

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, DEPRESYON VE
UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ

HİRANUR GÜL
ORCHID: 0000-0002-1503-169X

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
HAZİRAN 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2020970101

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, DEPRESYON VE
UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ

HİRANUR GÜL
ORCHID: 0000-0002-1503-169X

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY
ORCID:0000 0002 7681 5391

İZMİR
HAZİRAN 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi İlişkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hiranur GÜL

TEŐEKKÖR

Tez sürecimin her aşamasında bana destek olan, yardımlarını ve bilgilerini esirgemeyen, bana yol gösteren, beni cesaretlendiren çok değerli danışman hocam Doç. Dr. MERYEM ÖZTÖRK HANEY' e, lisansüstü eğitimim boyunca bana destek olan ve bilgi birikimlerini esirgemeyen saygı değer hocalarıma, tezimin şekillenmesinde değerli önerileri için jüri üyelerine, araştırma süresince veri toplamam konusunda bana destek olan okul yönetimi ve öğretmenlere, her zaman beni destekleyen ve her koşulda yanımda olan değerli aileme, tez sürecinde her zaman yanımda ve bana destek olan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

HİRANUR GÖL

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	i
KISALTMALAR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırma Soruları	2
2 GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Ergenlik Dönemi Tanımı.....	3
2.2 Ergenlik Gelişim Özellikleri.....	3
2.2.1 Fiziksel Gelişim.....	3
2.2.2 Bilişsel Gelişim.....	4
2.2.3 Duygusal Gelişim.....	4
2.2.4 Sosyal Gelişim.....	4
2.2.5 Ahlakî Gelişim.....	5
2.3 Ergenlik Dönemleri.....	5
2.3.1 Erken Ergenlik Dönemi.....	5
2.3.2 Orta Ergenlik Dönemi.....	5
2.3.3 Geç Ergenlik Dönemi.....	6
2.4 Ergenlik Döneminde Depresyon Tanımı ve Etyolojisi.....	6
2.5 Ergenlik Döneminde Depresyonun Önemi.....	7
2.6 Depresyon Belirtileri.....	8
2.7 Depresyon Oluşumundaki Risk Faktörleri.....	8
2.7.1 Genetik Faktörler.....	8
2.7.2 Toplumsal/ Çevresel Faktörler.....	8

2.7.3	Biyokimyasal Faktörler.....	9
2.8	Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	9
2.9	Sağlık Okuryazarlığı Tanımı ve Önemi.....	9
2.9.1	Temel/ İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı.....	10
2.9.2	İletişimsel/ Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı.....	10
2.9.3	Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı.....	10
2.10	Ergenlik Döneminde Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	11
2.11	Uyku Kavramı.....	12
2.12	Uyku Fizyolojisi.....	13
2.13	Uyku Kalitesi.....	14
2.13.1	Uyku Verimliliği.....	14
2.13.2	Uyku Bozuklukları.....	14
2.13.3	Uyku Gecikmesi.....	14
2.13.4	Uyku Süresi/ Toplam Uyku Süresi.....	15
2.13.5	Uyku Başlangıcından Sonra Uyanma.....	15
2.14	Ergenlerde Uykunun Önemi.....	15
2.15	Ergenlerde Depresyon, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesi İlişkisi.....	16
2.16	Ergenlerde Depresyon, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirelik Girişimleri.....	17
3	GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1	Araştırmanın Tipi.....	20
3.2	Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planlanması.....	20
3.3	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/ Çalışma Grupları.....	21
3.3.1	Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	21
3.3.2	Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	21
3.4	Çalışma Materyali	21
3.5	Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.5.1	Bağımlı Değişkenler: Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	21
3.5.2	Bağımsız Değişkenler: tanıtıcı veriler	22

3.6	Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	22
3.6.1	Tanıtıcı Veri Formu.....	22
3.6.2	Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	22
3.6.3	Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği.....	23
3.6.4	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	23
3.7	Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.8	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.9	Araştırmanın Etiği.....	24
4	BULGULAR.....	25
4.1	Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri.....	25
4.2	Ergenlerin Depresif Belirti, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesi Düzeyleri.....	27
4.3	Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresif Belirtileri	29
4.4	Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri.....	31
4.5	Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi.....	34
4.6	Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre Depresif Belirtileri...36	
4.7	Ergenlerin Uyku Kalitesine göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Depresif Belirti Düzeyleri.....	37
4.8	Ergenlerin Depresif Belirtilerini Açıklayan Faktörler.....	41
5	TARTIŞMA.....	43
5.1	Depresif Belirtilere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.2	Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulguların Tartışılması	45
5.3	Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması	47
5.4	Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Tartışılması.....	49
6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1	Sonuçlar.....	51
6.2	Öneriler.....	52

7 KAYNAKLAR.....	53
8 EKLER.....	65
EK 1: Tanıtıcı Veri Formu	65
EK 2: Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	66
EK 3: Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D Tr)	67
EK4: Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ)	68
EK 5: Etik Kurul Onayı.....	73
Ek 6: Kurum İzinleri.....	75
Ek 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu Veli için.....	76
EK 8: Bilgilendirilmiş Onam Öğrenci için.....	78
ÖZGEÇMİŞ.....	80

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma planı.....	20
Tablo 4.1. Ergenlerin tanıtıcı özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Ergenlerin depresif belirti, sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi düzeyleri.....	28
Tablo 4.3. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre depresif belirtileri	30
Tablo 4.4. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri.....	32
Tablo 4.5. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre uyku kalitesi	35
Tablo 4.6. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre depresif belirtileri	36
Tablo 4.7. Ergenlerin uyku kalitesine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ve depresif belirti düzeyleri.....	39
Tablo 4.8. Ergenlerin depresif belirtilerini açıklayan faktörler	42

KISALTMALAR

BOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

COVID-19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
(Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

NREM: Hızlı Olmayan Göz Hareketi

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

REM: Hızlı Göz Hareketi

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

UNICEF: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

ERGENLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, DEPRESYON VE UYKU KALİTESİ İLİŞKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

HİRANUR GÜL

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı ergenlerde sağlık okuryazarlığı, depresif semptomlar ve uyku kalitesi düzeyini belirlemek, sağlık okuryazarlığı, depresif semptomlar ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek idi.

Araştırmanın örneklemini İzmir’de sekiz lisede eğitim gören 1081 ergen oluşturdu. Veriler Tanıtıcı Veri Formu, Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak toplandı. Veri analizi için tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve multiple lojistik regresyon kullanıldı.

Ergenlerin %35.7’si erkek, yaş ortalaması 15.62 ± 1.17 idi. Öğrencilerin %38.7’si 10.sınıfta eğitim görmekteydi. Katılımcıların %78.4’ü depresif belirtilere sahipti ve %11.3’ünün sağlık okuryazarlık düzeyi düşüktü. Ergenlerin %29.4’ü iyi uyku kalitesine %70.6’sı ise kötü uyku kalitesine, %30.8’i günde 7 saatten daha fazla uyku süresine sahipti. Sağlık okuryazarlığı ile depresyon arasında bir ilişki belirlenmemesine rağmen; kız cinsiyet, kötü ve orta gelir durumu, düşük ve orta düzey öğrenme sorumluluğu, kötü uyku kalitesi ergenlerde depresif belirtilerin yordayıcıları olarak belirlendi.

Çalışma bulguları ergenlerde kötü uyku kalitesinin depresif belirtiler için risk faktörü olduğunu gösterdi. Okul sağlığı çalışmalarında depresyon için riskli ergenleri belirlemek amacıyla tarama programlarının planlanması, risk altında bulunan ergenlere yönelik erken müdahale girişimlerinin yürütülmesi, ergenlerde sağlık uyku kalitesini geliştiren programların yürütülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: ergen, depresyon, okul sağlığı, sağlık okuryazarlığı, uyku kalitesi

Tezin Sayfa Adedi: 93

Danışman: Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney

THE REATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY, DEPRESSION AND SLEEP QUALIY IN ADOLESCENT

Master Thesis

HİRANUR GÜL

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Department of Public Health Nursing

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of health literacy, depressive symptoms and sleep quality in adolescents and to examine the relationship between health literacy, depressive symptoms and sleep quality among adolescents.

The sample of the study consisted of 1081 adolescents studying at eight high schools in İzmir. Data collected with descriptive data form, Health Literacy Scale for School-Age Children, the Center for Epidemiological Studies for Children Depression Scale, and the Pittsburgh Sleep Quality Index. Statistical methods used for data analysis were descriptive statistics, chi-square test and multiple logistic regression.

The mean age of the adolescents was 15.62 ± 1.17 and %35.7 were boy. 38.7% of the students were studying in the 10th grade. 78.4% of the participants had depressive symptoms and 11.3% had a low level of health literacy. Of the adolescents, % 29.4 had good sleep quality, % 70.6 had poor sleep quality, and % 30.8 had more than 7 hours of sleep a day. No relationship was found between health literacy and depressive symptoms. However, female gender, poor and medium income status, low and medium level of learning responsibility, and poor sleep quality were determined as predictors of depressive symptoms in adolescents.

Study findings showed that poor sleep quality in adolescents were risk factors for depressive symptoms. In school health studies, it has been recommended to plan screening programs to identify adolescents at risk for depression, to carry out early intervention initiatives for adolescents at risk, and to carry out programs that improve sleep quality in adolescents.

Keywords: adolescence, depression, health literacy, school health, sleep quality

Number of Pages of the Thesis: 93

Advisor: Assoc. Dr. Meryem Ozturk Haney

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ergenlik dönemi hem fizyolojik hem de psikolojik etkenlere diğer yaş dönemlerine göre daha fazla maruz kalınan bir dönemdir (1). Sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte bireylerin hasta oldukları zaman sağlık bilgilerine ulaşabilmeleri, ulaşılan bilginin doğru bir şekilde algılanabilmesi, kaliteli ve sağlıklı bir hayat sürülebilmesi için sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır (2). Yaşam kalitesinin artması, sağlık durumunun en üst düzeyde olabilmesi ve bu doğrultuda hastalıkların önlenmesi için sağlık okuryazarlığı önem arz etmektedir (3). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması beraberinde birçok olumsuz sağlık sonucu getirmektedir. Bunlar; sağlık durumunun kötü olması, öz yönetimin azalması, hastanede yatma ve erken ölüm oranlarında artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Sınırlı düzeydeki sağlık okuryazarlığı bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörü olan; yetersiz fiziksel aktivite alkol-tütün kullanımı, yetersiz ve sağlıksız beslenme başta olmak üzere birçok değiştirilebilir risk faktörü ile ilişkilidir. Ekonomisi ve eğitim sistemleri gelişmiş ülkelerde dahi birçok çocuk, ergen ve yetişkin sınırlı sağlık okuryazarlığı becerisine sahiptir (4).

Ergenlik döneminde depresyon görülme oranı artış gösterir (5). Türkiye’de ve dünyada sık görülen depresyon ergenlerin şu anki ve gelecek dönemdeki işlevselliğini ciddi ölçüde etkileyebilen bir halk sağlığı sorunudur (6). Türkiye’de yapılan bir çalışmalar ergenlerde depresif belirti sıklığını %32.7-45.2 olarak belirtmiştir. (7,8) Depresif ergenlerin kendilerini hem fiziksel hem de psikolojik olarak diğer ergenlere göre çok daha fazla olumsuz hissettikleri, özsayıgılarının düşük olduğu, çevrelerindeki kişilerle daha çok sorun yaşadıkları ve okul başarılarının azaldığı bildirilmiştir (5,7).

Ergenlik döneminde çok sayıda değişikliğin meydana gelmesi nedeniyle uyku önemli bir konu haline gelmektedir. Uyku olmadan bilişsel süreçler, öğrenme ve duygusal düzenleme becerileri zarar görmektedir (9). Yetersiz ve kalitesiz uyku; ergenlik döneminde riskli davranış ve psikiyatrik bozukluklara sebep olabilmektedir. Uyku bozukluğu; hastalıklara sebep olmasının yanı sıra hastalık semptomlarını kötüleştirebilmekte ve düşük akademik performansa sebep olabilmektedir (10).

Çin’de yapılan bir çalışmada uyku sorunu olan öğrencilerde; düşük sağlık okuryazarlığı, anksiyete ve depresif belirtilerin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (1). Zhou ve ark. tarafından Çinli ergenler ve genç yetişkinler ile yürütülen çalışmada depresyonun ve anksiyetenin uykusuzluk için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (11). Sağlık okuryazarlığı, uyku ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkiyi belirleyebilme konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu durumun belirlenebilmesi ve bu konuda yapılan müdahalelerin etkilerini ölçmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (1). Bu nedenle ergenlerde sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesine, ergenlere yönelik sağlık geliştirme programlarının oluşturulmasına gereksinim vardır. Bu konuda uluslararası literatür incelendiğinde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (1). Buna rağmen Türkçe literatür incelendiğinde ergenlerde sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesini ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu gereksinimden yola çıkarak, bu çalışmada ergenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi, depresif semptomların ve uyku kalitesi düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı, depresif semptomlar ve uyku kalitesi ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı ergenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi, depresif semptomlar ve uyku kalitesi düzeyini belirlemek, sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelenmektir.

1.3. Araştırma Soruları

1.3.1. Ergenlerde sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?

1.3.2. Ergenlerde depresyon belirtileri ne düzeydedir?

1.3.3. Ergenlerde uyku kalitesi ne düzeydedir?

1.3.4. Ergenlerde sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi arasında ilişki var mıdır?

1.3.5. Ergenlerde depresyonu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ergenlik Dönemi Tanımı

Ergenlik Latince’de büyümek anlamına gelmektedir (12). Ergenlik dönemi çocukluk ile yetişkinlik dönemi arasındaki biyogelişimsel bir geçiş dönemidir (13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10 ile 19 yaş arasındaki grubu çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olan ergenlik dönemi olarak tanımlamaktadır (14). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu verilerine göre dünyadaki toplam nüfusun %16’sını ergen nüfusu oluşturmaktadır (15). Türkiye’de ise toplam nüfusun %16’sını ergenlerin oluşturduğu bildirilmektedir (16).

2.2. Ergenlikte Gelişim Özellikleri

Ergenlik dönemi gelişim dönemleri açısından bakıldığında en önemli dönemdir. Ergenlik dönemi puberte ile başlamaktadır. Puberte dönemi ise; erkeklerde 12-16, kızlarda ise 10-14 yaşında sekonder cinsiyet karakterlerinin ortaya çıkmaya başladığı dönemdir. Pubertenin ne zaman başlayacağı ve ne kadar süreceği, çeşitli faktörlere göre değişiklik göstermektedir (5,17). Ergenlik dönemi; fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve ahlaki gelişimin yaşandığı ve değişimin çok hızlı olduğu bir yaşam dönemidir (5,17,18). Anne rahmi dışında hiçbir dönem ergenlik dönemi kadar değişim göstermemektedir (12). Ergenlik döneminde beş gelişimsel alan vardır. Bunlar;

2.2.1. Fiziksel Gelişim

Puberte, beyindeki bazı hormonların salınımının aktifleşmesiyle başlamaktadır. Kız ve erkek ergenlerin hepsinde aynı hormonlar salınsa da düzeyleri ve sonuçları farklılık göstermektedir (19). Ergenlerde fiziksel büyüme ve gelişmenin önemli bir göstergesi büyüme sıçramasıdır (atağı). Büyüme sıçraması (atağı) ilk olarak kilo alımı ile başlamaktadır (5). Daha sonrasında kilo alımını takip eden 4-6 ay içerisinde boy uzamasında hızlı bir artış gözlenmektedir (5). Boy ve kilo artışı erkeklerde kızlara göre daha geç gerçekleşmektedir (5,17). Ergenlik döneminde erkeklerde kas kütlesinde artış görülürken kızlarda ise daha çok yağlanma artışı görülmektedir (5). Hormonlarda meydana gelen değişim sonucunda ergenlerin

fiziksel görünümlerinde değişiklikler meydana gelerek artık çocuk gibi değil yetişkin gibi görünmeye başlamaktadırlar (19).

2.2.2. Bilişsel Gelişim

Ergenlik döneminde beyin büyür ve gelişim geçirir. Bunun sonucunda da ergenlerin karar verme yetenekleri güçlenir. Beyinde meydana gelen değişiklikler ile düşünme yeteneğinde gelişim görülür. Ergenlik döneminde; soyut düşünme, muhakeme, üst biliş (düşünmek) ve öğrenme yetenekleri çocukluk dönemine göre çok daha fazla gelişim gösterir. Ergenlerde beyinde meydana gelen değişiklik ve gelişim süreci onların yetişkin gibi karar verebilme yeteneği kazanmasına destek sağlar. Ancak bu dönemdeki bilişsel gelişimin etkisiyle en büyük sorunlardan biri de risk alma davranışının yetişkinlere göre daha fazla olmasıdır. Ancak bu durum da büyümenin önemli bir göstergesidir (19).

2.2.3. Duygusal Gelişim

Ergenlerin duyguları kavrama, değerlendirebilme ve yönetebilme yeteneklerinde duygusal gelişim ile artış görülür. Duygusal gelişim hem fiziksel hem de bilişsel süreçte meydana gelen değişikliklerden etkilenmektedir. Ergenlerin becerilerinde gelişme, kendi yeteneklerini keşfetme ve en iyi sağlık düzeylerine ulaşabilmeleri için kendilerini geliştirmesi duygusal gelişim ile sağlanabilmektedir. Ergenler kendi duygularını tanıyabilme, güçlü ve karmaşık olan duyguları tanıyabilme ve ayırt edebilme, bir olay/durum karşısında nasıl tepki verebileceklerini duygusal gelişim ile bilir hale gelirler (19).

2.2.4. Sosyal Gelişim

Sosyal gelişim ile ergenler artık çocukluk rollerinden çıkıp yetişkin rollerine geçiş yaparlar. Küçük çocuklar daha çok aileleriyle vakit geçirirken ergenler; okul, öğrenci kulüpleri, spor takımları gibi ortamlara katılarak sosyal çevrelerini genişleterek daha fazla arkadaş edinmeye ve onlarla zaman geçirmeye başlarlar. Çünkü diğer yaşlıları tarafından önemsenmek, beğenilmek ve kabul edilmek ergenlik dönemindeki bireyler için çok önemlidir. Ergenler sosyal gelişim ile diğer insanları anlayabilir, onlarla empati kurabilir, başkalarının yaşadıkları kötü durumlara karşı

duyarlı olabilir, karşısındaki kişi/kişileri dinleyebilir ve sözsüz ifadeleri yorumlayabilirler (19).

