

**ERGENLER İÇİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ İNANÇLARI
ÖLÇEĞİNİN UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMALARI**

Büşra Kaya

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÇOCUK GELİŞİMİ VE EĞİTİMİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL, 2019

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren altı (6) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı : Büşra

Soyadı : KAYA

Bölümü : Çocuk Gelişimi ve Eğitimi

İmza : 

Teslim tarihi : 26/09/2019

TEZİN

Türkçe Adı : Ergenler İçin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

İngilizce Adı : Adaptation, Validity and Reliability Studies of the Scale of Healthy Lifestyle Beliefs for Adolescents

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Yazar Adı Soyadı: Büşra KAYA

İmza:

JÜRİ ONAY SAYFASI

Büşra KAYA tarafından hazırlanan “Ergenler İçin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Gazi Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

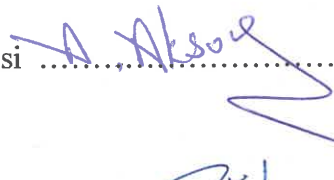
Danışman: Prof. Dr. Abide GÜNGÖR AYTAR

Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi



Başkan: Prof. Dr. Ayşe Belgin AKSOY

Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi



Üye: Dr. Öğretim Üyesi Fatma Elif KILINÇ

Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 26/08/2019

Bu tezin Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Selma YEL

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürü

**ERGENLER İÇİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ İNANÇLARI
ÖLÇEĞİNİN UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMALARI
(Yüksek Lisans Tezi)**

Büşra Kaya
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Eylül 2019

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Healthy Lifestyle Beliefs Scale)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması ve ergenlerin sağlık yaşam biçimi inançlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesidir. Bu kapsamda 2018-2019 öğretim yılında İstanbul'un merkezinde yer alan 4 farklı okul türünde lise 1., 2. ve 3. sınıflarda örgün öğrenim görmekte olan 381 öğrenci ile çalışılmıştır. Araştırmayla ilgili veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Veri Toplama Formu ile Türkçeye uyarlama çalışması yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ile elde edilmiştir. Uyarlama çalışması kapsamında ölçeği geliştiren kişilerden ve Milli Eğitim Bakanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır. Uyarlama sürecinde çeviri çalışmaları, uzman görüşü alınması, geri çeviri çalışmaları ve değerlendirme, pilot uygulama ve ana uygulama olmak üzere belli adımlar izlenmiştir. Ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi için açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. AFA sonuçlarına göre faktör yapısını bozan 5 madde ölçekten çıkarılmıştır. Madde çıkarma işlemlerinin ardından ölçeğin 2 faktörlü yapısı sabit kalırken madde sayısı 16'dan 11'e düşürülmüştür. AFA sonuçlarına göre 2 faktörden oluşan ölçek, sağlıklı yaşam biçimi inançlarındaki toplam varyansın 45,95'ini açıklamaktadır. Ölçekteki yapıların güvenirliğinin belirlenmesi için hesaplanan Cronbach Alpha değeri alt boyutlar için 0,72 ve

0,73 olarak belirlenirken, ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur. Modelin mevcut yapısının test edilmesi amacıyla yapılan DFA’da tüm faktör yüklerinin anlamlı düzeyde yük verdiği görülmüştür. Modelden elde edilen fit indeksleri ile modelin 11 maddeli ve 2 faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Böylece Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği’nin Türk ergenleri için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ergenlerin sağlık yaşam biçimi inançlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi için kişisel bilgi formundan elde edilen veriler analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği’nden elde edilen puanlarla yaş, cinsiyet, okul türü ve sınıf düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır.



Anahtar Kelimeler : Sağlıklı yaşam biçimi, ölçek uyarlama, ergenlik
Sayfa Adedi : 93
Danışman : Prof. Dr. Abide GÜNGÖR AYTAR

**ADAPTATION, VALIDITY AND RELIABILITY STUDIES OF THE
SCALE OF HEALTHY LIFESTYLE BELIEFS FOR ADOLESCENTS
(M.S. Thesis)**

Büşra Kaya

GAZI UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

September 2019

ABSTRACT

The aim of this study was to adapt the Healthy Lifestyle Beliefs Scale to Turkish, to conduct validity and reliability studies, and to examine adolescents' healthy lifestyle beliefs in terms of some sociodemographic variables. In this context, in the 2018-2019 academic year, 381 students in the first, second and third grades of high school were studied in 4 different school types in the center of Istanbul. Data related to the study were obtained by Personal Data Collection Form developed by the researcher and Healthy Lifestyle Beliefs Scale, which was adapted to Turkish. Necessary permissions were obtained from the individuals who developed the scale and the Ministry of National Education within the scope of the adaptation study. During the adaptation process, specific steps were taken: translation studies, expert opinion, back translation studies and evaluation, pilot implementation and main implementation. In order to determine the factor structure of the scale, exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were performed. According to AFA results, 5 items that disrupted the factor structure were excluded from the scale. After the item extraction, the 2-factor structure of the scale remained constant, while the number of items was reduced from 16 to 11. According to the EFA results, the 2-factor scale explained 45,95 of the total variance in healthy lifestyle beliefs. The Cronbach Alpha value was calculated as 0,72 and 0,73 for the sub-dimensions, and the overall internal consistency coefficient of the scale was found to be 0,78. In order to test the current structure of the

model, it was observed that all factor loads were significantly burdened. The fit indexes obtained from the model confirmed the 11-item and 2-factor structure of the model. Thus, it was concluded that the Healthy Lifestyle Beliefs Scale was a valid and reliable scale for Turkish adolescents. In order to examine adolescents' healthy lifestyle beliefs in terms of some sociodemographic variables, data obtained from personal information form were analyzed. According to the results of the analysis, no significant difference was found between the scores obtained from Healthy Lifestyle Beliefs Scale and age, gender, type of school and grade levels.



Key Words : Healthy lifestyle, scale adaptation, adolescence
Page Number : 93
Supervisor : Professor Abide GÜNGÖR AYTAR

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xiv
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ	1
Problem Durumu	1
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Önemi	3
Varsayımlar	5
Sınırlılıklar	5
Tanımlar	5
BÖLÜM II	6
KURAMSAL ÇERÇEVE	6
Ergenlik Dönemi	6
Erinlik	7
Büyümenin psikolojik yansımaları.....	9
Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim	11

Bilişsel Gelişimde Sosyal Biliş ve Egoantrizm	13
Sağlığı Koruma ve Geliştirme.....	15
Sağlığı Koruma	16
Sağlığı Geliştirme.....	17
Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	18
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	23
İlgili Araştırmalar	35
BÖLÜM III.....	45
YÖNTEM	45
Araştırmanın Modeli.....	45
Araştırmanın Çalışma Grubu.....	46
Veri Toplama Araçları.....	47
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği	48
Kişisel Bilgi Formu	49
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışmaları	49
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Çeviri Çalışmaları	49
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ile İlgili Uzman Görüşü Alınması	51
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Geri Çeviri Çalışmasının Yapılması ve Değerlendirilmesi	51
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Pilot Çalışması	52
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi.....	53
Verilerin Toplanması.....	54
Verilerin Analizi	54
BÖLÜM IV	56
BULGULAR VE YORUM	56

Ölçeğin Yapı Geçerliğine Yönelik Bulgular	56
Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	56
Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	60
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Güvenirliğine Yönelik Bulgular	62
Araştırmanın Alt Problemlerine Yönelik Bulgular	63
Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular	63
Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular	65
Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular	66
Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Sınıf Düzeylerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular	67
BÖLÜM V	69
TARTIŞMA VE YORUM	69
Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine ve Güvenirliğine Yönelik Tartışma	69
Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Tartışma	69
Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Tartışma.....	71
SYBİÖ Ergenlerin Yaşına Göre Farklılık Göstermekte Midir?	72
SYBİÖ Ergenlerin Cinsiyetine Göre Farklılık Göstermekte Midir?	73
SYBİÖ Ergenlerin Okul Türüne Göre Farklılık Göstermekte Midir?	74
SYBİÖ Ergenlerin Sınıf Düzeyine Göre Farklılık Göstermekte Midir?	74
BÖLÜM VI.....	76
SONUÇ	76
Öneriler	78

KAYNAKLAR	80
EKLER	88
EK 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği	89
EK 2. Kişisel Bilgi Formu	90
EK 3. İzin Belgesi	91
Ek 4. MEB İzni.....	92
Ek 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İlçe ve Okullarına İlişkin Dağılımları	93



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Türüne Dair Frekans ve Yüzdeleri	47
Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği Madde ve Faktörlerine Ait Faktör Yükleri, Cronbach Alpha, Açıklanan Varyans ve Özdeğerler	59
Tablo 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Fit İndeksleri ve Uyum Aralıkları	62
Tablo 4. 16. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaşa İlişkin Dağılımları	63
Tablo 5. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları.....	64
Tablo 6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete İlişkin Dağılımları	65
Tablo 7. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t Testi Sonuçları.....	65
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Türüne İlişkin Dağılımları	66
Tablo 9. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları	67
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine İlişkin Dağılımları	67
Tablo 11. Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Sınıf Düzeylerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

<i>Şekil 1.</i> Maslow'un temel ihtiyaçlar piramidi.....	25
<i>Şekil 2.</i> Erkek çocuklar için yaşa göre BKİ değerlendirme (z-skorları) tablosu	29
<i>Şekil 3.</i> Kız çocuklar için yaşa göre BKİ değerlendirme (z-skorları) tablosu	30
<i>Şekil 4.</i> Stresle baş etme yöntemleri.....	33
<i>Şekil 5.</i> Sağlıklı yaşam biçimi inançları ölçeği DFA bağlantı diyagramı	61

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AYBÖ	Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CE	Avrupa Konseyi
CEC	Avrupa Topluluğu Komisyonu
ÇESD	Çocuk-Ergen Sağlık Davranışları Sosyal Destek Ölçeği
ÇİYKÖ	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GÖYÖ	Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
MBÖ	Menstürasyon Belirti Ölçeği
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SYBİÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitsel Bilimsel ve Kültürel Organizasyonu

BÖLÜM I

GİRİŞ

Problem Durumu

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, riskli davranışlarını fark etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları benimsemesi ve seçerek düzenlemesidir (Esin, 1997; Kulbok & Cox, 2002).

Günümüzde sağlık anlayışı sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Gerek Türkiye’de gerek dünyada ölüm sebeplerinin başında kalp hastalıkları ve kanser bulunmaktadır. Sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği bu hastalıkların başlıca sebeplerindendir. Dünyada yetişkinlerin %23’ü ve ergenlerin (11-17 yaş arası) %81’i Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel olarak tavsiye edilen fiziksel aktiviteleri karşılamamaktadır. Hareketsiz sürülen bir yaşamın kalp hastalıkları, felç, diyabet, meme ve kolon kanseri, hipertansiyon, aşırı kilo ve obezite gibi hastalıklara sebep olduğu belirtilmektedir (DSÖ, 2018). Benzer şekilde yaklaşık 1,7 milyon (%2,8) ölüm, düşük meyve ve sebze tüketimine dayanan yetersiz beslenmeyle ilişkilidir (DSÖ, 2017). Bunun yanı sıra fazla kiloluluk ve obezite hem Türkiye’de hem de dünyanın farklı ülkelerinde karşısında güçlükle savaşılan bir hastalıktır. Kimi devletler obeziteye savaş açmakta, bu amaca yönelik büyük bütçeler ayırmaktadır. Çocukluk döneminden başlayıp yetişkinliğe kadar farklı dönemlere uzanan bu hastalık üzerinde yapılmış binlerce çalışma

bulunmaktadır. Genetik faktörlerin yanı sıra, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi bu hastalığa sebep olmaktadır. Bireylerin sergilediği sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir sonucu olan obezite günümüzde her yaş grubu için bir risk teşkil etse de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre çocuk olarak kabul edilen ergen bireyler bu gibi olumsuzluklardan en çok etkilenen kişilerdendir.

Ergenlik döneminde görülen pek çok hastalığın sebebi sigara, riskli cinsel davranışlar, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ile şişmanlıktır (TÜSEB, 2019). Her yıl 300 bin ergen sigara ve tütüne bağlı hastalıklar yüzünden ölmektedir. 2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre, Türkiye'de gençler arasında madde kullanım yaygınlığı %1,5 olarak bulunmuştur. Madde kullanımı Türkiye de dahil olmak üzere dünyadaki genç nüfus arasında gittikçe yaygınlaşmaktadır (DSÖ, 2016).

Ergenlik dönemi, olumsuz sağlık davranışlarının kazanıldığı bir dönem olmasının yanı sıra aynı zamanda bireye olumlu sağlık davranışları kazandırılabilen en uygun dönemlerden biridir (Callaghan, 2006). Yetişkinlik yıllarına göre davranış değişikliğine daha yatkın olan bu dönemde yapılacak olan müdahalelerle ergenlerde olumlu yönde sağlık davranışları geliştirilebilecektir. Gelişimlerini henüz tamamlamamış olan bu bireylere yönelik yapılacak her bir müdahale toplumun gelecekteki olası problemlerine çözüm sunacaktır. Ergenlik döneminde bireyin özellikle bedensel ve zihinsel iyi oluşuna yönelik yapılacak olan müdahaleler, ileride yaşanması olası sorunların önüne geçmek için kritik bir adım olacaktır. Bireylerde sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmek için öncelikle o alandaki inançlarının tespit edilmesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşama dair inançları tespit edilen bireylerin ihtiyaçlarını belirlemek ve çözüm önerileri üretmek daha kolay olacaktır.

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarını ölçmek üzere geliştirilen *Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Healthy Lifestyle Beliefs Scale)* Türk ergenlerinin bu konudaki ihtiyaçlarını anlamak ve çözüm önerileri üretmek amacıyla Türkçeye uyarlanmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Melnyk ve Small (2003) tarafından geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Healthy Lifestyle Beliefs Scale)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türk ergenleri için geçerli ve güvenilir olup olmadığının tespit edilecektir. Çalışmanın alt amaçları ise İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda öğrenim görmekte olan lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının yaş, cinsiyet, okul türü ve sınıf düzeyi açısından incelenmesidir.

1. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği Türk Kültürüne göre geçerli bir araç mıdır?
2. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği Türk kültürüne göre güvenilir bir araç mıdır?
3. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ergenlerin yaşına göre farklılık göstermekte midir?
4. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ergenlerin cinsiyetine göre farklılık göstermekte midir?
5. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ergenlerin okul türüne göre farklılık göstermekte midir?
6. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ergenlerin sınıf düzeyine göre farklılık göstermekte midir?

Araştırmanın Önemi

Ergenlik dönemi, insanda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönemdir. 10-19 yaş aralığını kapsayan, kızlarda 10 ve erkeklerde 12 yaş civarında başlayan bu dönem fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık sorunları açısından gençler için oldukça zor bir dönem olarak bilinmektedir (DSÖ, 2018). Ergenlik döneminde bireylere kazandırılacak olumlu sağlık davranışları kişinin yaşamı boyunca refah düzeyini

arttıracaktır. İçinde bulunduğu dönem itibariyle istendik yönde davranış kazandırmak daha kolay olan bu bireyler için yapılacak olan müdahaleler ile kalıcı çözümler elde edilecektir. Beck ve arkadaşlarına (1979) göre duygular ve davranışlar birbirini etkilemekte, bireyin bir konu hakkındaki düşüncesi o konudaki davranış ve alışkanlıklarını şekillendirmektedir. Sağlıklı bir yaşam tarzı sürebileceğine inanan ergenler, inanmayanlara kıyasla daha fazla sağlıklı yaşamaya meyillidir (O'Haver, Jacobson, Kelly & Melnyk, 2014).

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği, Amerika'da ergenlere, ebeveynlere ve üniversite personeline uygulanmış, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile sağlıklı yaşam biçimi tercihleri ve depresyon gibi bazı bilişsel ve psikolojik parametrelerle arasındaki ilişki incelenmiştir (Melnyk, Amaya, Szalacha & Hoying, 2016; Militello, Melnyk, Hekler, Small & Jacobson, 2016). Bu çalışmaların sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi inancı yüksek olan ergenler sağlıklı yaşam seçimleri yapmakta, bunun bir sonucu olarak düşük BKİ göstermektedir (Jacobson & Melnyk, 2011; Melnyk, Small, Morrison, Strasser, Kreipe & Blankenstein, 2006). Diğer yandan, sağlıklı yaşam biçimi inancı düşük olan ergenler sağlıklı seçim yapmada zorlanmakta ve yüksek BKİ göstermektedirler (Melnyk vd., 2006; O'Haver vd., 2014). Bunun yanı sıra, sağlıklı yaşam biçimi inancı yüksek olan ergenlerin daha düşük anksiyete ve depresyon skorları sergilediği rapor edilmiştir (Melnyk vd., 2006; O'Haver vd., 2014). Bu sonuçlar göstermektedir ki, ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançları ile sağlık davranışları ve beden kitle indeksleri arasında yakın bir ilişki vardır. Görüldüğü gibi ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançları, sağlık davranışlarını geliştirmede kritik bir role sahiptir.

İlgili alan yazın incelendiğinde, Türk ergenlerinin sağlıklı yaşam biçimi inançlarını anlamaya yönelik herhangi bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Bu eksikliği gidermek, bu alanda çalışmak isteyen araştırmacılar, öğretmenler, eğitimciler ile bu alanda strateji ve politika geliştirecek kişiler için etkili bir araç olması amacıyla Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ihtiyacı duyulmuştur. Bu çalışma, ergenlerin sağlık

davranışlarına ilişkin tutumlarının temelinde yatan düşünce ve inançlarına ışık tutacak bir aracın literatüre kazandırılması bakımından önem arz etmektedir.

Varsayımlar

Ölçek maddelerinin öğrenciler tarafından gönüllü, samimi ve doğru cevaplar vererek doldurduğu varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

1. Araştırma, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı resmi liseler ile sınırlandırılmıştır.
2. Araştırma, İstanbul ilinde öğrenim gören lise öğrencileri ile sınırlandırılmıştır.

Tanımlar

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Kişinin vücut ağırlığının kilogram cinsinden, boyunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) elde edilen orandır. Vücut yağının dolaylı ölçümünü verir (Törüner, 2010).

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

Ergenlik Dönemi

Ergenlik dönemi, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçtiği, içerisinde tüm yönlerden gelişim ve değişimin yaşandığı özel bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2018); 10-19 yaş aralığını kapsayan bu dönem, kızlarda 10, erkeklerde 12 yaş civarında başlamaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (2002)'nin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğü'ne göre ergenlik, bülüğ çağı ile başlayıp (10 yaş), psikolojik olgunluğa erişmeyle son bulan (19 yaş); başlangıcı ve bitimi kişiden kişiye farklılık gösterebilen, insanda bir gelişim dönemidir. Bu süre zarfında fiziksel ve cinsel özellikler ile cinsel ilgide büyük oranda değişimler yaşanır. Bu değişimler beden imajı, benlik kavramı ve benlik saygısı üzerinde önemli etkiler yaratır. Bazı bilişsel ve sosyal gelişmeler de meydana gelir: Gençlerin çoğu, soyut düşünme, gerçekliği varsayımsal olarak değerlendirme, farklı bakış açılarından önceki deneyimleri yeniden değerlendirme, çok boyutlu verileri değerlendirme, içsel olarak yansıtma, karmaşık anlayış modelleri oluşturma ve karmaşık gelecek senaryoları kurma becerilerini edinir. Ergenler ayrıca akran odaklarını ve akranlarla ilgili faaliyetlere katılımlarını arttırmakta, sosyal kabul görmeye daha fazla önem vermekte ve ebeveynlerden bağımsızlık ve özerklik istemektedir.

Ergenlik döneminde görülen ani ve hızlı büyüme; erinlikle ivme kazanmakta ve bazı biyolojik, fizyolojik ve psikolojik sonuçlar doğurmaktadır.

Erinlik

Erinlik (puberte), ergenlik yıllarının başlangıcında iskelet sistemi ve cinsel üreme yeterliliğinde hızlı değişimlerin görüldüğü döneme verilen isimdir. Latince *yetişkin* anlamına gelen pubertas kelimesinden gelmektedir. Büluğ çağı ismiyle de bilinen bu dönemde, beden gelişimi hızla artar ve hormonların etkisiyle fiziki olgunluğa ulaşılır. Erinliğin başlangıcı; hipotalamus, hipofiz bezi ve gonadlar –kadınlarda yumurtalıklar, erkeklerde erbezleri- aracılığıyla, vücudun içsalgı sistemindeki bir geribildirim düzeneği tarafından kontrol edilir. Birey henüz bir bebekken gelişmiş olan bu geribildirim sistemi, gonadları uyarır ve cinsiyet hormonlarının salınımını sağlar. Erkeklik ve kadınlık hormonu olarak bilinen androjen ve östrojen hormonlarının kandaki seviyesi, hipotalamus tarafından denetlenir (Steinberg, 1985). Hipotalamus ve hipofiz bezinin işbirliği ile uygun zaman ve olgunluk seviyesi saptanır (Aydın, 2005) ve erinliğe erişme zamanı gelen bireyde, bu hormonlarının artması sonucu iç ve dış değişiklikler kaçınılmaz olur.

Erinliğin başlangıç zamanını belirleyen faktörler, genetik faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Bireyin kalıtımla getirdiği genetik faktörler birincil etken sayılırken; içinde bulunduğu şartlar ve yaşadığı ortam gibi çevresel faktörler de erinliğin başlama zamanında oldukça önemli bir yere sahiptir.

