

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ŞEFAATLİ İLÇE MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**Hazırlayan
Esra ÇİÇEK**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

Yüksek Lisans Tezi

**Haziran 2015
KAYSERİ**

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ŞEFAATLİ İLÇE MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

**Hazırlayan
Esra ÇİÇEK**

**Danışman
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

Yüksek Lisans Tezi

**Haziran 2015
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı

Esra ÇİÇEK

İmza

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

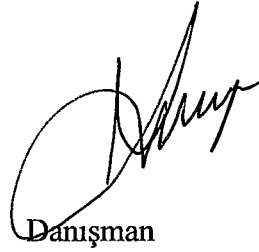
“Şefaati İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”
adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma
Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan

Esra ÇİÇEK

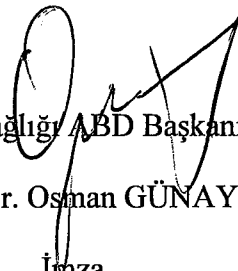
İmza



Danışman

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

İmza



Halk Sağlığı ABD Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY

İmza

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında **Esra ÇİÇEK** tarafından hazırlanan **“Şefaath İçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

15/06 / 2015

JÜRİ:

Danışman : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Doç. Dr. İskender GÜN.(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç. Dr.Gönül SUNGUR (Nuh Naci Yazgan Üniv.

Hemşirelik Anabilim Dalı)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

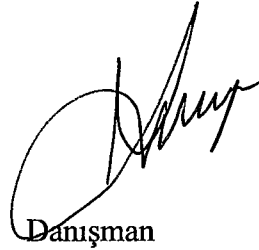
“Şefaati İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”
adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma
Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan

Esra ÇİÇEK

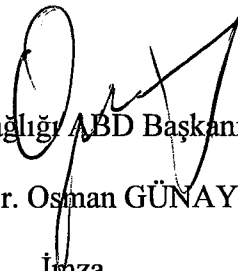
İmza



Danışman

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

İmza



Halk Sağlığı ABD Başkanı

Prof. Dr. Osman GÜNAY

İmza

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA danışmanlığında **Esra ÇİÇEK** tarafından hazırlanan **“Şefaath İçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

15/06 / 2015

JÜRİ:

Danışman : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA (Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Doç. Dr. İskender GÜN.(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç. Dr.Gönül SUNGUR (Nuh Naci Yazgan Üniv.

Hemşirelik Anabilim Dalı)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve

sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde emek, destek, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya,

Tezime katkılarından dolayı Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan Yrd.Doç.Dr. Mahmut KILIÇ'a,

Mücadelelerle dolu eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan sevgi ve hoşgörüsünden güç aldığım annem, babam ve abime,

Teşekkürlerimi sunarım.

ŞEFAATLİ İLÇE MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Esra ÇİÇEK

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2015

Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ÖZET

Adölesan dönem olumlu sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir dönem olması nedeniyle önem taşımaktadır. Bu çalışma adölesan dönemi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmayı Şefaati İlçe merkezindeki liselerin tamamında öğrenim gören 490 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Adölesanların sağlık davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren AYBÖ toplam puanı 117.5 ± 19.8 olarak bulunmuştur. Adölesanların yaşam biçimi ölçeği puan ortalamaları alt ölçeklerine göre incelendiğinde gençlerin en yüksek puanı pozitif yaşam bakışı, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt ölçeğinden aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin ölçek puanları ile sınıf, cinsiyet, son beş yılını geçirdiği yer, algıladıkları sosyoekonomik durum, sosyal güvence, anne-babanın öğrenim durumu, sağlıklarını algılama durumları, sosyal aktivite durumları, sigara kullanma, sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Ergenlik öncesi dönemden başlayarak adölesanlara fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları hakkında eğitim verilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine katkı sağlayacak olan sağlık derslerin müfredat programında yer alması, ailelere yönelik olarak adölesan dönem özellikleri, iletişim ve davranış kazandırma gibi konuları içeren eğitim programlarının hazırlanması, adölesanların riskli sağlık davranışları ile ilgili araştırmalar yapılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Lise, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ŞEFAATLİ COUNTY CENTER HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF HIGH SCHOOL STUDENTS

Esra ÇİÇEK

Erciyes University, Graduate School Of Health Sciences Public Health Department

M. Sc. Thesis, June 2015

Supervisor: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

ABSTRACT

Adolescence period is important because it is a period that positive health behaviors can be acquired. This study is planned to determine healthy life style behaviors of adolescent youngs.

This study was created by 490 students who studied in three high schools Şefaatlî district of Yozgat. The research data was gathered by using Personal Information Form and Adolescent Lifestyle Questionnaire including socio-demographic characteristics.

AYBO total points that shows level of having health behaviour were found as 117.5 ± 19.8 . When the adolescent lifestyle subscale scores were analyzed according to the average scores, it was determined the youngs getting the highest score from positive view of life and the lowest from physical activity. It was found significant relationship between scale scores of students and class, gender, the place where they have spent the last five years, socioeconomic status, social security, perceiving situations of their health, parental education, social activity status, smoking, getting information about healthy living. Compared with similar studies, it was found that the students' scores of life style behaviors in this study to be in a good level.

It is suggested that physical activity, healthy feeding, and giving training health behaviors such as using alcohol and smoking, healthy feeding, health lessons to be in curriculum that will contribute to the development of healthy lifestyle behaviors, adolescents toward the families of period features, communications, and provide behavior including issues such as the preparation of training programs, conducting research related to risky health behaviors of adolescents and the development of a healthy lifestyle starting from pre-adolescence.

Key words : Adolescent, high school, healthy lifestyle behaviors

İÇİNDEKİLER

ŞEFAATLİ İLÇE MERKEZİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
ONAY:	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Adölesan Dönemi	3
2.1.1. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim.....	3
2.1.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim	4
2.1.3. Adölesan Dönemde Cinsel Gelişim.....	5
2.2. Adölesan Dönem ve Sağlık	6
2.2.1. Adölesan Dönemde Sağlık Sorunları	6
2.2.2 Adölesan Dönemde Sağlık Davranış İlişkisi	7
2.3. Adölesan Dönemi Olumlu Sağlık Davranışı.....	8
2.4. Adölesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni.....	16

3.4. Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	16
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	18
3.5.3. Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	40
6.KAYNAKLAR	49
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AYBÖ:	Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
BKİ:	Beden Kütle İndeksi
CDC:	Hastalık Kontrol Merkezi
CYBH:	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HIV:	İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
İ.Y. Çok Programlı Lisesi:	İsmail Yeşilyurt Çok Programlı Lisesi
Min-Max:	Minimum-Maksimum

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	20
Tablo 4.2.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	21
Tablo 4.3.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Anne ve Babasının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı	22
Tablo 4.4.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Kendi Algısına Göre Ailelerinin Ekonomik Durumu Dağılımı	23
Tablo 4.5.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sigara-Alkol Kullanma Durumu	23
Tablo 4.6.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Algıladıkları Sağlık Durumu ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu.....	24
Tablo 4.7.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Hakkındaki Bilgi Kaynakları Durumu	25
Tablo 4.8.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Okul İçinde ve Dışında Herhangi Bir Sosyal Aktiviteye Katılma Durumu.....	26
Tablo 4.9.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ailenin Tutumu Konusundaki Değerlendirme Durumu	26
Tablo 4.10.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
Tablo 4.11.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyete Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımı	27
Tablo 4.12.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Son Beş Yılını Geçirdiği Yere Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.13.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Algıladıkları Sosyoekonomik Durumlarının AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.14.	Araştırmaya Grubuna Alınan Adölesanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	29

Tablo 4.15.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Aile Tipine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 4.16.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Annenin Öğrenim Durumuna Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 4.17.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Babanın Öğrenim Durumuna Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 4.18.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların BKİ Persentillerinin Dağılımı	32
Tablo 4.19.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyetine Göre BKİ Persentillerinin Dağılımı	33
Tablo 4.20.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sağlığını Algılama Durumları Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.21.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sosyal Aktiviteye Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 4.22.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sigara Kullanma Durumlarına Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 4.23.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu	35
Tablo 4.24.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilgi Alma Durumunun AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo 4.25.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanlarda Cinsiyete Göre Zararlı Sağlık Davranışlarından Uzak Durma Durumu.....	36
Tablo 4.26.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Beslenme İle İlgili Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	37
Tablo 4.27.	Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ölçek Sorularındaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	38

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık anlayışının sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanması ve sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesinin önemi açıktır. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını değerlendirmesi, riskli davranışlarını fark etmesi, kendi sağlık durumuna uygun olan davranışları benimsemesi ve günlük aktivitelerini düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (1).

21.yüzyılda Herkese Sağlık Hedefleri arasında yer alan 4. hedef, adölesanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgilidir. Bu hedef ile gençlerin daha iyi yaşam becerileri geliştirmesi, sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olması ve ilaç, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranının azaltılmasının gerekliliği ortaya konmuştur (2).

Adölesan dönemi, olumsuz sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir yaşam dönemi olması yanı sıra bireyin olumlu sağlık davranışlarını da kazanabileceği en uygun dönemlerden biri olarak tanımlanmıştır (3). Adölesanların sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve özellikle; beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili konularda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttırılmasının önemli olduğu da vurgulanmaktadır (4).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control, CDC) tarafından belirlenen altı riskli davranış biçimi, adölesanlar arasında morbidite ve mortaliteye yol açan en önemli etkenler arasında gösterilmektedir. Bu riskli davranışlar; alkol ve madde kullanımı, yaralanma ve şiddet, tütün kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, riskli cinsel davranışlardır. CDC istatistiklerine göre gençler arasında sağlığı tehdit eden davranışlar geçen 30 yıl içinde önemli ölçüde artmıştır (5).

Adölesan dönemde ilk defa denenen bazı davranışlar, adölesanların sağlığının olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu dönemde kazanılan davranışların sonuçları ise kısa, orta ve uzun vadede ortaya çıkabilmektedir. Davranışların etkileri, özel durumlara ya da davranışın yoğunluğuna bağlı olarak da değişebilmektedir. Gençlerin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları özelde bireysel olarak kendisini, genelde ise ailesini ve toplumu etkilemektedir. Adölesan dönem yaş grubunun, gelecekte erişkin dönemdeki sağlık durumunu etkileyebilecek davranışların ve yaşam biçimi seçeneklerinin olduğu bir dönemi kapsamamasından dolayı, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için sağlık bakımının odak noktası olarak görülmesi gerekir (6).

Adölesanlar, kendi potansiyel güçlerini kullanarak yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürme, sağlıklarını geliştirme ve sağlıklarının sorumluluğunu alma konusunda hem kendisini hem de ailesini ve toplumu etkilemektedir. Toplumun büyük bir kesimini oluşturan ve sağlık davranışlarını kolaylıkla benimseyebilen önemli bir grup olan adölesanlara ulaşmak bu nedenlerden dolayı daha çok önem kazanmaktadır (6).

Bu konuda dünyada ve Türkiye’de yapılan araştırmalar adölesanların olumlu kabul edilmeyen sağlık davranışlarına sahip olması yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bilgi eksiklikleri olduğuna da dikkat çekmektedir (7-10).

Bu araştırma, Yozgat ili Şefaatli ilçe merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Adölesan Dönemi

Adölesan Latince de gelişmek, olgunlaşmak anlamına gelen ‘adolescence’ kelimesinden gelmektedir (11). Adölesan dönem; biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca adölesan dönem, cinsel olgunlaşma ve bedensel gelişmelerin de yaşandığı, bireyin erişkin gibi düşünmesi ve davranması ile sonuçlanan psikososyal değişiklikleride içeren bir dönemdir (11-13). Hızlı bir büyüme ve gelişmenin olduğu adölesan dönem kendi içinde üç evrede incelenmektedir.

Erken Adölesan Dönem

Cinsel gelişme ve fiziksel büyümenin en hızlı olduğu 11-15 yaşlar arasındaki ilk evreye erken adölesan dönem denilmektedir. Erken adölesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir. Ayrıca bu dönemde “ben kimim” sorusuna yanıt arayarak ayrı bir kimlik geliştirme çabası içinde olan adölesan, bağımsızlık içinde mücadele etmeye çalışmaktadır (14, 15).

Orta Adölesan Dönem

14-17 yaşlar arası kapsayan, büyümenin yavaşladığı ve adölesanın bedenine alışmaya başladığı bu dönemde adölesanlar daha yoğun duygular yaşamaya, büyük amaçlar belirlemeye ve akranları ile daha fazla vakit geçirmeye başlarlar. Ayrıca bu dönemde

arkadaş grupları önem kazanmakta, karşı cinse ilgi başlamakta ve yetişkinler taklit edilmektedir (14, 16).

Geç Adölesan Dönem

16-17 yaşlarda başlayıp 20'li yaşlarda sonlanması beklenen bu dönemde büyüme ve cinsel gelişim hemen hemen sonlanmış, yaşanan sıkıntı ve endişeler sona ermekte ve cinsel kimlik gelişimi tamamlanmaktadır (14).

2.1.1. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim bireylerdeki düşünme, akıl yürütme, bellek ve kavrama sistemlerinde meydana gelen değişimlerdir. Bu dönemde görülen en belirgin özellik bireyin düşünce süreçlerinin değişerek gittikçe geleceğe ve soyut düşüncelere doğru yönelmesidir. Soyut kavramları anlama, sorgulama döneminde olan adölesanın ilgi alanlarında da bazı değişimler meydana gelmektedir. Bunun sonucunda adölesan cinsellik, din ve ahlak gibi konularda kendilerine ait bir takım değerler edinmeye başlamaktadırlar (14, 17, 18).

Bu dönemde ergenler çeşitli kuralları, ilkeleri ve olguları, doğrudan kabul etmek yerine, bu tür durumların altında yatan gerçek nedenleri araştırma, sorgulama ve ikna olma eğilimindedirler. Ayrıca analiz, sentez ve değerlendirme alışkanlığı gelişen ergenin özellikle problem çözme durumunda sahip olduğu bu becerileri kullanarak tüm değişkenleri gözönüne alarak, neden sonuç ilişkisi kurabildiği ve uygun olanı belirleyebildiği görülmektedir (18).

Diğer taraftan ergenlik döneminde ahlâkî gelişim, dinî gelişim ile paralel bir yapılanma seyri göstermektedir. Ahlak konularında hassas olan adölesanın vicdan gelişimi bu dönemde hızlanmakta; vefâ, cömertlik ve sadâkat gibi sosyal alanlardaki ahlâkî faziletler de önem kazanmaktadır (17-19).