2.2.5. Ahlaki Gelişim

Ergenlik döneminde meydana gelen beyindeki önemli değişim ve gelişim süreciyle beraber artık ergenler dünya hakkında daha derin ve soyut düşünmeye başlarlar. Ergenlerdeki bu düşünme şekli onların dünyayı nasıl algıladıkları, dünya ile nasıl iletişime geçtikleri ve yetişkin bir birey olduklarında ahlak ve değerlerini nasıl geliştireceklerine yardımcı olur. Ergenler ahlaki ve değerler konusunda gelişim gösterirken; her sorunun bir yanıtı olmadığını, diğer kişilerin neden farklı seçimler yaptığını, kuralların ne için mantıklı olabildiğini, ahlaki ikilemlerle karşılaştıklarını neler yapılması gerektiğini öğrenmiş olurlar (19). Ergenler olgunlaştıkça empati duygularında artış gözlenir. Ergenler herhangi bir olaya başka birinin bakış açısıyla bakabilme yeteneği kazanırlar. Bunun sonucunda da ahlaki yargılarda bulunabilirler (17).

2.3. Ergenlik Dönemleri

Ergenlik dönemi kendi içerisinde erken, orta ve geç ergenlik dönem olarak sınıflandırılmaktadır (5,17).

2.3.1. Erken Ergenlik Dönemi

Erken ergenlik dönemi, 11 ile 14 yaş arası dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde pubertal değişiklikler meydana gelmektedir (5). Erken ergenlik dönemindeki ergenlerde beden şekilleri ve değişimleriyle ilgili kaygılı olma ve akranlarıyla kendilerini karşılaştırma gibi durumlara eğilim görülebilmektedir. Ergenler bu dönemdeki somut düşünme, ince düşünceleri daha az anlama, anlık yapılan bir davranışın geleceği nasıl etkileyeceğini bilmekte zorluk yaşamaktadırlar (17).

2.3.2. Orta Ergenlik Dönemi

Orta ergenlik dönemi, 15 ile 17 yaş arası dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde kimlik kargaşası yaşamaktadırlar (17). Bu dönem ergenler ve iletişimde oldukları kişiler için en zor zaman dilimidir (5). Bu dönemdeki en önemli nokta

bağımsızlığa ulaşma çabasıdır. Aynı zamanda bu dönemdeki ergenler kendilerini aileleri ve akranları arasında değerli bir birey olduğunu ispatlamaya çalışırlar. Ergenlerde ben merkezilik ve risk alma davranışı çok yaygın olarak görülen bir durumdur (17).

2.3.3. Geç Ergenlik Dönemi

Geç ergenlik dönemi 18 ile 21 yaş arası dönem olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde artık ergenler çocukluk kimliğinden uzaklaşarak yetişkinlik dönemine geçiş gerçekleştirirler (5). Birey eğitim ve meslek hedeflerine sahiptir. Bu dönemde ilişkiler daha çok çift taraflı ilgi, sorumluluk ve çaba gerektirmektedir. Ergenler yapılan eylemin sonuçlarını analiz etme yeteneğine sahiptir (17).

2.4. Ergenlik Döneminde Depresyon Tanımı ve Etiyolojisi

Depresyon ergenlik döneminde en sık görülen ruhsal sorunlardan biridir (20). Depresyon tıpkı yetişkinlerde görüldüğü gibi ergenlerde de görülebilen bir ruhsal bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (21). DSÖ depresyonu, umutsuzluk, intihar düşüncesi, suçluluk, uykuda meydana gelen bozulmalar, iştah değişimi ve yorgun hissetmenin eşlik ettiği gün boyunca ve yaklaşık 2 hafta sürebilen ruh halindeki bozulmalar olarak belirtmektedir (22). Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre ise depresyon kişinin nasıl hissettiğini, düşünme şeklini ve nasıl davrandığını olumsuz yönde etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır (23). UNICEF'in raporunda 21 ülkedeki 15-24 yaş arasındaki gençlerin yaklaşık %19'unun 2021 yılının ilk yarısında daha fazla depresif hissettikleri bildirilmiştir (24) Çin'de ortaokul ve lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada depresif belirti yaygınlığı %45.2 olarak saptanmıştır (1). Yeni Zelanda'da ergenlerin %15.6'sının orta ve şiddetli düzeyde depresyon belirtileri yaşadığı bildirilmiştir (25). Türkiye'de yapılan bir çalışmalar ergenlerde depresif belirti yaygınlığı %32.7 -%45.2 olarak belirtmiştir (7,8).

2.5. Ergenlik Döneminde Depresyonun Önemi

Ergenlik dönemi fiziksel ve psikolojik olarak hızlı değişim ve gelişim göstermesi, bu dönemdeki hormonların etkisi, çevresel sorunlar sebebiyle ruhsal sorunlara daha fazla yatkınlık görülebilmektedir (20). Kızlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda, aile gelir durumunu kötü bildirenlerde, arkadaş sayısı az olanlarda ve okul başarısını düşük olarak bildiren öğrencilerde diğer öğrencilere göre daha fazla psikolojik belirti görülmektedir (8,21,26).

Depresif ergenlerde sosyal geri çekilme, ilgi azalması, arkadaş ilişkilerinde bozulmalar, okul başarısında azalma, öz saygının azalması, alkol/madde kullanımı, intihar düşüncesi ve girişimi görülebilmektedir (7,5,27). Aynı zamanda bunlara ek olarak depresyonu olan ergenlerde enerji kaybı, depresif duygudurum, uykusuzluk, değersizlik/ suçluluk, iştahta değişiklik, kilo alımı, kilo kaybı ve uykusuzluk da görülmektedir (28).

Bu dönemde yaşanan ruhsal travmalar ergenlerin gelecekteki kimliklerini etkileyebilmektedir (20). Yeni Zelenda'da anneler ve çocukların dahil olduğu ileriye dönük bir çalışmada katılımcılardan doğduğunda, 11 ve 16 yaşına geldiğinde veri toplanmıştır. Çalışma sonucunda 11 yaşında artan depresif belirtileri ergenin 16 yaşına geldiğinde artan depresyon düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (25). Aynı zamanda ergenlik döneminde görülen depresyon yetişkin dönemde depresyon görülme riskini yaklaşık 2.5 kat arttırabilmektedir. Sadece depresyon riskinin artması değil buna ek olarak da yetişkinlikteki anksiyete belirtilerine neden olabilmektedir (29,30). Ergenlik dönemindeki depresyon varlığı yetişkinlikteki fiziksel sağlık düzeyinin kötüleşmesi, riskli/suçlu davranışlarda artış, sosyal ilişkilerde bozulma ve intihar oranlarıyla ilişkili olabilmektedir (29,30). Tüm bu nedenlere bakıldığında ergenlik dönemi gelecek yıllardaki kaliteli yaşam için erken tanılama ve müdahalelerin gerektiği bir dönemdir.

2.6. Depresyon Belirtileri

ICD-11 Sınıflandırmasına (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11. Revizyon) göre:

- Kişinin enerjisinin azalması,
- Kişinin eylemlerinde azalma,
- Zevk, ilgi ve motivasyonun kaybı,
- En hafif eylemi gerçekleştirdikten sonra bile aşırı yorgunluk hali,
- Düzensiz uyku,
- İştah azalması,
- Benlik saygısında azalma, özgüven eksikliği,
- Suçluluk, değersizlik düşüncesi,
- Sabah normal uyandığı saatten birkaç saat önce uyanma,
- Belirgin psikomotor gerginlik,
- Ajitasyon olarak belirtilmektedir (31).

2.7. Depresyon Oluşumundaki Risk Faktörleri

Depresyonun oluşumunda çeşitli etkenler vardır. Bunlardan en çok bilinenleri; biyokimyasal, genetik, kişilik, toplumsal/çevresel faktörler ve ruhsal etkenlerdir. (5,21,23).

2.7.1. Genetik Faktörler

Ailede, yakın akrabalarda depresyon görülmesi çocukluk döneminde görülen depresyon yaygınlığını da belirleyen önemli etkenlerden biridir (21). Depresif ergenlerin anne ve babalarının depresyon düzeyi depresif olmayan ergenlerin ailelerine göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (7).

2.7.2. Toplumsal/ Çevresel Faktörler

Ebeveynlerin annelik-babalık yaşı, ailede cinsel istismar, şiddet, çocuklar arasında yapılan ayırım, aile ilişkilerinin bozuk olması ve aile içindeki huzursuzluk gibi birçok faktör çocuk ve ergenlerde depresyon prevalansını arttırmaktadır (21,23).

2.7.3. Biyokimyasal Faktörler

Beyindeki bazı kimyasal farklılıklar, beyindeki serotonin ve noradrenalin düzeylerinin depresyonlu bireylerde depresyon belirtilerine sahip olmayan bireylerden daha az olduğu belirtilmektedir (21).

Tüm bunların dışında ergenin cinsiyeti, sınıf düzeyi, gelir durumu ve annede fiziksel hastalık varlığı depresyon oluşumu için risk faktörleri arasında yer almaktadır (8).

2.8. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık okuryazarlığı (SOY); bireyin sağlık ile ilgili bilgiye ulaşabilmesi, ulaştığı bilgiyi anlayabilmesi ve bu bilgiyi sağlığını geliştirme amacıyla kullanmasını sağlayan kognitif ve sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır (32). Aynı zamanda SOY, kişinin yaşam stilini ve yaşam şartlarını değiştirerek kişinin ve toplumun sağlık durumunu daha iyi hale getirmeyi sağlamak amacıyla belirli düzeyde bireysel beceri, bilgi ve güvene ulaşılmasını da ifade etmektedir (33).

Sağlık okuryazarlığı yalnızca randevu almak veya broşür okumak anlamına gelmemektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlıklarının geliştirilmesi ile kişilerin sağlık bilgisine ulaşımını ve ulaşılan sağlık bilgisinin bireyin etkin kullanmasını sağlamak mümkündür. Sağlık okuryazarlığı ile genel okuryazarlık birbiriyle ilişkilidir. Düşük okuryazarlık, sağlık okuryazarlığının gelişimini engellemekle birlikte kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlandırarak insanların sağlığını direkt olarak etkileyebilmektedir (33).

2.9. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı bireyin tüm hayatı boyunca gelişim gösteren kapasite, anlama ve iletişim özelliklerini içeren bir süreç olması bakımından oldukça önemlidir (34). Sağlık okuryazarlığı düzeyi kişiden kişiye göre de değişim gösterebilmektedir (35).

Sağlık okuryazarlığını 3 grupta sınıflandırılmaktadır (36). Bunlar;

2.9.1. Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı

Günlük hayatta etkin olabilmek için okuma ve yazmada yeterli olan temel becerilerdir. İşlevsel sağlık okuryazarlığında kişilerin; sağlık için mevcut ve olası risk faktörlerini anlama, sağlık hizmetine ulaşım ve sağlık hizmetlerini kullanma, tarama ve bağışıklama gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici programlara katılımı gibi becerilere sahip olması hedeflenmektedir.

2.9.2. İletişimsel/Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı

Günlük etkinliklerde aktif rol almak, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak, yeni edinilen bilgileri değişen koşullarda hayata geçirebilmek amacıyla kullanılabilen gelişmiş okuryazarlık ve kognitif yeteneklerdir. İletişimsel sağlık okuryazarlığında bireylerin; motivasyonunun geliştirilmesi, toplumun kendi kendine destek sağlaması, bağımsız hareket etme yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

2.9.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

Sosyal yetenekler ile bilginin eleştirel bir şekilde analiz edilmesi, analiz edilen bilginin yaşanan olaylar ve durumlarda kontrolünün yapılabilmesi amacıyla uygulanan ileri düzeydeki kognitif becerilerdir. Eleştirel sağlık okuryazarlığında bireylerin; sağlığın ekonomik ve sosyal becerileri hakkında bilgi sahibi olmaları, ekonomik ve sosyal zorluklar karşısında güçlenmeleri ve toplumun güçlendirilmesi hedeflenmektedir (36).

Bir bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bunlardan birkaçı; kişinin yaşadığı mevcut tıbbi sorun, kullanılan sağlık hizmeti sağlayıcısı, bakım alınan sağlık sistemi ve bireyin kapasitesidir (35). Sağlık okuryazarlığı toplumdaki herkes için çok önemlidir (37). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması hem yetişkinlerde hem de ergenlerde birçok olumsuz sağlık sonuca neden olmaktadır. Bunlar; daha az sağlıklı seçimler, hastaneye yatış oranlarında artma, kasıtsız yaralanma, şiddete katkıda bulunan davranışlar, sigara

kullanımı, alkol ve diğer uyuşturucuların kullanımı, istenmeyen cinsel davranışlar, gebelik ve HIV enfeksiyonu, sağlıksız beslenme davranışları ve fiziksel hareketsizlik olarak belirtilmektedir (38). Toplumdaki sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesi ile bireylerin mevcut sağlık durumlarını geliştirmesi, olası sağlık risklerinden korunmasını ve kendi sağlıkları üzerinde daha etkin rol almalarına katkı sağlanabilir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıkta meydana gelen eşitsizlikler ilişkilidir. Sağlıkta eşitsizliğin en çok görüldüğü, savunmasız gruplarda, yaşlılarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, eğitim seviyesi düşük olan kişilerde daha düşük sağlık okuryazarlığı görülmektedir (39). Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile sağlıkta eşitsizliklerin azaltılabilmesi mümkündür. Sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yüksek olması ile sağlığın sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicileri üzerinde etkin bir şekilde çalışılarak, kanıta dayalı uygulamalar kullanarak verimli ve etkin müdahaleler geliştirilerek eşitsizliklerin azaltılması ve bunun sonucunda da toplumsal fayda sağlanabilmesi mümkün olabilmektedir (37,39,40).

2.10. Ergenlik Döneminde Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı günlük hayatı çok ciddi ölçüde etkilemektedir (41). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında ergenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık davranışları (alkol-tütün kullanımı, sağlık ile ilgili bilgi arama, tehlikeli cinsel davranışlar) arasında ilişki bulunmuştur (42). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ergenlerin sağlıklı yaşam stili davranışları ile sağlık okuryazarlığı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (43). DSÖ ile Avrupa Bölge Ofisi birlikte Kuzey Amerika ve Avrupa’da yaşayan ergenlerin sağlıklarını ve iyilik hallerinin belirlenmesi amacıyla 4 yılda bir Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı çalışması yürütmektedir (44). 2017-2018 yılları arasında Avusturya, Belçika, Çekya, İngiltere, Estonya, Finlandiya, Almanya, Makedonya, Polonya ve Slovakya’da yapılan Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı çalışması sonuçlarına göre; ergenlerin %13’ünün düşük düzey, %67’sinin orta düzey ve %20’sinin yüksek düzey sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu belirtilmektedir. Yine bu çalışmada aile gelir durumu yüksek olan ve kız öğrencilerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmektedir (45). Pekin’de sosyoekonomik durumu iyi ve kötü olduğu bildirilen iki okulda 11-17 yaş arası ergenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada; aile gelir

durumu iyi olan, öz yeterlilik düzeyi yüksek olan, sosyal desteğe sahip, iyi okul ortamına sahip olanların sağlık okuryazarlık düzeyi diğer ergenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (46). Ortaokul ve lise öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada kardeşi olmayanların, aile gelir durumu iyi olanların, anne ve baba eğitim düzeyi yüksek olanların, ortaokula gidenlerin, arkadaş desteği olanların sağlık okuryazarlık düzeyleri diğer ergenlere göre daha yüksek olarak bulunmuştur (47).

Ergenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık sorumluluğu ve pozitif hayat görüşü arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması ergenlerin sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir (43). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması çocuk ve ergenlerde; sağlık bilgisine ulaşabilme sağlık mesajlarını doğru bir şekilde anlayabilme, sağlık ile ilgili fikirlere eleştirel bakabilme, sağlıkla ilgili doğru karar verebilme, ulaştığı sağlık ile ilgili bilgiyi kendi sağlığı başta olmak üzere diğer kişilerin ve çevrenin sağlığını iyileştirmek amacıyla kullanabilme, sağlık ile ilgili herhangi bir endişesi olduğunda ilgili kişilerle iletişim kurabilme, sağlık risklerinden uzak durabilme, vücudunun verdiği işaretleri tanımlayabilme ve hayat boyu öğrenebilen birey olma yeteneklerine sahip olmalarına katkı sağlamaktadır (48). Ergenlerin eğitim seviyesi, arkadaş-sosyal destek durumu arttıkça sağlık bilgisi de artmaktadır. Düşük-orta gelir durumu, sosyal desteğin yetersiz olması ve düşük eğitim seviyesi ise düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olmaktadır (49). Düşük sağlık okuryazarlığı ise daha kötü sağlık davranışları ile sonuçlanmaktadır (50). Erken yaşlarda edinilen bilgi ve beceriler ilerideki sağlık davranışlarını etkilemektedir. Bu nedenle de erken dönemde o döneme ait sosyal, duygusal ve bilişsel ihtiyaçların karşılanması ve sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgilendirilmeleri son derece önemli bir yaklaşımdır (41).

2.11. Uyku Kavramı

Uyku insanlar için temel bir ihtiyaçtır (9). Uyku bireyin duyuşsal ya da herhangi bir dış uyaranla uyandırabileceği bilinçsizlik halidir (51). Başka bir tanıma göre uyku çevreden hem algı olarak hem de tepki olarak ayrılmanın geri döndürülebildiği bir davranış şeklidir (52). Hayatımızın büyük bir çoğunluğunu, yani yaklaşık üçte birini uyku sırasında geçirmekteyiz (53). Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından; 6-12

yaş arası çocukların düzenli olarak bir günde 9 ile 12 saat uyumaları tavsiye edilirken, 13-18 yaş arasındaki gençlerin 8 ile 10 saat arasında uyumaları tavsiye etmektedir (54).

2.12. Uyku Fizyolojisi

Uyku iki aşamada gerçekleşmektedir. Bunların biri NREM olarak adlandırılan hızlı göz hareketi olmayan uyku dönemi diğeri de REM olarak adlandırdığımız hızlı göz hareketinin olduğu uyku dönemidir (51,53).

