



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 10-24 YAŞ
ARASI ADOLESAN VE GENÇ BİREYLERDE SAĞLIĞI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Halil İbrahim BAYANA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 10-24 YAŞ
ARASI ADOLESAN VE GENÇ BİREYLERDE SAĞLIĞI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Halil İbrahim BAYANA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMSEK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları akademik ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir değiştirme yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tez danışmanım Doç. Dr. Engin Ersin şİMşEK kontrolünde tarafımdan retildeğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Halil İbrahim BAYANA

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ADOLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİ	3
2.1.1 Adolesan ve Genç Kavramlarının Tarihsel Gelişim Süreci	3
2.1.2 Erken Adolesan Dönemi (10-14 Yaş).....	3
2.1.3 Geç Adolesan Dönemi (15-19 Yaş)	4
2.1.4 Genç Yetişkinlik Dönemi (20-24 Yaş)	4
2.1.5 Adolesan ve Genç Bireylerde Genel Değerlendirme	5
2.1.6 Adolesan ve Genç Bireylerde Psikososyal Öykü.....	5
2.1.7 Adolesan ile Görüşme	6
2.1.8 Adolesan ve Gençlik Dönemi Sorunları	7
2.1.9 Adolesanlarda Madde ve Tütün Kullanımı	8
2.2 ADOLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME	10
2.2.1.1 Adolesanlarda Beslenme.....	12
2.2.1.2 Adolesanlarda Fiziksel Aktivite.....	14
2.2.1.3 Adolesanlarda Stres Yönetimi	15
2.2.1.4 Adolesanlarda Sağlık Bilgisi Tutumu	16
2.2.1.5 Adolesanlarda Kendini Gerçekleştirme	17
2.2.1.6 Adolesanlarda Kişilerarası İlişkiler.....	17

2.2.2 Adolesan ve Genç Bireylerin Sağlık Bakımında Aile Hekimliğinin Yeri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ VE EVRENİ.....	20
3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	20
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	20
3.3.1. Katılımcı Bilgi Formu	20
3.3.2. Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği.....	21
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ	21
3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	21
3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Katılımcı Bilgi Formunun Özellikleri.....	22
4.2. Katılımcıların Adolesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği Puanları	23
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKÇA.....	45
8. EKLER.....	52
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU	52
EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	55
EK 3: ETİK KURUL KARAR FORMU	Error! Bookmark not defined.
EK 4: TEZ KONUSU ONAY FORMU	Error! Bookmark not defined.
EK 5: ÖZGEÇMİŞ.....	Error! Bookmark not defined.

TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Başhekimini Sayın Prof. Dr. Recep DEMİRHAN'a

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin ve tez sürecinin her aşamasında özel bir çaba sarf ederek pek kıymetli bilgi ve tecrübelerini bizlerle paylaşıp rehberlik eden aynı zamanda tez danışmanım olan saygıdeğer hocam, SBÜ HUTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Mesleki tecrübelerini, bilgilerini bizden esirgemeyip her daim yanımızda olan ve birlikte çalışma şansına sahip olduğum değerli hocalarım, Sayın Doç. Dr. Can ÖNER'e, Sayın Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e,

Eğitim ve tez süresince bizleri her konuda destekleyen Aile Hekimliği Kliniği uzman hekimleri; Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e ve Uzm. Dr. Nazlı HACIAĞAOĞLU'na,

Aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecimde daima desteklerini hissettiğim ve beraber çalışmaktan onur duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca gerek çalışma hayatımda gerekse sosyal hayatımda her daim beni destekleyerek yalnız bırakmayan, tezimin her aşamasında bana yardımcı olan tanımaktan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve çok sevdiğim değerli arkadaşım Dr. Emine KAYA'ya,

Asistanlık sürecimde her konudaki bilgilerini benimle paylaşan, örnek bir karaktere sahip değerli arkadaşım Dr. Emre ARSLAN'a,

Ellerindeki bütün imkanları sonuna kadar benim için kullanan ve bana eşsiz fırsatlar sunarak beni bugünlere getiren vefakar ve değerli aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Halil İbrahim BAYANA

KISALTMALAR

AAP: American Academy of Pediatrics-Amerikan Pediatri Akademisi

ASGÖ: Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BM: Birleşmiş Milletler

DALY: Disability Adjusted Life Years-Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. HEADS ve HEADSSS Değerlendirmesi.....	6
Şekil 2. Dört Yapraklı Yonca Figürü.....	13



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcı bilgi formunun özellikleri.	22
Tablo 2. Katılımcıların Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği puanları.	24
Tablo 3. Katılımcıların ASGÖ toplam puanları ile genel özelliklerinin ilişkisi.....	25
Tablo 4. Katılımcıların ASGÖ kendini gerçekleştirme alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.	26
Tablo 5. Katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.	28
Tablo 6. Katılımcıların ASGÖ egzersiz alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.....	29
Tablo 7. Katılımcıların ASGÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.	31
Tablo 8. Katılımcıların ASGÖ stres yönetimi alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.	32
Tablo 9. Katılımcıların ASGÖ beslenme alışkanlıkları alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.	34

ÖZET

Amaç: Adolesan ve gençlik dönemindeki bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyal konularda birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar karşısında bireylere sağlığı geliştirici davranışlar kazandırılması daha olumlu sağlık sonuçları elde edilmesini sağlamaktadır. Yeterli bilgi düzeyi ve farkındalığın oluşmasında Aile Hekimliğinin önemli bir yeri olması nedeniyle bu çalışmada Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 10-24 yaş arası adolesan ve genç bireylerde sağlığı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.03.2022-01.09.2022 tarihleri arasında başvuran 10-24 yaş arası adolesan ve genç yetişkin 216 birey ile yürütülmüştür. Bütün katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan bireyin genel özellikleri hakkında soruların yer aldığı Katılımcı Bilgi Formu ve Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeğinin (ASGÖ) 40 soruluk anket formu sorulmuştur.

Bulgular: Yapılan çalışmada, katılımcıların 94 (%43.5)'ü erkek, 122 (%56.5)'si kadındır. Katılımcıların 22 (%10.2)'sinin kronik hastalığı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların ASGÖ genel puan ortalaması 130.4 ± 26.9 bulunmuş olup alt gruplara bakıldığında en yüksek puan ortalaması sağlık sorumluluğundan (29.2 ± 7.5) en düşük puan ortalaması ise egzersizden (11.2 ± 4.0) alınmıştır. Katılımcıların sağlığını etkileyen faktörler arasında adolesan ve genç bireylerin yaşı, yaşam alanlarının farklılığı yer almıştır. Çalışmada genç yetişkinlerin ASGÖ genel puan ortalaması, erken ve geç adolesanlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.025$). Yine genç yetişkinler ASGÖ'nin alt gruplarından olan kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu başlığından erken ve geç adolesanlara oranla anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır ($p=0.003$, $p=0.000$). Tek başına yaşayan bireyler, ASGÖ genel puan ortalamasından ve ASGÖ alt gruplarından olan sağlık sorumluluğu, egzersiz başlıklarından diğer katılımcılara oranla daha yüksek puanlar almıştır ($p=0.044$, $p=0.013$, $p=0.009$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında; adolesanlar yaşın ilerlemesi ile yetişkinlik dönemine adım atmakta, daha gelişmiş ve sağlıklı benlik yapısına sahip olmaktadır. Aile Hekimliği uygulamaları sayesinde erken yaşta yapılan sağlığı geliştirici müdahaleler, adolesan döneminde görülen sorunların azalmasına katkı sağlar. Bu nedenle birinci basamakta, adolesanın sağlıklı olduğu dönemler de dahil olmak üzere tarama ve periyodik muayenelerle izlenmesi, riskli davranışların yüksek olduğu bu periyotta eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilerek koruyucu, önleyici çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Sağlığın Geliştirilmesi, Aile Hekimliği, Adolesan Sağlığını Geliştirme leği (ASG)

ABSTRACT

Aim: Individuals in the adolescent and youth period, may encounter many problems in biological, psychological and social issues. In the face of these problems, providing individuals with health-promoting behaviors provides more positive health outcomes. Family medicine has an important place in the formation of an adequate level of knowledge and awareness. Therefore In this study, we aimed to evaluate the factors affecting health in adolescents and young individuals between the ages of 10-24 who applied to the Family Medicine Polyclinic of Kartal Dr. Lutfi Kırdar City Hospital.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted by the study was conducted with 216 adolescents and young adults between the ages of 10-24 who applied to the Kartal Dr. Lutfi Kırdar City Hospital Family Medicine Polyclinic between 01.03.2022 and 01.09.2022. All participants were asked the Participant Information Form, which included questions about the general characteristics of the individual, prepared by the researchers, and the 40-question questionnaire of the Adolescent Health Promotion Scale (AHPS).

Results: In the study, 94 (43.5%) of the participants were male and 122 (56.5%) were female. It was found that 22 (10.2%) of the participants had a chronic disease. As a result of the study, the overall mean score of the participants AHPS was 130.4 ± 26.9 . Considering the subgroups, the highest score was health responsibility (29.2 ± 7.5) whereas the lowest was exercise (11.2 ± 4.0). Among the factors affecting the health of the participants were the age of adolescents and young individuals, and the differences in their living places. The general average score of AHPS of young adults was found to be significantly higher than that of early and late adolescents ($p=0.025$). Again, young adults scored significantly higher than early and late adolescents in the subgroups of AHPS, especially in the aspects self-actualization and health responsibility ($p=0.003$, $p=0.000$). Individuals living alone got higher scores from the overall score average of the AHPS and from the subgroups of the AHPS, health responsibility, and exercise titles compared to the other participants ($p=0.044$, $p=0.013$, $p=0.009$).

Conclusion: Considering the results of our study, adolescents pay more attention to their own health while stepping into adulthood with the advancement of age. Thanks to Family Medicine practices, health-promoting interventions at an early age contribute to the reduction of problems seen in adolescence. For this reason, in primary care, it is necessary to monitor the adolescent with screening and periodic examinations, including the periods when he is healthy, and to carry out protective and preventive studies by providing education and consultancy services in this period when risky behaviors are high.

Keywords: Adolescent, Health Promotion, Family Medicine, Adolescent Health Promotion Scale (AHPS)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ergenlik ya da adolesan dönemi, kişinin biyolojik, psikolojik ve de sosyal olarak olgunlaşmasına ve potansiyel olarak bağımsız yaşayabilmesine yol açan, hızlı ve büyük ölçekli değişikliklerin meydana geldiği, giderek uzayan bir evredir. Bu dönemdeki bireylerin gelişiminde, kimliğin oluşması ve özerkliğin sağlanması önemli bir süreçtir. Adolesan döneminin başlangıcı ve sonu, aşamalar arasındaki ilerleme, bireysel olarak değişkenlik göstermesine rağmen psikososyal gelişim genel olarak ortak özelliklere sahiptir. Bu dönem; erken adolesan dönemi, geç adolesan dönemi ve genç yetişkinlik dönemi olmak üzere ilerleyici bir yapıda olup üç aşamadan oluşmaktadır (1). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’ne göre; 10-19 yaş grubu adolesan dönemi, 15-24 yaş grubu ise gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır (2). Bununla birlikte, son yıllarda, alanındaki uzman kişiler tarafından 10 ila 24 yaş arasındaki bireyler “genç nüfus” veya “genç insanlar” olarak adlandırılmıştır. Bu yaş aralığı şu anda adolesan dönemin biyolojik değişikliklerini yaşayan ve bu dönemin sosyal rollerini üstlenen insanların çoğunluğunu kapsamaktadır (1).

Dünyada yaklaşık 1.3 milyar 10-19 yaş arasında adolesan birey bulunmaktadır. Bu oran dünya nüfusunun %16’sını oluşturmaktadır (3). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2021 verilerine göre Türkiye’nin toplam nüfusu 84 milyon 680 bin 273’tür. Bu nüfus içerisinde 10-19 yaş grubuna dahil 12 milyon 667 bin 861 kişi (%14,9), 15-24 yaş 12 milyon 971 bin 289 kişi (%15,3), 10-24 yaş arasında 19 milyon 409 bin 441 kişi (%22,9) bulunmaktadır (4). Bu verilerden anlaşıldığı üzere Türkiye nüfusunun önemli bir kısmını adolesan ve genç bireyler oluşturmaktadır. Toplumun gelişimi ve sağlığı açısından bu yaş grubundaki bireylerin sorunları hassas bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu yaş grubundaki bireylerin birinci basamak ve diğer sağlık kurumlarına başvuru oranları düşüktür. Bu durum yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunların tespit edilmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Erken dönemde tespit edilerek daha ortaya çıkmadan engellenebilecek sorunlar gözden kaçabilmektedir. Riskli davranışların tanınması ve gerekli önlemlerin alınması, erişkinlikte ortaya çıkabilecek olası birçok hastalık ya da olumsuz durumun engellenmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması açısından fırsat dönemi olarak da adlandırabileceğimiz bu dönem oldukça önemli bir gelişim aşamasıdır (5).

Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki bulaşıcı hastalık, kötü beslenme ve ölüm oranlarındaki azalma sonucunda adolesan popülasyonu artış göstermektedir. Bu dönem için özellikle cinsel sağlığa, madde kötüye kullanımına, akıl sağlığına, yaralanmaya, obezite ve diğer kronik hastalıklara dikkatleri çevirmek gerekir (6). Bu anlamda Aile Hekimliği disiplinin üzerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Toplumun sağlam temeller üzerine inşa edilebilmesi adına bu yaş grubundaki bireylerin gelişimleri, olaya aileler de dahil edilerek yakından takip edilmelidir. Ergenlik; insan bedeninde birçok fiziksel, kimyasal, ruhsal değişime neden olması yönünden hayatın zor bir dönemidir. Bu dönemde yaşanan veya göz ardı edilen sorunlar, insanların erişkin dönemde karşısına tekrardan çıkmakta ve tedavi edilmesi daha zor olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük yatırımlar yapmasının en önemli nedenlerin biri; sağlık sorunlarının ve hastalıkların henüz ortaya çıkmadan engellenmesiyle sağlık hizmeti üzerindeki yükün hafifletilmesidir (5).