Kendisi ve dünya hakkında daha fazla şey düşünmeye başlayan genç tartışmacı, eleştirici ve idealist davranışlar sergilemektedir. Özellikle duygu, düşünce ve davranışlar ile aşırı ilgilenen adölesanın kendisini özel ve özgün olarak görmesi ve başkalarının başına gelebilecek şeylerin kendi başına gelmeyeceği gibi düşüncelere sahip olması alkol, sigara, madde kullanma ve hızlı, tehlikeli araç kullanma gibi riskli davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (20, 21).

2.1.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Bu dönemdeki psikolojik gelişimin bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle, sosyal gelişimin ise ergenin genç erişkin rolüne hazırlanmasıyla karakterize olduğu kabul edilmektedir. Adölesanlar arasında fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde olan farklılıklar gibi, psikososyal gelişimde de farklılıklar yaşanmaktadır. Biyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel büyüme birbirleri ile aynı dönemlere denk gelmemektedir (22-24).

Önceden kabul edilen fikir, değer ve inançların sorgulandığı, farklı inanç sistemlerinin ve hayat tarzlarının keşfedilmesini içeren kimlik oluşum süreci seçilen bir hayat yoluna, inanç ve değerler sistemine bağlılıkla sonuçlanmaktadır. Kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma ve bireyselleşme gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (25). Bu nedenle bu dönem gençlerin sigara, alkol kullanma ve bunun gibi daha benzeri kötü alışkanlıklar edinmelerinin çok kolay olduğu bir dönem olması açısından da önem taşımaktadır (14).

Psikososyal açıdan koruyucu faktörler arasında ise sağlığa verilen değer, başarıya verilen değer, gelecek beklentisi, başarı beklentisi, benlik algısı, okula yönelik pozitif tutumlar, sosyal aktivitelere katılma gibi bireyle ilgili özellikler yer almaktadır. Ayrıca problem davranışların ebeveynler, arkadaşlar, okuldaki öğrenciler ve yaşanan çevre tarafından onaylanmaması; uygun davranışlar ile ilgili ebeveyn ve arkadaş modelleri; aileden, arkadaşlardan, öğretmenlerden ve yaşanan çevreden algılanan sosyal destek; ailenin, arkadaşların, okulun ve yaşanan çevrenin kontrol düzeyi; ailenin, öğretmenlerin, arkadaşların başarıya verdiği değer yanısıra ebeveyn arkadaş arasındaki uyum ve aile ilişkileri gibi sosyal çevreye ait özellikler de genç için psikososyal açıdan koruyucu faktörler olarak kabul edilmektedir (19).

2.1.3. Adölesan Dönemde Cinsel Gelişim

Cinsellik açısından adölesan dönem, çocukluk evresinin olgunlaşmamış durumundan yetişkinlik evresinin cinsel olgunluğuna bir geçiş dönemidir. Bu yaşlarda beden ve cinsel organların hızlı büyümesiyle birlikte; içsel coşkular ve önemli gelişimsel sorunlarla karşılaşan genç, kendisine eskiden aşılanmış roller ve becerilerle gelecekte yükleneceği roller ve sorumlulukları karşılaştırmaktadır (5).

Bu dönemde gelişen kimlik duygusunun önemli öğelerinden olan cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir eşeylik içinde algılayışı, kabullenışı olarak tanımlanmaktadır. Cinsel rol ise, cinsel kimlik ile ilişkili ve kısmen ondan türemiş olan ve toplum içinde dışa vuran davranışların görünümü olarak tanımlanmaktadır (18).

Cinsellik, gelecekteki yaşamı da etkileyebilen, ergenlik çağının önemli sağlık konularından olup fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik halinin önemli bir elemanı olarak tanımlanmaktadır (25).

2.2. Adölesan Dönem ve Sağlık

2.2.1. Adölesan Dönemde Sağlık Sorunları

Adölesan dönem, hem bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı hem de uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olması nedeniyle önem kazanmaktadır. Son yıllarda bu dönem içinde olan gençlerin yaşanan fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal değişimlerden dolayı sağlık açısından riskli bir gruba oluşturduklarına dikkat çekilmektedir. Merak, öğrenme ve deneyimleme arzusu içinde olan bu yaş grubu özellikle riskli davranışa yönelme eğilimleri nedeniyle yetişkinlerden farklılık göstermektedir. Sonuç olarak bu yaş grubu içinde yer alan gençlerin taşıdıkları özellikler sağlıkla ilgili birçok tehlikeyi de beraberinde getirmektedir (14, 26, 27).

Adölesan dönemde görülen başlıca sağlık sorunları şöyle özetlenebilir (28):

- Sigara ve alkol alışkanlığı,
- Uyuşturucu madde kullanımı,
- Yetersiz ve dengesiz beslenme,
- Kaza ve yaralanmalara neden olan davranışlar,
- İntiharlar,
- Psikolojik sorunlar,
- Cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları

Yukarıda belirtilen sağlık sorunlarının çoğunun, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer özellikler sergilediği ve dolayısıyla geleceğin yetişkinlerini etkilediği belirtilmektedir (28).

Adölesan dönemde edinilen dengesiz beslenme, tehlikeli cinsel aktivite, sigara, alkol, uyuşturucu ve diğer madde bağımlılığı gibi alışkanlıklar yetişkinlikte de devam edecek ve erken ölüm getirebilecek özellikte yüksek riskli davranışlardır (27, 29, 30).

Adölesan dönemde görülen riskli davranışların belirtilen olumsuz sağlık sonuçlarının görülme sıklığının artması sonucu adölesan dönem halk sağlığı açısından öncelikli risk grupları arasında yer almaya başlamıştır. Günümüzde adölesan dönem, sağlıkla ilgili bilgi, beceri, davranış ve değerlerin oluşturulabileceği bir dönem olarak görülmektedir. Bu nedenle gençlerin sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bu dönemde kazanmalarına yönelik çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (29).

2.2.2 Adölesan Dönemde Sağlık Davranış İlişkisi

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişme süreci incelendiğinde, insanların önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülmüştür. Tüm bu çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir. Bu nedenle kişileri hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların hepsine birden “Sağlıklı Yaşam Biçimi” adı verilmektedir (31).

Pek çok ülkede ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, sağlık risklerinin bireysel yaşam biçimi ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalıklara yakalanmayı, hastalık vakalarını azalttığı ve ölüm oranlarını düşürdüğü, yaşam süresini uzattığı, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (32).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genellikle adölesan dönemde kazanıldığı veya yeniden şekillendirildiği kabul edilmektedir. Literatürde, adölesanlar arasında sigara ve alkol kullanma oranının (14, 33), genç ölümleri arasında intiharların (34, 35) giderek arttığı, beslenme ve obezite ile ilgili önemli sorunlar yaşandığı (36-38), cinsel yolla bulaşan hastalıkların artış gösterdiği (27, 39, 40) ve bunlara ek olarak aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi duygusal ve sosyal sorunların ciddi sorunlar haline geldiği açıklanmaktadır (14).

Adölesan dönemde bedenlerine neler olduğu ve nasıl destek almaları gerektiği konusunda yeterli bilgisi olmayan gençlerin, kendi sağlıkları için sorumluluk alma

bilincinde olmadıkları, yaşadıkları sağlık sorunlarını önemsemeyerek gözardı ettikleri ve sağlık sorunları yaşadıklarında başvurmaları gereken yerleri bilmedikleri için de sağlık hizmetini en az kullanan gruplar arasında yer almaktadırlar. Ayrıca gençlerin genel olarak sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri arasında toplum tarafından gençlerin gençken hastalık olmayacağı düşüncesi ya da tedavi edilebileceğine inanmama, tedaviden korkma ve tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu gibi nedenlerin yer aldığı belirtilmektedir (41, 42).

Adölesanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri fiziksel ve mental sağlığı geliştirmeyi ve sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemeyi amaçlamaktadır (43, 44).

Adölesanlara sunulacak hizmetlerde koruyucu sağlık hizmetleri felsefesinin benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Adölesanlara yönelik öncelikli yapılması gerekenler arasında; güvenli ve destekleyici çevre oluşturulması, sağlıkla ilgili konularda bilgilendirme, yeteneklerin geliştirilmesi, danışmanlık hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti sunulması gelmektedir. Sağlık hizmeti kapsamında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlık sorunlarının taraması, tanısı, tedavisi ve gerektiği durumda sevk edilmesi yer almalıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlık kuruluşunda izlemi yapılan adölesan; egzersiz yapma, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli cinsel yaşam ve kaza ve yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsemesi için desteklenmelidir (43, 45).

Adölesan döneminde gençlerde sağlık davranışları olumlu ve olumsuz sağlık davranışları olarak iki başlık altında incelenmektedir.

2.3. Adölesan Dönemi Olumlu Sağlık Davranışı

Adölesan dönemde edinilen cinsel kimlik ve cinsel davranış, tütün, alkol ve diğer uyuşturucuların kullanımı, yeme ve egzersiz alışkanlıkları, çatışmaları ve riskleri ele alış şekilleri gibi gencin sağlığını ve iyiliğini etkileyebilecek çoğu davranışsal örüntülerin ömür boyu sürdüğü bilinmektedir. Aslında adölesan dönem, sağlığa zarar veren davranışların başlamasını ve gelecekte devam etmesini engelleyecek fırsatları da beraberinde getirmektedir. Adölesan dönemde olan gencin yeni fikirlere açık olması; karar verme konusundaki yeteneklerini geliştirmeye istekliliğinin yanı sıra merak ve ilgiye sahip olduğu bu olumlu özelliklerin sağlık konusundaki kişisel sorumluluklarını

kuvvetlendirecek çok büyük bir araç olarak görülmektedir. Bu olumlu özellikler olumlu ve yapıcı faaliyetlere yönelmek, yetişkinlerle ve yaşlılarıyla olan ilişkilerini kuvvetlendirmek ve sağlık için hayati önem taşıyan davranışlar edinmek için de olanak sağlamaktadır. (46, 47).

Kendini gerçekleştirme

Bireyin davranışlarını yöneten en önemli güdü olarak tanımlanan kendini gerçekleştirme, Maslow'un gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunmaktadır. Alt düzeyden üst düzeye doğru bireyin gereksinimleri sırasıyla fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme olarak belirtilmektedir (46).



Şekil 2.1. Maslow'un Temel Gereksinimler Piramidi (48)

Kendini gerçekleştirme kişi için yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Her insanın belirli bir gelişim döneminde, belirli bir kendini gerçekleştirme düzeyi vardır. Bireylere uygulanan sağlık eğitiminin amacı, bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini geliştirmek ve en uygun düzeye çıkmasını sağlamaktır. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanıır, güçlü ve zayıf yönlerini bilmekte, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürmekte başarılarının farkında olmaktadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini göstermektedir (46).

Sağlık Sorumluluğu

Bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili “öz sorumluluk” alması ilk kez Alma-Ata bildirgesinde tanımlanmıştır (49). Alma-Ata bildirgesinde verilen tanıma göre; Temel Sağlık Hizmeti, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülkece ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Temel sağlık hizmetleri felsefesinde yer alan öz sorumluluk herkesin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendinden sorumlu olmasıdır (49). DSÖ “2000 yılına kadar herkes için sağlık” hedeflerini gerçekleştirebilmesi için bireylerin, ailelerin ve toplumun kendi bakımlarının sorumluluğunu alması, sağlığın yükseltilmesi ve sürdürülmesi için de cesaretlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (50).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi (51);

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna başvurması,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklık ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi ile belirlenir.

Fiziksel Aktivite

Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (47, 52).

Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumlardaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur (53, 54). Bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı

kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (55, 56).

Beslenme

Sorumlulukların ve sorunların arttığı, vücut şeklinin değişikliğe uğradığı ve bağımsızlığın en üst düzeyde yaşandığı adölesan dönemdeki davranış değişiklikleri kişinin beslenme düzenine ve alışkanlıklarına da yansımaktadır (11, 57).

Beslenme, insanın, büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda, gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur. Ükelere ve kültürlere göre beslenme alışkanlıkları değişmekle birlikte altı ana besin grubunun (proteinler, karbonhidratlar, yağlar, madenler, vitaminler, su) her gün yeterli ve dengeli olarak alınması gerekmektedir (58).

Sağlıklı ve iyi beslenen kişilerin, boy uzunlukları ile vücut ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Boy uzunluğuna göre olması gereken ağırlığa ideal ağırlık denilmektedir. İdeal ağırlık değerini saptamada DSÖ tarafından önerilen Beden Kütle İndeksi (BKİ) çok kullanılan bir ölçüttür (59).

Vücut ağırlığını kilogram cinsinden değeri

BKİ= -----

Boy uzunluğunun metre cinsinden değerinin karesi

BKİ değerlendirmesi

Adölesanların beden kütle indeksi değerlendirmeleri yetişkinlerden farklı olduğu için DSÖ'nün adölesan kız ve erkekler için geliştirdiği BKİ standartları kullanılmalıdır. Buna göre (59);

3. veya 5. persentil ve altındakiler aşırı zayıf,

- 5. persentil ve 15. persentil arası zayıf,
- 16. persentil ve 85. persentil arası normal,
- 86. persentil ve 95. persentil arası hafif şişman,
- 95.veya 97. persentil ve üstündekiler obez olarak tanımlanmaktadır.

Kişilerarası İlişkiler/Destek

Kişilerarası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkânı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmaktadır. Pender bireylerin kişilerarası destek sistemini; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş) bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır (60).

Adölesan dönem ilişkilerin önem kazandığı bir dönemdir. Gençler bu dönemde aileleriyle çatışma yaşarlarken sosyal gelişme için önemli olan bir gruba ait olma duygusu ile arkadaş gruplarına daha çok yakınlaşmaktadırlar. Arkadaşları tarafından benimsenmek isteyen genç, kendisi için ne düşünüldüğünü önemsemektedir. Bu dönemde gençlerin kendi aralarında oluşturdukları arkadaş gruplarının yazılı olmayan kuralları bulunmaktadır. Özellikle bu kurallara uyan bireyler gruba kabul edilirken uymayanlar ise dışlanmaktadır. Bu dönemde kız ve erkek arkadaş grupları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerin kurdukları grupların daha kalabalık ve ilişkilerin yüzeysel olduğu, kızların gruplarının ise daha küçük ve daha sıkı ilişki içinde olduğu görülmektedir. Bu dönemde aile içinde geçimsizlik, ilişkilerde bozukluk ve baskı olan gençlerin masum arkadaş grupları yerine tehlikeli arkadaş gruplarına yönelmeleri ise bir risk oluşturmaktadır (11, 16).