Tek yumurta ikizi olan kız kardeşlerin erinliğe erme yaşlarının birbirine yakın olması, puberte zamanının genetikle belirlenebilen bir olgu olduğunu düşündürmektedir. Bireyin mensup olduğu ırk, geldiği etnik köken veya annenin erinlik yaşı gibi kalıtım yoluyla taşınan donanımlar bireyin potansiyel erinlik zamanını belirlerken; içinde bulunulan iklim şartları, deniz seviyesine göre rakım farkı, savaşlar ve kıtlıklar, sağlık durumu ve beslenme koşulları gibi harici faktörler de bu süreci etkilemektedir. Bireyin kalıtım yoluyla taşıdığı özellikler

değiştirilemezken, çevresel faktörler düzenlenebilmekte ve farklı koşullara göre incelenebilmektedir.

Kız çocuklarında adet görme başlangıcının, vücut kütleindeki yağ oranı ile önemli oranda ilişkili olduğu bilinmektedir. Ay hâli başlangıcı görülmesi ve aylık döngünün devam edebilmesi için kız çocuklarının ağırlıkları 48 ± 1.4 kg; vücut yağ oranının ise en az %17 oranında olması gerektiği belirtilmektedir. Kilo kaybı görülen Anoreksik gençlerde veya belirli diyetleri olan kadın sporcularda, adet görememe veya ilk adet görmenin gecikmesi durumu görülebilmektedir (Frisch'den aktaran Santrock, 1993).

Ergenlik döneminde görülen ani ve hızlı bedensel büyümeye hipofiz bezinin yanı sıra tiroid ve adrenal bezinin de katkısı bulunmaktadır. Bu hormonların etkisiyle kemik ve kaslarda büyüme, boy ve kiloda artış gözlenir (Çelen, 2007). Beden boyundaki bu geniş çaplı artıştan ergen büyüme atılımı olarak söz edilir (Steinberg, 1985). Cinsiyete göre farklılıklar gösteren boyca büyüme; kızlarda 7-8 yaşlarında başlayıp 12-13 yaşlarında büyük bir ivme kazanan ve ardından yavaşlayan bir seyir izlemektedir. Erkeklerde ise 10 yaşında hızlı bir ivmeyle başlayan boy uzaması, 16 yaşına kadar devam eder ve yavaşlayan bir seyir alır. Kızlarda büyüme yaklaşık 2 yıl erken ivme kazanmaktadır. Bu sebeple son çocukluğun sonlarına doğru kız çocukları erkek çocuklarına göre daha gelişmiş görünürken, ergenlik döneminde bu fark kapanacak, hatta erkek çocuklar yetiklik konusunda kızları kısa sürede geçecektir. Kızların boylarında senede yaklaşık 8 cm artış gözlenirken, bu durum erkeklerde yaklaşık 10 cm'dir. Kızlar ergenlik boyunca ortalama 16 kg alırken, erkekler 20 kg almaktadır. Yetişkin beden kilosunun yaklaşık yarısı ergenlik döneminde kazanılmaktadır. Yetişkin beden boyunun %99'u erinlikten yaklaşık dört yıl sonra tamamlanır. Erkeklerin kas ve kütle oranı kızlara göre daha fazla gelişmektedir. Erkeklerin kalp ve akciğer oranı kızlara göre daha büyük olup, erkeklerin dolaşım sisteminde taşıdığı oksijen miktarı daha fazladır ve kaslarda biriken laktik asidi nötralize etme şansları daha yüksektir. Kızlarda ise yağ hücrelerinin sayısı fazladır. Erkeklerdeki ve kızlardaki kas ve yağ oranları farkını belirleyen etken, cinsiyet hormonlarıdır (Çelen, 2007).

Büyümenin psikolojik yansımaları

Erinlik sonucunda görülen fiziksel büyüme ve bedendeki değişimler, bireyde çeşitli duygu durumlarına sebebiyet verir. Bireyin bedenindeki hızlı değişimler bazen şaşkınlığa, bazen de olumlu duygulara yol açmaktadır. Alnın genişlemesi, ağız ve burnun büyümesi sonucu yüzde simetrik olmayan bir görünüm oluşur. Yüzün tamamında belirli bir oran oturana kadar, sevimsiz bir ifade oluşabilir. Beden orantısız büyümektedir. Önce el, ayak ve baş; ardından kollar ve bacaklar; son olarak omuz ve gövde büyür. Yüzde sivilcelenmeler, kol ve bacak derisinde pullanmalar, deri dokusunun değişmesi gibi değişimler görülebilir. Tüm vücutta kıllanma artmaktadır. Kas ve kemik dokunun aynı zamanda gelişmemesi sebebiyle ergen sakarlığı denilen, bu yaş grubuna ait küçük kazalar görülebilir. Ergenin bedeninde bu gibi değişimler olurken, benlik sürekliliğinde bozulma yaşayan ergen, ayna karşısında kendini tanıyamaz hale gelir. Bu durum birey tarafından, yeni değişimlerin hoşuna gitmesi veya gitmemesi durumuna göre olumlu ya da olumsuz yönde karşılanabilir. Çocuksu görünümün kaybolması ve aynadaki yüz ifadesinin günden güne farklılaşması sonucu bireyin kendisiyle olan meşguliyeti artmıştır. Beden yapısıyla ilgili bir imaj oluşturma tasası gütmektedir. Ayna karşısında geçirilen saatler artmıştır. Gencin vücuduna odaklanmış ilgisi erinlikte had safhadayken, bu durum ergenliğin sonuna kadar belirli ölçülerde devam eder. Büyüme ve gelişmeyle ilgili en yoğun yaşantıların olduğu dönem 12-16 yaş dönemidir (Berger'den aktaran Kulaksızoğlu, 1988). Bu vücut imgesi kazanma sürecinde çoğu ergen, kültürün ve toplumun ideal vücut olarak sunduğu modelin etkisinde kalır. İdeal ve beğenilen bir vücudun nasıl olması gerektiği ile ilgili kültürel kurallar ve kalıp yargılar sonucu, ergen kendi bedeniyle ilgili algı geliştirir. Toplum tarafından belirlenen bu ölçüler, sinema ve televizyonlarda *tavsiye edilen* insan tiplerine ait görüntüler, tanınmış sanatçı profilleri, ergenin ideal vücut imgesini etkilemektedir. Dışarıdan gelen etkilerin de sonucuyla ideal bir vücut imgesi geliştiren birey, kendi bedeni ile geliştirdiği bu ideal vücut imgesi arasındaki farkı inceler. İdeal olanla kendi görünüşü arasında uyumsuzluk çıktığında bunu kabul etmek

ve kendine dair olumlu beden algısı geliştirmek, ergenin karşı karşıya olduğu bir gelişim görevidir (Kulaksızoğu, 1998).

Wichstream tarafından 1999 yılında yapılmış olan bir çalışmaya göre; kızlarda on üç, erkeklerde on beş yaşındaki beden imgesi skorlarının, on sekiz yaşındaki depresyon skorlarını yordadığı görülmüştür (Coleman & O'Hendry'den aktaran elen, 1999). Yani bireyin ergenlik döneminde edinmiş olduğu kendine yönelik olumsuz beden algısı, ilerleyen yıllardaki bunalımlarının habercisi olabilir.

Olumlu beden algısı geliştirmek; bireyde olumlu benlik kavramı ve benlik saygısı kavramlarını geliştirmek açısından önemlidir. Kişinin kendiyle ilgili olumlu düşüncelere sahip olması ve kendine saygı duyması; gerek ergenlik dönemi içerisinde, gerekse ilerleyen yetişkinlik yıllarında, bireyin toplumla olumlu yönde kaynaşması ve topluma kazandırılması açısından oldukça büyük bir önem arz etmektedir. Olumlu beden algısı geliştirmek; arkadaş gruplarında kabul görme, daha zgr hissetme ve başarı duygusu bakımından birey için önemlidir.

Ergenlik döneminden kızlar, erkeklere göre daha çok ve daha olumsuz etkilenmektedir. Çağdaş toplumlarda beden inceliğine verilen öncelik, kızların beden ölçüleri konusunda özel kaygılar geliştirmesi ile sonuçlanmaktadır. Yapılan araştırmalara göre ergenlerin fiziksel görünüşleri hakkındaki düşünceleri, ilerleyen yıllarda daha çekici görünüp grnmemelerine bakılmaksızın, zaman içinde oldukça durağan kalmaktadır (Steinberg, 1985).

Erken gelişen erkek ergenlerin kendileriyle ilgili algıları daha olumlu ve benlik saygıları yüksek bulunmuştur. Cinsel olarak olgunlaşmaları onlara güven verir. Sosyal, işbirlikçi ve lider özelliklere sahiptirler. Erken olgunlaşan kız ergenler ise, beden imgelerinden hoşnut değillerdir. Fazla kilolu, yağlı ve kısa olduklarından şikayet ederler. Erken olgunlaşan erkek ergenlere oranla daha huzursuz ve streslidirler.

Ergenlik Döneminde Bilişsel Gelişim

Ergenin bilişsel alandaki değişimlerinin ergenin psikolojik gelişimine ve toplumsal ilişkilerine kadar uzanan bir takım etkileri vardır. Birey çevresine ve dünyaya yönelik daha karmaşık ve gelişmiş çıkarsamalar yapmaktadır.

Çoğu ergen, çocuklara göre *daha zeki* olarak nitelendirilir. Çocuklara göre daha fazla deneyim sahibi olduklarından daha fazla bilgi birikimleri bulunmaktadır. Ergenlik döneminde bireylerin düşünceleri daha kontrollü ve dikkatlidir (Keating'den aktaran Steinberg, 1985). Ergenlik döneminde düşünce, beş genel biçimde görülebilir:

1. Ergenlikte bireyler gerçek olanla düşüncelerini sınırlamak yerine neyin olası olduğunu çocuklardan daha iyi bilebilirler.
2. Ergenler soyut kavramları daha iyi bilebilirler.
3. Ergenlikte bireyler düşünce sürecinin kendisi hakkında daha çok düşünmeye başlarlar.
4. Ergenlerin düşüncesi tek bir konuyla sınırlanmak yerine çok yönlü olmaya başlamaktadır.
5. Ergenler çocuklara oranla olayları ve durumları mutlak yerine daha göreceli görebilirler (Steinberg, 1985).

Ergenin düşüncesi, çocuğun düşüncesine göre somut olaylara daha az bağlıdır. Çocuk doğrudan görebildiği, gözleyebildiği şeylere ve olaylara odaklıyken, ergenler gözlemlediklerinin ötesindeki ihtimalleri de düşünebilir. Çocuk için olası olan gerçek olandır; ergen için gerçek olan olası olanın bir alt kategorisidir. Olasılıkları düşünürken ergenler özelden soyuta doğru daha kolay hareket ederler. Alternatif olasılıkları ve açıklamaları daha sistematik bir biçimde üretirler.

Ergen sistematik biçimde akıl yürütme becerisini, olası olana ilişkin çeşitli bilimsel mantıksal problemleri çözmede kullanır. Örneğin lise seviyesi matematik öğrenirken soyut

ya da kuramsal bazı formüller kullanılır. *Dik açılı üçgende hipotenüsün karesi dik kenarların kareleri toplamına eşittir (Pisagor teoremi)*. Bu teorem yalnızca o anda gözlemlediğimiz değil, bütün dik açılı üçgenler için geçerlidir. Buna benzer olarak fizik, kimya ve biyoloji gibi bilimsel ve deneysel içerikleri olan alanlarda da olasılıklar üretme becerisi gerekmektedir.

Ergenin bu düşünce biçimini kullanması yalnız bilimsel alanda değil, karşı çıkanın olası tepkilerini gördüğü ve tepkilerini kestirebildiği ve buna göre bir karşıt görüş geliştirebildiği tartışmalarda görülmektedir (Clark & Delia'dan aktaran Steinberg, 1985).

Ergenin olasılıkları düşünmeye yönelik artış gösteren becerisi tümdengelimsel ve tümevarımsal akıl yürütme ile ilgilidir. Tümdengelimsel akıl yürütme; verilen genel bir küme bilgiden gerekli bazı çıkarımları yapabilme anlamına gelen mantıksal akıl yürütmedir. Tümevarımsal akıl yürütme; eldeki özel iki durum veya olaydan daha genel bir çıkarıma ulaşmak anlamına gelen mantıksal akıl yürütmedir. Tümevarımsal akıl yürütmeyi her yaştan insan, hatta küçük çocuklar bile yapabilirken; birçok araştırmacı tümdengelimsel akıl yürütmeyi ergenliğin önemli bir kazanımı olarak görmektedir.

Hipotetik düşünmek, bireyin kimi konularda inançlarını sorgulamasına olanak verir. Hipotetik bir durumu varsayabilmek, diğer kişilerin iddialarının arkasındaki mantığı anlamak bakımından tartışmalarda önem kazanır. Örneğin, başkasının akıl yürütmesine karşı çıkmak için gerçekte inandığının tersine bir duruş sergilemek, hipotetik düşünme becerisini gerektirir. Hipotetik düşünmenin toplumsal davranışlar bakımından bir takım sonuçları vardır. Diğer insanların ne hissettiğine ve bakış açılarına dair akıl yürütebilir. Hipotetik düşünce sayesinde ergen karşı tarafın bir sonraki davranışını tahmin edebilir ve adımlarını ona göre belirler. Hipotetik düşünce ile birey ileriye planlayabildiği ve seçenekler arasında tercih yaparken olası sonuçları ölçüp tartabildiği için karar verme becerisinde önemli bir rol oynamaktadır (Steinberg, 1985).

Bilişsel Gelişimde Sosyal Biliş ve Egosantrizm

Sosyal biliş, bireyin kendi sosyal dünyasını anlaması ve kavramsallaştırması anlamına gelmektedir. Gözlemlediği ve etkileşime geçtiği insanları, o insanlarla olan ilişkileri, katılmış olunan gruplarda kendisini ve başkalarını anlama gibi durumları içerir.

Ergen egosantrizmi, ergenin özfarkındalık düzeyinin oldukça fazla olması ve diğer insanların ilgisinin her zaman kendi üzerinde olduğunu düşünmesidir. Kendi ile oldukça meşgul olan ergen, her hareketinin diğer insanlar tarafından izlendiği yanılsamasına kapılır. Elkind (1967)'e göre ergen egosantrizmi iki başlık altında incelenmelidir. Hayali izleyici ve kişisel efsane. Hayali izleyici; dikkat çekici davranışlarda bulunma, fark edilme, göz önünde olma ve sahnede olma durumlarını karşılar. Bir ortama girdiğinde herkesin kendine baktığını düşünmektedir. Ergen sahnede bulunan bir başrol oyuncusu; diğer insanlar ise izleyicidir. Kişisel efsane; ergenin kendisinin eşsiz olduğunu düşünmesidir. Hiç kimse onu anlayamaz ve neler hissettiğini tahayyül edemez. Örneğin şöyle bir cümle kurabilirler; “Erkek arkadaşımdan ayrıldım ve annem benim yaşadıklarımı asla anlayamaz.” Kişisel eşsizliğini sürdürme çabası olarak hayali hikayeler yazabilir, kendine gerçeklerden oldukça uzak bir dünya yaratabilir. Ergenlerin yazdıkları günlüklerde kişisel efsanelere sıklıkla rastlanabilir. Kişisel efsanenin biricikliği ergen benlik saygısı ve ben önemliliği bakımından bazı koruyucu yararlar sağlasa da doğa kurallarına karşı gelerek hayatın akışına ters bazı davranışlar sergilediğinde kendisine herhangi bir zarar gelmeyeceğini düşünebilir. Yüksek hızla girdiği virajdan zarar görmeden çıkacağını düşünebilir veya benzeri tehlikeli davranışlarda bulunabilir. Ergenlikte girilen risk alma davranışlarının birçoğu kişisel efsane ile açıklanabilmektedir (Santrock, 1993).

Ergen egosantrizminin alt boyutları olan kişisel efsane ve hayali seyirci kavramları, yetişkinlik yılları boyunca da varlığını sürdürmeye devam eder. Sigara kullanan yetişkinlere sigara ve akciğer sorunlarının ilişkisi sorulduğunda verecekleri cevap, yetişkinlikte kişisel efsanenin yaygınlığını destekler niteliktedir.

Ergenlikte çok boyutlu düşünme becerisi gelişim gösterir. Çocuklar olayların veya durumların yalnızca bir özelliğiyle ilgili düşünebilirken, ergenler durumları daha ayrıntılı inceleyebilirler. “Ülkeler birbirleriyle niçin savaşıyor?” veya “Toplumsal olaylar sonucu ekonomi neden ve ne şekilde etkilenir?” gibi çok boyutlu düşünce gerektiren problemlere çocuklara göre daha karmaşık cevap verebilirler.

Bilişsel becerilerdeki kazanımlarla birlikte ergenler kendilerini ve başkalarını daha karmaşık kavramlarla tanımlarlar. Örneğin “Ben ailemin yanında dışadönük ve neşeli, arkadaşlarımla yanında içekapanık ve yalnızım.” veya “Bir kişi hakkında kötü bir yorum yapmadan önce daha yakından tanımamız gerektiğini düşünüyorum.” şeklinde düşünebilirler. Başkalarının farklı toplumsal durumlarına göre davranabileceğini anlar ve daha karmaşık, gelişmiş ilişkiler kurarlar.

Ergenlerin çok boyutlu düşüncesinin bir diğer sonucu ise mizah anlayışının gelişmesidir. Yapılan araştırmalara göre çocuklar dokuz yaşından önce alaycı ifadeleri yakalamakta güçlük çekerken, 9-13 yaşları arasında bu becerileri artmış ve ergenlik süresince gelişmeye devam etmiştir (Demorest vd.’den aktaran Steinberg, 2013).

Ergenlikte düşünmenin başka bir yönü de ergenlerin olaylara ve durumlara bakma biçimidir. Çocuklar mutlak bir şekilde düşünürken, ergenler daha görelî görme eğilimindedirler. Kendine sunulan bilgiyi ve doğruları sorgulamak istemektedir. Bütün doğrulara eleştirel yaklaşan ergen, ebeveynleri ile sorun yaşayabilir. Ergen, önceden inandığı şeylerin gerçekliğinden şüphe duymaya başladığında her şeyin belirsiz olduğunu veya hiçbir bilginin tamamen güvenilir olmadığını hissetmeye başlar. Yoğun kuşkuculuk yaşanan bu süreçte ergen daha gelişmiş bir anlayışa ulaşır (Steinberg, 2013).

Ergenlik döneminde bilişsel gelişim incelenirken bireysel farklılıklara dikkat çekilmiştir. Erken ergenlik dönemindeki bireylerden bazıları soyut işlemler dönemine erişmişken, bir kısmının erişmediği görülmüştür. Yapılan araştırmalara göre sekizinci sınıfa giden her 3 öğrenciden 1 tanesi soyut işlemler dönemine girmiştir. Yapılan araştırmalara göre soyut

işlemsel düşüncenin yaşa bağlı olarak arttığı belirtilmiştir. Pek çok üniversite öğrencisi ve yetişkin, soyut işlemler dönemine erişememektedir. Örneğin, üniversite öğrencilerinin %17'den %65'e kadar bir yüzdeliğin soyut işlemsel düşünebildiği belirtilmiştir (Elkind'den aktaran Santrock, 1983).

Bazı gelişim bilimciler, ergenlerde bilişsel gelişime katkısı olan bir diğer etkenden daha bahsetmişlerdir. Küçük grup etkileşimlerinin, ergenlerin karmaşık problem çözme becerisine katkıda bulunduğu düşünülmüştür. Sosyalleşmenin doğası gereği, ergenlerin birbirinin düşünme şeklini önemli oranda etkilediği belirtilmiştir (Santrock, 1983).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Kişinin sağlığı algılaması sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması ise bireye olumlu sağlık davranışları kazandırmak zorlaşmaktadır. Sağlık algısı başta bireysel görüşler olmak üzere farklı kültürel toplumlar, ırklar, yaş ve cinsiyet gruplarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bir bireyin sağlıklı olduğuna karar verirken, bireyin hem kendini sağlıklı olarak tanımlaması hem de objektif gerçek olarak sağlıklı olması gereklidir (Pender, Barkauskas & Hayman, 1992).

Sağlığı Koruma ve Geliştirme

İlk Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı 1986 yılında Ottawa'da yapılmış, o dönemde artan yeni bir halk sağlığı hareketi beklentilerine bir karşılık olmuştur. 2000 yılı ve sonrasında *Herkes İçin Sağlık* hedefine ulaşmak için uluslararası kuruluşlar, ulusal hükümetler ve yerel topluluklar arasında bir dizi eylem başlatılmıştır. Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığın geliştirilmesi için belirtilen temel stratejiler şunlardır:

Destekleme (sağlığı teşvik eden faktörleri artırmak); etkinleştirme (tüm insanların sağlık eşitliği elde etmelerine izin vermek); arabuluculuk yapma (tüm sektörlerde işbirliği yaparak multidisipliner bir çalışma yürütmek). Bu hedeflerden bazıları; bireyin sağlığını koruma ve geliştirme potansiyelini artırmak, sağlığını korumasına ve geliştirilmesine yardımcı olmak

ve bireye sosyo-ekonomik imkanlar sağlamaktır. Sağlığa yönelik geliştirilmiş olan bu yeni yaklaşımla, sağlığın en temel insan hakkı olduğu vurgulanmıştır (DSÖ, 2019). Ancak günümüzde *herkes için sağlık* hedefine ulaşamamış, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmeleri suretiyle sağlığı geliştirmeye odaklanmak zorunda kalınmıştır (Edelman & Mandle, 1998).

Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma, sağlık durumunu bozabilecek davranışlarından uzak durma veya sakınmayı ifade eder. Emniyet kemeri takma, sigara-alkol kullanmama, kendine meme muayenesi yapma gibi davranışlar buna örnek verilebilir. Coplan (1960), sağlığı korumada üç düzey olduğunu belirtmiştir (Coplan'dan aktaran Pahalank, 1991). Bunlar:

Birincil Koruma

Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Hastalık riskini azaltıcı davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden faydalanmaya dönük aktiviteleri içerir. Örneğin; şehir su şebekesi yapılan dağıtımının sağlığa uygun olması, sağlıklı konut projeleri, geri dönüşüm çalışmaları, metropollerde kirli havayı önlemek amacıyla gerçekleştirilen toplu taşımaya teşvik projeleri gibi çevresel önlemlerin yanı sıra sağlık taramaları, aile planlaması gibi hizmetlerin sunulması, birincil koruma uygulamalarındandır (Pahalank, 1991).

İkincil Koruma

Hastalık sürecinin erken tanı ve tedavisini kapsamaktadır. Hastalık geri dönülemez evrelere gelmeden en erken sürede tedavi edilmesini amaçlar. Örneğin; anne ile bebek arasındaki kan

uyuşmazlığı teşhis ve tedavisi, kemik mineral yoğunluk ölçümü, kanda demir değerleri ölçümü ikincil koruma kapsamındadır (Pahalank, 1991).

Üçüncül Koruma

Hastalığın başlangıcı veya seyri değil, hastalık sonucunda bireyde oluşan deformasyonun olumsuz etkilerini en düşük düzeyde tutmayı amaçlar. Bireyin bedensel sakatlığını rehabilite etmenin yanı sıra sosyal yönden de uyumunu sağlamayı amaçlar (Pahalank, 1991; Sağlık Bakanlığı, 2007).

Sağlığı Geliştirme

DSÖ (2019)'ye göre sağlığı geliştirme; insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olmaları ve sağlıklarını geliştirmek için destek olunmasıdır.

Pender (1987)'e göre sağlığı geliştirme, *direkt iyilik düzeyini artırma ve birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleridir*.

Sağlığı geliştirme kavramının ilgi çekmesinin sebepleri Anderson tarafından 5 başlık altında toplanmıştır:

1. Sağlığın iyileştirilmesine ve yaşam kalitesinin yükselmesine olan ilginin artması,
2. İnsanların kendi yaşamlarını kontrol altına almak istemesi,
3. Sağlık eğitimlerine yönelik geleneksel uygulamaların etki sınırlılığı,
4. Pek çok hastalığın insanların yaşam biçimiyle ilişkili olduğunun fark edilmesi,
5. Sağlık durumu ve sağlık bakımı arasındaki ilişkiye yönelik artan bilimsel kanıtlar (Özvarış & Temel, 2007).

DSÖ (2019)'ye göre sağlık için birincil şartlar; gıda, barınak, sabit bir ekosistem, barış, eğitim, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyettir. Fiziksel, sosyal, ruhsal yönlerden tam bir iyilik halinin sağlanabilmesi için bireyler kendi isteklerini bilmeli, tanımalı; çevreyi değiştirebilmeli ve uyum sağlayabilmelidir.

Sağlığı geliştirmeye yönelik geliştirilen programların uygulamaya konabilmesi için pek çok model ortaya konmuştur. Pender'in sağlığı geliştirme modeli, bunlardan en önemlilerinden biridir.

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme modeli; sağlığı geliştirici davranışları, bunları etkileyen faktörleri ve ilişkilerini inceleyerek, nihai olarak yaşam kalitesini ve sağlığı artırmayı hedefler. Sağlığı geliştirme modeli ilk olarak 1987'de Pender tarafından geliştirilmiştir. Bu modelde bireye sağlığı geliştirme davranışının kazandırılması amaçlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi; toplum ve toplumu oluşturan birey ve aile gibi bütün birimlerin sağlık potansiyelinin geliştirilmesi, var olan sağlık davranışlarının ve iyilik halinin artırılması yönündeki bütün etkinlikleri ifade etmektedir (Brenda, 2006).

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramı'na dayanan model, bilişsel öğrenmelerin davranışlar üzerindeki etkisi temel olarak yapılandırılmıştır.

Sağlığı Geliştirme Modelinde bilişsel-algısal faktörler geliştirilecek olan sağlık davranışının kazanılmasında ve davranışın devam ettirilmesinde öncelikli motive aracıdır. Bunlar; *sağlığa verilen önem, öz etkililik ve yeterliliği algılama, sağlığın kontrolünü algılama, sağlık durumunu algılama, sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışları destekleyen ve engelleyen faktörleri algılamadır*. Modelde bulunan etkileyen faktörler; demografik özellikler, biyolojik özellikler, kişiler arası etkileşim, durumsal faktörler ve davranışsal faktörlerden oluşmaktadır (Pender, Barkauskas & Hayman, 1992).

Sağlığı Geliştirme Modelinde Bilişsel-Algisal Faktörler

Sağlığa Verilen Önem: Sağlık davranışının kazanılması, sergilenmesi ve devamlılığının sağlanması için kişide bulunması gereken motivasyon kaynağıdır. Kişi bir problem olduğunu algılamıyor veya gereken önemi vermiyorsa, sağlığını geliştirmek için herhangi bir adım atmayacak ve gayret sarf etmeyecektir.

Sağlık Kontrolünü Algılama

Kişinin kendi sağlık davranışlarına dönük algısının ve kontrolünün başkaları tarafından gözleniyor ve biliniyor olması, bireye yeni davranışlar kazandırmada motivasyon kaynağıdır. Bireyin sağlık kontrolü; içsel sağlık kontrolü, dışsal sağlık kontrolü ve şans etkisi olmak üzere üç düzeyde açıklanmaktadır. İçsel kontrol, kişinin kendi sağlığına yönelik aldığı sorumlulukları açıklamaktadır. Bireyin içsel kontrol başarısı ne kadar yüksekse, olumlu sağlık davranışı kazanma oranı da o derece yüksek olacaktır. Dışsal kontrol, bireyin çevresindeki aile, arkadaş gibi insanların, kişinin sağlığı üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Üçüncü olarak şans etkisi ise kişinin sağlığına dair konuları şansa bırakma durumunu açıklamaktadır. Şans etkisi ve dışsal etkinin yüksek seviyede olduğu bir kişide sahip olunan olumlu sağlık davranışı düşük seviyede olacaktır.

Öz-Etkililik ve Yeterliliği Algılama

Sağlığı geliştirme davranışı kişisel yargı yeteneğinin örgütlenmesi ile gerçekleştirilmektedir. Kişi herhangi bir sonuca varabileceğine inanıyorsa, sonuç odaklı hareket eder ve hayatının kontrolünü eline alır. Geliştirdiği *ben yapabilirim* inancı, bireyin içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma duygusunu yansıtır. Kişideki düşük öz etkililik duygusu, bireyde depresyon ve anksiyetenin varlığını işaret edebilir (Fidancı, 2010). Sağlığı Geliştirme

Modelinde sağlığı geliştirme davranışının başlatılmasında katalizör görevi gören öz-etkililik, davranışın sürdürülmesinde de önemli bir belirleyicidir (Yılmaz, 2014).

Sağlığın Tanımı

Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Kişinin sağlığı algılaması yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması ise kişiye olumlu sağlık davranışları kazandırmak güçleşmektedir. Bireyin sağlığı algılaması öncelikle kişisel faktörler olmak üzere farklı ırklara ve kültürlere mensup olma, yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Bir kişinin sağlıklı olduğuna karar verilirken, kişinin kendini sağlıklı olarak tanımlaması ve objektif gerçek olarak da sağlıklı olması gerekir.

Sağlık Durumunu Algılama

Araştırmalara göre kendi sağlık durumunu iyi olarak betimleyen kişilerin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyinin *ok iyi*, *kötü* veya *ok kötü* algılayan kişilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kendini *iyi hissetmenin* sağlık durumunu yükseltmek için motivasyon kaynağı olabileceği, kendilerini sağlıklı olarak algılayan bireylerin sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarf edecekleri belirtilmektedir.

Sağlığı Geliştiren Davranışın Yararını Algılama

Bireyde sağlık davranışı sergilemeye yönelik hazırbulunuşluğu belirtmektedir. Birey tarafından sağlık davranışları sergilenirken bireysel ve toplumsal düzeyde bir takım yararlar ve engeller göz önünde bulundurarak hareket edilir. Bunlar yarar algısı ve engel algısı olarak isimlendirilmektedir.

Yarar Algısı

Sağlık davranışı sonucunda hastalık tehdidin ortadan kalkacağına veya azalacağına dair kişide bulunan inançtır. Bireylere, yaşam süresi ve kalitesini artırıcı sağlık davranışları öğretilerek, sağlıkla ilgili olumlu tutum ve davranışların yararlı sonuçları gösterilebilir. Böylece kendi sağlığını kontrol etme ihtimali yükselir.

Engel Algısı

Bireyin, önerilen sağlık davranışını sergilemesi sonucunda psikolojik, kültürel, bireysel özellikler gibi çeşitli sebeplere bağlı olarak bir takım olumsuzlukların açığa çıkacağını düşünmesidir. Yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark, bireyin sağlık davranışını belirlemektedir. Yarar algısının engel algısına üstün gelme derecesi, olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığını artırır.

Sağlığı Geliştiren Davranışları Destekleyen ve Engelleyen Faktörler

Sağlığı geliştiren davranışları engelleyen özellikler; olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Sağlığı geliştiren davranışları destekleyen özellikler; olumlu yönde etkileyen içsel ve dışsal etmenlerdir. Bireyin fiziksel ve psikolojik özellikleri, bireyin bedensel ve psikolojik sağlık durumu, motivasyon gibi kişisel özellikler ile aile, kültür, toplum yapısı, yaşanılan coğrafya gibi çevreden gelen bir takım etmenler sonucunda bireyin sağlığı geliştirme davranışları desteklenebilir veya engellenebilir.

Sağlığı Geliştirmeyi Etkileyen Faktörler

Bu bölümde sağlığı geliştiren faktörlerden demografik faktörler, biyolojik faktörler, kişiler arası etkileşim ile durumsal ve davranışsal faktörler incelenecektir.

Demografik Faktörler

Cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik statü, mesleki durum gibi kişiye ait demografik özelliklerin sağlığı geliştiren davranışlar üzerinde bir takım etkisi bulunmaktadır.

Biyolojik Faktörler

Pender'in sağlığı geliştirme modeline göre boy ve vücut ağırlığı gibi biyolojik özellikler ile kalıtsal olarak taşıdığı hastalıklar bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir .

Kişiler Arası Etkileşim

Kişiler arası etkileşim, bireyin çevresindeki kişilerin davranışa dönük bireye verdiği destektir. Aile, arkadaş, akraba ve sağlık görevlileriyle iyi etkileşimin bireyin olumlu sağlık davranışını kazanması üzerinde etkisi olduğu ifade edilmektedir.

Durumsal ve Davranışsal Faktörler

Bireyde bulunan inanç, algı, beklenti, güdü, değer gibi bir takım bilişsel faktörlerin yanı sıra psikolojik özellikleri, edinmiş olduğu alışkanlıklar ve davranış biçimleri ile bilgi, beceri, bireysel yeterlilik bireyin sağlık davranışlarını etkilemektedir.

Sağlığı Geliştiren Davranışlara Katılım

Sağlık davranışının sergilendiği aşamadır. Davranışa dönük bir strateji belirlenir ve kendi yaşam biçimine göre düzenlenir. Örneğin; günlük egzersizini yapmak için zamanını ayarlayamamış bir birey, mesai saatleri içinde yapabileceği kendine, ortama ve şartlara uygun bir takım etkinlikler ile telafi edebilir (Pender'den aktaran Galloway, 2003). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinin ardından bu kavramları davranışa dönüştürmek, sağlıklı yaşam biçimi kazanmak adına önem kazanmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

1982 yılında sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içermektedir. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını 6 başlık altında toplamıştır: Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi (Walker, Madeleine & Pender, 1990).

Kendini Gerçekleştirme

Günümüzde sağlık, insanın fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi durumu gibi hayatın tüm yönlerini kapsayan bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Hayattan memnun olmayı ve hayat kalitesini de kapsayacak şekilde kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (Edelman ve Mandle, 1998).

Kendini gerçekleştirme, bireyin sahip olduğu bütün gizilgüçlerini tam olarak kullanabilmesi durumudur. Maslow tarafından yakından incelenen kavram, insan güdüsünün fizyolojik temellerini işlemektedir.

Kendini gerçekleştirme, kişinin daha öncelikli ihtiyaçları karşılansa bile (yemek yeme, uyku vb. temel fizyolojik gereksinimler, güvenlik gereksinimi, sevgi gereksinimi, saygı gereksinimi) kişi hayatında istediği şeyleri yapamıyorsa veya olmak istediği yerde değilse bir hoşnutsuzluk ve huzursuzluk hissi ile dolar. Bir müzisyen müziğini yapmalı, ressam çizimini yapmalı ve bir şair şiirlerini yazmalıdır. Bireyin bu ihtiyaı kendini gerçekleştirme olarak adlandırılır. Toplumda kendini gerçekleştirmiş insan sayısı oldukça az bulunmaktadır (Maslow, 1943).

Kendine gerçekleştirme basamağına ulaşan bireyler kendini; güçlü ve zayıf yönlerini tanır. Belirli hedefleri çerçevesinde hayatını sürdürür. Başarılarını bilir ve kendini takdir eder. Başarılarının ve kendi değerinin farkında olma niteliği, kendini gerçekleştirmiş birey özelliğidir. Maslow’a göre insan, hiyerarşik bir düzene göre çalışan güdülere sahiptir. Bir ihtiyaın ortaya çıkışı daha güçlü, daha önceden ihtiyaç duyulan bir ihtiyaın önceden karşılanmasına dayanır. İnsan sürekli isteyen bir hayvan gibidir. Ayrıca hiçbir ihtiyaç görmezden gelinemez veya ayrı bir muamele göremez; her basamak diğer basamakların memnuniyeti veya memnuniyetsizliği ile ilgilidir. Bir alt düzeydeki ihtiyaçların karşılandıktan sonra bir st düzeydeki ihtiyaçlar karşılanarak mutlu olunabilir. İhtiyaçların şiddeti bireyden bireye göre farklılık gösterebilmektedir. Maslow’un beş basamağa ayırdığı ve bazı yazarların da yedi basamakta ele aldıkları bu ihtiyaçlar sıralaması aşağıdaki gibidir (Maslow, 1943).



Şekil 1. Maslow'un temel ihtiyaçlar piramidi. "A Theory of Human Motivation", A. H. Maslow, 1943, Psychological Review, 50, s. 370 makalesinden aynen alınmıştır. Telif hakkı Psychological Review dergisine aittir, 1943.

Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin sağlığına yönelik koruyucu davranış sergilemesi ve sağlığı geliştiren davranışlarında tutum ve davranış değişikliği göstermesidir. Bireyin sağlık sorumluluğu düzeyinin belirlenmesi; bedenini tanıması, sağlığında olumsuz bir yönde önemli bir değişiklik olduğunda vakit kaybetmeden gerekli önlemleri alması ve bir sağlık kuruluşuna başvurması, belli rutinlerde sağlık kontrollerini yaptırması, sağlık yayınlarını takip etmesi ve kendini yenilemesi davranışlarına bakılarak tespit edilebilir (He, Kramer, Houser, Chomitz & Hacker, 2004).

Pender sağlık sorumluluğunu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin

içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Pender vd., 1992).

Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

DSÖ (2019)'ye göre fiziksel aktivite, iskelet kaslarının enerji harcamasını gerektiren herhangi bir bedensel harekettir. Egzersiz ise beden sağlığının korunması veya iyileştirilmesi amacıyla planlanmış, yapılandırılmış, tekrarlanan; fiziksel aktivitenin alt kategorisinde bulunan hareketlerdir. Fiziksel aktivite ile egzersiz arasındaki fark, fiziksel aktivitenin günlük yapılan bütün işleri ve kas hareketini kapsamasıdır. Egzersiz ise bir takım spor etkinlikleri kapsamında özel, düzenli ve devamlı kas hareketi sistemidir.

Fiziksel egzersiz; kaygı, stres, depresyonun azaltılması, zihinsel sağlığın sürdürülmesi, psikolojik zindeliğin sağlanmasında pozitif etkiler yaratırken, sigara tüketiminde ve fazla vücut ağırlığında azalma sağlar. Adölesan dönemden sonra artmakta olan fiziksel hareketsizlik, kanser, kalp-damar hastalıklarının gelişme olasılığını artırmaktadır. Dünyada yetişkin nüfusun %60'ının ve genç nüfusun üçte ikisinin yeterli fizik aktivite yapmadıkları, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir (DSÖ, 2006).

Fiziksel hareketsizlik (fiziksel aktivite eksikliği), dünyada ölümcül risk faktörü olarak dördüncü sırada tanımlanmıştır. Bu sıralama küresel ölümlerin % 6'sı'na tekabül etmektedir. Ayrıca, fiziksel hareketsizlik meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık % 21–25'ine, diyabetin % 27'sine ve iskemik (kan akımının azalması) kalp hastalığı yükünün yaklaşık % 30'una ana neden olduğu tahmin edilmektedir. Fiziksel aktivitenin arttırılması sadece bireysel bir problem değil, toplumsal bir durumdur. Bu nedenle, nüfus temelli, çok sektörlü, çok disiplinli ve kültürel açıdan ilgili bir yaklaşım gerektirir (DSÖ, 2019).

Fiziksel aktivitenin bedensel sağlık üzerindeki bazı etkileri şunlardır; kas kuvvetinin korunması ve arttırılması, vücut düzgünlüğünün ve postürün korunması, yorgunluğun

azalması, kalp ritminin düzenlenmesi, kan akışının artımı ile kalbin güçlenmesi sonucu kalp krizi riskinin düşmesi, solunum kapasitesinde artış. Bunların yanı sıra düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur. Vücudun su, tuz, mineral kullanımının dengelemesini sağlar. Enerji gereksinimini yağları yakarak karşılama alışkanlığı getirerek metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler. Damar yapısına etkileri nedeniyle beyine olan kan akışının artışına bağlı olarak erken demans (bunama) ve unutkanlık gelişim riskini azaltır. Beyin damar hastalıkları gelişim riskini azaltır.

Fiziksel aktivitenin ruhsal ve sosyal yönden sağlık üzerine olan etkileri şunlardır;

Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır. Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir. Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturur (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. İnsanın yaşamı için 50' ye yakın besin öğesine gereksinimi vardır. İnsanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişme engellenir, sağlık bozulur. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

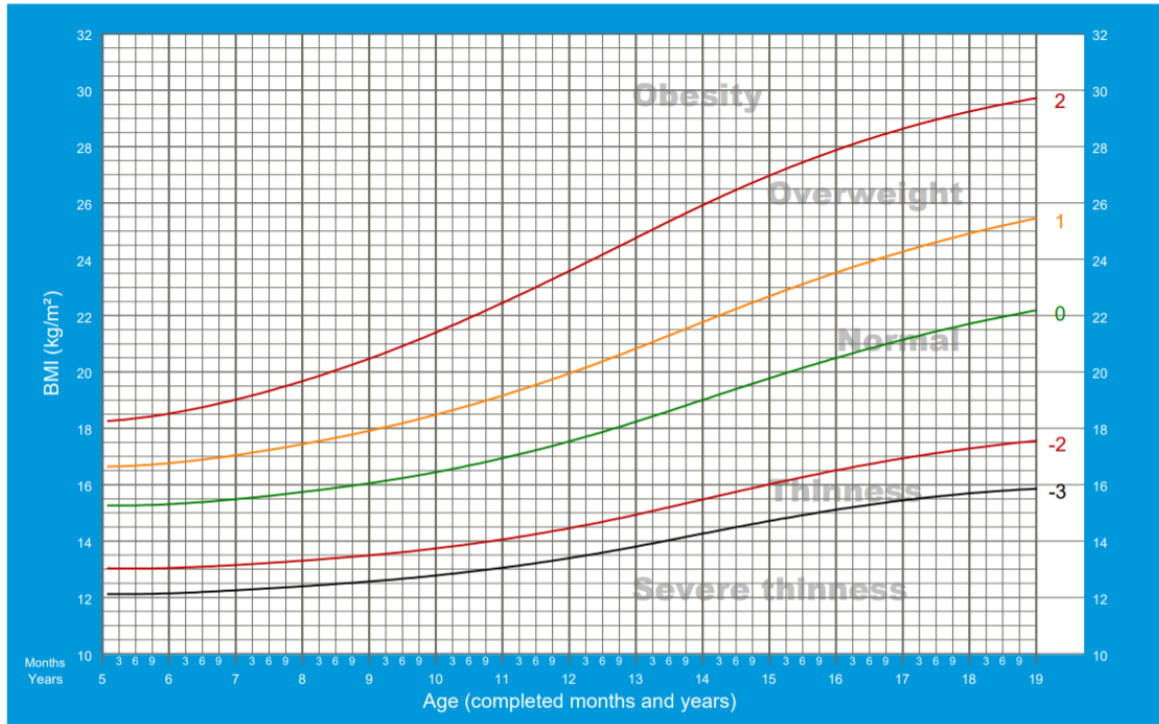
DSÖ (2018)'ye göre beslenmeyle ilgili bazı ana etmenler şöyledir:

- Sağlıklı beslenme, optimal sağlık için çok önemlidir, ancak küresel olarak sağlıksız beslenme, küresel hastalık yükünün en önemli risk faktörlerinden biridir. Neredeyse üç kişiden biri en az bir yetersiz beslenme biçiminden muzdariptir ve dünya nüfusunun büyük bir kısmı kalp hastalığı, felç, diyabet ve kanser gibi diyetle ilgili hastalıklardan etkilenmektedir.
- Yiyeceklere erişim genellikle ekonomik güç, eşitsizlik, ayrımcılık ve sosyal statü ile ilişkilidir, bu nedenle bazı insanlar diğerlerine göre daha sağlıklı bir diyetle erişmekte zorluk çekerler.
- Yüksek oranda işlenmiş ve enerji bakımından yoğun olan besleyici gıdalar daha ucuz ve daha yaygın olarak bulunmaya başlamıştır. İnsanlar yeterli miktarda meyve, sebze ve bakliyat yememekte, kalorisi, yağı, şekeri ve tuzu çok fazla olan gıdalar tüketmektedirler.
- Sağlıklı beslenme ile kalori tüketimi enerji harcamasıyla dengelenmektedir. Protein, lif bakımından zengin karbonhidratlar ve doymamış yağlar dengede olmalı, tuz tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Sağlıklı beslenme uygulamaları yaşamın erken döneminde başlar; emzirme sağlıklı büyümeye yardımcı olur ve bilişsel gelişmeyi iyileştirir. Daha sonra aşırı kilolu veya obez olma riskini azaltmak gibi sağlık açısından uzun vadede faydaları olabilir.
- Enerji alımı (kaloriler), enerji harcaması ile dengede olmalıdır. Sağlıksız kilo alımını önlemek için, toplam yağ, toplam enerji alımının% 30'unu geçmemelidir.
- Endüstriyel olarak üretilen trans yağlar tüketilmemelidir.