Adolesan ve gençlik dönemindeki bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyal konularda birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlar karşısında bireye sağlığı geliştirici davranışlar kazandırılması daha olumlu sağlık sonuçları ile ilişkilidir. Yeterli bilgi düzeyi ve farkındalığın oluşmasında Aile Hekimliğinin önemli bir yeri olması nedeniyle bu çalışmada Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 10-24 yaş arası adolesan ve genç bireylerde sağlığı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADOLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİ

2.1.1 Adolesan ve Genç Kavramlarının Tarihsel Gelişim Süreci

Adolesan kelimesi, Latince adolescere şeklinde yazılır ve büyümek anlamına gelir. Bununla birlikte, çocukluk ve yetişkinlik arasında yer alan bu yaşam dönemini tanımlamak, uzun zamandır bir belirsizlik oluşturmuştur. G. Stanley Hall, 20. yüzyılın başında adolesan dönemi üzerine yaptığı incelemede; ergenliği, 14 ile 24 yaş arasındaki gelişim dönemi olarak keskin olmayan bir şekilde tanımlamıştır (7). 1965 yılında DSÖ, “Adolesanlarda Sağlık Sorunları” başlığı altında yaptığı bildiride ergenliğin bir süreç olduğunu, yaklaşık olarak 10-20’li yaşlar arasını kapsadığını belirtmiştir. Kız ve erkek çocuklar kendi yapısal süreçlerine uygun olarak 10-14 yaş arasında yetişkin olmaya başlarken 16-20 yaşlarında ise olgunlaşma hızları belirgin olarak azalmaktadır (8). BM (Birleşmiş Milletler), Çocuk Hakları Sözleşmesinde 0-18 yaş arası bireyleri çocuk olarak tanımlamış olup adolesan dönemini ise zamanla 10 ila 19 yaş arasındaki evre olarak tanımlaya başlamıştır. Ergenlikle uyuşan gençlik terimi, 1985’te BM’nin ilk Uluslararası Gençlik Yılı sırasında popüler hale geldi. Gençlik tipik olarak 15 ile 24 yaş arasındaki dönem olarak tanımlansa da ilgili dünya kongresinin Barselona Bildirisi’nde gençlik sosyal bir kategori olarak değerlendirildi. Bu kongrede yayınlanan bildiride yaş aralıklarının tam olarak tanımlanmaması dikkat çekiciydi. Daha yakın zamanlarda gençliğin 16-26 yaşlar arasındaki dönem olarak tanımlanması bu karışıklığın şaşırtıcı olmadığını gösterir (9).

DSÖ, 10-19 yaş arasındaki bireyleri adolesan, 15-24 yaş arasındaki bireyleri genç olarak tanımlar. Bu iki döneme ait yaşların kesişmesinden dolayı 10-24 yaş grubu “Genç İnsanlar” olarak nitelendirilir (2).

2.1.2 Erken Adolesan Dönemi (10-14 Yaş)

Erken adolesan döneminde biyolojik olarak pubertal dönemdeki hormonların vücuttaki hızlı bir artışı söz konusudur. Bu artışa bağlı olarak bu dönem morfolojik, cinsel ve zihinsel gelişimin egemenliği altında olan bir dönemdir. Adolesan dönemde beynin ödül sisteminde yeniden bir şekillenme görülür. Psikolojik açıdan bu dönemdeki bireyler akranlarının kendilerine olan etkilerine karşı daha az direnç

gösterir. Adolesanın geleceğe karşı yönelimleri düşük düzeyde iken bu dönemdeki bireyler düşük risk algısıyla karakterize bir yapıya sahiptir. Bu durum risk alma davranışında artışa ve zayıf self kontrole yol açar. Cinsel ve romantik ilişkilerin de dahil olduğu yeni ilgi alanları bu dönemde kimlik oluşumu ve gelişimini sağlar. Okul ve aile ortamı bu dönemde kritik öneme sahip sosyal bağlamlardır (10).

2.1.3 Geç Adolesan Dönemi (15-19 Yaş)

Bu dönem özellikle erkek çocuklarında daha az görsel değişimle birlikte pubertal olgunlaşma ile karakterizedir. Bu zaman beyin gelişiminin hızlı olduğu özellikle prefrontal korteksin gelişimi ve nöronlar arasındaki bağlantıların arttığı bir dönem olması sebebiyle nöronal gelişimin aktif olduğu bir evredir. Erken adolesan döneminden sonra görülen bu evrede adolesanın geleceğe yönelimi daha üst düzeydedir. Alınacak kararların uzun ve kısa dönemdeki sonuçlarını tartma eğiliminde artış görülmektedir. Bu durum bireyin yönetici ve kendi davranışlarını düzenleme kapasitesinin gelişmesini sağlamaktadır. Bu dönemdeki birçok adolesan, ailesiyle yaşamasına rağmen özerliklerindeki artışla birlikte ailelerin kendilerine olan etkileri döneme özel olarak farklılaşmaktadır. Bir önceki dönemdeki gibi eğitim ortamı bu dönem için de önemini korumaktadır (10).

2.1.4 Genç Yetişkinlik Dönemi (20-24 Yaş)

Bu döneme prefrontal korteksin olgunlaşması, akıl yürütme ve kendi davranışlarını düzenleme süreci eşlik eder. Adolesan dönemle ilişkili yüksek beyin plastisitesinin sonuna gelindiği bu aşamada yetişkin beyin organizasyonun son kısmı şekillenir. Bu dönemdeki bireyler işgücüne dahil olma, yüksek öğrenime girme, evlilik, çocuk sahibi olma, ekonomik bağımsızlığını elde etme gibi yetişkin bireylerin sorumluluklarını ve rollerini benimsemektedir. Popüler trendler, birçok gelişmiş ülkede, adolesanların yetişkin rollerini daha ileri yaşlarda elde etmesine sebep olmaktadır (10).

2.1.5 Adolesan ve Genç Bireylerde Genel Değerlendirme

Adolesan ve genç bireylerde genel değerlendirme yapılırken 5 ana husus üzerinde özellikle durulmalıdır. Bu hususlar aşağıda sıralanmıştır.

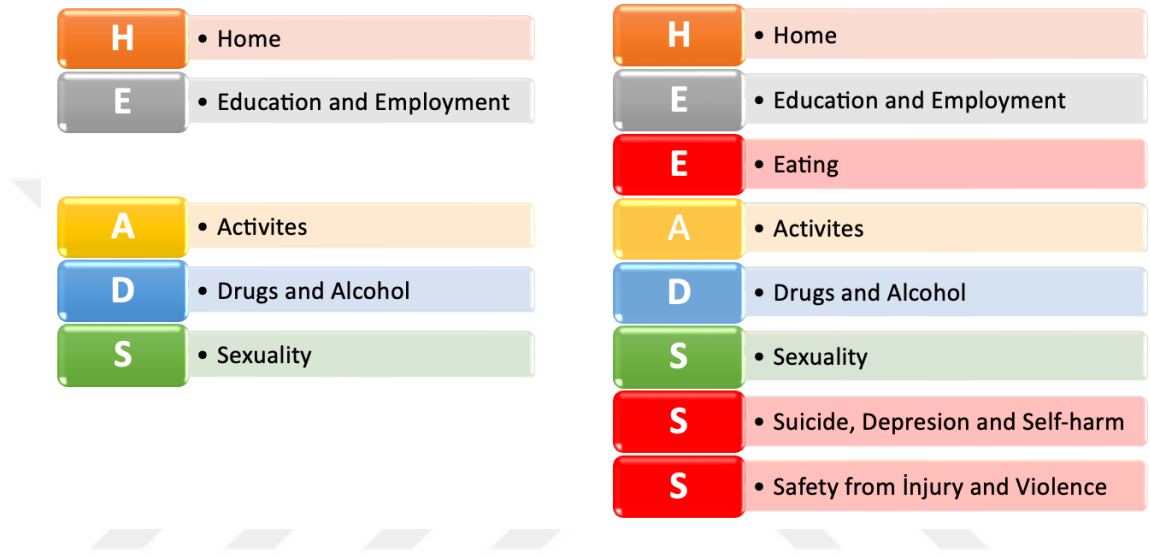
- Sosyal ve emosyonel gelişim,
- Fiziksel gelişim
- Sağlık alışkanlıkları
- Pubertal gelişme
- Aile işlevi ve okul performansı

Herhangi bir şikayet ile gelen adolesana şikayeti ile alakalı sorular sorulur. Fakat adolesanın geliş nedeni ne olursa olsun bu görüşme bir fırsat olarak görülüp kişinin hayatındaki sorunların detaylı bir şekilde araştırılması ve adolesanın sağlığını korumaya, geliştirmeye yönelik bir sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Genel değerlendirme yapılırken adolesanı rahatsız etmeyecek, onu bizden uzaklaştırmayacak şekilde sistem sorgulaması yapılmalıdır (11).

2.1.6 Adolesan ve Genç Bireylerde Psikososyal Öykü

Psikososyal öykü alınırken sağlık hizmeti veren kişi istekli olmalıdır. Öykü alınırken adolesan ile mutlaka yalnız görüşülmelidir. Daha sonrasında eğer gerekliyse adolesan bireyin de izni alınarak aile ile görüşme yapılabilir. Adolesanlarda fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik hali birbiriyle yakından ilişkilidir. Psikososyal değerlendirmede birçok araç kullanılmaktadır. Bu araçlardan en yaygın olarak kullanılan “HEADS” değerlendirmesi ilk olarak 1974 yılında Dr. Henry S. Beman tarafından tanıtılmıştır (12). Goldenring ve Cohen (1988) bu akronimi adolesanların karşısına çıkan psikososyal sorunları değerlendirmenin bir yolu olarak tanımlamış, adolesanın psikososyal geçmişini tarafsız ve gizli bir şekilde ele alıp birtakım sorular ekleyerek geliştirmiştir. İlerleyen dönemlerde, bu değerlendirme, obezite ve yeme bozukluklarına odaklanmak için ek “E” ve kasıtsız yaralanma ve şiddet hakkında değerlendirmede bulunmak için ek bir “S” (güvenlik için) olarak modern dönemdeki morbidite ve mortalite sebeplerini ele alacak şekilde geliştirilmiştir. Bu değerlendirmeye yapılan her ekleme adolesan popülasyonunun risk faktörlerini yansıtmaktadır. HEEADSSS değerlendirmesinde her bir başlıkla alakalı sorular

sorulmaktadır (13). Buradaki sıralama konuların hassasiyet derecesine göre yapılmış olup, en hassas konular sonlara bırakılmıştır. Fakat görüşme sırasında adolesan için başka konular daha hassas olabilir. Örneğin ev ile alakalı sorunlar varsa bu konu o adolesan için daha hassastır. Bu yüzden ev konusundaki sorular en sona bırakılmalıdır. Bu şekilde yapılan sorgulama ile bir “duyarlılık merdiveni” oluşur. HEADS ve HEEADSSS değerlendirmesinin açılımı şekil 1’de gösterilmiştir (11).



Şekil 1. HEADS ve HEEADSSS Değerlendirmesi.

2.1.7 Adolesan ile Görüşme

Adolesan bireyler ile görüşme yapılırken onlara karşı esnek ve duyarlı olunmalıdır. Yapılan görüşme adolesanın gelişimine katkı sağlamalıdır. Bu görüşmenin kalitesi sağlık hizmeti sağlayıcısının zamanı, deneyimi ve ilgisiyle bağlantılıdır. Adolesan, ailesi ile görüşme yapılacak ortama davet edilir. Adolesan ve ailesiyle kısa süre de olsa yapılan bu görüşme, aile içerisindeki tutum ve davranışları anlamamıza yardımcı olur. Daha sonrasında adolesan ile yapılacak olan tek görüşme, hekim ile adolesan arasındaki güven duygusunun oluşmasına katkı sağlayarak hasta-hekim uyumunu kolaylaştırır. Adolesanın yapılan görüşmedeki gizlilik endişeleri giderilmelidir. Ama adolesanın anlattığı sorunlar, kendisi ve çevresini tehdit edici özellikteyse bu görüşme başkalarına aktarılabilir. Görüşme esnasında adolesana ailesinden de bazı konularda bilgi alınacağı mutlaka söylenmelidir (5).

2.1.8 Adolesan ve Gençlik Dönemi Sorunları

10-24 yaş arasındaki adolesan ve genç bireyler dünya nüfusunun %24'ünü oluşturmaktadır (14). Buna bağlı olarak son yıllarda adolesan sağlığına karşı büyük küresel yönelimler olmuştur. Lancet Adolesan Sağlığı ve Refahı Komisyonunda ve DSÖ'nün Adolesanların Sağlığına Yönelik Küresel Hızlandırılmış Eylem (AA-HA!) çalışmasında, adolesan sağlığına yatırım yapmanın bireyin şu anki ve yetişkinlik dönemindeki sağlığına katkı sağlayarak daha sağlıklı nesiller yetişeceği sonucuna varılmıştır. Adolesan dönem genellikle sağlıklı bir evre olarak kabul edilir. Fakat daha sonra ortaya çıkan birçok bulaşıcı olmayan hastalık, bu dönemde başlayan sigara kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite seviyeleri gibi değiştirilebilir risk faktörleri adolesanların sağlığını tehdit etmektedir. Dünyada aşırı kilolu veya obez adolesanların sayısı hızla artmaktadır (15). 2019 yılında Lanset'te yayınlanan bir makalede, 962,8 milyon adolesanın (küresel olarak %53) bulaşıcı hastalıklar, yaralanmalar, şiddet ve bulaşıcı olmayan hastalıklar dahil olmak üzere sağlık sorunları ile karşı karşıya kaldıkları ve hastalık yükü fazla olan ülkelerde yaşadıkları belirtilmiştir (16). Bu nedenle, adolesan dönemde sağlık ve esenliğe ilişkin daha iyi bir anlayış geliştirilerek potansiyel çözümler üretilmesine yönelik artan çabalar teşvik edilmelidir (15).

2020 yılından 15-24 yaş arası yaklaşık 1.3 milyon adolesan ve genç ölümü gerçekleşmiştir. 15-19 yaş arasındaki ölümler, 5-24 yaş arasındaki ölümlerin %43'ünü oluşturmaktadır (17). Alt solunum yolu enfeksiyonları, ishalli hastalıklar, yol yaralanmaları ve boğulma erken adolesan dönemindeki bireylerde önde gelen ölüm nedenlerindendir. 15-19 yaşındaki geç adolesanlarda ise yaralanmalar, HIV/AIDS, kişilerarası şiddet ve kendine zarar verme önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Bunun yanında sıtma, ishal ve verem gibi enfeksiyonlar da yaygın ölüm nedenlerindendir. Ölümün önde gelen nedenleri dikkate alındığında, mevcut küresel adolesan sağlığı programları, HIV/AIDS nedeniyle öncelikle üreme sağlığı hizmetlerine odaklanmaktadır. Bununla birlikte, akıl sağlığı, madde kullanımı, şiddet ve yaralanma da açık bir şekilde ele alınması gereken sorunlardandır. Beslenme sorunları da bu noktada çok önemlidir. Beslenme, adolesan ölümlerinin yaygın nedenlerinin çoğuna katkıda bulunmasıyla ön plana çıkan risk faktörüdür (18).

DSÖ'ne göre intihar, dünya çapındaki en büyük sağlık sorunlarından biridir. Batı ülkelerinde intihar, adolesan dönemde en sık görülen ikinci veya üçüncü ölüm nedenidir. İsviçre'de intihara meyilli küçükler üzerinde yapılan bir araştırmada, kızlara göre erkeklerin daha çok intihar ettiği bulunmuştur. Erkekler “sert” yöntemleri (örn; asma, keskin alet kullanma) kızlara göre çok daha sık kullanmışlardır. Erkek ve kadın intihar girişimleri birlikte değerlendirildiğinde en sık kullanılan yöntem ilaçla zehirlenmedir (%67,7). Bununla birlikte, bu yöntem en düşük ölüm oranı ile ilişkilendirilirken asma veya silah kullanılan yöntemler daha yüksek ölüm oranı ile ilişkilendirilmiştir. Genellikle “başarılı” bir intihar girişiminin hazırlanması için gerekli bilişsel olgunluğa sahip olmayan küçük çocuklarda intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar oldukça nadirdir. İntihar düşüncesindeki çocuklar ve adolesanlar, sosyal medyada veya intihar etme yollarının nasıl elde edileceğine dair somut bilgiler sağlayan web sitelerinde, saldırgan paylaşımlar nedeniyle tehlikeye girebilir. Eleştirmenler bu durumun umutsuzluğun pekiştirilmesine ve profesyonel yardım arayışının engellenmesine yol açabileceğini vurgulamaktadır (19).

