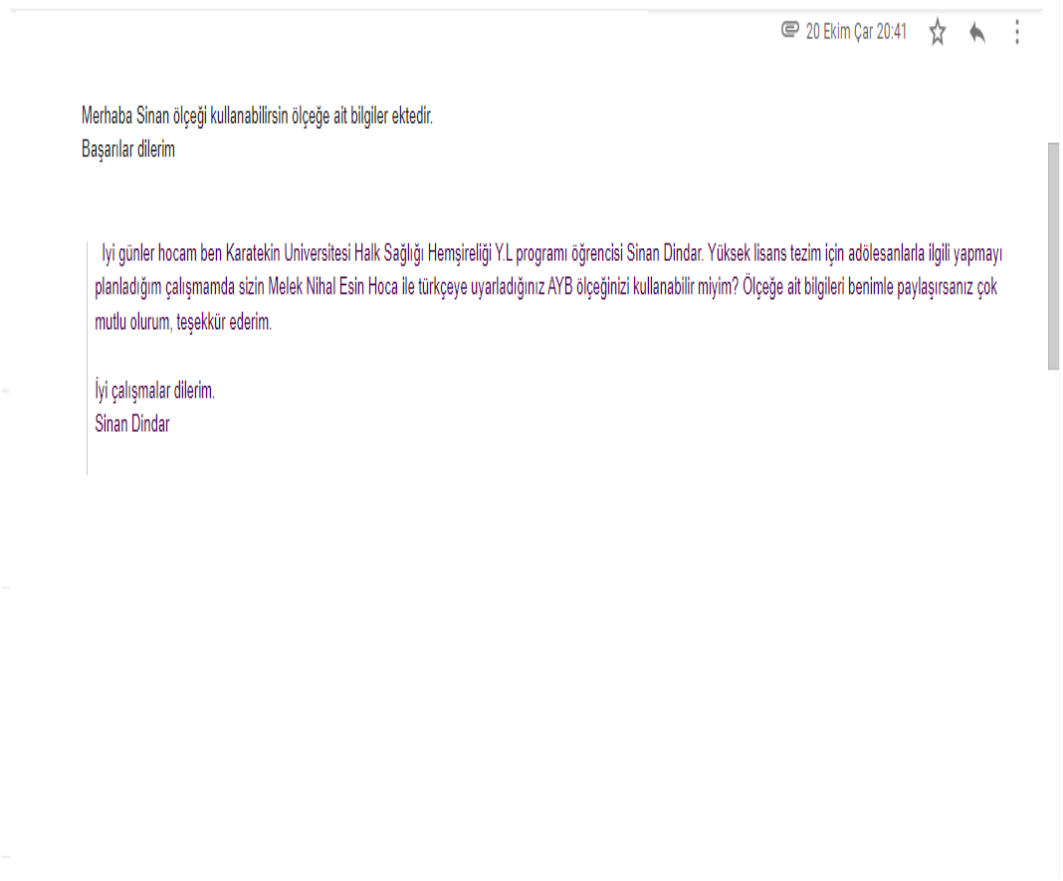
Velisi bulunduğum ..... sınıfı ..... numaralı öğrencisi .....

…….'in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin veriyorum. (Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).

İsim-Soyisim İmza: ……../……../……

Telefon Numarası :

EK 8: Ölçek İzni



20 Ekim Çar 20:41

Merhaba Sinan ölçeği kullanabilirsin ölçeğe ait bilgiler ektedir.
Başarılar dilerim

Iyi günler hocam ben Karatekin Universitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Y.L programı öğrencisi Sinan Dindar. Yüksek lisans tezim için adölesanlarla ilgili yapmayı planladığım çalışmamda sizin Melek Nihal Esin Hoca ile türkçeye uyarladığınız AYB ölçeğinizi kullanabilir miyim? Ölçeğe ait bilgileri benimle paylaşırsanız çok mutlu olurum, teşekkür ederim.

İyi çalışmalar dilerim.
Sinan Dindar

EK 9: Özgeçmiş

Adı – Soyadı **:** Sinan DİNDAR

Öğrenim Durumu **:** Lisans.

Lisans **:** 2018, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik 2016, Nicolaus Copernicus,University. Collegium Medicum, Nursing.

Mesleki Deneyimi **:** Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2019-Günümüz.

Aldığı Burslar **:** Erasmus Öğrenim Hareketliliği Bursu.