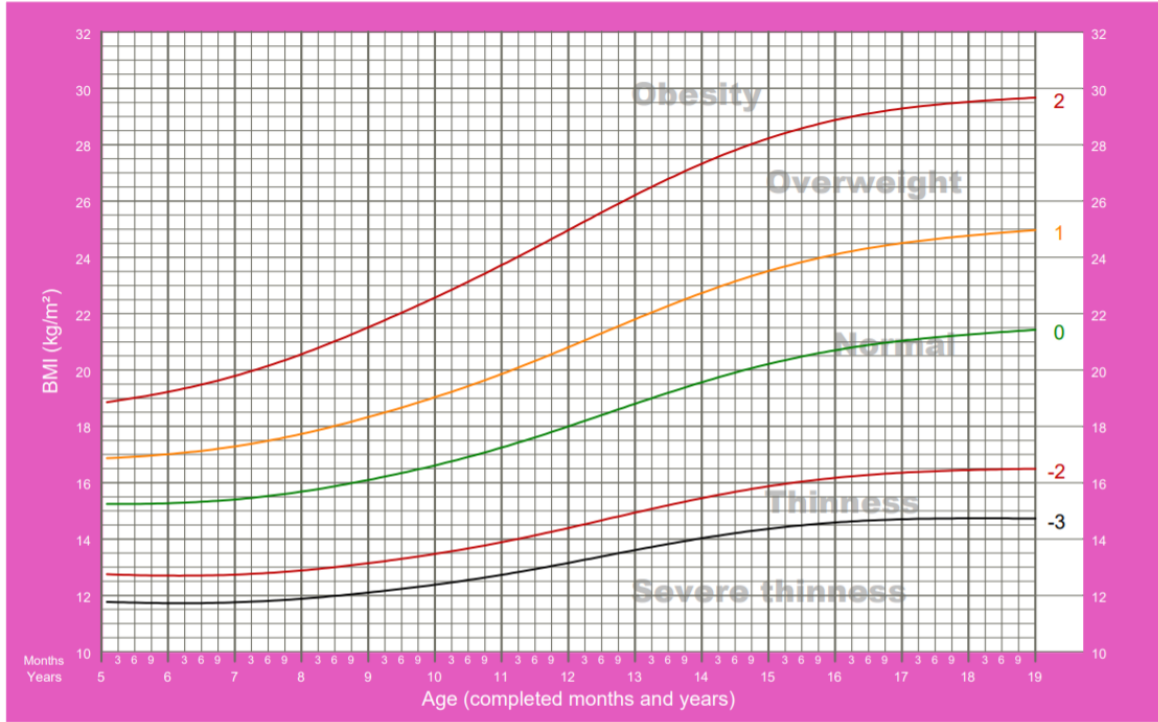
Aşırı kilo ve şişmanlık, sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Tanılama kolaylığı açısından belli kategorilere ayrılmıştır. Vücut kitle indeksi (BKİ), yetişkinlerde aşırı kilo ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak

kullanılan basit bir boy-ağırlık indeksidir. Bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden karesinin (kg/m^2) bölünmesiyle tanımlanır (DSÖ, 2019).

5-19 yaş arası bireylerde BKİ hesaplama yetişkinlerden farklıdır. DSÖ'nün erkek ve kız çocuklar için yaşa göre BKİ değerlendirme (z-skorları) tablosu Şekil 2 ve Şekil 3'te gösterildiği gibidir.



Şekil 2. Erkek çocuklar için yaşa göre BKİ değerlendirme (z-skorları) tablosu. “Obesity and over weight”, World Health Organisation, 2019, https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ sayfasından erişilmiştir.



Şekil 3. Kız çocuklar için yaşa göre BKİ değerlendirme (z-skorları) tablosu. “Obesity and over weight”, World Health Organisation, 2019, https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/ sayfasından erişilmiştir.

Adölesanların beden kitle indeksi değerlendirmeleri yetişkinlerden farklı olduğu için DSÖ’nün adölesan kız ve erkekler için geliştirdiği beden kitle indeksi standartları kullanılmıştır. Tablonun yatay eksenini yaşı, dikey eksenini vücut kitle indeksini gösterir. Bireyin yaşı ve BKİ değerinin tabloda kesiştiği nokta tespit edilir. Buna göre; -3 ve altındakiler aşırı zayıf; -3 ve -2 arası zayıf; -2 ve 1 arası normal; 1 ve 2 arası şişman; 2 ve üzerindekiiler obez olarak tanımlanmaktadır.

Kişiler Arası Destek

Kişiler arası destek; kendine yakın gördüğü kişi veya kişilerle anlamlı ve doyurucu ilişkiler kurma, duygusal ve fiziksel temasta bulunabilme, beraber vakit geçirmek üzere zaman

ayırma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma ile problemlerini çözme olarak tanımlanmıştır. Bireye destek olan kişiler bireye koşulsuz bir ilgiyle yaklaşırlar. Karşılıklı güvene dayanan tutumlar ile iletişim desteklenir. Destek gören birey sorunlarıyla daha sağlıklı başa çıkar. Problemlerle başa çıkma biçimi kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Yaş, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörler, içinde bulunulan toplumsal şartlar vb. kişiler arası ilişki ve kişiler arası destek sürecini etkiler (Pender vd., 1992). Art arda yapılan pek çok çalışmada ilgili, umursayan ve kabul edici anne babaların ve koruyucuların, hangi şartlar olursa olsun yanında olduğunu bilen ergenlerin; yaşitlarına göre daha sağlıklı, mutlu ve yeterli oldukları bulunmuştur. Bu sonuç ergenin cinsiyetine, yaşına, etnik kökenine, toplumsal sınıfı fark etmeksizin evli veya boşanmış, tek veya çift ebeveynli, yoksul veya varlıklı bütün aile tipleri için geçerlidir.

Stres Yönetimi

Stres; bireye zor gelen, üzerinde baskı ve engellenme oluşturan, üzüntü veren ve bunaltan, kişinin kısa veya uzun zaman uyumunu bozan yaşam olaylarıdır. Stres altında olan birey karar vermekte zorlanır. Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terk edilmişlik duygularını yaşar. Sigara ve alkole olan meyil artar. Stres altındaki kişiler öfke ve kızgınlık ile duygularını yansıtabilirler. Sürekli geçmişteki hatalarını ve başarısızlıklarını düşünür, sık sık düşüncelere dalarlar. Aşırı hayal kurma, duygusal ve cinsel hayatta olumsuz davranışlar sergileme gibi durumlar görülmektedir (Baltaş & Baltaş, 1996).

Stresle başa çıkma; bireyin stresli bir durumla karşılaştığında kendi başına ürettiği bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır (Folkman ve Lazarus, 1988).

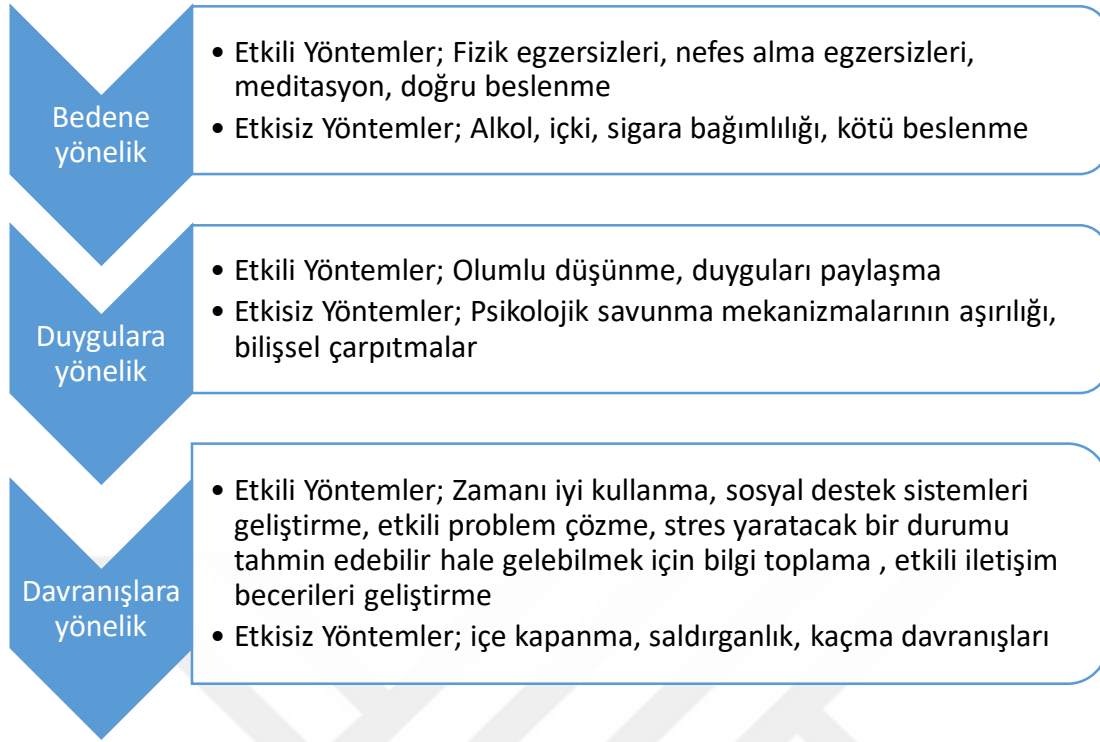
Geliştirdikleri Stresle Başa Çıkma Modelinde Folkman ve Lazarus (1991), başa çıkma çabalarını problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere ikiye ayırmıştır. Problem odaklı başa çıkma, tehdit edici olanı ortadan kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içerir (Lazarus'tan aktaran Türküm, 1999). Duygu odaklı başa çıkma, bireyin

stres yaratan uyaran ile mücadele etmek yerine, uyarıcının kendi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için durumun gerçekliğini kabullenme, problemden uzak durma ve deneyimlediği olumsuz duyguları paylaşması davranışlarını belirtir (Lazarus, 1993).

Stresle baş etmede ilk adım olarak bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olması gerekmektedir. Lazarus'a göre birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme stratejileri uygulamaktadır. Stresin birey için taşıdığı anlam birincil değerlendirme iken bireyin stres durumu karşısında baş etme seçeneklerini belirlemesi ikincil değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Birincil değerlendirmeye bireyin inançları, değerleri, amaçları, olayları kontrol edebilirliği etki ederken, ikincil değerlendirmeyi bireyin kişiliği, sosyal destekleri, ahlakı gibi öz kaynakları etkilemektedir. Genel olarak stresle baş etmede etkili ve etkisiz yöntemler Şekil 3'te gösterilmiştir (Baltaş & Baltaş, 1996; Berçin, 2010; Pender vd., 1992).

Stresle baş etmede birinci adım, bireyin kendisini strese sokan kaynağın ve stresliyen hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Lazarus'a göre birey öncelikle stresin çıkış noktasını değerlendirmekte (birincil değerlendirme), ardından başa çıkma stratejisi geliştirmektedir (ikincil değerlendirme). Birincil değerlendirmeye bireyin inançları, değerleri, amaçları, olayları kontrol edebilirliği etki ederken, ikincil değerlendirmeyi bireyin kişiliği, sosyal destekleri, ahlakı gibi öz kaynakları etkilemektedir.

Genel olarak etkili ve etkisiz stresle baş etme yöntemleri şöyledir (Baltaş & Baltaş, 1996);



Şekil 4 . Stresle baş etme yöntemleri. “*Stres ve Başa Çıkma Yolları*”, A. Baltaş & Z. Baltaş, 1996.

Ergenlerde Sağlığı Geliştirme

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin sebep olduğu cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik; hızlı fiziksel, psikolojik ve toplumsal değişmelere özgün bir dönemdir (Çuhadaroglu, 2000). DSÖ’ye göre 10-19 yaş arası ergenlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde ergen yetişkinliğe ve rollere hazırlanır, bir başka ifadeyle tüm yaşamını etkileyebilecek davranış biçimi geliştirir (Dağdeviren 2010, Geçkil 2002).

Sağlığı geliştirmede ergenlik dönemine odaklanılmasının beş temel nedeni bulunmaktadır (Viner & Macfarlane, 2005)

- 1- Ergenlik döneminde geliştirilen sağlık davranışları, yetişkinlikte de devam eder.

- 2- Ergenlik döneminde geliştirilen sağlık davranışları, ergenliği etkiler: Bu dönemde geliştirilen davranışların uzun vadede yetişkinliğe etkisi olduğu gibi, halen içinde bulunulan ergenlik döneminde de yaşam kalitesine direk etkisi vardır. Örneğin; egzersiz yapmak, motorlu taşıtları güvenli kullanmak, risk içeren cinsel aktivitelerden kaçınmak (cinsiyet değiştirmek veya ergen hamileliği ile sonuçlanabilecek davranışlar gibi).
- 3- Bu dönemde hastalık ve ölüme dair endişe verici eğilimler vardır: İntiharlar, uyuşturucu kullanımı, sağlığını ve hayatını riske atacak tehlikeli davranışlarda bulunma.
- 4- Bu dönemde sağlık riskleri artmaktadır: Sigara, alkol, uyuşturucu, risk içeren cinsel aktivite, şiddet, okulu bırakma, anti-sosyal davranışlar, istismar, duygusal problemler.
- 5- Döneme özgü gelişimsel durumlar söz konusudur: Örneğin; erken ergenlikte ebeveynler ile fikir ayrılığı yaşanır. Arkadaş grupları daha önemlidir ve sağlık riskine atıcı davranışlar sergilenebilir. Orta ergenlikte otonomide bir artış gözlenir; geç ergenlikte sosyal otonomi sonucu arkadaş grupları yerini daha küçük gruplara ve ikili ilişkilere bırakır.

Bu sebeplerle ergenlik döneminin, olumlu sağlık davranışları kazandırılacak sağlık programlarının uygulanabileceği en önemli dönemlerden biri olduğu belirtilmiştir.

Ergenlere yönelik geliştirilecek programların, stratejilerin, politikaların ve araştırmaların temel amaçları şu şekilde olmalıdır;

- Ergenlerin sağlık sorunları kapsamlı bir şekilde tanımlanmalı,
- Ergenlere kendi sağlığını geliştirme konusunda yeterlilik kazandırılmalı,
- Ergenlerin çevresinde bulunan herkesin ergenliğin gelişimsel gereksinimleri hakkında bilgilenmesi sağlanmalı,

- Ergenlere yönelik sağlık hizmetlerinin ve ergenin sosyal çevresinin düzenlenmesine yönelik toplum temelli programlar hazırlanmalı ve uygulanmalı,
- Ergenlere yönelik programların maliyet etkililiği olmalı,
- Ergenler üzerinde etkili olmalı ve bütün grubun ihtiyaını karşılayacak düzeyde olmalı,
- Sonuç odaklı olmalıdır (Toumbourou, Patton, Sawyer, Olsson, Webb-Pullman, Catalano & Godfreyvd, 2000).

İlgili Araştırmalar

Bu bölümde ilgili araştırmalar tarihsel sıraya göre ele alınmıştır.

Ardıç (2008)'ın gerçekleştirdiği çalışma kapsamında, ergenlik dönemindeki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tespit etmek ve bu davranışları etkileyen faktörlerle ilişkisini belirlemek için tanımlayıcı-ilişki arayıcı yöntem ile araştırma yapılmıştır. Araştırmanın rneklemine 14-18 yaş grubundaki 912 ğrenci oluşturmuştur. Araştırmada, sağlığı geliştirme modeli temel alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen Adölesanların Tanıtıcı zelliklerini Değerlendirme Formu ile Hendricks, Murdaugh ve Pender (2006) tarafından geliştirilen Adölesan Yaşam Biçimi leği (AYB) işe koşularak veri toplanmıştır. İlgili AYB'nn geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu alışma sonucunda araştırmaya katılan ergenlerin %69,3' sağlığını iyi olarak ifade etmiştir. Toplam sağlık davranışları puanı ile yaş, yaşanılan yer, baba eğitimi, anne mesleği, aile ve arkadaş ilişkisi, akraba ile görüşme sıklığı, hastalık varlığı ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon tespit edilmiştir.

Berçin (2010)'ın çalışması ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen bazı faktörleri belirlemek ve bu veriler ışığında sağlık eğitimi programları

geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Kesitsel tipteki bu araştırma 9. ve 12. sınıfta okuyan 390 öğrenci ile uygulanmıştır. Araştırma ile ilgili veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-ekonomik bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile toplanmıştır. Öğrencilerin ölçek puanları ile sınıf, cinsiyet, doğum yeri, yaşamının büyük bir çoğunluğunu geçirdiği yer, annenin öğrenim durumu, annenin çalışma durumu, babanın öğrenim durumu, konut mülkiyeti, ekonomik durum, spor yapma olanağı, sosyal aktiviteye katılım, sağlık güvencesi, sağlığı algılama ve kronik hastalık durumu değişkenleri açısından incelenmiştir. Benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında ankete yanıt veren öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Karadamar (2010)'ın araştırması lise 1. sınıf düzeyinde öğrenim gören ergenlerin kilolarına yönelik algılarının sağlığı geliştirme davranışları ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemi belirlenirken cinsiyet ve lise türü değişkenleri baz alınmış ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem, minimum 750 katılımcı olacak şekilde yapılandırılmıştır. Veri toplama sürecinde kullanılan araç 2 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümlerde öğrenci ve ebeveynlerin fiziksel özellikleri ve kilo algılarına yönelik sorulara yer verilmiştir. Bunun yanı sıra Pender (1987)'in geliştirmiş olduğu Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan ergenlerin %13,3'ünün zayıf, %73,1'inin normal, %8'inin fazla kilolu, %5,6'sının obez olduğu belirlenmiştir. Gerçekte fazla kilolu/obez olanlar %13,6 iken ergenlerin %37,1'i kendisinin kilolu olduğunu düşünmektedir. Bireylerin kilolu olduğunu düşünme oranı cinsiyete göre farklılaşmakta olup kızlarda (%47,9) erkeklere oranla (%27,5) anlamlı düzeyde daha fazladır ($p=0,001$). Ergenlerin SYBDÖ puan ortalaması $126,4 \pm 19,5$ olup; kilolarına yönelik algı puanları ile SYBDÖ ölçeğinin alt gruplarından olan kendini gerçekleştirme boyutu ile arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur ($p=0,011$). Kilolu olmadığını düşünen bireylerin kendini gerçekleştirme puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin SYBDÖ toplam puanları ve beslenme ve egzersiz boyutuna ilişkin puanları kızlara nazaran daha yüksektir ($p=0,043$).

Kefeli (2010) Samsun il merkezinde lise düzeyinde yaptığı çalışmada öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörlerle ilişkisini belirtmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda kesitsel özellikte olan araştırma verileri toplanmıştır. Çalışma grubu tabakalı rastgele yöntemle seçilen 378 kişiden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür baz alınarak geliştirilen Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerini Değerlendirme Formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilere göre; araştırmaya katılan lise öğrencilerinin SYBDÖ toplam puan ortalaması $126,31 \pm 18,26$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan lise öğrencileri, en fazla puanı *kendini gerçekleştirme*, en düşük puanı ise *fiziksel aktivite* alt boyutlarından almışlardır. Katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, okul dışında bir işte çalışma durumu, boş zamanında gerçekleştirdikleri etkinlikler, başvurdukları sağlık kurumları), ailelerine ilişkin bilgiler (ailenin sosyo-ekonomik durumunu belirten değişkenler), beden kitle indeksleri, kilolarına ilişkin öz değerlendirmeleri, sigara ve alkol kullanımı ve sağlık durumuna yönelik algıları ile ölçekten elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$).