Adolesan dönemdeki cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlar özellikle düşük gelirli ülkelerde kaygı verici düzeydedir. Bu sorunlar içerisinde güvenli olmayan kürtaj, genç yaşta anne ölümü, HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, çocuk evlilikleri, flört şiddeti gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörler yer almaktadır. Erken yaşta gebelik, yenidoğanlarda ve annelerde olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir (20). Erken yaşta gebe kalan adolesanların prenatal dönemde bakım aramayı erteleme olasılıkları yüksektir ve bu gebeliklerde prematürite, bebek ölümleri gibi kötü sağlık sonuçları ile daha yüksek oranlarda karşılaşmaktadır. Adolesan dönemindeki annelerin, çocuğu olmayan akranlarına göre okulu bırakma, işsizlikle karşılaşma ve yoksul bir yaşantıya sahip olma olasılıkları yüksektir (21). Öte yandan, bekarlık veya cinsel perhiz (yani cinsel ilişkiden kaçınma), adolesan dönemdeki cinsel ilişkiden kaynaklanan rahatsız edici sonuçlardan (örneğin; genç yaşta hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sağlık sorunları) korunmayı sağlar (22).

2.1.9 Adolesanlarda Madde ve Tütün Kullanımı

Madde kullanım bozukluğu; maddelerin sürekli kötüye kullanılmasına ek olarak bireylerde psikososyal farklılıkların geliştiği ve beynin fizyolojik tepkilerinin

fiilen değiştiği kronik tıbbi bir durumdur. İnsanlar bağımlılık yapıcı maddeleri (tütün, alkol, reğeteli ilaçlar ve diğer yasa dışı maddeler dahil) kullanmaya çoğunlukla adolesan ve genç yetişkin dönemde başlar. Sekiz lise öğrencisinden birinde, nikotin, alkol veya diğer uyuşturucuları içeren bir madde kullanım bozukluğu mevcuttur. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin büyük çoğunluğu 18 yaşından önce sigara iğmeye veya diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya başlamıştır. Ayrıca, bu maddeleri 18 yaşından önce kullanmaya başlayanların %25'i, 21 yaşında veya daha sonra kullanmaya başlayanların %4'ü bağımlı hale gelmektedir. Erken yaşta madde kullanımı, yaşamın ilerleyen dönemlerindeki madde kullanım bozukluğunun gelişiminde önemli bir etkindir. Adolesan dönemde madde kullanımına başlayan bireyin bağımlılık geliştirme olasılığı yüksektir (23). Madde kullanım bozukluğu olan kişiler aşırı doz ve buna bağlı zararlar açısından yüksek risk altındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019-2020 yılları arasında aşırı doz uyuşturucudan yaklaşık 81.000 kişi ölmüştür. Aşırı alkol kullanımının ise 95.000 ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir (24).

Önlenebilir erken ölümlerin başında tütün kullanımı gelmektedir. Dünya geneline bakıldığında her yıl 8 milyondan fazla insan, tütün veya tütün ürünlerinin kullanımından yaşamını yitirirken, Türkiye'de ise bu sayı 100 binden fazladır. Doğrudan tütün kullanımına bağlı 7 milyondan fazla ölüm olurken, yaklaşık 1.2 milyon kişi ise sigara dumanına maruz kalarak yaşamını yitirmektedir (25). Adolesan dönemi, tütün kullanımı açısından tütün üreticileri için hedef popölasyonlardan biri olması nedeniyle özel bir dönemdir. Gençler arasında tütün kullanımı konusunda lise ve üniversite öğrencilerinin çoğunlukta olduğu biręok ęalıřma yapılmıştır. Bu ęalıřmalarda tütün kullanım sıklığı 7. sınıf öğrencilerinde %0,9-9,1 arasında iken 10. sınıf öğrencilerinde %15,9-41,2 arasında bulunmuştur (26). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde, her gün tütün kullanım oranı 2016 yılında %26,5 iken 2019 yılında ise artarak %28,0 olmuştur. Bu oranın erkeklerde %41,3, kadınlarda ise %14,9 olduğu saptanmıştır (27).

Amerikan Pediatri Akademisi, pediatristlerin tütün kullanımına başlamayı engellemek için bütün çocuklara ve adolesanlara kısa danışmanlık hizmeti vermesini ayrıca bütün gençlerin tütün ve nikotin ürünlerinin kullanımı açısından taranmasını önermektedir (28). Türk Ceza Kanunu'nun 4207 sayılı tütün ürünlerinin kontrolü ve

zararların önlenmesine yönelik kanunda; kapalı ortamlarda tütün ürünlerinin kullanımının yasaklanması, tütün ürünlerini özendirici tanıtım, reklamların önlenmesi, satışların belirli bir yaş grubu altına yasaklanması ile ilgili yasal düzenlemeler mevcuttur (29). Bununla birlikte genç bireylerin tütün ürünlerine ulaşılabilirliğini azaltmak adına tütün ürünlerindeki vergi oranlarının artırılması çok önemlidir. Ülkemiz ve diğer birçok ülkede sigara bırakılmasına yönelik verilen hizmetler erişkin bireyleri kapsamakta, 18 yaş altındaki bireyler için uygun tedavi programlarına gereksinim duyulmaktadır. Sağlık kuruluşlarına başvuranların ancak yarısına sigara kullanıp kullanmadığı sorulmaktadır. Bu oran çocuk ve adolesanlarda daha düşük düzeydedir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, gençlere daha az sıklıkta sigara bırakma önerisinde bulunmuştur (30). Birinci basamakta adolesana uygulanan davranışsal müdahaleler ile tütün veya tütün ürünlerinin kullanımı engellenebilir, adolesanın daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmesi sağlanabilir (31).

2.2 ADOLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRME

2.2.1 Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği

Genç popülasyonda sağlıklı davranışların teşvik edilmesinin, yetişkinlikte bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkışını ve gelişimini azaltacağı düşünülmektedir. Bu nedenle adolesanların sağlığın geliştirilmesi ve teşviki davranışlarını belirlemek bu davranışları izlemek için geçerli, güvenilir ölçüm araçlarına ihtiyaç vardır (32). Bu ölçüm araçlarından biri olan ASGÖ, adolesan sağlığını geliştirme davranışlarını ölçmek için Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (33). Bu ölçek likert tipinde bir yapıya sahip olup sergilenen davranışların sıklığına ilişkin verilere ulaşmak amacıyla “1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=genellikle, 4=sık sık, 5=her zaman” puanlama sisteminden oluşan yanıt formatı kullanılır (32). Toplam puan 40 ile 200 arasında değişir. Ölçekten daha yüksek puan alan bireyler daha iyi sağlığı geliştirici davranışlar sergiler. ASGÖ’ nün ön geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2003 yılında 1.128 adolesandan oluşan bir örneklem havuzu oluşturularak yapılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda ASGÖ’nün iyi bir geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. Ölçeğin 0.93’lük bir Cronbach alfa katsayısı ile yüksek bir iç tutarlılığının olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt grupları için

alfa katsayıları 0,75 ila 0,88 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için keşfedici faktör analizi kullanılmıştır. Bunun sonucunda ASGÖ'nin altı alt gruptan oluştuğu gösterilmiştir. Alt gruplar; kendini gerçekleştirme (8 madde), sağlık sorumluluğu (8 madde), egzersiz (4 madde), kişilerarası ilişkiler (8 madde), stres yönetimi (6 madde), beslenme alışkanlıkları (6 madde) olmak üzere altı alt ölçekten oluşmaktadır (33). Alt ölçeklerden alınan puanlarının toplanması ile genel ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçek toplam ve alt ölçeklerde her alanda elde edilen puan ortalamalarının altındaki değerler düşük puan, üstündeki değerler yüksek puan olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması sağlığı geliştirme davranışlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ortabağ ve ark. (2011) ile Bayık Temel ve ark. (2011) tarafından yapılmış olup her iki çalışmada da ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (34).

Sağlığı geliştirme davranışlarını ölçen başka araçlar da bulunmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Walker tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk versiyonu altı alt faktöre ayrılmış olup 48 maddeden oluşmaktadır. Bu faktörler; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olarak sınıflandırılmıştır. Ölçek 1996 yılında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak revize edilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin Türkiye'de geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (35).

Adolesanlar arasında sağlıklı yaşam tarzlarını değerlendirmeye yönelik ilgi, Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı birkaç yeni aracın geliştirilmesini sağlamıştır. Örneğin; Hendricks ve ark. Ergen Yaşam Tarzı Profili Ölçeğini geliştirdi. Bu ölçek başlangıçta altı alt faktöre ayrılmış olup 42 maddeden oluşmaktadır. Bu faktörler; kişisel gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak sınıflandırılmıştır. Bu ölçeğe iki madde daha eklenip kişisel gelişim alt faktörü, manevi sağlık ve pozitif yaşam perspektifi adı altında, iki farklı alana ayrılarak revize edilmiştir. Ortaya çıkan yeni ölçek, yedi alt faktör ve 44 madde içermekte olup Ergen Yaşam Tarzı Profili-Revize Edilmiş 2 olarak adlandırılmıştır (36).

2.2.1.1 Adolesanlarda Beslenme

Pubertal dönemde büyüme ve gelişmenin hızlanmasıyla adolesanların besin ihtiyacında artış görülmektedir. Enerji gereksiniminde artış görülmesi ile temel besin öğelerine duyulan talep, farklı şekillerde karşılanmaktadır. Ev dışında geçirilen vaktin artması, yaşıt bireylerin etkisi, fiziksel görünümle fazla ilgilenilmesi, benlik algıları gibi etmenler adolesanların beslenme tercihleri üzerinde etkili olmaktadır. Bu tercihler bazen sağlıksız beslenme alışkanlıklarını da yanında getirmesiyle adolesanın yaşamını etkilemektedir. Düzenli ve sağlıklı beslenme ile obezite, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, tip 2 diyabet gibi kronik sağlık sorunlarının engellenmesi sağlanabilir. Ülkemizde Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından 2014 yılında “Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat” programı uygulamaya konmuş ve 2017 yılında adolesanlarda obezite prevalansının %5 ve altına indirilmesi hedeflenmiştir (37). TÜİK tarafından yayınlanan verilerde 15 yaş ve üstü obezite oranı 2016 yılında %19,6 iken, 2019 yılında %21,1’e çıkarak artmıştır. Cinsiyetlere göre ise; 2019 yılında kadınların %24,8’inin obez ve %30,4’ünün fazla kilolu, erkeklerin ise %17,3’ünün obez ve %39,7’sinin fazla kilolu olduğu görülmüştür (38).

Erken adolesan (10-14 yaş) dönemde pubertal, cinsel ve beyin gelişimi baskındır. Geç adolesan (15-19 yaş) dönem ise fizyolojik gelişimin devamı ve beynin olgunlaşması ile karakterizedir. Büyüme gelişme yönünden adolesan dönemi, bebeklikten sonra yaşamın herhangi bir döneminden daha hızlı bir yapıya sahiptir. Bu dönemdeki birey, yetişkin vücut ağırlığının %50’sini kazanırken, maksimum kemik kütlelerinin %40-60’ına ulaşır. Bireyin boyunda ise %15-20 oranında bir artış görülür. Adolesan beyni sosyal, duygusal ve davranışsal maruziyetlerle muazzam bir büyüme ve gelişme geçirir. Adolesan dönemi genellikle yaşam döngüsünde büyüme ve gelişme için ek bir fırsat dönemi olarak anılır. Yaşamın ilk on yılındaki beslenme sorunlarını ele almak, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıkları kazandırmak için eşsiz bir şans sunar (39).

Birçok araştırmada, beslenme tarzından kaynaklanan kronik hastalıkların engellenmesi için doğru beslenme alışkanlıklarının çocukluk döneminde öğretilmesi ve adolesan döneminde de bu durumun sürdürülmesi önerilmektedir (37). Gençlerde düzenli yapılan kahvaltının, fiziksel aktivitenin, yeterli miktarda tüketilen meyve ve sebzenin sağlığın korunmasında kısa ve uzun vadede önemli faydaları mevcuttur.

Örneğin meyve sebze tüketen çocuklarda solunum yolu semptomlarının insidansı daha düşük oranlarla ilişkilendirilmiştir. Kahvaltı yapan gençlerde, kahvaltıyı atlayan gençlere göre daha düşük oranda fazla kilolu olma olasılığı bazı kesitsel ve boylamsal araştırmalarda gösterilmiştir (40).

Günlük kalori ihtiyacının %10-15'i yüksek kaliteli proteinlerden, %30-35'i yağlardan ve %50-60' ise karbonhidratlardan temin edilmelidir. Adolesan dönemde kalori ihtiyacının yanında mineral ve vitamin ihtiyacı da büyüme ve gelişmedeki hızlanmaya bağlı olarak artmaktadır. Özellikle doku gelişiminde önemli olan A vitamini, folik asit ve B12 vitaminine ihtiyaç artmaktadır. Kemik dokusunun oluşumunda önemli bir yere sahip olan D vitaminin vücutta yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Kan volümünde artış ile demir ihtiyacı artarken, demir emiliminde ve kullanımındaki öneminden dolayı yüksek C vitamini içeren besinlerin tüketilmesi gerekmektedir. Çinko ise cinsel gelişim, büyüme ve boy uzaması için gerekli bir mineraldir (41). Çocukların ve adolesanların yeterli, dengeli ve sağlıklı bir şekilde beslenmesi tüketilen besin gruplarının çeşitliliğine bağlıdır. Gıda ürünlerinden alınan günlük enerjinin, proteinlerin, mineral ve vitaminlerin vücutta elverişli olarak kullanılması dört farklı besin grubunun gün içerisindeki öğünlere yeterli ve dengeli bir şekilde dağıtılmasına bağlıdır. Bu besin grupları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

- Süt ve süt ürünleri
- Et, yumurta ve kuru baklagiller
- Taze sebze ve meyveler
- Ekmek ve diğer tahıllar

Bu sınıflandırma yeterli ve dengeli beslenmeye rehber olsun diye ülkemizde dört yapraklı yonca figürü kullanılmaktadır (37).



Şekil 2. Dört Yapraklı Yonca Figürü (42).