Stres Yönetimi

Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan insanın, birtakım fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin dengeli bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Stres, bireyin gerek kendisi gerek çevresiyle olan etkileşimlerini içine alan gelişim süresi içerisinde, çevresel uyaranları tehdit olarak algıladığı, kendisinin sahip olduğu özelliklerin ve beklentilerin hoş olmayan durumu olarak

tanımlanmaktadır. Stres, kişiye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, üzüntü verici, kişinin kısa veya uzun zaman uyumunu bozan yaşam olaylarıdır (60).

Belirli bir düzeydeki stresin bireyin etkili motivasyonu için gerekli olduğu ancak gereğinden fazla olduğu zaman bireyin kapasitesini zorlayan ve sağlığını olumsuz olarak etkileyen bir durum yarattığı kabul edilmektedir. Strese karşı verilen tepkiler uzun zaman dilimi içinde vücudun genel işlevlerinin bozulmasına, hastalıklarla savaşıma yeteneğinin azalmasına ve kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle stres yönetimi, kazanılması gereken sağlık davranışlarından biri olarak önem kazanmıştır. Stres içinde olan bireylerin kendilerine özen göstermediği ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunduğu da vurgulanmaktadır. Stres olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkilemektedir. Stresörlerin sıklığı ve yoğunluğu baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları, diyabet, kanser gibi bedensel hastalıklar yanı sıra dikkatin azalmasına bağlı kazalar, depresyon, intihar girişimi, mental bozukluklar, alkolizm, ilaç bağımlılığı, ilişkilerde bozulma ve şiddet gibi psikolojik hastalıkların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (61).

Aslında kaynağı ne olursa olsun kişi bir stresle karşılaştığında uyum göstermeye çalışmaktadır. Stresle başa çıkma ya da stres yönetimi, stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenme anlamına gelmektedir. Stresle baş etme yöntemlerinin amacı ise, stresi azaltmak, stresi kontrol etmek ve stresle baş etmeyi geliştirmektir. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmaların çok önemli hedeflerinden biri olarak yer almaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ile hem bireylerin yaşam kalitesinin artacağı hem de uzun vadede hastalıkların önlenmesi ile bakım maliyetinin azalacağı savunulmaktadır. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örneğin; sosyal iletişimlerin kaynağı ve niteliği, sosyal destek kaynakları stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme, düzenli egzersiz ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Adölesan dönem yaşanan fizyolojik ve psikososyal değişimlerden dolayı gençler için başlı başına bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Gençlerin gereksinim duyduğu bu dönemde gençlere stresle baş etme konusunda beceri kazandırılmalıdır (61, 62).

Spiritüel Sağlık

Spiritüel kelimesi Latince; nefes almak, yaşamı hissetmek anlamına gelen ‘spirare’ kelimesinden gelmektedir. Spiritüalite ise, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabası yanı sıra yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Spiritüalite, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımızı tanımlayan ve yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içermektedir (63, 64).

2.4. Adölesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışları

Adölesan dönemde en sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları arasında sigara, alkol ve madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, yetersiz egzersiz, korunmasız cinsellik sonucu oluşan cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, psikolojik sorunlar ve motorlu taşıt kazaları sayılabilmektedir (65).

Bazı riskler fiziksel ya da duygusal olarak yaşam boyu sürecektir sorunlara neden olabilmektedir. Bütün gençlerin aynı tipte riske maruz kalmadıkları da bilinmektedir. Riskli sağlık davranışlarına başlamayı ise gencin yaş grubu, okula devam durumu, anne-babasının gence karşı olan tutumu, arkadaş grubu, çevre tarafından kabul edilme ya da edilmeme, yeni şeyleri deneme merakı ve yetişkinleri model alma gibi nedenlerin arttırdığı görüşü belirtilmektedir (54).

Madde Kullanımı

Sigara, alkol, uyuşturucu maddeler ve benzeri gibi keyif verici olan, alışkanlık veya bağımlılık yaratan maddelerle ilk karşılaşma genellikle çocukluğun sonlarında ve adölesan döneminde olmaktadır (66, 67).

Bu alanda yapılan çalışmalar bütün dünyada adölesan dönemde bulunan gençlerin madde kullanımı açısından yüksek riskli bir grup olduğunu ve bu nedenle ele alınmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır (68-70).

Son yıllarda Türkiye’de lise öğrencileri arasında yapılan araştırmalar, madde kullanım yaygınlığının bölgelere ve maddenin türüne göre değişmekle birlikte genel olarak artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (71).

Riskli Cinsel Davranışlar

Cinsellik insan yaşamının ve gelişiminin önemli bir parçası olmasının yanı sıra adölesan dönemde de riskli cinsel davranışlar açısından oldukça tehlikeli bir dönemdir. Bunun nedeni adölesanlar risk alma konusunda yetişkinlere göre daha gözü kara olmaları ve risk almayı kendileri için hayatın doğal bir parçası olarak görmeleridir (72, 73).

Farklı çalışmalar, cinsel aktif gruplar arasında cinsel yolla bulaşan hastalık görülme oranının en fazla oranda ergenler arasında olduğunu göstermektedir. Adölesan dönemde riskli cinsel davranışların istenmeyen sonuçları arasında, HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), adölesan gebelikleri ve doğumlar, küretaj gibi önemli, beden sağlığın etkileyen ve tehdit eden durumlar ortaya çıkmaktadır. (33, 72, 73).

Kazalar

Adölesan grubunun bir diğer sorunu da spor yaralanmaları ve trafik kazalarıdır. Bu dönemde araç kullanma yaşı gelmeden ve alkollü olarak araç kullanma, gerekli emniyet önlemlerinin alınmaması ve hızlı araç kullanma en sık rastlanılan riskli davranışlardır (21, 43, 74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma, Yozgat ili Şefaati ilçesi merkezindeki liselerde yürütülmüştür.

Şefaati ilçesi merkezinde, toplam üç lise bulunmakta olup tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Şefaati ilçesi merkezinde bulunan liselerde 2014-2015 yılı güz döneminde öğrenim gören (1., 2., 3., 4. sınıflar) lise öğrencileri oluşturmuştur. Belirtilen bu okullarda öğrenim gören öğrenci sayısı 2014-2015 öğretim yılında toplam 576'dır.

Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendiği için örneklem seçilmemiştir. Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerden 86 öğrencinin verinin toplandığı gün okula gelmemesi, ankete katılmak istememesi nedeniyle 490 öğrenciye (%85) ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler öğrencilerin sosyodemografik verilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında hazırlanmıştır (75, 76). Form adölesanların yaş, cinsiyet, anne baba eğitimi, aile tipi gibi sosyodemografik özellikleri

yanı sıra boy, kilo, bir sağlık sorununa sahip olma ve daha önce sağlıklı yaşam konusunda bilgi alma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilecek değişkenleri içeren 29 sorudan oluşmaktadır. BKİ ise, öğrencilerin kendilerinin ifade ettikleri boy ve kilo ölçümleri kullanılarak DSÖ'nün BKİ hesaplama programı ile hesaplanmıştır. Adölesanların BKİ değerlendirmeleri yetişkinlerden farklı olduğu için DSÖ'nün adölesan kız ve erkekler için geliştirdiği BKİ standartları kullanılmıştır (59).

3. veya 5. persentil ve altındakiler aşırı zayıf,

5. persentil ve 15. persentil arası zayıf,

16. persentil ve 85. persentil arası normal,

86. persentil ve 95. persentil arası hafif şişman,

95.veya 97. persentil ve üstündekiler obez olarak tanımlanmaktadır.

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

Hendricks, Pender ve Murdaugh tarafından 1995 yılında geliştirilen Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğidir (77). Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2003 yılında Ardıç tarafından yapılan Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği toplam 44 maddeden oluşmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli temel alınarak belirlenen ve psikometrik olarak da test edilen ölçeğin toplam yedi alt grubu bulunmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlıktır. Ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı (cronbach alpha) 0.87, alt ölçeklerin iç tutarlık katsayı (cronbach alpha) değeri ise 0.54 ile 0.77 arasında değişmektedir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini ölçen test tekrar test güvenirliği ölçeğin tamamı için 0.87, alt grupları için ise 0.61-0.84 olarak belirlenmiştir (77).

Alt Ölçekler

-Sağlık sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve kendi sağlığına hangi düzeyde katıldığını değerlendiren alt ölçektir. Bu alt ölçek 7 maddeden (3. 8. 14. 22. 33. 34. 44. maddeler) oluşmaktadır.

-Fiziksel aktivite: Bu alt ölçek sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitelerin birey tarafından hangi düzeyde uygulandığını değerlendirmektedir. Toplam 6 maddeden (2. 4. 16. 27. 32. 40. maddeler) oluşmaktadır.

-Beslenme: Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki tercihlerini değerlendiren alt ölçek, 7 maddeden (7. 10. 13. 21. 24. 30. 42. maddeler) oluşmaktadır.

-Pozitif yaşam bakışı: Bu alt ölçek bireyin hayata olumlu bakışını, umut, umutsuzluk gibi kavramları ölçmektedir. Toplam 6 maddeden (18. 23. 26. 28. 38. 39. maddeler) oluşmaktadır.

-Kişiler arası ilişkiler: Bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini değerlendiren bu alt ölçek toplam 6 maddeden (1. 6. 12. 19. 31. 37. maddeler) oluşmaktadır.

-Stres yönetimi: Bireyin stres kaynaklarını ve stresle baş etme düzeyini değerlendiren alt ölçektir. Toplam 6 maddeden (5. 11. 17. 25. 35. 43. maddeler) oluşmaktadır.

-Spiritüel sağlık: Bu alt ölçek bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendirmektedir. Toplam 6 maddeden (9.15. 20. 29. 36. 41. maddeler) oluşmaktadır.

AYBÖ 4'lü likert tipi bir ölçektir. Puanlama ölçek üzerinde deneklerin yanıtlarına göre yapılmaktadır. Ölçeğin her maddesi "Asla" 1 puan, "Bazen" 2 puan, "Sık sık" 3 puan ve "Her Zaman" 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte, tüm maddelerin puanları yanı sıra her alt ölçeğe ait puanlar da ayrı ayrı hesaplanmakta, böylece toplam ölçek puanı ve her bir alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Adölesan Yaşam Biçimi ölçeğinden en az 44, en fazla 176 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bir kesim noktası bulunmadığı için bireylerin puanı arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi de artmaktadır.

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından 2014 Ekim ayında okullara gidilerek toplanmıştır. Uygulama öncesi okul müdürlüğünden randevu alınarak araştırma, anket uygulanması, araştırmanın uygulanma şekli ve tahmini uygulama süresi ile ilgili bilgi verilmiş, araştırmanın uygulanacağı tarih ve saatler okul müdürü ve öğretmenlerle birlikte belirlenmiştir. Planlanan tarihlerde öğrencilerin bulundukları sınıflarda veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmacı tarafından öğrencilere araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine bağlı olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden öncelikle aydınlatılmış yazılı onam formunu doldurmaları istenmiştir. Aydınlatılmış yazılı onam formu alınan öğrencilere

“Kişisel Bilgi Formu” ve “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği” aynı anda verilmiş ve öğrencilerden, ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendisini en iyi tanımladığını düşündüğü ifadeyi işaretlemeleri istenmiştir (Ek 1) (Ek 2). Öğrencilere ölçeğin tüm maddelerini eksiksiz doldurmalarının araştırma için önemli olduğu özellikle vurgulanmıştır. Öğrencilerin veri toplama araçlarını yanıtlayabilmeleri için yeterli süre verilmiştir. Dağıtılan anketler araştırmacının kendisi tarafından ve araştırmacının yardım aldığı öğretmen tarafından toplanmıştır. Uygulama 20 dakika sürmüştür.

3.5.3. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Şefaati İlçe Kaymakamlığı ve Şefaati İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın yapılabilmesi için daha sonra Şefaati İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’nden alınan izinle birlikte Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’na başvurulup Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek 4). Öğrencilerin anket formuna isimlerini yazmaları gerekmediği söylenmiş ve istedikleri takdirde formu doldurmayabilecekleri belirtilmiştir. Ayrıca adölesanlara uygulama öncesi araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 5).

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesabı, sosyodemografik özellikler ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark iki ortalama arası farkın önemlilik testi (Independent Samples t Test), tek yönlü varyans analizi (gruplar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post-Hoc testi olarak Tukey testi) ve kategorik veriler için ki-kare testi ile hesaplanmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ alınmıştır. Öğrencilere boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları sorularak BKİ hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. de araştırma grubuna alınan adölesanların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4.1. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Okul		
İ.Y.Çok Programlı Lisesi	188	38.4
Anadolu Lisesi	151	30.8
İmam Hatip Lisesi	151	30.8
Sınıf		
Lise 1	122	24.9
Lise 2	127	25.9
Lise 3	123	25.1
Lise 4	118	24.1
Yaş grubu		
14-15	167	34.0
16-17	283	57.8
18-19	40	8.2
Cinsiyet		
Erkek	228	46.5
Kız	262	53.5
Doğum yeri		
İl	165	33.6
İlçe	307	62.7
Köy	18	3.7
Yaşantının son beş yılını geçirdiği yer		
İl	23	4.7
İlçe	319	65.1
Köy	148	30.2
Toplam	490	100.0

Adölesanların % 38.4' ünün İ. Y. Çok Programlı Lisesi'nde öğrenim gördüğü, % 25.9' unun lise 2. sınıfa devam ettiği, yarısından fazlasının (%57.8) 16 -17 yaş aralığında olup ve % 53.5' inin kız olduğu belirlenmiştir. Adölesanların yaş ortalaması 16.03 ± 1.16 'dır. Adölesanların % 62.7' sinin ilçe merkezinde doğduğu ve yaşamının son beş yılını ilçede geçirenlerin oranının ise % 65.1 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. de araştırma grubuna alınan adölesanların ailesel özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4.2. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı

Ailesel Özellikler	Sayı	%
Aile tipi		
Çekirdek aile	386	78.8
Geleneksel aile	84	17.1
Parçalanmış aile	20	4.1
Kardeş sayısı		
Yok	9	1.8
1-2	228	46.5
3 ve üzeri	253	51.7
Kaçıncı çocuk olduğu		
Birinci	146	29.8
İkinci	140	28.6
Üç ve üzeri	204	41.6
Anne-babanın sağ olma durumu		
Evet	469	95.7
Hayır	21	4.3
Kiminle yaşandığı		
Evde ailesiyle	415	84.7
Arkadaşlarıyla yada yurttta	75	15.3
Toplam	490	100.0

Adölesanlardan % 78.8' i çekirdek aileye sahip olduğunu, % 95.7' si anne ve babasının sağ olduğunu, % 51.7' si üç ve üzeri kardeşi olduğunu ve % 84.7' si ailesiyle yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3. de araştırma grubuna alınan adölesanların anne ve babasının öğrenim durumu yer almaktadır.