Fidancı (2010), hem ergenleri hem de ailelerini sürece dahil eden bir çalışma gerçekleştirmiştir. İlgili çalışmada Nola J. Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) uygulanmış ve bu modelin obez çocuklar ve ebeveynlerin özgüven algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkileri eylem araştırması yöntemi ile irdelenmiştir. Çalışmaya toplamda 86 obez çocuk ve ailesi katılım göstermiş ve bu çalışma grubu deney ve kontrol olmak üzere 2 farklı gruba bölünmüştür. Deney grubu ile SGM esas alınarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler aracılığı ile katılımcıların obezite ile ilgili algıları belirlenmiş ve eğitim gereksinimleri tespit edilmiştir. Deney grubundaki çocuklara eğitim verildikten sonra izlem programına dahil edilmişlerdir. Araştırmanın kontrol grubuna ise kliniğin mevcut prosedürü işletilmiştir. Fakat araştırma sonunda kontrol grubundan isteyen bireylere deney grubuna uygulanan eğitim verilmiştir. Deney grubunun uygulama

öncesi ve 3 ay süren uygulama sonrası verileri kıyaslandığında BKİ değerlerinin ve sedanter (hareketsiz) aktivite sürelerinin anlamlı derecede azaldığı, beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının düzene girdiği, egzersiz yapma sürelerinin artış gösterdiği ifade edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların uygulanan özgüven ölçeğinden aldıkları puanlar artış göstermiştir. Araştırmanın sonucunda gerçekleştirilen uygulama ve izlem programının obez çocuk ve ailelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada ve özgüvenleri üzerinde olumlu yönde etkili olduğu ifade edilmiştir. Bu bireyler için salt kilo vermeyi hedefleyen programlar yerine, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasını amaçlayan modele dayalı programların uygulanması tavsiye edilmiştir.

Limnili (2010) yaptığı araştırmada, Balçova’da liselerde öğrenimine devam etmekte olan ve yaşları 15 ile 17 arasında değişen öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile obezite arasındaki ilişkinin ortaya konulmasını amaçlamıştır. Bu bağlamda araştırmada kesitsel tipte bir çalışma yürütmüştür. İlgili çalışmaya 1089 öğrenci katılmıştır. Gönüllülük esas alınarak katılımcıların kiloları, boyları, deri kıvrım kalınlıkları, bel ve kalça çevresi uzunluğu kaydedilmiştir. İlgili verilerin analizi sonucunda katılımcıların %80,8’inin BKİ normal sınırlarda, %10,1’inin aşırı kilolu ve %9,1’i obez olduğu tespit edilmiştir. Kız öğrencilerde obezite oranı %5,9 iken erkek öğrencilerde obezite oranı %13,6 şeklinde hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %43,9’u haftalık olarak sadece terleyecek kadar egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları ile obezite arasında anlamlı bir korelasyona rastlanmamıştır ($p>0,05$). Çalışma sonucunda araştırmacı, özellikle ergenlik döneminde meydana gelen gelişimin sağlıklı bir biçimde tamamlanabilmesi için obezite sıklığının azaltılması gerektiğini ifade etmiştir. Bunu sağlamanın yolu olarak ise ergenlere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması gerektiğini vurgulamıştır.

Yıldız (2010) gerçekleştirdiği çalışma kapsamında lise öğrencilerinde problemli internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi irdelemiştir. Bu amaç doğrultusunda, analitik kesitsel araştırma gerçekleştirmiştir. İlgili çalışmanın evrenini Sivas

ilinde bulunan 31 farklı lisede öğrenim gören 18.964 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise toplam 7 lisede öğrenim gören 1.000 öğrenciden oluşmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin analizi sürecinde korelasyon analizi, t testi, varyans analizi kullanılmıştır. Analizlerin sonucuna göre katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve problemli internet kullanımı puanları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=-0,129$).

Binay (2012)'ın çalışmasında ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İlgili araştırmanın çalışma grubu, 59 farklı lisenin birinci sınıfında okuyan 17.261 öğrenciden oluşmaktadır. Verilerin toplanması aşamasında 13-16 yaş grubu bireylerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Katılımcıların öz yeterlik seviyelerini belirlemek amacıyla Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) kullanılmıştır. Bunun yanı sıra Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda Ergenlerin SYBDÖ ortalama puanı $127,88 \pm 21,16$ olarak tespit edilmiş ve orta düzey olarak gruplandırılmıştır. Öğrencilerin GÖYÖ puan ortalaması ise $31,53 \pm 5,02$ olup orta düzeyin üstünde gruplanmıştır. SYBDÖ ve GÖYÖ ortalama puanı cinsiyete göre farklılık göstermek olup erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksektir. Katılımcıların yalnızca %37,6'sı sosyal aktivitelere katıldığını söylemişlerdir. Herhangi bir sosyal aktiviteye katılanların SYBDÖ ve GÖYÖ puanları herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayan ergenlere kıyasla daha yüksektir ($p<0,001$). Araştırma sonucunda yazar, ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirebilmesi için uygun becerilere sahip olması gerektiğini ifade etmiştir. Araştırmacı ayrıca, öz yeterlilik becerisinin ilgili diğer becerilerin kazanılmasında önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır.

Öztürk (2013) ceza evinde kalan ergenlere yönelik bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada, ilgili bireylerin sağlık davranışlarının saptanması ve bu davranışların sağlık geliştirme modeli çerçevesinde verilen eğitimin davranış değişikliği üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İlgili çalışmada ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel

desen kullanılmıştır. Bu çalışmanın evrenini, İstanbul Maltepe Çocuk ve Gençlik Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda kalan 276 ergen oluşturmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında 268 ergene, Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin alt boyut puanlarına bakıldığında Stres Yönetimi alt boyutunun ($1,53 \pm 0,30$) diğer alt boyutlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmanın ikinci bölümünde ise 73 ergene Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan ergenler *Stres Yönetimi Geliştirme Programına* dahil edilmişlerdir. Gruplara ön test, son test ve programdan 1 ay sonra tekrar test uygulanmıştır. Program sonucunda, ikinci ve üçüncü ölçümlerde deney ve kontrol gruplarının Stresle Başa Çıkma Tarzları puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çalışma sonucunda ilgili programın stres yönetimi sürecinde olumlu yönde davranış değişikliğine sebep olduğu belirtilmiştir.

Yılmaz (2014), obez lise öğrencilerine Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile ön test-son test kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak araştırmasını gerçekleştirmiştir. Araştırma 14 lisede yapılan obezite taraması ile en fazla obez öğrenci tespit edilen 4 farklı lisedeki 136 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçme yoluna gidilmemiştir. Araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uyan 55 deney, 59 kontrol olmak üzere toplam 114 öğrenci ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Öğrencilere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu, Obeziteye İlişkin Risk Faktörleri Formu, Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) ve Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna üç ay süre ile obeziteye ilişkin risk faktörlerini azaltmaya yönelik hazırlanan eğitim, okulların bünyesinde eğitim amaçlı hazırlanan salonunda grup eğitimi şeklinde verilmiştir. Eğitim sonrasında üç aylık izlem ve danışmanlık yapılmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, friedman testi, bağımsız gruplarda t testi, mann-whitney U testi ve wilcoxon eşleştirilmiş t-testi kullanılmıştır. Obez öğrencilere verilen sağlığı geliştirme eğitimi ile öğrencilerde BKİ değerinin anlamlı derecede azaldığı, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının

düzenlendiği, sedanter yaşam süresinin azaldığı, AYBÖ ve ÇİYKÖ genel puan ortalamalarının ön teste göre arttığı, deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Obez öğrencilere sağlıklı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği ve yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiştir.

Uzun (2014)'un araştırması ise, obezite durumunun bireyler üzerindeki davranışsal, fizyolojik ve psikolojik risk faktörlerine odaklanmıştır. İlgili çalışma liselerin 9., 10. ve 11. sınıflarında okuyan 625 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Öncelikle öğrencilerin yaş ve cinsiyetlerinin baz alındığı beden kitle indeksleri belirlenmiştir. Bu veriler ile gerçekleştirilen analizler sonucunda katılımcıların %12,3'ünün fazla kilolu ve obez olduğu tespit edilmiştir. Davranışsal, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin beden kitle indeksi artışını yordayıp yordadığını değerlendirmek için analizler gerçekleştirilmiştir. İlgili analizler sonucunda bazı faktörlerin beden kitle indeksini yordadığı bulunmuştur. Bu faktörler şöyle sıralanmıştır: Katılımcının ailesinde kilosu fazla olan bireylerin bulunması, erken ergenlik, su tüketim miktarının yetersizliği ve hızlı yemek yeme alışkanlığı. Bunlara ek olarak psikolojik etmenlerden *aileden algılanan psikolojik kontrolün* beden kitle indeksinin artışını yordayan bir değişken olduğu ifade edilmiştir. İlgili araştırmanın sonucunda psikolojik etmenlerin de obezitede etkili faktörler olduğu dile getirilmiştir.

Coşkun (2015)'un gerçekleştirdiği araştırma kapsamında ergenlerin sağlıklı yaşam biçimine yönelik uygulanan sağlık eğitimi ve danışmanlık programının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubu, 120 kontrol grubu, 132 deney grubu olmak üzere 252 ergenden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireyler hakkında veri toplamak için Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) kullanılmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcıların bilgi düzeyleri ve e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmiştir. Çalışmanın deney grubuna 3 ay süre ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik web destekli sağlık eğitimi ve danışmanlık programı uygulanmıştır. Kontrol ve deney gruplarının uygulama sonrası ve uygulama öncesi puanları kıyaslandığında; AYBÖ, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler

arası ilişkiler, spiritüel sağlık, e-sağlık okuryazarlığı ve bilgi düzeyi puanlarının deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde arttığı ortaya konulmuştur. Fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi farkının deney grubunda daha fazla artış gösterdiği fakat bu puan farkının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda Coşkun, işe koşulan web destekli eğitim ve danışmanlığın, interneti aktif kullanan ergenlerin riskli davranışlardan korunmasına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi yönünde faydalı olacağını dile getirmiştir.

Kaya (2016) çalışması kapsamında, çocukluk çağında kanser tedavisi almış ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesini amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda daha önce tedavi görmüş ve tedavisinin tamamlanmasının ardından en az 2 yıl geçmiş olan 116 ergen ile araştırma yürütmüştür. Bu katılımcıların yaşları 10 ile 19 arasında değişmektedir. Çalışmaya katılım gösteren ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nden aldıkları ortalama puanları $137,57 \pm 20,57$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasına sahip boyut manevi gelişim boyutu iken düşük puan ortalamasına sahip boyut ise fiziksel aktivite boyutu olarak belirlenmiştir. Erkek ergenlerin beslenme puanlarının kız ergenlerin beslenme puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda eğitim seviyesi ile fiziksel aktivite ve beslenme puanları arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur. İlgili çalışma sonucunda, çocukluğunda kanser tedavisi gören ergenlerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Yeşilfıdan (2016) araştırmasında, obezite açısından riskli ergenlere yönelik olarak Olumlu Sağlık Davranışları Geliştirme Eğitimi uygulamıştır. Uygulanan eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisini irdelemiştir. Araştırmaya başlamadan önce katılımcıların fiziksel değerleri (boy, kilo) ölçümlenmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumda bulunan ve obezite açısından riskli olduğu belirlenen öğrencilerin tamamı (n=78) çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara, olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitimi programı uygulanmıştır. Eğitimin bitiminde son test ve son testten 4 hafta

sonra tekrar test uygulanmıştır. Araştırmada, eğitim sonrası birinci izlem ve eğitim sonrası ikinci izlem Sağlık Sorumluluğu, Fiziksel Aktivite, Beslenme ve SYBDÖ II toplam puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası birinci izlem Kişilerarası İlişkiler ve Stres Yönetimi puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. İlgili araştırmanın sonucunda, uygulanan eğitim programının katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktiviteleri üzerinde olumlu yönde etkisinin olduğu ifade edilmiştir.

Erbaba (2018) çalışmasında, orta ergenlikteki obez kız öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve menstürel semptomlarının iyileşmesine etkisinin incelenmesi amacıyla 9., 10. ve 11. sınıf obez kız öğrencilere beslenme, fiziksel aktivite ve menstürel semptomları iyileştirmeye yönelik eğitimler verilmiştir. Araştırmanın örneklemini 3 farklı lisede öğrenim gören, demografik özellikleri birbirine yakın 128 obez kız öğrenci oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından geliştirilen Beslenme, Fiziksel Aktivite, Menstürel Semptomlarla Baş Etme Yöntemleri Eğitimi Programı müdahale grubuna uygulanmak üzere geliştirilmiştir. Verilen eğitim iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşamada haftada bir kez 120 dakika olmak üzere; sonraki aşamada ise 3 ay süresince her ay 120 dakikalık pekiştirme eğitimleri verilmiştir. Veriler toplanırken; Kişisel Bilgi Formu, Menstürasyon Belirti Ölçeği (MBÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve öğrenci takip çizelgesi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda eğitim öncesi öğrencilerin SYBDÖ II toplam ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin eğitim öncesi MBÖ toplam ölçek puanlarında anlamlı bir fark ($p<0,05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, orta ergenlik dönemi obez kızlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma ve menstürel semptomların iyileşmesine beslenme, fiziksel aktivite ve menstürel semptomları iyileştirmeye yönelik olarak verilen planlı eğitimlerin etkisi olduğu ortaya çıkmıştır.

Yalçın (2018) yaptığı çalışmada, lise öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma lisede öğrenim gören 371 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler SYBDÖ II, Adölesanlar İçin Fiziksel Aktivite

Ölçeği ve kişisel bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre kız öğrencilerin %51,5'i inaktif iken, erkek öğrencilerin %47,7'si orta düzeyde aktif bulunmuştur. Genel olarak öğrencilerin %38,8'i inaktif, %14,8'i aktif, %46,4'ü orta düzeyde aktiftir. Sonuçlara göre öğrencilerin SYBDÖ II genel puan ortalaması $113,29 \pm 20,86$ 'dır. Bu puan ortalamalarının erkek bireylerde, ailesiyle birlikte yaşayanlar kişilerde, sağlık güvencesi altında olan kişilerde, annesi hayatta olan kişilerde, anne mesleği işçi olan kişilerde, 10. sınıfta öğrenim gören kişilerde ve sağlık sorunu olan kişilerde yüksek olduğu ifade edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite arasında pozitif yönde ve düşük kuvvetli bir ilişki bulunmuştur ($r=0,466$).

Taş (2018), ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla liselerde öğrenim görmekte olan 644 öğrenci ile ilişkisel-tanımlayıcı tipte araştırma yapmıştır. Araştırmanın verileri Çocuk-Ergen Sağlık Davranışları Sosyal Destek Ölçeği, Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği II ve kişisel bilgi formu ile elde edilmiştir. Bulgulara göre ergenlerin AYBÖ II'den $116,07 \pm 16,08$ puan aldıkları tespit edilmiştir. En düşük puan sağlık sorumluluğu ve en yüksek puan pozitif yaşam algısı alt ölçeklerinden alınmıştır. ÇESD ölçeğinden $238,91 \pm 60,26$ puan alınmıştır. En düşük puan sınıf arkadaşı, en yüksek puan ise anne alt ölçeğinden almışlardır. AYBÖ II ve ÇESD sosyal destek ölçeği ile alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde olmak üzere anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu araştırma, Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türk ergenleri için geçerli ve güvenilir olup olmadığını saptamayı amaçlayan betimsel bir araştırmadır. Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın çalışma grubu, veri toplama araçları, veri toplama yöntemi ve veri analizi bölümlerine yer verilmiştir.

Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada, ergenlik döneminde bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimine yönelik inançlarının değerlendirilmesi için Healthy Lifestyle Beliefs Scale (Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği)'in Türk diline ve kültürüne uyarlanması amaçlanmaktadır. Bu çalışma, bir grubun özelliklerini belirlemek için veri toplamayı amaçlayan tarama modeline uygun bir şekilde düzenlenmiştir. Bir konuya ya da olaya ilişkin katılımcıların görüşlerinin ya da ilgi, beceri, yetenek, tutum vb. özelliklerinin belirlendiği, genellikle diğer araştırmalara göre nispeten daha büyük örneklemeler üzerinde yapılan araştırmalara tarama araştırmaları denir (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz & Demirel, 2008).

Çevirisi yapılarak psikometrik özellikleri incelenen ve kültürlerarası uyarlaması yapılan bu çalışma altı aşamadan oluşmaktadır:

1. Ölçeğin çevirisi
2. Ölçeğin uzman görüşüne sunulması
3. Ölçeğin geri çeviri çalışmasının yapılması
4. Ölçeğin pilot çalışması
5. Ölçeğin saha çalışması
6. Ölçeğin öğrencilerin özelliklerine göre incelenmesi

Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı ortaöğretim kurumlarında örgün öğrenim görmekte olan lise öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmada uygun örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle göre araştırmacı ihtiyaç duyduğu büyüklükteki bir gruba ulaşana kadar en ulaşılabilir olan yanıtlayıcılardan başlamak üzere örneklemi oluşturmaya başlar. Zaman, para ve işgücü açısından var olan sınırlılıklar nedeniyle örneklemin kolay ulaşılabilir ve uygulama yapılabilir birimlerinden seçilir (Büyüköztürk vd., 2008).

Araştırma 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde yapılmış, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Üsküdar, Ümraniye, Kadıköy ilçelerinde ortaöğretim kurumlarında örgün öğrenim görmekte olan öğrenciler ile yürütülmüştür.

Araştırmanın yapıldığı okullar tabakalı rastgele yöntemle belirlenmiştir. Çalışma lise 1., 2. ve 3. sınıflarında öğrenim gören 413 öğrenci ile yürütülmüştür. 11'i kayıp değer ve 21'i aykırı değer olmak üzere toplam 33 veri ayıklanarak geriye kalan 381 veri ile çalışmaya devam edilmiştir. Lise 4. sınıf öğrencilere üniversite sınavına hazırlıkları sebebiyle erişilememiştir. Örneklemde yer alan öğrencilerin okul türüne göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Türüne İlişkin Dağılımları

	Frekans(f)	Yüzde (%)
Okul türü	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	122
	Anadolu Lisesi	95
	Anadolu İmam Hatip Lisesi	95
	Fen Lisesi	69
	Toplam	381
		100,0

Tablo 1’de görüldüğü gibi çalışmanın örnekleminde Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi n=122 (%32), Anadolu Lisesi n=95 (%24,9), Anadolu İmam Hatip Lisesi n=95 (%24,9) ve Fen Lisesi n=69 (%18,1)’ dur.

Ölçeğin uyarlama çalışması için gerekli asgari örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında biri güvenilirlik katsayına diğeri madde ve boyut sayısına dayanan iki yöntem kullanılmıştır. Önceki çalışmalarda rapor edilen güvenilirlik katsayıları temelinde yapılan güç analizi neticesinde asgari örneklem büyüklüğü 219 olarak hesaplanmıştır (Bonett, 2002; Feldt, Woodruff & Salih, 1987). Madde ve boyut sayısına dayalı güç analizinde ise MacCallum, Browne & Sugawara (1996) tarafından önerilen yöntem kullanılmıştır. Güç analizleri PASS sürüm 14 ve Statistica sürüm 13 kullanılarak gerçekleştirilmiştir (PASS 14, 2015; TIBCO, 2017).

Veri Toplama Araçları

Bu bölümde araştırma verileri toplanırken kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ile araştırma grubunun demografik özelliklerini belirlemek için kullanılan Kişisel Bilgi Formu yer almaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği

Araştırma verileri 2003 yılında Melnyk ve Small tarafından geliştirilen Healthy Lifestyle Beliefs Scale (HLBS) ile toplanmıştır. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması için bazı zorunlu değişiklikler yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Ek 1) Amerika’da ergenlere, ebeveynlere ve üniversite personeline uygulanmış, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve kişilerin sağlıklı yaşam biçimi tercihleri ve depresyon durumları gibi bazı bilişsel ve psikolojik parametrelerle arasındaki ilişki incelenmiştir (Melnyk vd., 2016; Militello vd., 2016). Maddeler geliştirilirken kognitif-davranışçı ekol temel alınmıştır. Bu ekole göre bireylerin bilişsel olarak dünyayı algılayış şekilleri davranışlarını etkilemektedir (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Olumsuz düşünce ve inanç taşıyan bireyler olumsuz yönde davranışlar gösterecek, bu durum bireyin depresyon belirtileri gibi olumsuz duygulara kapılmasına ve sağlıklı yaşam biçimi seçim ve davranışlarına yol açacaktır. Ölçek bireylerin sağlıklı yaşam biçimine dair inançlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş; Amerikalı ergenler, ebeveynler ve üniversite personeli üzerinde uygulanmıştır. Çalışmaya katılanlar 1., 2., 3 ve 4. sınıf lise öğrencileridir. 779 ergenin katıldığı çalışmada %48,4 erkek ve %51,6 kız öğrencidir. Ölçeğin alt boyutları için hesaplanan Cronbach α değeri 0,84 ve 0,82 iken ölçeğin tamamı için bu değer 0,89 olarak bulunmuştur. İçerik geçerliği ve görünüş geçerliği sağlanmıştır. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam inançlarıyla ilgili kendisinin bilgi vermesine dayanan (self-report) bir ölçme aracıdır. Bireyin sağlık davranışlarına yönelik inançlarını ölçen 9, aile desteği ve problemlerle başa çıkma davranışlarına yönelik inançları ölçen 7 madde olmak üzere toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, *kesinlikle katılmıyorum* ve *kesinlikle katılıyorum* aralığında olmak üzere beşli likert tipindedir.