Adolesan dönemde kazanılan yanlış beslenme alışkanlıkları, erişkin dönemde obezite ve beslenme bozukluklarıyla ilişkili hastalıklar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu dönem kırılgan bir yapıya sahiptir. Aile hekimlerinin, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve bu alışkanlıkların sürdürülebilmesi için yapacağı en değerli katkı, adolesanın yıllık takiplerini yapmak ve sağlıklı beslenme alanında danışmanlık hizmeti vermektir. Yapılan yıllık takiplerde mutlaka detaylı beslenme alışkanlığı öyküsü alınmalı, obezite ve fazla kilo açısından tarama yapılmalıdır. Adolesan sağlıklı beslenme açısından desteklenmeli, kilo kontrolü açısından hangi yöntemler kullanılması konusunda adolesan ve ailesiyle tartışılmalıdır. Gerekli durumlarda diyetisyen desteği alınmalıdır. Aile hekiminin, okul yönetimi ve adolesanların aileleri ile iş birliği içinde sağlıklı beslenme için gerekli eğitimleri vermesi ve sağlıklı beslenmenin desteklenmesine rehberlik etmesi başarı şansını oldukça artıracaktır (37).

2.2.1.2 Adolesanlarda Fiziksel Aktivite

Uygun düzeyde yapılan fiziksel aktivite adolesan dönemi için önemlidir. Fiziksel aktivite kas-iskelet sisteminin gelişimine katkıda bulunur. Kardivasküler sistem sağlığını artırırken, nöromusküler sistem farkındalığında da artışa yol açar. Anksiyete ve depresyon semptomların azalmasına yardımcı olur. Düzenli yapılan fiziksel aktivite enerji dengesinin sağlanması, kilo kontrolü ve obezitenin önlenmesi için esastır. Adolesanlarda yaş ilerledikçe sedanter davranış biçimleri artma eğilimindeyken rutin günlük yapılan fiziksel aktivite azalma eğilimindedir. Yetersiz yapılan fiziksel aktivite, sağlıksız diyetin etkilerini şiddetlendirir. Bu durum her yıl 3 milyondan fazla ölüme ve 69 milyon DALY'ye (Disability Adjusted Life Years) neden olur. 2003-2008 yılları arasında 36 orta ve düşük gelirli ülkede yürütülen Küresel Okul Temelli Öğrenci Sağlığı anket verilerinde 13-15 yaşındaki adolesanların %86'sının önerilen fiziksel aktivite düzeylerini karşılayamadığı görülmüştür (39). Adolesan dönemde olumlu fiziksel aktivite davranışlarının kazandırılması, yaşamın ilerleyen dönemleri için oldukça önemlidir. Çünkü bu dönemde fiziksel olarak aktif bireyler yetişkinlikte de aktif olma eğilimindedir. Bu durumun tersi de geçerlidir; fiziksel olarak aktif olmayan adolesanların yetişkinlikte de aktif olmama ihtimali yüksektir (43).

DSÖ, çocuk ve adolesanların çoğunlukla aerobik olmak üzere günlük en az 60 dakika orta veya şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapmasını önermektedir. Bunun yanına haftada en az 3 gün kas ve iskelet sistemini güçlendiren aktiviteler eklenmesini önermektedir. Çocuk ve adolesanlar yapılan bu önerilere uyum sağlamıyor olsa bile daha az süre ve şiddette yapılan fiziksel aktivite sağlıklarına yine de olumlu katkı sağlayacaktır. Az da olsa fiziksel aktivite yapmak hiç yapmamaktan daha iyidir. Az miktarda başlanılan fiziksel aktivitenin zamanla süresi ve yoğunluğu kademeli olarak artırılmalıdır. Adolesan ve çocuklar için fiziksel aktivitenin eğlenceli olması, çeşitlilik göstermesi, yaşlarına ve yeteneklerine uygun olması önemlidir. Bu konulara dikkat edilerek adil ve güvenli bir ortam sağlanmalı ve adolesan bireyin fiziksel aktiviteye katılması teşvik edilmelidir. Çocuk ve adolesanlar için ekran başında özellikle eğlence amaçlı hareketsiz kalınan zaman sınırlanmalıdır (44).

2.2.1.3 Adolesanlarda Stres Yönetimi

Lazarus ve Folkman, stres yönetimini veya başa çıkmayı, kişisel kaynakları tüketen iç ve dış faktörlerle başa çıkmak için devam eden zihinsel, davranışsal bir çaba olarak tanımlar. Stresle başa çıkmanın amacı, kişiden beklenen ile kişinin yetkinliği arasındaki yaşanan dengesizlik hissini ortadan kaldırmaktır. Günümüzde çocuklar ve gençler aynı anda birçok stresöre maruz kalmaktadır. Bununla birlikte, stresle başa çıkma şekli, öznel stres deneyimi için, stres olaylarının kapsamı ve sıklığından daha önemlidir. "Dikkat dağıtma", "küçükleştirme" ve "önemsizleştirme" gibi başa çıkma stratejileri vardır, bu stratejiler duygusal ve davranışsal bozukluklar üretebilir. Bu stratejilerin az kullanılmasının ruhsal bozuklukların gelişimi açısından, koruyucu olduğu sonucuna varılabilir (45).

Stresle başa çıkma davranışının gelişiminde cinsiyetin önemli bir düzenleyici rolü olduğu görülmektedir. Stres deneyimi ve etkileri üzerine yapılan çeşitli araştırmalarda, kızların günlük stres faktörlerini erkeklere oranla daha yüksek düzeyde algıladığı ve daha güçlü stres semptomları gösterdiği yönünde tutarlı bulgular mevcuttur. Stres belirtilerindeki cinsiyet farkı, çocukluk döneminde adolesan döneme göre daha az belirgindir. Genel olarak kızlar, strese karşı daha savunmasızdır ve daha şiddetli stres belirtilerine sahiptir. Buna göre, ilkökul çağındaki kızlar stres açısından riskli grupta yer alır (46).

Çeşitli araştırmalarda, adolesan dönemindeki yakın ilişkilerde görülen stres etkenlerinin ve buna bağlı çatışmaların sayısının arttığı gösterilmiştir. Adolesanların, ebeveynleri ve akranlarıyla ilişkilerinin kalitesi, onlarla harcanan zamanın değişmesi bu durumun oluşmasında etkili olmuştur. Ebeveynler ve akranlar tarafından sağlanan desteğin, stresin sağlık üzerindeki zararlı etkisine karşı koruyucu bir rolü vardır. Ebeveynler ve akranlarla yakın ilişkilerdeki çatışmaların sıklığı göz önüne alındığında, bireyin bu çatışmaları yönetme kapasitesi, ilişkileri sürdürmek için kritik öneme sahiptir. Ayrıca bu gelişim dönemindeki psikososyal stresin, psikopatoloji için önemli ve yaygın bir risk faktörü olduğu düşünüldüğünde, adolesanların bu stresörlerle başa çıkma biçimleri mevcut ve gelecekteki ruh sağlıkları üzerinde etkili olacaktır. Yetişkinliğe geçiş, psikopatoloji ve ruh sağlığı sürecinde kritik bir dönemdir. Çeşitli araştırmalarda, adolesanlara kıyasla genç yetişkinlerde psikopatolojide bir artış olduğu gösterilmiş, bu durum sosyal ve profesyonel dünyalarındaki birçok değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (47).

2.2.1.4 Adolesanlarda Sağlık Bilgisi Tutumu

1986 yılında Ottawa kentinde ilk defa sağlığı geliştirme alanında “Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı” yapılmıştır. Sağlıkla alakalı bilgilerin anlaşılabilir bir halde düzenlenmesi gerektiği ve toplumdaki bireylerin buna uygun davranış biçimleri geliştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu konuda yalnızca sağlık sektöründeki çabanın yeterli olmadığı, diğer sektörlerin de destek vermesi gerektiğinin önemi vurgulanarak “SOY (Sağlık Okuryazarlığı)” kavramı öne çıkarılmıştır (48). SOY, kişinin kendi sağlığını korumak ve sağlıklı kalmak için sağlıkla alakalı bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve onu kullanma yeteneği olarak tanımlanmıştır (49). SOY diğer bir şekilde, yaşam boyunca iyi sağlığı teşvik etmek ve sürdürmek için insanların çeşitli sağlık ihtiyaçlarının taleplerini karşılayabilmek adına bilgiye ulaşabilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve iletebilme derecesi olarak da tanımlanabilir (50). SOY’un yaş, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik verilere kıyasla sağlık açısından daha önemli bir gösterge olduğu düşünülmektedir (51). Adolesanlarda sağlık okuryazarlığının düşük olması, özellikle beslenmeyle alakalı sağlığı geliştirici davranışları azaltarak olumsuz bir sağlık durumunun ortaya çıkma olasılığını artırır (49).

2.2.1.5 Adolesanlarda Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme; bireyin gücünü anlaması, zayıf yönlerinin farkında olması ve onları kabul etmesi, hayatın bir amacı olduğuna dair inanca sahip olması, kendine kıymet vermesi ve sevmesi gibi kişinin kendi sağlığını geliştirmesinde motivasyon kaynağı olan faktörlere erişmesi olarak tanımlanabilir (34). Maslow 1943 yılında insanın 5 temel ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Hiyerarşik düzende olan bu ihtiyaçlar sırasıyla; fizyolojik, güvenlik, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır (52). Maslow'un motivasyon teorisinde, ihtiyaçlar hiyerarşisinin en üst basamağında kendini gerçekleştirme yer almaktadır. Bireyin bunu keşfedebilmesi, ihtiyaçlar hiyerarşisinin en alt basamaklarından başlayarak ihtiyaçlarını karşılayıp, en üst basamağa doğru ilerlemesine bağlıdır. Alt basamaktaki ihtiyaçların hepsini karşılayabilen birey artık kendini gerçekleştirmeye başlamıştır. Bu ihtiyaçlar tam olarak karşılanamadığında, birey doyumsuz kalarak kendini gerçekleştirememekte ve kişinin sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir (53). Kendini gerçekleştiren bireyler daha yeterli kişilik gelişimine sahiptir. Bu bireyler yaşam yolculuğunda, fikirlerini ifade ederek yetenek ve potansiyellerini geliştirirler. Bu sayede kendilerini daha olgun ve önemli hissederler (52).

2.2.1.6 Adolesanlarda Kişilerarası İlişkiler

Ergenlik, sosyal ilişkilerin değiştiği bir dönemdir. Bu dönemde gençler ebeveyn otoritesinden uzaklaşmakta olup, daha fazla destek için arkadaşlık kaynağı olarak akranlarına yönelmektedir. Batı kültüründe ergenlik aynı zamanda çoğu bireyin ilk romantik ilişkilerini deneyimlediği bir dönemdir. Kişilerarası ilişkilerin oluşumu ve sürdürülmesi temel bir insan içgüdüdür. Çeşitli araştırmalarda, genç insanlardaki düşük kaliteli ilişkilerin olumsuz zihinsel sağlık sonuçlarıyla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Bir gencin ilişkisinin genel kalitesi, ilişkideki destekleyici ve uyumsuz nitelikleri içeren bir dizi olumlu ve olumsuz bileşenlerin mevcudiyetine bağlıdır. Olumlu ilişki bileşenleri; arkadaşlık, bilgi paylaşımı, duygusal destek, onaylama ve tatminden, olumsuz ilişki bileşenleri ise çatışma, eleştiri, baskı, baskınlık ve dışlamadan oluşmaktadır (54).

Çocukların kişilerarası ilişkileri, yaşamları boyunca gelişmeye devam eder. Kişilerarası ilişkiler, adolesanların kendi kimliklerini pekiştirdikleri ve akran ilişkilerinin giderek daha önemli hale geldiği ergenlik döneminde özellikle belirginleşir. Adolesanların evde geçirdikleri vakit azalırken okulda harcadıkları zaman artmaktadır. Bu durum onlara akranları, öğretmenleri ve romantik partnerleri gibi başkalarıyla etkileşimde bulunmak için artan fırsatlar ve gereksinimler sağlar. (55).

Adolesan dönemindeki bireylerin ebeveynleri ile olan ilişkileri farklılaşır. Adolesan, özerklik geliştirmek için çaba sarf ederken, ebeveynleri ile daha az zaman geçirir. Bu süreçte orta derecede ebeveyn-adolesan çatışması görülmesi normaldir. Araştırmalar, ebeveynlerle çatışmanın erken ve orta adolesan döneminde en yüksek düzeyde olduğunu ve adolesanların olgunlaştıkça bu çatışmaların azaldığını göstermektedir. Geç dönemdeki adolesanlar, ebeveynleri ile ilişkilerinde erken dönemdekilere göre daha az desteğe ihtiyaç duymakta ve daha fazla özerklik bildirmektedir. Öte yandan araştırmalar ebeveynlerle genel duygusal yakınlığın yaş boyunca sabit kaldığını ileri sürmüştür (54).

Çocuklar ebeveynlerinden örnek aldıkları davranışları hem akran ilişkisine hem de hayatları boyunca geliştirdikleri arkadaşlıklara yansıtmaktadırlar. Buna bağlı olarak olumlu ebeveyn figürlerine sahip adolesanların daha fazla sosyal yeterliliğe sahip oldukları gösterilmiştir. Çocuklar büyüdükçe, akran gruplarıyla daha fazla vakit geçirerek daha bütüncül bir ilişki inşa ederler. Böylelikle daha istikrarlı arkadaşlık ilişkileri geliştirirler. Bu dönemde, yaşla ilgili endişeler önem kazanmakta ve duygusal desteğe olan ihtiyaç artmaktadır. Adolesanların arkadaşlarıyla olan bu ilişkileri kendilerini tanımalarına yardımcı olur. (56).

2.2.2 Adolesan ve Genç Bireylerin Sağlık Bakımında Aile Hekimliğinin Yeri

Olumlu ve olumsuz pek çok alışkanlık, erken çocukluk döneminde kazanılmaktadır. Adolesan dönemde davranış kalıpları değişmekte (örneğin; yeme alışkanlıkları, sigara içme, sedanter yaşam) ve bazı alışkanlıklar pekişmektedir. Bu değişiklikler bireyin kardiyovasküler sağlığı üzerinde etkili olmaktadır. Adolesan dönemi riskli bir dönem olmakla birlikte bizlere sağlığı bozan davranışları müdahale ve önleme açısından fırsatlar sunmaktadır. Aile hekimliği, bireyselleştirilmiş müdahaleler

sunmak adına önemli bir konumda yer almaktadır. Önleyici, koruyucu sağlık hizmetleri adolesan sağlığının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (57). 10-19 yaş arasındaki yedi bireyden biri, ruhsal bozukluğa sahip olmakla birlikte bu yaş grubundaki genel hastalık yükünün %13'ünü oluşturmaktadır (58). Çocuk ve adolesanlar arasında ruh sağlığı bozuklukları yaygın olmasına rağmen tanı ve tedavi süreci çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Aileler için uzun vadeli olumsuz sonuçları ve topluma üzerindeki ekonomik yükleri engellemek için ruh sağlığı bozukluklarının doğru ve zamanında tespiti, adolesan bireylerin uygun bir şekilde ruh sağlığı uzmanına sevkı oldukça önemlidir. Aile hekimleri, ruh sağlığı bozukluklarının saptanmasında ve gerekli vakaları uzmana sevk aşamasında önemli bir role sahiptir (59).