Tablo 4.3. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Anne ve Babasının Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Anne öğrenim durumu		
İlkokulu bitirmemiş	68	13.9
İlkokul mezunu	301	61.4
Ortaokul mezunu	69	14.1
Lise mezunu	47	9.6
Üniversite mezunu	5	1.0
Baba öğrenim durumu		
İlkokulu bitirmemiş	26	5.3
İlkokul mezunu	168	34.3
Ortaokul mezunu	113	23.0
Lise mezunu	139	28.4
Üniversite mezunu	44	9.0
Annenin çalışma durumu		
Ev hanımı	477	97.3
Çalışan	13	2.7
Babanın çalışma durumu		
Çalışan	374	76.3
Emekli	56	11.5
İşsiz	60	12.2
Toplam	490	100.0

Adölesanların annelerinin % 61.4' ü ilkokul mezunu ve % 97.3' ünün ev hanımı olduğu ve babalarının % 34.3' ünün ilkokul mezunu ve % 76.3' ünün çalışıyor olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. de araştırma grubuna alınan adölesanların kendi algısına göre ailelerinin ekonomik durumu yer almaktadır.

Tablo 4.4. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Kendi Algısına Göre Ailelerinin Ekonomik Durumu Dağılımı

	Sayı	%
Sosyal güvence		
Var	338	69.0
Yok	152	31.0
Kendi algısına göre ailenin ekonomik düzeyi		
Düşük	20	4.1
Orta	222	45.3
İyi	206	42.0
Yüksek	42	8.6
Aylık harçlık miktarı		
50 tl den az	304	62.0
50-100 tl	142	29.0
151-200 tl	26	5.3
201-250 tl	18	3.7
Toplam	490	100.0

Adölesanlardan % 62.0' ı aylık 50 tl den az harçlık aldığını ve % 69.0' ı ailesinin sosyal güvencesi olduğunu, % 45.3' ü kendi algısına göre ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiği belirtmiştir.

Tablo 4.5. de araştırma grubuna alınan adölesanların sigara-alkol kullanma durumu yer almaktadır.

Tablo 4.5. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sigara-Alkol Kullanma Durumu

Sigara-alkol kullanma durumu	Sayı	%
Sigara kullanımı (n=490)		
Hiç içmez	426	86.9
Arada sırada içer	30	6.1
Her gün içer	26	5.4
Bırakmış	8	1.6
Her gün en az sigara içme adeti (n=26)		
0-5	10	38.5
6-10	6	23.0
11 ve üzeri	10	38.5
Alkol kullanımı (n=490)		
Evet	28	5.7
Hayır	462	94.3
Alkol içme miktarı (n=28)		
Çok nadir	18	64.3
Arada sırada içer	8	28.6
Her gün içer	2	7.1

Adölesanlardan % 88.6' sı sigara, % 94.3' ü alkol kullanmadığı belirtmiştir. Adölesanlardan sigara içenler arasında her gün en az 11 adet ve üzeri sigara içen % 38.5 her gün alkol içen ise % 7.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. da araştırma grubuna alınan adölesanların algıladıkları sağlık durumu ve sağlık kurumuna başvurma durumu yer almaktadır.

Tablo 4.6. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Algıladıkları Sağlık Durumu ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu

	Sayı	%
Başvurduğu sağlık kurumu		
Aile Sağlığı Merkezi	98	20.0
Devlet Hastanesi	361	73.7
Üniversite Hastanesi ve diğer	31	6.3
Sağlık durumu hakkındaki değerlendirmesi		
Çok iyi		
İyi	143	29.2
Orta	257	52.5
Kötü	80	16.3
Çok kötü	7	1.4
	3	0.6
Şu anda var olan hastalık durumu		
Evet	39	8.0
Hayır	451	92.0
Toplam	490	100.0

Adölesanların % 73.7' si herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığında öncelikle devlet hastanesine başvurduğu görülmektedir. Öğrencilerin % 52.5' i kendi sağlık durumunu iyi olarak belirtmiş olup, öğrencilerden % 8.0' ının şuanda mevcut hastalığı vardır. Bu hastalıklarda birinci sırayı kalp hastalığı % 1.4 (7 kişi) almış olup, diğer görülen hastalıklar sırasıyla 6 kişi de sinüzit, 5 kişi de göz hastalığı, 4 kişi de guatr, 3 kişi de migren, 3 kişi de böbrek hastalığı, 2 kişi de astım, 2 kişi de sedef, 1 kişi de epilepsi, 1 kişi de bel fıtığı, 1 kişi de toplumsal fobi, 1 kişi de faktör 2 eksikliği, , 1 kişi de skolyoz, 1 kişi de beyinde kist ve 1 kişi de solunum yolu rahatsızlığı mevcut olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.7. de araştırma grubuna alınan adölesanların sağlıklı yaşam hakkında bilgi kaynakları yer almaktadır.

Tablo 4.7. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Hakkındaki Bilgi Kaynakları Durumu

	Sayı	%
Sağlıklı yaşam hakkında bilgi sahibi olma		
Evet	392	80.0
Hayır	98	20.0
Sağlıklı yaşam hakkında bilgi kaynağı (n=392)		
Anne-baba	299	76.3
Sağlık personeli	240	61.2
Öğretmen	113	28.8
Bilgisayar/internet	94	24.0
Radyo/televizyon	87	22.2
Kitap/dergi/gazete	73	18.6
Arkadaş	50	12.8
Kardeş	47	12.0
Komşu/akraba	43	11.0
Diğer	5	1.3

Adölesanların % 80.0' ı sağlıklı yaşam konusunda bilgi almış olup, bu bilgi kaynağını ilk sırada anne ve babası olarak belirtmiştir.

Tablo 4.8. de araştırma grubuna alınan adölesanların sosyal aktiviteye katılma durumları ve katıldıkları sosyal aktivitelere göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.8. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Okul İçinde ve Dışında Herhangi Bir Sosyal Aktiviteye Katılma Durumu

	Sayı	%
Sosyal aktiviteye katılma		
Evet	72	14.7
Hayır	418	85.3
Sosyal aktivite tipi (n=72)		
Fiziksel aktivite gerektirenler	38	52.8
Fiziksel aktivite gerektirmeyenler	34	47.2

Adölesanların % 85.3' ü herhangi bir sosyal aktivitede bulunmadığı belirtmiştir.

Tablo 4.9. da araştırma grubuna alınan adölesanların ailesinin tutumu konusundaki değerlendirmeleri yer almaktadır.

Tablo 4.9. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ailenin Tutumu Konusundaki Değerlendirme Durumu

Tutumlar (n=490)	Sayı	%
Demokratik	354	72.2
Aşırı koruyucu	136	27.8
Otoriter	79	16.1
Aşırı hoşgörülü	70	14.3
Tutarsız	13	2.7
İlgisiz/kayıtsız	11	2.2

Adölesanlardan % 72.2' si ailesinin demokratik bir tutuma sahip olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.10. da araştırma grubuna alınan adölesanların AYBÖ puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.10. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Sağlık sorumluluğu	16.5±3.9	7-28
Fiziksel aktivite	13.9±3.8	6-24
Beslenme	17.7±3.7	8-28
Pozitif yaşam bakışı	18.8±3.8	7-24
Kişilerarası ilişkiler	17.3±3.4	7-24
Stres yönetimi	17.0±3.3	8-24
Spiritüel sağlık	16.1±3.6	7-24
Toplam	117.5±19.8	63-175

AYBÖ’ den alınan minimum puan 63 maksimum puan 175’ dir. Öğrencilerin AYBÖ toplam puan ortalamaları 117.5 ± 19.8 ’ dir. Alt gruplardan alınan alt ölçek puan ortalamaları ise yüksekte düşüğe doğru sırasıyla pozitif yaşam bakışı, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, spiritüel sağlık ve fiziksel aktivite olarak bulunmuştur.

Tablo 4.11. da araştırma grubuna alınan adölesanların cinsiyetine göre AYBÖ puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.11. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyetine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Cinsiyet			
	Erkek (n=228)	Kız (n=262)	t	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Sağlık sorumluluğu	16.9 $\pm$ 4.2	16.2 $\pm$ 3.6	1.85	0.064
Fiziksel aktivite	15.2 $\pm$ 3.6	12.7 $\pm$ 3.5	7.51	0.000
Beslenme	18.4 $\pm$ 3.8	17.1 $\pm$ 3.6	4.04	0.000
Pozitif yaşam bakışı	18.1 $\pm$ 3.4	19.4 $\pm$ 4.0	3.75	0.000
Kişilerarası ilişkiler	16.6 $\pm$ 3.3	17.9 $\pm$ 3.4	4.30	0.000
Stres yönetimi	16.7 $\pm$ 3.3	17.3 $\pm$ 3.4	1.77	0.076
Spiritüel sağlık	15.8 $\pm$ 3.6	16.3 $\pm$ 3.7	1.56	0.117
Toplam	118.0 $\pm$ 19.9	117.2 $\pm$ 19.6	0.45	0.652

Kız adölesanların pozitif yaşam bakışı ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin ise fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanının kızlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.12. de araştırma grubuna alınan adölesanların son beş yılını geçirdiği yere göre AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.12. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Son Beş Yılını Geçirdiği Yere Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Köy (n=148) $\bar{x} \pm SS$	İlçe ve il (n=342) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.6±3.5	16.5±4.0	0.29	0.765
Fiziksel aktivite	12.8±3.5	14.3±3.8	4.20	0.000
Beslenme	17.4±3.8	17.9±3.7	1.35	0.175
Pozitif yaşam bakışı	18.5±3.9	18.9±3.7	0.84	0.401
Kişilerarası ilişkiler	17.0±3.6	17.4±3.3	1.04	0.295
Stres yönetimi	16.7±3.5	17.2±3.3	1.48	0.139
Spiritüel sağlık	15.7±3.6	16.2±3.7	1.31	0.188
Toplam	115.0±19.7	118.6±19.7	1.84	0.066

Fiziksel aktivite alt ölçek puanı yaşamının son beş yılını ilçe ve şehirde geçirenlerde yaşamını köyde geçirenlerle göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13. de araştırma grubuna alınan adölesanların algıladıkları sosyoekonomik durumlarının AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.13. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Algıladıkları Sosyoekonomik Durumlarına Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Algıladıkları Ekonomik Durum				F	
	Düşük (n=20) $\bar{x} \pm SS$	Orta (n=222) $\bar{x} \pm SS$	İyi (n=206) $\bar{x} \pm SS$	Yüksek (n=42) $\bar{x} \pm SS$		
Sağlık sorumluluğu	14.7±3.7	16.0±3.4	16.9±4.1	18.5±4.4	7.52	0.000
Fiziksel aktivite	11.7±3.2	13.3±3.6	14.3±3.6	15.6±4.4	8.01	0.000
Beslenme	15.1±2.9	17.1±3.4	18.3±3.7	19.6±4.4	11.09	0.000
Pozitif yaşam bakışı	16.5±3.7	18.2±3.8	19.3±3.6	20.1±3.7	6.97	0.000
Kişilerarası ilişkiler	16.2±3.0	17.0±3.3	17.6±3.4	18.3±3.6	3.12	0.026
Stres yönetimi	14.8±2.8	16.6±3.3	17.5±3.3	18.1±3.5	6.79	0.000
Spiritüel sağlık	14.4±2.7	15.5±3.6	16.6±3.6	17.4±3.6	7.15	0.000
Toplam	103.5±16.1	113.9±18.0	120.7±19.9	128.0±22.3	12.32	0.000

Adölesanların kendi algılarına göre sosyoekonomik durumları ile AYBÖ toplam puanı ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemeye yönelik yapılan post hoc analizine göre sosyoekonomik durumunu düşük olarak belirtenlerde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanları, yüksek olarak belirtenlerden anlamlı ölçüde düşüktür ($p<0.05$).

Tablo 4.14. de araştırma grubuna alınan adölesanların sosyal güvence durumlarının AYBÖ puan ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.14. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Sosyal Güvence			
	Var (n=338) $\bar{x} \pm SS$	Yok (n=152) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.9± 3.8	15.8± 3.8	2.84	0.005
Fiziksel aktivite	14.2±3.8	13.1±3.7	3.20	0.001
Beslenme	18.1±3.6	16.8±3.9	3.81	0.000
Pozitif yaşam bakışı	19.3±3.5	17.6±4.1	4.56	0.000
Kişilerarası ilişkiler	17.8±3.1	16.1±3.7	5.32	0.000
Stres yönetimi	17.6±3.1	15.8±3.5	5.65	0.000
Spiritüel sağlık	16.5±3.5	15.1±3.8	4.16	0.000
Toplam	120.8±18.4	110.4±20.8	5.51	0.000

Adölesanlardan sosyal güvencesi olanların AYBÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık açısından sosyal güvencesi olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.15. de araştırma grubuna alınan adölesanların aile tipine göre AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.15. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Aile Tipine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Çekirdek (n=386) $\bar{x} \pm SS$	Geleneksel (n=84) $\bar{x} \pm SS$	Parçalanmış (n=20) $\bar{x} \pm SS$	F	p
Sağlık sorumluluğu	16.6±4.0	16.5±3.2	15.5±3.2	0.76	0.465
Fiziksel aktivite	14.0±3.8	13.3±3.5	13.9±3.7	0.99	0.369
Beslenme	17.7±3.7	17.7±3.6	17.5±4.5	0.04	0.954
Pozitif yaşam bakışı	18.8±3.8	18.5±3.6	18.8±4.0	0.30	0.737
Kişilerarası ilişkiler	17.4±3.4	17.2±3.3	16.3±3.7	0.94	0.390
Stres yönetimi	17.0±3.4	16.9±3.2	17.6±3.7	0.29	0.745
Spiritüel sağlık	16.1±3.7	16.0±3.4	16.8±3.7	0.42	0.652
Toplam	117.8±20.3	116.3±17.8	116.6±18.7	0.22	0.803

Adölesanların aile tipine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanı ve AYBÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. da araştırma grubuna alınan adölesanların annenin öğrenim durumuna göre AYBÖ puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.16. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Annenin Öğrenim Durumuna Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	İlkokul ve altı (n=369) $\bar{x} \pm SS$	Ortaokul ve üzeri (n=121) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.4±3.8	16.8±4.2	1.04	0.297
Fiziksel aktivite	13.5±3.5	15.2±4.2	4.39	0.000
Beslenme	17.5±3.6	18.4±4.1	2.22	0.027
Pozitif yaşam bakışı	18.7±3.7	18.8±4.1	0.14	0.886
Kişilerarası ilişkiler	17.3±3.3	17.4±3.6	0.34	0.727
Stres yönetimi	16.9±3.3	17.2±3.5	0.83	0.407
Spiritüel sağlık	15.9±3.6	16.6±3.8	1.72	0.086
Toplam	116.5±18.9	120.7±22.0	2.01	0.044

Adölesanların annelerinin öğrenim durumu ile fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puanları ve AYBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Annesi ortaokul mezunu ve üzeri olan adölesanların fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puanı ve AYBÖ toplam puanı annesi ilkokul ve altı olanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17. de araştırma grubuna alınan adölesanların babanın öğrenim durumuna göre AYBÖ puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.17. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Babanın Öğrenim Durumuna Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	İlkokul ve altı (n=194) $\bar{x} \pm SS$	Ortaokul ve üzeri (n=296) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.3±3.8	16.6±3.9	0.79	0.425
Fiziksel aktivite	13.4±3.6	14.2±3.8	2.13	0.033
Beslenme	17.3±3.6	18.0±3.8	1.78	0.075
Pozitif yaşam bakışı	18.6±3.9	18.9±3.7	0.67	0.502
Kişilerarası ilişkiler	17.2±3.3	17.3±3.4	0.33	0.738
Stres yönetimi	16.9±3.3	17.1±3.4	0.79	0.429
Spiritüel sağlık	16.1±3.7	16.1±3.6	0.07	0.941
Toplam	116.2±19.0	118.4±20.2	1.24	0.213

Adölesanların babalarının öğrenim durumuna göre sadece fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması açısından anlamlı ölçüde fark bulunmuştur ($p<0.05$). Babası ortaokul ve üzeri mezunu olan adölesanların fiziksel aktivite alt ölçek puanı ilkokul ve altı öğrenim durumlarına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.18. de araştırma grubuna alınan adölesanların BKİ persentil dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.18. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların BKİ Persentillerinin Dağılımı

BKİ persentilleri	Sayı	%
Düşük kilolu	51	10.4
Zayıf	84	17.1
Normal	288	58.8
Hafif şişman	47	9.6
Obez	20	4.1
Toplam	490	100.0

Adölesanlardan % 58.8' i normal kiloda, % 10.4' ü düşük kiloda ve % 4.1' i obez bulunmuştur.

Tablo 4.19. da araştırma grubuna alınan adölesanların cinsiyete göre BKİ persentil dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.19. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyetine Göre BKİ Persentillerinin Dağılımı

	Erkek		Kız		Toplam	
BKİ Persentilleri	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşük kilolu	18	7.9	33	12.6	51	10.4
Zayıf	35	15.4	49	18.7	84	17.1
Normal	130	57.0	158	60.3	288	58.8
Hafif şişman ve obez	45	19.7	22	8.4	67	13.7
Toplam	228	100.0	262	100.0	490	100.0

$X^2 = 15.1$, $p < 0.001$

Adölesanların cinsiyete göre BKİ persentilleri anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkek adölesanların % 15.4' ü, kızların % 18.7' si zayıftır. Erkek adölesanların % 7.9' u, kızların % 12.6' sı düşük kiloludur. Erkek adölesanların % 19.7' si kızların ise % 8.4' ü hafif şişman ve obezdir.

Tablo 4.20. de araştırma grubuna alınan adölesanların kendi sağlığını algılamalarına göre AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.20. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sağlığını Algılama Durumlarına Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Adölesan Sağlık Durumu			F	p
	Çok iyi ve iyi	Orta	Kötü ve çok kötü		
	(n=400) $\bar{x} \pm SS$	(n=80) $\bar{x} \pm SS$	(n=10) $\bar{x} \pm SS$		
Sağlık sorumluluğu	16.6±3.9	16.4±3.8	12.9±3.6	4.61	0.010
Fiziksel aktivite	13.9±3.7	14.0±4.2	13.4±4.8	0.17	0.843
Beslenme	17.9±3.6	17.0±3.9	14.3±4.6	6.27	0.002
Pozitif yaşam bakışı	18.9±3.6	18.5±4.0	15.9±5.3	3.44	0.033
Kişilerarası ilişkiler	17.4±3.4	17.3±3.3	15.2±4.2	2.01	0.135
Stres yönetimi	17.1±3.3	16.9±3.6	14.4±4.1	3.26	0.039
Spiritüel sağlık	16.1±3.6	16.4±3.6	16.1±3.6	4.24	0.015
Toplam	118.1±19.2	116.9±21.4	99.0±21.3	4.70	0.009

Adölesanların kendi sağlıklarını algılamalarında sağlık sorumluluğu, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemeye yönelik olarak yapılan post hoc analizi sonucunda kendi sağlığını kötü ve çok kötü olarak algılayan adölesanların sağlık sorumluluğu, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puanları ve AYBÖ toplam puanının, sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlığını orta olarak algılayan adölesanların spiritüel sağlık alt ölçek puanı, sağlığını kötü ve çok kötü olarak algılayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.21. de araştırma grubuna alınan adölesanların sosyal aktiviteye göre AYBÖ puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.21. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sosyal Aktiviteye Göre AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Sosyal Aktivite			
	Yapan (n=72) $\bar{x} \pm SS$	Yapmayan (n=418) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.8±3.8	16.5±3.9	0.67	0.503
Fiziksek aktivite	16.0±3.8	13.5±3.6	5.23	0.000
Beslenme	18.4±3.6	17.6±3.8	1.62	0.104
Pozitif yaşam bakışı	19.6±3.2	18.6±3.8	2.10	0.036
Kişilerarası ilişkiler	17.5±2.8	17.3±3.5	0.49	0.623
Stres yönetimi	17.8±2.9	16.9±3.4	2.04	0.041
Spiritüel sağlık	16.9±3.6	15.9±3.6	2.02	0.044
Toplam	123.2±16.9	116.6±20.1	2.65	0.008

Sosyal aktivitelere katılan adölesanların, AYBÖ' nin fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanlarının, katılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.22. de araştırma grubuna alınan adölesanların sigara kullanma durumunun AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.22. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Sigara Kullanma Durumlarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Sigara içmeyen (n=434) $\bar{x} \pm SS$	Sigara içen (n=56) $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.6±3.9	16.1±3.5	0.77	0.438
Fiziksel aktivite	14.0±3.8	12.8±3.2	2.35	0.019
Beslenme	17.8±3.8	17.4±3.7	0.61	0.537
Pozitif yaşam bakışı	18.6±3.8	19.8±3.6	2.15	0.032
Kişilerarası ilişkiler	17.2±3.4	18.0±3.4	1.68	0.093
Stres yönetimi	17.0±3.3	17.4±3.3	0.97	0.331
Spiritüel sağlık	16.0±3.7	16.7±3.6	1.39	0.163
Toplam	117.4± 20.1	118.6±17.3	0.41	0.682

Sigara içmeyen adölesanların içenlere göre fiziksel aktivite alt ölçek puanı istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara içenlerde içmeyenlere göre pozitif yaşam bakışı alt ölçek puanı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.23. de araştırma grubuna alınan adölesanların cinsiyete göre sigara içme durumu yer almaktadır.

Tablo 4.23. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu

	İçen (n=434) $\bar{x} \pm SS$		İçmeyen (n=56) $\bar{x} \pm SS$		Toplam	
Cinsiyet	S	%	S	%	S	%
Erkek	14	6.1	214	93.9	228	100.0
Kız	42	16.0	220	84.0	262	100.0
Toplam	56	11.4	434	88.6	490	100.0

$X^2 = 10.82$, $p<0.001$

Adölesanların cinsiyete göre sigara içme durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek adölesanların sigara içme oranı % 6.1, kızlarda ise % 16.0' dır.

Tablo 4.24. de araştırma grubuna alınan adölesanların sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma durumlarının AYBÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.24. Araştırmaya Grubuna Alınan Adölesanların Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilgi Alma Durumunun AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

AYBÖ Alt Grupları	Evet $\bar{x} \pm SS$	Hayır $\bar{x} \pm SS$	t	p
Sağlık sorumluluğu	16.9±3.8	15.1±4.0	3.97	0.000
Fiziksel aktivite	14.1±3.8	12.9±3.5	2.85	0.004
Beslenme	18.0±3.8	16.7±3.5	3.10	0.002
Pozitif yaşam bakışı	19.1±3.6	17.3±4.2	4.31	0.000
Kişilerarası ilişkiler	17.6±3.3	15.9±3.5	4.56	0.000
Stres yönetimi	17.3±3.2	15.8±3.5	3.94	0.000
Spiritüel sağlık	16.4±3.5	14.7±4.0	4.21	0.000
Toplam	119.8±19.1	108.7±19.8	5.06	0.000

Adölesanların sağlıklı yaşam hakkında bilgi alanlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ve spiritüel sağlık puanı ortalamalarının bilgi almayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.25. de araştırma grubuna alınan adölesanların cinsiyete göre zararlı davranışlardan uzak durma durumları yer almaktadır.

Tablo 4.25. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Cinsiyete Göre Zararlı Davranışlarından Uzak Durma Durumları

Cinsiyet	Sağlığım için zararlı davranışlardan uzak durma.								Toplam Sayı %	
	Hiç Sayı	%	Bazen Sayı	%	Sık sık Sayı	%	Her zaman Sayı	%		
Erkek	23	10.1	43	18.9	36	15.7	126	55.3	228	100.0
Kız	23	8.8	21	8.0	20	7.6	198	75.6	262	100.0
Toplam	46	9.4	64	13.1	56	11.5	324	66.1	490	100.0

$X^2=25.89$, $p<0.001$

Adölesanların cinsiyete göre zararlı davranışlardan uzak durma eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek adölesanların % 10.1' i, kızların % 8.8' i sağlıkları ile ilgili zararlı davranışlardan uzak durmadıklarını belirtmiştir. Kız adölesanların % 75.6' sı, erkeklerin % 55.3' ü zararlı davranışlardan uzak durduklarını belirtmiştir.

Tablo 4.26. da araştırma grubuna alınan adölesanların beslenme ile ilgili sağlıklı yaşam biçimi davranışları yer almaktadır.

Tablo 4.26. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Beslenme İle İlgili Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

	Beslenme ile ilgili davranış durumları						
Ölçek soruları	Sık sık ve her zaman		Bazen		Hiç		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı %
Hergün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yapma	266	54.3	177	36.1	47	9.6	490 100.0
Şekerden ve şeker oranı yüksek olan diğer yiyeceklerden uzak durma	70	14.3	271	55.3	149	30.4	490 100.0
Hergün iki dört kez meyve tüketme	205	41.8	238	48.6	47	9.6	490 100.0
Hergün üç beş defa sebze tüketme	142	29.0	243	49.6	105	21.4	490 100.0
Çeşitli et ürünlerini tüketme	259	52.9	177	36.1	54	11.0	490 100.0

Adölesanlardan çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yapmadığını belirtenler % 9.6, şekerden ve şeker oranı yüksek olan diğer yiyeceklerden uzak durmayan % 30.4, hergün iki dört kez meyve tüketmeyen % 9.6, hergün üç beş defa sebze tüketmeyen % 21.4 ve çeşitli et ürünlerini tüketmeyenlerin oranı ise % 11.0' dır.

Tablo 4.27. de araştırma grubuna alınan adölesanların ölçek sorularındaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları yer almaktadır.

Tablo 4.27. Araştırma Grubuna Alınan Adölesanların Ölçek Sorularındaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

	Sağlıklı yaşam biçimi davranış durumları							
Ölçek soruları	Sık sık ve her zaman		Bazen		Hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Haftada en az üç gün yirmi dakika yada daha uzun süre güç gerektiren fiziksel aktivite yapma	159	32.4	209	42.7	122	24.9	490	100.0
Gecede altı sekiz saat uyuma	292	59.6	159	32.4	39	8.0	490	100.0
Sağlıkla ilgili dergi ve kitap okuma	90	18.3	284	58.0	116	23.7	490	100.0
Hergün dinlenmek için kendisine zaman ayırma	277	56.5	177	36.1	36	7.4	490	100.0
Sağlığını koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer, toplantı ve eğitimlere katılma	81	16.5	235	48.0	174	35.5	490	100.0
Arkadaşlarıyla aktif spor yapma	222	45.3	195	39.8	73	14.9	490	100.0
Kalp atışları hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yapma	136	27.8	215	43.8	139	28.4	490	100.0
Sağlığı için zararlı davranışlardan uzak durma	380	77.5	64	13.1	46	9.4	490	100.0