Kişisel Bilgi Formu

Öğrencilerin bazı tanıtıcı özelliklerini öğrenmek amacıyla geliştirilen Kişisel Bilgi Formunda; öğrencilerin yaş, cinsiyet ve sınıf düzeyine yönelik bölümler bulunmaktadır (Ek 2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışmaları

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin uyarlama çalışmasına karar verildikten sonra, öncelikle ölçeği geliştiren Melnyk ve Small'dan ölçeği Türkçeye uyarlamak için izin alınmıştır. Gerekli yazışmalar Bernadette Mazurek Melnyk adına asistanı Stephanie A. Kelly ile yapılmıştır (Ek 3).

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Çeviri Çalışmaları

Ölçek uyarlama çalışmalarının ilk basamağını ölçeğin Türkçeye uyarlaması oluşturmaktadır. Ölçeğin orijinal diline ve Türkçeye hakim, alanında yetkin en az iki dil ve çeviri uzmanı tarafından Türkçeye çevrilir. Türkçeye çevirisi yapılmış olan ölçekler bir araya getirilerek, dil ve alan uzmanlarının görüşüne sunulur. Çeviriye katılmamış yabancı dil uzmanı önceki çevirileri dilsel olarak gözden geçirmelidir. Türk dili uzmanları ise ifadelerin Türkçeye uygunluğunu gözden geçirmeli, gerekli öneri ve düzenlemeleri yapmalıdır. Son aşamada ise alan uzmanları ölçekte bulunan her maddeyi kuramsal olarak uygun olup olmadıkları yönünde değerlendirmelidirler. Araştırmacı ölçeğin orijinal maddelerini ve Türkçeye uyarlanmış olan karşılıklarını bir araya getirerek farklı iki yabancı dil uzmanının görüşüne sunar. Yabancı dil uzmanları her bir maddeyi çeviri uygunluğuna göre derecelendirir. (5 üzerinden) 3 ve altında bir değerin işaretlendiği maddeler ve bu maddelere ilişkin düzeltme önerileri yeniden çeviriyi yapan dil uzmanlarının görüşüne sunulur. Bu sürecin sonunda Türkçe dil uzmanları ve alan uzmanları maddeleri dilsel, kültürel ve kuramsal açıdan değerlendirirler.

Türkçeye çevirisi yapılmış olan test orijinal testin geliştirildiği dili çok iyi bilen, özellikle o dilin uzmanı olan en az iki kişilik bir grup tarafından bu kez Türkçeden ölçeğin orijinal diline çevrilir. Bu işlem tamamlandığında ölçeğin orijinali ile Türkçeden orijinal diline çevirisi yapılan form birbiri ile karşılaştırılır. Bu karşılaştırma sonucunda söz konusu bu iki test arasında kayda değer bir fark bulunmaması gerekmektedir. Uygun olmadığı görülen maddelerin tespit edilmesi durumunda ölçeğin Türkçe çevirileri yeniden gözden geçirilebilir. Bu işlem sürecinin sonucunda ölçeğin orijinali ile Türkçeden geri çevirme yöntemi ile elde edilen form arasında önemli düzeyde bir farklılık tespit edilememiş ise bu durumda ölçeğin Türkçeye çevirme işlemi tamamlanmış demektir.

Orijinal testin Türkçeye çeviri işlemi tamamlandıktan sonra dil geçerliğini incelemek için iki seçenek bulunmaktadır. Bunlardan biri uzman görüşü alma diğeri ise istatistiksel uygulama yapmaktır. Uzman görüşü alınarak dil geçerliğini sağlama yolu, ancak başka bir seçenek kalmadığı durumlarda tercih edilmelidir. Şöyle ki ölçeğin dil geçerliğini inceleyebilmek için hem Türkçeye hem de ölçeğin orijinal diline hakim örneklem grubu bulmak gerekmektedir. Uyarlanmak istenen ölçeğin hedef grubu ilkököl öğrencileri veya ortaokul öğrencileri olduğu zaman böyle bir örneklem grubu oluşturma olanağı bulunmayabilir. Bu nedenle araştırmacı dilsel eşdeğerliği sağlamak için uzman görüşünden yararlanmalıdır.

Pilot uygulama elli civarında bir örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmeli, ölçeğin iç tutarlılık değerinin 0,70 ve üzerinde olup olmadığı ve madde toplam korelasyon değerinin 0,30'un altında olup olmadığı incelenmelidir. Kısacası sorunlu herhangi bir madde olup olmadığı gözden geçirilmelidir (Seçer, 2015, s. 69).

Öncelikle ölçeğin her bir maddesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümü'nden bir öğretim üyesi ve bir öğretim görevlisi ile iki İngilizce öğretmeni olmak üzere toplam dört kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir.

Çeviri sürecine, çeviriyi yapacak olan kişilere ölçeğin konusu tanıtılarak başlanmıştır. Ölçeğin orijinal dildeki maddeleri sırayla yazılmış, altlarına boşluk bırakılarak Türkçeye çevrilmesi istenmiştir. İlk çeviri uzmanlar tarafından birbirinden bağımsız olarak yapılmıştır. Elde edilen dört farklı çeviri, bir yabancı dil uzmanı, bir Türk dili uzmanı ve bir alan uzmanı tarafından incelenmiştir. Yabancı dil uzmanı önceki çevirileri dilsel olarak gözden geçirmiştir. Türk dili uzmanı ise ifadelerin Türkçeye uygunluğunu gözden geçirmiş, gerekli öneri ve düzenlemeleri yapmıştır. Ölçekte bulunan maddelerin kuramsal olarak uygun olup olmadığı alan uzmanı tarafından değerlendirilmiştir. Düzenlenen uzman panelinde en iyi ifadeler seçilerek Türkçe forma ilk şekli verilmiştir.

Ölçeğin orijinal maddeleri ve Türkçe formu bir araya getirilerek farklı iki yabancı dil uzmanının görüşüne sunulmuştur. Her bir maddenin çeviri uygunluğuna göre derecelendirildiği bu formda uzmanlardan 1 ve 5 arasında puanlama yapmaları istenmiştir. 3 ve altında işaretlenen maddeler yeniden çeviriyi yapan yabancı dil uzmanlarının görüşüne sunularak gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu sürecin ardından Türkçe dil uzmanları ve alan uzmanları tarafından maddelerin dilsel, kültürel ve kuramsal açıdan değerlendirmesi yapılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ile İlgili Uzman Görüşü Alınması

Oluşturulan Türkçe form; maddelerin orijinal dildeki maddelere göre uygunluğu, Türk kültürüne uygunluğu, ölçülmek istenen özellikleri ve ölçmedeki yeterliliği konularını değerlendirmek üzere Çocuk Gelişimi ve Okul Öncesi alanlarından 4 uzman ile 1 çocuk ve ergen psikiyatristine Uzman Değerlendirme Formu sunulmuştur. Bu adımda maddelerin içeriğinin orijinaline denk olmasını sağlayarak içerik denkliğini sağlamak amaçlanmıştır. Formda; maddelerin orijinal dildeki hali ve Türkçeye çevrilmiş hali sunulmuştur. Çeviri maddesinin ölçeği temsil edip etmediği ve hedef kitleye uygunluğu sorgulanmış; uygun değil ise öneri ya da açıklama yazmaları istenmiştir.

Örneğin, ölçekte bulunan maddelerden biri olan *“I am sure that I will do what is best to keep myself healthy.”* maddesine dair üç farklı uzman görüşü şu şekildedir:

- 1- Kendi sağlığını korumak için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.
- 2- Sağlığını korumak için en doğru şekilde davranacağıma eminim.
- 3- Sağlığını korumak için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.

Elde edilen uzman görüşlerini karşılaştırmak, tartışmak ve en uygun çevirilere karar vermek amacı ile iki alan uzmanıyla birlikte en uygun ifadeler seçilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği’nin Geri Çeviri Çalışmasının Yapılması ve Değerlendirilmesi

Türkçeye çevrilmiş olan maddeler iki İngilizce Öğretmenliği Bölümü öğretim üyesi tarafından İngilizceye çevrilmiştir. Önceki aşamalarda çeviriye katılmamış İngiliz dili uzmanları tarafından ölçeğin orijinal formu ve çeviri formu karşılaştırılarak uygunluğu değerlendirilmiştir, iki formun birbirine eş değer olduğu kanısına varılmıştır. Türkçeye çevirisi tamamlanan ölçeğin her bir maddesi yazım ve dilbilgisi kurallarına uyup uymadığını

incelemek amacıyla bir Türk dili uzmanı tarafından değerlendirilip gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Pilot Çalışması

Ölçeğin işleyişini anlamak, ölçek maddelerin anlaşılır olup olmadığını tespit etmek ve öğrencilerin önerilerini almak için pilot çalışma yapılmıştır. Bu amaçla tesadüfi örnekleme yoluyla seçilmiş ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan lise 1. ve lise 2. sınıflarda öğrenim gören 44 öğrenciyle çalışılmıştır. Öncelikle ölçeğin uygulaması esnasında gerekli olan sürenin tespiti için 7 öğrenciyle ölçek uygulanmıştır. Öğrencilerden SYBİÖ maddelerinde anlaşılamayan veya göze çarpan bariz bir hatanın olup olmadığı sorulmuş, olması durumunda ise görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Maddelerin anlaşılabilirliği üzerinde tartışılmıştır. Alınan geri dönüşlerde maddelerin içeriğine ilişkin olumsuz bir değerlendirme olmamış, formun biçimsel özelliklerine yönelik önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler değerlendirmeye alınmıştır. Ölçeğin ve kişisel veri formunun tanıtılması, gerekli açıklamaların yapılması, uygulanması ve toplanması için 5-10 dakika aralığının yeterli olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan pilot çalışma istatistiksel analizler yapılarak incelendiğinde ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,73 ve 0,80; ölçeğin tamamına ilişkin değer ise 0,88 olarak hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyon değerlerinin 0,30'un üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu değerlere bakılarak sorunlu herhangi bir maddenin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Yapı geçerliği, testten elde edilen puanların test ile ölçülmek istenen yapının gerçekte ne derece ölçülebildiği ile ilgilidir. Faktör analizi yapı geçerliğine yönelik olarak testten elde edilen puanların, testin ölçtüğünü varsaydığı yapıyı ölçüp ölçmediğini sınar. Yapı geçerliğini incelerken ölçeğin faktör yapısını ortaya çıkartılmak isteniyorsa *açımlayıcı faktör analizi*; daha önceden yapısı bilinen bir ölçeğin faktör yapısının doğrulanması isteniyorsa *doğrulamalı faktör analizi* teknikleri kullanılır (Büyüköztürk vd., 2008).

Bu çalışmada, değerlendirme aracında yer alan yapıların geçerliğini ortaya koymak amacıyla öncelikli olarak açımlayıcı faktör analizi (AFA) gerçekleştirilmiştir. Açımlayıcı faktör analizinin ardından, değişkenler arasındaki ilişkiye dair önceden saptanan hipotezin test edilmesi için doğrulamalı faktör analizleri gerçekleştirilmiştir. Doğrulamalı Faktör Analizi sürecinde ise şekillenen yapıların çeşitli uyum indekslerine göre doğrulanıp doğrulanmadığı test edilmiştir. Bu uyum indeksleri ise alan yazında en sık kullanılan Ki-Kare İyilik Uyumu, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (SRMR), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI) ve Düzenlenmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI)'dir (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003).

Değerlendirme aracında bulunan 5 maddenin faktör yük değerleri bakımından geçerli değerler vermediği görülmüş ve değerlendirme aracından çıkarılmıştır.

Güvenirlilik, ölçme sonuçlarının iki temel özelliğinden bir diğeridir. Güvenirlilik, puanların tesadüfi hatalardan arınık olma derecesidir (Büyüköztürk vd., 2008). Bu çalışmada değerlendirme aracının güvenilirliğini hesaplamak amacıyla alt boyutların ve ölçeğin tamamının Cronbach Alpha (iç tutarlılık katsayısı) hesaplanmıştır.

Uyarlanan değerlendirme aracından alınan toplam puanlar ile ergenlerin yaş, cinsiyet, okul türü ve sınıf düzeyine göre farklılıkların olup olmadığı incelenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulama aşaması için Milli Eğitim Bakanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır (Ek 4). Uygulama yapılacak okullardan randevu alınmış ve okul yetkilileriyle birlikte uygun sınıflar basit tesadüfi yöntemle seçilmiştir. Uygulama, adı geçen okullarda yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Uygulama yapılacak dersin öğretmeni ile uygulama öncesinde görüşülmüştür. Uygulama öncesi öğrencilere konuyla ilgili bilgi verilmiş ve ölçek tanıtılmıştır. Öğrencilere eksiksiz ve kendileriyle ilgili doğru ifadeleri seçmelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemli olduğu açıklanmıştır. Uygulama sırasında sınıfta bulunulmuş ve öğrencilerden gelen sorular cevaplanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmak istemeyen kişilerin kendini katılmaya zorunlu hissetmemesi, çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiştir. Katılmak istemeyen öğrenciler çalışmaya alınmamıştır.

Verilerin Analizi

Bu çalışma kapsamında Türkçeye uyarlaması yapılan ölçek 413 öğrenciye uygulanmış, eksik veri girişi yapan öğrencilerin verileri çalışmaya dahil edilmemiştir. Ölçeği eksik dolduran ve puanları hesaplanamayan 11 öğrencinin yanıtları çıkartıldıktan sonra geriye kalan 402 öğrencinin verileri ile analizlere başlanmıştır. Normal dağılımdan sapan aykırı değerler de ($n=21$) çalışmadan çıkartıldıktan sonra geriye kalan 381 katılımcının verileriyle analizlere devam edilmiştir.

Veriler SPSS 22.00 ve Lisrel 8.7 programı ile analiz edilmiştir. Ölçeğin faktör modelinin test edilmesi ve faktör yapısı Temel Bileşenler Analizi, Kaiser Meyer Olkin Testi, Barlett Küresellik Testi ve Varimax Rotasyonu ile incelenmiştir.

Ölçekteki yapıların güvenilirliğinin belirlenmesi için alt boyutlar ve ölçeğin tamamı için Cronbach Alpha (iç tutarlık katsayısı) hesaplanmıştır.

Cinsiyet ve ergenlerin ölçme aracından aldığı toplam puanlar arasındaki ilişki, verilerin normal dağılım gösterdiği durumlar için *İlişkisiz Örneklemeler için t Testi* ile analiz edilmiştir. İlişkisiz (bağımsız) örneklemeler için t-testi, ilişkisiz iki örneklemin ortalaması arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını sınamak için kullanılır (Büyüköztürk, 2005).

İstatistiksel çalışmalarda parametrik analizlerin gerçekleştirilebilmesi için verilerin dağılımının normal ya da normale yakın olması ön koşuldur. Verilerin çarpıklık ölçüsü +3 ile -3 aralığında ise dağılım normal kabul edilmektedir (Kalaycı, 2010). Bu çalışma kapsamında Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nden elde edilen verilerin çarpıklık değeri -0,332; basıklık değeri ise -0,286 olarak elde edilmiştir. Bu değerlerin belirtilen aralıklarda olmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

Ergenlerin değerlendirme aracına göre aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi için, verilerin normal dağılım göstermesi sebebiyle *İlişkisiz Örneklemeler İçin One Way ANOVA* (tek faktörlü varyans analizi) gerçekleştirilmiştir. One Way ANOVA, ilişkisiz iki ya da daha fazla örneklem ortalaması arasındaki farkın sıfırdan anlamlı bir şekilde farklı olup olmadığını test etmek üzere uygulanmaktadır (Büyüköztürk, 2005).

BÖLÜM IV

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi ile elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Sırasıyla SYBİÖ'nün geçerlik çalışmalarına yönelik bulgular, SYBİÖ'nün güvenirlik çalışmasına yönelik bulgular ve araştırmanın alt problemlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Alt problemlere yönelik bulgular bölümünde ergenlerin SYBİÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ile yaş, cinsiyet, okul türü ve sınıf düzeyi değişkenlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Ölçeğin Yapı Geçerliğine Yönelik Bulgular

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin yapı geçerliğini test etmek amacıyla SPSS 22.0 paket programı ile açımlayıcı faktör analizi ve Lisrel 8.7 paket programı ile doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi amacıyla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) örneklem büyüklüğü testi ve Barlett küresellik testi uygulanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,5'in altında olması, seçilen örneklemin analiz için uygun olmadığını ifade

ederken genellikle araştırmacılar tarafından kabul edilen en düşük KMO değeri 0,7'dir (Altunışık ve diğ., 2005; Çokluk, 2010). Bu araştırmanın verileri ile gerçekleştirilen testte KMO değeri 0,767 bulunmuştur. Bu değer, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir ($0,767 > 0,7$).

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği ile elde edilen verilerin Barlett testi sonucunda ki-kare değeri 988,358 olarak bulunmuştur ($p=0,00$). Bu değerler değişkenler arasında yüksek bir korelasyon olduğuna, başka bir ifade ile veri setinin faktör analizine uygun olduğuna işaret etmektedir (Kalaycı, 2010).

“Temel bileşenler” yöntemi kullanılarak yapılan açımlayıcı faktör analizinde döndürme yöntemi olarak varimax kullanılmıştır. Orijinal ölçekte sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarına yönelik inançları ölçen 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 14 ve 15. maddeler 1. Faktör altında yer alırken; aile desteği ve problem çözme/başa çıkmaya yönelik inançları ölçen 4, 5, 6, 11, 12, 13 ve 16. maddeler ise 2. Faktör altında bulunmaktadır. AFA bulguları ışığında 16 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin düşük faktör yükü veren maddeleri ile beraber binişik yapıli maddeler (3., 9., 10., 13. ve 16. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır. Seçer (2013), bir maddenin birden fazla faktöre verdiği yükler arasındaki fark değeri 0,10'un üzerinde olması durumunda maddenin sorunlu madde olarak değerlendirilmediğini ve ölçekte yer almaya devam edebileceğini ifade ederken birden fazla faktöre verdiği yüklerin arasındaki farkın 0,10'un altında olması durumunda ilgili maddenin ölçekten çıkarılması gerektiğini ifade etmektedir.

Bu işlemlerin ardından 2. Faktöre ait olan 13. madde (ailemin hedeflerime ulaşmam için bana yardım edeceğine inanıyorum) ve 16. madde (ailemle beni üzen veya sıkıntı veren şeyler hakkında konuşabilirim) ölçekten çıkarılmıştır. Dolayısıyla bu faktörün madde sayısı 5'e inmiştir. 1. Faktörün altında yer alan 3. madde (sağlıklı yiyecekleri seçeceğimden eminim), 9. madde (televizyon karşısında daha az vakit geçirebileceğimden eminim) ve 10. madde (atıştırmalıklarımı her zaman sağlıklı besinlerden seçmesini bilirim) ölçekten çıkarılmıştır. Dolayısıyla bu faktörün madde sayısı 6'ya inmiştir.

Aile desteği ve problem çözüme/başı çıkmaya yönelik inançları ölçen maddelerin bulunduğu 2. Faktörde *aileye* ilişkin maddelerin Türk kültüründe çalışmıyor olması, dolayısıyla ölçekten çıkarılmak durumunda kalınması dikkat çeken ve üzerinde tartışılması gereken bir bulgudur. Bunun yanı sıra sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarına yönelik inançları ölçen maddelerin bulunduğu 1. Faktörde *sağlıklı beslenme* ve *televizyon izleme aktivitesine* ilişkin maddeler çalışmamış ve ölçekten çıkarılmıştır. Bu iki dikkat çeken bulgunun tartışması ve faktörlerin isimlendirilmesine yönelik öneriler, ilgili bölümlerde sunulacaktır.

Ölçek uyarlama sürecinde arzu edilen sonuç, orijinal ölçekte belirlenmiş faktörlerin, uyarlanan ölçekte de faktör analizi sonuçları ile geçerlenmesidir. Madde çıkarma işlemlerinin ardından ölçeğin 2 faktörlü yapısı sabit kalırken madde sayısı 16'dan 11'e düşürülmüştür. Faktörler belirlenirken Keiser-Guttman kriteri (Guttman, 1954) temel alınmıştır. Keiser-Guttman kriterine göre araştırmacıların, özdeğeri 1'in üzerinde olanları faktör olarak değerlendirmesi gerekmektedir. Özdeğer, maddelerdeki değişimin faktör tarafından açıklanabilen miktarının ölçüsüdür (Pohlmann, 2004).

Ölçek madde ve faktörlerine ait yük değerleri, iç tutarlık (Cronbach Alpha) katsayısı ve açıklanan varyans yüzdesi, Tablo 2'de verilmiştir. Tablo'da Faktör 1 *sağlık davranışlarına yönelik inanç faktörünü*, Faktör 2 ise *problem çözme/başı çıkmaya yönelik inanç faktörünü* temsil etmektedir.