Aile Hekimliği, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisinin yanında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi konulardaki müdahaleleri ile olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesinde hayati bir role sahiptir. Aile hekimleri, adolesan ve genç bireylerin birinci basamağa her ziyaretinde, aşağıda sıralanan önerileri yapabilir.

- Hastaya ve ebeveynine danışmanlık hizmeti verilmesi
- Gelişimsel zorluklar ve hastalıklar için önleyici müdahaleler yapılması
- Sağlıklı beslenme, aşılar, periyodik muayeneler ve fiziksel aktivite konularında koruyucu sağlık önlemlerinin teşvik edilmesi
- Bireyin gelişiminin izlenmesi, ek destek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gelişimin nasıl daha fazla destekleneceği konusunda rehberlik yapılması
- Sağlıkla alakalı psikososyal gelişimsel riskleri, yoksulluk, bakım verenin ruh sağlığı, madde kötüye kullanımı, aile içi çatışma veya şiddet gibi sağlığın diğer sosyal belirleyicilerinin tespit edilmesi
- Ebeveynlere bireyin sağlığı, gelişimi ve kendi uygulamaları hakkında duydukları endişeleri dile getirebilecek bir ortam sağlanması
- Ebeveynlik becerileri, beslenme, davranış, gelişim ve güvenlik gibi diğer konuların tartışılması (60).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN TÜRÜ VE EVRENİ

Kesitsel desende planlanan çalışmanın evrenini Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 10-24 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Kesitsel tipteki çalışma 01.03.2022-01.09.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya bilinmeyen evrende bilinen prevalansta, %15 görülme sıklığı, %95 güven aralığı ve %5 hata payı, %10 fire payı göz önüne alınarak hedef sayı olan 216 katılımcı dahil edilmiştir.

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dahil olma kriterleri:

- Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.03.2022-01.09.2022 tarihleri arasında başvuran bireyler
- 10-24 yaş arasında olma
- Gönüllü olma

Dışlanma kriterleri:

- 10 yaş altı ve 24 yaş üzeri bireyler
- Emziren veya gebe bireyler
- Çalışmaya katılmaya onam vermeyenler

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamızdaki tüm katılımcılara cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, iş durumu, gibi soruları içeren “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeğinin” 40 soruluk anket formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.3.1. Katılımcı Bilgi Formu

Tüm katılımcılara bireylerin genel özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, iş durumu, birlikte yaşadığı kişiler, okulda yapılan sağlık taraması, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, ASM’ye başvuru sayısı, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsünü sorgulayan toplam 12 soruluk anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

3.3.2. Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği

Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği; Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir ve adolesanların sağlığını geliştirme davranış düzeyini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu ölçek, 40 soru ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ortabağ ve ark. (2011) ile Bayık Temel ve ark. (2011) tarafından yapılmış olup her iki çalışmada da ölçeğin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği belirtilmiştir.

3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Elde edilen çalışma verileri IBM SPSS Statistics 17.0 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı değerler sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (maksimum-minimum) olarak belirtilmiştir. Gözlenen frekans ile beklenen frekansın anlamlı olup olmadığını, iki ya da daha çok grup arasında fark olup olmadığını test etmek ve iki değişken arasında bağ olup olmadığını belirlemek için “Ki-kare testi” kullanılmıştır. İkili testler sonucunda anlamlı çıkan parametreler ise lojistik regresyon ile ileri analize tabii tutulmuştur. Yapılan tüm testlerde; anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu’ndan 28.01.2022 tarihli ve 2022/514/218/28 numaralı alınan etik kurul onayı Ek-3 ile sunulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak dahil olan katılımcılara Veri Toplama Formu (Ek-1) uygulanmış, çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve katılımcılar Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (Ek-2) okuyarak imzalamışlardır.

3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmadaki katılımcılar adolesan sağlığını geliştirme ölçeğindeki sorularının bir kısmını anlamakta güçlük çekmesi nedeniyle sorulara verilen yanıtların adolesanın davranışını yansıtmasında yetersiz kalması çalışmanın kısıtlılığıdır. Bir başka kısıtlılık ise katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri hakkında bilgisinin yetersiz olması nedeniyle bu parametrenin çalışmaya dahil edilememesidir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmamıza dahil edilen 216 katılımcının yaş ortalaması 17.0 ± 4.2 yıldır. Katılımcılar 10-14 yaş, 15-19 yaş, 20-24 yaş olarak gruplandırılmış olup her grupta 72 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların 94 (%43.5)'ü erkek, 122 (%56.5)'si kadındır. Katılımcıların 70 (%32.4)'ünün üniversite öğrencisi olduğu, 23 (%10.6)'ünün çalıştığı görülmüştür. Çalışan katılımcıların 2 (%8.7)'sinin ilköğretim, 10 (%43.5)'unun lise, 11 (%47.8)'inin üniversitede olduğu, çalışmayan katılımcıların 54 (%28.0)'ünün ilköğretim, 80 (%41.5)'inin lise, 59 (%30.5)'unun üniversitede olduğu görülmüştür ($p=0.088$). Katılımcı bilgi formunun özellikleri Tablo 1 ile gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcı bilgi formunun özellikleri.

	Ortalama $\pm$ SS	
Yaş (yıl)	17.0 $\pm$ 4.2	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	122	56.5
Erkek	94	43.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	56	25.9
Lise	90	41.7
Üniversite	70	32.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	23	10.6
Çalışmıyor	193	89.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	188	87.0
Tek başına	9	4.2
Yurtta	12	5.6
Arkadaşları ile birlikte	7	3.2

Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	133	61.6
Lise	46	21.3
Üniversite	37	17.1
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	105	48.6
Lise	52	24.1
Üniversite	59	27.3
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	25	11.6
Kullanmıyor	191	88.4
Kronik Hastalık		
Var	22	10.2
Yok	194	89.8

Katılımcıların antropometrik özellikleri incelendiğinde boy ortalaması 165.2 ± 11.1 cm, kilo ortalaması 58.6 ± 14.9 kg, BKİ (Beden Kitle İndeksi) ortalaması 21.2 ± 3.8 kg/m² bulunmuştur.

Katılımcıların 95 (%44.0)'inin okulunda daha önce sağlık taraması yapıldığı, 121 (%56.0)'inin okulunda daha önce sağlık taraması yapılmadığı görülmüştür. Katılımcıların 66 (%30.6)'sının son 1 yıl içerisinde ASM'ye hiç başvurmadığı, 88 (%40.7)'inin 1-2 kez başvurduğu ve 62 (%28.7)'sinin 2'den fazla kez başvurduğu saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Adolesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği Puanları

Katılımcıların Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 130.4 ± 26.9 bulunmuştur. Katılımcılarının Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği alt grupları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme alt başlığından alınan puan ortalaması 27.9 ± 7.8 , sağlık sorumluluğu alt başlığından alınan puan ortalaması 29.2 ± 7.5 , egzersiz alt başlığından alınan puan ortalaması 11.2 ± 4.0 , kişilerarası ilişkiler alt başlığından alınan puan ortalaması 23.2 ± 5.8 , stres yönetimi alt başlığından alınan

puan ortalaması 19.3 ± 5.1 ve beslenme alışkanlıkları alt başlığından alınan puan ortalaması 19.3 ± 4.3 bulunmuştur. Katılımcıların Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği puanları Tablo 2 ile gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği puanları.

	Ortalama$\pm$SS
ASGÖ Toplam Puan	130.4 $\pm$ 26.9
Kendini Gerçekleştirme	27.9 $\pm$ 7.8
Sağlık Sorumluluğu	29.2 $\pm$ 7.5
Egzersiz	11.2 $\pm$ 4.0
Kişilerarası İlişkiler	23.2 $\pm$ 5.8
Stres Yönetimi	19.3 $\pm$ 5.1
Beslenme Alışkanlıkları	19.3 $\pm$ 4.3

Katılımcıların ASGÖ'den aldıkları toplam puan, egzersiz, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve beslenme alışkanlıkları alt boyutlarından alınan puanlar ile yaş arasında korelasyon izlenmemiştir (sırasıyla $p=0.115$, $p=0.114$, $p=0.314$, $p=0.582$, $p=0.612$). Katılımcıların ASGÖ kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu alt başlıklarından alınan puanlar ile yaş arasında pozitif korelasyon izlenmiştir ($r=0.175$, $p=0.010$, $r=0.200$, $p=0.003$).

Katılımcıların ASGÖ toplam puanları ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grupları ve birlikte yaşadığı kişiler ile toplam puan arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p=0.025$, $p=0.044$).

Tablo 3. Katılımcıların ASGÖ toplam puanları ile genel özelliklerinin ilişkisi.

	ASGÖ Toplam Puan Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	128.0±28.6	0.025
15-19	125.9±28.5	
20-24	137.3±22.1	
Cinsiyet		
Kadın	129.6±27.7	0.634
Erkek	131.4±25.9	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	130.2±29.2	0.250
Lise	127.3±26.5	
Üniversite	134.5±25.2	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	132.5±31.1	0.691
Çalışmıyor	130.2±26.4	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	129.7±27.6	0.044
Tek başına	154.3±16.9	
Yurtta	123.6±17.9	
Arkadaşları ile birlikte	130.6±14.8	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	130.9±26.1	0.217
Lise	125.0±28.3	
Üniversite	135.2±27.7	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	132.3±26.1	0.534
Lise	127.2±31.3	
Üniversite	129.9±24.2	

Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	131.2±28.3	0.870
Kullanmıyor	130.3±27.8	
Kronik Hastalık		
Var	128.8±21.5	0.777
Yok	130.6±27.5	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	131.0±29.3	0.763
Yaptırmamış	129.9±24.9	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	127.8±23.9	0.639
1-2 Kez	131.8±28.9	
2'den Fazla	131.2±27.2	

Katılımcıların ASGÖ kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grupları ve eğitim durumları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p=0.003$, $p=0.046$).

Tablo 4. Katılımcıların ASGÖ kendini gerçekleştirme alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Kendini Gerçekleştirme Puanı Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	26.9±8.1	0.003
15-19	26.4±8.4	
20-24	30.5±6.3	
Cinsiyet		
Kadın	28.0±8.0	0.813
Erkek	27.8±7.7	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	27.1±8.6	0.046
Lise	26.9±8.2	
Üniversite	29.8±6.5	

Çalışma Durumu		
Çalışıyor	27.7±8.7	0.885
Çalışmıyor	27.9±7.8	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	27.7±7.9	0.591
Tek başına	31.4±7.7	
Yurtta	28.2±7.7	
Arkadaşları ile birlikte	27.9±4.9	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	28.7±7.7	0.072
Lise	25.6±8.5	
Üniversite	28.1±7.0	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	28.8±7.8	0.253
Lise	27.4±8.3	
Üniversite	26.8±7.5	
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	27.4±8.8	0.725
Kullanmıyor	27.9±7.7	
Kronik Hastalık		
Var	26.5±6.7	0.372
Yok	28.1±7.9	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	27.5±8.1	0.481
Yaptırmamış	28.3±7.6	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	28.1±7.1	0.969
1-2 Kez	27.9±8.4	
2'den Fazla	27.8±8.0	

Katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grupları ve birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p=0.000$, $p=0.013$).

Tablo 5. Katılımcıların ASGÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Sağlık Sorumluluğu Puanı Ortalama $\pm$ SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	27.7 $\pm$ 7.7	0.000
15-19	28.0 $\pm$ 7.7	
20-24	32.1 $\pm$ 6.4	
Cinsiyet		
Kadın	29.1 $\pm$ 7.4	0.626
Erkek	29.6 $\pm$ 7.8	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	28.1 $\pm$ 8.1	0.051
Lise	28.6 $\pm$ 7.5	
Üniversite	31.1 $\pm$ 6.9	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	29.7 $\pm$ 7.9	0.779
Çalışmıyor	29.2 $\pm$ 7.5	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	29.0 $\pm$ 7.7	0.013
Tek başına	36.9 $\pm$ 4.2	
Yurtta	27.0 $\pm$ 5.7	
Arkadaşları ile birlikte	30.4 $\pm$ 5.1	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	29.2 $\pm$ 7.6	0.414
Lise	28.5 $\pm$ 7.6	
Üniversite	30.7 $\pm$ 7.5	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	29.2 $\pm$ 7.5	0.338
Lise	28.2 $\pm$ 8.1	
Üniversite	30.3 $\pm$ 7.1	

Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	29.8±8.5	0.713
Kullanmıyor	29.2±7.4	
Kronik Hastalık		
Var	28.9±6.7	0.832
Yok	29.3±7.6	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	29.4±7.9	0.819
Yaptırmamış	29.2±7.2	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	28.2±6.8	0.295
1-2 Kez	30.1±8.1	
2'den Fazla	29.3±7.4	

Katılımcıların ASGÖ egzersiz alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde birlikte yaşadığı kişiler arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p=0.009).

Tablo 6. Katılımcıların ASGÖ egzersiz alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Egzersiz Puanı Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	11.7±4.1	0.370
15-19	11.3±4.2	
20-24	10.7±3.9	
Cinsiyet		
Kadın	11.2±3.9	0.910
Erkek	11.3±4.2	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	11.8±3.9	0.159
Lise	11.5±4.2	
Üniversite	10.5±3.9	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11.4±4.5	0.851
Çalışmıyor	11.2±4.0	

Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	11.3±4.1	0.009
Tek başına	13.7±3.2	
Yurtta	7.9±2.6	
Arkadaşları ile birlikte	11.0±3.7	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	10.9±3.8	0.268
Lise	11.3±4.3	
Üniversite	12.2±4.6	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	11.3±3.7	0.928
Lise	11.1±4.8	
Üniversite	11.3±4.0	
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	11.6±3.6	0.639
Kullanmıyor	11.2±4.1	
Kronik Hastalık		
Var	11.9±4.1	0.449
Yok	11.2±4.1	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	11.8±4.3	0.058
Yaptırmamış	10.8±3.8	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	10.7±4.1	0.390
1-2 Kez	11.6±4.1	
2'den Fazla	11.3±3.9	

Katılımcıların ASGÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grupları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p=0.027$).