Uyku döngüsü aslında elektroensefalografi (EEG) kullanılmasıyla keşfedilmiştir. Uyku epizodu önce kısa bir NREM evre 1 ile başlamakta ve evre 2, evre 3, evre 4 ve REM şeklinde devam etmektedir. Ancak uyku sürecinde bu evrelerin süreleri eşit değildir. Uykunun %70 ile %80'lik kısmı NREM evresiyle gerçekleşmektedir. Geri kalan %20'lik uyku süresi de REM uykusu ile tamamlanmaktadır (53). NREM uykusunda vücut aktivitesi ile beyin aktivitesi karşılaştırıldığında vücuda göre daha az aktif bir beyin söz konusudur (52). NREM uyku aşamaları; NREM evre 1 uykusu, uykuya geçişi sağlayan evredir ve yaklaşık olarak 1-7 dakika arasında sürmektedir. Bu süre gece boyu uyunan uykunun yalnızca %2-5'sini oluşturmaktadır. Bu evrede birey uykudan rahatsız edici (gürültülü vb.) hafif uyaranlarla kolayca uyanabilmektedir (53). Evre 2'de uyku ilk aşamada ortalama 10-25 dakika sürmektedir ve devam eden her bir döngüde bu süre daha da uzamaktadır. 2.evre toplam uyku süresinin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Bu evrede kişi birinci evredeki gibi hafif uyaranlarla uyandırılmaz. Kişinin uyandırılabilmesi için daha güçlü uyaranlara ihtiyaç duyulmaktadır (53). Uykuda 3.ve 4. evreler yavaş uyku dalgası olarak tanımlanmaktadır. Bu evreler genellikle gecenin üçte birinde meydana gelmektedir. Ancak her iki evre aynı özellikleri göstermemektedir. Evre 3, uykunun %3-8'ini oluşturmakta ve kısa bir sürede sonlanmaktadır. Ancak son NREM evresi 20 ila 40 dakika arasında bir sürede sonlanmakta ve tüm uykunun %10 ila %15'inden sorumlu olmaktadır. Burada kişinin uyanması için tüm evrelerdeki uyaranlardan daha güçlü bir uyaran gerekmektedir (53). NREM'in tüm aşamalarına bakıldığında uyandırılma eşiği 1.evrede çok düşük 4.evrede yani son aşama da bu eşik düzeyi çok daha yüksektir (52). REM uykusunda beyin dalgası aktivasyonu eş zamanlı olarak gerçekleşmemektedir. Kas gücünde azalmayla birlikte hızlı göz hareketleri mevcuttur

(51, 53). REM evresi ilk döngüde kısa sürse de uyku epizodu arttıkça REM evresi de uzamaktadır (53). REM uykusu gece uykusu esansında 5-30 dakika kadar sürmekte ve yaklaşık 90 dakika da bir gerçekleşmektedir. REM uykusundaki bir bireyde yavaş dalga uykusundaki gibi duyuşal uyarılara karşı tepki verme daha az görölür. REM evresinde rüya göröllebilmektedir (51). Hatta kas tonüsünde azalma ve reflekslerde meydana gelen kayıp aslında rüyalar, kabuslar sonucunda kişinin harekete geçerek tepki vermesini engellemektedir (53).REM uykusunda rüya görölmesiyle birlikte de kalp hızı ve solunum hızı normalden farklılaşarak düzensizleşebilmektedir. Beyin REM uykusunda iken ekstra bir hareketlilik göstererek beyin metabolizmasının yaklaşık %20 oranında artmasına da neden olabilmektedir. REM uykusunda beyin aktiftir (51). Çünkü REM evresinde rüya görme gerçekleştiğı için zihin daha aktif rol oynamaktadır (52).

2.13. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesini belirleyen 5 temel özellik vardır. Bunlar; uyku verimliliğı, uyku bozuklukları, uyku gecikmesi, uyku süresi ve uyku başlangıcından sonra uyanmadır (55).

2.13.1. Uyku Verimliliğı

Tüm yaş grupları için değeriendirildiğinde %85 ve daha fazla olan uyku verimliliğı iyi uyku kalitesinin önemli bir göstergesidir (56).

2.13.2. Uyku Bozuklukları

Uyuma gerçekleşmeden daha önce meydana gelip, uykuyu başlatmada ve sürdürmede mevcut olan sorunlardır (55).

2.13.3. Uyku Gecikmesi

Tüm yaş gruplarına göre bakıldığında iyi uyku kalitesinin gerçekleşebilmesi için uyku gecikmesinin 15 dakika ve daha az olması gerekmektedir. Ancak 16 ila 30 dakika arasında olan uyku gecikmesi de iyi uyku kalitesi olarak değeriendirilmektedir. Ancak uyku gecikmesi 60 dakika ve üzerinde olursa bu durum kötü uyku kalitesinin göstergesi olmaktadır (56).

2.13.4. Uyku Süresi/ Toplam Uyku Süresi

6-12 yaş arası çocukların 9 ila 12 saat uyuması 13 ila 18 yaş arasındakilerin ise 8 ila 10 saat arasında uyumaları önerilmektedir (54).

2.13.5. Uyku Başlangıcından Sonra Uyanma

Tüm yaş grupları için gece boyunca 1 kez veya hiç uyanmamak iyi uyku kalitesinin bir göstergesidir. Tüm yaş grupları için gece boyunca 4 ve daha fazla uyanma kötü uyku kalitesinin göstergesi olsa da ergenler için gece boyunca 3'ten daha fazla uyanma kötü uyku kalitesinin göstergesidir (56).

2.14. Ergenlerde Uykunun Önemi

Ergenlerde uyku bozuklukları sık rastlanan bir sorundur. Uyku sorunları ile duygusal ve davranışsal sorunlar arasında ilişkili görülmektedir (57). Yeterli ve kaliteli uyku olmazsa bilişsel süreçler, öğrenme ve duygusal düzenleme becerileri zarar görmektedir (9). Uyku ergenlik döneminde birçok süreçle karmaşık bir ilişki içerisindedir. Bu nedenle de uyku ergenlik dönemi için çok önemlidir. Ergenlik döneminde uyku eksikliğinde birçok riskli davranışlarda artış görülebilmektedir. Uyku fizyolojik, bilişsel ve psikolojik süreçlere etki etmesi nedeniyle ergenlikte somatik, bilişsel ve psikiyatrik durumlarla da ilişkili olabilmektedir (10).

Güney Avustralya'da lise öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada ergenlerin %66'sının klinik olarak uyku sorunu göstergesine sahip olduğu, en sık yaşanan uyku sorununun ise uykuya dalmada güçlük olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada uyku sorununa etki eden diğer faktörlerin düzensiz uyku saatleri, uyanma güçlüğü ve yorgun hissetmek olduğu belirlenmiştir (58). Yaş arttıkça geç yatma daha fazla görülmekte ve uyku süresinde azalma meydana gelmektedir (59,60). Türkiye'de Kapadokya bölgesinde 9-12.sınıfa giden ergenlerle yapılan bir çalışmada; ergenlerin %78.6'sının kendisini uyandığı zaman yorgun hissettiği, %34.6'sının gün içerisinde yorgun hissettiği, %61.9'unun uyku sorunu yaşamakta olduğu ve %2'sini uyku ilacı kullandığı bulunmuştur (61). Cinsiyetler arasındaki uyku kalitesi düzeyine bakıldığında kız öğrencilerin erkeklere göre daha kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (61). Ailesinde uyku bozukluğu öyküsü bulunan, geçmişte fiziksel ve psikolojik

bozukluk ve uyku bozukluğu öyküsü bulunan kişilerin uyku kalitesi düşük düzeydedir (62). Ergenlerin uyku kalitesi azaldıkça duygu ve davranış sorunlarının arttığı belirtilmektedir (63). Uyku süresi ve uyku kalitesi azaldıkça; uykululuk, unutkanlık, sinirlilik, konsantre olamama, dikkatsizlik aile-sosyal çevre ile gerginlik yaşama, alkol ve uyku ilacı kullanımında artma ve kazalara neden olabilmektedir (55,64). Uykuda iyileşme psikososyal sağlığı da iyileştirmektedir (65).

2.15. Ergenlerde Depresyon, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesi İlişkisi

Literatür incelendiğinde ergenlerde sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ortaokul ve lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada; uyku problemi olan öğrencilerde, uyku problemi olmayanlara göre depresif semptom görülme ve düşük düzey sağlık okuryazarlığına sahip olma durumları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda bu çalışmada düşük sağlık okuryazarlığının depresif semptomlar ve uyku sorunlarıyla ilişkili olduğu ve ruh sağlığının iyileştirilmesiyle sağlık okuryazarlığı düzeyi ve uyku kalitesinin arttırılabileceğini belirtilmektedir (1). Çin’de ortaokul ve lise öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığı ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip ergenler daha fazla psikolojik belirti gösterdiği bildirilmiştir (47). Güney Avustralya’da lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesine sahip olan öğrenciler, kendilerini daha depresif hissettiklerini belirtmişlerdir (66). Covid-19 döneminde ortaokul, lise ve üniversite öğrencileri ile uykusuzluk belirtileri, yaygınlığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da depresyonun ve anksiyetenin uykusuzluk için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (11). Tayvan’da ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin %30’u yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanların ise daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu bildirilmektedir (67). 12-18 yaş grubundaki ergenlerle yapılan çalışmada artan uykusuzluk ile yüksek depresyon seviyeleri ilişki saptanmıştır (68).

2.16. Ergenlerde Depresyon, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirelik Girişimleri

Halk sağlığı hemşireliği, hastalığı önlemenin önemini vurgulayarak toplumun sağlık seviyesinin artırılmasına odaklanmaktadır (69). 19.04.2011 tarihli yönetmelikle beraber halk sağlığı hemşireliğinin bir alt dalı olan okul sağlığı hemşireliğinin görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Okul sağlığı hemşireleri okullarda çocuk, ergen ve özel gereksinimi olan kişilerin sağlık bilgisinin geliştirilmesi amacıyla sağlık eğitimi planlamalarını yapıp yürütmektedirler (70).

Ruh sağlığı kavramı; işyerlerinde, okulda, evlerde insanın bulunduğu her yerde toplumun sağlığını önemli derece etkileyebilmektedir. Tüm toplumu etkileyen bir kavram olduğu içinde toplum içerisindeki ruh sağlığının iyileştirilmesi son derece önem teşkil etmektedir (71). Özellikle de okul sağlığı hemşireleri ruh sağlığı için kilit role sahiptir (72, 73). Okul sağlığı hemşireleri sürekli okulda öğrencilerle vakit geçirebileceği için depresyonu erken tanılayıp, erken müdahalede bulunup ve gerekirse de erken dönem konsültasyonu yapabilmektedir (74). Okul sağlığı hemşireleri ruhsal sorunları eğer ilkökul evresinde tanılayabilir ise ergenlik dönemine kadar ilerlemeden sorunların çözülebileceği düşünülmektedir (72). Okul sağlığı hemşireleri mevcut bilgi birikimine ek olarak ruh sağlığı eğitimi ve hizmet içi eğitim alarak öğrencilere daha etkili girişimlerde bulunabilir. Okul sağlığı hemşireleri okuldaki diğer çalışanlarla iş birliği içinde çalışarak daha etkili sonuçlara ulaşabilmektedirler (72,73).

Sağlık okuryazarlığını geliştirebilmek için probleme dayalı öğrenme yöntemi kullanılması sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasını sağlamanın yanında sağlıklı yaşam biçiminin de benimsenmesinde etkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (75). Okullarda ergenleri sağlıkla ilgili bilgiye nasıl ulaşabilecekleri, ulaştıkları bilgileri analiz edip bilgiyi sağlığı geliştirici yönde kullanabilmeleri için teşvik etmek gereklidir. Ergenlere; okuma, anlama, hastalıklardan korunma, doğru bilgiye nasıl ulaşabilecekleri, broşür okuma, sağlıklı iletişim teknikleri, günlük enerji alımı kontrolü, eleştirel düşünme, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalık etkenlerinden korunma yolları, sağlıklı beslenme, kendi sağlık sorumluluğunu alma, hastalıkları

kontrol etme, yeterli uyku ve önemini anlama konusunda okul ders programlarına uygun olacak şekilde okul sağlığı hemşireleri tarafından eğitimler düzenlenebilir. Daha sonrasında ise eğitimin etkinliğini arttırmak için senaryolar oluşturulup öğrencilerin tartışarak öğrenilen bilgileri sağlıklı yaşam biçimini geliştirici yönde hayatlarının tüm evrelerinde etkili bir şekilde uygulamalarına destek olunabilir (75). Sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla dijital, medya ve okuryazarlık ile bütünleştirici müfredatlar kullanılmalıdır. Bu sayede sağlık okuryazarlığı açısından; temel beceri alanları ele alınır, dijital medya gibi teknolojik alanlarda etkili kullanılır, sosyal, psikolojik ve birçok alanda kendi kimliklerini oluşturabilme ve fikirlerini geliştirebilme becerileri gelişir ve en önemlisi de sağlık okuryazarlığı becerilerinin gelişmesiyle kendi sağlıklarını iyileştirici doğru bilgiye ulaşmaları ve ulaşılan bilginin doğru anlaşılması, değerlendirmesi ve günlük hayata geçirilmesi sağlanabilir (76). Uyku hijyeni, uykuya dalma ve sürdürmeyi sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesini sağlayan uyku alışkanlığı olarak tanımlanmaktadır (77). Uyku hijyeni eğitimlerinin ergenlerde uyku kalitesini artırırken aynı zamanda yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir (65). Bu nedenle okul sağlığı hemşireleri öğrencilere uyku günlüğü tutulması, yatma- kalkma zamanını planlanması , uyku rutini oluşturulması, yataкта gereksiz vakit geçirilmemesi, eğer 20 dakika içinde uykuya dalma gerçekleşmemişse yataktan kalkıp fiziksel aktivite yapılması, yatılan odanın sıcaklığını serin olacak düzeyde tutulması, yatmadan en az 30 dakika önce elektronik cihaz maruziyetini bırakılması, yatmadan önce ağır yiyecek yemekten kaçınılması ve yatmadan önce sıvı alımının kısıtlanması konusunda uyku hijyeni eğitimi vererek öğrencilerin uyku ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi sağlanabilir (77). Aynı zamanda okullarda uyku eğitiminin müfredatlara dahil edilip okul sağlığı hemşireleri tarafından öğrencilere uyku eğitimi verilmesi sağlanabilir. Bununla ilgili olarak Birleşik Krallık'ta öğrencilerin uyku konusunda bilgi sahibi olması, uyku hijyeninin iyileştirilerek stresle başa çıkabilmesini sağlayabilmek, etkili bir uyku düzeni oluşturulması amacıyla uyku eğitim programı (Teensleep) uygulanmaktadır. Bu programın temel amacı uyku konusunda davranış değişikliği sağlamaktır. Program 10 ders saatini içermektedir. Bu derslerde; uyku tanımı, uykunun önemi, uyku ve uyanıklık süresi, uyku planlaması, yaşam stiline uyku üzerindeki etkisi, ışığın uykuya etkisi, yatak odası ve uyku ilişkisi, uyku zamanında zihindeki düşünceler/duygular, zihindeki yararsız düşünceler ve uyku

rutini konuları anlatılmaktadır. Bu programa katılan öğrencilerde uyku kalitesi ve uyku hijyeni davranışlarında iyileşme görülmüştür. Bu gibi uygulamaların ülkemizde de okul sağlığı hemşireleri tarafından sistematik bir biçimde yapılması ergenlerde görülen uyku sorunlarının azalmasını sağlamada etkili olabilir (78).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel desende yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planlanması

Araştırma için öncelikle İzmir’de basit rastgele örnekleme yöntemi ile dört ilçe seçildi. Her ilçeden kamuya ait iki lise basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi. Çalışma belirlenen okullarda eğitim gören 9,10,11 ve 12.sınıf öğrencileri ile gerçekleştirildi. Okullarda veri toplama süreçleri Şubat- Nisan 2022 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma Mayıs 2021 yılında literatür tarama ile başlayıp Haziran 2023 tarihinde tez savunması ile sonlandırıldı.

Çalışma verileri online olarak Google Forms aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için araştırmacılar tarafından okul yönetimlerine ve öğretmenlere açıklama yapıldıktan sonra okulların dijital iletişim kanalları ile (okul ve sınıf anlık mesajlaşma grupları aracılığıyla) velilere ve öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve veri toplama araçlarının linki paylaşılmıştır. Paylaşımı gören veli ve öğrenciler, çalışma hakkında bilgi sahibi olduktan sonra araştırmaya katılmak isterlerse Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (BOF) ve veri toplama araçlarını tamamladılar.

Tablo 3.1. Araştırma Planı

Mayıs- Kasım 2021	Tez önerisi hazırlanması
	Tez önerisi sunumu ve kabulü
Aralık 2021- Ocak 2022	Etik kurul onayı ve Kurum İzni
Şubat – Nisan 2022	Veri toplama süreci
Mayıs 2022- Mayıs 2023	Verilerin İstatistiksel Analizi ve Raporlama
Haziran 2023	Tez Savunma Sınavı

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/ Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini İzmir’de dört farklı ilçedeki sekiz lisede 9., 10., 11., ve 12.sınıflarda eğitim gören toplam 5048 öğrenci oluşturdu. Çalışmanın yürütüldüğü okullar sınav ile öğrenci alan liselerdi ve bu liselerde karma eğitim yapılmaktaydı. Çalışma için örneklem sayısı G Power 3.1.9.7. istatistik programı kullanılarak hesaplandı. Hesaplamada %95 güç, geniş etki büyüklüğü ve 0.05 anlamlılık düzeyinde gerekli örneklem büyüklüğü en az 214 olarak belirlendi. Çalışmanın genellenebilirliğini arttırmak için örneklemeye gidilmeksizin araştırmaya katılmayı kabul eden bütün öğrenciler ile çalışma yürütüldü.

Araştırmanın örneklemi 1114 gönüllü öğrenci oluşturdu. Bu öğrencilerden 33 tanesi veri toplama araçlarını eksik doldurduğu için çalışmaya dahil edilmedi. Sonuç olarak çalışma 1081 öğrenci ile tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Belirlenen okullarda 9, 10, 11 ve 12.sınıfta okuyor olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- Ebeveyn ve öğrenci için yazılı onama sahip olmak

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Hekim tarafından tanı konmuş uyku problemi ve psikolojik problemi (depresyon, anksiyete bozukluğu) olmak.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Çocuklar İçin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, sınıf düzeyi, anne-babanın hayatta olma durumu, anne-babanın eğitim durumu, gelir durumu, okul başarısı ve öğrenme sorumluluğu)

3.6 Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

Çalışmanın verileri Tanıtıcı Veri Formu, Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ile elde edilmiştir.

3.6.1. Tanıtıcı Veri Formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelendikten sonra öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla 12 soruluk bir form yaş cinsiyet, okul, sınıf, kardeş sayısı, anne ve baba hayatta olma durumu, anne ve baba eğitim durumu, ailenin gelir durumu, okul başarı algısı, öğrenme sorumluluğu algısı özelliklerini içeren sorulardan oluşturuldu.

3.6.2. Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK 2)

Paakkari ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ölçek, okul çağındaki çocukların beş alan ile ilgili sağlık okuryazarlığını değerlendiren 10 sorudan oluşmaktadır. Öz-bildirime dayalı bu ölçeğin alt boyutları; teorik bilgi (madde 1,5), pratik bilgi (madde 4,7), kritik düşünme (madde 3,9), öz-farkındalık (madde 8,10) ve vatandaşlıktır (madde 2,6). Ölçek maddeleri 4'lü likert tipi yanıtlama seçeneğine sahiptir (Kesinlikle doğru değil=1, Tamamen doğru değil=2, Biraz doğru=3, Kesinlikle doğru=4). Maddelerin toplanması ile elde edilen toplam puan 10-40 puan arasında değişmektedir; ölçek puanı: (10-25 puan) düşük, (26-35 puan) orta, (36-40 puan) yüksek sağlık okuryazarlığını tanımlamaktadır (79). Türkçeleştirilen ölçeğin geçerliği ve güvenirliği (Cronbach's $\alpha = 0.77$) Haney (2018) tarafından sağlanmıştır (80). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's α katsayısı 0.82 olarak belirlendi.

3.6.3. Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (EK 3)

Weissman, Orvaschel, ve Padian (1980) tarafından geliştirilen Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği çocuk ve ergenlerde depresif belirtilerin taranması için kullanılmaktadır (81). Ölçek, son bir haftanın değerlendirilmesi istenen, 20 sorudan oluşmaktadır (4, 8, 12 ve 16. madde olmak üzere dördü ters yönlü). Her bir madde, hiç (0), az (1), biraz (2) çok (3) arasında dördü likert tipi puanlanmaktadır. Toplam puan 0 ile 60 arasında elde edilmektedir. Orijinal çalışmada 16 ve üzeri puan depresyon belirtilerini işaret etmesine rağmen (82). Çocuklar İçin Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeğini kullanan 28 makaleyi temel alan bir meta analiz çalışması kesme noktasının 16 yerine 20 olmasının daha seçici ve duyarlı sonuçlar (seçicilik:0.78 ve duyarlılık:0.83) ortaya koyduğunu gösterdi (83). Bu çalışmada kesme noktası olarak 20 kabul edildi. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Tatar ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır (84). Türkçe versiyon ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.91, madde-toplam puan korelasyonu 0.35 ile 0.77 arasında, iki hafta sonra yürütülen tekrar test güvenilirliği 0.79 olarak hesaplanmıştır (84). Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak hesaplandı.

3.6.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) (EK 4)

Ölçek Buyyse tarafından standartlaştırılmış bir uyku kalitesi ölçüsü sağlamak, “iyi” ve “kötü” uyuyanlar arasında ayırım yapmak için geliştirilmiştir (85). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Ağargün ve ark. (1996) tarafından test edilmiş ve iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (86,87) PUKİ son 1 ayda uyku kalitesi ve bozukluklarını değerlendiren kişinin kendi kendini değerlendirdiği 19 maddelik bir ölçektir. Anketteki maddeler 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçek yedi bileşenden oluşur. Bunlar; öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Yedi bileşen puanı daha sonra toplanarak Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı belirlenir. Ölçekten 0-21 puan alınabilir. 5 puan ve üzerinde olması kötü uyku kalitesinin göstergesidir. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak hesaplandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 24.0 istatistik programı kullanıldı. Shapiro Wilks testi ile verilerin normal dağılım gösterdiği belirlendi ($p>0.05$). Tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı, yüzde) kullanıldı. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre depresif belirti, sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi düzeyi arasındaki farklar ki-kare testi ile değerlendirildi. Ergenlerin uyku kalitesi düzeyine göre sağlık okuryazarlığı ve depresif belirti oranları arasındaki fark ki-kare testi ile değerlendirildi. Öğrencilerin depresif belirti düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla multiple lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

İlk olarak, bu çalışmanın verileri İzmir’de sekiz lisede eğitim gören ergenlerden elde edilmiş olmasına rağmen çalışma örneklemini uygun bir ergen örneklemini temsil etmektedir. Bu nedenle araştırma bulguları tüm ergenlere genellenemez. İkincisi, çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle depresif belirtiler, sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi arasında nedensel bir ilişki kurmak mümkün değildir.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni alınmıştır (Karar No:2022/07-07 Tarih: 23.02.2022). İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden kurum izinleri alınmıştır. Öğrenci ve velilerinden yazılı onam alınmıştır. Ölçeklerin kullanımı için ölçek sahiplerinden izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Ergenlerin tanıtıcı özellikleri

4.2. Ergenlerin depresif belirti, sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi düzeyleri

4.3. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre depresif belirtileri

4.4. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri

4.5. Ergenlerin tanıtıcı özelliklerine göre uyku kalitesi

4.6. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre depresif belirtileri

4.7. Ergenlerin uyku kalitesine göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ve depresif belirti düzeyleri

4.8. Ergenlerin depresif belirtilerini açıklayan faktörler

4.1. Ergenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1 de gösterildi. Katılımcıların 695'i (%64.3) kız, 386'sı (%35.7) erkekti, yaş ortalaması 15.62 ± 1.17 idi. Öğrencilerin 362'si (%33.5) 9.sınıf, 418'i (%38.7) 10.sınıf, 174'ü (%16.1) 11.sınıf ve 127'si (%11.7) 12.sınıfta eğitim görmekte idi. Katılımcıların 531'inin (%49.1) 1 kardeşi vardı. Ergenlerin 9'unun (%0.8) annesi, 41'inin ise (%3.8) babası hayatta değildi, annelerinin 345'i (%31.9) ve babalarının 354'ü (%32.7) lise düzeyinde eğitime sahipti. Öğrencilerin 742'si (%68.6) aile gelir durumunu orta düzey, 686'sı (%63.5) kendi okul başarısını orta düzey ve 624'ü kendi öğrenme sorumluluğunu (%57.7) orta düzey olarak belirtti.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (Ort.± SS)	(15.62 ± 1.17)	
13-15	533	49.3
16-19	548	50.7
Cinsiyet		
Kız	695	64.3
Erkek	386	35.7
Sınıf		
9.Sınıf	362	33.5
10.Sınıf	418	38.7
11.Sınıf	174	16.1
12.Sınıf	127	11.7
Kardeş Sayısı		
0	155	14.3
1	531	49.1
2	250	23.1
3 ve üzeri	145	13.4
Anne yaşıyor mu?		
Evet	1072	99.2
Hayır	9	0.8
Baba yaşıyor mu?		
Evet	1040	96.2
Hayır	41	3.8
Annenin eğitim durumu		
İlkokul ve altı	323	29.9
Ortaokul	175	16.2
Lise	345	31.9
Üniversite ve üzeri	238	22.0
Babanın eğitim durumu		
İlkokul ve altı	246	22.8
Ortaokul	226	20.9
Lise	354	32.7
Üniversite ve üzeri	255	23.6
Aile gelir durumu		
Kötü	56	5.2
Orta	742	68.6
İyi	283	26.2
Okul başarı algısı		
Kötü	229	21.2
Orta	686	63.5
İyi	166	15.4
Öğrenme sorumluluğu algısı		
Düşük	193	17.9
Orta	624	57.7
İyi	264	24.4
Toplam	1081	100.0

4.2. Ergenlerin Depresif Belirti, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesi Düzeyleri

Öğrencilerin depresif belirtiler, sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi puanlarının dağılımı Tablo 2’de gösterildi. Katılımcıların depresyon puan ortalaması 32.18 ± 13.96 idi, 847’i (%78.4) depresif belirtilere sahipti. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 31.62 ± 4.84 idi ve sağlık okuryazarlığı düzeylerine göre, 122’sinin (%11.3) sağlık okuryazarlık düzeyi düşük, 725’inin (%67.1) orta ve 234’ünün (%21.6) sağlık yüksek olarak bulundu. Uyku kalitesi genel puan ortalaması 7.75 ± 3.61 idi. Katılımcıların 318’i (%29.4) iyi uykuya, 763’ü (%70.6) ise kötü uykuya sahipti. PUKİ alt boyutlarına göre; öğrencilerin 124’ünün (%11.5) öznel uyku kalitesi çok iyi, 180’inin (%16.7) uyku gecikmesi çok iyi (≤ 15 dk), 333’ünün (%30.8) uyku süresi 7 saatin üzerinde, 799’unun (%73.9) alışılmış uyku etkinliği %85’in üzerinde, 25’inde (%2.3) uyku bozukluğu yok, 950’si (%87.9) geçen ay boyunca hiç uyku ilacı kullanmamış ve 217’sinin (%20.1) gündüz işlev bozukluğu çok iyi durumda idi.

Tablo 2. Ergenlerin Depresif Belirti, Sağlık Okuryazarlığı ve Uyku Kalitesi Düzeyleri

	n	%
Depresif Belirtiler (Ort.±SS)	32.18±13.96	
Depresif belirti var	847	78.4
Depresif belirti yok	234	21.6
Sağlık Okuryazarlığı (Ort.±SS)	31.62±4.84	
Düşük	122	11.3
Orta	725	67.1
Yüksek	234	21.6
Öznel Uyku Kalitesi		
Çok iyi	124	11.5
Oldukça iyi	451	41.7
Oldukça kötü	373	34.5
Çok kötü	133	12.3
Uyku Latansı (Gecikmesi)		
Çok iyi (≤ 15 dk)	180	16.7
Oldukça iyi (16-30 dk)	404	37.4
Oldukça kötü (31-60 dk)	349	32.3
Çok kötü (≥ 60 dk)	148	13.7
Uyku Süresi		
>7 saat	333	30.8
6-7 saat	461	42.6
5-6 saat	161	14.9
< 5 saat	126	11.7
Alışılmış Uyku Etkinliği		
>%85	799	73.9
%75 - %84	136	12.6
%65- %74	76	7.0
<%65	70	6.5
Uyku Bozukluğu		
Yok	25	2.3
Çok hafif	451	41.7
Orta	500	46.3
Şiddetli	105	9.7
Uyku İlacı Kullanımı		
Geçen ay boyunca hiç	950	87.9
Haftada birden az	66	6.1
Haftada bir veya iki kez	32	3.0
Haftada üç veya daha fazla	33	3.1
Gündüz İşlev Bozukluğu		
Çok iyi	217	20.1
Oldukça iyi	343	31.7
Oldukça kötü	325	30.1
Çok kötü	196	18.1
PUKİ Genel Puanı	7.75±3.61	
İyi uyku (≤ 5 puan)	318	29.4
Kötü uyku (>5 puan)	763	70.6
Toplam	1081	100.0

4.3. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresif Belirtileri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre depresif belirti oranları Tablo 3'te gösterilmiştir. Cinsiyete göre depresif belirti oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0.000$). Kız öğrencilerde depresif belirti sıklığının (% 86.9), erkeklerden (% 63.0) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu ile depresif belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$). Gelir durumu kötü olan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%89.3), iyi olan öğrencilere (%69.3) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Okul başarısı ile depresif belirti durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0.000$). Okul başarısını kötü olarak tanımlayan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%86.5), iyi olarak tanımlayanlara (%70.5) göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Öğrenme sorumluluğu ile depresif belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p= 0.000$). Öğrenme sorumluluğu düşük olan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%91.2), iyi olanlara (%68.6) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Katılımcıların; yaş, sınıf düzeyi, kardeş sayısı, anne ve babanın hayatta olma durumu, anne ve babanın eğitim durumu ile depresif belirti durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Depresif Belirtileri (n=1081)

Özellikler	Depresif belirti yok (n =234) n(%)	Depresif belirti var (n=847) n(%)	x ²	p
Yaş			1.623	0.203
13-15	124 (23.3)	409 (76.7)		
16-19	110 (20.1)	438 (79.9)		
Cinsiyet			83.950	<0.001
Kız	91 (13.1)	604 (86.9)		
Erkek	143 (37.0)	243 (63.0)		
Sınıf			5.423	0.143
9.Sınıf	92 (25.4)	270 (74.6)		
10.Sınıf	80 (19.1)	338 (80.9)		
11.Sınıf	33 (19.0)	141 (81.0)		
12.Sınıf	29 (22.8)	98 (77.2)		
Kardeş Sayısı			1.122	0.772
0	37 (23.9)	118 (76.1)		
1	109 (20.5)	422 (79.5)		
2	54 (21.6)	196 (78.4)		
3 ve üzeri	34 (23.4)	111 (76.6)		
Anne yaşıyor mu?			0.594	0.441
Evet	233 (21.7)	839 (78.3)		
Hayır	1 (11.1)	8 (88.9)		
Baba yaşıyor mu?			1.460	0.227
Evet	222 (21.3)	818 (78.7)		
Hayır	12 (29.3)	29 (70.7)		
Annenin eğitim durumu			3.949	0.267
İlkokul ve altı	61 (18.9)	262 (81.1)		
Ortaokul	45 (25.7)	130 (74.3)		
Lise	80 (23.2)	265 (76.8)		
Üniversite ve üzeri	48 (20.2)	190 (79.8)		
Babanın eğitim durumu			1.427	0.699
İlkokul ve altı	58 (23.6)	188 (76.4)		
Ortaokul	52 (23.0)	174 (77.0)		
Lise	71 (20.1)	283 (79.9)		
Üniversite ve üzeri	53 (20.8)	202 (79.2)		
Gelir durumu			20.808	<0.001
Kötü	6 (10.7)	50 (89.3)		
Orta	141 (19.0)	601 (81.0)		
İyi	87 (30.7)	196 (69.3)		
Okul başarısı			15.204	<0.001
Kötü	31 (13.5)	198 (86.5)		
Orta	154 (22.4)	532 (77.6)		
İyi	49 (29.5)	117 (70.5)		
Öğrenme sorumluluğu			33.693	<0.001
Düşük	17 (8.8)	176 (91.2)		
Orta	134 (21.5)	490 (78.5)		
İyi	83 (31.4)	181 (68.6)		

x²: ki kare testi.

4.4.Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

Öğrencilerin demografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı arasındaki fark Tablo 4'te gösterildi. Ergenlerin yaş gruplarına göre; 13-15 yaş grubu öğrencilerin 107'sinin (%20.1), 16-19 yaş grubu öğrencilerin ise 127'sinin (%23.2) sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Katılımcıların yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Annenin hayatta olma durumu ile öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0.014$). Annesi hayatta olmayan öğrencilerin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olma oranı (%55.6) annesi hayatta olanlara (%21.4) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Annenin eğitim durumu ile öğrencinin sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.031$). Annesi üniversite mezunu olan katılımcıların yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma oranı (%26.1), annesi ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanlara (%19.5) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Baba eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.013$). Babası üniversite mezunu olan öğrencilerin yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma oranı (%23.9), babası ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanlara (%18.7) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Öğrencilerin okul başarıları ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0.000$). Okul başarıları iyi olan öğrencilerin yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olma oranı (%39.2), okul başarıları kötü olanlara (%14.4) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Öğrencilerin öğrenme sorumluluğu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$). Öğrenme sorumluluğu iyi olan öğrencilerin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olma oranı (%38.6), öğrenme sorumluluğu düşük olanlara (%13.5) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Katılımcıların; yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, kardeş sayısı, babanın hayatta olma durumu ve gelir durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri (n=1081)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık okuryazarlığı			x ²	p
	Düşük (n = 122) n(%)	Orta (n=725) n(%)	Yüksek (n=234) n(%)		
Yaş				2.039	0.361
13-15	65 (12.2)	361 (67.7)	107(20.1)		
16-19	57 (10.4)	364 (66.4)	127 (23.2)		
Cinsiyet				0.084	0.959
Kız	77 (11.1)	467 (67.2)	151 (21.7)		
Erkek	45 (11.7)	258 (66.8)	83 (21.5)		
Sınıf				5.710	0.456
9.Sınıf	47 (13.0)	247 (68.2)	68 (18.8)		
10.Sınıf	44 (10.5)	273 (65.3)	101 (24.2)		
11.Sınıf	21 (12.1)	115 (66.1)	38 (21.8)		
12.Sınıf	10 (7.9)	90 (70.9)	27 (21.3)		
Kardeş Sayısı				6.528	0.367
0	23 (14.8)	96 (61.9)	36 (23.2)		
1	65 (12.2)	356 (67.0)	110 (20.7)		
2	20 (8.0)	176 (70.4)	54 (21.6)		
3 ve üzeri	14 (9.7)	97 (66.9)	34 (23.4)		
Anne yaşıyor mu?				8.504	0.014*
Evet	120 (11.2)	723 (67.4)	229(21.4)		
Hayır	2 (22.2)	2 (22.2)	5 (55.6)		
Baba yaşıyor mu?				0.753	0.686
Evet	119 (11.4)	697 (67.0)	224 (21.5)		
Hayır	3 (7.3)	28 (68.3)	10 (24.4)		
Annenin eğitim durumu				13.842	0.031*
İlkokul ve altı	27 (8.4)	233 (72.1)	63 (19.5)		
Ortaokul	15 (8.6)	120 (68.6)	40 (22.9)		
Lise	45 (13.0)	231 (67.0)	69 (20.0)		
Üniversite ve üzeri	35 (14.7)	141 (59.2)	62 (26.1)		
Babanın eğitim durumu				16.231	0.013*
İlkokul ve altı	14 (5.7)	186 (75.6)	46 (18.7)		
Ortaokul	28 (12.4)	145 (64.2)	53 (23.5)		
Lise	52 (14.7)	228(64.4)	74 (20.9)		
Üniversite ve üzeri	28 (11.0)	166 (65.1)	61 (23.9)		

x²: ki kare testi, *p<0.05.

Tablo 4. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Devam (n=1081)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık okuryazarlığı			x ²	p
	Düşük (n=122) n (%)	Orta (n=725) n(%)	Yüksek (n=234) n(%)		
Gelir durumu				9.427	0.051
Kötü	6 (10.7)	36 (64.3)	14 (25.0)		
Orta	81 (10.9)	518 (69.8)	143 (19.3)		
İyi	35 (12.4)	171 (60.4)	77 (27.2)		
Okul başarısı				40.485	<0.001
Kötü	34 (14.8)	162 (70.7)	33 (14.4)		
Orta	76 (11.1)	474 (69.1)	136 (19.8)		
İyi	12 (7.2)	89 (53.6)	65 (39.2)		
Öğrenme sorumluluğu				68.594	<0.001
Düşük	34 (17.6)	133 (68.9)	26 (13.5)		
Orta	73 (11.7)	445(71.3)	106 (17.0)		
İyi	15(5.7)	147 (55.7)	102 (38.6)		

x²: ki kare testi.

4.5.Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi

Tablo 5'te ergenlerin özellikleri ile uyku kalitesi arasındaki fark gösterildi. Cinsiyet ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Kız öğrencilerde kötü uyku kalitesi (%77.8), erkek öğrencilere (%57.5) göre anlamlı olarak daha yüksekti. Babanın hayatta olma durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.015$). Babası hayatta olanların kötü uyku kalitesine sahip olma oranı (%71.3), babası hayatta olmayanlara (%53.7) göre daha yüksek idi. Gelir durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.002$). Gelir durumu iyi olan öğrencilerin iyi uyku kalitesine sahip olma oranı (%37.5), gelir durumu kötü olan öğrencilere (%21.4) göre daha yüksekti. Okul başarısı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.000$). Okul başarısı kötü olan öğrencilerde kötü uyku kalitesi düzeyi (%81.2), okul başarısı iyi olan öğrencilere (%66.9) göre daha yüksekti. Öğrenme sorumluluğu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Öğrenme sorumluluğu düşük olan öğrencilerde kötü uyku kalitesi oranı (%81.3), öğrenme sorumluluğu iyi olan öğrencilere (%63.6) göre daha yüksek idi. Katılımcıların; yaş, sınıf düzeyi, kardeş sayısı, annenin hayatta olma durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p> 0.05$)

Tablo 5. Ergenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi (n=1081)

Özellikler	Uyku Kalitesi		x ²	p
	İyi Uyku (n=318) n(%)	Kötü Uyku (n=763) n(%)		
Yaş			4.122	0.042
13-15	172 (32.3)	361 (67.7)		
16-19	146 (26.6)	402 (73.4)		
Cinsiyet			49.393	<0.001
Kız	154 (22.2)	541 (77.8)		
Erkek	164 (42.5)	222 (57.5)		
Sınıf			4.436	0.218
9.Sınıf	121 (33.4)	241 (66.6)		
10.Sınıf	112(26.8)	306 (73.2)		
11.Sınıf	50 (28.7)	124 (71.3)		
12.Sınıf	35 (27.6)	92 (72.4)		
Kardeş Sayısı			3.868	0.276
0	44 (28.4)	111 (71.6)		
1	170 (32.0)	361 (68.0)		
2	68 (27.2)	182 (72.8)		
3 ve üzeri	36 (24.8)	109 (75.2)		
Anne yaşıyor mu?			1.465	0.226
Evet	317 (29.6)	755 (70.4)		
Hayır	1 (11.1)	8 (88.9)		
Baba yaşıyor mu?			5.879	0.015*
Evet	299 (28.8)	741 (71.3)		
Hayır	19 (46.3)	22 (53.7)		
Annenin eğitim durumu			2.156	0.541
İlkokul ve altı	94 (29.1)	229 (70.9)		
Ortaokul	47 (26.9)	128 (73.1)		
Lise	111 (32.2)	234 (67.8)		
Üniversite ve üzeri	66 (27.7)	172 (72.3)		
Babanın eğitim durumu			0.225	0.973
İlkokul ve altı	70 (28.5)	176 (71.5)		
Ortaokul	68 (30.1)	158 (69.9)		
Lise	106 (29.9)	248 (70.1)		
Üniversite ve üzeri	74 (29.0)	181 (71.0)		
Gelir durumu			12.697	0.002*
Kötü	12 (21.4)	44 (78.6)		
Orta	200 (27.0)	542 (73.0)		
İyi	106 (37.5)	177 (62.5)		
Okul başarısı			15.914	<0.001
Kötü	43 (18.8)	186 (81.2)		
Orta	220 (32.1)	466 (67.9)		
İyi	55 (33.1)	111 (66.9)		
Öğrenme sorumluluğu			16.951	<0.001
Düşük	36 (18.7)	157 (81.3)		
Orta	186 (29.8)	438 (70.2)		
İyi	96 (36.4)	168 (63.6)		

x²: ki kare, *p<0.05.

4.6. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre Depresif Belirtileri

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile depresif belirtileri arasındaki fark Tablo 6’da gösterildi. Ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile depresif belirti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0.284$).

Tablo 6. Ergenlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre Depresif Belirtileri (n=1081)

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Depresif belirti yok (n =234) n(%)	Depresif belirti var (n=847) n(%)
Düşük	23 (18.9)	99 (81.1)
Orta	152 (21.0)	573 (79.0)
Yüksek	59 (25.2)	175 (74.8)
χ^2	2.515	
p	0.284	

χ^2 : ki kare testi.

4.7. Ergenlerin Uyku Kalitesine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Depresif Belirti Düzeyleri

Ergenlerde uyku kalitesine göre sağlık okuryazarlığı ve depresif belirti düzeyi Tablo 7’de gösterildi. Ergenlerin öznel uyku kalitesi ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Öznel uyku kalitesi çok kötü olan öğrencilerdeki depresif belirti sıklığı (%93.2) çok iyi olanlara (%47.6) göre daha yüksekti. Öznel uyku kalitesi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.286$). Uyku latansı (gecikmesi) ile hem depresif belirtiler hem de sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$, $p=0.019$). Uyku gecikmesi çok kötü (60 dakika ve üzeri) olan ergenlerde depresif belirti sıklığı (%91.2), çok iyi olanlara (%55.0) göre daha yüksekti. Uyku gecikmesi çok kötü olanlarda yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olma oranı (%31.1), uyku latansı (gecikmesi) çok iyi olanlara (%21.7) göre daha yüksek idi. Uyku süresi ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p=0.000$). Uyku süresi 7 saat ve üzeri olan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%67.9), uyku süresi 5 saatten az olanlara (%88.9) göre daha düşüktü. Uyku süresi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0.491$). Alışılmış uyku etkinliği ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0.002$). Uyku etkinliği %85’in üzerinde olanlarda depresif belirti sıklığı (%75.7), uyku etkinliği %65’ten düşük olanlara (%90.0) göre daha düşük idi. Alışılmış uyku etkinliği ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p=0.909$). Katılımcılarda uyku bozukluğu ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Uyku bozukluğu şiddetli olan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%100) uyku bozukluğu olmayanlara (%36.0) göre daha yüksekti. Uyku bozukluğu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.080$). Öğrencilerde uyku ilacı kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.030$). Haftada 3 veya daha fazla uyku ilacı kullanan öğrencilerde düşük sağlık okuryazarlığına sahip olma oranı (%30.3) geçen ay hiç ilaç kullanmayanlara (%10.6) göre daha yüksekti. Uyku ilacı kullanımı ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0.015$). Haftada 3 veya daha fazla uyku

ilacı kullanan öğrencilerde depresif belirti oranı (%93.9) geçen ay hiç ilaç kullanmayanlara (%77.1) göre daha yüksekti.

Ergenlerde gündüz işlev bozukluğu ile depresif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Gündüz işlev bozukluğu çok kötü olan öğrencilerde depresif belirti sıklığı (%96.4) çok iyi olanlara (% 48.4) göre daha yüksekti. Gündüz işlev bozukluğu ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.804$). Öğrencilerin genel uyku kalitesi ile depresif belirti sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0.000$). Düşük uyku kalitesine sahip olanlarda depresif belirti sıklığı (%87.8) iyi uyku kalitesine sahip olanlara (%55.7) göre daha yüksek idi. Genel uyku kalitesi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.991$)

Tablo 7. Ergenlerin Uyku Kalitesine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Depresif Belirti Düzeyleri (n=1081)

Uyku Kalitesi	Sağlık okuryazarlığı			Depresif Belirti	
	Düşük (n=122) n (%)	Orta (n=725) n(%)	Yüksek (n=234) n(%)	Yok (n =234) n(%)	Var (n=847) n(%)
Öznel Uyku Kalitesi					
Çok iyi	18 (14.5)	76 (61.3)	30 (24.2)	65 (52.4)	59 (47.6)
Oldukça iyi	52 (11.5)	304(67.4)	95 (21.1)	134 (29.7)	317 (70.3)
Oldukça kötü	32 (8.6)	262 (70.2)	79 (21.2)	26 (7.0)	347 (93.0)
Çok kötü	20 (15.0)	83 (62.4)	30 (22.6)	9 (6.8)	124 (93.2)
x ²	7.397			151.258	
p değeri	0.286			<0.001	
Uyku Latansı (Gecikmesi)					
Çok iyi (≤ 15dk)	25 (13.9)	116 (64.4)	39 (21.7)	81 (45.0)	99 (55.0)
Oldukça iyi (16-30 dk)	43 (10.6)	282 (69.8)	79 (19.6)	100 (24.8)	304 (75.2)
Oldukça kötü (31-60 dk)	46 (13.2)	233 (66.8)	70 (20.1)	40 (11.5)	309 (88.5)
Çok kötü (≥60 dk)	8 (5.4)	94 (63.5)	46 (31.1)	13 (8.8)	135 (91.2)
x ²	15.102			95.961	
p değeri	0.019*			<0.001	
Uyku Süresi					
>7 saat	39 (11.7)	219 (65.8)	75 (22.5)	107 (32.1)	226(67.9)
6-7 saat	45 (9.8)	324 (70.3)	92 (20.0)	92 (20.0)	369 (80.0)
5-6 saat	20 (12.4)	106 (65.8)	35 (21.7)	21 (13.0)	140 (87.0)
< 5 saat	18 (14.3)	76 (60.3)	32 (25.4)	14 (11.1)	112 (88.9)
x ²	5.424			37.634	
p değeri	0.491			<0.001	
Alışılmış Etkinliği					
>%85	91 (11.4)	535 (67.0)	173 (21.7)	194 (24.3)	605 (75.7)
%75 - %84	15 (11.0)	94 (69.1)	27 (19.9)	24 (17.6)	112 (82.4)
%65- %74	6 (7.9)	51 (67.1)	19 (25.0)	9 (11.8)	67 (88.2)
<%65	10 (14.3)	45 (64.3)	15 (21.4)	7 (10.0)	63 (90.0)
x ²	2.114			14.456	
p değeri	0.909			0.002*	
Uyku Bozukluğu					
Yok	3 (12.0)	11 (44.0)	11 (44.0)	16 (64.0)	9 (36.0)
Çok hafif	50 (11.1)	317 (70.3)	84 (18.6)	161 (35.7)	290 (64.3)
Orta	56 (11.2)	330 (66.0)	114 (22.8)	57 (11.4)	443 (88.6)
Şiddetli	13 (12.4)	67 (63.8)	25 (23.8)	-	105(100.0)
x ²	11.281			138.905	
p değeri	0.080			<0.001	

x²: ki kare testi, *p<0.05.

Tablo 7. Ergenlerin Uyku Kalitesine Göre ile Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Depresif Belirti Düzeyleri (n=1081)

Uyku kalitesi	Sağlık okuryazarlığı			Depresif Belirti	
	Düşük (n=122) n (%)	Orta (n=725) n(%)	Yüksek (n=234) n(%)	Yok (n =234) n(%)	Var (n=847) n(%)
Uyku İlacı Kullanımı					
Geçen ay boyunca hiç	101 (10.6)	640 (67.4)	209 (22.0)	218 (22.9)	732 (77.1)
Haftada birden az	9 (13.6)	44 (66.7)	13 (19.7)	7 (10.6)	69 (89.4)
Haftada bir veya iki kez	2 (6.3)	24 (75.0)	6 (18.8)	7 (21.9)	25 (78.1)
Haftada üç veya daha fazla	10 (30.3)	17(51.5)	6 (18.2)	2 (6.1)	31 (93.9)
x ²	13.960			10.418	
p değeri	0.030*			0.015*	
Gündüz İşlev Bozukluğu					
Çok iyi	22 (10.1)	150 (69.1)	45 (20.7)	112 (51.6)	105 (48.4)
Oldukça iyi	36 (10.5)	234 (68.2)	73 (21.3)	79 (23.0)	264 (77.0)
Oldukça kötü	42 (12.9)	216 (66.5)	67 (20.6)	36 (11.1)	289 (88.9)
Çok kötü	22 (11.2)	125 (63.8)	49 (25.0)	7 (3.6)	189 (96.4)
x ²	3.037			174.439	
p değeri	0.804			<0.001	
PUKİ Genel Puanı					
İyi uyku (≤ 5 puan)	36 (11.3)	214 (67.3)	68 (21.4)	141 (44.3)	177 (55.7)
Düşük uyku (>5 puan)	86 (11.3)	511 (67.0)	166 (21.8)	93 (12.2)	670 (87.8)
x ²	0.018			136.793	
p değeri	0.991			<0.001	

x²: ki kare testi, *p<0.05.

4.8. Ergenlerin Depresif Belirtilerini Açıklayan Faktörler

Öğrencilerin depresif belirtileri için risk faktörlerini ortaya koymak amacıyla multiple lojistik regresyon analizi kullanıldı (Tablo 8). Kız öğrencilerde depresif belirtilere sahip olma olasılığı erkeklere göre daha yüksekti (OR:3.586, 95%Cl:2.56-5.01, p=0.000). Gelir durumu kötü ve orta olan ergenlerde, depresif belirti görülme olasılığı daha fazlaydı (OR:3.930, %95 Cl:1.48-10.42, p=0.006; OR:1.869, %95 Cl:1.28-2.71, p=0.001). Öğrenme sorumluluğu düşük ve orta düzey olan ergenlerin depresif belirtilere sahip olma olasılığı daha fazlaydı (OR:4.120, %95Cl: 2.24-7.54, p=0.000; OR:1.553, 95%Cl:1.07-2.24, p=0.019). Uyku kalitesi kötü olan ergenlerin depresif belirtilere sahip olma olasılığı, uyku kalitesi iyi olanlara göre daha yüksek idi (OR:4.294, 95%Cl: 3.07-5.99, p=0.000)

Tablo 8. Ergenlerin Depresif Belirtilerini Açıklayan Faktörler

Değişkenler	Univariate Analysis				Multivariable Analysis			
	B	OR	%95	p	B	OR	%95	p
Yaş								
13-15	0.012	1.012	0.596-1.720	0.964				
16-19		1				1		
Cinsiyet								
Kız	1.279	3.593	2.550-5.064	< 0.001	1.277	3.586	2.562-5.018	< 0.001
Erkek		1				1		
Sınıf								
9.sınıf		1						
10.sınıf	0.215	1.240	0.767-2.006	0.381		1		
11.sınıf	0.354	1.425	0.687-2.956	0.341				
12.sınıf	0.105	1.110	0.522-2.360	0.786				
Kardeş sayısı								
0		1				1		
1	0.368	1.444	0.875-2.384	0.150				
2	0.152	1.164	0.648-2.093	0.612				
3 ve üstü	-0.011	0.989	0.508-1.926	0.973				
Anne yaşıyor mu?		1						
Evet						1		
Hayır	-0.142	0.868	0.093-8.126	0.901				
Baba yaşıyor mu?		1						
Evet		1				1		
Hayır	-0.051	0.951	0.419-2.158	0.904				
Anne eğitim durumu								
İlkokul		1				1		
Ortaokul	-0.670	0.512	0.303-0.866	0.050				
Lise	-0.457	0.633	0.385-1.042	0.072				
Üniversite	-0.188	0.829	0.449-1.532	0.549				
Baba eğitim durumu								
İlkokul		1				1		
Ortaokul	0.285	1.330	0.797-2.220	0.275				
Lise	0.709	2.033	1.228-3.365	0.066				
Üniversite	0.580	1.785	0.988-3.225	0.055				
Gelir durumu								
Kötü	1.409	4.094	1.515-11.061	0.005	1.369	3.930	1.482-0.420	0.006
Orta	0.592	1.807	1.232-2.652	0.002	0.626	1.869	1.287-2.715	0.001
İyi		1				1		
Okul başarısı								
Kötü	0.280	1.323	0.698-2.510	0.391				
Orta	0.168	1.182	0.717-1.950	0.512				
İyi		1				1		
Öğrenme sorumluluğu	1.279	3.592	1.839-7.018					
Düşük				< 0.001	1.416	4.120	2.249-7.549	< 0.001
Orta	0.357	1.430	0.938-2.178	0.096	0.440	1.553	1.076-2.241	0.019
İyi		1				1		
Uyku kalitesi								
İyi		1				1		
Kötü	1.471	4.352	3.095-6.119	< 0.001	1.457	4.294	3.078-5.991	< 0.001
Sağlık okuryazarlığı								
Düşük	0.160	1.174	0.620-2.222	0.623				
Orta	0.080	1.084	0.716-1.640	0.704				
Yüksek		1				1		
Constant	-1.853	0.157		< 0.001	-1.369	0.254		< 0.001

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada ergenlerdeki depresif belirtiler ile sağlık okuryazarlığı ve uyku kalitesi arasındaki fark incelendi.

5.1. Depresif Belirtilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma bulguları ergenlerde depresif belirti sıklığının oldukça yaygın (%78.4) olduğunu gösterdi. Bir sistematik meta analiz çalışması 10-19 yaş arası ergenlerde küresel depresif belirti sıklığının %34 olduğunu bildirdi (88). Türkiye’de yapılan önceki çalışmalar ergenlerde depresif belirti sıklığının % 41.9- % 77.1 olduğunu gösterdi (8,89). Çin’de ergenlerle yapılan bir çalışma depresif belirti sıklığının %45.2 olduğunu belirtti (1). Amerika Birleşik Devletleri’nde yürütülen bir izlem çalışması 12-17 yaş arası ergenlerde majör depresyon prevalansının son on yılda (2009-2019) 2 kat arttığını gösterdi (90). Bulgular literatür ile uyumlu olup Türk ergenlerde depresif belirtilerin önemli bir sağlık sorunu olduğunu doğrular niteliktedir. Yanı sıra bir sistematik derleme çalışması depresyonu olan ergenlerin yaşadıkları durumu tanımlamakta zorluk çektiklerini, ergenlerde depresyon tanılmasında güçlük yaşandığını bildirdi. Bu nedenle ergenlere özel tanılama kriterleri kullanılarak depresyonun erken dönemde tanılanması ve etkili tedavi yöntemlerinin sağlanması önerildi (91).

Bu çalışma, kız ergenlerin, erkek ergenlere göre daha fazla (OR:3.586) depresif belirtiye sahip olduğunu gösterdi. Amerika’da yapılan bir sistematik derleme çalışması kız cinsiyetinin depresyon için en önemli risk faktörlerinden biri olduğu vurguladı (92). Önceki meta analiz çalışmaları kız ergenlerde kötü ruh sağlığına sahip olma ve depresyon prevalansının erkek ergenlere göre daha yüksek olduğunu bildirdi (93,94). Çin’de yapılan bir çalışma kız ergenlerin erkeklere göre daha fazla psikolojik semptoma sahip olduğunu bildirdi (26). Brezilya, Çin, Kenya, Ürdün ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde yapılan çalışmalar kız öğrencilerde depresif belirti sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğunu gösterdi (94-98). Ülkemizde yapılan önceki çalışmalar benzer şekilde kızların erkeklere göre daha fazla depresif belirtilere sahip olduğu bildirdi (6,8,89,100). Çalışma bulguları önceki literatürü destekler nitelikte olup kız cinsiyetin depresif belirtiler için bir risk etmeni olduğunu gösterdi (100,101).

Literatürde depresyon prevalansının kız ergenlerde daha yüksek olması, hormonal sebepler, özgüven ve yaşam doyumunun düşük olması, çaresizlik ve fiziksel görünümünden rahatsız olma durumunun erkeklere göre daha yüksek düzeyde olması ile açıklandı (102,103). Bunlara ek olarak aile ilişkisinin kötü olmasının kız ergenlerde depresyon için bir risk faktörü olduğu ancak bunun çift yönlü bir ilişki olabileceği de belirtildi (104). Buna karşın, aile ve arkadaş desteğinin ergenlerde depresif belirtilere karşı koruyucu etkiye sahip olduğu bildirildi (101).

Bulgular gelir durumu kötü ve orta olan ergenlerde, depresif belirtiler sıklığının daha yüksek olduğunu gösterdi. Düşük sosyoekonomik durumun ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir (105). Çocuklar ve ergenlerde depresif semptomların yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan bir meta analiz ve sistematik derleme çalışması ekonomik durumun depresyonun bir yordayıcısı olduğunu, düşük ekonomik duruma sahip olan ergenlerde daha fazla depresif belirtiler riski görüldüğünü belirtti (99). Çin’de ve Türkiye’de ergenler ile yapılan önceki çalışmalar kötü ekonomik koşullara sahip olmanın depresif belirtiler sıklığını artırdığını bildirdi (1,8,26,106). Çalışmalar düşük gelirle yaşamın beraberinde getirdiği kalitesiz besin kullanma, güvenli olmayan ortamlarda yaşama, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk, maddi zorluk yaşama gibi stres faktörlerinin olumsuz psikolojik sonuçları ile ilişkili olabileceği ve yaşam doyumunu etkileyebileceğini belirtti (107,108). Bu nedenle literatürde ekonomik durumu kötü olan ergenlerin psikolojik sağlıklarının iyileştirilmesi için hem ergenlerin hem de ebeveynlerinin stres etkenleriyle başa çıkma yeteneklerini arttırmaya yönelik programlar uygulanması önerilmektedir (107).

Çalışma verileri öğrenme sorumluluğu ve okul başarısı kötü olan ergenlerde depresif belirtiler sıklığının daha fazla olduğunu gösterdi. Çin’de yapılan bir çalışma öğrenme sorumluluğu yüksek, okul başarısı kötü olan ergenlerin daha fazla depresif belirtiler gösterdiğini bildirdi (1). Bir sistematik derleme meta analiz çalışması düşük akademik performansa sahip ergenlerin daha fazla depresyon riskine sahip olduğunu belirtti (109). İran, Çin, Kıbrıs ve Türkiye’de yapılan çalışmalar benzer şekilde akademik başarı ile depresyon arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu gösterdi (1, 6, 26, 99, 110, 111). Diğer bir çalışma ise akademik başarı durumu ile depresyon arasında

çift yönlü bir ilişki olabileceğini bildirdi (110). Literatürde kaygı ve depresyonu olan ergenlerin eğitim hayatlarında başarısızlığa karşı daha savunmasız olduğu da belirtildi (110). Akademik performans ve aile beklentisinin ergenler için stres kaynağı olduğu bilinmektedir (112). Bulgularımız önceki çalışma sonuçları ile uyumludur. Çalışmalar depresif belirtiyeye sahip ergenlerin derslerini anlayabilme, tamamlayabilme, eğitimini sürdürme ve neticesinde geleceklerini oluşturma konusunda olumsuz etkileneceklerini belirtti (113,114). Ayrıca literatürde okula devamsızlığın depresyon için önemli bir gösterge olabileceği, bu konuda eğitimcilerin ve ailelerin dikkatli olması, bu öğrencilerin depresyon açısından erken dönemde tanınması etkili bir girişim olarak tanımlandı (114).

5.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bulgular öğrencilerin çoğunluğunun (%67.1) orta düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösterdi. Aynı ölçüm aracını kullanarak On Avrupa ülkesinin dahil olduğu okul çağındaki çocuklarda sağlık davranışı çalışmasında ergenlerin %13'ünün düşük, %67'sinin orta ve %20'sinin yüksek düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirtildi (45). Velasco, Gragnano ve ark. tarafından İtalya'da yürütülen bir çalışma ise ergenlerin %18.7'sinin düşük, %74.5'inin orta ve % 6.8'inin yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu bildirdi (115). Ayaz-Alkaya ve Öztürk, Türk ergenlerin %18.4'ünün düşük, %64'ünün orta ve %17.7'sinin yüksek düzey sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu belirtti (116). Çalışma bulguları literatür ile benzerdir. Literatürde ergenlerde sağlık okuryazarlığının yeterli olmamasının bulaşıcı olmayan hastalık yükünün artmasına ve sağlıkta eşitsizliklere neden olabileceği bildirdi (117). Bu nedenle ergenlerde sağlık okuryazarlığın geliştirilmesiyle sağlıkla ilgili bilgi düzeylerin artırılması ve sağlıklı davranışlarının geliştirilmeleri sağlanabilir (118). Bu yaş döneminde sağlık okuryazarlığının çok yönlü (bilişsel-sosyal-kültürel) olduğu unutulmamalı ve sağlık okuryazarlığını geliştirme müdahalelerinin içeriği ergenler ile ilişkili konulardan oluşmalı ve yaş gruplarına dikkat edilerek hazırlanmalıdır (119,120).

Bu çalışma anne ve baba eğitim seviyesi yükseldikçe ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseldiğini göstermiştir. Amerika, Çin ve Yunanistan'da yapılan önceki çalışmalar anne ve baba eğitim seviyesi yüksek olan öğrencilerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını bildirdi (47,121, 122). Türkiye'de ortaokul öğrencileriyle yürütülen bir çalışma baba eğitim düzeyinin artması ile katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttığını bildirdi (116). Araştırma bulgularımız literatürdeki diğer çalışma sonuçlarını desteklemekteydi. Sistematiik derleme çalışması anne-baba eğitim düzeyi ve gelir durumu ile ergenin sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu, bunun sebebinin ise ebeveynlerinin eğitim ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yükseleceğı dolayısıyla çocuklarının sağlık okuryazarlık becerilerini ve koruyucu sağlık davranışları kazanmalarında daha etkili olabileceklerini bildirdi (42). Anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olması ergenlerin koruyucu sağlık davranışlarına daha az önem vermesine neden olarak sağlık durumunun kötü yönde etkilenmesine sebep olabilir. Bu nedenle ergenlerde sağlık okuryazarlıklarının artırılmasını destekleyecek okul temelli girişimlerin uygulanması gerektiğı vurgulanmaktadır (42).

Çalışma bulguları okul başarısı ve öğrenme sorumluluğı arttıkça ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttığını gösterdi. Litvanya'da okul çağındaki öğrencilerle yürütülen bir çalışmada okul başarısının sağlık okuryazarlığının önemli bir yordayıcısı olduğu bildirdi (123). Paakkari, Torpa ve ark. tarafından Finlandiya'da yapılan çalışmada ergenlerde sağlık okuryazarlığı ile sağlık şikayetleri arasında negatif yönlü, okul başarısı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandı (124). Çin'de yürütülen çalışmada okul başarısı kötü olan ergenlerde sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, düşük sağlık okuryazarlığının beraberinde sigara kullanımı gibi birçok riskli sağlık davranışına sebep olduğu ve düşük sağlık okuryazarlığına sahip ergenlerin yaşam kalitesinin azaldığı bildirdi (125).

Çalışma verileri, annesi hayatta olmayan ergenlerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu gösterdi. Literatürde annenin hayatta olma durumu ile ergenlerde sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bulgular literatür sonuçları ile karşılaştırılamamasına rağmen, annesi hayatta olmayan ergenlerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine

sahip olmaları onların kendi sağlıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk almış olabileceği ile ilişkilendirilmiştir.

5.3. Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bulgular ğrencilerin %70.6'sının kötü uyku kalitesine sahip olduğunu gösterdi. nceki bir alışma Brezilya'da ergenlerin %65.3'nde uyku bozukluğu görüldüğünü bildirdi (126). Bazı alışmalar Covid 19 döneminde ergenlerde kötü uyku kalitesinin % 63.4-% 68 olduğunu ve uyku süresinin azalmasının kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu gösterdi (127, 128). Türkiye'de ergenlerde kötü uyku kalitesinin %38.4- %82 olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (59,61,129,130). Ergenlerde kötü uyku kalitesinin motivasyon eksikliği, kuruntu ve sınav kaygısı ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (128,130). Bununla birlikte uyku problemlerinin kısa vadede stres, ağrı, endişe, yaşam kalitesinde azalma, duygusal ve bilişsel sorunlara neden olabileceği ve uzun vadede kilo problemleri, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık olasılığını arttırabileceği bilinmektedir (131).

Bu çalışmada, kız ergenlerde kötü uyku kalitesinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde Yeni Zelanda, Türkiye ve Brezilya'da yapılan çalışmalar kızların erkeklerden daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirdi (61,96,126,132,133). Literatürde kız ergenlerde uyku kalitesinin daha kötü olmasının sebebi hormonların uyku üzerindeki olumsuz etkisiyle, erkeklere kıyasla kızların geceleri kafeinli içecek ve yiyecekleri daha fazla tüketmesi ile, daha yoğun düşünme ve yatmadan önce teknolojik cihaz kullanımı ile aımlandı (103,132).

Çalışma bulguları gelir durumu düşük olan ergenlerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu gösterdi Literatürde sosyoekonomik düzeyin uykuyu etkileyebileceği belirtilmektedir. Ekonomik düzey kötüleştikçe ergenlerin yaşam koşullarının kötüleşebileceği, güvenli olmayan, suç-şiddet davranışlarının, gürültü kirliliğinin, hava kirliliğinin fazla olduğu kötü mahallelerde yaşayabilecekleri dolasıyla da çevresel ve fiziksel koşulların uykuyu önemli ölçüde etkileyerek kötü uyku kalitesiyle sonuçlanabileceği belirtilmektedir (134,135). Bir alışma niversite ğrencilerinin kötü uyku kalitesine sahip olmasındaki önemli sebeplerden birinin çocukluk dönemindeki sosyoekonomik durumlarının düşük olması ile açıkladı (136).

Kanada, Brezilya Malezya ve Türkiye’de yapılan diğer çalışmalar sosyoekonomik durumu kötü olan ergenlerin daha fazla uyku bozukluğuna ve kötü uyku kalitesine sahip olduğunu bildirdi (137,138,139,140). Bu nedenle ekonomik durumu kötü olan bireylerin belirlenerek onların mevcut yaşam koşullarını iyileştirebilecek halk sağlığı yaklaşımlarının uygulanması ergenlerin uyku kalitesinin artmasına katkı sağlayabilecek bir girişim olabileceği düşünülmektedir (137).

Çalışma öğrenme sorumluluğu ve okul başarısı kötü olan ergenlerin daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu gösterdi. Ergenlikte uyku yoksunluğunun öğrenmeyi önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir (141). Çin’de yapılan bir çalışma akademik baskının fazla olmasının ergenlerde uyku süresini azalttığını bildirdi (142). Türkiye’de yapılan bir çalışma ise okul başarısı düşük olan ergenlerin kötü uyku kalitesine sahip olma oranlarının okul başarısı yüksek düzeyde olan ergenlere göre 4 kat daha fazla olduğunu bildirdi (61). Malezya’da yapılan başka bir çalışmada ise akademik performans azaldıkça kötü uyku kalitesi görülme oranlarının arttığını bildirmiştir (139). Okulların erken saatlerde başlaması, öğrencilerin okul saatleri içerisinde uyku olma durumunu arttırarak uyku problemine yol açabilmekte ve okul başarısını olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (143). Ayrıca kafein tüketiminin artması uyku süresini azaltarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (141). Bunlara ek olarak kafein alımı ile akademik performans arasında önemli bir ilişki olduğu, akademik performansı düşük olan ergenlerin kafein tüketme oranların daha yüksek olduğu saptandı (144).

Çalışma bulguları babası hayatta olmayan ergenlerin uyku kalitesinin daha yüksek olduğunu gösterdi. Literatür incelendiğinde babanın hayatta olması ile ergenlerin uyku kalitesi ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanamadı. Bu nedenle bulgular tartışılmadı.

5.4. Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi İlişkisinin Tartışılması

Bu çalışmada ergenlerin uyku gecikme süresi arttıkça daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bulundu. Literatürde uyku kalitesi ve sağlık okuryazarlık ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. (1). Ergenlerle yapılan bu çalışmada bizim bulgularımızdan farklı olarak uyku gecikmesi süresi arttıkça düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını bildirildi (1). Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile uyku gecikmesi arasındaki farklılığın sosyo-kültürel nedenlerle ilişkili olabileceği düşündürdü. Ayrıca bu çalışmada bulgular, düşük sağlık okuryazarlığına sahip ergenlerin daha sık uyku ilacı kullandığını gösterirken, literatürde sağlık okuryazarlığı ile uyku ilacı kullanımı arasında bir ilişki olmadığı belirtildi (1).

Bu çalışma, uyku kalitesinin tüm bileşenleri ile depresif belirti arasında ilişki olduğunu ortaya koydu. Bir meta analiz çalışması Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin 7 bileşenin de depresyonla ilişkisi olduğunu gösterdi (145). Önceki bir çalışma depresyon ve uyku kalitesi arasında tek yönlü bir ilişki olduğunu, depresyonun uyku kalitesinin kötüleşmesine ve uykusuzluğa neden olduğu bildirilmektedir (146). Buna karşın, Raniti, Allen ve ark. uyku problemleri ile depresyon arasında çift yönlü ilişki olduğunu belirtti (147). Pandemi döneminde ergenlerle yapılan bir çalışma depresyonunun uykusuzluk için risk oluşturabileceğini aynı zamanda uykusuzluğun da depresyona neden olabileceğini, sosyal desteğin depresyon belirtilerinin azaltılmasına yardımcı olarak uykusuzluğun da azaltılabileceğini belirtti (11). Bulgular öznel uyku kalitesi kötü olan ergenlerde depresif belirtilerin daha yaygın olduğunu gösterdi. Avustralya ve Çin'de ergenlerle yapılan çalışmalar öznel uyku kalitesindeki düşüşün depresyon puanlarını artırdığını ortaya koydu (1,146). Türkiye'de ergenlerle yapılan bir çalışmada öznel uyku kalitesiyle depresyon arasında orta derecede bir ilişki olduğu belirtildi (148).

Çalışmada uyku gecikmesindeki artışın (15 dakikadan fazla) ve uyku süresindeki azalmanın (7 saatten az) depresif belirti prevalansını arttırdığını gösterdi. Raniti, Allen ve ark. düşük uyku süresinin depresyonla ilişkili olduğunu bildirdi (147). Çalışmalar benzer şekilde uyku süresi ve uyku gecikmesinin depresif belirtilerle

ilişkili olabileceğini ve depresyonun uyku gecikmesiyle pozitif, uyku süresi ile negatif ilişkili olduğunu bildirdi (1,145). Kohort çalışmaları ergenlikte hafta içi ve hafta sonu 8 saatten daha az uyku süresinin hem ergenlik hem de yetişkinlik döneminde depresif belirtilerle ilişkili olduğunu belirtti (149,150). Covid 19 döneminde ergenlerle yapılan bir çalışmada ergenlerin uyku-uyanıklık döngüsünde değişimlerin olduğunu, uykusuzluk ve kötü uyku kalitesinin depresyonla ilişki olduğunu bildirdi (146).

Bu çalışmada alışılmış uyku etkinliği azaldıkça, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arttıkça depresif belirti görülme oranlarının arttığı belirlendi. Çin’de yapılan bir çalışmada alışılmış uyku etkinliği düşük olanların (<%65), uyku bozukluğu şiddetli olanların ve gündüz işlev bozukluğu çok kötü olan ergenlerde depresif belirti sıklığının arttığı belirtildi (1). Diğer bir çalışma depresyon puanlarının yüksekliğinin uykusuzluk ve gündüz uykululuk hali ile ilişkili olduğunu gösterdi (11,145). Bu çalışmada uyku ilacı kullanımı arttıkça depresif belirti sıklığının da arttığı bulundu. Ergenlerle yapılan bir çalışmada uyku ilacı kullanımındaki artışın depresif belirti görülme oranını da arttırdığını bildirdi (1). Bulgular literatürü destekler nitelikteydi.

Çalışma bulguları genel uyku kalitesi kötü olan ergenlerde daha fazla depresif belirti görüldüğünü gösterdi. Regresyon analizi kötü uyku kalitesine sahip ergenlerin depresif belirti sıklığının 4.294 (CI %95: 3.078-5.991) kat fazla olduğunu gösterdi. Türkiye’de ergenlerle yapılan bir çalışma uyku kalitesi ile depresyon arasında ilişki olduğunu ve düşük uyku kalitesinin depresyona sebep olduğunu bildirdi (148). Benzer şekilde Çin’de yapılan çalışmada uyku kalitesi düşük olan öğrencilerin depresif belirti gösterme sıklığı daha yüksek olarak bulundu (1). İskoç ergenlerle yapılan bir çalışmada depresyon seviyelerindeki artışın düşük uyku kalitesiyle ilişkili olabileceği belirtildi (151). Depresif ergenlerin daha fazla uyku gecikmesi yaşadığı, uyanmada zorluk çektikleri, daha fazla gündüz uykuluğu yaşadıkları, daha sık gece uyandıkları, yeterince uyuyamadıkları bildirildi. Aynı çalışmada 15 yaşındaki yetersiz uykunun 21 yaşında depresyon ve anksiyete ile ilişkili olabileceği belirtildi (152). Ergenlik döneminde gelişimsel süreç depresif belirti ve uyku kalitesi için düzenleyici roledir (147). Yeterli düzeyde uyku depresif belirtiler için önleyici bir faktör olarak belirtilmektedir (153). Bulgular literatürü destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtildi.

1. Katılımcıların Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği puan ortalamaları 32.18 ± 13.96 idi ve ergenlerin %78.4'ünde depresif belirti olduğu belirlendi. Kız ergenlerde (%86.9), gelir durumu kötü olanlarda (%89.3), okul başarısı kötü olanlarda (%86.5) ve öğrenme sorumluluğu düşük olanlarda (%91.2) depresif belirti oranı daha yüksek idi.
2. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları 31.62 ± 4.84 idi. Anne ve baba eğitim durumu yüksek olan (%26.1, %23.9), annesi hayatta olmayan (%55.6), okul başarısı iyi olan (%39.2) ve öğrenme sorumluluğu iyi olan (%38.6) ergenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek idi.
3. Katılımcıların PUKİ puan ortalaması 7.75 ± 3.61 idi. Ergenlerin çoğunluğu (%70.6) kötü uyku kalitesine sahipti. Kız (%77.8), babası hayatta olan (%71.3), gelir durumu kötü olan (%78.6), okul başarısı kötü olan (%81.2) ve öğrenme sorumluluğu düşük olan (%81.3) ergenler daha kötü uyku kalitesine sahip idi.
4. PUKİ' nin 7 bileşeni (özel uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu) ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir fark vardı.
5. Sağlık okuryazarlığı ile depresif belirti arasında anlamlı bir fark yoktu.
6. Kız cinsiyet, gelir durumunun orta ve kötü düzeyde olması, öğrenme sorumluluğunun düşük ve orta düzeyde olması ve uyku kalitesinin kötü olması depresif belirtilerin yordayıcıları idi.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

1. Bulgular ergenlikte depresif belirti sıklığının yaygınlığını gösterdi. Ergenlerde depresyonun tanınması ve erken müdahale girişimlerinin sağlanabilmesi için bu tarz çalışmaların daha fazla arttırılmasına ve ergenlere özel depresyon tanılama kriterlerinin kullanılması önerilmiştir.
2. Okul sağlığı çalışmalarında; ergenlerde depresyonu önleme ve mevcut depresif belirtileri azaltabilmek amacıyla ergenlere ve ailelerine; stresle baş edebilme, depresyonun etkilerini azaltabilme ve depresif belirtilerden korunmak için etkili yöntemlerin uygulanması önerilmektedir.
3. Kız cinsiyetinin depresif belirtiler konusunda desteklenmesi ve cinsiyete özgü psikolojik müdahale programlarının kullanılması önerilmektedir (90,104).
4. Sağlık okuryazarlığını geliştirme müdahaleleri okul genelinde yapıldığında hem bireysel hem de okul toplumunun geneli için sağlık okuryazarlık seviyesinin artmasına, okul ortamında sağlık kültürünün değişimine, sağlıkta eşitsizlik ve bulaşıcı olmayan hastalık insidansının azalmasına katkı sağlamaktadır (114). Bu nedenle çocuk ve ergenlerde sağlık okuryazarlığı eğitiminin müfredatlara dahil edilmesi ve onlara sağlık okuryazarlık düzeyini geliştirme kısmında yardımcı olabilecek (sağlık çalışanları, öğretmenler, aile) kişilerin de etkili bir eğitim alması önerilmiştir (115).
5. Ergenlerde depresif belirtilerin azaltılması için okul sağlığı çalışmalarında uyku kalitesini arttırıcı girişimlerin arttırılmasına gereksinim vardır. Bu nedenle okullarda uyku hijyeni eğitiminin uygulanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Zhang S-c, Yang R, Li, D-l, Wan Y-h, Tao F-b, Fang J. Association of health literacy and sleep problems with mental health of Chinese students in combined junior and senior high school. *Plos One*. 2019;14(6): e0217685.
2. Kendir Çopurlar C, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016; 10 (1): 0-0.
3. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z ve ark. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(80).
4. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy the Solid Facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: World Health Organization; 2013. 7-14
5. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H , Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. 2. Baskı. Ankara; Akademisyen Kitapevi; 2018. (88-94, 840-841)
6. Gökçe S, Önal Sönmez A, Yusufoglu C, Yulaf Y, Adak,İ. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ergenlik Dönemi Depresif Bozuklukla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(3): 283-291.
7. Fırat H, Bildik T, Tatar A. Ergenlerde Depresyon ile İlişkili Koruyucu ve Risk Etkenleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013; 14(2): 145-151
8. Özkul B, Partlak Günüşen N. Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2020; 21(2): 203-210
9. Galvan A. The need for sleep in the adolescent brain. *Trends in Cognitive Sciences*. 2020; 24 (1): 79-89.
10. Brand S, Kirov R. Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. *International journal of general medicine*. 2011; 4: 425–442.
11. Zhou S-J, Wang L-L, Yang R, Yang X-J, Zhang L-G, Guo Z-C ve ark. Sleep problems among Chinese adolescents and young adults during the coronavirus-2019 pandemic. *Sleep medicine*. 2020; 74:39–47.
12. Diem-Wille G. Psychoanalytic Perspectives on Puberty and Adolescence: The Inner Worlds of Teenagers and their Parents. New York: Routledge; 2021. 2-4.
13. Backes EP, Bonnie RJ, editors. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on the Neurobiological and Socio-behavioral Science of Adolescent Development and Its Applications; The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. Washington (DC): National Academies Press (US); 2019.

14. World Health Organization (WHO). Mental health status of adolescents in South-East Asia: Evidence for action. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. p.1-12
15. United Nations Population Fund. World Population Dashboard [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 6 Mayıs 2023]. Erişim adresi <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK; 2019.
17. Bennett D, Robards F. What is adolescence and who are adolescents? Kang M, Skinner S.R, Sanci L.A, Sawyer S.M. Youth Health and Adolescent Medicine. Avustralya: IP Communications; 2013.
18. Akçan Parlaz E, Tekgöl N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci, The Journal of Turkish Family Physician. 2012; 3(4):10-16.
19. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Population Affairs. Adolescent Development Explained. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office, November 2018. opa.hhs.gov/adolescent-health/adolescent-development-explained
20. Kökoğlu B, Ünlüoğlu İ. Adolesan Dönemi ve Psikiyatrik Bozukluklar. Aydoğan Ü, Editör. Adolesan Sağlığı ve Sorunları. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018: 61-64.
21. B, Rasim, Çocuk ve Ergenlerde Görülen Ruhsal Bozukluklar. Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı. Genişletilmiş 7. Baskı. Ankara; Anı Yayıncılık; 2020 356-359
22. World Health Organization. Depressive Disorder (Depression) [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 12 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
23. American Psychiatric Association. What is depression? [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 13 Ekim 2022]. Erişim Adresi: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
24. United Nations Children's Fund, The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health, New York: UNICEF; October 2021.
25. Slykerman RF, Thompson JM, Coomarasamy C, Wall CR, Waldie K. E, Murphy R ve ark. Early adolescent physical activity, sleep and symptoms of depression at 16 years of age. Acta Paediatrica. 2020; 109(7): 1394-1399.
26. Chen J, Hu J, Yang R, Li D, Zhang Z, Jia L ve ark. Psychological symptoms and inadequate mental health literacy potentially increase the risks of suicidal behaviors in Chinese middle school students. Research Square. 2023
27. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J ve ark. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with

Mental Illness. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(11):1155-65.

28. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith D. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of affective disorders*. 2019;243: 175-181.

29. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2018; 35: 700– 716.

30. Copeland W. E, Alaie I, Jonsson U, Shanahan L. Associations of childhood and adolescent depression with adult psychiatric and functional outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 60(5):604-611.

31. International Classification of Disease-10 [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 6 Ekim 2022] Erişim adresi: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F30-F39>

32. World Health Organization. Health literacy toolkit for low and middle income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2015.

33. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998; 13(4), 349–364.

34. Mancuso J.M. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2008; 10: 248-255.

35. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.

36. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259-267

37. World Health Organization. Health Promotion, Health Literacy [Internet]. [2 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

38. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance. Morbidity and Mortality Weekly Report, United States: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention; 2019.

39. Lopez C, Kim B, Katherine S. Health Literacy in the United States: Enhancing Assessments and Reducing Disparities. 2022:6-10.

40. Center for Disease Control and Prevention. Understanding Health Literacy [Internet]. 2022 [1 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/Understanding.html#:~:text=Health%20literacy%20is%20important%20for,doctor%2C%20clinic%2C%20or%20hospital.%20Eri%C5%9Fim:%20001.03.23>

41. Çoban T, Özcebe H. Çocuklarda Sağlığın Geliştirilmesinde Sağlık Okuryazarlığının Rolü. *Turkish Journal of Public Health*. 2019; 17 (3): 337-349
42. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*. 2018; 62:116-127.
43. Bektas İ, Kudubeş Akdeniz A, Ayar D, Bektas M. Predicting the Healthy Lifestyle Behaviors of Turkish Adolescents Based on their Health Literacy and Self-Efficacy Levels. *J Pediatr Nurs*. 2021;59:e20-e25.
44. Health Behaviour in School-Aged Children(HBSC). Health Behaviour in School-Aged Children. HBSC: Terms of Reference. United Kingdom: HBSC International Coordinating Centre; 2014.
45. Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman, M ve ark. A comparative study on adolescents' health literacy in Europe: findings from the HBSC Study. *International journal of environmental research and public health*. 2020; 17(10): 3543.
46. Guo S, Yu X, Davis E, Armstrong R, Naccarella L. (2021). Health literacy: an interactive outcome among secondary students in Beijing. *HLRP: Health Literacy Research and Practice* 2021;5(1): e1-e14
47. Zhang S-c, Li D-l, Yang R. ve ark. The association between health literacy and psychosomatic symptoms of adolescents in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019; 19:1259
48. Okan O, Paakkari L, Dadaczynski K. Health literacy in schools: state of the art. Haderslev: Schools for Health in Europe Network Foundation. 2020
49. Loer AKM, Domanska M, Stock C, Jordan, S. Subjective generic health literacy and its associated factors among adolescents: results of a population-based online survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(22):8682.
50. DeWalt D, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124(3): 265–274.
51. Guyton, AC, Hall JE. Beynin Etkinlik Durumları-Uyku; Beyin Dalgaları; Epilepsi; Psikozlar. Çavuşoğlu H, Editör. *Tıbbi Fizyoloji. Yüce Yayınları, Nobel Tıp Kitabevleri*;2001. 689-690. (
52. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005: 16-26.
53. Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research. *Sleep Physiology*. Colten HR, Altevogt BM, editors. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006.
54. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, ve ark. Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of

sleep for healthy children: methodology and discussion. *J Clin Sleep Med*. 2016;12 (11):1549–1561.

55. Nelson KL, Davis JE, Corbett CF. Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nurs Forum*. 2022; 57: 144- 151.

56. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M, Albert S. M, Avidan,A, Daly F. J ve ark. National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep health*. 2017; 3(1): 6-19.

57. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents *Sleep Med Rev*. 2012; 16(2):129-136.

58. Short MA., Gradisar M, Gill J, Camfferman,D. Identifying adolescent sleep problems. *Plos One*. 2013;8(9): e75301.

59. Şimşek Y, Tekgül N. Sleep quality in adolescents in relation to age and sleep-related habitual and environmental factors. *Journal of Pediatric Research*. 2019;2: 5-7.

60. Gariepy G, Danna S, Gobiņa I, Rasmussen M, de Matos MG. How are adolescents sleeping? Adolescent sleep patterns and sociodemographic differences in 24 European and North American countries. *Journal of adolescent Health*. 2020; 66(6): 81-88.

61. Tekcan P, Çalışkan Z, Kocaöz S. Sleep quality and related factors in Turkish high school adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020; 55:120-125.

62. Şenol V, Soyuer F, Akça R, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2012; 13 (2): 93-104.

63. Bedir Y, Ergün A, Gündoğdu F, Şişman FN. Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Duygu-Davranış Sorunları İlişkisi, *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2020:17-23.

64. Beebe DW, Fallone G, Godiwala N, Flanigan M, Martin D, Schaffner L, Amin, R. Feasibility and behavioral effects of an at-home multi-night sleep restriction protocol for adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(9):915-23.

65. Lin CY, Strong C, Scott A. J, Broströ A., Pakpou AH, Webb TLA cluster randomized controlled trial of a theory-based sleep hygiene intervention for adolescents. *Sleep*. 2018; 41(11), zsy170

66. Short MA, Gradisar M, Lack LC, Wright HR. The impact of sleep on adolescent depressed mood, alertness and academic performance. *J Adolesc*. 2013;36(6):1025-33.

67. Chu-Ko F, Chong ML, Chung CJ, Chang CC, Liu HY, HuangöL. C. Exploring the factors related to adolescent health literacy, health-promoting lifestyle profile, and health status. *BMC public health*. 2021; 21(1): 1-12.

68. Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. The independent relationships between insomnia, depression, subtypes of anxiety, and chronotype during adolescence. *Sleep medicine*. 2014; 15(8):934-941.

69. American Public Health Association. Public Health Nursing Section. The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section, Washington: DC: American Public Health Association; 2013.
70. Millî Eğitim Bakanlığı Okul Sağlığı Hemşirelerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge [İnternet]. 2022 [1 Mart 2023]. Erişim adresi: <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/2121.pdf>
71. Taycan O, Çoşkun B, editörler. Ruh Sağlığını Güçlendirme Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2020. p
72. Skundberg-Kletthagen H, Moen OL. Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26(23-24): 5044-5051.
73. Anttila M, Ylitalo M, Kurki MH, Hipp K, Välimäki, M. School nurses' perceptions, learning needs and developmental suggestions for mental health promotion: Focus group interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17:9503
74. Dardas LA, Silva SG, van de Water B, Vance A, Smoski MJ, Noonan D, Simmons L. A. Psychosocial correlates of Jordanian adolescents' help-seeking intentions for depression: findings from a nationally representative school survey. *The Journal of School Nursing*. 2019; 35(2): 117-127.
75. Karimi N, Saadat-Gharin S, Tol A, Sadeghi R, Yaseri M, Mohebbi B. A problem-based learning health literacy intervention program on improving health-promoting behaviors among girl students. *Journal of education and health promotion*. 2019; 8.
76. Schulenkorf T, Krah V, Dadaczynski K, Okan O. Addressing health literacy in schools in Germany: concept analysis of the mandatory digital and media literacy school curriculum. *Frontiers in Public Health*. 2021; 9: 687389.
77. American Academy of Sleep Medicine. Healthy Sleep Habits [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 25 Aralık 2022]. Erişim adresi: [Healthy Sleep Habits - Sleep Education by the AASM](#)
78. Illingworth G, Sharman R, Harvey C. J, Foster R. G, Espie C. A. (2020). The Teensleep study: the effectiveness of a school-based sleep education programme at improving early adolescent sleep. *Sleep medicine X*. 2020; 2:100011.
79. Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L. Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*. 2016;44(8):751-757.
80. Ozturk Haney M. Psychometric testing of the Turkish version of the health literacy for school-aged children scale. *Journal of Child Health Care*. 2018; 22(1): 97-107.
81. Weissman MM, Orvaschel H, Padian N. Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mothers' and children's reports. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(12):736-40.

82. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1:385–401.
83. Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G ve ark. Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (CES-D): a systematic review with meta-analysis. *Plos One*. 2016;11:e0155431.
84. Tatar A, Bildik T, Özmen HE, Saltukoğlu G, Astar M. Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-DÇ-Tr) Türkçe'ye Çevirisi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Nobel Medicus*. 2016;12(3): 57-66.
85. Buysse DJ, Charles F, Reynolds CF, Mak, TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28 (7):193-213.
86. Ağargün MY, Kara H, Anlar O, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996; 7:107-115.
87. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu E. G. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;7(3):193-198.
88. Shorey S, Ng ED, Wong C. H. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022; 61(2): 287-305.
89. Akça SÖ, Selen F, Demir E, Demir T. . Cinsiyet ve yaş farklılıklarının ergenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, kendine zarar verme, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-uyuşturucu bağımlılığı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili sorunlara etkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2018; 45(3): 255-264.
90. Daly M. Prevalence of depression among adolescents in the US from 2009 to 2019: analysis of trends by sex, race/ethnicity, and income. *Journal of Adolescent Health*. 2022;70(3): 496-499.
91. Twivy E, Kirkham M, Cooper M. The Lived Experience of Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-Aggregation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2023.
92. Patil PA, Porche MV, Shippen NA, Dallenbach NT, Fortuna LR. Which girls, which boys? The intersectional risk for depression by race and ethnicity, and gender in the US. *Clinical Psychology Review*. 2018; 66:51-68.
93. Shorey S, Ng ED. and Wong, CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2022; 61: 287-305.
94. Campbell OL, Bann D, Patalay P. The gender gap in adolescent mental health: a cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM-population health*. 2021; 13: 100742

95. Lima RA, de Barros MVG, Dos Santos MAM, Machado L, Bezerra J, Soares F. C. The synergic relationship between social anxiety, depressive symptoms, poor sleep quality and body fatness in adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260: 200-205
96. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C ve ark. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 29: 749–758
97. Nyayieka M. A, Nyagwencha S. K, Nzyuko S. Correlation of clinical depression, anxiety and academic performance of adolescents in selected secondary schools in Kenya. *American Journal of Applied Psychology*. 2020; 9(1), 14-21
98. AlAzzam MM, AL-Sagarat Y, Abdel Razeq M, Alsaraireh FA. Depression and anxiety among school adolescent females: A national study from Jordan. *School Psychology International*. 2021; 42(5): 520–538.
99. Anlayışlı C, Serin N. B. (2019). Lise öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyonun cinsiyet, akademik başarı ve internete giriş süreleri açısından incelenmesi. *Folklor/edebiyat*. 2019; 25(97): 730-743.
100. Gülen G, Erginöz E, Koçak C. İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2022; 20(1): 90-103
101. Shore L, Toumbourou W, Lewis AJ, Kremer P. Longitudinal trajectories of child and adolescent depressive symptoms and their predictors—a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*. 2018; 23(2):107-120.
102. Savoye I, Moreau N, Brault MC, Levêque A. ve Godin, I. Well-being, gender and psychological health in school-aged children. *Archives of Public Health*. 2015;73: 1-8
103. Orff HJ, Meliska CJ, Martinez F, Parry BL. The influence of sex and gonadal hormones on sleep disorders. *Chrono Physiology and Therapy*. 2014; 4: 15-25.
104. Lewis AJ, Kremer P, Douglas K, Toumborou JW, Hameed MA, Patton GC, Williams J. Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology*. 2015; 67(3): 131-139.
105. Weinberg D, Stevens G. W, Duinhof EL, Finkenauer C. Adolescent socioeconomic status and mental health inequalities in the Netherlands, 2001–2017. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(19): 3605
106. Zhou Q, Fan L, Yin Z. Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey. *Psychiatry research*. 2018; 259: 81-88.

107. Devenish B, Hooley M, Mellor D. The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: A systematic review. *American journal of community psychology*. 2017;59(1-2): 219-238.
108. Peverill M, Dirks A, Narvaja T, Herts KL, Comer JS, McLaughlin K. A. Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies. *Clinical psychology review*. 2021; 83: 101933
109. Tang X, Tang S, Ren Z, Wong D. F. K. Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2019; 245: 498-507.
110. Khesht-Masjedi MF, Shokrgozar S, Abdollahi E, Habibi B, Asghari, T, Ofoghi R. S, Pazhooman S. The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of family medicine and primary care*. 2019; 8(3): 799
111. Ma Y, Siu A, Tse W. S. The role of high parental expectations in adolescents' academic performance and depression in Hong Kong. *Journal of family issues*. 2018; 39(9): 2505-2522
112. Coward I. G. Adolescent stress: causes, consequences, and communication as an interventional model. *Canadian Journal of Family and Youth*. 2018; 10(1): 25-51.
113. Clayborne ZM, Varin M, Colman I. Systematic review and meta-analysis: adolescent depression and long-term psychosocial outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019; 58(1), 72-79.
114. Finning K, Ukoumunne OC, Ford T, Danielsson-Waters E, Shaw L, De Jager IR ve ark. The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 245: 928-938.
115. Velasco V, Gragnano A, Gruppo Regionale Hbsc Lombardia Vecchio L. P. Health literacy levels among Italian students: monitoring and promotion at school. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(19): 9943
116. Ozturk FO, Ayaz Alkaya S. Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. *Journal of pediatric nursing*. 2020; 54: e31-e35.
117. Spencer M, Kemp N, Cruickshank V, Otten C, Nash R. An international review to characterize the role, responsibilities, and optimal setting for health literacy mediators. *Global Pediatric Health*. 2021;8
118. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg T. M ve ark. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC public health*. 2017; 17(1): 1-25.

119. Schultenkorf T, Sørensen K, Okan O. International understandings of health literacy in childhood and adolescence—a qualitative-explorative analysis of global expert interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(3): 1591.
120. Bröder J, Okan O, Bollweg TM, Bruland D, Pinheiro P, Bauer U. Child and youth health literacy: A conceptual analysis and proposed target-group-centred definition. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(18): 3417.
121. Kanellopoulou A, Notara V, Antonogeorgos G, Chrissini M, Rojas-Gil A. P, Kornilaki E. N ve ark. Inverse association between health literacy and obesity among children in Greece: A school-based, cross-sectional epidemiological study. *Health Education & Behavior*. 2022; 49(1): 54-65.
122. Chisolm DJ, Manganello JA, Kelleher KJ, Marshal MP. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. *Patient education and counseling*. 2014; 97(2): 291-296.
123. Sukys S, Trinkuniene L, Tilindiene I. Subjective health literacy among school-aged children: First evidence from Lithuania. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(18): 3397.
124. Paakkari L. T, Torppa MP, Paakkari OP, Välimaa RS, Ojala KS, Tynjälä JA. Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *European journal of public health*. 2019; 29(5): 919-924.
125. Ran M, Peng L, Liu Q, Pender M, He F, Wang H. The association between quality of life (QOL) and health literacy among junior middle school students: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2018; 18(1): 1-10.
126. da Cunha Silva Santiago L, Batista R. MF, Lyra MJ, Farah BQ, Pedrosa RP, Falcão APST ve ark. The role played by gender and “age on poor sleep quality among institutionalized adolescents. *Sleep and Breathing*. 2017; 21: 197-202.
127. Puteikis K, Mameniškytė A, Mameniškienė R. Sleep quality, mental health and learning among high school students after reopening schools during the COVID-19 pandemic: results of a cross-sectional online survey. *International journal of environmental research and public health*. 2022; 19(5): 2553.
128. da Silva BBL, de Melo MCF, Studart-Pereira LM. Adolescents' sleep quality during the COVID-19 pandemic. *Sleep Science*. 2022: 257-263.
129. Coşkun S, Saray Kılıç H. Ergenlerin İnternet ve Akıllı Telefon Bağımlılığının Yalnızlık, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarı Düzeyleri ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2022; 23(4):511-521.
130. Köse S, Yılmaz Ş. K, Göktaş S. Lise son sınıf öğrencilerinin sınav kaygı düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(2):105-111.

131. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short-and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and science of sleep*. 2017; 151-161
132. Galland BC, Gray AR, Penno J, Smith C, Lobb C, Taylor W. Gender differences in sleep hygiene practices and sleep quality in New Zealand adolescents aged 15 to 17 years. *Sleep health*. 2017; 3(2):77-83.
133. Güneş NA, Akbıyık Dİ, Aypak C, Görpelioğlu S. Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018; 22(4): 185-192.
134. Sosso FAE, Holmes SD, Weinstein AA. Influence of socioeconomic status on objective sleep measurement: A systematic review and meta-analysis of actigraphy studies. *Sleep Health*. 2021; 7(4): 417-428.
135. Mayne SL, Mitchell JA, Virudachalam S, Fiks G, Williamson AA. Neighborhood environments and sleep among children and adolescents: A systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2021; 57: 101465.
136. Counts CJ, Grubin FC, John-Henderson NA. Childhood socioeconomic status and risk in early family environments: predictors of global sleep quality in college students. *Sleep health*. 2018; 4(3): 301-306.
137. Etindele Sosso FA, Kreidlmayer M, Pearson D, Bendaoud I. Towards A Socioeconomic Model of Sleep Health among the Canadian Population: A Systematic Review of the Relationship between Age, Income, Employment, Education, Social Class, Socioeconomic Status and Sleep Disparities. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022; 12(8):1143-1167.
138. Romanzini P, Dos Santos AA, Nunes ML. (2017). Characteristics of sleep in socially vulnerable adolescents. *European Journal of Paediatric neurology*. 2017; 21(4): 627-634.
139. Kesintha A, Rampal L, Sherina M, Kalaiselvam T. Prevalence and predictors of poor sleep quality among secondary school students in Gombak District, Selangor. *Med J Malaysia*. 2018; 73(1): 31-40.
140. Acikgoz A., Acikgoz B, Acikgoz O. The effect of internet addiction and smartphone addiction on sleep quality among Turkish adolescents. *Peer J*. 2022; 10: e12876.
141. Chahine R, Farah R, Chahoud M, Harb A, Tarabay R, Sauleau E ve ark. Assessing sleep quality of Lebanese high school students in relation to lifestyle: pilot study in Beirut. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(8).
142. Zhou Y, Guo L, Lu CY, Deng J. X, He Y, Huang JH ve ark. (2015). Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China. *Plos One*. 2015;10(3): e0121602.
143. Alfonsi V, Scarpelli S, D'Atri A, Stella G, De Gennaro L. Later School Start Time: The Impact of Sleep on Academic Performance and Health in the Adolescent Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(7):2574.

144. Carollo A, Chai W, Halstead E, Dimitriou D, Esposito G. An exploratory analysis of the effect of demographic features on sleeping patterns and academic stress in adolescents in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(12), 7032.
145. O'Callaghan VS, Couvy-Duchesne B, Strike L. T, McMahon L, Byrne EM, Wright J. A meta-analysis of the relationship between subjective sleep and depressive symptoms in adolescence. *Sleep Medicine*. 2021;79: 134-144.
146. Li Y, Zhou Y, Ru T, Niu J, He M, Zhou G. How does the COVID-19 affect mental health and sleep among Chinese adolescents: a longitudinal follow-up study. *Sleep medicine*. 2021; 85: 246-258
147. Raniti MB, Allen, NB, Schwartz O, Waloszek JM, Byrne ML, Woods M. J, ve ark. Sleep duration and sleep quality: associations with depressive symptoms across adolescence. *Behavioral sleep medicine*. 2017; 15(3):198-215.
148. Dağ B, Kutlu FY. The relationship between sleep quality and depressive symptoms in adolescents. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2017; 47(3): 721-727
149. Liu BP, Wang X. T, Liu ZZ, Wang ZY, An D, Wei YX ve ark. Depressive symptoms are associated with short and long sleep duration: A longitudinal study of Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 263: 267-273.
150. Li C, Ma C, Wu H, Zhao M, Zhu D, Xi B. Sleep duration change from childhood to adulthood and adult depressive disorders in the Chinese population. *Sleep Medicine*. 2022; 100: 128-132.
151. Woods HC, Scott H. Sleepy teens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *Journal of adolescence*. 2016; 51: 41-49.
152. Orchard F , Gregory,AM., Gradisar M, Reynolds S. Self-reported sleep patterns and quality amongst adolescents: cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.m2020; 61(10):1 126-1137.
153. da Costa, BGG, Chaput JP, Lopes MVV, Malheiros LE. A, Silva, KS. Movement behaviors and their association with depressive symptoms in Brazilian adolescents: A cross-sectional study. *Journal of Sport and Health Science*. 2022; 11(2): 252-259.

8. EKLER

EK 1: Tanıtıcı Veri Formu

EK 1: Tanıtıcı Veri Formu

Rumuz: Adının İlk İki Harfi Soyadının İlk İki Harfi Anne Adının İlk İki Harfi Okul Numarasının Son Rakamı

Örnek: Ad Soyad: İskender Çeşme/ Anne Adı: Gülsüm/ Okul Numarası: 1542

Örnek Rumuz: İSÇEGÜ2

Yaş:

Cinsiyet: Kız..... Erkek.....

Okul Adı ve Sınıfı:

Sınıf: 6..... 7..... 8..... 9..... 10..... 11..... 12.....

Kaç tane kardeşiniz var ? (kendiniz hariç):

Anne yaşıyor mu? Evet..... Hayır.....

Baba yaşıyor mu? Evet..... Hayır.....

Annenin Eğitim Durumu:

Okuryazar Değil..... Okuryazar.... İlkokul.... Ortaokul.... Lise.... Üniversite ve üzeri....

Babanın Eğitim Durumu:

Okuryazar Değil..... Okuryazar.... İlkokul.... Ortaokul.... Lise.... Üniversite ve üzeri....

Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz? Kötü..... Orta..... İyi.....

Kendi okul başarılarınızı nasıl değerlendirirsiniz? Kötü..... Orta..... İyi.....

Kendi öğrenme sorumluluğunuzu nasıl değerlendirirsiniz? Düşük..... Orta..... İyi.....

EK 2: Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

EK 2: Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıdaki sağlık ile ilgili ifadeleri okuduktan sonra yan taraftaki seçeneklerden sizin için en uygun olanını (**sadece bir seçeneği**) işaretleyiniz.

Eminim ki...	Kesinlikle doğru değil	Tamamen doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Sağlık konusunda bilgim iyidir.	☐	☐	☐	☐
2. Gerekli olduğunda yakın çevreme (ör. etrafımdaki insanlar, aile, arkadaşlar) sağlığın nasıl iyileştirileceği konusunda fikirler verebilirim.	☐	☐	☐	☐
3. Farklı kaynaklardan edindiğim sağlık ile ilgili bilgileri karşılaştırabilirim.	☐	☐	☐	☐
4. Sağlık personelinin (ör. hemşire, doktor) bana yaptığı açıklamaları uygulayabilirim.	☐	☐	☐	☐
5. Sağlığı iyileştiren şeyler hakkında kolayca örnekler verebilirim.	☐	☐	☐	☐
6. Davranışlarımın çevremdeki doğal ortamı nasıl etkilediğine karar verebilirim.	☐	☐	☐	☐
7. Gerektiğinde sağlık konusunda kolayca anlayabileceğim bilgiler bulabilirim.	☐	☐	☐	☐
8. Davranışlarımın sağlığımı nasıl etkilediğine karar verebilirim.	☐	☐	☐	☐
9. Sağlık ile ilgili bazı bilgilerin doğru ya da yanlış olduğunu genellikle anlayabilirim.	☐	☐	☐	☐
10. Sağlığım ile ilgili yaptığım seçimlerin nedenlerini açıklayabilirim.	☐	☐	☐	☐

EK 3: Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

EK 3: Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

Aşağıda nasıl hissettiğinizi söylemeniz için değişik yollar sunan bazı ifadeler var. Her cümle için dört seçenek var. Her cümleyi okuyun ve geçen hafta nasıl hissettiğinizi ya da hareket ettiğinizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyin. Hislerinizi en iyi tanımlayan seçeneğe (X gibi) bir işaret koyun. Cümlelerin doğru veya yanlış cevabı yoktur.

Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
Genellikle canımı sıkmayan şeylere sıkıldım.				
Yemek yemek istemedim ya da aç değildim.				
Ailem ve arkadaşlarımdan daha iyi hissetmem için yardım etmelerine karşın kendimi mutlu hissedemedim.				
Kendimi, diğer çocuklar kadar iyi hissettim.				
Yaptığım işlere dikkatimi veremediğimi hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
Kendimi keyifsiz ve mutsuz hissettim.				
Bir şeyler yapmak için kendimi çok yorgun hissettim.				
İyi bir şeyler olacaktı gibi hissettim.				
Daha önce yaptığım şeylerin yolunda gitmediğini hissettim.				
Korktuğumu hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
Her zaman uyuduğum kadar iyi uyuyamadım.				
Mutluydum.				
Her zamankinden daha sessizdim.				
Kendimi, hiç arkadaşım yokmuş gibi yalnız hissettim.				
Tanıdığım çocukların arkadaşça olmadığını ya da benimle birlikte olmak istemediklerini hissettim.				
Geçen bir hafta içinde...	Hiç	Az	Biraz	Çok
İyi zaman geçirdim.				
Kendimi, ağlayacak gibi hissettim.				
Kendimi, üzgün hissettim.				
İnsanların beni sevmediğini hissettim.				
Bir şeyler yapmaya başlamakta zorlandım.				

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Açıklamalar: Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki düzenli alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

DÜZENLİ YATIŞ SAATİ _____

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı ?

_____ **DAKİKA**

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ?

DÜZENLİ KALKIŞ SAATİ _____

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ _____ **SAAT**

Aşağıdaki soruların herbiri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç _____ birden az _____ veya iki kez _____ veya daha fazla

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

(b)Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(c) Tuvalete gitmek üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(d)Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(e)Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(f)Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(g)Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

(h)Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç

boyunca hiç____ birden az____ veya iki kez____ veya daha fazla____

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

(i) Ağrı duyduunuz

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

(j) Diğer neden(ler), lütfen belirtiniz

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi	_____
Oldukça iyi	_____
Oldukça kötü	_____
Çok kötü	_____

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

9.Geçen ay ,bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

Hiç problem oluşturmadi _____

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu _____

Bir dereceye kadar problem oluşturdu _____

Çok büyük bir problem oluşturdu _____

10.Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok_____

Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var_____

Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil _____

Partner aynı yatakta_____

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun...

(a)Gürültülü horlama

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç_____	birden az____	veya iki kez_____	veya daha fazla__

(b)Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç_____	birden az____	veya iki kez_____	veya daha fazla__

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya saşkınlık

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç____	birden az____	veya iki kez____	veya daha fazla__

EK 5: Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ				
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI				
Sayın Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney				
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.				
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.				
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ			
ACIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR			
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58			
E-POSTA	0 232 412 22 43			
	gocek@deu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6790-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐		
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi ilişkisi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney Hemşirelik Fakültesi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı Formu

EK 5: Etik Kurul Onayı

Karar No:2022/07-07		Tarih:23.02.2022			
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney'in sorumlusu olduğu "Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Çalışmaya merkez olarak Konak İzmir Kız Lisesi ve Konak Karataş Anadolu Lisesinin eklenmesi ve kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney çalışmada sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.					
Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu					

EK 6: Kurum İzinleri



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-12018877-604.01.02-43622444
Konu : Araştırma İzni

16/02/2022

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 21.01.2020 tarihli ve 81576613-10.06.02-E.1563890 sayılı yazısı (Genelge 2020/2).
b) Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğünün 31.01.2022 tarihli ve 188122 sayılı yazısı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY' in yüksek lisans öğrencisi olan Hiranur GÜL' ün yüksek lisans tez çalışması için "Ergenlerde Sağlık Okuryazarlığı, Depresyon ve Uyku Kalitesi İlişkisi" konulu araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı Güzelbahçe 60. Anadolu Lisesi, Güzelbahçe Cengiz Topel Anadolu Lisesi, Narlıdere Cahide-Ahmet Dalyanoğlu Anadolu Lisesi, Narlıdere Mehmet Seyfi Eraltay Anadolu Lisesi, Balçova Anadolu Lisesi, Balçova Salih Dede Anadolu Lisesi, Konak İzmir Kız Lisesi ve Konak Karataş Anadolu Lisesinde öğrenim gören 9. 10. 11. 12. Sınıf öğrencilerine uygulama isteği ilgi (b) yazısında belirtilmektedir.

Söz konusu ölçeklerin uygulanmasının, yukarıda belirtilen okullarda 2021-2022 eğitim öğretim yılında eğitim öğretimi aksatmayacak ve eğitim kurumu yöneticilerinin uygun gördüğü şekilde yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Dr. Murat Mücahit YENTÜR
Millî Eğitim Müdürü

OLUR
Mustafa YILDIZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:
1-Araştırma Değerlendirme Formu (1 Sayfa)
2-Anket Formları (8 Sayfa)

Adres :

Telefon No :
E-Posta:
Kop Adresi

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>

Bilgi için: Duda ALP Bilgisayar İşletmeni
Unvan : Bilgisayar İşletmeni
İnternet Adresi: Faks:

EK 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu-Veli İçin

EK 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu-Veli İçin

Sayın Velimiz,

Ergenlerde (lise öğrencilerinde) sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Çalışmanın yürütülebilmesi için etik kuruldan ve İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra çocuğunuzun araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Meryem Öztürk Haney ve Hiranur Gül tarafından çocuğunuza dijital ortamda ya da gerekli olduğu durumda okul ortamında sadece anket formları doldurulacak herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Anket formlarında çocuğunuzun kimlik bilgilerini içeren hiçbir soru bulunmamaktadır. Bu formlar; çocuğunuzun sağlık okuryazarlığını değerlendirmeyi sağlayan 'Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği', depresif belirtilerini değerlendirmeyi sağlayan 'Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği', uyku kalitesini değerlendirmeyi sağlayan 'Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği' tanıtıcı özelliklerini belirleyen soruların yer aldığı "Tanıtıcı Soru Formu"dur.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ya da sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çocuğunuzla ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

EK 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu-Veli İçin

Katılımcının Beyanı

Ben çocuğumun katılması istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya çocuğumun katılmasını kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Onay veren velinin Adı Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi/ Telefon No:...../.....

Tarih (gün/ay/yıl)... ..

Araştırmacının Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi (Telefon No):...../ Tarih(gün/ay/yıl).....

Veri toplama işlemine tanıklık eden kişi:

Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi (Telefon No):.....

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney -DEÜ. Hemşirelik Fakültesi-

Yükseklisans Öğrencisi: Hiranur Gül -DEÜ. Hemşirelik Fakültesi-

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-Öğrenci İçin

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-Öğrenci İçin

Sevgili Öğrencimiz,

Ergenlerde (lise öğrencilerinde) sağlık okuryazarlığı, depresyon ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir yüksek lisans tez çalışması için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Çalışmanın yürütülebilmesi için etik kuruldan ve İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Meryem Öztürk Haney ve Hiranur Gül tarafından sizin dijital ortamda ya da gerekli olduğu durumda okul ortamında sadece anket formlarını doldurulmanız istenecektir. Herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Anket formlarında sizin kimlik bilgilerinizi içeren hiçbir soru bulunmamaktadır. Bu formlar; sağlık okuryazarlığınızı değerlendirmeyi sağlayan 'Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği', depresif belirtileri değerlendirmeyi sağlayan 'Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği', uyku kalitesini değerlendirmeyi sağlayan 'Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği', tanıtıcı özellikleri belirleyen soruların yer aldığı 'Tanıtıcı Soru Formu'dur.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ya da sosyal güvenlik kurumunuzdan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-Öğrenci İçin

Katılımcının Beyanı

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Onay veren velinin Adı Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi/ Telefon No:...../.....

Tarih (gün/ay/yıl):.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi (Telefon No):...../ Tarih(gün/ay/yıl):.....

Veri toplama işlemine tanıklık eden kişi:

Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

Adresi (Telefon No):.....

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney -DEÜ. Hemşirelik Fakültesi-

Yüksekisans Öğrencisi: Hiranur Gül -DEÜ. Hemşirelik Fakültesi- '

ÖZGEÇMİŞ

HİRANUR GÜL

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Ekim 2020 - Şu Anda (2 yıl 8 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

17 Ağustos 2016 - 22 Haziran 2020 (3 yıl 11 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)