Tablo 2

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği Madde ve Faktörlerine Ait Faktör Yükleri, Cronbach Alpha, Açıklanan Varyans ve Özdeğerler

	Faktör Yükleri	Cronbach Alpha	Açıklanan Varyans	Özdeğer
Maddeler				
Faktör 1		0.72	%14.59	1.61
14- Eğer düzenli egzersiz yaparsam kendimi daha iyi hissedeceğimden eminim.	0,81			
2- Egzersiz yapmanın ve aktif olmanın kendimi daha iyi hissetmeme yardımcı olacağına inanıyorum.	0,77			
15- Aktif olmanın eğlenceli olduğuna inanırım.	0,60			
7- Daha aktif olabileceğime inanıyorum.	0,51			
8- Sağlığımı korumak için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.	0,47			
1- Sağlıklı bir yaşam sürmek için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.	0,47			
Faktör 2		0.73	%31.36	3.45
6- Sorunlarımla başa çıkabileceğimden eminim.	0,79			
5- Kendim için belirlediğim hedeflere ulaşabileceğime inanıyorum.	0,67			
4- Beni kaygılandıran şeylerle sağlıklı bir şekilde nasıl başa çıkabileceğimi bilirim.	0,66			
12. Beni üzen veya sıkıntı veren bir durum olduğunda ne yapacağımı bilirim.	0,64			
11- Diğer insanlardan gelen baskılarla pozitif yollar kullanarak başa çıkabilirim.	0,59			

Tablo 2’de görüldüğü üzere sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarına yönelik inanç faktörünü (Faktör 1) oluşturan maddelerin faktör yükleri sırasıyla 0,81; 0,77; 0,60; 0,51;

0,47 ve 0,47'dir. Faktörün özdeğeri 1,61'dir. Sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarına yönelik inanç faktörü, toplam varyansın %14,59'unu açıklamaktadır.

Aile desteği ve problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörünü (Faktör 2) oluşturan maddelerin faktör yükleri sırasıyla 0,79; 0,67; 0,66; 0,64 ve 0,59'dur. Faktörün özdeğeri 3,45'tir. Aile desteği ve problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörü, toplam varyansın %31,36'sını açıklamaktadır.

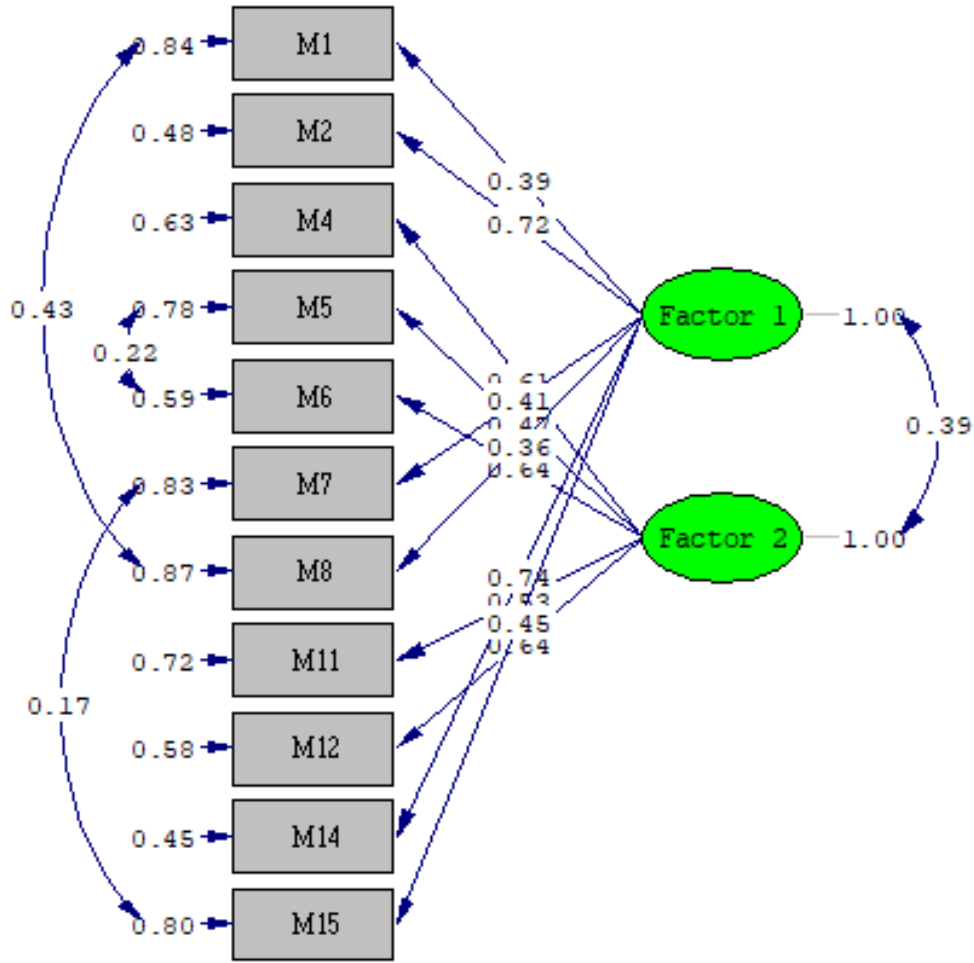
AFA sonuçlarına göre 2 faktörden oluşan ölçek, sağlıklı yaşam biçimi inançlarındaki toplam varyansın 45,95'ini açıklamaktadır. Sosyal bilimler araştırmalarında açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli seviyededir (Tavşancıl, 2006).

Madde çıkartma işleminin ardından ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar değişmiştir. Sağlıklı beslenme ve sağlık davranışlarına yönelik inanç faktöründen (Faktör 1) alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan 30'dur. Aile desteği ve problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktöründen (Faktör 2) alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25'tir.

Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), var olan bir kuramın test edilmesinde kullanılır. DFA, ölçülmesi amaçlanan özelliğin altında yatan yapının önceden belirlenmiş olan modelini hipotez ederek bu modelin verilerle yeterli düzeyde uyum sağlama durumunu inceler (Bandalos, 1996). Bu çalışmada DFA yapılması için Lisrel 8.7 programı kullanılmıştır.

Yapılan analizler, ölçeğin 2 faktörlü yapısını doğrulamıştır. Ki-kare (χ^2) değeri 133,96; serbestlik derecesi (sd) 40 olarak bulunmuştur. χ^2 / sd ise 3,349 ($p < 0,05$) olarak elde edilmiştir. Analizler yapılırken kullanılan programın önerdiği modifikasyon önerileri gerçekleştirilmiş ve tüm faktör yüklerinin anlamlı düzeyde yük verdiği görülmüştür. Yapılan DFA analizinden elde edilen bağlantı diyagramı Şekil 5'te verilmiştir.



Chi-Square=133.96, df=40, P-value=0.00000, RMSEA=0.079

Şekil 5. Sağlıklı yaşam biçimi inançları ölçeği DFA bağlantı diyagramı (standartlaştırılmış puanlar)

Hipotez edilen DFA modeli ile gözlemlenen veriler arasındaki eşleşme, farklı fit indeksleri ışığında değerlendirilir. Araştırmacılar bu indeksleri kullanarak kabul gören standartlar doğrultusunda modellerinin verileri yeterince temsil edip etmediğine karar verirler (Matsunaga, 2010). DFA yapılırken kullanılan fit indeksleri üzerine alan yazında yapılan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bununla beraber bu indeksler her zaman tutarlı sonuçlar

vermediklerinden dolayı en iyi fit indeksi hangisidir sorusunun cevabı hakkında uzlaşma sağlanmış değildir. Bu nedenle genellikle çalışmalarda en az 3 ya da 4 indeks raporlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen fit indekslerinin bazıları, kabul edilebilir ve mükemmel uyum aralıkları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizinden Elde Edilen Fit İndeksleri ve Uyum Aralıkları

Fit indeksleri	Model değeri	Kabul edilebilir uyum	İyi uyum
RMSEA	0,079	$0,05 < RMSEA \leq 0,08$	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$
SRMR	0,08	$0,05 < SRMR \leq 0,10$	$0 \leq SRMR \leq 0,05$
AGFI	0,90	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$
NNFI	0,92	$0,90 \leq NNFI \leq 0,95$	$0,95 \leq NNFI \leq 1,00$

“Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-fit Measures”, 2003, Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H., Methods of Psychological Research Online, 8, 23-74 kaynağından uyarlanmıştır.

Tablo 3'te görüldüğü üzere modelden elde edilen RMSEA (yaklaşık hataların ortalama karekökü), SRMR (standardize edilmiş artık ortalamaların karekökü) ve NNFI (normlaştırılmamış uyum indeksi) değerleri kabul edilebilir aralıktadır. AGFI (düzenlenmiş uyum iyiliği indeksi) değeri ise iyi uyum aralığındadır. Dolayısıyla modelden elde edilen fit indeksleri ışığında DFA ile modelin 11 maddeli ve 2 faktörlü yapısı doğrulanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Güvenirliğine Yönelik Bulgular

Ölçekteki yapıların güvenirliliğinin belirlenmesi için Cronbach Alpha (iç tutarlık katsayısı) hesaplanmıştır. Sağlık davranışlarına yönelik inanç faktörü (Faktör 1) için Cronbach Alpha=0,72; problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörü (Faktör 2) için ise

Cronbach Alpha=0,73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı ise Cronbach Alpha=0,78 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Alt Problemlerine Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmanın alt problemlerine ilişkin bulgular sırasıyla verilmiştir. Bunlar; Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi inançlarının yaş, cinsiyet, okul türü, sınıf düzeyi, bir haftalık ortalama spor yapma süresi, fiziksel yönden kendini aktif görme düzeyi, bir haftalık ortalama fast-food beslenme sıklığı, kendini sosyal yönden aktif görme düzeyi ve okul dışı faaliyetlere katılma sıklığına göre farklılaşma durumuna ilişkin bulgulardır.

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaşa İlişkin Dağılımları

	Frekans(f)	Yüzde (%)
Yaş	14	4,7
	15	28,1
	16	33,1
	17	28,6
	18	4,7
	19	0,5
	Toplam	377
		100

Tablo 4'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan öğrencilerin yaş aralığı 14 ile 19 arasında değişmektedir. Öğrencilerin %4,7'si 14 yaşında; %28,1'i 15 yaşında; %33,1'i 16 yaşında; %28,6'sı 17 yaşında; %4,7'si 18 yaşında ve %0,5'i 19 yaşında olduğunu belirtmiştir. Yaşını işaretlemeyen 4 öğrenci sebebiyle yaş değişkeninin temel alındığı alt problemlerin analizi bu değeri işaretleyen 377 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının yaşa göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Bu süreçte öncelikle ANOVA varsayımlarından olan normal dağılım ve varyans homojenliği incelenmiştir. İlgili verilerin ANOVA varsayımlarını sağladığı görülmüştür. Gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları

Yaş	n	MD	SD
14	18	41,44	5,40
15	106	42,99	6,62
16	125	43,44	
17	108	42,75	
18	18	44,00	
19	2	47,50	
F	0,59		
P	0,71		

Not: *p<0,05

Tablo 5 incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (F= 0,59; p>0,05).

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 6

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyete İlişkin Dağılımları

		Frekans(f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	178	47,1
	Kız	200	52,9
	Toplam	378	100

Tablo 6’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılım gösteren öğrencilerin cinsiyetleri 178 erkek (%47,1) ve 200 kız (%52,9) olmak üzere toplam 378 kişidir. Cinsiyetini işaretlemeyen 3 öğrenci sebebiyle cinsiyet değişkeninin temel alındığı alt problemlerin analizi bu değeri işaretleyen 378 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t testi uygulanmıştır. Bu süreçte öncelikte t testinin varsayımlarından olan normallik incelenmiştir. İlgili değişkenlere ait verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildikten sonra gerçekleştirilen t testi analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t Testi Sonuçları

Cinsiyet	n	X	Sd	t	p	Ortalama farkı
Erkek	178	44,25	6,21	3,16	0,34	2,12
Kız	200	42,14	6,76			

Not: *p<0,05

Tablo 7 incelendiğinde ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir (t=3,16; p>0,05).

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 8

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Türüne İlişkin Dağılımları

		Frekans(f)	Yüzde (%)
Okul türü	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	122	32
	Anadolu Lisesi	95	24,9
	Anadolu İmam Hatip Lisesi	95	24,9
	Fen Lisesi	69	18,1
	Toplam	381	100

Tablo 8’de görüldüğü üzere araştırmaya katılım gösteren öğrenciler farklı okul türüne devam etmektedir. Tablo 8 incelendiğinde, öğrencilerin %32’si Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesine, %24,9’u Anadolu Lisesine, %24,9’u Anadolu İmam Hatip Lisesine ve %18,1’inin Fen Lisesine devam ettiği görülmektedir.

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının okul türüne göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Bunun için öncelikle ANOVA varsayımlarından olan normal dağılım ve varyans homojenliği incelenmiştir. İlgili verilerin ANOVA varsayımlarını sağladığı görülmüştür. Gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları

Okul Türü	n	M	SD
Mesleki Teknik	122	43,72	6,66
Anadolu Lisesi	95	42,49	6,88
İmam Hatip Lisesi	95	42,24	6,77
Fen Lisesi	69	43,85	5,89
F	1,45		
p	0,22		

Not: *p<0,05

Tablo 9 incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının okul türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (F=1,45; p>0,05).

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Sınıf Düzeylerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 10

Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine İlişkin Dağılımları

		Frekans(f)	Yüzde (%)
Sınıf	1. sınıf	113	29,7
	2. sınıf	130	34,1
	3. sınıf	138	36,2
	Toplam	381	100

Araştırma, Tablo 10'da görüldüğü gibi lise 1., 2. ve 3. sınıf öğrenciler ile yürütülmüştür. Öğrencilerin %29,7'si lise 1. sınıf, %34,1'i lise 2. sınıf ve %36,2'si lise 3. sınıf öğrencilerden oluşmaktadır.

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının sınıf düzeyine göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Bunun için öncelikle ANOVA varsayımlarından olan normal dağılım ve varyans homojenliği incelenmiştir. İlgili verilerin

ANOVA varsayımlarını sağladığı görülmüştür. Gerçekleştirilen ANOVA analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11

Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarının Sınıf Düzeyine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin ANOVA Sonuçları

Sınıf Düzeyi	n	M	SD
1,00	113	43,08	6,10
2,00	130	43,46	7,32
3,00	138	42,68	6,36
F	0,45		
p	0,63		

Not: * $p < 0,05$

Tablo 11 incelendiğinde araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının sınıf düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($F=0,45$; $p < 0,05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Healthy Lifestyle Beliefs Scale)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması ve ergenlerin sağlık yaşam biçimi inançlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğine ve Güvenirliğine

Yönelik Tartışma

Bu bölümde Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin yapı geçerliği ve güvenirliğine ilişkin tartışmalar sunulmuştur.

Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Tartışma

Uyarlama çalışması yapılan SYBİÖ'nün faktör analizine uygunluğunun sınanması amacıyla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) örneklem büyüklüğü testi ve Barlett küresellik testi uygulanmıştır. KMO değeri ve Barlett testi ile elde edilen Ki-Kare değeri anlamlı bulunarak, örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ve değişkenler arasında yüksek bir korelasyon olduğu anlaşılmıştır.

Temel bileşenler yöntemi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi yapılmış, döndürme yöntemi olarak varimax kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin 2 alt boyut altında toplanarak orijinal ölçekle aynı faktör yapısında olduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen AFA sonuçlarına göre 16 maddeden oluşan SYBİÖ'nün düşük faktör yükü veren maddeleri ile binişik yapılı maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Faktöre ait olan 13. madde (ailemin hedeflerime ulaşmam için bana yardım edeceğine inanıyorum) ve 16. madde (ailemle beni üzen veya sıkıntı veren şeyler hakkında konuşabilirim) ölçekten çıkarılmış; bu faktörün madde sayısı 5'e inmiştir. 1. Faktörün altında yer alan 3. madde (sağlıklı yiyecekleri seçeceğimden eminim), 9. madde (televizyon karşısında daha az vakit geçirebileceğimden eminim) ve 10. madde (atıştırma maliklerimi her zaman sağlıklı besinlerden seçmesini bilirim) de ölçekten çıkarılmış; faktörün madde sayısı 6'ya inmiştir.

Sağlıklı yiyecek seçimine yönelik inançları ölçmeyi hedefleyen maddelerin çalışmaması sebebiyle ölçekten atılmıştır. Bu durum Türk ergenlerinin öğünlerde tükettiği besinlerin veya öğün aralarında yediği atıştırma maliklerinin sağlıklı olup olmadığını bilmemesinden veya ayıramamasından kaynaklanabilir. Sağlıklı yiyecek seçimi konusunda ergenlere verilecek olan nitelikli ve etkili sağlık eğitimleri ile ergenlerin bilinçlendirilmesi ile bu alandaki eksiklik giderilebilir.

Televizyon karşısında geçirilen sürenin kontrolüne yönelik inancı ölçmeyi hedefleyen maddenin çalışmadığı tespit edilmiştir. Bu maddenin çalışmama sebebinin; televizyondaki içeriklerin ergenlere hitap etmemesi, ergenler tarafından yeterli bulunmaması; bunun yanı sıra internet gibi anında istediği içeriğe ulaşabildiği bir alternatifinin olması olabilir. Ergenlerin televizyon karşısında geçirdiği vakit, internetin yaygınlaşması sonucu dijital ortama kaymış ve televizyon ergenlerin kullanım alanından çıkmış veya sınırlanmış olabilir. Bu maddenin bir diğer çalışmama sebebi olarak, ergenlerin televizyon karşısında sağlıklı olumsuz etkileyecek kadar vakit geçirmesinin sağlığına zararlı olduğunun farkında

olmaması olabilir. Verilecek olan sağlık eğitimleriyle gençler bilinçlendirilmeli, konuyla ilgili farkındalık oluşturulmalıdır.

Aile desteğine yönelik inançları ölçmeyi amaçlayan maddeler ölçekten atılmıştır. Türk ergenlerinin ebeveynleriyle etkili iletişim kurmadığı, sorunlarını anlatmadığı veya paylaşımlarının sınırlı olduğu düşünülmektedir. Ebeveynler, çocuklarının yalnızca fiziksel ihtiyaçları değil; aynı zamanda duygusal ve psikolojik ihtiyaçları konusunda da bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme toplumsal düzeyde gerçekleştirilmeli, toplumun her kademesindeki anne-babalar için yaygınlaştırılmalıdır.

Ölçeğin 2 faktörlü yapısı madde çıkarma işlemlerinin ardından sabit kalmış, madde sayısı 16'dan 11'e düşürülmüştür. Faktörler belirlenirken Keiser-Guttman kriteri (Guttman, 1954) temel alınmıştır. Bu kritere göre özdeğeri 1'in üzerinde olanların faktör olarak değerlendirmesi gerekmektedir. zdeğer, maddelerdeki değişimin faktör tarafından açıklanabilen miktarının ölçüsüdür (Pohlmann, 2004).

Atılan maddelerin ardından 1. Faktörün altında yer alan 6 maddenin tamamının sağlık aktivitelerine; daha geniş bir ifade ile sağlık davranışlarına yönelik inançlar ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu sebeple bu faktöre *sağlık davranışlarına (aktivitelere) yönelik inanç faktörü (SDYİ faktörü)* adı verilmiştir. 2. Faktörde ise madde atımı sonucu geriye kalan 5 maddenin, bireyin karşı karşıya kaldığı problemleri çözmesi ve başa çıkabilmesine yönelik inançları ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta, altında bulundurduğu maddeleri temsilen *problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörü (P/BYİ)* adı verilmiştir.

Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Tartışma

Gerçekleştirilen DFA ile test edilen modelin 2 faktörlü yapısı doğrulanmıştır ve tüm faktör yüklerinin anlamlı düzeyde yk verdiği görülmüştür.

Modelin uyum indeksleri incelenmiş, elde edilen RMSEA, SRMR ve NNFI değerlerinin kabul edilebilir aralıkta; AGFI değerinin ise iyi uyum aralığında olduğu görülmüştür. Modelden elde edilen fit indeksleri ışığında modelin 11 maddeli ve 2 faktörlü yapısı doğrulanmıştır.

Ölçekte bulunan yapıların güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla güvenilirlik hesaplama yöntemlerinden Cronbach Alpha (iç tutarlılık katsayısı) kullanılmıştır. 2 faktörlü yapıda olan ölçeğin, *sağlık davranışlarına (aktivitelere) yönelik inanç faktörüne* ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,72$ iken; *problem çözme/başarıya çıkmaya yönelik inanç faktörüne* ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,73$ 'tür. Ölçeğin tamamına ait Cronbach Alpha değeri ise $\alpha=0,78$ olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre Türkçeye uyarlama çalışması yürütülen Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türk ergenleri için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

SYBİÖ Ergenlerin Yaşına Göre Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$).

Ardıç (2008)'ın yaptığı araştırma sonuçlarına göre ergenlerin toplam sağlık davranışları puanı ile yaş arasında anlamlı ve negatif ilişkiyi gösteren korelasyon değerleri bulunmuştur ($r=-0,06$; $p<0,05$). Bireylerin yaşları ilerledikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalış gösterdiği ifade edilmiştir.