Adölesanların % 24.9' unun haftada en az üç gün yirmi dakika yada daha uzun süre güç gerektiren fiziksel aktivite yapmadığı, % 8.0' ı gece altı sekiz saat uyumamakta, % 23.7' si sağlıkla ilgili dergi ve kitap okumamakta, % 7.4' ü hergün dinlenmek için kendime zaman ayırmamakta, % 35.5' i sağlığını koruma ve iyileştirme ile ilgili

seminer, toplantı ve eğitimlere katılmamakta, % 14.9' u arkadaşlarıyla aktif spor yapmamakta, % 28.4' ü kalp atışları hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yapmamakta ve % 9.4' ü sağlığı için zararlı davranışlardan uzak durmamaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma; adölesan dönemi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren AYBÖ puanı 117.5 ± 19.8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Bu bulgu Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (76). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada 122.1 ± 14.5 olarak bulunurken, bir diğer çalışmada 117.0 ± 19.0 bulunmuş olup liseli adölesanların sağlık davranışlarına ilişkin elde edilen toplam puan ortalamaları ile benzerlik göstermektedir (75, 77). AYBÖ'nden en düşük 44, en yüksek 176 puan alındığı dikkate alınırsa çalışmamıza katılan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin gerekliliği yanı sıra buna yönelik çeşitli olanakların yaratılmasında önemini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan AYBÖ puan ortalamaları alt gruplarına göre incelendiğinde gençlerin en yüksek puanı 18.8 ± 3.8 hayata ilişkin olumlu bakışı ve düşünceyi gösteren pozitif yaşam bakışı alt grubundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.10.). Bu bulgu aynı ölçek kullanılarak Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (76). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada adölesanların en yüksek puanı pozitif yaşam bakışı alt grubundan aldığını saptamıştır (75). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada ergenlerin % 86.3' ü geleceklerine umutlu baktıklarını belirtmişlerdir (7). Çalışmamıza katılan adölesanların yaşama ilişkin olumlu bakış açısına sahip olduğunu gösteren bu bulgu bir yandan gençlerin umudunu diğer

yandan olumlu sağlık davranışları kazanmaya ilişkin hazır oluşluk düzeylerinin yüksek olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmamızda AYBÖ puan ortalamaları alt gruplarına göre incelendiğinde; gençlerin en yüksek ikinci sıradaki puanı 17.7 ± 3.7 ile beslenme alışkanlıkları ve öğün seçimleri ile ilgili özelliklerini belirleyen beslenme alt grubundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.10.). İstanbul’da adölesanlarda aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada beslenme alt grubu puanı 18.4 ± 3.2 ve Lefkoşa’da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada 18.3 ± 3.4 olarak bulunmuş olup sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (75, 76). Adölesanlarda yapılan araştırmada ise yaş ile birlikte adölesanların beslenme alışkanlıklarına ilişkin risklerin arttığı saptanmıştır (78). Beslenme alışkanlığının erken yaşlardan itibaren kazanılan bir davranış olduğu göz önüne alındığında bir yandan gençlerin ailede kazandığı beslenme alışkanlıklarının istendik düzeyde olmadığı diğer yandan ise okullarda düzenli yemek yeme alışkanlığının sürdürülemiyor olmasının bu sonucu doğurmuş olabileceği düşünülebilir. Ayrıca yaşları ilerledikçe aileden bağımsız olma isteğı ile evde geçirdikleri zaman azalırken dışarıda arkadaş grupları ile daha fazla zaman geçirmeye başlayan adölesanların yemek yeme alışkanlıklarının da giderek değişmeye başladığı şeklinde de yorumlanabilir.

Çalışmamızda gençlerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile ilgili iletişim özelliklerini ve sürekliliğini açıklayan kişilerarası ilişkiler alt grubundan alınan puan 17.3 ± 3.4 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Bu puan, Lefkoşa’da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (76). İstanbul’da adölesanlarda yapılan çalışmada da 18.5 ± 2.6 olarak bulunmuştur (75). Adölesan dönem özellikle yaşanan biyopsikososyal özellikler nedeniyle birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu nedenle adölesan dönemde gençlerin aile ve arkadaş grubunu destek kaynağı olarak algılaması ve karşılıklı iletişim içinde olması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılan adölesanların aile, arkadaş ve yakın çevresi ile kurduğu iletişimin gelişmiş olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda gençlerin stres kaynakları ve bununla baş etme yollarını belirleyen stres yönetimi alt grubundan alınan puan 17.0 ± 3.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Stres yönetimi puanı Lefkoşa’da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur (76). İstanbul’da adölesanlarda yapılan çalışmada 18.1 ± 2.6 ve yapılan bir diğer çalışmada da 19.0 ± 4.0 olarak bulunmuştur (75, 77). Çalışmamıza katılan

adölesanların stres kaynaklarını ve bununla baş etme yollarını gösteren bu bulgu gençlerin stres yönetimi konusunda zorlandıklarını göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca başlı başına bir stres kaynağı olan adölesan dönemdeki gençlerin gereksinim duyduğu stresle baş etme becerilerinin kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasının gerekliliğini de düşündürmektedir.

Bilindiği gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseme ve sürdürmede bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu kazanmış olması çok önemli bir faktördür. AYBÖ sağlık sorumluluğu alt grubu; gençlerin kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluklarını ve ne düzeyde katkıda bulunduklarını belirtmektedir. Bireyin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlara başlamasını, kazanmasını ve devam ettirmesini etkilemektedir. Araştırma grubundaki adölesanların sağlık sorumluluğu alt grubundan aldıkları puan 16.5 ± 3.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Bu alt grupta en düşük 7 en yüksek 28 puan alınması gerekmektedir. Yapılan bir diğer çalışmada da sağlık sorumluluğu alt grubu puanı 16.0 ± 4.0 olarak benzer bulunmuştur (77). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt grubu puanını 15.9 ± 3.3 ve Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada da 15.4 ± 3.6 olarak bulunmuştur (75, 76). Çalışmamız sonucunda adölesanların sağlık sorumluluğu alt grubuna dair elde edilen bulgu, İstanbul'daki ve Lefkoşa'daki çalışma sonuçlarıyla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

AYBÖ spiritüel sağlık alt grubu; gençlerin inançlarını, manevi görüşlerini ve değer yargılarını belirlemektedir. Araştırma grubundaki adölesanların spiritüel sağlık puanı 16.1 ± 3.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada aynı ölçekle spiritüel sağlık alt grup puanını 17.3 ± 3.1 ve Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada 15.9 ± 3.3 olarak bulunmuştur (75, 76). Literatürde de spiritüel yanın adölesan dönemde görülme sıklığı yüksek olan riskli sağlık davranışlarına karşı koruyucu olarak görev yaptığı bildirilmektedir (79-81). Adölesan dönemde bu denli önemli olan spiritüel sağlık puanının düşük olması gençlerimizin inanç, manevi görüşler ve değer yargıları açısından gelişmelerini tamamlamamış oldukları şeklinde yorumlanabilir.

AYBÖ fiziksel aktivite alt grubu; gençlerin düzenli fiziksel aktiviteleri hangi oranda yaptıklarını belirlemektedir. Dinamizm ve hareket olarak en aktif dönemlerden biri olan adölesan dönemdeki gençlerin fiziksel aktivite alt grubundan aldıkları puan 13.9 ± 3.8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.). Bu alt grupta en düşük 6 en yüksek 24 puan alınması

göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan adölesanların fiziksel aktivitelerinin yeterli olmadığı düşünülebilir. İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada aynı ölçeği kullanarak fiziksel aktivite alt grubu puanını 14.7 ± 3.7 ve Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada 15.5 ± 3.8 olarak bulunmuştur (75, 76). Çeviren'in (82) 14-18 yaş grubu adölesanlarla yaptığı çalışmada öğrencilerin düzenli egzersiz yapmadıklarını, Vaizoğlu ve ark. (83) lise 1.sınıf öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili yaptıkları araştırmada öğrencilerin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu bakış açısı dikkate alındığında çalışmamıza katılan adölesanların fiziksel aktivite ve egzersiz yapmasına olanak sağlayan ortamların yaygınlaştırılmasının yanı sıra teşvik edici yaklaşımların da artırılması gerektiği düşünülebilir.

Çalışmamızda kızların pozitif yaşam bakışı puanı ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.11.). Erkeklerde ise fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek puanının kızlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.11.). İstanbul'da adölesanlarda yapılan ve Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar çalışmamız sonuçları ile uyumlu olarak, kızların pozitif yaşam bakışı puanını erkeklere göre, erkeklerin ise fiziksel aktivite puanını kızlara göre daha yüksek bulmuştur (75, 76). Pozitif yaşam bakışının bireylerin umut içinde yaşamlarını sürdürmesinin yanı sıra sağlık davranışlarını da etkilediği ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (84). Bu durumda kız adölesanların yaşam doyumunun daha yüksek olduğu ve sahip oldukları olumlu bakış açısının olumlu sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürme açısından bir avantaj olduğu düşünülebilir. Erkek adölesanların fiziksel aktiviteye olan yatkınlıkları nedeniyle fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması ise beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Bu sonucun erkeklerin bu alanda rahat hareket edebilme serbestliğine sahip olmalarına karşılık kadınların cinsiyetlerine bağlı olarak ve kültürel sebeplerle daha sınırlı hareket serbestliğine sahip olmaları ile ilişkili olabileceği de düşünülebilir.

Çalışmamız yaşamının son beş yılını ilçe ve şehirde geçiren adölesanların fiziksel aktivite puanı kırsal alanlardakilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.12.). Yaşamın her alanında bireye farklı alternatifler sunan ve bireyi bu olanaklara ulaşma konusunda motive eden gelişmiş ilçe ve şehirlerde yaşama, adölesanların fiziksel aktivite yapmasını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Köyde yaşamış olan bireyler

fiziksel aktivite yapılan yerlerin kısıtlılıkları, kurs olasılıklarının olmaması, ulaşım sıkıntısı ve maddi sebepler gibi daha birçok faktörden etkilenmiş olabilirler.

Talan (85) ve Phipps'in (86) çalışmalarında ekonomik gelişmişlik ile sağlık düzeyi arasında karşılıklı nedensellik ilişkisi bulunduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da bireylerin sağlığını ve sağlıkla ilgili davranışlarını gelir dağılımı, algılanan sosyoekonomik düzey, sağlık güvencesi gibi sosyoekonomik faktörlerin etkilediği üzerinde durulmaktadır (87-89). Çalışmamız sonucunda kendi sosyoekonomik durumunu düşük olarak belirtenlerde; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanları,, yüksek olarak belirtenlerden daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13.). Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonucunda kendi sosyoekonomik düzeyini yüksek ve iyi olarak belirtenlerin fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması, düşük olarak belirtenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (76). Literatürde adölesanların öğün seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki tercihlerini bireysel farkındalığın yanı sıra sosyoekonomik düzeyinde etkilediğini ve düşük sosyoekonomik durumun adölesanların beslenme davranışları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (87-90). Ayrıca bazı çalışmalarda fiziksel aktiviteye yönlendirilme ve olanaklara ulaşmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan gençlerin dezavantajlı olduğu da belirtilmektedir (91, 92). Sonuçlar sosyal ve ekonomik etkenlerin bireylerin yaşam koşullarını, fiziksel, sosyal ve kültürel olanaklarını belirlediğini ve bireylerin kişisel sağlık davranışlarını etkilediğini vurgulayan literatürü desteklemektedir (93, 94). Bu konuda Türkiye'de yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi benzer şekilde tanımlanmıştır (95, 96).

Kendi sosyoekonomik durumunu yüksek olarak belirten adölesanların pozitif yaşam bakışı alt ölçeği puanı, düşük olarak belirtenlerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Sosyoekonomik düzeyin düşük olması ile olanaklara ulaşma ve faydalanma düzeyinin azaldığını belirtilmiştir (95).

Araştırmamızda sosyoekonomik düzeyini düşük algılayan adölesanların hayata bakış açılarını içeren pozitif yaşam bakışının daha olumsuz olduğu düşünülebilir. Sosyoekonomik faktörlerin ve sosyal güvencenin bireylerin bakış açısını ve yaşam biçimini etkilediği belirtilmektedir (95). Çalışmamız sosyal güvenceleri olanların

olmayanlara göre kişilerarası ilişkiler puanı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14.). Aileden çok arkadaş grubu ile beraber gezme, vakit geçirme gibi ilişkilerin arttığı, giyime, kuşama özen göstermenin önem kazandığı bu dönemde sosyoekonomik koşulların gençlerin kişilerarası ilişkilerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ayrıca sosyal güvenceleri olmayan adölesanlarında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve AYBÖ toplam puanının, sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Lefkoşa’da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonucunda sosyal güvenceleri olmayan adölesanların pozitif yaşam bakışı puanının, sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (76). Sağlık güvencesinin varlığı insanların sağlıkla ilgili hizmetlerden kolaylıkla yararlanmalarını sağlamaktadır. Bu, insanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Adölesanların aile tipi özelliklerine göre AYBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde aile tipine göre adölesanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanı ve AYBÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15.). İstanbul’da adölesanlarda yapılan çalışmada aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (75). Araştırmamız, öğrencilerin günlük yaşamlarının büyük bir çoğunluğunu okulda, üniversiteye hazırlık kurslarında ve arkadaş grupları arasında geçirmeleri bu sonucu etkilemiş olabilir. Ayrıca bu durum, adölesan dönemde öğrencilerin aile bireylerinden çok, arkadaş grubuna önem vermesi nedeniyle öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aile ile ilgili özelliklerden etkilememesiyle de ilişkili olabilir.

Sağlıklı yaşam tarzı genellikle aile içinde geliştirilip, sürdürülebilmekte veya değiştirilmektedir. Hemen her sağlık davranışı, bir aile etkinliğidir veya aile tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir (96). Adölesanların annelerinin öğrenim durumu ile fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puanları ve AYBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.). Farkların kaynaklandığı gruplar değerlendirildiğinde ise; annesi ortaokul mezunu ve üzeri olan adölesanların fiziksel aktivite, beslenme alt ölçek puanı ve AYBÖ toplam

puanı annesi ilkököl ve altı olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16.). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada da fiziksel aktivite puanı annesi lise ve üniversite mezunu olanlarda daha yüksek bulunmuştur (82). Babası ortaokul ve üzeri mezun olanların ise sadece fiziksel aktivite puanı, ilkököl ve altı olanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17.). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada da babaları lise mezunu olanlarda fiziksel aktivite puanı daha yüksek bulunmuştur (75).

Aile ilişkileri içinde çocuğun psikososyal olarak sağlıklı bir duygusal gelişim gösterebilmesinde kendi davranışlarını bilinçli bir şekilde değerlendiren, düşünce ve duygularını ortaya koyabilen annenin ve babanın önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (97).

Araştırmaya katılan adölesanların BKİ persentiline göre % 4.1' inin obez, % 9.6' sının hafif şişman, % 17.1' inin zayıf olduğu bulunmuştur (Tablo 4.18.). Benzer şekilde yapılan bir diğer çalışmada da çocukların % 4.1'inin obez, % 8.8'inin fazla kilolu, %7.3'ünün de zayıf olduğu tespit edilmiştir (98).

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyete göre BKİ persentili istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.19.). Adölesanlarda yapılan çalışmada da BKİ ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerde fazla kilolu olma oranı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (99). Araştırma sonucumuz buna paralel çıkmıştır.