Tablo 7. Katılımcıların ASGÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Kişilerarası İlişkiler Puanı Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	22.9±5.8	0.027
15-19	22.1±5.9	
20-24	24.7±5.7	
Cinsiyet		
Kadın	23.0±5.9	0.447
Erkek	23.6±5.8	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	23.7±6.2	0.099
Lise	22.3±5.8	
Üniversite	24.2±5.7	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	23.7±6.7	0.714
Çalışmıyor	23.2±5.8	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	23.1±6.0	0.165
Tek başına	27.4±5.2	
Yurtta	22.6±4.9	
Arkadaşları ile birlikte	24.3±3.4	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	23.6±6.0	0.343
Lise	22.2±6.1	
Üniversite	23.4±5.1	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	24.1±5.8	0.133
Lise	22.7±6.7	
Üniversite	22.3±5.2	

Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	24.6±6.5	0.217
Kullanmıyor	23.1±5.8	
Kronik Hastalık		
Var	22.3±5.5	0.404
Yok	23.4±5.9	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	22.8±5.9	0.313
Yaptırmamış	23.6±5.9	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	22.6±6.1	0.425
1-2 Kez	23.2±6.2	
2'den Fazla	24.0±5.1	

Katılımcıların ASGÖ stres yönetimi alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi bir faktörle anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların ASGÖ stres yönetimi alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Stres Yönetimi Puanı Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	19.3±5.7	0.741
15-19	19.1±5.7	
20-24	19.8±4.1	
Cinsiyet		
Kadın	19.2±5.2	0.467
Erkek	19.7±5.2	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	19.3±5.7	0.803
Lise	19.2±5.4	
Üniversite	19.7±4.6	

Çalışma Durumu		
Çalışıyor	19.7±4.6	0.740
Çalışmıyor	19.4±5.3	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	19.2±5.4	0.377
Tek başına	22.3±3.4	
Yurtta	19.8±4.0	
Arkadaşları ile birlikte	19.3±1.9	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	19.4±4.9	0.425
Lise	18.7±5.2	
Üniversite	20.2±6.1	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	19.7±5.1	0.583
Lise	18.8±5.5	
Üniversite	19.3±5.0	
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	19.5±5.2	0.933
Kullanmıyor	19.4±5.2	
Kronik Hastalık		
Var	20.6±4.7	0.256
Yok	19.3±5.2	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	19.7±5.6	0.525
Yaptırmamış	19.2±5.8	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	19.3±4.9	0.961
1-2 Kez	19.4±5.4	
2'den Fazla	19.5±5.1	

Katılımcıların ASGÖ beslenme alışkanlıkları alt boyutundan aldıkları puanlar ile genel özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi bir faktörle anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 9. Katılımcıların ASGÖ beslenme alışkanlıkları alt boyutu ile genel özelliklerin ilişkisi.

	Beslenme Alışkanlıkları Puanı Ortalama±SS	p
Yaş (Yıl)		
10-14	19.5±4.7	0.624
15-19	18.9±4.5	
20-24	19.5±3.9	
Cinsiyet		
Kadın	19.2±4.6	0.603
Erkek	19.5±4.2	
Eğitim Durumu		
İlköğretim	20.2±4.7	0.164
Lise	18.8±4.1	
Üniversite	19.2±4.4	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	20.3±4.1	0.247
Çalışmıyor	19.2±4.4	
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Aile ile birlikte	19.3±4.5	0.082
Tek başına	22.6±2.9	
Yurtta	18.2±2.7	
Arkadaşları ile birlikte	17.7±4.3	
Anne Eğitim Durumu		
İlköğretim	19.1±4.4	0.099
Lise	18.7±3.9	
Üniversite	20.7±4.9	
Baba Eğitim Durumu		
İlköğretim	19.1±4.6	0.515
Lise	19.1±4.4	
Üniversite	19.9±4.1	

Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	18.3±4.3	0.236
Kullanmıyor	19.4±4.4	
Kronik Hastalık		
Var	18.7±5.1	0.487
Yok	19.4±4.3	
Sağlık Taraması		
Yaptırmış	19.8±4.7	0.116
Yaptırmamış	18.9±4.1	
Son 1 Yılda ASM Başvurusu		
Yok	18.9±4.2	
1-2 Kez	19.6±4.1	0.605
2'den Fazla	19.3±5.0	

5. TARTIŞMA

Ergenlik ya da adolesan dönemi; kişinin gerek biyolojik gerek psikososyal olarak olgunlaşmasını ve potansiyel olarak bağımsız yaşayabilmesini içermekle birlikte hızlı ve büyük ölçekli değişimlerin meydana geldiği, giderek uzayan bir yaşam periyodudur. Bu dönemde hem kimliğin oluşması hem de özerkliğin sağlanması gerçekleşmektedir. Türkiye nüfusunun %15,3'ünü 15-24 yaş arası adolesan ve genç bireyler oluşturmaktadır. TÜİK tarafından yapılan nüfus projeksiyonlarında bunun 2080'li yıllarda %11,1'e düşmesi beklenmekte olup, bu oran bile günümüz Avrupa Birliği ülkelerinin genç nüfus ortalamasının %10,3 olduğu düşünüldüğünde yüksektir (1) (61). Bundan hareketle ülkemiz için genç ve adolesanların sağlığı ayrıca önem arz etmektedir. Bu nedenle genç ve adolesanların sağlığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Çalışmamız 10-24 yaş arasındaki genç ve adolesan bireylerin sağlığını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Adolesan sağlığı ve ilişkili olabilecek faktörlerin tespiti için veriler eklenmiş olup devamında elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan genç ve adolesan bireylerin %56,5'i kadın, %43,5'i ise erkek olarak bulunmuştur. Katılımcılar 10-14 yaş, 15-19 yaş ve 20-24 yaş olarak 3 gruba ayrılmış olup, her grupta eşit sayıda birey olmak üzere toplamda 216 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların %89,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %87'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların %10,2'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

İş gücüne katılım açısından yapılan 2021 yılına ait TÜİK araştırmasına göre ülkemizde 15-24 yaş arası grubun %41,7'sinin çalıştığı görülmektedir (61). Çalışmamızdaki katılımcıların %10,6'sının bir işte çalıştığı bulunmuştur. Çalışmamızın, 10-14 yaş arası erken adolesan dönemi de kapsamı; iş gücüne katılım oranının düşüklüğünün nedeni olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen adolesan ve genç bireylerin %11,6'sı sigara kullanmaktaydı. DSÖ tarafından yapılan bir araştırmaya göre adolesanların sigara kullanımı erkeklerde %8-34 arasında, kızlarda ise %4-30 arasında değişmektedir (62).

Ülkemizde 14-19 yaş arası gençlerde yapılan bir çalışmada; gençlerin %13,3'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir. Aynı yaş grubunu içeren bir diğer çalışmada ise sigara içme prevalansı %15,8 olarak bulunmuştur (63). Sonuçlara bakıldığında sigara kullanım oranının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda lisede eğitim gören veya mezun olan birey oranı %41,3, üniversitede eğitim gören veya mezun olan birey oranı ise %32,4 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan 15-29 yaş arası gençleri kapsayan çalışma sonuçlarına göre gençlerin %32'si lise veya dengi okul, %16,4'ü ise yükseköğretim mezunudur (64). Ebeveynlerin öğrenim durumlarına bakıldığında ise çalışmamızda literatürü destekler nitelikte babaların eğitim düzeyinin annelerden daha yüksek olduğu görülmüştür (65).

Çalışmamızdaki genç ve adolesanların BKİ ortalaması 21.2 ± 3.8 olarak bulunmuş olup, Ankara'da yapılan 10-21 yaş arasını kapsayan bir çalışmada ise BKİ ortalaması 18.98 ± 4.19 olarak bulunmuştur (66).

Literatür tarandığında 10-14 yaş arasındaki erken adolesanlara ilişkin bilgiler, ağırlıklı olarak okul temelli anketlere dayanmaktadır; bununla birlikte, en savunmasız gruplardan birini oluşturan okula gitmeyen erken adolesanlar hakkında küresel olarak bilgi eksikliği bulunmaktadır (67). Bu bağlamda okula gitmeyen grubun da dahil edildiği ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Biz ise sağlık hizmeti arayan adolesan ve genç bireyleri çalışmamıza dahil ederek bu savunmamız gruplara da ulaşmaya çalıştık.

Yaşam boyu elde edilen birçok sağlık alışkanlığı adolesan dönemde kazanılır. Bu durum olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve teşviki açısından adolesan dönemini bireyin hayatındaki fırsat penceresi haline getirir. Bu dönemde kazanılan olumlu veya olumsuz sağlık davranışları, bireyin uzun dönemdeki sağlık sonuçları üzerinde etkili olacaktır (68).

Çalışmamızdaki katılımcıların Adolesan Sağlığını Geliştirme Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 130.4 ± 26.9 bulunmuştur. Öztürk ve Alkaya yaptığı çalışmalarında toplam puan ortalamasını 143.75 ± 24.57 bulmuştur (69). Gürkan ve Ayar'ın yaptığı çalışmada ise toplam puan ortalaması 127.20 ± 24.99 bulunmuş olup yine ortalamanın üzerindedir (70). Bu durum, çalışmaya katılan adolesanların sağlığı geliştirme yönünden ortalamanın üzerinde bir davranış sergilediğini göstermektedir.

Adolesan Sağlığı Geliştirme Ölçeğinin kullanıldığı diğer bazı çalışmalarda, toplam puan ortalaması Bebiş ve ark. tarafından 132.05 ± 24.60 , Temel ve ark. tarafından 140.69 ± 20.10 olarak bulunmuştur (34) (71).

Uygulanan ölçeğin alt grupları değerlendirildiğinde; katılımcılar en yüksek puan ortalamasını sağlık sorumluluğu alt grubundan (29.2 ± 7.5), en düşük puan ortalamasını ise egzersiz alt grubundan (11.2 ± 4.0) almıştır. Öztürk ve Alkaya'nın çalışmasında benzer şekilde en yüksek puan ortalaması sağlık sorumluluğu (31.60 ± 6.85), en düşük puan ortalaması egzersiz (13.23 ± 3.96) alt grubu olarak bulunmuştur (69). Gürkan ve Ayar'ın çalışmasında ise en yüksek puan ortalaması sağlık sorumluluğu alt grubundan alınmış olup en düşük puan ortalaması ise beslenme alt grubundan alınmıştır (70). Bebiş ve ark.'nın yaptığı diğer bir çalışmada, katılımcılar en yüksek puan ortalamasını kendini gerçekleştirme alt grubundan (30.45 ± 7.14), en düşük puan ortalamasını stres yönetimi alt grubundan (19.54 ± 5.23) almıştır (34).

Sağlık okuryazarlığı ilk olarak 2000 yılında Ratzan ve Parker tarafından sağlık bilgilerini elde etme, işleme ve anlama yeteneği olarak tanımlandı. Adolesanlar gelişim sürecinde zayıf dürtü-kontrol kapasitesine ve artan heyecan arayışına sahiptir. Adolesanların deneyim eksiklikleri ve öz düzenleme yeteneklerindeki kısıtlılıklar, sağlıkla alakalı konularda çevresel ipuçlarına güvenme eğiliminde bir yapıya sahip olmalarına yol açar. Buna rağmen adolesanların sağlıkları için daha fazla sorumluluk üstlenmeleri gerekmektedir. Adolesan dönemde sağlık konusunda yeteri kadar sorumluluk üstlenmeyen kişiler yetişkinlik döneminde olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşmaktadır (72). Çalışmamızda sağlık sorumluluğu alt grubundan alınan puan ortalaması yaş ile pozitif yönde korelasyon göstermektedir. Erken adolesan (27.7 ± 7.7) ve geç adolesan (28.0 ± 7.7) dönemindeki bireyler, sağlık sorumluluğu alt grubundan genç yetişkinlere göre (29.2 ± 7.5) daha düşük puan ortalamasına sahip olmaları nedeniyle daha olumsuz sağlık davranışı sergileme eğiliminde oldukları düşünülmüştür. Karaslan ve Çelebioğlu'nun lise öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada, yaş arttıkça adolesanların sağlığı geliştirme puanlarının arttığı gösterilmiştir (73). Bu durum adolesanların yaşlarının ilerlemesiyle birlikte daha fazla sağlık sorumluluğu aldığı şeklinde yorumlanabilir. Literatürde aksi yönde bulgular da mevcuttur. Kang ve

ark. yaptığı çalışmada, ortaokulda öğrenim gören katılımcıların lisede eğitim gören katılımcılara göre sağlığı geliştirme yönünden daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (74). Yine Bebiş ve ark., Musavian ve ark. yaptığı çalışmalarda yaşın artmasıyla sağlığı geliştirme puanlarının azaldığı görülmüştür (34) (75). Dağdeviren'in 13-20 yaş arası bireylerde yaptığı çalışmada yaş ile ASGÖ'den alınan toplam puan ve alt gruplarından alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (76). Çalışmamıza 20-24 yaş arası genç bireylerin dahil edilmesi özellikle sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt grupları açısından daha yüksek puanlar alınmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda 15-19 yaş arası adolesan bireyler, ASGÖ genel puan ortalaması ve alt grupların puan ortalamasında (sağlık sorumluluğu, egzersiz hariç) diğer yaş grubundaki katılımcılara oranla daha düşük puanlar almıştır. Geç adolesan dönemi ebeveyn etkisinin azaldığı ve yetişkinliğe geçişin başladığı bir evredir. Bu dönemdeki bireylerin yetişkinlik becerilerini tam olarak kazanamaması ve aile gözetiminden uzak kalması olumsuz sağlık davranışları açısından döneme özgü riskler barındırmaktadır (10). Bu durum çalışmamızdaki bulgularla ilişkilendirilebilir.

Kendini gerçekleştirme, Maslow tarafından ihtiyaçlar hiyerarşisinin en üst basamağı olarak tanımlanmıştır. Bu kavram kişinin yaşamdaki ideallerini ararken motive olmasını sağlayan seviye olarak görülebilir. Kendini gerçekleştirme statik olmaktan ziyade ilerleme ve büyüme ihtiyacını içerir (77). Bu tanımlamalara göre, çalışmamızdaki gibi genç bireylerin kendini gerçekleştirme alt grubundan daha yüksek puanlar alması beklenen bir sonuç olabilir.

Çalışmamızda ASGÖ toplam ve alt grup puan ortalamalarına bakıldığında kız ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatür tarandığında ASGÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları ile cinsiyet arasında çelişkili bulgular içeren çalışmalar mevcuttur. Tomas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kızlar erkeklere oranla daha olumlu sağlığı geliştirici davranışlar sergilemiştir (78). Ortabağ ve Chen'nin çalışmalarındaki bulgular bu konuda benzerlik göstermektedir (79) (80). Yine Tomas ve arkadaşlarının çalışmasında ASGÖ'nin sosyal destek ve sağlık sorumluluğu alt gruplarında kızlar; istatistiksel anlamda daha olumlu davranışlar gösterirken, erkekler ise egzersiz alt grubunda daha olumlu davranışlar göstermiştir.

Fakat genel ölçek puan ortalamasına bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (78). Koha ve ark. sağlığı geliştirici davranışlar açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (81). Musavian ve ark. erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha yüksek sağlığı geliştirici puanlara sahip olduğunu çalışmalarında göstermiştir. Beslenme, kendini gerçekleştirme ve fiziksel aktivite alt gruplarında erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Kız öğrenciler sağlık sorumluluğu alt grubundan erkeklere oranla daha yüksek puan ortalaması elde etmiştir (75).