Cinsiyete göre ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançları değişmezken, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değişim gösterdiği görülmektedir. Bu iki sonuç birlikte değerlendirildiğinde ergenlerin yaş grubu fark etmeksizin sağlığa yönelik inançlarının sabit kaldığı, ancak yaşları ilerledikçe taşıdıkları inancı davranışa dönüştürmekten uzaklaştıkları sonucuna ulaşılmaktadır.

Ergenler ve sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalar incelendiğinde, yaş değişkenin çoğu çalışmada irdelenmediği tespit edilmiştir.

SYBİÖ Ergenlerin Cinsiyetine Göre Farklılık Göstermekte Midir?

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği yönündedir ($p>0,05$). Bu sonuç, kız ve erkek ergenlerin birbirine çok yakın düzeyde sağlıklı yaşam biçimi inancını taşıdığını göstermektedir.

Yalçın (2018) yaptığı çalışmada, lise ğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sağlık davranışına yönelik erkek bireylerin aldığı puanların anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir ($p<0,05$). Berçin'in (2010) ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında 9. sınıf ğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları lği'nden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet değişkeni arasında erkek öğrencilerin lehine anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Binay (2012)'in çalışmasında ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ortalama puanı cinsiyete göre farklılık göstermekte olup erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kefeli (2010) lise ğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörlerle ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, öğrencilerin cinsiyetleri ile ölçekten elde ettikleri toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon tespit edememiş ($p>0,05$), ancak fiziksel aktivite alt boyutunda erkek öğrencilerin lehine anlamlı bir fark tespit etmiştir ($p<0,05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genel olarak erkekler lehine cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülürken, sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete

göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bu iki sonuç birlikte değerlendirildiğinde; bu farklılığın, kız ve erkeklerin sağlığa yönelik eşit düzeyde inanç taşıdığı; ancak davranışa dönüştürürken kızların çeşitli sebeplerle zorlanmasından kaynaklanıyor olabileceği sonucuna varılmıştır.

SYBİÖ Ergenlerin Okul Türüne Göre Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının okul türüne göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Elde edilen bulgular araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının okul türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği yönündedir ($p>0,05$). Bu sonuç, ergenlere yönelik okullarda verilen sağlık eğitiminin örneklemde yer alan Anadolu Lisesi, Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, İmam Hatip Lisesi ve Fen Lisesi okul türlerine göre değişiklik göstermemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Ergenler ve sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalar incelendiğinde, okul türü değişkeninin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

SYBİÖ Ergenlerin Sınıf Düzeyine Göre Farklılık Göstermekte Midir?

Araştırma 4 farklı okul türüne devam eden lise 1., 2. ve 3. sınıf öğrenciler ile yürütülmüştür. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının sınıf düzeyine göre farklılaşma durumunun incelenmesi için yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının sınıf düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p<0,05$).

Benzer çalışmalar incelendiğinde, Berçin'in (2010) ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği

alışmasında ğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanı ile sınıf düzeyi değişkeni arasında anlamlı ilişki olmadığı görölmektedir ($p>0,05$). Yalçın (2018) yaptığı çalışmada, lise ğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Puan ortalamalarının diğer sınıf düzeylerinde öğrenim gören kişilere göre anlamlı bir farklılık görölmezken, 10. sınıfta öğrenim gören kişilerde yüksek olduğu ifade edilmiştir ($p<0,05$). Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmalarda sınıf değişkeninin çoğu çalışmada irdelenmediği görölmüştür. Eldeki verilere bakılarak genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sınıf değişkenine göre farklılaşmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar, çalışmadan elde edilen bulgular ile örtüşmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ

Bu araştırmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği (Healthy Lifestyle Beliefs Scale)'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması ve ergenlerin sağlık yaşam biçimi inançlarının bazı sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklem grubunu İstanbul iline bağlı üç farklı ilçede (Üsküdar, Ümraniye, Kadıköy) ortaöğretim kurumlarına devam eden 200'ü kız, 178'i erkek olmak üzere toplam 381 öğrenci oluşturmaktadır.

Genel tarama niteliğinde olan bu çalışmada ergenlerin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin inançlarının değerlendirilebilmesi için Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik değerleri hesaplanmıştır. Yapı geçerliği çalışmalarına ek olarak araştırmaya katılan ergenlerin SYBİÖ'den aldıkları toplam puanlar; yaş, cinsiyet, okul türü ve sınıf düzeyi değişkenlerine göre incelenmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi inançlarını değerlendirebilmek amacıyla uyarlama çalışması yürütülen ölçeğin yapı geçerliği açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ölçek maddelerinin 2 alt boyut altında toplanarak orijinal ölçekle aynı faktör yapısında olduğu görülmüştür. Toplam 16 maddeden oluşan ölçeğin düşük faktör yükü veren maddeleri ile binişik yapıli maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Madde sayısı 16'dan 11'e

düşürülmüş, ölçeğin 2 faktörlü yapısı madde çıkarma işlemlerinin ardından sabit kalmıştır. Faktörler, madde atımının ardından içerisinde bulundurduğu maddelerin tümünü temsil edecek şekilde isimlendirilmiştir. Bu faktörler; toplam 6 maddeden oluşan *sağlık davranışlarına (aktivitelere) yönelik inanç faktörü* ile toplam 5 maddeden oluşan *problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörü*dür. Yapılan faktör analizi sonucunda 2 faktör, 11 madde ile toplam varyansın %45,95'i açıklanmaktadır.

Ölçekte bulunan yapıların güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. *Sağlık davranışlarına (aktivitelere) yönelik inanç faktörü*ne ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,72$ iken; *problem çözme/başa çıkmaya yönelik inanç faktörü*ne ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,73$ 'tür. Ölçeğin tamamına ait Cronbach Alpha değeri ise $\alpha=0,78$ olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre Türkçeye uyarlama çalışması yürütülen Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği'nin Türk ergenleri için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği yönündedir ($t=3,16$; $p>0,05$).

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının yaşa göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Elde edilen bulgular, araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermediği yönündedir ($F= 0,59$; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının okul türüne göre farklılaşma durumunun incelenmesi için One Way ANOVA yapılmıştır. Elde edilen bulgular araştırmaya katılan ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanlarının okul türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($F=1,45$; $p>0,05$).

Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi inançlarının sınıf düzeyine göre farklılaşma durumunun incelenmesi için yapılan One Way ANOVA sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi inançlarına ilişkin puanların sınıf düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermeği görülmüştür ($F=1,45$; $p>0,05$).

Öneriler

Yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlara göre ailelere, öğretmenlere, çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanlarına, sağlık alanında çalışan kişilere ve ileride bu alanda çalışma yapacak araştırmacılara yönelik öneriler şu şekildedir:

Ergenlik döneminde bulunan bireylerin sağlıklı yaşama dair inançlarını değerlendirebilmek amacıyla değerlendirme aracı uyarlama ve geliştirme çalışmaları nicel olarak artırılabilir. Bu araçlarda değerlendirilecek olan öğeler çeşitlendirilebilir.

SYBİÖ, yapılacak nitel çalışmalarla desteklenebilir veya farklı özelliklerdeki örneklemeler üzerinde uygulanarak ölçme aracının ölçme gücüne katkı sağlanabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili farklı yapıları ölçen, geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmış araçlarla SYBİÖ arasındaki ilişki incelenerek, ölçeğin uyum geçerliğine katkıda bulunulabilir.

Ölçme aracından atılan sağlıklı beslenme, televizyon karşısında geçirilen süre ve ebeveyn desteğine ilişkin inançları ölçmeyi amaçlayan maddelerin Türk kültüründe çalışmama sebeplerini anlamaya yönelik yeni araştırma alanları üretilebilir.

Gençlere fiziksel büyüme ve gelişme, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü hakkında eğitimler düzenlenebilir.

Fiziksel aktivite, egzersiz, bireysel oyunlar, takım oyunları, bireysel veya çiftli sporlar gibi hem fiziksel hem sosyal yönden kazanımlar edindirmeyi hedefleyen programlar geliştirilebilir. Okullarda fiziksel aktivite ve egzersiz teşvik edilerek, çeşitli spor dallarında alt yapı oluşturulabilir.

Ebeveynler ergenlik dönemi ile ilgili bilgilendirilmeli, bu eğitimler toplumsal düzeyde yapılmalı, toplumun her kademesindeki ebeveynler için yaygınlaştırılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. & Yıldırım, E., (2005). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: SPSS uygulamalı*. Sakarya: Sakarya.
- American Psychological Association, (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. American Psychological Association.
- Ardıç, A. (2008). *Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydın, B. (2005). *Çocuk ve ergen psikolojisi*. Ankara: Nobel.
- Bal, L. (2010). *Antisosyal inanç ve tutumlar ölçeğinin uyarlama çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Baltaş, A. & Baltas, Z. (1996). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Bandalos, B. (1996). *Confirmatory factor analysis*. In J. Stevens (Ed.), *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.), 389-420. Mahwah, NJ: LEA.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berçin, T. (2010). *Lise öğrencilerinin sağlık yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Berger, K. S. (1988). *The developing person through the life span*. New York: Worth Publishers Inc.

- Bonett, D. G. (2002). Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha, *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27(4), 335-340.
- Büyüköztürk, Ş. (2005). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. A., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Callaghan, D. (2006). Basic conditioning factors influences on adolescents healthy behaviours, self-efficacy and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 29(4), 191-204.
- Clark, R. & Delia, J. (1976). The development of functional persuasive skills in childhood and early adolescence. *Child development*, 47, 1008-1014.
- Coleman, J. C. & O'Hendry (1999). *The nature of adolescence*. London: Routledge.
- Çelen, H. N. (2007). *Ergenlik ve genç yetişkinlik*. İstanbul: Papatya.
- Çiçek, E. & Çetinkaya, F. (2017). Seçilmiş ilçe merkezindeki lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26, 29-38.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, Ç. & Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve Lisrel uygulamaları*. Ankara: Pegem.
- Çuhadaroglu, F. (2000). Ergenlik döneminde psikolojik gelişim özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(6), 863-868.
- Dağdeviren, Z. (2010). *Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler*. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Dornbusch, S. M., Erickson, K. G., Laird, J., & Wong, C. A. (2001). The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities. *Journal of Adolescent Research*, 16(4). <https://doi.org/10.1177/0743558401164006>
- Edelman, C. L. & Mandle, C. L. (1998). *Health promotion throughout the lifespan* (4th ed.), 4-6. Philadelphia: Mosby Comp.

- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025-1034.
- Esin, M. N. (1997) *Evaluation and improvement of health behavior of employees in industrial areas*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Fidancı, B. (2010). *Nola J. Pender' in sağlığı geliştirme modelinin obez çocuklarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özgüven kavramına etkisinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Frisch, R. E. (1991). Puberty and body fat. In R. M. Lerner, A. C. Petersen & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence*. New York: Garland.
- Galloway, R. D. (2003). Health promotion: Causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine & Research*, 1(3), 249-258.
- Geçkil, E. A. (2002). *Malatya ilindeki adölesanların sağlık davranışlarının ve sorunlarının tanımlanması, beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149-161.
- He, K., Kramer, E. Houser, R. F., Chomitz, V. R. & Hacker, K. A. (2004). Defining and understanding healthy lifestyle choices for adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 35, 26-33.
- Jacobson, D. & Melnyk, B. M. (2011). Psychosocial correlates of healthy beliefs, choices, and behaviors in overweight and obese school age children: A primary care healthy choices intervention pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(5), 456-464.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

- Kaplan, E. (2014). *Beden eğitimi ve spor öğretmenliği öğrencilerinde öz-düzenleme: Ölçek uyarlama çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Keating, D. (2004). Cognitive and brain development. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed.). Newyork: Wiley.
- Kulaksızoğlu, A. (1998). *Ergenlik psikolojisi*. İstanbul: Remzi.
- Kulbok, P. A. & Cox, C. L. (2002) Dimensions of adolescent health behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 31, 394-400.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitivemotivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Melynk, B. M., Small, L., Morrison, Beedy, A., Strasser, A., Kreipe, R. & Van Blankenstein, S. (2006). Mental health correlates of healthy lifestyle attitudes, beliefs, choices and behaviors in overweight adolescents. *Journal of Pediatric Care*, 20(6), 401-406.
- Melnyk, B. M., Amaya, M., Szalacha, L. A. & Hoying, J. (2016). Relationships among perceived wellness culture, healthy lifestyle beliefs, and healthy lifestyle beliefs in university faculty and staff: Implications for practice and future research. *West. J. Nursing Research*, 38(3), 308–324.
- MacCallum, R. C., & Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling, *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. <http://www.researchhistory.org/2012/06/16/maslows-hierarchy-of-needs/> sayfasından erişilmiştir.
- Matsunaga, M., (2010). How to factor-analyze your data right: Do's, don'ts, and how-to's. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 97-110.

- Melynk, B. M., Small, L., Morrison, B. A., Strasser, A., Kreipe, R. & Van Blankenstein, S. (2006). Mental health correlates of healthy lifestyle attitudes, beliefs, choices and behaviors in overweight adolescents. *Journal of Pediatric Care*, 20(6), 401-406.
- Militello, L. K., Melnyk, B. M., Hekler, E., Small, L. & Jacobson, D. (2016). Correlates of healthy lifestyle beliefs and behaviors in parents of overweight or obese preschool children before and after a cognitive behavioral therapy intervention with text message. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(3), 252-260. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.08.002>.
- O'Haver, J., Jacobson, D., Kelly, S. & Melnyk, B. M. (2014). Relationships among factors related to body mass index, healthy lifestyle beliefs and behaviors, and mental health indicators for youth in a title 1 school. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(3), 234-240.
- Öztürk, Ö. (2013). *Bir cezaevinde kalan ergenlerin sağlık davranışlarının saptanması ve sağlığı geliştirme modeline temellendirilmiş eğitimin davranış değişikliğine etkisi*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özvarış, Ş. B. & Temel, F. (2007). *Sağlığı Geliştirme*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.
- Pahalank, C. (1991). Determinants of health-promotive behaviors: A review of current research. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 815-832.
- Pender, N. & Barkauskas, V. & Hayman, L. (1992). Health promotion and disease pervention toward exlence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*, 40(3), 106-112.
- Pender, N. J. & Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Prentice.
- Pohlmann, T. (2004). Use and interpretation of factor analysis. *The Journal of Educational Research*, 98(1), 14-23.

Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. (2007). 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2013). *Faaliyet Raporu*. Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2019). *Fiziksel aktivite neden önemli?*

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite/fiziksel-aktivite-neden-onemli.html>

sayfasından erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı. (2019). *Okul sağlığı çalışmaları*. [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/okulsa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmal ar%C4%B1.html)

[sagligi/okulsa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmal ar%C4%B1.html](https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/okulsa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmal ar%C4%B1.html) sayfasından erişilmiştir.

Sağlık Bakanlığı. (2019). *Yeterli ve dengeli beslenme nedir?*

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> sayfasından erişilmiştir.

Santrock, J. W. (1993). *Adolescence*. Iowa: Wm. C. Brown.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23-74.

Seçer, İ. (2013). *Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi*. Ankara: Anı.

Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci*. Ankara: Anı.

Steinberg, L. (1985). Ergenlik. F. Çok (Ed.), *Farklı Bağlamlarda Ergen Gelişimi* (F. Çok, Çev.) içinde (s. 21-23). Ankara: İmge.

Steinberg, L. (1985). Ergenlik. F. Çok (Ed.), *Ergenliğin Temel Değişimleri* (H. Ercan, Çev.) içinde (s. 40-43). Ankara: İmge.

Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi* Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Top, F. Ü. (2011). *Ergenlerde sağlığı geliştirme modeli ve bilgi işlem kuramına temellendirilen hemşirelik girişiminin ağız dış sağlığı davranışına etkisi*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Toumbourou, J. W., Patton, G. C., Sawyer, S., Olsson, C., Webb-Pullman, J., Catalano, R., & Godfrey, C. (2000). *Evidence-based interventions for promoting adolescent health*. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/cah/HP-JT.pdf> sayfasından erişilmiştir.
- Törüner, E. K., Savaşer, S. (2010). Çocukluk çağı şişmanlığı: Epidemi Boyutunda sorun. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(3), 63-73.
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. (2010). *T.C. Resmi Gazete*, 27714, 29 Eylül 2010.
- Türküm, A. S. (1999). Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(18), 25-34.
- TÜSEB. (2019). *Ergenlerde cinsiyete göre ölüm ve kayıpların nedeni*. <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/ergenlerde-cinsiyete-g-re-l-m-ve-kay-plar-n-nedeni> sayfasından erişilmiştir.
- Viner, R. & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence: Health promotion. *British Medical Journal*, 330(7490), s. 527-529. https://www.jstor.org/stable/25459086?seq=1#metadata_info_tab_contents sayfasından erişilmiştir.
- Yılmaz, A. (2014). *Obez lise öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Walker, N. W., Madeleine, J. K., Pender, N. J. (1990). A Spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, 39(5), 2-4.
- World Health Organisation. (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98231/e89375.pdf sayfasından erişilmiştir.
- World Health Organisation. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: Trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. <https://www.tuseb.g>

[ov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/Beslenme/who_adolescent_obesityreport_2017_v3.pdf](https://www.who.int/en/ov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/Beslenme/who_adolescent_obesityreport_2017_v3.pdf)

World Health Organisation. (2018). *Healthy diet*. https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1 sayfasından erişilmiştir.

World Health Organisation. (2018). *More active people for a healthier world*. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA_kuruluslar/fiziksel_aktivite.pdf

World Health Organisation. (2019). *Obesity and over weight*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> sayfasından erişilmiştir.

World Health Organisation. (2019). *Physical activity*. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> sayfasından erişilmiştir.

EKLER



EK 1. Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeği

Bu form, bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançlarını betimlemek için hazırlanmıştır. Sizden istenen, kendinize en uygun olan seçeneği işaretlemenizdir. Bu amaçla, ilk önce her bir ifadeyi okuyunuz ve daha sonra her bir ifadenin karşısındaki seçeneklerden **‘1=Kesinlikle katılmıyorum’** ve **5=Kesinlikle katılıyorum’** olmak üzere kendi durumunuza uygun olarak puanlayınız. Lütfen, hiçbir maddeyi boş bırakmayınız. Yanıtlarken kendinizi olduğu gibi yansıtmamız, sonuçların daha sağlıklı değerlendirilmesine katkıda bulunacaktır.

1- Sağlıklı bir yaşam sürmek için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.	1	2	3	4	5
2- Egzersiz yapmanın ve aktif olmanın kendimi daha iyi hissetmeye yardımcı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
3- Beni kaygılandıran şeylerle sağlıklı bir şekilde nasıl başa çıkabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
4- Kendim için belirlediğim hedeflere ulaşabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
5- Sorunlarımla başa çıkabileceğimden eminim.	1	2	3	4	5
6- Daha aktif olabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
7- Sağlığımı korumak için elimden gelenin en iyisini yapacağıma eminim.	1	2	3	4	5
8- Diğer insanlardan gelen baskılarla pozitif yollar kullanarak başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
9. Beni üzen veya sıkıntı veren bir durum olduğunda ne yapacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
10- Eğer düzenli egzersiz yaparsam kendimi daha iyi hissedeceğimden eminim.	1	2	3	4	5
11- Aktif olmanın eğlenceli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5

EK 2. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: Erkek ☐ Kadın ☐

2. Yaşınız:

3. Sınıfınız: 1.sınıf ☐ 2.sınıf ☐ 3.sınıf ☐ 4.sınıf ☐



EK 3. İzin Belgesi

Kimden: "Kelly, Stephanie A." <kelly.901@osu.edu>

Tarih: 25 Eylül 2018 15:33:36 GMT+3

Kime: "busrakaya_01@icloud.com" <busrakaya_01@icloud.com>

Bilgi: "Melnik, Bernadette" <melnik.15@osu.edu>

Konu: Translation of Healthy Lifestyle Belief Scale

Hello Büşra,

It is permissible to translate the Healthy Lifestyle Scale to Turkish. If you would please complete this form and return. I will then send you the scale. Please also send the results of your study when complete.

Thank you,
Stephanie Kelly RN, PhD
Research Assistant Professor
College of Nursing
The Ohio State University



Ek 4. MEB İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.5745344
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi.

19/03/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) Gazi Üniversitesinin 12.10.2018 tarihli ve 38646 sayılı yazısı.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 18.03.2019 tarihli tutanağı.

Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Büşra KAYA'nın "Ergenler İçin Sağlıklı Yaşam Biçimi İnançları Ölçeğinin Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları" konulu tezi kapsamında, ilimiz Üsküdar, Ümraniye, Kadıköy ve Maltepe ilçelerinde bulunan liselerde öğrenim gören öğrencilere; kişisel bilgi formu ve anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) yazı ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

- Ek:
1- Genelge.
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
19/03/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin İlçe ve Okullara İlişkin Dağılımları

		Öğrenci sayısı
Üsküdar	Validebağ Fen Lisesi	31
	Şeyh Şamil Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	40
	Validebağ Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	30
Ümraniye	Prof. Dr. Nabi Avcı Anadolu Lisesi	42
	Ümraniye Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	52
	Namık Kemal Anadolu İmam Hatip Lisesi	95
Kadıköy	İstanbul Atatürk Fen Lisesi	38
	Kadıköy Anadolu Lisesi	53
Toplam		381