Kendi sağlığını kötü ve çok kötü olarak algılayan adölesanların sağlık sorumluluğu, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanları ve AYBÖ toplam puanı, sağlığını çok iyi ve iyi olarak algılayanlardan düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.20.). İstanbul'da adölesanlarda yapılan çalışmada sağlığını iyi olarak algılayan adölesanların AYBÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (75). Sağlığını kötü algılayan gençlerin sağlık davranışlarını benimseme ve yaşama geçirmede önemli olan sağlık sorumluluğu puanının düşük olması öğrencilerin kendi durumlarını objektif olarak değerlendirebildiklerini düşündürmektedir. Araştırmada sağlığını iyi algılayanların pozitif yaşam bakışının yüksek olması ise sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin yaşama daha olumlu, daha umutlu baktıklarını belirten yayını desteklemektedir (85). Öğrencilerin kendini çok iyi hissetmelerinin sağlık durumunu yükseltmek için

motivasyonel bir kaynak olabileceği ve kendilerini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarfettikleri düşünülebilir. Sağlığını iyi algılayanların stres yönetimi puanının yüksek olması ise adölesanların fiziksel ve ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissettikçe stres faktörleriyle daha güçlü bir şekilde başa çıkabildikleri şeklinde yorumlanabilir. Aslında kendini iyi algılama ile kişilerarası ilişkilerin karşılıklı birbirini etkilediği düşünülebilir. Son yıllarda spirütüel sağlığın sağlıklı olmak için önemli olduğu ve yaşamın anlamı, ilişkiler, yaşam amaçları gibi gelişen manevi değerlerin ve inançların sağlık davranışı kazanmada etkili olduğu savunulmaktadır (63).

Sosyal aktivitelere katılan adölesanların fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spirütüel sağlık alt ölçek puanının, katılmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21.). Adölesanların günlük hayatın zorluklarından uzaklaşma fırsatı yanı sıra destek kaynağı olan sosyal ortamlara katılımları onların stres kaynaklarından uzaklaşmalarına ve daha kolay başa çıkabilmelerine katkı sağlamış olabilir.

Araştırmada sigara içmeyenlerin içenlere göre fiziksel aktivite alt ölçek puanı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.22.) Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan çalışma sonucunda da benzer bulunmuştur (76).

Adölesanların cinsiyete göre sigara içme durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.23.). Ankara il merkezinde lise öğrencilerinde yapılan çalışma sonucunda ise erkek adölesanların sigara içme oranının kızlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (100).

Sağlıklı yaşam hakkında bilgi aldığını belirten adölesanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spirütüel sağlık puanı ve toplam puan ortalamaları, bilgi almayanlardan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.24.). Lefkoşa'da lise öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada da pozitif yaşam bakışı puanı, kişilerarası ilişkiler puanı ve stres yönetimi puanı ortalamaları bilgi almayanlardan yüksek bulunmuştur (76). Sağlığı anlama, sağlık hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar (97). Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının, kontrol ettiğinin ve hastalık durumunda ne yapması gerektiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada

önemlidir (97). Sağlıklı yaşam hakkında yazılı görsel basından, yakın aile üyelerinden ve sağlık personelinin bilgi alan bireylerin kendi sağlıklarını sürdürmede sorumluluk sahibi olduğu ve gereksinim duyduğu bilgiyi uygun kaynaklardan edinme yoluna gittikleri düşünülebilir.

Araştırmada erkek adölesanlarda kızlara göre zararlı davranışlardan uzak durmama anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.25). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada erkek ergenlerin kızlara göre daha fazla olumsuz risk alma davranışında bulundukları tespit edilmiştir (100).

Sonuç olarak adölesanların yaşam biçimi ölçeği puan ortalamaları alt ölçeklerine göre incelendiğinde gençlerin en yüksek puanı 18.8 ± 3.8 pozitif yaşam bakışı, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt ölçeğinden 13.9 ± 3.8 aldıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin ölçek puanları ile sınıf, cinsiyet, son beş yılını geçirdiği yer, algıladıkları sosyoekonomik düzey, sosyal güvence, anne-babanın öğrenim durumu, sağlıklarını algılama durumları, sosyal aktivite durumları, sigara kullanma, sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında ankete yanıt veren öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Ergenlik öncesi dönemden başlayarak adölesanlara fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları hakkında eğitim verilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişimine katkı sağlayacak olan sağlık derslerin müfredat programında yer alması, ailelere yönelik olarak adölesan dönem özellikleri, iletişim ve davranış kazandırma gibi konuları içeren eğitim programlarının hazırlanması, adölesanların riskli sağlık davranışları ile ilgili araştırmalar yapılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

1. Kulbok P A, Cox C L. Dimensions of Adolescent Health Behavior. Journal of Adolescent Health 2002; 31: 394-400
2. Aktan C C, Işık A K. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Sağlık: 21 Hedef. www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/.../herkes-icin.pdf .Erişim: 07.09.2014
3. Callaghan D. Basic conditioning factors Influences on Adolescents healthy behaviors, self-efficacy and self-care. Issues in comprehensive Pediatric Nursing 2006; 29: 191-204
4. Stewart S D, Menning C L. Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. J Adolescent Health 2009; 45: 193-201
5. CDC. (2009). Health Youth. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/healthtopics/index.htm>. Erişim: 6 Ekim 2014
6. Diem E, Kay L. Health concerns of adolescent girls. Journal of Pediatric Nursing 1995; 10: 19-27
7. Özmen D, Çetinkaya Ç A. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK. Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 98-105
8. Şen E, Kavlak O. Adölesanların Kontraseptif Yöntem Bilgisi ve Yöntem Kullanımları: Sistematik İnceleme, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009; 1: 38-51

9. Miller J W, Naimi T S, Brewer R D, et al. Binge drinking and associated health risk behaviours among high school students. *Pediatrics* 2007; 119: 76–85
10. Munafò M R, Hitsman B, Rende R, et al. Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction* 2008; 103: 162–71
11. Ball J W, Bindler R C. *Child Health Nursing Partnering With Children & Families* Ed: Within J.H.D. Co: Pearson Education. New Jersey 2006
12. Ercan O. Adölesanın Fiziksel Gelişimi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008; 63: 13-18
13. Licence K. Promoting and Protecting the Health of Children and Young People. *Child: Care, Health&Development* 2004; 30: 623-635
14. Qidwai W, Ishaque S, Shah S, et al. Adolescent Lifestyle and Behaviour. A Survey From a Developing Country 2010; 10: 1371
15. Susman E J, Dorun L D, Schiefelbein V L. Puberty, Sexuality and Health. In: Lerner, M.A., Easterbrook, M.A., Mistry, J. /editors. *Comprehensive Handbook of Psychology*. New York 2003
16. Ercan O. Adölesanın Psikolojisi Gelişimi. İçinde: Ercan O, Alikeşifoğlu M, Ercan G (Ed). *Adölesan Sağlığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi* 2005; 43: 17-21
17. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004; 17: 231-256
18. Yapıcı Ş, Yapıcı M. (2006). “Çocukta Bilişsel Gelişim”, *Üniversite Ve Toplum Bilim, Eğitim Ve Düşünce Dergisi, e-dergi, Cilt: 6, Sayı:1, Mart 2006*, www.universite-toplum.org. Erişim Tarihi:10 Aralık 2014
19. Choudhury S, Blakemore S J, Charman T. Social cognitive development during adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2006; 1: 165
20. Cole M, Cole S. *The Development of Children.*, Wort Publishers, USA. 2000; 617-665

21. Call K T, Riedel A A, Hein K, et al. Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolescence* 2002; 12: pp 69-98
22. Lerner R. M, Lerner J V, Almerigi J B, et al. Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence* 2005; 25: 17-71
23. Arı R, Arslan E. Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama, Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008; 19: 53-60
24. Çuhadaroglu F Ç. Ergenlikte Psikososyal Gelişim Özellikleri, Türkiye Klinikleri *J Pediatr Sci* 2006; 2: 6-8
25. Smylie L, Medaglia S, Maticka T E. The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *The Canadian Journal Human Sexuality* 2006; 15: 95-112
26. Steinberg L, Morris A S. Ergenlik.1. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, Pelin Ofset 2007; 70-79
27. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, ve ark. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46: 30-37
28. Why good reproductive health is critical to the well-being of youth. *Population Action International*. May, No.19 Available at: http://www.populationaction.org/Publications/Fact_Sheets/FS19/Summary.shtm Erişim: 23 Kasım 2014
29. Rew L, Horner S D. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents, *Journal of Pediatric Nursing* 2003; 18: 379-388
30. Alikashioglu M. Adölesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri.'İçinde'Ercan, O., Alikashioglu, M. Ercan, G. (Ed). Adölesan Sağlığı II.

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi 2005; 43: 29-38

31. Hardrick G, Lindsey E. Health Promotion Nursing Practice: The Demise of Nursing Process. Journal of Adv. Nursing 1996; 23: 106-112
32. Hendricks D L. The Relationship of Hope and Self-efficacy to Health Promoting Behaviors Among Student- athletes Attending Historically Black Colleges and Universities. The Degree of Doctor Education, Auburn University USA. 2004
33. Cherly D F, Mercy C M, Hirsch B S R, et al. Smoking, Alcohol Use and Illicit Drug reported by Adolescents Aged 12-17 Years. United States. 2009
34. Wong D L Hockenberry M J. Nursing Care of Infants and Children, St Louis, Mosby Co 2003; 802-904
35. Brener N D, Kann L, McManus T L, et al. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire . Journal of Adolescent Health 2002; 31: 336–342
36. Güler Y, Gönener D H, Altay B, ve ark. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik yaklaşımları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4: 10
37. Aslan D, Gürtan E, Hacım A, ve ark. Ankara’da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi’nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 55-62
38. Ball G D C, Lenk J M, et al. Overweight children and adolescents referred for weight management; are they meeting lifestyle behaviour recommendations 2008
39. Siyez D M. Ergenlik döneminde intihar girişimleri: bir gözden geçirme. Kastomonu Eğitim Dergisi 2006; 14: 413-420
40. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, ve ark.. Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 112-118

41. Karabey S, Müftüoğlu N. Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası-7. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) 2007; 11
42. Spear H J, Kulbok P A. Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. Public Health Nursing 2001; 18: 82-93
43. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED) 2002; 11: 374-377
44. Ali D B S. (2009). The Mind Body Interaction: Interdependence of Physical and Mental Health. Karachi., http://www.aku.edu.pk/AKUH/healthawareness/pdf/Interdependence-of-Physical_and-Mental-Health . Erişim: 28 Eylül 2014
45. İlhan N, Batmaz M, Akhan U L. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3: 3
46. Pender N J, Murdaugh C L, Parsons M A. Health Promotion in Nursing Practice. Fourth Edition. New Jersey 2002; 13-209
47. He K, Kramer E, Houser R F, et al.. Defining and Understanding Healthy Lifestyles Choices for Adolescents. Journal of Adolescent Health 2004; 35: 26-33
48. Janet A S, Donald B I, Beverly A. (1987). Maslow's Hierarchy of Needs., <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/maslow.htm>. Erişim: 9 Kasım 2014
49. WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. Erişim: 9 Aralık 2014, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
50. Özvarış S B. Herkes İçin Sağlık Politikaları: Sağlığı Geliştirmenin Sağlığın Belirleyicilerini Etkilemek İçin Kullanımı, <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=33613&DOSYASIM=7.ppt>. Erişim: 9 Temmuz 2014
51. Battorf J L, Johnson J L. The Effects of Cognitive-Persceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. Nursing Research 1996; 45: 30-36
52. Çimen S. 15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2003

53. Hills A, King N, Armstrong T. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: Implications for overweight and obesity 2007; 37: 533-545
54. Liang H, Flisher A S, Lombard C J. Bullying, Violence and risk Behavior in South African School Students. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 161-171
55. Sevim Y. Antreman Bilgisi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 7. Basım. 2002; ss17-28
56. Telama R, Yang X, Viikari J, et al.. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am. J. Prev. Med* 2005; 28: 267-273
57. Dowdell E B, Santucci M E. Health Risk Behavior Assessment: Nutrition, Weight and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class. *Public Health Nursing* 2004; 21: 128-136
58. WHO. (2007). Meeting of Counterparts on Nutrition and Food Safety on the Second WHO European Action Plan on Food and Nutrition Policy. Erisim: 10 Nisan 2009, www.euro.who.int/Document/NUT/2ndMtg_EAPFNP.pdf
59. WHO. (2009). BMI Classification., http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim: 11 Ocak 2015
60. Pender N, Barkauskas V, Hayman L. Health Promotion and Disease Prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook* 1992; 40: 106-112
61. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2007; 15: 85-92
62. Siyez D M. Ergenlik döneminde intihar girişimleri: bir gözden geçirme, *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006; 14: 413-420
63. Carmondy J, Reed G, Kristeller J, et al. Mindfulness, Spirituality, and Health-Related Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64: pp 393-403
64. Cotton S, Larkin E M D, Hoopes A, et al.. The Impact of Spirituality on Depressive Symptoms 2005; 36: 529
65. Bulduk S, Esin N M, Umut, N. Adölesanların HIV/AIDS Bilgi Düzeyleri ve Hastalığa Karşı Sosyal Önyargıları *Sted Dergisi* 2006; 8: 139-43

66. Gökgöz Ş, Koçoğlu G. Adölesan çağda sigara ve alkol içme davranışı, Fırat Tıp Dergisi 2007; 12: 214-218
67. Rodham K, Brewer H, Mistral W, et al. Adolescent Perception of Risk and Challenge: A Qualitative Study. Journal of Adolescent 2006; 29: 261-272
68. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A, ve ark.. Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15:112-118
69. Eaton D K, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, (2008). CDC(MMWR Surveillance Summaries .57(SS04);1-131 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5704a1.htm>). Erişim Tarihi: 01.03.2015
70. Pickett W, Dostaler S, Craig W, et.al.. Associations between risk behaviours and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian School children. İnjury 2006; 12: 87-92
71. TUBİM Türkiye’de Uyuşturucu Kullanımı, (2008), syf. 7-22, http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/istatistik/genel_nufus.pdf Erişim Tarihi: 7 Ocak 2015
72. Şatıroğlu H. Ergenlerde Cinsellik. İçinde: Ercan, O, Alikaşifoğlu, M. (Ed.) Adölesan Sağlığı II.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi 2008; 63: 41-46, İstanbul
73. Başer M. Adölesan Cinselliği ve gebelik, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4: 1
74. Mistry R, McCharty W, Yancey A, et al.. Resilience and Patterns of Health Risk Behaviors in California Adolescents 2008; 48: 291-297
75. Ardıç A. Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2008
76. Erdoğan D. Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa. 2011

77. Hendricks C S, Murdaugh C, Pender N J. The Adolescent Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Journal of National Black Nurses Assoscation 2006; 17: 1-5
78. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. (STED) 2005; 14: 174-178
79. Goldstein S N. The Exploration of Spirituality and Identity Status in Adolescence Currents: New Scholarship in the Human Services 2010; 9: 1-22
80. Dowling E M, Gestsdottir S, Anderson P M, at al.. (2004). Structural Relations among Spirituality, Religiosity and Thriving in Adolescence. <http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/researchPaperAdolescents2.pdf>. Erişim: 20.12.2014
81. Arslan H, Şener D K. Stigma, Spiritüalte ve konfor kavramlarının meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2: 51-58
82. Çeviren: ÖZER N,. Stres ve anksiyete için alternatif tamamlayıcı modeller, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5: 101-104
83. Vaizoğlu A, Akça O, Akdağ A, ve ark. Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3: 63-71
84. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik, Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12: 61-68
85. Talan S. Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi, Sosyo Ekonomi 2006; 4: 31-47
86. Phipps S. (2003). The İmpact of Poverty on Health. CPHI.collected papers. Canadian Institute for Health Information.http://www.secure.chi.ca/cihiweb/productus/CPHIImpacton_powerty_e.pdf. Erişim: 10 Mart 2015
87. Koçoğlu D, Akın M. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org>, 2009; 2: 145-154. Erişim tarihi: 10 Ekim 2014

88. Aasmod R. (2009). Health systems impact on social determinants of health. http://ped.sagepub.com/content/16/1_supp/88.citation. Erişim Tarihi:09.02.2015
89. Hanson M D, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J. Behav. Med* 2007; 30: 263-285
90. Baysal A. Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakóltesi Dergisi Özel Eki 2003; 25: 4
91. Danacı M. Adana ilinde farklı tipteki liselerde öğrenim gören adölesan dönemi sedanter ve spor yapan erkek öğrencilerin spora yaklaşımı, fiziksel yapıları ve fizyomotorik özelliklerinin saptanması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana. 2008
92. Lindström M, Hanson B S, Östergren P O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* 2001. 52: 3 pp 441-451
93. Roberts C, Currie C, Soydel O, et al.. Measuring the health and health behaviours of adolescents trough cross. National Survey Research: Recent Development in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study.J. *Public Health* 2007; 15: 179-186
94. Turbin M S, Jessor R, Costa F M, et al. Protective and risk factors in health enhancing behavior among adolescents in chiro and the United States: *Health Psychol* 2006; 25: 445-454
95. Koçoğlu D, Akın M. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org>, DEUHYO ED 2009; 2: 145-154. Erişim: 03.01.2015
96. Turagebeci A R, Nakamura K, Takano T. Health Lifestyle Behaviour Decreasing Risks of Bening Bullied, Violence and Injury. 2008

97. Arslan P, Samur G, Yıldız E, ve ark.. G.5-20 yaş grubu çocuk ve adolesanların bazı antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, 3.Ulusal Obezite Kongresi,18-20 Mayıs 2004, Belek- Antalya
98. Akarca N N. Diyarbakır İl Merkezindeki Adölesan Öğrencilerde Obezite Sıklığı, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, 2010
99. Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A, ve ark. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları, Toraks Dergisi 2000;1: 61-66
100. Gülgez E. Ö, Kısaç İ. Lise Öğrencilerinin Olumsuz Risk Alma Davranışlarının Yaş, Cinsiyet Ve Psikolojik Belirtiler Değişkenleri Açısından İncelenmesi. 2014 Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı: 33, ss 122-136

Ek 1

ŞEFAATLİ İLÇE MERKEZİNDE LİSE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Bu anketin amacı sizlerin karşılaştığı sorunları belirlemek ve sağlıkla ilgili davranışlarınızı değerlendirmektir. Bu yüzden lütfen tüm soruları cevaplayınız. Ankete isim yazmayınız.

1.Okulunuzun ismi?

1. İsmail Yeşilyurt Çok Programlı Lisesi
2. Anadolu Lisesi
3. İmam Hatip Lisesi

2.Hangi sınıfta okuyorsunuz?

1. Lise 1 2. Lise 2 3. Lise 3 4. Lise 4

3.Yaşınız?.....

4.Cinsiyetiniz?

1. Erkek 2. Kız

5.Doğum yeriniz neresidir?

1. İl merkezi 2. İlçe 3. Köy

6.Yaşantınızın son beş yılını nerede geçirdiniz?

1. Köy 2. İlçe 3. İl 4. Yurtdışı

7.Ailenizin tipi hangisidir?

1. Çekirdek aile (anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşur)
2. Geleneksel aile (aile büyükleriyle oturulan geniş aile)
3. Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi)

8.Kaç kardeşiniz var? (kendiniz dahil değil)

1. Kardeşim yok 2. Bir kardeş 3. İki kardeş 4. Üç kardeş 5. Dört ve üzeri

9.Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

1. Birinci 2. İkinci 3. Üçüncü 4. Dördüncü 5. Diğer....

10. Anne babanız sağ mı?

1. İkisi de sağ 2. Anne sağ değil 3. Baba sağ değil 4. İkisi de sağ değil

11. Annenizin öğrenim durumu nedir?

1. İlkokulu bitirmemiş 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu

12. Annenizin mesleği nedir?

1. Ev hanımı 2. Evde para getiren iş yapıyor 3. Ev dışında çalışıyor 4.

Emekli

13. Babanızın öğrenim durumu nedir?

1. İlkokulu bitirmemiş 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu

14. Babanızın mesleği nedir?

1. Çalışıyor 2. Emekli 3. İşsiz

15. Ailenizin size karşı tutumu genel olarak nasıldır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Demokratik (Güven verici, destekleyici, eşitlikçi, hoşgörülü)
2. Otoriter (Baskıcı, kuralcı, mükemmeliyetçi)
3. Tutarsız
4. İlgisiz/kayıtsız
5. Aşırı koruyucu (Aşırı ilgi, kontrol ve koruma)
6. Aşırı hoşgörülü
7. Diğer (.....)

16. Kendinizi hangi sosyo-ekonomik düzeyde görüyorsunuz?

1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Yüksek

17. Aldığınız aylık harçlık miktarı nedir?

1. 50 tl den az 3. 151-200 tl
2. 50-100 tl 4. 201-250 tl

18. Ailenizin bir sosyal güvencesi var mı?

1. Var 2. Yok

19. Okul içinde ve dışında katıldığınız herhangi bir sosyal aktivite var mı?

1. Evet (belirtiniz:)

2. Hayır

20.Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Evde ailemle 2. Evde arkadaşlarımla 3. Evde tek 4. Okul yurdunda
5. Akrabalarımın yanında 6. Diğer:

21.Sigara içer misiniz?

1. Hiç içmem 2. Arada sırada içerim 3. Her gün en az adet içerim 4.
Bıraktım

22.Alkol kullanır mısınız?

1. Hiç içmem 2. Çok nadir 3. Arada sırada içerim 4. Her gün içerim

23.Sağlık sorununuz olduğu zaman öncelikle nereye başvurursunuz?

1. Sağlık ocağı 3. Üniversite hastanesi
2. Devlet Hastanesi 4.Diğer

24.Bir doktor tarafından belirlenmiş ve şu anda var olan bir hastalığınız var mı?

1. Evet(yazınız)..... 2. Hayır

25.Genel olarak sağlığınız sizce nasıldır?

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

26.Boyunuz: cm Kilonuz: Kg

27.Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız?

1. Zayıf 2. Normal 3. Şişman

28. Şimdiye kadar sağlıklı yaşam hakkında hiç bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

29.Cevabınız 'Evet' ise kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Arkadaş 5. Komşu/akraba
6. Kitap/dergi/gazete 7. Radyo/televizyon 8. Bilgisayar/internet
9. Öğretmen 10. Sağlık personeli 11. Diğer (belirtiniz:
.....)

Ek 2**ADÖLESAN YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ**

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Ailemle sohbet etmek için zaman ayırırım.				
2.	Ailem ile aktif zaman geçiririm. (yürüyüş, oyun oynama)				
3.	Kendimi iyi hissetmediğim zaman en yakın sağlık merkezine giderim.				
4.	Haftada en az üç gün yirmi dakika yada daha uzun süre güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım. (aerobik, tempolu yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme)				
5.	Gecede altı-sekiz saat uyurum.				
6.	Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7.	Şekerden ve şeker oranı yüksek olan diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8.	Sağlıkla ilgili konulardan dergi ve kitap okurum.				
9.	İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10.	Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim.(yoğurt, peynir, dondurma)				
11.	Hergün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırırım.				
12.	Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				
13.	Hergün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım.(zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.)				
14.	Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15.	Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissederim.				
16.	Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17.	Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18.	Geleceği düşündürmek beni heyecanlandırır.				
19.	Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				
20.	İnanç ve düşüncelerimi paylaşacağım bir gruba katılırım.				
21.	Her gün iki-dört defa meyve yerim.				

22.	Sağlığını koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer,toplantı ve eğitimlere katılırım.				
23.	Kendimle barışığımıdır.				
24.	Her gün üç- beş defa sebze yerim.				
25.	Hoşlandığım şeyleri yapabilmek için kendime zaman ayırırım.				
26.	Yaşamım için önemli olan amaçlarımı gerçekleştirmeye çalışırım.				
27.	Boş zamanlarımda yürüyüş veya egzersiz yaparım.				
28.	Her yeni güne umutla bakarım.				
29.	İnanç ve düşüncelerimin gelişmesine yardım eden faaliyetlerde bulunurum.				
30.	Çeşitli et ürünleri tüketirim.(balık, tavuk, hindi, kırmızı et)				
31.	Başkaları ile olan anlaşmazlıklarımı kavga yerine konuşarak çözerim.				
32.	Arkadaşlarımla aktif spor yaparım.(Futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi...)				
33.	İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim.				
34.	Hemşire veya doktora sağlığını iyileştirme ile ilgili sorular sorarım.				
35.	Kendime ibadet yada rahatlamak için zaman ayırırım.				
36.	Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
37.	Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım.				
38.	Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim.				
39.	İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissederim.				
40.	Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.				
41.	Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm.				
42.	Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim.				
43.	Sorunlarımı bana yakın olan/güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım.				
44.	Sağlığım için zararlı davranışlarda uzak dururum. (sigara içmek, alkol kullanmak, uyuşturucu kullanmak)				

Çalışmaya katıldığınız, soruları tam ve içtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederiz

Ek 3

T.C.
ŞEFAATLİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

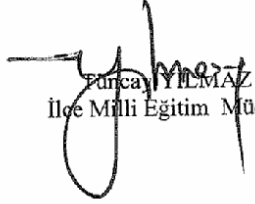
Sayı :17760399-101.01- 1453
Konu : Anket Formu

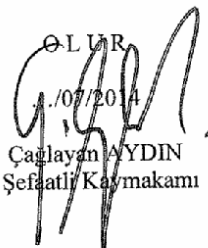
25.07/2014

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

Şefaati Toplum Sağlığı Merkezi Tabipliğinde Ebe olarak görev yapmakta olan.Aynı zamanda Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında "Halk Sağlığı " alanında Yüksek Lisans yapmakta olan Esra ÇİÇEK Tezi için 2014 Ekim ayı içerisinde Ortaöğretim Kurumları 9.10.11 ve 12 sınıf öğrencilerine anket çalışması yapması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.


Turkan YILMAZ
İlçe Milli Eğitim Müdürü


OLUR
25.07/2014
Çağlayan AYDIN
Şefaati Kaymakamı

.....
Şefaati İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Tel :0(354)564 10 05-564 15 08 E-
mail:Sefaati@meb.gov.tr
Şefaati İlçe Milli Eğitim Eğitim Öğretim ve Öğrenci İşleri Bölümü
.....

214 *Journal of Management Inquiry* 16(2)
© 2007 Sage Publications 10.1177/1056492607307800
http://jmi.sagepub.com



Indikator: Indikator 204 Indikator 205	Indikator 204: Indikator 204 Indikator 205: Indikator 205
---	---

[illegible]

2. **Assessment** (10%)

© 1999 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.

2019 Season Overview							
Season / Milestone	Location	Month	Day	Time	Temp (°C)	Humidity (%)	Notes
First 100 Miles (100 Miles)	Central Valley, CA	Jan	15	10:00	15	65	Good start, no issues
First 200 Miles (200 Miles)	Central Valley, CA	Jan	25	10:00	18	68	Steady progress, minor delays
First 300 Miles (300 Miles)	Central Valley, CA	Feb	05	10:00	20	70	Weather improving, faster pace
First 400 Miles (400 Miles)	Central Valley, CA	Feb	15	10:00	22	72	Consistent progress, good weather
First 500 Miles (500 Miles)	Central Valley, CA	Feb	25	10:00	25	75	Significant improvement in speed
First 600 Miles (600 Miles)	Central Valley, CA	Mar	05	10:00	28	78	Excellent progress, all systems go
First 700 Miles (700 Miles)	Central Valley, CA	Mar	15	10:00	30	80	Peak performance, record time
First 800 Miles (800 Miles)	Central Valley, CA	Mar	25	10:00	32	82	Stable performance, consistent results
First 900 Miles (900 Miles)	Central Valley, CA	Apr	05	10:00	35	85	Final push, nearing completion
First 1000 Miles (1000 Miles)	Central Valley, CA	Apr	15	10:00	38	88	Successful completion, all goals met

Ek 5

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME:

Sayın gönüllü; Bu çalışma; Yozgat, Şefaati'de yaşayan lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve gereksinimleri doğrultusunda sağlık eğitimlerinin planlanması, yürütülmesi ve gözden geçirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada size 73 sorudan oluşan bir anket formu uygulanacaktır.

Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır; kamuoyuna açıklanamaz; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih: Esra ÇİÇEK

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Esra ÇİÇEK

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 10 Mart 1989, Konya

Medeni Durum: Bekar

email:memleketim.42@hotmail.com

EĞİTİM

Derece -Kurum -Mezuniyet Tarihi

Yüksek Lisans Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2015

Lisans Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2011

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl- Kurum

2013- Halen Şefaatli Toplum Sağlığı Merkezi

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR

Günay O., Balcı E., Alırvermez İ., Çiçek E., Özgüven L., "Quality Of Life Among The Secondary School Students", III. AGPFM.SEE Congress, Saraybosna, BOSNA HERSEK, 18-21 Eylül 2014, pp.780-780