Eğitim durumu yüksek annelere sahip çocukların, daha uzun süre anne sütü aldığı, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının arttığı, obezitenin azaldığı ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olduğu bilinmektedir. Anne eğitim durumu, çocukların hayatlarındaki birçok parametre üzerinde etkilidir (82). Diğer yandan anne eğitim düzeyinin çocuk sağlığına etkisine ilişkin çalışmalar tartışmalıdır. Anne eğitim düzeyi artıkça kadınlar iş hayatına daha çok katılmakta ve çocuklarına ayırdıkları zaman azalmaktadır. Bu durum çocukların sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Öte yandan, daha eğitilmiş anneler çocuk bakımı ve sağlığı konusunda daha bilgili olabilir. Annelerin çocuklarının sağlığı üzerindeki olumlu etkileri buna bağlı olarak artabilir (83). Çalışmamızda anne eğitim durumu üniversite düzeyinde olan katılımcıların ASGÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması ilköğretim ve lise düzeyine göre yüksek bulunmuştur. Alt gruplara bakıldığında, kendini gerçekleştirme ve kişilerarası ilişkiler dışındaki gruplarda benzer bulgular mevcuttur. Burada istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmamasının nedeni, annelerinin eğitim düzeyi üniversite olan katılımcıların sayısının az olmasıyla açıklanabilir. Öztürk ve Alkaya'nın yaptığı çalışmada, ebeveynleri lisans ve yüksek lisans mezunu olan bireylerin ASGÖ'den aldıkları puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (69). Sümen ve Öncel'in yaptığı sistematik bir incelemede anne baba eğitim düzeyinin sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (84). Musavian ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, anne baba eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin adolesan sağlığını geliştirme ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (75). Dağdeviren'nin yaptığı çalışmada, anneleri ortaokul ve üstü öğrenime sahip olan öğrencilerin toplam puan ortalaması diğer öğrencilerden yüksek bulunmuştur (76). Literatürdeki bu

bilgilere dayanarak eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarıyla daha kaliteli zaman geçirdiği, onlara sağlıkla alakalı temel bilgileri verdiği ve bu sayede çocuklarının sağlığı geliştirici davranışları uyguladığı düşünülebilir.

Dünya çapındaki tüm çocuk ve adolesanların yaklaşık %8'i kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Son yıllarda enfeksiyöz hastalıklar azalırken çocukluk çağındaki kronik hastalıklar yaygınlaşmıştır. En yaygın kronik hastalıklar arasında astım, obezite, diyabet, ruhsal bozukluklar ve gelişimsel yetersizlikler yer alır. Çocukluk ve adolesan döneminin fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal değişikliklerle karakterize edilen birçok önemli gelişim aşamaları olduğu göz önüne alındığında, kronik hastalıklar bu döneme ek zorluklar katmaktadır. Bu durum adolesan sağlığı açısından değerlendirildiğinde sosyal, duygusal, gelişimsel ve psikolojik zorluklara yol açabilir (85). Çalışmamıza katılım sağlayan bireylerin %10,2'sinde kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Bu bağlamda çalışmamızdaki kronik hastalık görülme sıklığı, literatürdeki bulguları destekler niteliktedir. Kronik hastalığı olan adolesan ve gençlerin ASGÖ toplam puan ortalaması ve alt gruplardaki puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Coşgun ve Hisar'ın yaptığı çalışmada adolesanların kronik hastalıklarıyla ASGÖ toplam puanı ve alt gruplarındaki puanlar arasında anlamlı ilişki yoktur (86). Benzer şekilde Dağdeviren ve Şimsek, kronik hastalıklarla ASGÖ ve alt grupları arasında önemli olacak bir ilişki bulamamıştır (76). Bu çalışmalarda özellikle erken adolesan dönemin de etkisiyle kronik hastalığa sahip katılımcıların sayısının az olması, kronik hastalık ile sağlığı geliştirici davranışlar arasında anlamlı bir ilişki görülmemesine neden olmuş olabilir. Kronik hastalığı olan adolesan ve genç bireylerin katılımının fazla olduğu çalışmalar yapılması bu ilişkinin daha iyi bir şekilde açıklanmasında fayda sağlayabilir.

Günümüz dünyasında sosyo-ekonomik hayatın değişmesi evlilik yaşının gecikmesine, evlenme oranlarının her geçen gün azalmasına, boşanma oranlarının ise artmasına yol açarak yalnız yaşayan gençlerin sayısında artmaya neden olmuştur. Son yıllardaki bu değişimler literatürde güncelleme ihtiyacını ortaya çıkarmakta ve bu grubun ek çalışmalarla psikolojik özelliklerinin daha detaylı bir şekilde araştırılmasını gerektirmektedir. Tek başına yaşayan genç bireyler, çoğunlukla büyük şehirlerde çalışmakta olup genellikle daha yüksek bir eğitim düzeyine sahiptirler. Bu bireylerin özgüvenleri, benliklerine olan saygıları gelişmiş olup sosyo-ekonomik anlamda

bağımsız oldukları görülmektedir (87). Çalışmamızda katılımcıların yaşam alanlarına bakıldığında, tek başına yaşayan bireyler daha olumlu sağlığı geliştirici davranışlar sergilemişlerdir. ASGÖ toplam puan ortalaması ve bütün alt grupların puan ortalamasına bakıldığında tek başına yaşayan bireylerin daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür.

Yalnız yaşamak, yalnızlık ve sosyal izolasyon birbirlerinden ayrışan kavramlardır. Toplumun genel düşüncesinin aksine yalnız yaşamak, bireyin izole kalacağı, kendini yalnız hissedeceği veya daha az oranda sosyal aktivitede bulunacağı anlamına gelmez (88). Yalnız yaşamak, bazı bireylerde kişilerarası ilişkilerdeki uyumu artırarak bu ilişkilerin devamlılığının sağlanmasını teşvik edebilir. Bu durum kişinin öz imajına olumlu katkı sağlayabilir (89). Yalnız yaşayan genç ve adolesanlar daha bağımsızdır. Bu bireyler kendini tanıma, geliştirme, değerlendirme ve gerçekleştirme konusunda daha gelişmiş yeteneklere sahiptir (90). Bu yetenekler sayesinde kişiler daha fazla sorumluluk alabilmektedir. Çalışmamızdaki yalnız yaşayan bireylerin ASGÖ genel puan ortalaması ve sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek puanlar almış olmasının yanında diğer alt gruplarda anlamlı bir fark olmamasına rağmen yine yüksek puanların alınması literatürdeki bu bilgilerle ilişkilendirilebilir.

Adolesan dönemde tatmin edici sosyal ilişkiler başlatmak ve devam ettirmek önemli bir gelişimsel görevdir. Bu görevi başarıyla gerçekleştiremeyen bireyler anksiyete, depresyon, uyku sorunları ve kardiyovasküler olaylar gibi olumsuz sağlık sonuçları ile karşılaşabilir (91). Sosyal ilişkilerin yaşın ilerlemesi ile daha iyi hale geldiği küresel çapta yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu kanıt geniş aralıklarda yapılan çalışmalara dayanmaktadır. 2013 yılında 277 çalışma ile yapılan bir meta-analizde aile arasındaki sosyal bağların yaşam boyunca sabit kaldığını; yakın çevre, arkadaşlık ağlarının adolesan ve genç yetişkinlik döneminde genişlediğini ve belirli bir süre plato çizdiğini sonraki yaşlarda ise küçülme eğilimine girdiğini göstermektedir (92) (93). Çalışmamızda genç yetişkinler, erken ve geç adolesanlara göre ASGÖ kişilerarası ilişkiler alt grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Bu konuda genç yetişkinler sağlığı geliştirici yönden daha olumlu davranışlar sergilemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 10-24 yaş arası adolesan ve genç bireylerde sağlığı etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

- Çalışmaya katılan bireyler 10-14 yaş arası erken adolesan, 15-19 yaş arası genç adolesan ve 20-24 yaş arası genç bireyler olarak üç gruba ayrılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formunun yanında Adolesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar ASGÖ'den ortalamanın üzerinde puanlar almış olup genel olarak olumlu yönde sağlığı geliştirici davranışlar sergilemiştir.
- Çalışmamızda adolesan ve genç bireylerin sağlığını etkileyen faktörler arasında, bu bireylerin yaşının ve yaşam alanlarındaki farklılıkların etkili olduğu görülmüştür.
- Çalışmaya katılan bireylerin yaşları ve birlikte yaşadığı kişiler ile ASGÖ puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Genç bireyler, erken ve geç adolesanlara oranla anlamlı bir şekilde ölçekten daha yüksek puanlar almıştır.
- ASGÖ'nün alt gruplarına bakıldığında; 20-24 yaş arasındaki genç bireylerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt başlıklarından diğer katılımcılara oranla daha yüksek puanlar elde ettikleri görülmüştür.
- Çalışmadaki katılımcılar arasında tek başına yaşayan bireyler, ASGÖ toplam puan ortalaması ve sağlık sorumluluğu alt grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır.
- ASGÖ ve alt grupları incelendiğinde katılımcıların eğitim durumu (kendini gerçekleştirme alt grubu hariç), cinsiyet, çalışma durumu, anne-baba eğitim durumu, okulda yapılan sağlık taraması, ASM başvuru sayısı, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Çalışmadan elde edilen bulgulara dayanılarak adolesan ve genç bireylerin sağlığı geliştirici davranışlar açısından olumlu ve olumsuz davranışları birlikte

sergileyebildiği düşünölmüş olup bu konuda literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışma yapılması gerektiği sonucuna varılabilir.

- Adolesan dönemi sağlıklı bir toplum yapısı için önemlidir. Bu dönemdeki bireyler genel olarak sağlıklı olarak değerlendirilir. Fakat bu bireyler birçok sorunla karşılaşabilmekte, yaşadıkları bu sorunlar hem çevre hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından gözden kaçabilmektedir. Adolesan bireyler için dezavantaj diyebileceğimiz bu durum, Aile Hekimleri tarafından her zaman akılda tutulmalı, bu konuda daha hassas bir yaklaşım sergilenmelidir.
- Adolesan bireyler, birinci basamağa ve diğer sağlık hizmeti veren kurumlara çok az başvurmaktadır. Adolesanlarla ilgili yapılan çalışmalar genellikle okul temelli anketlere dayanmaktadır. Aile Hekimliğinin bünyesinde yer alan tarama ve periyodik muayenelerin genişletilmesi ile bu bireyler daha yakından gözlenebilir. Bu sayede birçok sorun daha ortaya çıkmadan engellenebilir.
- Dünyada diyabet, obezite, dislipidemi, koroner kalp hastalığı gibi birçok hastalığın insidansı artmaktadır. Buna bağılı olarak sağlık ekonomisi üzerindeki yük her geçen gün daha da ağırlaşmaktadır. Adolesan dönemde olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ile birçok hastalık engellenebilir. Bu nedenle adolesan sağlığını etkileyen faktörlerin üzerinde literatürdeki bilgileri güncelleyip genişletecek daha fazla çalışma yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatria, 86(6), 436-443.
2. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 eylül 2022.]
3. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 23 12 2022.]
4. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 12 eylül 2022.]
5. KAYA, Doç. Dr. Çiğdem Apaydın. Adolesan Sağlığı Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı. 2015.
6. Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. The lancet, 379(9826), 1630-1640.
7. Hall, G. S. (1905). Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education (Vol. 2). D. Appleton.
8. World Health Organization. (1965). Health problems of adolescence: report of a WHO Expert Committee [meeting held in Geneva from 3 to 9 November 1964].
9. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health, 2(3), 223-228.
10. Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet, 387(10036), 2423-2478.
11. ÖZÇAKAR, N. (2010). Birinci Basamakta Adolesana Yaklaşım. The Journal of Turkish.
12. Alikashioglu, M. (2005). Adolesana yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi, 40(3), 191-198.
13. Smith, G. L., & McGuinness, T. M. (2017). Adolescent psychosocial assessment: the HEEADSSS. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 55(5), 24-27.
14. <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 23 12 2022.]
15. van Sluijs, E., Ekelund, U., Crochemore-Silva, I., Guthold, R., Ha, A., Lubans, D., Oyeyemi, A. L., Ding, D., & Katzmarzyk, P. T. (2021). Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. Lancet (London, England), 398(10298), 429-442.

16. Azzopardi, P. S., Hearps, S. J. C., Francis, K. L. et al. (2019). Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990-2016. *Lancet* (London, England), 393(10176), 1101–1118.
17. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-\(15-to-19-years\)-and-young-adult-\(20-to-24-years\)-mortality#:~:text=Globally%2C%20deaths%20among%20adolescents%20aged,to%2024%20years%20than%20males.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-older-adolescent-(15-to-19-years)-and-young-adult-(20-to-24-years)-mortality#:~:text=Globally%2C%20deaths%20among%20adolescents%20aged,to%2024%20years%20than%20males.) [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 22 12 2022.]
18. Christian, P., & Smith, E. R. (2018). Adolescent Undernutrition: Global Burden, Physiology, and Nutritional Risks. *Annals of nutrition & metabolism*, 72(4), 316–328.
19. Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in Childhood and Adolescence. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(15), 261–267.
20. Vongxay, V., Albers, F., Thongmixay, S., Thongsombath, M., Broerse, J. E. W., Sychareun, V., & Essink, D. R. (2019). Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR. *PloS one*, 14(1), e0209675.
21. https://www.uptodate.com/contents/adolescentsexuality?search=adolescent&topicRef=108&source=see_link. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 22 12 2022.]
22. Shek, D. T., Keung Ma, H., & Sun, R. C. (2011). A brief overview of adolescent developmental problems in Hong Kong. *TheScientificWorldJOURNAL*, 11, 2243-2256.
23. Garofoli, M. (2020). Adolescent substance abuse. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 47(2), 383-394.
24. Kacha-Ochana, A., Jones, C. M., Green, J. L., Dunphy, C., Govoni, T. D., Robbins, R. S., & Guy Jr, G. P. Characteristics of Adults Aged $\geq$ 18 Years Evaluated for Substance Use and Treatment Planning—United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71(23), 749. 2022.
25. Asi, E., & Gözü, S. (2020). Tütün Ürünlerine Yönelik Oluşturulan Politikalara Verilen Tepkiler Ve Türkiye’deki Karşılığı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 319-330.
26. Bakanlığı, S. (2010). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
27. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Türkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 22 12 2022.]
28. Owens, D. K., Davidson, K. W., Krist, A. H., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & US Preventive Services Task Force. (2020). Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*, 323(16), 1590-1598.

29. TCK 4207 sayılı "Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında Kanun".
30. ŞENGİZER, Uzm. Dr. Tijen. "Adolesan Sağlığı Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı" Bölüm:Adolesanlarda Tütün Kullanımı syf:281-291. [der.] Doç. Dr. Çiğdem Apaydın KAYA. 2015.
31. Selph S, Patnode CD, Bailey SR, Pappas M, Stoner R, Hart E, Chou R. Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
32. Guedes, D. P., & Zuppa, M. A. (2020). Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Adolescent Health Promotion Scale (AHPS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2357-2368.
33. Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Public health nursing*, 20(2), 104-110.
34. Bebiş, H., Akpunar, D., Özdemir, S., & Kılıç, S. (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2), 129-135.
35. Z. Bahar, Ayşe Beşer ve ark. (2008), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1).
36. . Gaete, J., Olivares, E., Godoy, M. I., Cárcamo, M., Montero-Marín, J., Hendricks, C., & Araya, R. (2021). Adolescent Lifestyle Profile-Revised 2: validity and reliability among adolescents in Chile. *Jornal de pediatria*, 97, 52-60. .
37. Akman, Doç. Dr. Mehmet. "Adolesan Sağlığı Koruyucu Hekimlik ve Erken Tanı" Bölüm:Adolesan Dönemde Beslenme syf:153-167. [der.] Doç. Dr. Çiğdem Apaydın KAYA. 38.<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 22 eylül 2022.]
39. World Health Organization. (2018). Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition.
40. PEARSON, Natalie. Behavioural nutrition and physical activity in young people: the role of the family. 2009. PhD Thesis. Loughborough University.
41. KÖSEOĞLU, Sabiha Zeynep Aydenk; TAYFUR, Aslı Çelebi. Adölesan Dönemi Beslenme ve Sorunları Nutrition and Issues in Adolescence Period. *Güncel Pediatri*, 2017, 15.2: 44-57.
42. Yücecan, S. (2008). Optimal beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayın, 726, 2-4.
43. Fenesi, B., Graham, J. D., Crichton, M., Ogrodnik, M., & Skinner, J. (2022). Physical Activity in High School Classrooms: A Promising Avenue for Future Research. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 688.

44. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles.
45. Stelzig, O., & Sevecke, K. (2019). Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter [Coping with Stress During Childhood and Adolescence]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(7), 592–605.
46. Beck, J., Lange, S., & Tröster, H. (2017). Geschlechtsunterschiede in der Stressvulnerabilität, Stressbewältigung und Stresssymptomatik bei Grundschulkindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.
47. Persike, M., & Seiffge-Krenke, I. (2014). Is stress perceived differently in relationships with parents and peers? Inter-and intra-regional comparisons on adolescents from 21 nations. *Journal of adolescence*, 37(4), 493-504.
48. Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1.).
49. Joulaei, H., Keshani, P., & Kaveh, M. H. (2018). Nutrition literacy as a determinant for diet quality amongst young adolescents: a cross sectional study. *Prog Nutr*, 20(3), 455-64.).
50. Willis, C. D., Saul, J. E., Bitz, J., Pompu, K., Best, A., & Jackson, B. (2014). Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public Health*, 128(6), 515-524.
51. Dima-Cozma, C., Gavrilută, C., Mitrea, G., & Cojocaru, D. C. (2014). The importance of healthy lifestyle in modern society: a medical, social and spiritual perspective. *European Journal of Science and Theology*, 10(3), 111-120.).
52. Llanos, L. F., & Martínez Verduzco, L. (2022). From Self-Transcendence to Collective Transcendence: In Search of the Order of Hierarchies in Maslow's Transcendence. *Frontiers in psychology*, 13, 787591.
53. Maslow, A.H. (1954) *Motivation and. Personelity* ,New York: Harper and Row Pub.
54. Kenny, R., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2013). Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. *Journal of adolescence*, 36(2), 351-360.
55. Mertens, E., Deković, M., Leijten, P., Van Londen, M., & Reitz, E. (2020). Components of School-Based Interventions Stimulating Students' Intrapersonal and Interpersonal Domains: A Meta-analysis. *Clinical child and family psychology review*, 23(4), 605–631.
56. Delgado, E., Serna, C., Martínez, I., & Cruise, E. (2022). Parental Attachment and Peer Relationships in Adolescence: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1064.

57. Tissot, H., Pfarrwaller, E., & Haller, D. M. (2021). Primary care prevention of cardiovascular risk behaviors in adolescents: A systematic review. *Preventive medicine*, 142, 106346.
58. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> . [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 24 12 2022.]
59. Van Venrooij, L. T., Rusu, V., Vermeiren, R. R. J. M., Koposov, R. A., Skokauskas, N., & Crone, M. R. (2022). Clinical decision support methods for children and youths with mental health disorders in primary care. *Family practice*, 39(6), 1135–1143.
60. Carai, S., Jullien, S., MacLennan, C., Mutevelli, J., & Weber, M. (2022). Pocket Book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
61. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2021-45634>. [Çevrimiçi]
[Alıntı Tarihi: 16 Kasım 2022.]
62. Burak, M. E. T. E., Söyler, V., & Pehlivan, E. (2020). Adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 64-71.
63. Özcan, A., Öztürk, G. K., Özdil, K., & Kaya, Ş. Ş. (2016). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı: Nevşehir örneği. *Bağımlılık Dergisi*, 17(4), 164-171.
64. Bakanlığı, K. (2018). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) Çocuk ve Gençlik Özel İhtisas Komisyonu, Gençlik Çalışma Grubu Raporu.
65. Mustafa, Ş. E. N. Türkiye'de Ergen Profili. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27).
66. Yılmaz, T. E., & Babacan, M. T. Bir Aile Hekimliği Birimindeki Okul Çağı İzlemlerinin Retrospektif Analizi. *Ankara Medical Journal*, 20(4), 951-962.
67. Newby, H., Marsh, A. D., Moller, A. B., Adebayo, E., Azzopardi, P. S., Carvajal, L., Fagan, L., Friedman, H. S., Ba, M. G., Hagell, A., Morgan, A., Saewyc, E., & Guthold, R. (2021). A Scoping Review of Adolescent Health Indicators. *The Journal of adolescence*.
68. Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A., Vanable, P. A., Carey, K. B., ... & Carey, M. P. (2017). Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health*, 87(12), 885-893.
69. Ozturk, F. O., & Ayaz-Alkaya, S. (2020). Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, e31-e35.
70. Gürkan, K. P., & Ayar, D. (2020). The impact of e-health literacy on health promotion behaviors of high school students. *J Pediatr Res*, 7(4), 286-292.

71. Temel, A. B., Başalan İz, F., Yıldız, S., & Yetim, D. (2011). The reliability and validity of adolescent health promotion scale in Turkish community. *Journal of Current Pediatrics*, 9, 14–22. .
72. Fleary, S. A., & Joseph, P. (2020). Adolescents' Health Literacy and Decision-making: A Qualitative Study. *American journal of health behavior*, 44(4), 392–408.
73. Karaaslan, M. M., & Çelebioğlu, A. (2018). Determination of healthy lifestyle behaviors of high school students Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 1355-1361.
74. Kang, N. G., & You, M. A. (2018). Association of perceived stress and self-control with health-promoting behaviors in adolescents: A cross-sectional study. *Medicine*, 97(34), e11880. .
75. Musavian, A. S., Pasha, A., Rahebi, S. M., Roushan, Z. A., & Ghanbari, A. (2014). Health promoting behaviors among adolescents: A cross-sectional study. *Nursing and midwifery studies*, 3(1).
76. Dağdeviren, Z. (2010). Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler (Doctoral dissertation, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). .
77. Del Castillo F. A. (2021). Self-actualization towards positive well-being: combating despair during the COVID-19 pandemic. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(4), e757–e758.
78. Tomás, C. C., Queirós, P. J. P., & Ferreira, T. D. J. R. (2015). Health-promoting behaviors: Psychometric properties of an assessment tool. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 22-29.
79. Ortabag, T., Ozdemir, S., Bakir, B., & Tosun, N. (2011). Health promotion and risk behaviors among adolescents in Turkey. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 27(4), 304–315. .
80. Chen, M. Y., James, K., & Wang, E. K. (2007). Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(1), 59–69. .
81. Koha, D., Chong, S. T., Nazri, Y. F. M., Ibrahim, F., & Rahim, S. A. (2019). Health behavior and subjective well-being among marginalized young Malaysians. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 40(3), 597-601. .
82. Ceylan, D., Akan-Celen, F., Özkan, S., & Aycan, Z. (2022). Promoting adolescent health: health literacy, self-efficacy and internet use. *Turkish Journal of Pediatrics*, 64(1).

83. Yu, J., & Zhang, Z. (2021). Does Living with Grandparents Affect Children's and Adolescents' Health? Evidence from China. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), .
84. Sümen, A., & Öncel, S. (2017). Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: A systematic.
85. Riemann, L., Lubasch, J. S., Heep, A., & Ansmann, L. (2021). The Role of Health Literacy in Health Behavior, Health Service Use, Health Outcomes, and Empowerment in Pediatric Patients with Chronic Disease: A Systematic Review. *International journal of env.*
86. Coşgun, M., & Hisar, K. M. (2022). Investigation of the Relationship Between Health Promotion Behavior and Self-efficacy of Turkish Adolescents. *Genel Tıp Dergisi*, 32(4). .
87. Zalega, T. (2019). Consumer behaviour of young Polish singles-selected issues. *Marketing i Rynek*, (4), 3-14. .
88. Klinenberg, E. (2016). Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *American journal of public health*, 106(5), 786.
89. Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical psychology*, 34(8), 705.
90. Zhang, L., Fan, X., & Yu, Z. (2022). Living Alone but Not Feeling Lonely: The Effect of Self-Concealment on Perceived Social Support of Youth Living Alone in China. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 13805.
91. Geukens, F., Spithoven, A., Bastin, M., Vanhalst, J., & Maes, M. (2022). Lonely in Different Relationships: Bidirectional Effects between Parent- and Peer-Related Loneliness in Adolescence. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7014.
92. Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 139(1), 53.
93. Zhaoyang, R., Sliwinski, M. J., Martire, L. M., & Smyth, J. M. (2018). Age differences in adults' daily social interactions: An ecological momentary assessment study. *Psychology and aging*, 33(4), 607–618. .

8. EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

ADÖLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİ SAĞLIĞI ANKETİ

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, TIBBİ ÖYKÜ, ALIŞKANLIKLAR

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

Erkek ☐ Kadın ☐

3-Boyunuz:

Kilonuz:

4-Eğitim Durumunuz:

İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

5-İş Durumunuz:

Çalışıyor ☐ Çalışmıyor ☐

6-Kimle birlikte yaşıyorsunuz:

Ailesi ile aynı evde ☐ Tek başına ayrı evde ☐

Özel veya Devlet yurdunda ☐ Arkadaşları ile aynı evde ☐

7-Daha önce okulunuzda sağlık taraması yapıldı mı:

Evet ☐ Hayır ☐

8-Annenizin Eğitim Durumu:

İlköğretim Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Üniversite Mezunu ☐

9-Babanızın Eğitim Durumu:

İlköğretim Mezunu ☐ Lise Mezunu ☐ Üniversite Mezunu ☐

10-Son bir yıl içerisinde ASM'ye (Aile Sağlığı Merkezi) kaç kez başvurduunuz:

0 ☐ 1-2 ☐ 2'den daha fazla ☐

11-Sigara kullanımı:

İçiyor ☐ İçmiyor ☐

12-Kronik bir hastalığınız var mı:

Yok ☐ DM (diyabet) ☐ HT (hipertansiyon) ☐ Kolesterol ☐

Diğer ☐ Lütfen Belirtiniz

ADOLESAN SAĞLIĞINI GELİŞTİRME ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Bazen	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
1-Günde üç öğün yemek yerim					
2-Çok yağlı olmayan yiyecekleri seçerim					
3-Diyetim lifli gıdaları içerir					
4-Günde en az 1500 cc su içerim (veya 6-8 bardak)					
5-Her öğünüm beş yiyecek grubunu içerir (örn; ekmek, et, süt, meyve, sebze)					
6-Her gün kahvaltı yaparım					
7-İlgimi ve içtenliğimi başkalarına gösteririm					
8-Başkalarını önemserim ve onlarla iletişimimi sürdürürüm					
9-Başkaları ile endişelerimi tartışırım					
10-Her gün gülümsemek veya gülmek için çaba harcarım					
11-Akrabalarım ile ilişkimi sürdürmekten hoşlanırım					
12-İyi kişilerarası ilişkiler gösteririm					
13-Başkalarıyla sıkıntılarım hakkında konuşurum					
14-Alış veriş yaparken yiyeceklerin etiketini okurum					
15-Kilomu takip ederim					
16-Sağlık sorunlarımı bir doktor veya hemşire ile tartışırım					
17-En az ayda bir defa vücudumu gözlerim					
18-Yemeklerden sonra dişlerimi fırçalarım ve diş ipi kullanırım					
19-Yemeklerden önce ellerimi yıkarım					
20-Sağlıkla ilgili bilgileri araştırırım					
21-Koruyucu içermeyen yiyecekleri seçmeye gayret ederim					
22-Kendimi sevmeye gayret ederim					
23-Mutlu ve memnun hissetmeye çaba gösteririm					
24-Genellikle olumlu yönde düşünmeye çaba gösteririm					
25-Güçlü ve zayıf yönlerimi anlamaya ve kabullenmeye çaba gösteririm					
26-Kusurlarımı belirlemeye ve düzeltmeye çaba gösteririm					
27-Benim için neyin iyi olduğunu bilmek için çaba gösteririm					
28-Her günü farklı hissetmek ve meydan okumak için çaba gösteririm					

29-Yaşamımın bir amacı olduğuna inanmaya çaba gösteririm					
30-Her gün gevşeme egzersizi yaparım					
31-Haftada en az üç defa 30 dakika düzenli egzersiz yaparım					
32-Okulda her hafta beden eğitimi dersine katılırım					
33-Düzenli egzersiz öncesi ısınırım					
34-Dik oturmaya veya kalkmaya çaba gösteririm					
35-Her gün kaslarımı gevşetmeye çaba gösteririm					
36-Stresimin kaynağını belirlemeye çaba gösteririm					
37-Ruh halimdeki değişiklikleri izlemeye çaba gösteririm					
38-Her gece 6-8 saat uyurum					
39-Program yapar, önceliklerimi belirlerim					
40-Akla uygun olmayan konularda uygun yanıtları kullanırım					

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi ‘Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 10-24 Yaş Arası Adolesan ve Genç Bireylerde Sağlık Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.’ isimli araştırma çalışmasına davet etmekteyiz. Ergenlik ve gençlik dönemi riskli davranışların tanınması ve gerekli önlemlerin alınması, erişkinlikte ortaya çıkabilecek olası birçok hastalık ya da olumsuz durumun engellenmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması açısından önemli bir dönemdir. Ergenlik ve gençlik dönemindeki bireyler diğer yaş gruplarına göre daha az oranda sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Dolayısıyla bu yaş grubundaki döneme özgü, kişinin ileriki yaşamını etkileyecek pek çok sağlık sorunu gözden kaçmaktadır. Polikliniklerimize başvuran bireylerde adolesan sağlığına etki eden faktörleri değerlendirmeyi amaçladığımız bu çalışmaya katılma kararı verirsiniz Çalışmaya Katılma Onay Formu’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Herhangi bir sorunuz olduğunda 0(216)4583000-72151 numaralı telefonda sorumlu araştırmacı Dr. Halil İbrahim BAYANA’ya ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

Katılımcının Adı ve Soyadı:
Tarih:
İmza:
Katılımcının Velisinin Adı ve Soyadı:
Tarih:
İmza:
*18 yaşından küçük katılımcıların yalnızca veli imzası alınacaktır.
Araştırmacı Adı ve Soyadı:Halil İbrahim BAYANA
Tarih:
İmza: