



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE
GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMLERİ VE ÖZ ETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Hazırlayan
Hakan AVAN

Danışman
Prof. Dr. Meral BAYAT

Doktora Tezi

TEMMUZ 2022
KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**

**ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE
GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMLERİ VE ÖZ ETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Hazırlayan

Hakan AVAN

Danışman

Prof. Dr. Meral BAYAT

TEMMUZ 2022

KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Hakan AVAN

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Öz etkililik Üzerine Etkisi” adlı **Doktora Tezi** Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Hakan AVAN

Danışman

Prof. Dr. Meral BAYAT

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER

Prof. Dr. Meral BAYAT danışmanlığında Hakan AVAN tarafından hazırlanan “Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Öz etkililik Üzerine Etkisi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../2022

Jüri

İmza

Danışman: Prof. Dr. Meral BAYAT

.....

Üye: Prof. Dr. Hacer ÇETİN

.....

Üye: Doç. Dr. Öznur BAŞDAŞ

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde KORKMAZ

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yağmur SEZER EFE

.....

ONAY:

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

...../...../2022

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve doktora tez çalışması sürecinde bana sağlamış olduğu yoğun desteği ve emeği, göstermiş olduğu sabrı, hoşgörüsü ve güler yüzü ile beni yönlendiren, çalışma disiplini, mesleğe bakış açısını, bilimsel duruşunu kendime örnek aldığım, hayatım boyunca desteğini hissetmekten mutlu olacağım değerli hocam Prof. Dr. Meral Bayat'a,

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve tamamlanmasında desteğini esirgemeyen Tez İzleme Komitesi üyeleri Doç. Dr. Öznur Başdaş'a ve Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde Korkmaz'a,

Lisansüstü eğitimimde bilgi ve deneyimleri ile bana ışık tutan Prof. Dr. Emine Erdem ve Dr. Öğr. Üyesi Zerrin Çiğdem'e,

Çalışmada eğitim ve animasyon içerikleri ile ilgili uzman görüşlerini esirgemeyen hocalarıma,

Çalışmanın yürütülmesi esnasında desteğini esirgemeyen okul müdürleri Ramazan Karaca ve Mehmet Kara' ya,

Çalışmaya katılan gençlere,

Sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, başarılarımla gurur duyan sevgili aileme,

Hayatı birlikte paylaştığım, sevgi ve ilgileri ile sürekli beni kucaklayan, çalışmalarımda ihtiyacım olan anlarda yanımda duran, tükendiğim anlarda beni ayağa kaldıran sevgili eşim Melike, sevgili oğlum Mehmet Emin ve sevgili kızım Elif Buse'ye

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ VE ÖZ ETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Hakan AVAN

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi, Temmuz 2022

Danışman: Prof. Dr. Meral BAYAT

ÖZET

Çalışma, adölesanlarda sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri ve öz etkililik üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapılmıştır. Çalışma, Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı iki lisede eğitim gören 14-15 yaş grubunda 72 adölesan (36 müdahale grubu, 36 kontrol grubu) ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma için etik kurul, kurum izni, adölesan ve ebeveynlerinden yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Veriler Adölesan ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu, Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Öz Etkililik Ölçeği ile toplanmıştır. Müdahale grubundaki adölesanlara 6 oturumdan oluşan sağlıklı yaşam biçimi eğitimleri, video animasyon ve Philips 66 tekniği ile uygulanmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler, homojenlik testleri, normallik testleri, Fisher exact testi ve varyans analizleri kullanılarak değerlendirilmiş, $p<0.05$ değeri önemli kabul edilmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Öz Etkililik Ölçeği ön test puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur. Müdahale grubunun Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Öz Etkililik Ölçeği 1. son test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunun Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Öz Etkililik Ölçeği 2. son test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Grup içi karşılaştırmalarda müdahale grubunda Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Öz Etkililik Ölçeği ön test puan ortalamalarına göre 1. son test ve 2. son test puan ortalamalarında önemli artış olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre video animasyon ve Philips 66 teknikleri kullanılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan; Sağlığı Geliştirme Modeli; Öz etkililik; Philips 66; Video Animasyon

**THE EFFECT OF TRAINING PROVIDED ACCORDING TO THE HEALTH
PROMOTION MODEL ON HEALTHY LIFESTYLES AND SELF-EFFICACY
IN ADOLESCENTS**

Hakan AVAN

**Erciyes University, Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing, Child Health and Diseases Nursing**

Ph.D. Thesis July 2022

Supervisor: Prof. Dr. Meral BAYAT

ABSTRACT

The study was conducted as a randomized controlled experimental study in order to determine the effect of the education given according to the health promotion model in adolescents on healthy lifestyles and self-efficacy. The study was carried out with 72 adolescents (36 in the intervention group, 36 in the control group) in the age group of 14-15 years studying in two schools affiliated to the Directorate of National Education. Ethics committee, institutional permission, and written and verbal consent from the adolescents and their parents were obtained for the study. Adolescent and Parent Descriptive Information Form, Adolescent Lifestyle Profile and Self-Efficacy Scale were used as data collection tools. Healthy lifestyle trainings of 6 sessions were applied to the adolescents in the intervention group through video animation and Phillips 66 technique. The data were evaluated using descriptive statistics, homogeneity tests, normality tests, Fisher's exact test and analysis of variance in the computer environment. The value of $p < 0.05$ was considered as significant. It was found that there was no significant difference between the pretest mean scores of the Adolescent Lifestyle Profile and Self-Efficacy Scale in the intervention and control groups. The Adolescent Lifestyle Profile and Self-Efficacy Scale 1st posttest mean scores of the intervention group were higher than the scores of the control group, and the difference between them was significant. The Adolescent Lifestyle Profile and Self-Efficacy Scale 2nd posttest mean scores of the intervention group were higher than the scores of the control group and the difference between them was significant. In the intra-group comparisons, it was found that there was a significant increase in the 1st posttest and 2nd posttest mean scores of the Adolescent Lifestyle Profile and Self-Efficacy Scale in the intervention group compared to the pretest mean scores ($p = 0.001$) and there was no difference in the control group ($p > 0.05$).

In line with these results, it is recommended that adolescents be trained on healthy lifestyle behaviors by using video animation and Phillips 66 techniques according to the health promotion model.

Keywords: Adolescent; Health Promotion Model; Phillips 66; Self-Efficacy; Video Animation

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönemi ve Özellikleri	4
2.2. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme	5
2.3. Adölesan Sağlığı	7
2.4. Adölesan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	8
2.4.1. Fiziksel Aktivite	9
2.4.2. Beslenme	11
2.4.3. Madde Kullanımı/Bağımlılığı	13
2.4.4. Cinsel/Üreme Sağlığı.....	15
2.4.5. Sağlık Kontrolü	16
	vii

2.4.6. Kazalar ve Yaralanmalar	17
2.5. Adölesanlarda Sık Karşılaşılan Riskli Davranışlar	18
2.6. Okul Sağlığı ve Hemşirelik	20
2.7. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM).....	21
2.7.1 Modelin Bileşenleri	21
2.8. Sağlığı Geliştirme Modelinin Araştırmada Kullanımı	25
2.9. Öz Etkililik/ Yeterlik	26
2.10. Animasyon Video Tekniği	28
2.11. Philips 66 Tekniği	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	35
3.3.2. Dışlanma Kriterleri.....	35
3.3.3. Araştırmada Benzerlik Kriterleri	36
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	37
3.5. Verilerin Toplanması.....	37
3.5.1. Veri Toplama Araçları.....	37
3.6. Ön Uygulama	39
3.7. Uygulama	40
3.8. Uygulamada Kullanılan Öğretim Teknikleri.....	45
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	47
3.11. Çalışma Takvimi	48

4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



KISALTMALAR ve SİMGELER

AA-HA	: Adölesan Sağlığı İçin Küresel Hızlandırılmış Eylem Rehberi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
AYB	: Adölesan Yaşam Biçimi
AYBÖ	: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
CTE	: Kavramsal Kuramsal Deneysel
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DB	: Davranışa Başlama
DS	: Davranışı Sürdürme
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DT	: Davranışı Tamamlama
EM	: Engellerle Mücadele
HPV	: Human Papilloma Virus
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
ÖEYÖ	: Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SGYTP	: Sağlığı Geliştiren Yaşam Tarzı Profili
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	Adölesanların Benzerlik Kriterleri.....	37
Tablo 3.2.	Müdahale Grubu Oturumları ve Hedeflenen Kazanımlar.....	43
Tablo 3.4.	Araştırmada Kullanılan Değişkenler ve İstatistiki Yöntemler.....	47
Tablo 3.4.	Çalışma Takvimi.....	48
Tablo 4.1.	Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri ($n=72$).....	50
Tablo 4.2.	Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri ($n=72$).....	51
Tablo 4.3.	Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.4.	Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları	54
Tablo 4.5.	Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 1. Son Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları	54
Tablo 4.6.	Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 2. Son Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1.	Randomizasyon Şeması.....	36
Şekil 3.2.	Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı	40
Şekil 3.3.	Oturum Planı	42
Şekil 3.4.	Araştırma Akış Şeması.....	44
Grafik 4.1.	Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamaları.....	53



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Adölesan dönemi büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan yetişkin hayatına geçiş sürecidir. Adölesanlar bu süreçte fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyokültürel, mesleki ve ahlaki olarak gelişimlerini tamamladıkları hassas bir geçiş dönemi yaşarlar (Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019). Geleneksel tıbbi yaklaşımda bireyin en sağlıklı olduğu dönem adölesan dönem olarak kabul görmektedir. Bununla birlikte bu dönemde hastalanma ve ölüm nedeni olabilecek madde bağımlılığı, kazalar, yaralanmalar, adölesan gebeliği gibi önlenabilir sağlık problemleri yüksek oranda görülmektedir. Bu sağlık problemlerini adölesanların riskli davranışları ve inançları etkileyebilmektedir. Adölesanlar bu riskli davranış ve inançları çevrelerindeki bireyleri gözlemleyerek ve taklit ederek geliştirebilirler. Adölesan dönemde edinilen bu riskli inanışlar ve davranışlar (fiziksel aktivite yetersizliği, madde kullanımı, bağımsızlık duyguları, korunmasız cinsel ilişki) yetişkinlikte kronik, bulaşıcı ve ruhsal hastalıkların gelişimine neden olabilmektedir (Culyba ve ark., 2017; Bundy ve ark., 2018). Adölesan dönemde kazanılan olumsuz davranışlar nedeniyle her on erişkinden yedisi ideal yaşam süresinden önce yaşamını yitirmektedir. Bunlara ek olarak yetişkinlik esnasında her üç hastalıktan birinin ve her üç erken ölümden ikisinin adölesan dönemde gelişen inançlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Culyba ve ark., 2017; Bundy ve ark., 2018; Sağlan ve Bilge, 2018). Sağlıklı bir toplum için adölesan dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturmak ve adölesan sağlığını geliştirmek oldukça önemlidir.

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin veya grubun iyilik düzeyinin artması ve kendini gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmıştır (Wu ve Pender, 2002). Sağlığı geliştirme adölesanlarda kendini kontrol etme ve sağlıklı yaşam biçimini kalıcı davranışa dönüştürmekle sağlanabilir. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları fiziksel aktivite yapma, sağlıklı beslenme, güvenli cinsel davranışlar, stres yönetimi, sigara, alkol ve madde

kullanımından uzak durma vb. olarak sayılmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014). Adölesanlarda sağlığı koruma ve geliştirme konusunda farklı model, yöntem ve yaklaşımlarla sağlık sorumluluğunun davranışa dönüştürülmesi sağlanabilir. Bu açıdan bakıldığında, adölesanlarda sağlıklı yaşam davranışları oluşturulmasında Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) ile uzun dönemli ve olumlu sonuçlar alınacağı düşünülmektedir (Smith ve Parker, 2015). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı geliştirici davranışlara katkıda bulunan faktörler arasındaki ilişkileri ve sağlık sorumluluğunu incelemek için teorik bir bakış açısı sunmaktadır. Modelin teorik kökeni, Feathrer'in "Beklenti Değer Teorisi" ve Bandura' nın "Sosyal Bilişsel Teorisi" üzerine temellendirilmiştir (Çalık ve Kapucu, 2017). Sosyal-Bilişsel Teoriden temellenen önceki davranışlar, algılanan yarar, algılanan engeller, algılanan öz etkililik ve aktiviteyle ilişkili olarak sağlığı geliştirici yeni davranışları etkilemektedir (Tedik, 2017). Öz etkililik-yeterlik algısının sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların başlatılmasında önemli bir yön verici olduğu bildirilmektedir (Xu ve ark., 2017).

Öz etkililik algısı yüksek olan adölesanlar, bir durum ile ilgili zorluklarla karşı karşıya kaldığında; öz etkililiği düşük olan adölesanlara göre görevlerinde daha fazla istek ve devamlılık sergilemektedirler (Shieh ve ark., 2015; Warner ve ark., 2015). Bu açıdan hemşireler adölesan dönemi boyunca adölesanların öz etkililik/yeterliklerinin (otonomi) artırılmasında rol üstlenerek adölesan sağlığının gelişimine, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasına katkıda bulunabilirler. Hemşireler, okulda adölesanlara sağlık bilgilerinin aktarılması ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması amacıyla sağlık danışmanlığı ve sağlık eğitimi uygulamalarını yürütebilirler (Resmi Gazete, 2011; Hockenberry ve ark., 2017; Edelma ve Kudzma, 2018; Dağhan ve ark., 2022). Böylece hemşireler adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmalarında aktif rol üstlenmelerini sağlayabilirler.

Adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimini etkileyen düzenli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı, güvenli cinsel yaşam, sağlık kontrolü ve kazalar gibi faktörleri ortaya çıkarmaya çalışan çok sayıda çalışma olmasına karşın, bu faktörlerin tamamına yönelik hemşireliğin danışmanlık ve eğitim rollerini ön plana çıkaran girişimsel bir çalışmaya rastlanılmamıştır (Ardıc ve Esin, 2015; Aksoy, 2018; Karaaslan ve Çelebioğlu, 2018). SGM temel bileşenleri kullanılarak yapılan hemşirelik girişimleri

ile adölesanların öz etkiliklerinin yükseltileceği ve sağlığı geliştirici davranışa katılımlarının artırılacağı varsayılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁. Adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin adölesanların sağlıklı yaşam biçimi üzerine etkisi vardır.

H₂. Adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin adölesanların öz etkililik/yeterlilikleri üzerine etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönemi ve Özellikleri

Adölesan dönem; çocukluktan yetişkinliğe geçiş aşamasında bulunan, fiziksel, cinsel ve psikososyal yönden birçok değişimi içeren, bireyi topluma yetişkin bir fert olarak hazırlayan bilgi, beceri ve davranışların meydana geldiği bir dönemdir (Roeser ve ark., 2016; Klein ve ark., 2017; Sumen ve Oncel, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu dönemi fertlerin çocuk olmadığı, ancak henüz yetişkin de sayılamayacağı çok önemli fiziksel, zihinsel, duygusal değişikliklerle birlikte sosyal beklenti ve algıların şekillendiği bir süreç olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2007). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'deki birçok uzmana göre, adölesan dönem 10-24 yaş aralığı kabul edilirken (Edelma ve Kudzma, 2018), DSÖ (2006)'ye göre adölesan dönem 10-19 yaş, gençlik dönemi ise 15-24 yaş olarak belirtilmektedir. Adölesan dönem; erken adölesan dönemi (11-14 yaş), orta adölesan dönemi (15-17 yaş) ve geç adölesan dönemi (18-21 yaş) olmak üzere üç evrede değerlendirilmektedir (World Health Organization, 2007; Törüner ve Büyükgönenç, 2013). Adölesan döneminin belirli bir zaman diliminden öte, bir basamak olduğu bildirilmektedir. Bu dönemi tanımlamada yaş aralığı; adölesanların evrensel olan biyopsikososyal değişimlerin incelenmesi ve değerlendirilmesi için en çok tercih edilen ve en güvenilir yöntem olduğu bildirilmiştir (Sawyer ve ark., 2012). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 verilerine göre; toplam nüfusun %15.3'ünü 15-24 yaş grubu, %4.45'ini 15-17 yaş grubu ve %7.6'sini 10-14 yaş grubu adölesan bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2022).

Adölesan dönemi fiziksel gelişim ile birlikte bilişsel ve psikososyal gelişimin sürdüğü, adölesanın kim olduğunu, kim olmayı arzuladığını, hangi mesleği yapmak istediğini,

toplumsal rollerin hangisini üstleneceğini belirlemeye çalıştığı bir dönemdir. Genetik olarak dış görünümü belli olsa da kimliği, karakteri, mesleği, gelecekte oluşturacağı toplumsal rolleri kendisi tarafından belirlenmekte ve temelleri bu dönemde atılmaktadır. Adölesanın kişilik ve kimlik arayışında, içinde yaşadığı ailenin ve toplumun standartları ile birlikte kendi sosyal çevresi de oldukça belirleyici ve etkili olduğu belirtilmektedir (Hayes ve ark., 2019; Symonds ve ark., 2019).

Ne tam bir çocuk ne de yetişkin olarak değerlendirilen adölesanlar, çocukluk rol, tutum ve davranışlarından yetişkin rol, tutum ve davranışlarına geçişin sorunlarını yaşamaktadırlar (Karadamar ve ark., 2014; Centers for Disease Control and Prevention, 2017a). Hızla değişen fiziksel, sosyal, bilişsel, ahlaki ve mental değişimlerle birlikte yaşam biçimini oluşturma, adölesanlarda son derece zayıf bir denge duygusu yaratmaktadır (Edelma ve Kudzma, 2018).

2.2. Adölesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Gelişme

Adölesan dönemi tüm yönleri (sosyal, fiziksel, cinsel ve psikolojik) ile hızlı büyüme ve gelişme ile karakterize olduğu bedensel değişimin kızlarda erkeklere göre daha erken görüldüğü (kızlar 10-12, erkekler ise 12-14 yaşlarında) belirtilmektedir. Cinsel gelişimin başlangıç zamanında kişiler arası farklılıklar görülebilmektedir (Düzkanar, 2016; Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019; Linnard-Palmer ve Coats, 2017).

2.2.1. Fiziksel Büyüme

Adölesan döneminin en önemli değişim özelliklerinden birisi kısa zamanda dikkat çekici bir biçimde çok yönlü fiziksel büyümedir. Adölesanlar çok kısa bir sürede yetişkin boyutlarına ulaşmaktadır. Kız ve erkeklerde vücut boyutları ile vücut şekillerinde meydana gelen değişimler her adölesan için farklı hız ve zamanda görülmektedir. Adölesan döneminde iskelet sisteminde, organlarda, bezlerde, yağlarda ve kas dokularında hızlı bir büyüme gerçekleşmektedir. Bu dönemde adölesanlar yetişkin boyutlarının %96'sına ulaşmaktadır (Özcebe, 2017; Leifer, 2019; Karabey ve Müftüoğlu, 2021).

2.2.2. Boy Uzaması

Adölesanların boy uzama hızının en üst seviyeye ulaştığı döneme “Boy Uzama Atağı” dönemi denilmektedir. Adölesanlarda boy uzama atağı, 11-16 yaş arasında ve ortalama iki veya üç yıl devam etmektedir. Kızlarda ve erkeklerde bu atağın en üst düzeye ulaştığı yaşlar birbirinden farklıdır. Erkeklerde boy uzama atağı 13-15.5 yaş arasında ve yılda yaklaşık 10-16 cm olarak görülmektedir. Boy uzama atağı kızlarda ise ortalama 11 yaşlarında başlamakta, yılda yaklaşık 9 cm boy uzaması görülmekte ve 13-14 yaş civarında sonlanmaktadır. Boy uzama hızı en üst düzeyine erkekler genellikle 14 yaşlarında, kızlar ise 12 yaşlarında ulaşmaktadır. Boy uzama atağı sürecinde, erkeklerde toplam 26-28 cm ve kızlarda 23-28 cm boy uzunluğunda artış gerçekleşmektedir. Adölesan dönemi sonunda kızların ve erkeklerin boyları yetişkin boy uzunluklarının %98’ine ulaşmaktadır (Özcebe, 2017; Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019).

2.2.3. Vücut Bölümlerinde Büyüme

Büyüme atağı sürecinde gençlerin vücutlarında cinsiyete özgü şekil ve oranlar olmaktadır. Erkeklerin omuzlarının kalçaya oranla daha fazla büyümesine karşı kızların beli kalça ve omuza oranla daha az genişlemekte, omuzlardaki artış, kalça genişliğindeki artıştan daha az olmaktadır. Adölesanlarda bacaklar, büyümesi ilk önce hızlanan vücut bölümlerindendir. Bacaklardaki büyümeden bir yıl sonra gövde uzamasındaki hızlanma başlamaktadır. Adölesanların yüz kısmında da şekil ve oranlarda değişiklik gerçekleşmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017; Leifer, 2019).

2.2.4. Ağırlık Artışı

Büyüme hızlanması sürecinde yetişkin dönemdeki vücut ağırlığının ortalama yarısına ulaşılmaktadır. Kız ve erkeklerde ağırlık artışı ve yağlanma boy uzunluğu artışından sonra gözlenmektedir. Kızlarda bu dönemde ortalama 16 kiloluk bir artış, erkeklerde ise yaklaşık 20 kiloluk bir artış olmaktadır. Kızlarda ağırlık artışı yağ depolanmasına, erkeklerde kemik ve kas miktarının artmasına bağlıdır. Adölesanlar yağ dokusu artışını şişmanlığın bir belirtisi olarak algılayabilirler ve diyet kısıtlamasına gidebilirler. Diyet kısıtlamasına bağlı büyüme ve gelişmenin gerçekleşebilmesi için gerekli gıdalardan

yoksun kalabilirler (Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019; Karabey ve Müftüoğlu, 2021).

2.3. Adölesan Sağlığı

Adölesanlar kendilerini sağlıklı olarak görmektedir ancak yetişkinlikte ortaya çıkan sağlık problemlerinin çoğu adölesan dönemde kazanılan olumsuz sağlık davranışlarından kaynaklanmaktadır (Rasanathan ve ark., 2015; Karaaslan ve Çelebioğlu, 2018). Hastalıkların temelinin adölesan dönemde atıldığı bilinmesine rağmen, hastalıkların yetişkin dönemde ortaya çıkması adölesan dönemde alınması gerekli olan tedbirlerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Kendilerini sağlıklı olarak hissetmeleri adölesanların sağlıklarını kaybetme kaygılarının düşük düzeyde olmasına sebep olmaktadır (Abajobir, 2018; Dorn ve ark., 2019). Adölesan dönemde sergilenen riskli sağlık davranışları, adölesanın ileriki dönemde hayatını etkilediği gibi toplumsal sağlığı, huzuru, güvenliği ve başarıyı da etkilemektedir (Abajobir, 2018). Adölesan dönem, bireylerin yetişkinlik karakterini oluşturdukları fikir, inanç, değer ve davranışları bulmaya çalıştıkları, bununla birlikte sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilecek birçok davranışın da başlangıç noktası olabilmektedir (Abajobir, 2018).

Yetişkinliğe geçiş olan adölesan dönemde bireyler tarafından birçok toplumsal ve bilişsel beceriler öğrenilirken, sağlıkla ilgili farklı davranış ve tutumlar da öğrenilerek yaşama aktarılmaktadır (Viner ve ark., 2012; Blakemore ve Mills, 2014). Yaşama aktarılan bu davranış ve tutumların bazıları olumlu sağlık davranışları iken, bazıları da olumsuz sağlık davranışlarıdır. Olumlu sağlık davranışları sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde önemli iken, olumsuz sağlık davranışları sağlık problemlerine yol açmaktadır (Blakemore ve Mills, 2014). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention, CDC) adölesan sağlığının bozulmasına neden olan riskli davranışları; fiziksel aktivite yetersizliği, yetersiz ve dengesiz beslenme, her türlü madde kullanma, güvensiz cinsel davranışlar ve zorbalık eylemleri olarak belirlemiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2017b; Kann ve ark., 2016). Günümüzde ölüme ve hastalığa sebep olan etmenlerin büyük bir kesiminin adölesan dönemde yapılan girişimlerle kontrol edilebileceği görülmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2017a). Adölesanlarda olumsuz sağlık davranışları meydana gelmeden, erken dönemlerde koruyucu önlemler alınmalıdır. UNICEF ve DSÖ ise 2017 yılında

adölesanlara ilişkin oluşturdıkları raporda konunun önemine dikkat çekmeye çalışmaktadır (Kitazumi, 2014; World Health Organization, 2017; Short ve Weber, 2018). Adölesan sağlığını yakından ilgilendiren sorunlar sağlık politikalarına, planlama ve uygulama aşamalarına dahil edilmelidir. Adölesan dönemi genellikle politika yapıcılar da dahil olmak üzere göz ardı edilen bir alandır. Sağlıkla ilgili çalışmalara bakıldığında, çalışmaların çoğunlukla doğum ile başlayıp beş yaşına kadar olan dönemdeki daha küçük çocuklar üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Ülkelerin adölesan sağlığına yönelik, ne yapacaklarını, nasıl yapacaklarını düzenlemek amacıyla 2017 yılında DSÖ öncülüğünde Adölesan Sağlığı için Küresel Hızlandırılmış Eylem Rehberi (AA-HA) oluşturulmuştur. Rehberde yetişkin dönemde ortaya çıkan birçok sağlık sorununun temelini adölesan dönemde atıldığı ve her gün üç bin adölesanın önlenebilir sebeplerden dolayı hayatını kaybettiği bildirilmektedir. Adölesan dönemi büyüme ve gelişme periyodu içinde ikinci önemli dönem olması ve yetişkinliğe adım atmadan önce kazanılacak davranışların tamamının yaşamı etkilemesi nedeniyle önemli bir dönemdir (Roeser ve ark., 2016; Kann ve ark., 2016; Centers for Disease Control and Prevention, 2017b; Klein ve ark., 2017; World Health Organization, 2017).

2.4. Adölesan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı koruma ve geliştirme 1980'li yıllardan beri üzerinde önemle durulan gerek bireysel gerekse de ülke genelinde kalkınmayı sağlamak açısından devamlı vurgulanan ve her geçen gün gittikçe önemi artan bir durumdur. Adölesan dönemi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması için en iyi dönem olarak görülmelidir. Adölesanlara yönelik sunulan hemşirelik bakımında; sağlığın korunmasına, geliştirilmesine ve adölesanların kendi sağlık davranışlarını üstlenmelerine ağırlık verilmelidir. İnsan hayatının diğer dönemlerine göre kısmen daha sağlıklı geçirilen adölesan dönemin sağlığı koruma ve geliştirme amacı için fırsat olduğu görüşünün daha geniş bir şekilde kabul edilmeye başlaması ile birlikte, adölesan döneminde yaşam biçimi ve davranış değişikliğinin nasıl gerçekleştirileceği sorusuna da yanıt bulunmaya çalışılmaktadır (Rasanathan ve ark., 2015; Centers for Disease Control and Prevention, 2017a).

DSÖ raporunda, adölesan sağlığının korunması ve geliştirilmesi için küresel ve ulusal düzeyde yapılacak yenilikçi müdahalelere ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Kitazumi,

2014; World Health Organization, 2017). Raporda aynı zamanda sağlıkla ilişkili davranışların oluşmasında aile, sosyal çevre, değerler, kültür gibi birçok değişkenin belirleyici olduğu; istenilen hedefe ulaşmada bu belirleyicilerin saptanması ve bunlara yönelik gerekli uygulamaların oluşturulmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Kitazumi, 2014; Kann ve ark., 2016). Bu hedefe yönelik olarak adölesanların vaktinin büyük bir kısmını geçirdiği okulların sağlıklı yaşam biçimlerinin ve yaşam boyu devam etmesi arzulanan sağlık davranışlarının kazandırılması için yapılacak olan uygulamalar açısından en doğru başlangıç yeri olduğu bildirilmektedir. Adölesan bireylere sunulacak sağlık bakım hizmetlerinde, hemşireler; bireylerin sağlıklı büyüme ve gelişmesini, bireysel gelişiminin normal ve anormal olan sınırlarını, potansiyel sağlık risklerini ve bu risklerin etkilerini bilmeli, sunacağı sağlık hizmetinin hedef ve faydaları konusunda adölesanlara ve ebeveynlerine bilgi vermeli, uygulamalara etkin bir şekilde katılımlarını sağlamalıdır. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik adölesanlara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri büyüme, gelişme ve psiko-sosyal uyum tamamlanana kadar devam etmelidir. Adölesan sağlığını fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, madde kullanımı, üreme/cinsel davranışlar, sağlık izlemi ve kaza ve yaralanma davranışları önemli derecede etkilemektedir (Viner ve ark., 2012; Gözüm ve Çapık, 2014; Rasanathan ve ark., 2015; Kassebaum ve ark., 2017; Klein ve ark., 2017; Short ve Weber, 2018).

2.4.1. Fiziksel Aktivite

Günlük yaşam boyunca, iskelet kasları kullanılarak gerçekleştirilen ve enerji harcamasını sağlayan her tür hareket fiziksel aktivite olarak görülmektedir. Adölesan dönemde fiziksel aktivite önceki dönemlere kıyasla hissedilir seviyede azalmakta ve bu durum yetişkin dönemde yaşla birlikte giderek azalmaktadır (Hockenberry ve ark., 2017; Okely ve ark., 2017). Zihinsel sağlığı ve refahı artırmanın etkili bir yolu fiziksel aktivitedir. Fiziksel olarak daha aktif bireyler, adölesan ve yetişkinlik dönemlerinde daha düşük yorgunluk, kaygı, stress, depresyon, daha fazla zindelik ve esenlik sergilemektedirler (Halliday ve ark., 2019; Wright ve ark., 2021). Alghadir ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada ideal fiziksel aktivitenin akademik başarı ve diğer faaliyetlerdeki performans üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Alghadir ve ark., 2020). Yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin zindelik, obezite, yüksek tansiyon ve

hiperlipidemi dahil olmak üzere adölesan dönemde kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini, depresyon ve duygusal sıkıntı risk faktörlerini azaltabileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte adölesan dönemdeki fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluk yetişkinlik dönemindeki olası kardiyovasküler hastalık durumu ile ilişkilendirilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017). Fiziksel aktivite yapan adölesanlar; ideal vücut ağırlığına ve şekline, daha neşeli ve daha olumlu akran iletişimine, daha yüksek akademik başarı seviyesine, daha çok sorumluluk üstlenme ve bağımsız karar verme becerilerine, daha kuvvetli, daha esnek kas ve kemik yapısına sahip olmaktadır. Bu bağlamda kendilerine duydukları öz güvenleri, benlik saygıları da önemli derecede artmaktadır (Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017).

Fiziksel aktiviteye önem vermeyen zamanını saatlerce tablet, telefon, bilgisayar veya televizyon başında geçiren adölesanların obezite, metabolik sendrom ve insülin direncinin gelişmesine daha yatkın oldukları bilinmektedir. Bu duruma tablet, telefon, televizyon veya bilgisayar başında çok fazla zaman harcanması ve bu sırada adölesanların yiyecek tüketimlerindeki artışın neden olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda adölesanların planlı ve düzenli bir şekilde fiziksel aktivite yapmaları desteklenmelidir (Hockenberry ve ark., 2017; Rodgers, 2018).

Adölesanlar, kendi yaş grubuna uygun olan, kendi seçtikleri ve istedikleri bir fiziksel aktiviteyi günlük yaşamlarında yapabilecekleri gibi, gün boyunca yapılan bazı aktiviteleri daha hızlı, aynı aktiviteyi birkaç defa tekrar ederek de fiziksel aktivite yapabilirler. Bununla birlikte, tercih edilen aktivitenin planlı, düzenli, sürekli, uygun yoğunluk ve zamanda olması gerektiği unutulmamalıdır. Ancak bu şekilde fiziksel aktivitenin olumlu etkileri ortaya çıkarılmış ve kalıcı bir duruma getirilmiştir. Fiziksel aktivite ile düzenlenen vücut fonksiyonları ve ortaya çıkan yararlı etkileri, fiziksel aktivite davranışı düzenli ve planlı bir programa dönüşmediğinde ya da aktivitenin terkedilmesinden sonra hızla kaybedilmeye başlanmaktadır (Demirel ve ark., 2014; Yardım ve ark., 2016; Hockenberry ve ark., 2017; Rodgers, 2018).

Adölesanlar için fiziksel aktivite;

- Başlangıçta haftada bir iki defa yavaş bir şekilde 15-30 dakikalık orta şiddette (Tempolu yürümek, hafif tempolu koşmak, bisiklete binmek, bahçe işleri vb.) fiziksel aktiviteler yapılmalı,
 - Sonra haftada iki, üç gün 30 dakika fiziksel aktiviteler yapılmalı,
 - Daha sonra ki haftada üç, dört gün 30 dakikalık aktivitelere doğru ilerlenmeli,
 - Fiziksel aktivite yapmayı alışkanlık haline getirdikten bir süre sonra fiziksel aktivite sürelerini bir saate kadar uzatmaları ve daha yüksek seviyeli aktiviteleri tercih etmeleri önerilmektedir.
 - Adölesanlar sevdikleri, istedikleri aktivitelere ve ev-bahçe işleri, aile ile birlikte yapılan alışveriş gibi aktivitelere dâhil olmaları, asansör yerine merdiven kullanmaları, uygunsa okula servis yerine bisikletle veya yürüyerek gidip gelmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir (Yardım ve ark., 2016; Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, 2017; Hockenberry ve ark., 2017; Rodgers, 2018).
- Hemşireler tüm adölesanları; beden eğitimi, ulaşım, oyun, dinlenme ve diğer planlı egzersizlerin bir parçası olarak her zaman fiziksel aktivite yapmaya teşvik etmelidir (Hockenberry ve ark., 2017).

2.4.2. Beslenme

Hızlı büyüme atağının gerçekleştiği adölesan dönemde, daha fazla kaloriyle birlikte protein, kalsiyum, demir ve çinko'dan daha fazla beslenmeye gereksinim duyulmaktadır (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017). Büyüme atağı yaşayan adölesanlarda artan bağımsızlık, akran kabulü, fiziksel görünümle ilgili endişeler, aktif bir yaşam tarzı, yeme alışkanlıklarını, yiyecek seçimlerini, besin alımını ve dolayısıyla beslenme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017). Yeme alışkanlıklarındaki en belirgin değişiklikler öğün atlanması, ana öğünler arasında daha çok ara öğün yapılması ve daha sık dışarıda yemek yenmesidir. Adölesanlar genellikle kahvaltı ve öğle yemeğini atlar, bu durum adölesanın gün boyunca çok az şey yemesine veya hiç yememesine, akşam ise aşırı yemesine neden olmaktadır (Leifer, 2019).

Adölesan dönemde büyümenin hızlanması, yeme alışkanlıklarının daha düzensiz hale gelmesi, yüksek yağlı, yüksek sodyumlu ve düşük besin değeri olan hızlı yiyecekler (fast-food) tüketilmesi nedeniyle diyet eksiklikleri ortaya çıkmaktadır (Alkaya, 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017; Leifer, 2019). Fast food türevi gıdalar adölesanın büyüme döneminde ihtiyacı olan riboflavin, folik asit, A, B ve D gibi vitaminler ile kalsiyum, çinko, demir gibi mineraller yönünden oldukça fakir olduğu bildirilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017). Adölesanlarda olumsuz beslenme düzeni özellikle sosyo ekonomik düzeyi düşük olan adölesanlarda ve kızlarda ileriki yaşlarda daha belirgin olarak obezite, osteopoz, kanser ve kronik hastalıkların görülme oranını arttırmaktadır (Hockenberry ve ark., 2017). Özellikle, menarşta olan ve ağır menstürel dönem geçiren kızlar demir eksikliği açısından daha yüksek risk altındadır. En yüksek kemik kütlesi adölesan dönemde kazanılmaktadır. Bu nedenle oral kalsiyum alımına ihtiyaç duyulmakta ve bu yıllarda biriken kalsiyum miktarı ileriki yaşlarda ki osteoporoz riskini belirlemektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017).

Ayrıca adölesanlarda olumsuz beden algısı nedeniyle kilo kaygıları ve kilo kontrol davranışları açısından yanlış diyet uygulama, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi sorunlar görülebilmektedir. Bununla birlikte olumsuz beslenme alışkanlıklarından dolayı ortaya çıkan obezite sayıları özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde büyük bir hızla artmaktadır. Adölesan obezitesi, adölesanlar için hem acil hem de bir ömür boyu sürecek sorunlar oluşturabilmektedir (Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017).

Beslenme alışkanlıkları açısından adölesanlara rehberlik yapılmalı, sağlıklı beslenmenin yararları da dahil olmak üzere tüm adölesanlarla sağlıklı beslenme alışkanlıkları, yeme davranışları, yüksek yağlı ve yüksek tuzlu gıdaların tüketimi ve vücut ağırlığındaki son değişiklikler hakkında tartışmalar yapılmalı, eğitimler verilmelidir. Tüm adölesanlar için beslenme taraması yapılmalı ve beslenme eğitimi verilmelidir (Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017). Adölesanların beslenme tabağı ve sağlıklı beslenme piramidine uymaları sağlanmalıdır.

Sağlıklı beslenme tabağında besin öğelerine göre süt ve ürünleri, et ve ürünleri, kurubaklagiller, yağlı tohumlar, ekmek ve tahıllar, sebze ve meyve grubu olmak üzere

beş besin grubu bulunmaktadır. Amaç her öğünde tabakta bulunan tüm besin gruplarından birer besinin tercih edilerek tüketilmesidir. Sağlıklı yaşam tarzının bir parçası olarak tabağın yanında su ve zeytinyağı tüketiminin yer alması, aktif yaşamın sağlanması son derece önemlidir (Pekcan ve ark., 2016; Şanlıer ve ark., 2016; Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025, 2020).

Sağlıklı beslenme piramidinde; sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite tavsiyeleri bulunmaktadır. Piramidin en alt bölümünde, besin ve enerji kaynağı olan tahıl grubu besinler ve günlük ihtiyaç duyulan miktarları (4,5-8 porsiyon) yer almaktadır. İkinci basamakta sebze (2,5-4 porsiyon) ve meyve grubu (2,5-3 porsiyon) besinler ve günlük porsiyonları yer almaktadır. Üçüncü basamakta süt ürünleri (3 porsiyon) ve et ürünleri (2,5-4 porsiyon) günlük porsiyonları ile birlikte yer almaktadır. Daha az ve seyrek tüketilmesi tavsiye edilen şeker ve çok fazla yağ içeren besinler ise piramidin en üst bölümünde bulunmaktadır (Pekcan ve ark., 2016; Şanlıer ve ark., 2016; Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025, 2020).

2.4.3. Madde Kullanımı/Bağımlılığı

Adölesanın yaşı ile birlikte artan, büyüme ve gelişmesini etkileyen riskli davranışlardan bir tanesi de madde kullanımıdır (Arıkan ve ark., 2013; Hockenberry ve ark., 2017). Adölesan madde kullanım prevalansı son 15-20 yılda büyük bir artış göstermese de, sabit hızda devam etmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Burk ve ark., 2018). Madde kullanımı akademik başarının ve okula devam oranının düşmesine, okulu bırakma teşebbüsüne, suçluluk duygusuna, erken dönemde cinsel davranışlarda bulunma gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışların görülmesine neden olmaktadır. Daha düşük yaşlarda madde kullanmaya başlayan bireylerde daha fazla madde bağımlısı olma, madde kullanımına bağlı kronik hastalık gelişme ve ölüm ihtimalinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte sigara, alkol vb. madde kullanımı bu dönemde görülen kazaların önemli nedenleri arasında yer almaktadır. ABD’de alkollü araç kullanmak adölesanların önde gelen ölüm nedenleri arasında gösterilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Dilbaz ve ark., 2019; Leifer, 2019).

Madde bağımlılığı; vücut fonksiyonlarını negatif yönde etkileyen maddelerin vücuda alınması, bu maddelerden zarar görülmesine rağmen kullanımının bırakılamaması

durumudur. Madde kullanım sürecinde adölesanlar önce sigara ve alkol gibi maddeleri denemekte, alkol kullanımını esrar kullanımı takip etmekte ve en sonunda ise diğer yasadışı olan tüm maddelerin kullanımı takip etmektedir (Özhan ve ark., 2010; Dilbaz ve ark., 2019; Leifer, 2019).

Madde bağımlılığı sürecinde “Bana bir şey olmaz” söylemi adölesanların ana düşünceleri olduğu için yasadışı bağımlılık yapıcı maddeleri çok kolay kullanmakta ve bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmanın tehlikeli yönlerini bilmemektedirler. Bu nedenle çok fazla riskli denemelerde bulunmaktadırlar. İlk önce kolay ulaşılan bir madde olduğu için sigara kullanımı başlamakta, sigaranın hemen ardından alkol kullanımı ile devam etmektedir. Sigara ya da alkol kullanan adölesanların sigara ve alkolün daha az zararlı olduğunu düşünmeleri, uyuşturucu maddeleri kullanma olasılıklarını arttırmaktadır (Hockenberry ve ark., 2017; Dilbaz ve ark., 2019). Bağımlılığın ne sürede gelişeceği; madde kullanmaya başlama yaşı ve şekli, maddenin türü ve saflık oranı, kullanılan madde miktarı, sıklığı, cinsiyet ve sosyal destek gibi birçok nedene bağlı olarak değişmektedir (Özhan ve ark., 2010).

Madde kullanma ve bağımlılık oluşumunun dört farklı süreci takip ettiği bildirilmektedir. Birinci olarak gençlerin kendilerini araştırmak ve sınamak için başvurduğu “deneysel kullanım” sürecidir. İkinci olarak aile tarafından ilgi görmek ve akran gruplarına kabul edilmek amacıyla başvurduğu “sosyal kullanım” sürecidir. Üçüncü olarak yalnızlık hissettiği, bulunduğu ortama yabancılik hissettiği, hayat gayesi açısından boşluğa düştüğü ve farklı problemlerden kaçmak için başvurduğu “karakterolojik ya da operasyonel kullanım” sürecidir. Dördüncü ve son olarak kendini normal hissedebilmek için madde kullanmaya başvurduğu “bağımlı kullanım” sürecidir (Dilbaz ve ark., 2019; Leifer, 2019).

Adölesan dönemde madde kullanım durumları açısından sağlık taraması yapılmalı, taramada hemşire adölesanlara kendilerinin veya arkadaşlarının daha önce sigara, alkol veya başka maddeler kullanıp kullanmadıklarını, yaşlıları arasındaki mevcut kullanımları ve mevcut kullanım kalıpları hakkında sorular sormalıdır. Madde kullanımı ile ilgili şüpheli bir durum var ise yargılayıcı ve tehditkâr olmayan bir iletişim kurup adölesanı değerlendirmeli, madde kullanımına neden olan durumlara karşı adölesana

destek olmalı, bu konuda yardım almasını sağlamalı, madde kullanımını önleme eğitimi vermelidir (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017).

2.4.4. Cinsel/Üreme Sağlığı

Adölesanların cinselliği keşfettiği, cinsel teşebbüslerinin en üst seviyeye geldiği ama bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğu bu dönemde sağlık davranışları arasında riskli cinsel davranışlar da bulunmaktadır (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017). Adölesanlarda cinselliğe olan ilginin artması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) hakkında bilgilerinin olmaması, erken dönemde cinsel aktivite girişimleri CYBE'lere, adölesan gebeliklerine ve ileriki yaşlarda kanserlere neden olabilmektedir (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017). Ülkemizde de dünya genelinde olduğu gibi erken yaşta gebelikler sık görülmektedir. Doğurgan yaştaki kadınların 1/5'ini, 15-19 yaş arasındaki adölesanlar oluşturmaktadır. İlk gebelik deneyiminin 15 yaş kadınlarda %2, 19 yaş kadınlarda ise %23 oranında olduğu belirtilmektedir (Şen ve Kavalak, 2011). Adölesan dönemde gebelik deneyimi yaşayan kadınlar adölesan dönemleri sona ermeden genellikle ikinci gebeliklerini de deneyimlemektedirler. Adölesan gebeliği sırasında; erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, anemi ve doğumda meydana gelen olumsuz etkiler daha sık görülmektedir. Adölesan gebeliğinde anne ölüm hızı yetişkin kadınlardaki anne ölüm hızına kıyasla 3-4 kat daha çok görülmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017; Çakşak, 2018; Leifer, 2019).

Adölesanlarda önemli problemlerden olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; korunmasız/uygunsuz cinsel ilişki sonrası bulaşan ve ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilen hastalıkların genel adıdır. CYBE'lerin adölesanlarda görülme oranları yüksek olup, sürekli artma eğilimi göstermektedir. Kız adölesanlar vücut yapıları nedeniyle erkek adölesanlara göre CYBE'lere daha yatkındırlar. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar erkeklerde; kasıklarda ağrı, idrar yaparken yanma, peniste döküntü veya akıntı, hayalarda şişlik ve bezeler şeklinde kadınlarda ise; haznede kaşıntı ve akıntı, cinsel birliktelik sırasında ağrı, idrar yaparken yanma gibi belirtiler şeklinde görülebilmektedir. CYBE'ler tedavi edilmez ise her iki cinsiyette de kısırılık, karaciğer kanseri, rahim ağzı kanseri ve gebelikte bebeğe bulaşma riski gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats,

2017; akşak, 2018). Adölesanlar güvenli cinsel davranışları tercih etmelidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmanın en basit ve kolay yolları ise cinsel ilişkide bulunmamak, cinsel eşe sadık kalmak ve her cinsel temas sırasında kondom kullanmaktır. Ayrıca kızlarda Human Papilloma Virüs (HPV) aşısı 10-24 yaş arası, 6 ay aralıklarla 3 doz şeklinde uygulanmalıdır (Linnard-Palmer ve Coats, 2017).

Adölesanlara cinsel eğitim yaş dönemlerine uygun olarak aile, ebeveyn, okul, sağlık kurumu, okul hemşiresi tarafından verilmelidir. Tüm adölesanlar, cinsel yoksunluk da dahil olmak üzere sorumlu cinsel davranışlarla ilgili tıbbi olarak doğru sağlık rehberliği almalıdır. Adölesanlar, sağlık rehberliğini nereden alacağı konusunda yönlendirilmeli, HIV de dahil olmak üzere CYBE'lerin nasıl bulaştığı ve enfeksiyonun olası sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca adölesanlara doğru kondom ve uygun doğum kontrolünün kullanımı dahil olmak üzere sorumlu cinsel davranışlar, cinsel sömürü risklerini azaltma yolları konusunda danışmanlık verilmelidir (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017). Cinsel açıdan aktif olan kadın ve erkek adölesanlara mutlaka pap-smear testi ve HPV aşısı yaptırması önerilmelidir (Hockenberry ve ark., 2017).

2.4.5. Sağlık Kontrolü

Adölesan dönemi, adölesanın kendini sağlıklı algıladığı bununla birlikte sağlık hizmetlerine başvuru oranının çok düşük olduğu bir dönemdir. Fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden hızlı bir büyüme ve gelişmenin görüldüğü bu dönemde adölesanların sağlık sorunları doğal değişim sürecinin parçası olarak görülüp gözden kaçabilir. Bu nedenle periyodik sağlık kontrolleri adölesanların sağlık problemlerinin erken dönemde belirlenmesi için önemlidir (Özcebe, 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017).

Adölesanlarda sık görülen sağlık sorunları;

- Meme problemleri ve hastalıkları,
- Kızlarda menstürel döngü sorunları,
- Cilt sorunları ve kılınma ile ilgili problemler,
- Erkeklerde testis, spermatik kord ve skrotal sorunlar,
- Ortopedik problemler; postür bozukluğu, spinal kord eğrilikleri, diz ağrısı,

- Beslenme ile ilgili problemler,
- Psikolojik problemler ve hastalıklar,
- Anemi (kansızlık)'dır (Özcebe, 2017; World Health Organization, 2017).

Adölesanların sağlık taramasında fiziksel büyüme ölçütleri olan boy ve kilo ölçümü, obezite ve yeme bozuklukları, BKİ'nin hesaplanması ile ilgili taramalar, aşılarının yapılması, hipertansiyon, hiperlipidemi, hemoglobin ve hematokrit sayımı, ihmal ve istismar davranışları, depresyon, madde kullanım durumları ve suisid riski taramaları yapılmalıdır (Özcebe, 2017).

2.4.6. Kazalar ve Yaralanmalar

Adölesanlar arkadaşlarından çok fazla etkilenirler. Adölesanlarda bağımsızlık duygularının ve deneyimlerinin artması ile birlikte bu riskler kaza ve yaralanmalara neden olmaktadır. Adölesan dönemde 10-18 yaş arasında yaş arttıkça, kasıtsız yaralanmalardan kaynaklanan ölümlerin insidansı da artmaktadır. Motorlu araç kazaları, adölesanlarda kasıtsız yaralanma ve ölümün en büyük nedenidir. Adölesanların güvenlik önlemlerini alma konusundaki tedbirsizlikleri, sürüş deneyimi ve olgunluğundan yoksun olma, öndeki aracı çok yakın bir şekilde takip etme, çok hızlı araç kullanma, arabada başka genç yolcuların olması ve alkol kullanma, koruyucu ekipman kullanmama (emniyet kemeri takmama, kask takmama) gibi birçok faktör genç sürücüler arasında daha yüksek kaza oranlarına neden olmaktadır. Bazı okullar artık eğitim programının olmazsa olmaz bir parçası olarak sürücü eğitimi kursları sunmaktadır (Hockenberry ve Wilson, 2015; Hockenberry ve ark., 2017; Linnard-Palmer ve Coats, 2017).

Yaralanmalar gençlerde sık karşılaşılan sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Dünyada yılda 1-18 yaş arasındaki ölüm sayılarına bakıldığında; trafik kazalarında 300.000, boğulmalara bağlı 300.000 ve yangınlar sonucunda ise 100.000 kişi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde 15-24 yaş grubu mortalite nedenleri arasında istemsiz yaralanmalar ilk sırada, bireyler arası şiddete bağlı ölüm ise ikinci sırada yer almaktadır. Yaralanmalar, önde gelen ölüm nedeni olmasının yanı sıra, adölesanlar arasında kalıcı sakatlıklara da neden olmaktadır. Yaralanmaya bağlı sakatlıkların önde gelen nedenleri arasında araç kazaları, ateşli silahlar, boğulmalar, zehirlenmeler, yanıklar ve düşmeler

yer almaktadır (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017; World Health Organization, 2017; Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019).

Birçok adölesanın evinde silaha kolay erişimi vardır ve bu tür erişilebilirlik, adölesanlar arasında şiddet içeren davranışlarda bulunma ve ölümcül intihar girişimleriyle önemli ölçüde ilişkilidir. Hemşirelerin adölesan ile görüşmesi; motorlu araç kazaları, ateşli silah kullanımı, intihar ile ilgili tarama ve danışmanlığı içermelidir. Bununla birlikte uygun güvenlik önlemleri, sağlık eğitimi, emniyet kemeri veya kask kullanımı ve alkollüyen araç kullanmamaya yönelik olmalıdır (Arıkan ve ark., 2013; Alkaya, 2017; Hockenberry ve ark., 2017; Leifer, 2019).

2.5. Adölesanlarda Sık Karşılaşılan Riskli Davranışlar

Adölesan dönemde, adölesanların bağımsızlık kazanma arzusu, ilgi alanlarında gerçekleşen değişim, kendi kararlarını verebilme yetisi, evden daha çok dışarıda olma isteği, sosyalleşme çabaları, akranları ile kaynaşma ve gelecek kaygısı gibi süreçleri yeterli ve doğru desteğin sağlanması sonucunda başarıyla geçmeleri beklenmektedir (Sawyer ve ark., 2012; Short ve Weber, 2018).

Bu dönemde adölesanların aile ve toplumla bağlarında değişimler meydana gelebilmektedir. Adölesanların çalışmakla, kurallara uymakla isteklerini gerçekleştiremeyeceğini düşünmeleri toplumla olan bağlarının, evde ihtiyaç duyduğu yakınlığı hissedememeleri ise aileyle olan bağlarının azalmasına neden olmaktadır. Böylece sağlık açısından yüksek riskli davranışları olan arkadaşlarıyla daha fazla zaman geçirmektedirler. Riskli davranışları bulunan akranları ile arkadaşlık kurmaları, arkadaş baskısı ve bu baskıya karşı koyma yetilerinin eksikliği nedeniyle adölesanlarda riskli davranışlar ve olumsuz sağlık sonuçları görülebilmektedir (Culyba ve ark., 2017; Kassebaum ve ark., 2017).

Sağlık açısından riskli davranışlar, merak etme, kendini kanıtlama, heyecan duyma, yanlış veya eksik bilgi, arkadaş gruplarının ve medyanın etkisi nedeniyle ortaya çıkan sağlığa zarar verici tüm davranışlardır. CDC adölesanlarda riskli sağlık davranışlarını isteyerek ya da istemeyerek yaralanma, şiddet içeren ve şiddete neden olan tüm davranışlar, madde kullanımları, uygunsuz cinsel davranışlar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivite olarak bildirmektedir (Kann ve ark., 2016).

Sağlık açısından riskli davranışlar hem adölesan sağlığı hem de toplum sağlığı için çok büyük bir tehlike yaratmaktadır. Yapılan çalışmalar riskli davranışların başladıktan sonra önleyici uygulamaların başarı şansının çok daha düşük olduğunu bildirmektedir. Adölesanlardaki bilgi yetersizliği daha fazla sayıda riskli sağlık davranışlarını sergilemelerine neden olmaktadır. Bununla birlikte kendilerini sağlık açısından riskli grupta görmemeleri de riskli davranışların sayısının artmasında son derece önemlidir (Karadamar ve ark., 2014; Karaaslan ve Çelebioğlu, 2018; Dorn ve ark., 2019).

Adölesanların kültürlerine uygun biçimde sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında ön sıralarda yer alan hemşireler, adölesanlar ve aileleri arasında sağlığın geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilmektedir. Hemşireler, adölesanın psikososyal, bilişsel ve fizyolojik geçiş süreçlerini ve bunların sağlık davranışına etkilerini anladıklarında, adölesanların gelişimsel ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmektedirler (Hockenberry ve Wilson, 2015; Leifer, 2019).

Adölesanların sağlıkla ilgili sorunlarının artması ile birlikte, adölesan sağlığının geliştirilmesine daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Adölesanların ve ebeveynlerin, bu gelişim aşamasında ortaya çıkan değişimler ve davranışlar konusunda kafaları karışabilmekte ve rehberliğe ihtiyaç duyabilmektedirler. Ebeveynler, adölesanların normal gelişim sürecindeki değişimlerini, sevk veya takip gerektiren sorunlarını ayırt etmelerine yardımcı olmalı ve kabul etmelidirler (Arıkan ve ark., 2013; Hockenberry ve Wilson, 2015; Leifer, 2019).

Adölesanlara hemşirelik yaklaşımında hemşireler, adölesanlarla iletişim kanallarını sürekli açık tutmalı, uygulama veya öğretime başlamadan önce onların kendilerini rahat hissetmelerini, güvende hissetmelerini sağlamalıdır. Adölesan iletişimde mahremiyetin ve adölesana saygının sağlanması en temel ilkelerden biridir. Hemşirenin bu ilkeye uyması ve ebeveynlerinde bu durumu kabul etmesi önemlidir. Adölesan ile iletişimde hemşirenin çocuk gibi değil yetişkin gibi davranması gerekmektedir, aksi halde adölesan bu davranışları sahte olarak algılayabilmektedir (Arıkan ve ark., 2013; Hockenberry ve Wilson, 2015; Leifer, 2019).

2.6. Okul Sağlığı ve Hemşirelik

Okul dönemindeki çocukların fiziksel, mental ve sosyal yönden sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, bütüncül bir yaklaşımla okul, okul personeli, çevre, aile ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, sağlık eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesi okul sağlığı hizmetleri kapsamına girdiği belirtilmektedir (Özcebe ve ark., 2008; Hockenberry ve ark., 2017; Edelma ve Kudzma, 2018; Sağlan ve Bilge, 2018; Dağhan ve ark., 2022). Ebeveyn, okul ve toplumdaki diğer kişilerle işbirliği içinde çalışan hemşireler, okul sağlığı programında önemli bir rol üstlenmekte ve okul çağındaki çocukların yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Garmy ve ark., 2021). Bu bağlamda İsveç'teki her okulda temel amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan okul hemşirelerinin bulunması zorunlu hale getirilmiştir (Melendez ve ark., 2020).

Hemşirelerin okul sağlığı ile ilgili sorumlulukları arasında akut ve kronik hastalıklara, sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik eğitim ve müdahale uygulamaları yer almaktadır (Edelma ve Kudzma, 2018). Hemşireler, okul dönemindeki adölesanların sağlıklı bir yetişkinliğe ulaşmasına yönelik eğitim süreçlerinin etkili ve ayrılmaz bir parçası olarak adölesanların sağlık düzeylerini geliştirmelerine yardımcı olabilmektedir (Hockenberry ve ark., 2017). Hemşireler okulda atravmatik bakım sağlamak için öğretmenler ve aile ile işbirliği içinde sağlık bakım planlarını, programlarını geliştirme, uygulama ve değerlendirmede görev almaları beklenmektedir (Hockenberry ve ark., 2017; Edelma ve Kudzma, 2018; Dağhan ve ark., 2022).

Okullarda, öğretmenler öğretmeye odaklanmakta, okul sağlığı hemşireleri ise sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici uygulamalara odaklanmaktadır (Garmy ve ark., 2021). Öğrenciler kendilerine inanan, saygı gösteren, dürüst ama aynı zamanda samimi olan bir okul hemşiresinden danışmanlık almak istemektedirler. Hemşire, sağlığı geliştirme sürecinin bir parçası olarak tanıştığı kişi veya gruba sağlık eğitimi konusunda katkıda bulunmaktadır (Garmy ve ark., 2021). Okul çağındaki çocuklar üretken zamanlarının çoğunu okullarda geçirdikleri için çocuk ve adölesanların hastalanma, yaralanma ve ölüm oranlarını azaltmada okullar ve okul sağlığı, çok önemli bir rol oynamaktadır (Estrada ve ark., 2020). Bu açıdan bakıldığında sağlığı fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ve varoluşsal olarak çeşitli boyutlarıyla ele alan okul sağlığı hemşirelerinin okul

dönemindeki adölesanların sağlık eğitimlerini planlaması ve yürütmesi gerektiği bildirilmektedir (Estrada ve ark., 2020; Garmy ve ark., 2021).

2.7. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)

Pender'in 1987 yılında geliştirdiği SGM'i 1996 yılında tekrardan gözden geçirilmiştir. SGM, sağlığın artırılmasını, olumlu sağlık davranışlarının iyileştirilmesini hedeflemektedir. Pender'in SGM'i, sağlık açısından risk oluşturan davranışları düzenlemek, değiştirmek ve sağlıklı yaşam biçimini arttırmak için en sık kullanılan modellerden bir tanesidir. Birçok çalışma, sağlıksız davranışları kontrol etmek için bu modelin etkinliğini vurgulamıştır. SGM'de bulunan, sosyal bilişsel teoriye dayanan bilişsel-algisal faktörlerin (algılanan faydalar, engeller ve öz-yeterlik) sağlığı geliştirici davranışlara katılımı etkilediği varsayılmaktadır. Değiştirici faktörlerin (demografik özellikler, kişilerarası etkiler ve davranışsal faktörler) bilişsel algısal süreçleri etkilemek için birbirleriyle etkileşime girdiği düşünülmektedir. SGM deneyim ve kişisel özellikler, davranışa özgü algılar ve davranışsal sonuç olmak üzere üç temel öğeden oluşmaktadır (Khodaveisi ve ark., 2017). SGM'de algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz etkililik gibi değişkenlerin bireyin davranış geliştirmesinde önemli bir etkisinin olduğu bildirilmiş aynı zamanda bireyin davranış oluşumuna önceki davranışlarının yön verdiği belirtilmiştir (Alkaya, 2017; Edelma ve Kudzma, 2018).

2.7.1 Modelin Bileşenleri

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

a- Bireysel Faktörler

Pender bireysel özellikleri; biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olarak sınıflandırmıştır.

- Bireysel biyolojik faktörler; cinsiyet, yaş, güç, denge, çeviklik, BKİ gibi durumları içermektedir.

- Bireysel psikolojik faktörler; içsel motivasyon, benlik saygısı, öz yetkinlik, sağlığın kişisel olarak anlamı vb. değişkenleri içermektedir.

- Bireysel sosyokültürel faktörler; ekonomik durum, etnik köken, ırk, kültürel durum ve eğitim gibi durumları içermektedir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

b- Önceki Davranışlar

Sağlığı geliştirme modelinde bireyin davranışlarının geçmişte yaşadığı aynı ya da benzer deneyimlerden ve bunların sıklığından etkilendiği ifade edilmiştir. Alışkanlık oluşmasında davranışın sürekli ve yoğun bir şekilde yapılması önemlidir. Sağlığın geliştirilmesini Banduranın kuramı ile ilişkili olarak geçmiş deneyimler, yarar algısı, engel algısı, algılanan öz etkililik ve aktiviteye yönelik faaliyetler direk etkilemektedir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

Davranışa Özgü Bilişler ve Etkiler

Davranışa özgü süreçler (algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz etkililik, aktiviteye bağlı duygular, kişisel ve durumsal etkiler) en önemli motivasyonel parametrelerdir. Bu süreçler sağlığın gelişmesinde kritik bir öz oluşturur ve bu alanlara yapılan girişimlerle olumsuz sağlık davranışları değiştirilebilirler (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

a- Algılanan Yararlar

Modelde algılanan yarar arzulanan davranışlarda hedefe yönelik eylem planına bağlı kalmayı sağlamak için belirleyici olan davranışı doğrudan ya da dolaylı olarak motive etmek için kullanılmaktadır. Birey hedeflediği sağlık davranışının sağlığı üzerindeki yararlı etkilerini algılamakta ve fark ederse olumlu davranışa başlama ve devam ettirmeye daha hızlı karar verebilmektedir. Bu süreçte istenilen sağlık davranışının yaşam kalitesi, yaşam tarzı ve sağlıklı kalma üzerindeki olumlu etkilerine yönelik bilinç oluşturacak eğitim programları çok önemli bir yer tutmaktadır (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

b- Algılanan Engeller

Davranışa başlama ve devam ettirme sürecinde birey bireysel, kültürel ve psikolojik kaynaklı çok fazla engelle karşılaşmaktadır. Bu engeller ister bireyin kendi oluşturduğu hayal olsun, isterse de gerçek olsun her ikisi de sağlık davranışını olumsuz yönde

etkilemektedir. Davranış ile ilgili algılanan yararlar bireyin karşılaştığı engellerden ne kadar çok olursa davranışın meydana gelme olasılığı o boyutta artmaktadır. Bireylerin en sık karşılaştıkları engeller; bir süre sonra davranıştan sıkılma, bireyin ekonomik yetersizliği, zaman ayırmada güçlük yaşama, davranışın zor olması, davranışın diğer kişiler tarafından desteklenmemesidir. Örneğin okul yemekhanesinde yemek yemek isteyen bir adölesana arkadaşlarının hamburger getirmesi gibi (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

c- Algılanan Öz Etkililik

Öz etkililik kişinin sağlığını yükseltmede veya sağlıkla ilgili problemlerini çözümlemede yeterli olma gücüdür. Öz etkililik, bireyin hedeflediği bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine dair kendisi hakkındaki düşüncesi, inancı olarak açıklanır. Yani adölesanın kişisel yeteneklerini organize etme ve gerekli davranışları eyleme dönüştürme kararıdır. Modelde algılanan öz etkililik sağlık davranışının öğretilmesinin ardından, bilginin ve becerinin hayata geçirilmesini sağlayan temel unsur olarak tanımlanmıştır (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

d- Aktiviteye Bağlı Duygular

Bu aşamada bireyin kendi olumlu ve olumsuz duygularına yönelik özellikleri kapsamaktadır. Birey davranışa yönelik olumlu duygular taşır ve olumlu bir profil geliştirirse davranışa başlaması ve devam ettirmesi kolaylaşmaktadır. Davranışa yönelik olumlu duygular, davranışın yinelenme ihtimalini yükseltirken, olumsuz duygular davranışın tekrarına engel olmaktadır (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

e- Kişiler arası Etkiler

Bireyin davranışına yönelik çevresindeki kişilerin düşünce, duygu, tutum ve inanışlarını içermektedir. Bireyin etrafında bulunan kişilerin bireye ve sergilediği davranışa göstermiş oldukları destektir. Sağlık davranışlarını oluşturma ve devam ettirmede; sağlık görevlileri, aile, akrabalar ve arkadaşlarla iyi bir iletişimin önemli olduğu bildirilmektedir. Adölesanın sağlıklı yaşam biçimi oluşturmada ailenin de destek

vermesi önemlidir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

f- Durumsal Etkiler

Davranışın ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya engelleyen kişisel anlayışlar, tutumlar ve algılar durumsal etkilere sahiptir. Bireyin yaşadığı çevre, davranışını direkt olarak etkilemektedir. Örneğin, hazır yiyeceklerin bulunmadığı okul kantinlerinde birey hazır yiyecek tüketme davranışını yapamamaktadır. Kişinin fiziksel, sosyal ve mental açıdan tümüyle iyilik haline sahip olması için, çevresi ile başedebilmesi, çevresini düzenleyebilmesi, istek ve arzularını tespit edebilmesi, tanıyabilmesi ve haz duyabilmesi gereklidir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

Davranışal Sonuç

a- Davranışa Karar Verme

Bu aşama bireyin olumlu sağlık davranışını uyguladığı, eyleme dönüştürdüğü aşamadır. Bireysel duyguları içinde barındırmaktadır. Bu aşamada kişi kendisi ile davranışını devam ettireceğine yönelik bir antlaşma yapmakta ve kendisine söz vermektedir. Davranışa yönelik olarak gerçekleştireceği taktikleri, kendi yaşam stiline uygun biçimde belirlemekte ve düzenlemektedir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

b- Acil Rekabetçi Talepler ve Tercihler

Sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik önemli engellerden bir diğeri ise gereksinim duyulduğu anda talepleri hemen karşılamaktır. Planlanan davranışını gerçekleştirme öncesinde, acil bir ihtiyaç, bir talep meydana gelmesi ile davranış çıktısı olumsuz yönde etkilenecektir. Acil gereksinimler, aile sorumlulukları, okul ortamında ortaya çıkan durumlar ve çevresel faktörler gibi bireyin genel olarak kontrol etmekte zorlandığı davranışlardır. Tercihler ise kişinin daha yüksek oranda kontrol edebildiği davranışlardır (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

c- Sağlığı Geliştirme Davranışı

Adölesanın arzulanan sağlık davranışını gerçekleştirmesi ve yaşam stili haline getirmesidir. Bireysel doyum, etkin bir yaşam, ideal iyilik hali, olumlu sağlık çıktıları ile neticelenen davranışlar sağlığı geliştiren davranış olarak kabul edilmektedir. Sağlıklı davranışın sergilenmesiyle, sağlıklı olma ve bireyin iş yeteneği artırılmış bununla birlikte daha iyi bir yaşam biçimi gerçekleştirilmiş olmaktadır (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014; Bahar ve Açıl, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

2.8. Sağlığı Geliştirme Modelinin Araştırmada Kullanımı

Sağlığı geliştirme modeli hemşirelik uygulamalarında ve araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Kapsamlı, tamamlayıcı ve bütüncül yaklaşımı nedeniyle, sağlığı geliştirme aktiviteleri çeşitli araştırmacılar, sağlık çalışanları ve çok sayıdaki ülkenin toplum liderleri tarafından kullanılmıştır. Model danışmanlık becerilerinin öğrencilere kazandırılmasında, sağlığı geliştirme eğitiminin önemli bir parçasıdır. Hemşireler, bireylere ve ailelere sağlıklı davranışları kazandırmada bu modeli kullanmaktadırlar (Dehdari ve ark., 2014).

SGM bir araştırma aracıdır. Modelden türetilen Sağlığı Geliştiren Yaşam Tarzı Profili (SGYTP), sağlığı teşvik eden davranışlar için girişimsel bir tanım işlevi görmektedir. SGYTP'ye dayanarak, Adölesan Yaşam Tarzı Profili, SGM' nin yaşam süresine uyarlanabilirliğini göstermektedir. Model, sağlık davranışı değişikliklerini etkilediğine inanılan faktörlerin değerlendirilmesinin önemini vurgulamakta ve değerlendirilmesini sağlamaktadır (Sakraida, 2014).

Sağlığı Geliştirme Modeli bireylere, (sağlığı nasıl tanımlarsın? Yaptığınız seçimler ve yaptığınız işlemler sağlığını etkiler mi? Sağlıkta olumlu bir değişiklik yaratan seçimleri ve eylemleri hangi faktörler kolaylaştırdı? Sağlıkta olumsuz ya da güvensiz bir değişikliğe yol açan seçimler ve eylemler için hangi faktörler engel oluşturdu? Hayatınızda, sağlığınızda olumlu bir değişiklik yaratacak seçimler ve eylemlerde size yardımcı olacak herhangi bir destekleyici kişisel etki (örneğin, aile, arkadaşlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları) var mı? vb.) sorular sorularak adölesanların sağlığı algılamalarını ve sağlıklı bir yaşama giden yoldaki yararlar, engeller, öz etkililik (otonomi) ve destek mekanizmalarının ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Edelma ve Kudzma, 2018).

2.9. Öz Etkililik/ Yeterlik

Öz etkililik kavramı, adölesanın istediği bir hedefe ulaşmak için yapması gereken eylemi yapabileceğine olan inancı olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte, adölesanın davranışlarını, yaşamı boyunca karşılaşacağı durumları kontrol edebilme kabiliyetine ilişkin kendisini algılamasını ve belirli bir faaliyeti gerçekleştirebilme konusundaki kendisine olan inancını göstermektedir. Adölesanın öz etkililik-yeterlik algısının sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların başlatılması açısından önemli bir yönverici olduğu bildirilmektedir (Xu ve ark., 2017).

Adölesan, gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olsa bile bu özelliklerinin farkına varamayabilir veya bu yetilerine güvenmeyebilir. Bu güvensizlik nedeniyle adölesan harekete geçme ve davranışı başlatmada isteksiz davranabilir. Adölesanın davranışı sergileyebilmesi için gerekli yetinin kendisinde olduğuna inanması, duruma ilişkin öz etkililik inancını ortaya çıkarması gerekmektedir. Bandura öz etkililik algısının, bir görevin gerçekleştirilmesinde adölesanın güdülenme düzeyini etkilediğini bildirmektedir. Sağlık sorumluluğunun gerçekleştirilmesinde ne kadar gayret edileceğini ve gösterilen çabada ne düzeyde devamlılık sağlanacağını güdülenme seviyesi etkilemektedir. Öz etkililik algısı yüksek olan adölesanlar, bir durum ile ilgili zorluklarla karşı karşıya kaldığında; öz etkililiği düşük olan adölesanlara göre görevlerinde daha fazla istek ve devamlılık sergilemektedirler (Shieh ve ark., 2015; Warner ve ark., 2015).

Öz etkililik seviyesi yüksek olan adölesanlar, bir sorumluluğu üstlenme, bir faaliyeti başlatma, sürdürme ve sonlandırma konularında daha çok istekli davranmakta ve kararlılık göstermektedir. Bununla birlikte hedeflerine ulaşma konusunda daha fazla istekli davranmakta daha çok motivasyona sahip olmakta ve sorumluluklar ne kadar zor olsada kaygı duymak yerine başarmak için çabalamaktadırlar. Karşılaştıkları bir sorunla nasıl başedeceklerine odaklanmakta başarısızlık yaşadıklarında ise bunun sebebini yetersiz çabalarından veya yanlış stratejilerden kaynaklandığını düşünmektedirler (Prat-Sala ve Redford, 2010; Komarraju ve Nadler, 2013).

Öz etkililik algısı düşük olan adölesanlar sergileyecekleri davranışı aslından olduğundan daha zorlu ve üstesinden gelinemez olduğunu düşünerek stres ve kaygı seviyelerini

arttırmaktadırlar. Öz etkililik algısı yüksek seviyede olan adölesanlar ise zorluk seviyesi yüksek olan davranışlarla karşı karşıya kaldıkların da bile stres seviyesinin artmasını engellemekte ve rahat hareket etmektedirler (Komarraju ve Nadler, 2013). Öz etkililik algısının, adölesanın doğru ve yanlış davranışları özümsemesinde etkili olduğu ve adölesanın bir problemle karşılaştığında o problemin nasıl üstesinden geleceğini, ne kadar çaba sarfedeceğiyle ilgili belirleyici bir rol oynadığı da bildirilmektedir (Warner ve ark., 2015).

Sağlıklarını yönetme konusunda; adölesanların mümkün olduğunca bağımsızlıklarını sağlamak başta hemşirelik olmakla birlikte sağlık profesyonellerinin en öncelikli mesleki sorumluluklarındandır. Bu bağımsızlığı sağlayabilmek ise bazen adölesanları zorlayacak olan davranış değişimlerini gerçekleştirme gerekliliğini beraberinde taşımaktadır. Bu davranış değişikliğinin oluşturulması sürecinde etkili ve farklı faktörler bulunmaktadır. Öz etkililik bu faktörlerin en önemlilerinden biri olduğu bildirilmektedir (Gözüm, 1999; Xu ve ark., 2017).

İnsanların yaşamlarını değiştiren durumları kontrol etme kabiliyetlerine olan inançları olarak algılanan öz etkililik, bireylerin ne düşündüğünü, ne hissettiğini ve nasıl davrandığını belirler, bilgi ve davranış arasındaki ilişkiyi modellemede özel bir rol oynamaktadır. Adölesanlar daha bağımsız hale geldikçe, arzu ettikleri geleceklerine götürecek davranışları yapabileceklerine inanmaları gerekmektedir (Motamedi ve ark., 2020; Packer ve ark., 2020). Adölesanların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını (fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, madde kullanmama, cinsel yaşam, kazalardan ve yaralanmalardan korunma vb.) yüksek öz etkililikleri ile ilgilidir (Packer ve ark., 2020; Durkin ve ark., 2021). Kişinin karakteri, sonuç beklentileri ve bütüncül olarak çevre, adölesanların öz etkililik düzeylerini etkileyebilmektedir. Belirli bir alanda kişinin benlik şeması o alandaki öz etkililiği önlediği ve alandaki davranışları nedensel olarak etkilediği bildirilmiştir. Benlik şemaları bir kez geliştirildikten sonra, alanda öz etkililikte durumlar arası tutarlılığı teşvik edebilir. Çünkü öz şemalar, durumlar arasında (örneğin, adölesanın ailesiyle, arkadaşlarıyla) istikrarlı olan sürekli olarak erişilebilir bilgi kalıplarıdır. Çeşitli bağlamlarda benzer davranış kalıplarını kolaylaştırır. Benlik şeması iyi geliştikçe, belirli bir alandaki bir benlik şeması, zaman içinde karşılık gelen davranışları daha fazla güvenle gerçekleştirmektedir. Örneğin adölesanın ailesinde

sürekli alkol kullanan birey ya da bireylerin olması, aile ve çevre tarafından bu durumun uygun davranış olarak kabul edilmesi adölesanın bu alanda benlik şemasını oluşturur ve öz etkililik algısı yüksek dahi olsa alkolü bırakma davranışını sergilemede çaba göstermemektedir (Lee ve ark., 2020; Packer ve ark., 2020). Sonuç beklentileri nedensel olarak öz etkililiği etkileyebilir çünkü kişinin öz etkililiği belirli durumlarda ne beklendiğine bağlı olabilir. Örneğin aşı yaptırtmanın kısırlık ya da otizme neden olduğunu düşünen bir adölesan aşı yaptırtmayı kabul etmeyebilir (Connor ve ark., 2011; Lee ve ark., 2020).

2.10. Animasyon Video Tekniği

Animasyon çizilmiş öğelerin gelişimini gösteren, yeniden yaratılmış bir tür resimli tanıtımdır. Daha açık bir ifade ile animasyon, bir dizi resim veya çerçeve aracılığıyla bir hareket simülasyonunda anlam yaratmanın sosyal ve kültürel olarak kurulmuş yolları olarak da tanımlanır. Yenilik temelli öğrenme koşullarının belirgin bir bileşeni haline gelen animasyon videoları, çocukluktan yetişkinliğe kadar öne çıkan materyalleri tanıtmak için en mükemmel araçlar arasında göze çarpmaktadır. Animasyon videolarının verileri anlama ve hatırlamadaki önemi her geçen gün artmaktadır. Animasyonlar adölesanlar tarafından görülmesi veya hayal edilmesi zor olabilecek formları aşamalı olarak hayal etmelerini, anlatılardaki karakterlerin ve duygularının gelişimi hakkında bilgi edinmelerini sağlayarak öğrenmeyi arttırmaktadır (Burk ve ark., 2018; Mills ve Unsworth, 2018; Kumar ve ark., 2019; Albayrak ve Kartal, 2020; Sattayasai ve ark., 2020; Ünal, 2020).

Animasyon öğrenme senaryosu, belirli sahnelerle hızlı ve doğrudan öğretim noktalarının yapılmasına olanak tanımakta, duyguların aktarılması deneyimine olanak tanımakta ve adölesanların, film karakterleri tarafından iletilen tutumlar ve insani değerlerle ilgili ana mesajları hemen anlamalarına ve tanımlarına yardımcı olmaktadır. Animasyon videoları bir öğretim yöntemi olarak kullanılması, gençlik eğitiminde gerekli olan katılımlı öğrenme türünü teşvik etmektedir. Animasyon videoları değerleri, duyguları öğretmek için gerçek videolardan ve resimlerden (tek düze hareketsiz bir görüntü) daha ideal bir ortam sağlamaktadır. Gerçek videolarda bireyin dikkatini dağıtacak çok fazla görsel ayrıntı bulunmakta, resimlerde ise dinamik duygusal geçişlere, yoğunlaşmaya ve empati kurmaya olanak sağlamamaktadır. Animasyon

videolarında birey bir karakter gibi konumlanır, animasyon karakterini yanında, karşısında ya da omuzundan bir bakış açısıyla görür, karakter ile empati kurabilir, kendini o ortamdaymış gibi algılar ve duyguları daha iyi hissedebilir (Blasco ve ark., 2015; Mills ve Unsworth, 2018; Goodwin ve ark., 2021).

Duygular, yeni bilgi, tutum ve davranışların formüle edilmesinde önemli bir role sahip olmaktadır. Yaşam hikayeleri öğretimde güçlü bir kaynaktır ve animasyon videoları hikaye anlatımı sağladığı için adölesanların sınırlı yaşam deneyimlerini, evreni anlama kapasitelerini genişletmektedir. Bu nedenle, hikaye anlatımı, tiyatro ve film gibi girişimler, duygusal alanları hedefleme ve bireylerin insan deneyimlerini anlamalarını geliştirme kapasitesine sahip olmaktadır. Animasyon videosunda yaşanmış ya da yaşanmamış bir hikayeye maruz kalmak, adölesanın duygularını boşaltmaya yardımcı olur, onları hoş bir düzen ve rahatlama hissi sağlayacak biçimde yeniden yapılandırmaktadır. Düşünmeyi, insan deneyiminin genişliği hakkında tartışmayı teşvik eder, öğrencilerin gelecekteki profesyonel rolleri ve kişisel yaşamları hakkında sahip oldukları derin çatışmaları, endişeleri ortaya çıkarmaktadır (Blasco ve ark., 2015; Goodwin ve ark., 2021).

Animasyon videoları tanıdık, çağrıştırmacı ve tehdit edici olmadıklarından, hem imgeleme hem de duyguya dayalı olduklarından, insan olarak gelişmek ve adölesanlarda kimlik oluşturmak için gereken insan boyutunu öğretmede faydalıdır. Animasyon videolarında adölesanlar hayat hikâyelerini kendi hayatlarına dönüştürme fırsatına sahip olurlar. Bu şekilde animasyonlar yeni bir öğrenme süreci yaratır, bu deneyim adölesanların gelişen tutumları için duygusal bir hafıza görevi görür ve günlük aktivitelere devam etmelerini sağlamaktadırlar. Yansımayı teşvik etmek amacıyla, filmlerden türetilen yaşam hikayeleri, adölesanların arzuları ve beklentileriyle iyi bir şekilde eşleştirilmektedir. Adölesan animasyondaki olumlu davranışları sergilemeye çabalamaktadır (Blasco ve ark., 2015; Goodwin ve ark., 2021).

Animasyon videolarının öne çıkan başka bir yönü ise canlı bir performansın artık gerekli olmaması, ayrıca aynı pratik kısıtlamalarla sınırlı olmaması ve zaman ve/veya mekândan bağımsız olarak büyük gruplara gösterilebilmesidir (Hankir ve ark., 2017). Bu harmanlanmış öğrenme sistemi, özellikle okul çocukları için öğretimde animasyon

içeriğinin potansiyel eğilimleri ve uygun öğretim yöntemi olabilir (Kumar ve ark., 2019).

Günümüzde öğrenme, statik bilgilerden erişilebilirliği artıracak ve adölesanların değişen ihtiyaçlarına hitap edecek yöntemlere geçmeyi gerektirmektedir. Adölesanlara bilgi, yetenek ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları oluşturmada animasyon videolarının kullanımı artmaktadır. Animasyon videolarının kullanıldığı çalışmalara baktığımızda adölesan anemisini önlemek için anlatım yöntemleri ve animasyon videoları ile verilen beslenme eğitiminin, dengeli beslenme bilgisine etkisinin olduğu bildirilmiştir (Haya ve Wahyu, 2021). Endonezya’da adölesanların sağlıklı bitkisel içecek tüketimlerini arttırmaya yönelik yapılan 2D animasyon “anne mutfağı” filmi adölesanların sağlıklı içecek tüketimi ön görülerini arttırdığı görülmüştür (Dayu ve ark., 2021). Hindistan’da çeşitli meslek okullarında ön test-son test şeklinde yarı deneysel olarak yapılan bir araştırmada, müdahale grubuna animasyon videosu ile kontrol grubuna ise Power Point kullanarak verilen eğitimler karşılaştırılmış, adölesan kadınların beslenme ve üreme sağlığını öğrenmelerinde animasyon video kullanımının bilgi artışını sağladığı tespit edilmiştir (Febriana ve ark., 2020).

Cinsel yönelim önyargısını azaltmak ve kapsayıcı okul tutumlarını teşvik etmek için tasarlanan animasyon film temelli müdahalede öğrenci yaşam memnuniyetlerini iyileştirmeye ek bir katkısının olduğu görülmüştür (Burk ve ark., 2018). Animasyon videoları ile verilen üreme sağlığı eğitimi sonrasında, katılımcıların üreme sağlığı konusundaki bilgilerinin arttığı bildirilmiştir (Kassebaum ve ark., 2017). Kadın adölesanlarda üreme ve ergenlik dönemi değişiklikleri üzerine 2D animasyon kullanılarak verilen eğitim sonrasında, adölesanların %70’i animasyon içeriğinin gerçek yaşama yüksek düzeyde uygulanabilir olduğunu, %62’si ise içeriğin çok yeterli ve kolay anlaşılır olduğunu düşündüklerini bildirmişlerdir (Sattayasai ve ark., 2020). Kanada’nın British Columbia eyaletinde yürütülen okul tabanlı bir girişim olan “Out in Schools” projesinde adölesanlara değişik konularda (cinsiyet, cinsellik, cinsel yönelim, ayrımcılık, zorbalık) kısa animasyon film gösterimleri sunulup daha sonra filmler hakkında grup diyalogları kolaylaştırılarak rehber eşliğinde tartışılması sağlanmıştır. Çalışmanın adölesanların ön yargılarının azaltılmasına ve yaşam memnuniyetlerinin artmasına katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Burk ve ark., 2018).

Putri ve arkadaşlarının (2021) adölesanlarla yaptığı çalışmada ise anksiyete bozukluğu hakkında animasyon filmi kullanımının etkili bir yöntem olduğu kanıtlamıştır (Putri ve ark., 2021). Sanderson ve arkadaşlarının (2016) diyet, egzersiz gibi sağlık alışkanlıklarının hastalıklara karşı genetik yatkınlıkları nasıl etkileyebileceği ve faydaları ile ilgili yaptığı eğitim çalışmasında, video gösterimi yapılan grubun bilgilerinde müdahale öncesine göre önemli bir artış olduğu bildirilmiştir (Sanderson ve ark., 2016). Adölesanlarda genomik okuryazarlık düzeylerini arttırmak için yapılan araştırmada, genomik bilgi bir gruba video gösterimi diğer gruba ise broşür ile verilmiş, müdahale sonrasında video grubunun broşür grubuna göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Sabatello ve ark., 2019).

2.11. Philips 66 Tekniği

Aktif öğrenme, problem ve işbirlikçi öğrenme kuramına dayalı, öğrenci merkezli, öğrencilerin performansını geliştirmek ve anlamlı öğrenme faaliyetini gerçekleştirmek için en iyi öğrenme tekniklerini kullanan bir süreçtir (Zare ve ark., 2019; Singhal ve ark., 2021). Aktif öğrenme yaratıcılığı, kültürlerarası işbirliğini, sosyal sorumlulukların farkındalığını, etik açıklamayı, grup oluşturmaya, takım çalışması atamalarını, yeni fikirler ve ürünler geliştirme yeteneğini arttırmaktadır. Öğrenci merkezli olan aktif öğrenme yöntemini gerçekleştirmek için birçok farklı aktif öğrenme tekniği bulunmaktadır. Philips 66 tekniğinde aktif öğrenme teknikleri içerisinde yer almaktadır (Türksoy ve Enver, 2016; Singhal ve ark., 2021).

Donald Phillips'in geliştirdiği bu teknik, tartışma yetilerinin oluşturulmasında kullanılan farklı tartışma etkinliklerine kıyasla ön koşul özelliği taşıyan, yönlendirme gerektirmeyen, pratik, rol alma, sorumluluk alma, liderlik, karşısındaki kişileri dinleme ve fikir kazanma gibi sosyal becerilerin kazanıldığı çok kullanışlı bir tekniktir (Açıkgöz, 2014; Doğanay, 2021; Gökalp, 2021; Tekin ve Çotul, 2021). Bu açıdan bakıldığında sağlık sorumluluğu alma ve bu sorumluluğun yaşam biçimine dönüşmesinde önemli bir yöntem olacağı düşünülmektedir.

Philips 66 tekniği, adölesanlara verilen bir problemi gruplar şeklinde ve kısa zamanda tartışılması temeline dayanan önemli bir tekniktir. Tekniğin uygulamasında eğitmen 6 kişilik gruplar oluşturulmasını sağlar, her gruba bir sözcü (başkan) seçilir, grupların

birbirleriyle etkileşim kuramayacakları ortamlar sağlanır, gruplara tartışma soruları bildirilir ve her gruba tartışma zamanı olarak 6 dakika verilmektedir. Gruplar konu ile ilgili düşünce ve görüşlerini beyin fırtınası yaparak değerlendirmekte ve sözcüye bildirmekte, grup sözcüsü bu düşünceleri tek bir düşünce etrafında toplanmasını sağlamaktadır. Sonrasında bütün grupların katılımının sağlandığı ana toplantı yapılmakta, bu toplantıda grup sözcüleri ana düşüncelerini tüm gruba aktarmakta, bu noktadan sonra gruplar kaldırılmakta ve eğitmen gruplardan gelen düşünceleri özetleyip, toplantıyı sonlandırmaktadır (Doğanay, 2021; Gökalp, 2021; Tekin ve Çotul, 2021).

Tekniğin kullanım amacı; grup üyelerini kısa zamanda aktif duruma getirmek ve ilgili konuya yönelik fikir sahibi olmalarını sağlamaktır. Yararları; tekniğin merkezinde bireyler bulunmaktadır. Bireylere dinleme ve özetleme becerileri ve çabuk karar verme kabiliyeti kazandırır. Bireylerin daha aktif olmalarını sağlamaktadır. Bireylerin düşünme, dinleme ve konuşma becerilerini yükseltmektedir. Bireylere diğer kişilerin fikirlerine saygılı davranmayı öğretmektedir. Bireylerin sevdiği konuların belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Eleştirel ve yapıcı düşünmeyi sağlamaktadır. Bireylerin sorunlara farklı bir bakış açısı ile bakmalarını sağlamaktadır. Bireylerin kendine özgü yeteneklerini keşfetmesini ve geliştirmesini sağlamaktadır. Bireyin deneyerek, yaşayarak ve eleştirel düşünerek öğrenmesini sağlamaktadır.

Sınırlılıkları; yavaş bir tekniktir. İyi bir şekilde hazırlanmadığında, uygun ortam sağlanmadığında ya da amacının dışına çıktığında zaman boşa gitmektedir. Bazı bireylerin tartışmayı manipüle etmesine neden olabilir. Bazı bireyler uygulamaya dahil olmak istemeyebilir. Tekniğin uygulanacağı ana grup sayısı çok fazla ise uygulanması zor olmaktadır (Açıkgöz, 2014; Doğanay, 2021; Gökalp, 2021; Tekin ve Çotul, 2021).

Philips 66 tekniği ile yapılan araştırmalara bakıldığında, Dağ ve arkadaşlarının (2015) Human Papiloma Virüsü aşısı ile ilgili senaryo temeline dayalı öğrenme ve Philips 66 tekniği kullanılarak öğrenciler ile yaptığı yarı deneysel çalışmada öğrencilerin bilgi seviyelerine anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiştir (Dağ ve ark., 2015). Philips 66 tekniğinin içinde bulunduğu aktif öğrenme tekniklerinin uygulandığı deneysel tasarımlı bir çalışmada, aktif öğrenme tekniklerinin öğrencilerin akademik başarısını önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir. Bununla birlikte Philips 66 tekniğinin direk

kullanılmadığı ancak aktif öğrenme tekniklerinin kullanıldığı ve klasik öğretme yöntemlerine göre başarılı olduğunu ifade eden çalışmalarda bulunmaktadır (Erbaba, 2018; Özcan ve Öztürk, 2019).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmada, adölesanlarda sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri ve öz etkililik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sayı, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, beden kitle indeksi ve aile durumuna göre eşleştirilmiş randomize kontrollü, ön test-son test deseninde deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Kahramanmaraş Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı il merkezinde bulunan liseler içerisinde eğitim seviyesi, eğitim türü, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyleri benzer birbirinden farklı iki Anadolu Lisesinde yürütülmüştür. Liselerden bir tanesi müdahale grubu, diğeri ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01 Ocak 2021 – 31 Mayıs 2022 tarihleri arasında Kahramanmaraş Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı il merkezindeki 65 lise ve bu liselerde eğitim gören 45737 adölesan oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem hesaplaması için belirlenen her iki lisede de pilot uygulama yapılmış, grupların ön test ve son test ölçek puanları farkı için etki büyüklüğü 0.86 olarak hesaplanmıştır. %5'lik yanılma payı %95'lik güç, 0.86'lık etki büyüklüğünün hesaplandığı araştırmaya 72 (36 müdahale grubu, 36 kontrol grubu) adölesan alınmıştır. Örneklem hesabı için G-power 3.1.9.2. yazılım programı kullanılmıştır. Araştırma sonrası yapılan güç analizine göre etki büyüklüğü %99.9 güçte 0.82 olarak elde edilmiştir.

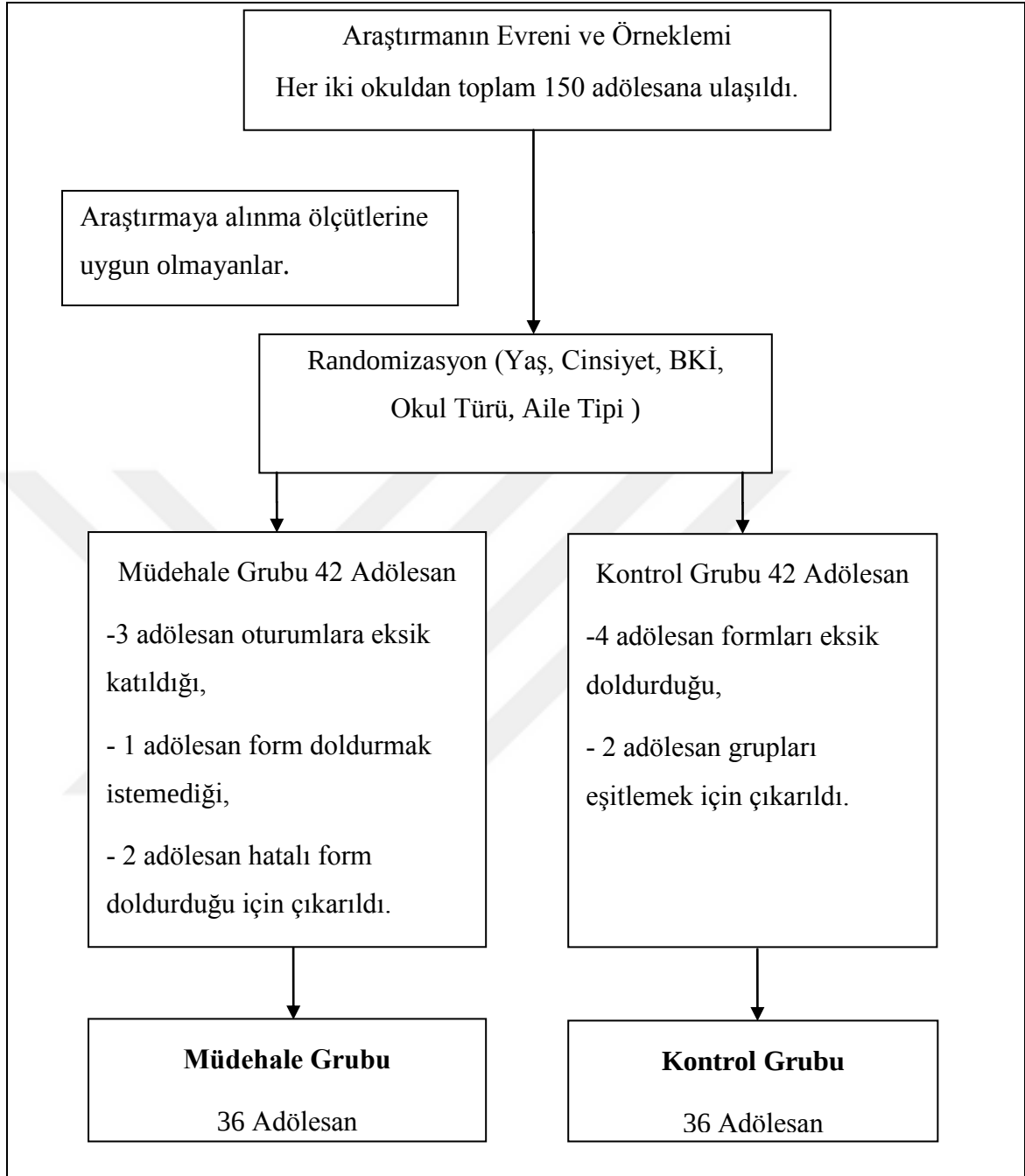
Araştırma örnekleminin belirlenmesinin birinci aşamasında araştırmacı, İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı eğitim seviyesi, okul türü, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyleri benzer altı okul arasından kura yöntemi ile iki okul belirlemiş, yine bu iki okul arasında kura yöntemi ile hangisinin müdahale hangisinin kontrol grubu olacağı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilere ebeveyn ve adölesan bilgilendirilmiş onam formları dağıtılmış, dört gün sonra geri getirmeleri istenmiştir. Birinci okuldan 83 adölesan ve ebeveyni, ikinci okuldan 67 adölesan ve ebeveyni araştırmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan adölesanları kendi arasında tabakalı örnekleme yöntemi ve bilgisayar ortamında rastgele sayılar tablosu kullanılarak birinci okuldan 42 adölesan müdahale grubuna, ikinci okuldan 42 adölesan kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmadan ayrılmak isteyen ve eğitimlere katılamayan adölesan olacağı düşüncesi ile araştırmaya 84 katılımcı seçilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 14-15 yaş aralığında olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Ebeveynin çocuğunun çalışmaya katılmasına gönüllü olan,
- Zihinsel veya nörolojik engeli olmayan,
- Kronik hastalığı olmayan adölesanlar araştırmaya alınmıştır.

3.3.2. Dışlanma Kriterleri

- Eğitim oturumlarından herhangi birine katılmayan,
- Anket formlarını hatalı ya da eksik dolduran adölesanlar araştırmaya alınmamıştır.



Şekil 3.1. Randomizasyon Şeması

3.3.3. Araştırmada Benzerlik Kriterleri

Tablo 3.1’de müdahale ve kontrol grubundaki adölesanların; yaş, cinsiyet, aile tipi, okul türü (tamamı Anadolu lisesi öğrencilerinden oluşmaktadır) ve beden kitle indeksi (BKİ) kriterlerinin benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Adölesanların Benzerlik Kriterleri

Tanıtıcı Özellikler	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Test
	(n=36)		(n=36)		
	S	%	S	%	
Yaş					
14 yaş	18	50.0	18	50.0	$\chi^2<0,001$
15 yaş	18	50.0	18	50.0	$p>0,999$
Cinsiyet					
Kadın	18	50.0	18	50.0	$\chi^2<0,001$
Erkek	18	50.0	18	50.0	$p>0,999$
Aile tipi					
Çekirdek aile	31	86.1	33	91.7	$\chi^2=3.263$ $p=0.280$
Geniş aile	3	8.3	0	0.0	
Parçalanmış aile	2	5.6	3	8.3	
BKİ					
Zayıf	7	19.5	8	22.2	$\chi^2=0.750$ $p=0.768$
Normal kilolu	26	72.2	23	63.9	
Fazla kilolu	3	8.3	5	13.9	

%; Toplam içindeki yüzde, χ^2 : Fisher exact test

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Müdahale öncesi ve sonrası adölesanların öz etkililik ve yeterlik, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında meydana gelen değişikliklerdir.

Bağımsız Değişkenler: Müdahale uygulamaları (eğitim, animasyon ve Philips 66).

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Adölesan ve Ebeveyn Tanıtım Formu (EK-1), Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ); (EK-2), Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) (EK-3) ile toplanmıştır.

Adölesan ve Ebeveyn Tanıtım Formu (Ek 1)

Anket formunda, adölesanların yaş, cinsiyet, sosyal güvence vb sosyodemografik özellikleri ve boy, kilo, geçirdiği önemli hastalık, fiziksel aktivite gibi sağlık durumları konulara yönelik 17 soru yer almaktadır.

Adölesan Yaşam Biçimi (AYB) Ölçeği (Ek 2)

Sağlığı Geliştirme Modelinden geliştirilen “Health Promotion Lifestyle Profile II” ölçeğinin adölesanlara yönelik geliştirilen sürümüdür. Pender tarafından 1997 yılında geliştirilmeye başlanan ölçeğin, geçerlik ve güvenirlik çalışması Hendricks, Murdaugh ve Pender tarafından 2006 yılında yapılmıştır. AYB ölçeği adölesan dönemin bütün evrelerinde sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını tespit etmeye olanak sağlamaktadır (Srof, 2006). Ardıç tarafından ölçeğin Türkçe uyarlaması 2008 yılında yapılmıştır. Ölçekte dörtlü likert tipte cevaplamayı gerektiren 40 madde bulunmaktadır. Ölçeğin puanlamasında her bir maddeye; "Asla" için 1, "Bazen" için 2, "Sık Sık" için 3 ve "Her Zaman" için 4 puan verilmektedir (Ardıç Çobaner, 2013). Ölçekten en yüksek 160, en düşük 40 puan alınabilmektedir. Ölçek için baraj puanı bulunmamakla birlikte, alınan puan yükseldikçe olumlu sağlık davranışı seviyesinin arttığı belirtilmektedir (Ardıç Çobaner, 2013).

Ölçekte 7 alt boyut bulunmakta ve her bir alt boyut birbirinden bağımsız bir şekilde kullanılabilir. Ölçek sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve spiritüel sağlık olmak üzere yedi alt boyuta sahiptir. Sağlık sorumluluğu boyutu; adölesanın sağlığı üzerindeki sorumluluk seviyesini ve kendi sağlığına ilişkin hangi seviyede katıldığını tespit eden alt boyuttur. Fiziksel aktivite boyutu; sağlıklı bir yaşam tarzı için gerekli olan fiziksel aktivitelerin adölesan tarafından uygulanma düzeyini tespit eden alt boyuttur. Beslenme boyutu; adölesanın öğünlerini planlama ve gıda seçimlerini tespit eden alt boyuttur. Kişiler arası ilişkiler boyutu; adölesanın ailesi, akrabaları, yakın çevresi ve akranları ile kurduğu ilişkilerini tespit eden alt boyuttur. Stres yönetimi boyutu; adölesanın strese neden olan durumları ve stresle mücadele etme durumunu tespit eden alt boyuttur. Pozitif yaşam bakışı boyutu; adölesanın hayata pozitif bakışını, umut, umutsuzluk gibi terimleri gözlemleyen alt boyuttur. Spiritüel sağlık boyutu; adölesanın değer yargılarını, maneviyatını ve inançlarını değerlendiren alt boyuttur (Ardıç ve Esin,

2015; Ardıç Çobaner, 2013). Her bir maddesi olumlu olan ölçeğin toplam ölçek Cronbach Alpha katsayısının 0.87 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada AYB ölçeğinin toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır.

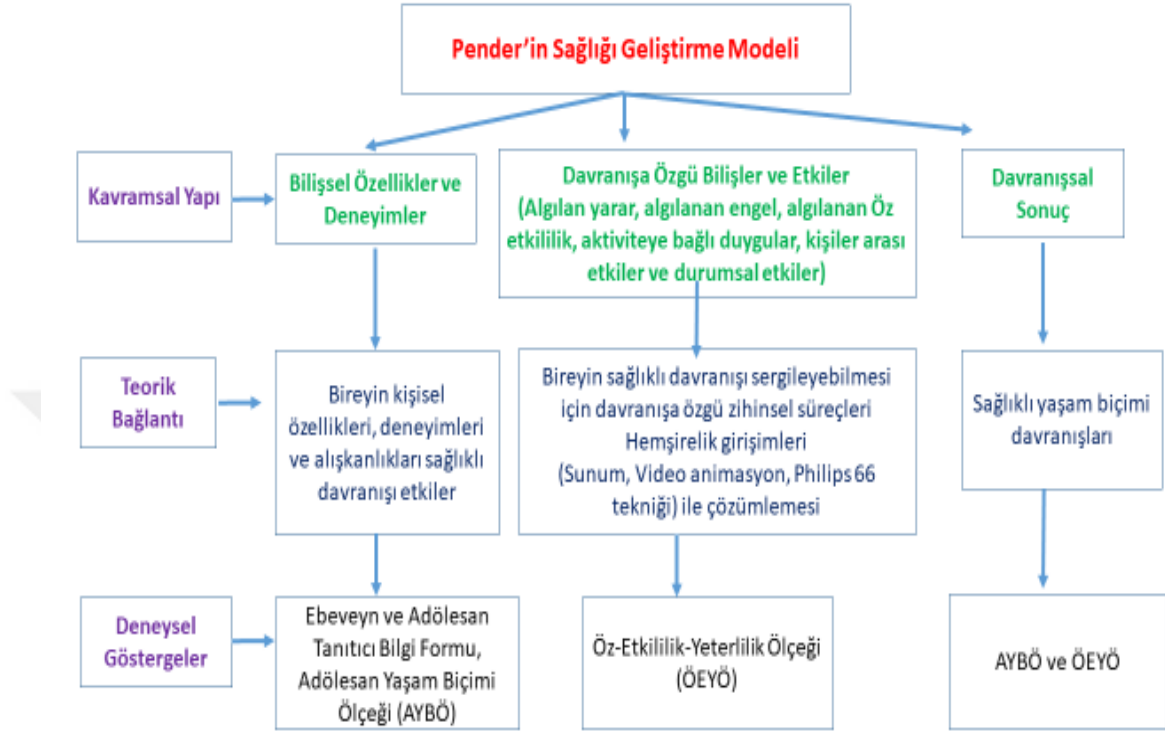
Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) (Ek 3)

Sherer ve Maddux'ın 1982 yılında geliştirdikleri ölçeğin, Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Genel anlamda öz etkililik yeterlilik algısını ölçmekte kullanılan ölçek özel bir alana ait değildir. ÖEYÖ, beşli likert tipte yapılandırılan, 23 maddeden oluşan bir ölçek olup, ölçekten en düşük 23 en yüksek 115 puan alınmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında her bir madde için 1-“Beni hiç tanımlamıyor”, 2- “Beni biraz tanımlıyor”, 3- “Kararsızım”, 4- “Beni iyi tanımlıyor”, 5- “Beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden bir tanesinin tercih edilmesi istenmektedir. Ölçekte 14 madde (2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16., 17., 18., 20. ve 22. maddeler) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, genel öz etkililik yeterlik algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekte “Davranışa Başlama (DB)”, “Davranışı Sürdürme (DS)”, “Davranışı Tamamlama (DT)”, “Engellerle Mücadele (EM)” olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 1999). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.823 olup, ölçek bilimsel çalışmalarda kullanılmaktadır (Gözüm, 1999). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.813 olarak bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Araştırmaya başlamadan önce Kahramanmaraş Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı kura yöntemi ile belirlenen müdahale grubunun (n=10) ve kontrol grubunun bulunduğu lisede (n=10) veri toplama aracı olarak kullanılan anket formlarında yer alan soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 20 adölesana yüz yüze ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, formlarda herhangi bir düzeltme yapmaya gerek olmadığına karar verilmiştir. Ön uygulamaya katılan adölesanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca müdahale grubunun olduğu liseden 6 adölesana eğitim oturumları (eğitim sunuları, video animasyonları ve Philips 66 tekniği) uygulanarak içeriklerin anlaşılma durumuna ilişkin

görüşleri sorulmuştur. Adölesanlar olumlu yönde geri bildirimde bulunmuşlardır. Bu grupta yer alan 6 adölesan araştırmaya dahil edilmemiştir.



Şekil 3.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı

3.7. Uygulama

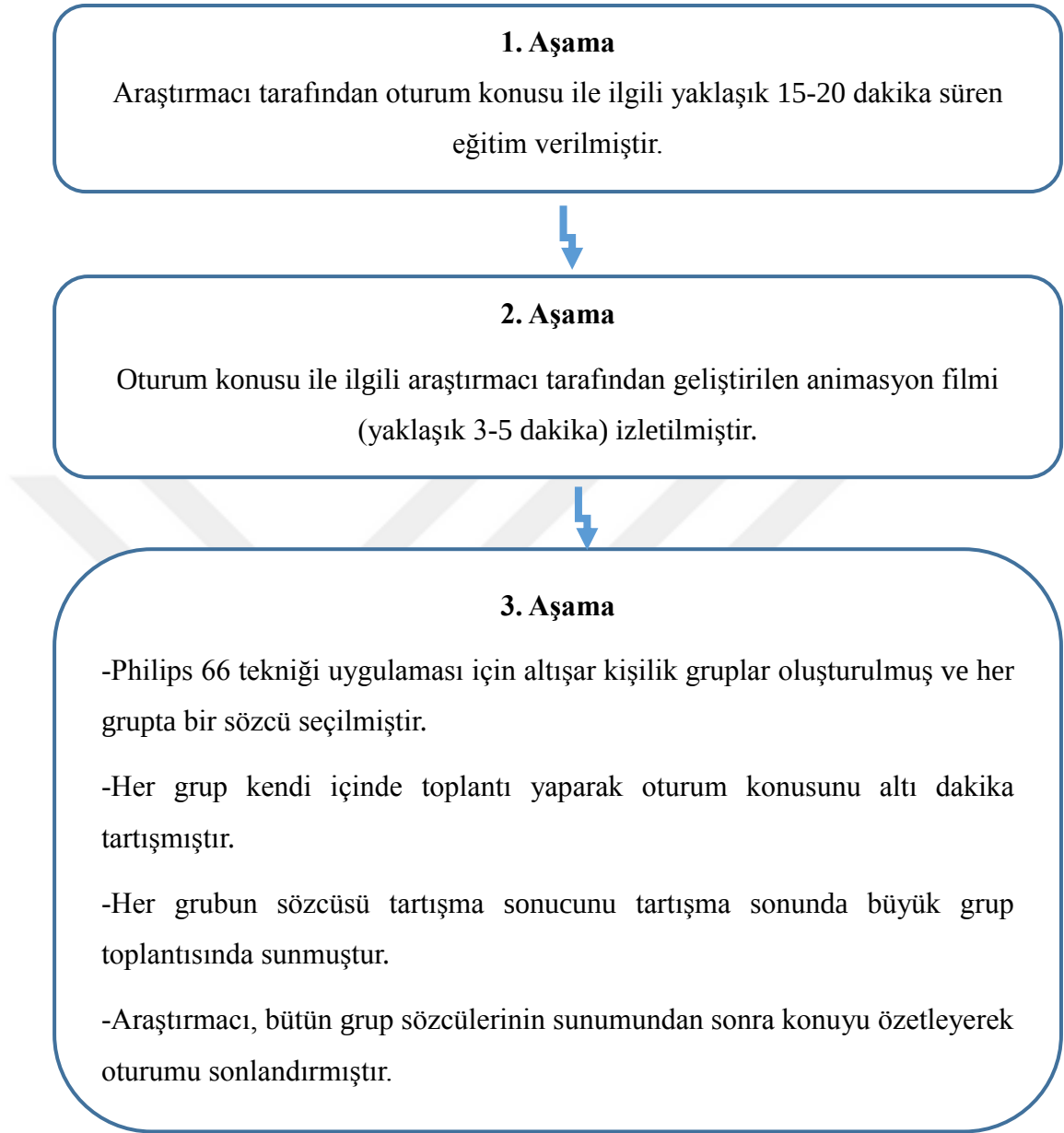
Veriler 01 Ocak 2021 – 31 Mayıs 2022 tarihleri arasında Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı iki lisede eğitim almakta olan 72 adölesandan toplanmıştır. Adölesanlara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, “Adölesan bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile onamları alınmıştır. Adölesanlara ebeveynlerinin onaylarını almak üzere “Ebeveyn Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” verilerek ebeveynlerin formu doldurmaları sağlanarak onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan müdahale grubundan 83, kontrol grubundan 67 adölesana kendi içlerinde numaralar verilmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak bilgisayar ortamında adölesanların hangi gruba dahil edileceği belirlenmiştir.

İlk ölçümde öncelikle tanışma etkinliği yapılmış, sonrasında müdahale ve kontrol gruplarına (her iki guruba aynı gün kendi okullarında) veri toplama formları (Adölesan

ve Ebeveyn Tanıtım Formu, AYBÖ, ÖEYÖ) dağıtılmış ve ön test verileri toplanmıştır. İlk ölçüm sonrasında müdahale grubuna 1. oturum uygulanmıştır. 1. Oturumdan itibaren her hafta bir oturum olmak üzere toplam 6 oturum uygulama yapılmıştır. Uygulamaların bittiği son oturumda müdahale grubuna ve kontrol grubuna (aynı günde) veri toplama formları (Adölesan ve Ebeveyn Tanıtım Formu, AYBÖ, ÖEYÖ) dağıtılmış ve son test-1 verileri alınmıştır. Uygulama bitiminden 4 hafta sonra her iki gruba da aynı formlar dağıtılmış ve son test-2 verileri toplanmıştır.

Müdahale Grubu

Müdahale grubundaki adölesanlara fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, madde bağımlılığı ile mücadele, cinsel ve üreme sağlığı, sağlık kontrolü, kazalar ve yaralanmalardan korunma ile ilgili her konu bir oturum olmak üzere toplam altı oturum düzenlenmiştir. Oturumlar birer hafta arayla yapılmıştır. Her oturum kendi içinde üç aşamada gerçekleşmiştir. Oturumların akış şemaları Şekil 3.3’de gösterilmiştir.



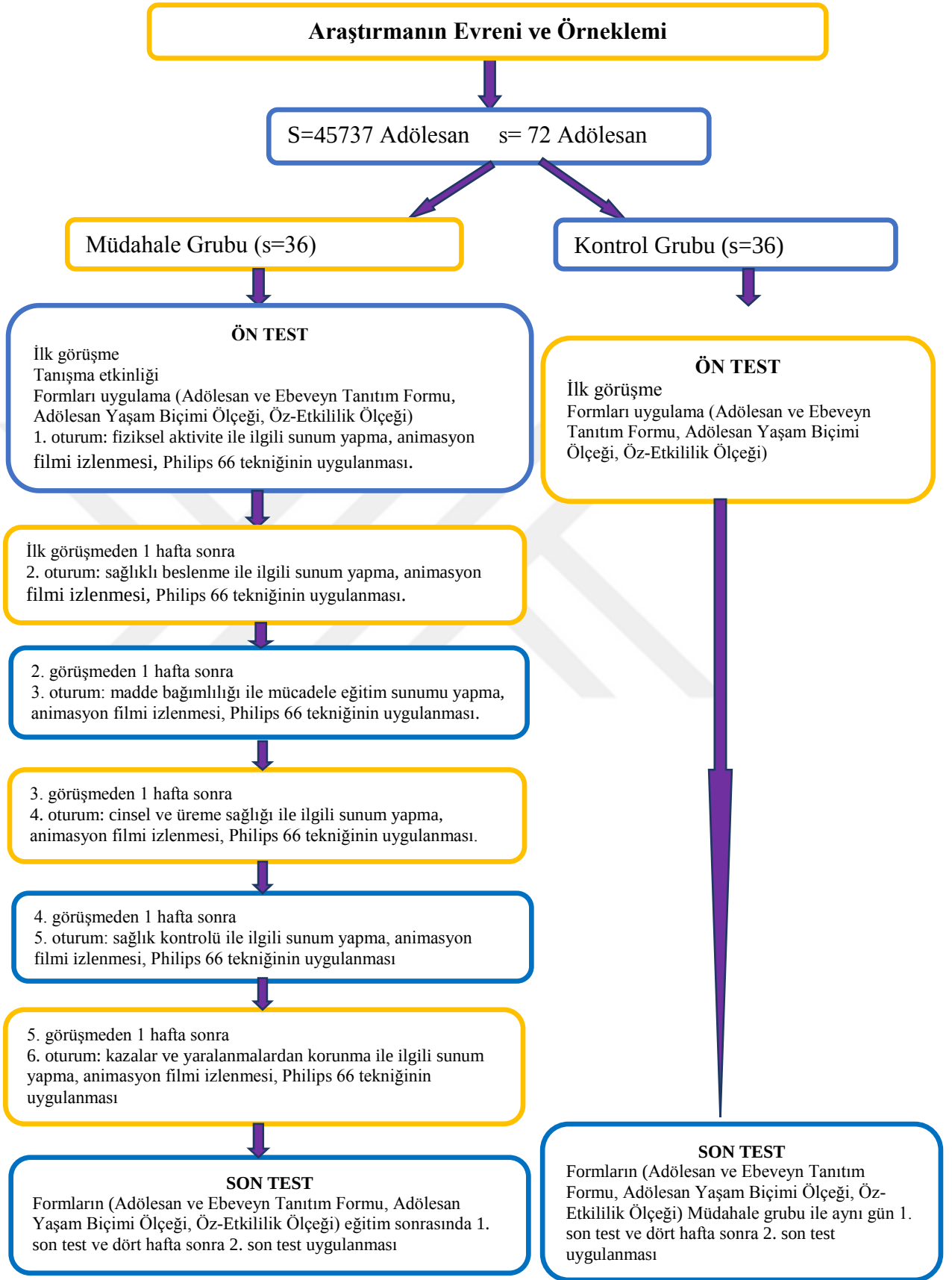
Şekil 3.3. Oturum Planı

Kontrol Grubu

Kontrol gruplarına, SGM'ne göre hemşirelik girişimi uygulanmamıştır. Ancak adölesanlar rutin eğitimlerini almaya devam etmişlerdir.

Tablo 3.2. Müdahale Grubu Oturumları ve Hedeflenen Kazanımlar

	Oturumlar	Kazanım
Müdahale grubu	1. Oturum: Fiziksel aktivite	Fiziksel aktiviteye yönelik öz etkililik-yeterliklerini geliştirmek, olumlu aktivite davranışı kazanmasını sağlamak ve yaşam biçimine dönüştürmek.
	2. Oturum: Sağlıklı beslenme biçimi	Sağlıklı beslenmeye yönelik öz etkililik- yeterliklerini geliştirmek, olumlu beslenme davranışı kazanmasını sağlamak ve yaşam biçimine dönüştürmek.
	3.Oturum: Madde bağımlılığı ile mücadele	Madde bağımlılığına yönelik öz etkililik-yeterliklerini geliştirmek, bağımlılık yapan maddelerden uzak durma davranışı kazanmasını sağlamak ve yaşam biçimine dönüştürmek.
	4. Oturum: Cinsel ve üreme sağlığı	Cinselliğe ve üreme sağlığına yönelik öz etkililik-yeterliklerini geliştirmek, olumlu cinsel davranışı kazanmasını sağlamak.
	5. Oturum: Sağlık kontrolü	Sağlık kontrolüne yönelik öz etkililik-yeterliklerini geliştirmek, düzenli sağlık kontrolü davranışı kazanmasını sağlamak ve yaşam biçimine dönüştürmek.
	6. Oturum: Kazalar ve yaralanmalardan korunma	Kazalar ve yaralanmalardan korunmaya yönelik öz etkililik-yeterliklerini geliştirmek, kazalar ve yaralanmalardan korunma davranışı kazanmasını sağlamak ve yaşam biçimine dönüştürmek.



Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması

3.8. Uygulamada Kullanılan Öğretim Teknikleri

Araştırmada oturum konusu ile ilgili sunum, animasyon film gösterimi ve Philips 66 tekniği kullanılmıştır.

Araştırma için eğitici “Yaratıcı Yazarlık Eğitimi” (sertifika kodu: 120707140100) ve “Senaryo Yazarlığı” (sertifika kodu: 0507013590114) eğitimlerini başarı ile tamamlamış, sertifikalarını almıştır. Araştırmada 6 konu başlığında (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, madde bağımlılığı ile mücadele, cinsel ve üreme sağlığı, sağlık kontrolü, kazalar ve yaralanmalardan korunma) eğitim materyalleri oluşturulmuş ve eğitim materyalleri için uzman görüşü alınmıştır. Kapsam geçerliği için eğitim materyalleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Beslenme ve Diyetetik, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, Özel Eğitim, Psikolog ve Çocuk Gelişimi alanlarında uzman 23 kişinin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan eğitim materyallerini üçlü derecelendirme (1: Uyumlu değil, 2: Biraz uyumlu, 3: Tamamen uyumlu) ile değerlendirmeleri istenmiştir. Eğitim materyalleri için Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ), Lawshe yöntemi ile hesaplanmıştır. Uzman sayısının 23 olduğu araştırmada, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyi için KGO değerinin en az 0.42 olabileceği bildirilmiştir (Alpar, 2020). KGİ değerinin ise 0.67’den büyük olması istenmektedir (Alpar, 2020). Eğitim sunumlarına ilişkin KGO değerlerinin 0.76-1 arasında, KGİ değerinin ise 0.83, video animasyonlarına ilişkin KGO değerlerinin 0.76-0.90 arasında KGİ değerinin ise 0.85 olduğu hesaplanmıştır. Eğitim materyallerinin KGO değerleri 0.42’den büyük olduğu, KGİ değerlerinde 0.67’den büyük olduğu için kapsam geçerliği istatistiksel açıdan kabul edilmiştir. Eğitim materyallerine ilişkin KGO ve KGİ bulguları Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.3. Eğitim Materyallerinin Kapsam Geçerlik Testleri (KGO ve KGİ)

Eğitim Materyalleri	Eğitim sunumu KGO*	Video animasyon KGO*
Fiziksel Aktivite	0,86	0,89
Sağlıklı Beslenme	0,85	0,85
Madde Bağımlılığı ile Mücadele	0,76	0,83
Cinsel ve Üreme Sağlığı	0,76	0,76
Sağlık İzlemi	0,80	0,87
Kaza ve Yaralardan Korunma	1	0,90
KGİ**	0,83	0,85

* KGO: Kapsam Geçerlik Oranı, ** KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), medyan (M), minimum (min) ve maksimum (max) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. BKİ değerlerinin gruplara göre karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. Grupların kategorik değişkenler ile karşılaştırılmasında Fisher exact testi kullanılmıştır. Fisher exact test sonucunun önemli bulunması durumunda alt grup karşılaştırmaları Bonferroni düzeltmeli iki oran z testi ile yapılmıştır. Grupların öntest-sontest ölçek puanları tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Varyans analizinde ana etkilerin karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Eğitim materyallerinin kapsam geçerlik testleri Lawshe yöntemi ile yapılmıştır.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler ve İstatistik Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan İstatistik Yöntem
- Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirilmesi	- Yüzdelik, ortalama ve standart sapma
- Müdahale ve kontrol gruplarının kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması	- Fisher exact testi, Bonferroni düzeltmeli iki oran z testi
- Ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi	- Pearson korelasyon katsayısı
- Müdahale ve kontrol gruplarının girişim öncesi ve sonrası ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	- İki yönlü varyans analizi (Two way ANOVA)
- İç tutarlılık	- Cronbach's alfa testi
- Normallik, homojenlik dağılımı	- Shapiro-wilk testi, Levene testi
- Eğitim materyalleri kapsam geçerliği	Lawshe yöntemi

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih:26.08.2020, Karar No: 01) (EK 7) ve araştırmanın yürütüldüğü Kahramanmaraş ili Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni (605.99-18559228/E.35776031) (EK 8) alınmıştır. Araştırma için protokol kayıt ve sonuç sisteminden ClinicalTrials.gov kodu (NCT05246852) alınmıştır.

Adölesanlara araştırmanın amacı açıklanıp, gerekli bilgiler verildikten sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak (EK 5) yazılı izin alınmıştır. Anne – babalara araştırmanın amacı yazılı metin ile açıklanıp, gerekli bilgiler verildikten sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak (EK 4) yazılı izin alınmıştır.

3.11. Çalışma Takvimi

Tablo 3.4. Çalışma Takvimi

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Ocak- Şubat 2020	Temmuz 2020	Ekim- Aralık 2020	Ocak 2021- Mayıs 2022	Mayıs 2022	Temmuz 2022
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X
Etik kurul onayı ve kurum izni alınması		X	X			
Verilerin toplanması				X		
Verilerin analizi ve değerlendirmesi					X	
Tezin yazılması				X	X	X
Tezin sunumu						X

4. BULGULAR

Bu bölümde adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri ve öz etkililik üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

Adölesanların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır. Araştırmada müdahale grubuna 36, kontrol grubuna 36 adölesan alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarında yer alan adölesanların %50.0’nın 14, %50.0’nın 15 yaşında olduğu ve cinsiyet yönünden de eşit sayıda oldukları saptanmıştır. Müdahale grubundaki adölesanların %36.2’sinin, kontrol grubunda ise %41.6’sının kardeş sayısının üç olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarında 9 ve 10. sınıflarda eşit sayıda adölesan olduğu ve her iki grupta yer alan adölesanların %63.9’unun doğum yerinin şehir merkezi olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunda normal kilolu olan adölesan sayısı %72.2 iken, kontrol grubunda bu sayı %63.9 olarak bulunmuştur. BKİ değeri ortalaması müdahale grubunda 20.56 ± 2.68 , kontrol grubunda ise 21.26 ± 3.04 olarak bulunmuştur. Sağlık eğitimi dersi almayan katılımcı sayısı müdahale grubunda %66,7 iken, kontrol grubunda %52.8 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki adölesanların %41.7’si kontrol grubundaki adölesanların ise %30.6’sı kendi sağlık durumlarını iyi olarak tanımlamışlardır. Sağlıklı bir yaşam tarzı olduğunu düşünen adölesanlar müdahale grubunda %58.3, kontrol grubunda ise %50.0 olduğu bulunmuştur. Müdahale grubundaki adölesanların %52.8’i, kontrol grubundaki adölesanların ise %36.1’i sağlık değişiminde sıklıkla rollerinin olduğunu düşünmektedirler. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan adölesanlar tanıtıcı özellikler yönünden karşılaştırdığında sağlık değişimindeki rolünü algılama ($p < 0.05$) dışındaki değişkenler açısından benzer olduğu ($p > 0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri (n=72)

Değişkenler	Gruplar		Test İstatistikleri	
	Müdahale n=36 n (%)	Kontrol n=36 n (%)	χ^2 değeri	p değeri
Yaş	n (%)	n (%)		
14 yaş	18 (50,0)	18 (50,0)	<0,001	>0,999
15 yaş	18 (50,0)	18 (50,0)		
Cinsiyet	n (%)	n (%)		
Kadın	18 (50,0)	18 (50,0)	<0,001	>0,999
Erkek	18 (50,0)	18 (50,0)		
Kardeş Sayısı	n (%)	n (%)		
1	3 (8,3)	2 (5,6)	0,994	0,812
2	8 (22,2)	10 (27,8)		
3	13 (36,2)	15 (41,6)		
4 ve üzeri	12 (33,3)	9 (25,0)		
Sınıf	n (%)	n (%)		
9. Sınıf	18 (50,0)	18 (50,0)	<0,001	>0,999
10. Sınıf	18 (50,0)	18 (50,0)		
Doğum Yeri	n (%)	n (%)		
Köy	3 (8,3)	1 (2,8)	2,429	0,530
Kasaba	1 (2,8)	0 (0,0)		
İlçe	9 (25,0)	12 (33,3)		
Şehir	23 (63,9)	23 (63,9)		
BKİ Grup	n (%)	n (%)		
Zayıf	7 (19,5)	8 (22,2)	0,750	0,768
Normal Kilolu	26 (72,2)	23 (63,9)		
Fazla Kilolu	3 (8,3)	5 (13,9)		
BKİ				
$\bar{x} \pm ss$	20,56 $\pm$ 2,68	21,26 $\pm$ 3,04	1,024	0,309
min-max	15,57-7,01	14,87-6,89		
Sağlık Eğitimi Dersi Alma	n (%)	n (%)		
Evet	12 (33,3)	17 (47,2)	1,443	0,337
Hayır	24 (66,7)	19 (52,8)		
Sağlığını Tanımlaması	n (%)	n (%)		
Çok İyi	7 (19,4)	7 (19,4)	3,945	0,485
İyi	15 (41,7)	11 (30,6)		
Orta	12 (33,3)	11 (30,6)		
Kötü	2 (5,6)	5 (13,8)		
Çok Kötü	0 (0,0)	2 (5,6)		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Olduğunu Düşünme	n (%)	n (%)		
Evet	21 (58,3)	18 (50,0)	0,503	0,637
Hayır	15 (41,7)	18 (50,0)		
Sağlık Değişimindeki Rolü	n (%)	n (%)		
Her zaman çok rolüm olduğunu düşünürüm	9 (25,0) ^a	6 (16,7) ^a	8,487	0,032
Sıklıkla rolüm olduğunu düşünürüm	19 (52,8) ^a	13 (36,1) ^a		
Bazen rolüm olduğunu düşünürüm	5 (13,9) ^a	16 (44,4) ^b		
Önemli bir rolüm olduğunu düşünürüm	3 (8,3) ^a	1 (2,8) ^a		

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, %: Toplam içindeki yüzde, χ^2 : Fisher exact test, t: Independent Samples t test, Her bir grupta grup içi karşılaştırmalar, a ve b üst simgeleri gruplardaki farkı belirtmektedir, aynı üst simgeye sahip değerler istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=72)

Değişkenler	Gruplar		Test İstatistikleri	
	Müdahale n=36 n (%)	Kontrol n=36 n (%)	Test değeri	p değeri
Anne Eğitim Durumu				
İlkokul	11 (30,6)	13 (36,2)	1,148	0,800
Ortaokul	12 (33,3)	8 (22,2)		
Lise	10 (27,8)	12 (33,3)		
Üniversite	3 (8,3)	3 (8,3)		
Baba Eğitim Durumu				
İlkokul	6 (16,7)	10 (27,8)	6,003	0,113
Ortaokul	12 (33,3)	4 (11,1)		
Lise	11 (30,6)	16 (44,4)		
Üniversite	7 (19,4)	6 (16,7)		
Anne Meslek				
Ev Hanımı	28 (77,8)	33 (91,6)	2,696	0,281
İşçi	5 (13,9)	2 (5,6)		
Memur	3 (8,3)	1 (2,8)		
Baba Meslek				
Çalışmıyor	1 (2,8)	0 (0,0)	2,699	0,899
Memur	5 (13,9)	5 (13,9)		
Serbest Meslek	3 (8,2)	5 (13,9)		
Esnaf	11 (30,5)	7 (19,4)		
İşçi	13 (36,1)	16 (44,4)		
Şoför	1 (2,8)	1 (2,8)		
Emekli	2 (5,6)	2 (5,6)		
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	31 (86,1)	33 (91,7)	3,263	0,280
Geniş Aile	3 (8,3)	0 (0,0)		
Parçalanmış Aile	2 (5,6)	3 (8,3)		
Aile Geliri				
Geliri Giderinden Az	8 (22,2)	6 (16,7)	0,562	0,803
Geliri Giderine Eşit	20 (55,6)	23 (63,9)		
Geliri Giderinden Fazla	8 (22,2)	7 (19,4)		
Ailenin Sağlık Güvencesi				
Var	31 (86,1)	34 (94,4)	1,424	0,429
Yok	5 (13,9)	2 (5,6)		

%%: Toplam içindeki yüzde, χ^2 : Fisher exact test

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de yer almaktadır. Müdahale grubu adölesanların %30.6’sının, kontrol grubu adölesanların ise %36.2’sinin annelerinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Baba eğitim durumu lise olan adölesanların müdahale grubunda %30.6, kontrol grubunda ise %44.4 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki adölesanların %36.1’inin, kontrol grubundaki

adölesanların ise %44.4'ünün babasının işçi olarak çalıştığı görülmektedir. Annesi ev hanımı olan adölesanların müdahale grubunda %77.8, kontrol grubunda ise %91.6 olduğu tespit edilmiştir. Aile tipi çekirdek aile olan adölesanların müdahale grubunda %86.1, kontrol grubunda ise %91.7 olduğu saptanmıştır. Aile geliri olarak geliri giderine eşit olduğunu ifade eden adölesanlar müdahale grubunda %55.6 iken kontrol grubunda %63.9 olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda ki adölesanların büyük bir çoğunluğunun (sırasıyla %86.1, %94.4) ailesinin sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

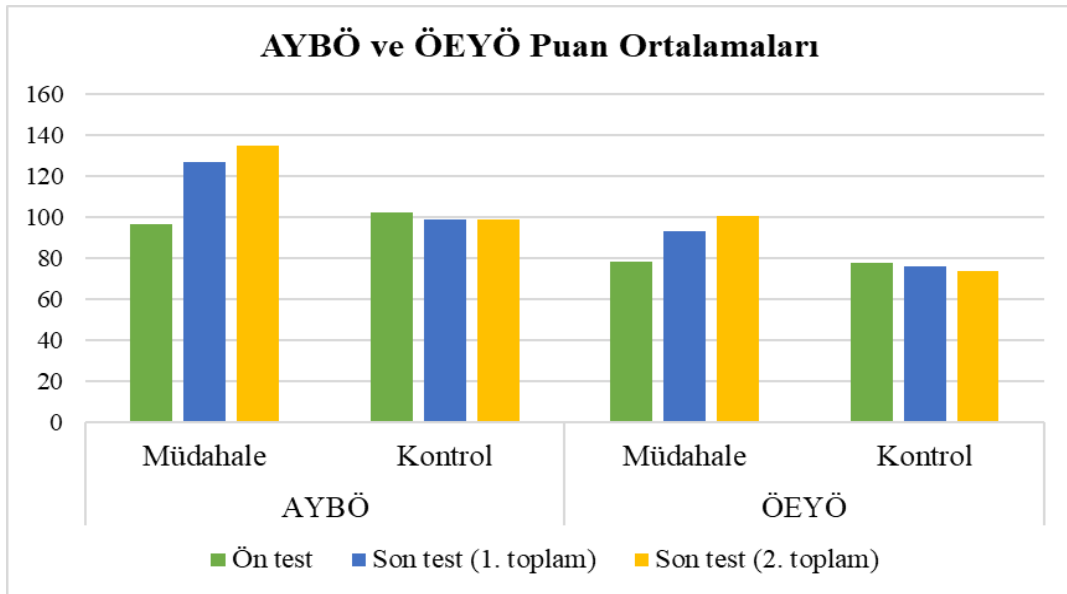
Ölçümler	Gruplar		Test İstatistikleri [†]	
	Müdahale	Kontrol	F	p
	n=36	n=36		
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)				
Ön test	96,52±13,15 ^a	102,36±12,84	3,623	0,061
Son Test (1.Toplam)	127,00±17,15 ^b	99,05±13,52	58,904	<0,001
Son Test (2.Toplam)	135,13±15,70 ^b	98,88±19,90	73,594	<0,001
Test İstatistikleri [‡]	F=94,648; p<0,001		F=0,921; p=0,403	
Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)				
Ön test	78,19±12,06 ^a	78,08±12,09	0,002	0,969
Son Test (1.Toplam)	93,30±9,72 ^b	76,22±11,07	48,347	<0,001
Son Test (2.Toplam)	100,63±10,46 ^c	73,58±10,54	119,393	<0,001
Test İstatistikleri [‡]	F=33,030; p<0,001		F=1,220; p=0,302	

*: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, [†]: Her bir satırda gruplar arası karşılaştırmalar, [‡]: Her bir grupta grup içi karşılaştırmalar, a, b ve c üst simgeleri gruplardaki farkı belirtmektedir, aynı üst simgeye sahip değerler istatistiksel olarak benzerdir

Tablo 4.3 ve Grafik 4.1'de müdahale ve kontrol grubunda ölçeklerin (AYBÖ ve ÖEYÖ) puan ortalamalarının karşılaştırmaları yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubunda AYBÖ'nin ön test puan ortalamalarının istatistiksel olarak benzer dağılıma sahip olduğu saptanmıştır (p=0.061). AYBÖ'nin 1. son test ölçek toplam puanının müdahale grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın da istatistiksel

olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). AYBÖ'nin 2. son test ölçek toplam puanının müdahale grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). AYBÖ'nün grup içi karşılaştırmalarında müdahale grubunda istatistiksel açıdan önemli bir fark olduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir. Farkın ön test değerinin, 1. son test ve 2. son test toplamından düşük olmasından kaynaklandığı görülmektedir. AYBÖ'nün kontrol grubu grup içi karşılaştırmalarında ise istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p=0.403$).

ÖEYÖ gruplar arası karşılaştırmalarda ön test puan ortalamalarının benzer dağılım gösterdiği görülmüştür ($p=0.969$). ÖEYÖ'nin 1. son test toplam puanının gruplarda istatistiksel olarak benzer dağılıma sahip olmadığı ve müdahale grubu puanının kontrol grubundan yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). ÖEYÖ 2. son test toplam puanının gruplarda önemli derecede farklılaştığı ve müdahale grubu puanının kontrol grubu puanından yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). ÖEYÖ'nün grup içi karşılaştırmalarda müdahale grubu puanlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.001$). Ön test puanının 1. son test toplam puanından ve 2. son test puanından düşük olduğu görülmüştür. 2. son test toplam puanının 1. son test toplam puanından yüksek olduğu bulunmuştur. ÖEYÖ'nün kontrol grubu grup içi karşılaştırmalarında ise istatistiksel olarak benzer dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p=0.302$).



Grafik 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Puan Ortalamaları

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları

		ÖEYÖ Ön Test
Tüm Grup	AYBÖ Ön Test	$r=0,257; p=0,029$
Müdahale	AYBÖ Ön Test	$r=0,196; p=0,253$
Kontrol	AYBÖ Ön Test	$r=0,335; p=0,046$

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.4'te müdahale ve kontrol grubu adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ ön test puan ortalamalarının korelasyonları yer almaktadır. Tüm grupta AYBÖ ön test ile ÖEYÖ ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.029$). Müdahale grubunda AYBÖ ön test ile ÖEYÖ ön test puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı ($p=0.253$), kontrol grubunda ise AYBÖ ön test ile ÖEYÖ ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.046$).

Tablo 4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 1. Son Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları

		ÖEYÖ Son Test 1
Tüm Grup	AYBÖ Son Test 1	$r=0,635; p<0,001$
Müdahale	AYBÖ Son Test 1	$r=0,366; p=0,028$
Kontrol	AYBÖ Son Test 1	$r=0,363; p=0,029$

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.5'te müdahale ve kontrol grubu adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 1. son test puan ortalamalarının korelasyonları yer almaktadır. Tüm grupta AYBÖ 1. son test ile ÖEYÖ 1. son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Aynı zamanda müdahale ve kontrol grubunda AYBÖ 1. son test ile ÖEYÖ 1. son test puan ortalamaları arasındada anlamlı ilişki olduğu (sırasıyla $p=0.028, p=0.029$) bulunmuştur.

Tablo 4.6. Müdahale ve Kontrol Grubu Adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 2. Son Test Puan Ortalamalarının Korelasyonları

		ÖEYÖ Son Test 2
Tüm Grup	AYBÖ Son Test 2	$r=0,727; p<0,001$
Müdahale	AYBÖ Son Test 2	$r=0,796; p<0,001$
Kontrol	AYBÖ Son Test 2	$r=0,047; p=0,784$

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.6’da müdahale ve kontrol grubu adölesanlarda AYBÖ ve ÖEYÖ 2. son test puan ortalamalarının korelasyonları yer almaktadır. Tüm grupta AYBÖ 2. son test ile ÖEYÖ 2. son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,001$). Müdahale grubunda AYBÖ 2. son test ile ÖEYÖ 2. son test puan ortalamaları arasındada anlamlı ilişki olduğu ($p=0,001$) bulunmuştur. Kontrol grubunda ise AYBÖ 2. son test ile ÖEYÖ 2. son test puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p=0,784$) tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Randomize kontrollü deneysel tasarımda yürütülen bu araştırmada adölesanlara SGM temel bileşenleri kullanılarak hazırlanan eğitim materyalleri ile (sunum, video animasyonu, Philips 66 tartışma tekniği) yapılan eğitim ile adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz etkililiklerinin yükseltilmesi hedeflenmiştir.

Adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimine yönelik yapılan çalışmalarda cinsiyet, aile tipi, yaş ve beden kitle indeksi gibi değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve öz etkililiklerini etkilediği bulunmuştur (Cramm ve ark., 2013; Babalis ve ark., 2014; Schroeder ve ark., 2017; Erbaba, 2018; Ertan, 2019; Dong ve ark., 2021). Bu nedenle araştırma kapsamına alınan adölesanlar; sayı, aile tipi, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksi açısından randomize olarak eşleştirilmiştir. Araştırmada kontrol ve müdahale grubundaki adölesanların sosyodemografik özelliklerinin eşit bir şekilde dağıldığı, gruplar arasında önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 4.1).

Adölesan dönem, bireyin kendi yaşamına yön vermeye başladığı bir gelişim dönemidir. Adölesan dönemde gelişimin sağlıklı yaşam tarzı açısından olumlu biçimde ilerleyebilmesi ve olumsuz sağlık davranışlarının azaltılabilmesi için bireylere sağlıklı yaşam biçimi tutum ve davranışlarının kazandırılmasının son derece önemli olduğu görülmektedir (Fidancı, 2010; Yılmaz, 2014; Weihrauch-Blüher ve ark., 2018; Humbatova, 2021). Bu araştırmada adölesanların müdahale öncesi ön test AYBÖ puan ortalamalarının müdahale ve kontrol grubunda orta seviyede olduğu görülmüştür. Literatürde bu çalışma ile benzer şekilde AYBÖ puan ortalamaları orta seviyede olan çalışmalar bulunmaktadır (Geçkil ve Yıldız, 2006; Yılmaz, 2014; Çiçek, 2015; Bulut ve ark., 2016; Bilmez, 2019; Karagözoğlu, 2021). Müdahale ve kontrol grubu AYBÖ puan ortalamalarında ön test aşamasında gruplar arasında fark yokken 1. ve 2. son test AYBÖ puan ortalamalarında müdahale grubunda kontrol grubuna göre önemli artış olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu bulgulara göre; **“Adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi vardır.”** (H1) hipotezi çalışmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara bakıldığında; astım rahatsızlığı olan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik yapılan planlı sağlık eğitiminin yaşam kalitesine etki ettiği bildirilmiştir (Kocaaslan, 2016; Humbatova, 2021). Obezitesi olan adölesanlar üzerine yapılan deneysel bir çalışmada, planlı bir şekilde uygulanmış eğitimlerin adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarına etkisinin olduğu belirtilmiştir (Erbaba, 2018). Yine obezitesi bulunan adölesanlarla yapılan iki çalışmada, SGM’ne göre uygulanan eğitimin adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığı ve yaşam kalitelerini yükselttiği belirtilmiştir (Fidancı, 2010; Yılmaz, 2014). Çocuk ve adölesanlarda yürütülen okul temelli sağlıklı yaşam biçimi müdahale çalışmasında, hipertansiyon, obezite ve BKİ değerlerinde önemli düşüşlerin olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, okul temelli çalışmaların erken dönemde başlaması gerektiği belirtilmiştir (Dong ve ark., 2021).

Nijerya’da sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının adölesan akademik başarısı üzerindeki olumlu etkilerini araştıran bir çalışmada üç bağımsız değişkenin (sağlık eğitimi, risk davranışı ve sağlıklı olma) öğrencilerin akademik başarısına önemli düzeyde etki ettiği bildirilmiştir (Olusegun, 2017). Yine adölesanlar üzerinde yapılan aktif müdahale ile gerçekleştirilen yaşam tarzı değişiklikleri çalışmasında, adölesanların BKİ’lerinde iyileşme olduğu bulunmuştur (Abu-Kishk ve ark., 2014). Bengkulu şehrinde adölesan anemisini önlemek için anlatım yöntemleri ve animasyonlu videolar ile yapılan beslenme eğitimi çalışmasında, eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından dengeli beslenme bilgisine etkisinin olduğu bildirilmiştir (Haya ve Wahyu, 2021). Adölesanların beslenme bilgilerini arttırmak için yapılan bir çalışmada, animasyon videosu kullanılmış ve animasyon videolu beslenme eğitiminin adölesanların beslenme bilgisine olumlu yönde etki ettiği gösterilmiştir (Masitah ve Poncorini Pamungkasari, 2020). Adölesanlarda sağlık davranışlarını teşvik etmek için

sağlığı geliştirme modeline göre yapılan yarı deneysel tasarımlı çalışmada, katılımcı öğrenmenin adölesanların sağlığı geliştirici davranış puan ortalamalarını önemli ölçüde arttırdığı bildirilmiştir (Butchan, 2015). Adölesanlarda Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitimin beslenme davranışları üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmada, adölesanların beslenme puanlarında önemli artış olduğu bulunmuştur (Naserpoor ve ark., 2018). Yine eğitici videolar kullanılarak lise öğrencileri ile yürütülen bir araştırmada, sağlık sorumluluğu ve sağlıklı beslenme davranışlarının arttığı görülmüştür (Bilmez, 2019). Adölesanlara sağlıklı yaşam biçimlerine yönelik verilen eğitimin sağlık davranışlarını pozitif yönde önemli düzeyde arttırdığı bildirilmiştir (Geçkil ve Yıldız, 2006; Yesilfidan ve Adana, 2017). Literatürde görüldüğü gibi adölesanlara erken dönemde aktif yöntemler kullanılarak sağlık davranışı eğitimlerinin verilmesi, adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarını olumlu yönde etkilemektedir. Literatür ile bu araştırmanın sonuçlarının örtüştüğü görülmektedir.

Bu araştırmada adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile birlikte öz etkililiklerine de bakılmıştır. Öz etkililik adölesanların, yaşamı boyunca karşılaşacağı durumları kontrol edebilme kabiliyetine ilişkin kendisini algılamasını ve belirli bir faaliyeti gerçekleştirebilme konusunda kendisine olan inancını göstermektedir. Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, adölesanın öz etkililik/yeterlik algısının sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların başlatılması açısından önemli bir yön verici olduğu bildirilmiştir (Xu ve ark., 2017). Öz etkililik seviyesi yüksek olan adölesanlar, bir sorumluluğu üstlenme, bir faaliyeti başlatma, sürdürme ve sonlandırma konularında daha istekli davrandığı ve kararlılık gösterdiği bildirilmiştir (Prat-Sala ve Redford, 2010; Komarraju ve Nadler, 2013). Adölesanların öz etkililiklerini ölçmede Öz Etkililik ve Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Bu araştırmada adölesanların müdahale öncesi ÖEYÖ ön test puan ortalamaları hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda orta düzeyde olduğu görülmüştür. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Sezer ve ark., 2006, Yıldız ve ark., 2016). Müdahale ve kontrol grubu ÖEYÖ puan ortalamalarında ön test aşamasında gruplar arasında fark yokken, 1. ve 2. son test ÖEYÖ puan ortalamalarında müdahale grubunda kontrol grubuna göre önemli artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu bulgulara göre; **“Adölesanlara sağlığı**

geliştirme modeline göre verilen eğitimin adölesanların öz etkililik-yeterlikleri üzerine etkisi vardır.” (H2) hipotezi çalışmanın sınırlılıkları içerisinde kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde; astımlı adölesanlarda yapılan planlı eğitim çalışması sonrasında, tedaviye uyum konusunda öz etkililik düzeylerinde önemli artış olduğu bildirilmiştir (Kocaaslan, 2016; Humbatova, 2021). Yine sanal ortamda adölesanlara verilen sağlık eğitimlerinin adölesanların öz etkililik düzeylerini arttırdığı bulunmuştur (Karataş, 2021). Luszczyńska ve arkadaşları (2010) olumlu bir sağlık davranışının gerçekleşebilmesi için niyet- davranış ilişkisine aracılık edecek öz etkililik faktörünün adölesanda yeterince yüksek düzeyde bulunması gerektiğini belirtmiştir. Luszczyńska ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, olumlu sağlık davranışına niyet etme ve planlama düşüncelerinin öz etkililik seviyeleri ile birlikte arttığı saptanmıştır (Luszczyńska ve ark., 2010). Ayrıca adölesanlar tarafından algılanan genel öz etkililiğin, duygusal, fiziksel, sosyal yaşam kalitesi ile ilgili olduğu ve algılanan öz etkililik seviyelerinin, tüm yaşam kalitesi alanlarını etkilediği belirtilmiştir (Cramm ve ark., 2013).

Adölesanların öz etkililik algıları üzerine yapılan çalışmada, adölesanların öz etkililik düzeylerinin sosyal yaşam kalitelerini önemli derecede etkilediği bildirilmiştir (Cramm ve ark., 2013). Yine adölesanların sağlıklı beslenme ve öz etkililik düzeyleri üzerinde yapılan çalışmada, adölesanların yüksek öz etkililik algılarının sağlıklı beslenme düzeylerini arttırdığı bildirilmiştir (Fitzgerald ve ark., 2013). BKİ yüksek olan adölesanlara yönelik yapılan müdahalelerin adölesanların öz etkililiklerini yükselterek fiziksel aktivite seviyelerini arttırdığı bildirilmiştir (Schroeder ve ark., 2017). Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitimin adölesanların beslenme davranışları üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışmada, öz etkililik düzeylerinin önemli seviyede arttığı bulunmuştur (Naserpoor ve ark., 2018). Astımı olan adölesanlara verilen eğitim sonrasında öz etkililik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir (Kocaaslan, 2016; Karataş, 2021). Literatür incelendiğinde eğitim çalışmalarının öz etkililiği arttırmada etkili olduğu görülmüştür (Cramm ve ark., 2013; Kocaaslan, 2016; Schroeder ve ark., 2017; Naserpoor ve ark., 2018; Humbatova, 2021; Karataş, 2021). Video animasyon ve Philips 66 teknikleri kullanılarak eğitim yapılan bu araştırmada

müdahale grubunda adölesanların öz etkililik düzeylerinde literatür ile benzer şekilde önemli artış olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre okul temelli video animasyon ve Philips 66 tekniklerinin öz etkililiği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmada önemli etkiye sahip olduğu söylenebilir. Literatürde de okul temelli müdahale çalışmalarına erken dönemde başlanmasının ve bu çalışmaların düzenli olarak yapılmasının önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır (Dong ve ark., 2021).

Literatür incelendiğinde okul temelli çalışmaların adölesanların sağlığını koruma ve geliştirme davranışları üzerine etkili olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, 2014; Olusegun, 2017; Bilmez, 2019; Vahedian-Shahroodi ve ark., 2019; Dong ve ark., 2021). Adölesan dönemde, en etkili okul temelli müdahalelerin, adölesanlara doğrudan hitap eden müdahaleler olduğu kanıtlanmıştır (Weihrauch-Blüher ve ark., 2018). Adölesanlarda okul temelli yapılan beslenme eğitimi müdahalesinde adölesanların beslenme davranışları ile birlikte psikolojik faktörlerinde önemli ölçüde iyileştiği bildirilmiştir (Bagherniya ve ark., 2017). Bal ve Çetin (2020) okul temelli yaptığı çalışmada okul sağlığının, sağlık hizmeti sunan uzman kişiler (hemşire, doktor vb.) tarafından desteklenmesi gerektiğini bildirmiştir (Bal ve Çetin, 2020). Ülkemizde her okulda okul hemşiresi bulunmamaktadır. Hemşire araştırmacıların okullarda okul sağlığına yönelik yaptığı çalışmalarda, çocuk ve adölesanların obezite, madde bağımlılığı, fiziksel aktivite, zorbalık, ilk yardım uygulama becerisi, uyku düzeni ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında önemli olumlu gelişmeler elde ettikleri bildirilmiştir (Evgin ve Bayat, 2015; Cangöl, 2016; Can, 2019; Başçı, 2020; Ceylan, 2020; Cıbrı, 2020; Tapan ve Gözen, 2020; Yavuz ve Hacıaloğlu, 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde adölesanların eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ve bu davranışların yapılmasında etkili olan öz etkililik düzeylerinde artış olduğu, AYBÖ ile ÖEYÖ arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, Tablo 4.5, Tablo 4.6). Bu açıdan bakıldığında adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarında okul sağlığı ve okul hemşiresinin önemli olduğu görülmektedir. İşbirlikçi ve bütüncül bir yaklaşım içinde okullarda çalışacak hemşirelerin, okul sağlığı programında önemli roller üstlenerek okul çağındaki çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve öz etkililiklerini arttırmada etkili olabilecekleri düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada;

- Müdahale grubu ve kontrol grubundaki adölesanların sayı, yaş, cinsiyet ve BKİ gibi tanıtıcı özelliklerinin benzer olduğu ($p>0.05$) (Tablo 4.1),
- Kardeş sayısı, anne ve baba eğitim durumları, anne ve baba mesleği, aile tipi, ailesinin sağlık güvencesinin olması açısından grupların benzer olduğu ($p>0.05$) (Tablo 4.1, Tablo 4.2),
- Adölesanların çoğunluğunun sağlık eğitimi dersi almadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.1),
- Adölesanların kendi sağlıklarını iyi olarak tanımladıkları ve sağlıklı bir yaşam biçimine sahip olduklarını düşündükleri ($p>0.05$) (Tablo 4.1),
- Sağlık değişimindeki rollerini müdahale grubundaki adölesanların “sıklıkla rolü/etkisi olduğu”, kontrol grubundaki adölesanların ise “bazen rolü/etkisi olduğu” şeklinde tanımladıkları ($p<0.05$) (Tablo 4.1),
- AYBÖ ve ÖEYÖ ön test toplam puanlarının müdahale ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak benzer dağılıma sahip olduğu ($p=0.061$; $p=0.969$) (Tablo 4.3),
- AYBÖ 1. son test ve 2. son test toplam puanlarının müdahale grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu ($p<0.001$) (Tablo 4.3),
- AYBÖ ve ÖEYÖ toplam puanlarının müdahale grubunda müdahale öncesine (ön test) göre müdahale sonrasında (1. son test, 2. son test) önemli düzeyde yüksek olduğu ($p<0.001$) (Tablo 4.3),
- AYBÖ ve ÖEYÖ toplam puanlarının kontrol grubunda ön test, 1. son test ve 2. son testte benzer olduğu (sırasıyla $p>0.403$, $p>0.302$) (Tablo 4.3),

- ÖEYÖ 1. son test ve 2. son test toplam puanlarının müdahale grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu ($p<0.001$) (Tablo 4.3),
- Tüm gruplarda ve kontrol grubunda AYBÖ ön test ile ÖEYÖ ön test toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p=0.029$; $p=0.046$) (Tablo 4.4),
- Müdahale grubunda AYBÖ ön test ile ÖEYÖ ön test toplamaları arasında ilişki olmadığı ($p=0.253$) (Tablo 4.4),
- Tüm gruplarda, müdahale grubunda ve kontrol grubunda AYBÖ 1. son test toplam ile ÖEYÖ 1. son test toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.5),
- Tüm gruplarda ve müdahale grubunda AYBÖ 2. son test toplam ile ÖEYÖ 2. son test toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.6),
- Kontrol grubunda AYBÖ son test 2. ile ÖEYÖ son test 2. toplamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmadığı sonucuna varılmıştır ($p=0.784$) (Tablo 4.6).

Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Adölesanlara sağlığı geliştirme modeline göre video animasyon ve Philips 66 teknikleri kullanılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz etkililiklerini olumlu yönde etkilemesi nedeniyle hemşirelik girişimi olarak kullanılması ve yaygınlaştırılması,
- Kronik veya akut hastalığı olan adölesanlara video animasyon ve Philips 66 teknikleri kullanılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin verilmesi,
- Daha geniş örneklem grubunda video animasyon ve Philips 66 teknikleri kullanılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitiminin verilmesi,
- Ders müfredatlarına sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili konuların eklenmesi,
- Okullarda adölesan takibi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda deneyimli okul hemşirelerinin bulunması,

- Çalışma sonucunda artan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve öz etkililik seviyelerinin devam ettiğini gösteren takip çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Abajobir AA. The Impact Of Substantiated Childhood Maltreatment On Young Adult Health: A Cohort Study. A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at The University of Queensland in 2018; s.:67-75.
- Abu-Kishk I, Alumot-Yehoshua M, Reisler G, Efrati S, Kozar E, Doenyas-Barak K, Feldon M, Dagan Z, Reifen R, Berkovitch M. Lifestyle modifications in an adolescent dormitory: A clinical trial. *Korean Journal of Pediatrics*, 2018;57(12): 520–525.
- Açıkgöz KÜ. Aktif Öğrenme (13.baskı). Biliş Yayıncılık, İstanbul 2007; s.:177-178.
- Aksoy Z. Adölesanlarda Oyun Bağımlılığı, Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2018; s.:32-59.
- Albayrak BM, Kartal A. Değerler eğitimi bağlamında animasyonlar: “kung fu panda 3” film incelemesi. *Türkiye Eğitim Dergisi*, 2020; 5(2): 268–284.
- Alghadir AH, Gabr SA, Iqbal ZA. Effect of gender, physical activity and stress-related hormones on adolescent’s academic achievements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(11): 1–14.
- Alkaya A, Sağlıkın Geliştirilmesi. Hedef CS Yayıncılık ve Mühendislik, Ankara 2017; s.:242-252.
- Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik (yenilenmiş 6. baskı). Detay Yayıncılık, Ankara 2020; s.:533-535.
- Ardıç A, Esin MN. The adolescent lifestyle profile scale : reliability and validity of the Turkish version of the Instrument. *The Journal of Nursing Research*, 2015; 23(1), 33–40.
- Ardıç Çobaner A. Sağlık iletişimde korku ögesinin kullanımı: sigara paketlerinde kullanılan sigara karşıtı görsellerin göstergebilimsel analizi. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2013; 37:212–235.
- Arıkan D, Çelebioğlu A, Tüfekçi FG. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Kitap: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (yazarlar), *Pediatric Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara 2013; s.:53-66.
- Arora A, Mittal A, Pathania D, Singh J, Mehta C, Bunker R. Impact of health education on knowledge and practices about menstruation among adolescent school girls

- of rural part of district Ambala, Haryana. *Indian Journal of Community Health*, 2013; 25(4):492–497.
- Babalıs T, Tsoli K, Nikolopoulos V, Maniatis P. The effect of divorce on school performance and behavior in preschool children in greece: an empirical study of teachers' views. *Psychology*, 2014; 05(01): 20–26.
- Bagherniya M, Sharma M, Darani FM, Maracy MR, Safarian M, Birgani RA, Bitarafan V, Keshavarz SA. School-based nutrition education intervention using social cognitive theory for overweight and obese iranian adolescent girls: a cluster randomized controlled trial. *International Quarterly of Community Health Education*, 2017; 38(1), p.:37-45.
- Bahar Z, Dilay A. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Deuhyo Ed*, 2014; 7(1), 59-67.
- Bal EY, etin H. The effect of sports on adolescences' self-esteem and self-sufficiency. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2020; 12(4): 473-484.
- Başçı AB. Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Dayalı Sağlıklı Beslenme Programının İlköğretim Öğrencilerinin Beslenme Tutum ve Davranışlarına Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2020; s:35-49.
- Bilmez H. Lise Öğrencilerinde Teşvik Edici Film ve Videoların Sağlıklı Yaşam Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak 2019; s.:33-41.
- Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 2014; 65(1): 187–207.
- Blasco PG, Moreto G, Blasco MG, Levites MR, Janaudis MA. Education through movies: Improving teaching skills and fostering reflection among students and teachers. *Journal for Learning through the Arts: A Research Journal on Arts Integration in Schools and Communities*, 2015; 11(1): 3–18.
- Brayboy LM, McCoy K, Thamotharan S, Zhu E, Gil G, Houck C. The use of technology in the sexual health education especially among minority adolescent girls in the United States. *Physiology & Behavior*, 2017; 176(1): 139–148.
- Bulut A, Bulut A, Erin RE. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine*, 2016; 2(2): 105–112.
- Bundy DAP, De Silva N, Horton S, Patton GC, Schultz L, Jamison DT, Abubakara A, Ahuja A, Alderman H, Allen N, Appleby L, Aurino E, Azzopardi P, Baird S, Banham L, Behrman J, Benzian H, Bhalotra S, Bhutta Z, ... Sawyer SM. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *The Lancet*, 2018; 391(10121): 687–699.
- Burk J, Park M, Saewyc EM. A media-based school intervention to reduce sexual orientation prejudice and its relationship to discrimination, bullying, and the mental health of lesbian, gay, and bisexual adolescents in western canada: A population-based evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018; 15(11): 1-16.

- Butchan P. Participatory learning using mixed media for health promotion of adolescent pregnancies and unwanted children at loengnoktha crown prince hospital yasothon province. Erişim: [https://www.semanticscholar.org/paper/Participatory-Learning-Using-Mixed-Media-for-Health-Butchan/8c93c75354cfbf28a0e92db76cf660cb0cf7f436], Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2022.
- Can R. Pickklop Oyunu ve Dam Modeline Göre Düzenlenmiş Eğitimin Adölesanların Nikotin Bağımlılığı zerine Etkisi. Doktora Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir 2019; s.:45-62..
- Cangl S. Erken Adölesanlarda Obeziteyi nleyen Belirleyicilerin Transteoretik Modelin Davranış Değişim Aşamalarına Göre İncelenmesi. Doktora Tezi İstanbl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbl 2016; s.:36-52.
- Centers for Disease Control and Prevention (2017a). How CDC Prepares Healthy Youth for Successful Futures. Erişim: [https://www.cdc.gov/healthyyouth/about/pdf/DASH_Snapshot.508.pdf], Erişim Tarihi: 15 Mart 2022.
- Centers for Disease Control and Prevention (2017b). Youth risk behavior survey: Data summary & trends report. Erişim: [https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/YRBSDataSummaryTrendsReport2019-508.pdf], Erişim Tarihi: 01 Nisan 2022.
- Ceylan F. Whatsapp Uygulaması ile Yapılan ‘Transteoretik Model Temelli Fiziksel Aktivite Programının’ Adölesanların Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbül 2020; s.:46-68.
- Cıbrı S. Çocuklar Hayat Kurtarıyor: ‘Akran Eğitimi Modeli’ ile Ortaokul ğrencilerine Uygulanan Temel Yaşam Desteği Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak 2020; s.:56-68.
- Connor JP, George SM, Gullo MJ, Kelly AB, Young RMD. A prospective study of alcohol expectancies and self-efficacy as predictors of young adolescent alcohol misuse. *Alcohol and Alcoholism*, 2011; 46(2): 161–169.
- Cramm JM, Strating MMH, Roebroek ME, Nieboer AP. The importance of general self-efficacy for the quality of life of adolescents with chronic conditions. *Social Indicators Research*, 2013; 113(1):551–561.
- Culyba AJ, Jacoby SF, Richmond TS, Fein JA, Hohl BC, Branäs CC. Modifiable neighborhood features associated with adolescent homicide. *Physiology & Behavior*, 2017; 176(10): 139–148.
- Çakşak A. Ergenlerde cinsel eğitim. *Journal of Institute of Economic Development and Social Researches*, 2018; 4(11):498–504.
- Çalık A, Kapucu S. Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme:

- pender'in sağlığı geliştirme modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi, 2017; 4(2): 62–75.
- Çiçek E. şefaati İlçe Merkezideki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2015; s.:20-39.
- Dağ H, Dönmez S, Sezer H, şendağ F, Sevil Ü, Saruhan A. The effects of two different teaching techniques on the knowledge level of nursing students about HPV. Gaziantep Medical Journal, 2015; 21(2): 90–98.
- Dağhan ř, Toraman AU, Özsezer G. Türkiye'de okul sağlığı hemşireliğinde model kullanılarak yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi: Sistematiğ derleme. Sağ Aka Derg. 2022; 9(2):177-185.
- Dayu SK, Wardhana MI, Sutrisno A. The aesigning of a 2D animation as an effort to increase adolescent knowledge and insights about how to make turmeric and tamarind tonic and its benefits perancangan animasi 2D sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan wawasan remaja tentang pembuatan ja. journal of language, Literature, and Arts, 2021; 1(9): 1245–1262.
- Dehdari T, Rahimi T, Aryaeian N. (2014). Developing and testing a measurement tool for assessing predictors of breakfast consumption based on a health promotion model. Journal of Nutrition Education and Behavior, 2014; 46(4): 250–258.
- Demirel H, Kayıhan H, Özmert EN, Doğan A. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2. basım). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2014; s.:9-34.
- Dilbaz N, Enez DA, Nurmedov S, Kovan O, Başabak AZ, Mordağ O, Çengel SM, Dağ M. Madde Kullanım Riski ve Madde Bağımlılığından Korunma. TC Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Ankara 2019; s.:17-104.
- Dong Y, Zou Z, Wang H, Dong B, Hu P, Ma Y, Song Y, Ma J. National school-based health lifestyles intervention in chinese children and adolescents on obesity and hypertension. Frontiers in Pediatrics, 2021; 9(May), 1–13.
- Dorn LD, Hostinar CE, Susman EJ, Pervanidou P. Conceptualizing puberty as a window of opportunity for impacting health and well-being across the life span. Journal of Research on Adolescence, 2019; 29(1): 155–176.
- Durkin K, Williford DN, Turiano NA, Blank MD, Enlow PT, Murray PJ, Banvard-Fox C, Duncan CL. Associations between peer use, costs and benefits, self-efficacy, and adolescent e-cigarette use. Journal of Pediatric Psychology, 2021; 46(1): 112–122.
- Düzkanar A. Çocuk ve ergen bireylerle etkileşen eğitici ve ailelerin eğitim programı, cinsel gelişimi destekleme ve cinsellikle ilişkili davranışları yönetme, 3. Uluslararası Katılımlı Erken Çocuklukta Müdahale Kongresi Özet Kitabı. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir 31 Mart- 3 Nisan 2016; s.:22-24.
- Edelma CL, Kudzma EC. Health Promotion Throughout the Life Span (9 nd ed). Elsevier, Massachusetts 2018; p.:1820-1892.
- Erbaba H. Obez Adolesanlarda Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Menstürel Semptomlara

- Yönelik Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Menstrüel Semptomlara Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara 2018; s.:47-75.
- Ertan GA. 12-14 Yaş Arası Öğrencilerde Aerobik Egzersiz ve Sağlıklı Yaşam Eğitimlerinin Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Obezite Farkındalık Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Van 2019; s.:30-35.
- Estrada CAM, Gregoria ER, Kanyasan K, Hun J, Tomokowa S, Dumlaio MC, Kobayashi J. School health promotion in South-East Asia by Japan and partners. *Pediatrics International*, 2020; 62: 1029-1038.
- Eyüboğlu E. Spor Yapan ve Yapmayan 12-14 Yaş Arası Ergenlerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012; s.:36-56.
- Evgin D, Bayat M. Davranışsal Sistem Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Girişiminin Ergen Zorbalığına Etkisi. *FNJN*, 2020; 28(1): 71-82.
- Febriana R, Devi-Artanti G, Rusilanti R. The effectiveness of learning videos for increasing knowledge about women's adolescent nutrition and reproductive health. *KnE Social Sciences*, 2019; 2020 (11): 628–637.
- Fidancı BE. Nola Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelinin Obez Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz güven Kavramına Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010; s.:51-90.
- Fitzgerald A, Heary C, Kelly C, Nixon E, Shevlin M. Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*, 2013; 6 (3): 48–58.
- Garmy P, Clausson EK, Janlöv AC, Einberg EL. A philosophical review of school nursing framed by the holistic nursing theory of Barbara Dossey. *Journal of Holistic Nursing*, 2021; 33(9): 216-224.
- Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006; 10(2): 19–28.
- Ghongdemath J, Sidhmalswamy A, Mallapur A, Shindhohimath V. Impact of adolescent health education on adolescent girls in rural schools and colleges. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2016; 5(1): 53–57.
- Goodwin J, Saab MM, Dillon CB, Kilty C, McCarthy A, O'Brien M, Philpott LF. The use of film-based interventions in adolescent mental health education: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 2021; 137(February):158–172.
- Gökalp M. Öğretim İlke ve Yöntemleri (5. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara 2021; s.: 237-239.
- Gözüm S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve

- Geçerliği. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 1999; 2: 21–34.
- Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014; 7(3): 230–237.
- Halliday AJ, Kern ML, Turnbull DA. (2019). Can physical activity help explain the gender gap in adolescent mental health? A cross-sectional exploration. *Mental Health and Physical Activity*, 2019; 16 (November 2018): 8–18.
- Hankir A, Zaman R, Geers B, Rosie G, Breslin G, Barr L, Carrick FR, Anderson S. The wounded healer film: A london college of communication event to challenge mental health stigma through the power of motion picture. *Psychiatra Danubina*, 2017; 29(3): 307–318.
- Haya M, Wahyu T. (2021). Effect of education with the method and video animation on balanced nutrition knowledge for prevention anemia. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 2021; 4(1): 253–266.
- Hayes G, Dowd KP, MacDonncha C, Donnelly AE. (2019). Tracking of physical activity and sedentary behavior from adolescence to young adulthood: a systematic literature review. *Journal of Adolescent Health*, 2019; 65(4): 446–454.
- Hockenberr MJ, Wilson D. Wong’s Nursing Care of Infants and Children (10 nd ed). Elsevier, Canada 2015; p.: 687-701
- Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong’s Essentials of Pediatric Nursing (10 nd ed). Elsevier, Canada 2017; p.: 829-954.
- Humbatova F. Kontrolsüz Adolesan Astımında Öz-Etkililik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Bir Kıyaslama Çalışması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir* 2021; s.:27-33.
- Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Queen B, Lowry R, Olsen EOM, Chyen D, Whittle L, Thornton J, Lim C, Yamakawa Y, Brener N, Zaza S. Youth risk behavior surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveillance Summaries*, 2016; 65(6): 1–180.
- Karaaslan MM, Çelebioğlu A. Lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Journal of Human Sciences*, 2018; 15 (2): 1354-1361.
- Karabey S, Müftüoğlu N. Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası:7. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Erişim: <https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/43/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf>, Erişim Tarihi:11 Şubat 2022.
- Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG. Hemşirelik teori ve modelleri. Kitap: Şişman NY (yazar), Nola J. Pender Sağlığı Geliştirme Modeli. Akademi Basın, İstanbul 2017; s.:637-652.
- Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. Ergenlerin sağlıklı yaş biçimi davranışların değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2014; 17(3): 16-32.

- Karagözoğlu M. Adolesanlarda Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2021; s.:25-51.
- Karataş P. Alerjik Astımlı Adölesanlara İnternet Ortamında Akran ve Yetişkin Tarafından Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi, Öz-Etkililik, Kaygı, Hastalık Bilgi ve Yönetimine Etkisi. Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2021; s.: 55-70.
- Kassebaum N, Kyu HH, Zoeckler L, Olsen HE, Thomas K, Pinho C, Bhutta ZA, Dandona L, Ferrari A, Ghiwot TT, Hay SI, Kinfu Y, Liang X, Lopez A, Malta DC, Mokdad AH, Naghavi M, Patton GC, Salomon J, ... Vos T. Child and adolescent health from 1990 to 2015: Findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2015 study. *JAMA Pediatrics*, 2017;171(6): 573–592.
- Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Reza A. The effect of Pender's health promotion model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *IJCBNM*, 2017;5(2):165–174.
- Kitazumi, A. department of maternal, newborn, child and adolescent health (mca) progress report 2014-2015. Erişim: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205631/9789241510356_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y], Erişim Tarihi: 15 Şubat 2022.
- Klein DA, Emerick JE, Sylvester JE, Vogt KS. Disorders of puberty: an approach to diagnosis and management. *American Family Physician*, 2017; 96(9): 590–599.
- Kocaaslan EN. Astımlı Çocuklarda Hastalık Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Çocukların Yaşam Kalitesi ve Öz Etkililik Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2016; s.:30-46.
- Komarraju M, Nadler D. Self-efficacy and academic achievement: Why do implicit beliefs, goals, and effort regulation matter? *Learning and Individual Differences*, 2013; 25(1): 67–72.
- Kumar A, Vengatesan K, Rajesh M, Singhal A. Teaching literacy through animation & multimedia. *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*, 2019; 8(5): 73–76.
- Lee CK, Corte C, Stein KF, Feng JY, Liao LL. Alcohol-related cognitive mechanisms underlying adolescent alcohol use and alcohol problems: Outcome expectancy, self-schema, and self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 2020; 105 (February): 06-34.
- Leifer G. Introduction to Maternity and Pediatric Nursing (8 nd ed). Elsevier, Canada 2019; p.: 903-942.
- Linnard-Palmer L, Coats GH. Safe Maternity and Pediatric Nursing. F. A. Davis Company, Philadelphia 2017; p.:382-396.
- Luszczynska A, Cao DS, Mallach N, Pietron K, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of*

Clinical and Health Psychology, 2010; 10(2): 265–278.

- Masitah R, Pamungkasari EP. The effectiveness of animation video to increase adolescents' nutritional knowledge. *Media Gizi Indonesia (National Nutrition Journal)*, 2020; 15(3): 199–204.
- Melendez AB, Malmsten M, Einberg E, Clausson EK, Garmy P. Supporting students with neurodevelopment disorders in school health care—school nurses' experiences. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020; 17 (5752): 1-9.
- Mills KA, Unsworth L. iPad animations: powerful multimodal practices for adolescent literacy and emotional language. *Journal of Adolescent and Adult Literacy*, 2018; 61(6): 609–620.
- Motamedi M, Peyman N. Relationship of health literacy and regular physical activity self-efficacy with body mass index in adolescent girls aged 15-18 years. *Journal of Health Literacy*, 2020; 5(3): 64–72.
- Mustofa E, Subadiyasa IMA, Sholahuddin A, Nurdianto AR. Effects of reproductive health education using video animation towards reproductive health knowledge and attitudes in 5th and 6th elementary grade students in Serang city, Banten. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 2021;10(2): 166.
- Naserpoor F, Zamani-Alavijeh F, Shahri P, Saki Malehi A. Effect of education based on Pender's health promotion model on nutrition behavior of adolescent girls. *Journal of Research and Health*, 2018; 8(5): 394–402.
- Okely AD, Lubans DR, Morgan PJ, Cotton W, Peralta L, Miller J, Batterham M, Janssen X. Promoting physical activity among adolescent girls: The girls in sport group randomized trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2017;14(1): 1–13.
- Olusegun BE. Influence of health education and healthy lifestyle on students' academic achievement in biology in Nigeria. *Universal Journal of Educational Research*, 2017; 5(9):1600–1605.
- Özcan E, Öztürk E. İşitme engelli öğrencilere aktif öğrenme modeliyle coğrafya eğitimi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2019; 20(3), 1533–1546.
- Özcan E. İlkokul 4. sınıf sosyal bilgiler dersi tarih konu larının aktif öğrenme modeliyle öğretilmesine ilişkin bir eylem araştırması. *Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Dergisi*, 2019; 2(1): 58–74.
- Özcebe H, Tezel B. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları İçin Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2017; s.:9-225.
- Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008; s.:1.
- Özhan G, Bay Y, İşgüzar M, Kardeş G. Madde Bağımlılığı ile Mücadele Öğretmen Eğitimi El Kitabı. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara 2010; s.:3-33.
- Packer C, Ridgeway K, Lenzi R, González-Calvo L, Moon TD, Green AF, Burke HMC.

- Hope, self-efficacy, and crushed dreams: exploring how adolescent girls' future aspirations relate to marriage and childbearing in rural Mozambique. *Journal of Adolescent Research*, 2020; 35(5): 579–604.
- Pekcan G, Şanlıer N, Baş M, Başoğlu S, Acar NT. Türkiye Beslenme Rehberi 2015. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2015; s.:20-43.
- Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health Promotion İn Nursing Practice* (7 nd ed). Pearson Education, Boston 2015; p.:183-254.
- Prat-Sala M, Redford P. The interplay between motivation, self-efficacy, and approaches to studying. *British Journal of Educational Psychology*, 2010; 80(2), 283–305.
- Putri SK, Sarinastiti W, Murdaningtyas CD. Media Information of Generalized Anxiety Disorder in Adolescent through Animation Explainer. *International Electronics Symposium 2021: Wireless Technologies and Intelligent Systems for Better Human Lives, IES 2021; - Proceedings*, 488–493.
- Rasanathan K, Damji N, Atsbeha T, Brune Drisse MN, Davis A, Dora C, Karam A, Kuruvilla S, Mahon J, Neira M, Villar Montesinos E, Zinkernagel D, Webb D. Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 2015; 351: h4213. 36-41.
- Resmi Gazete (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim: [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>], Erişim Tarihi: 01 Temmuz 2022.
- Rodgers AB. *Physical Activity Guidelines for Americans* (2 nd ed). U.S. Department of Health and Human Services, Washington 2018; p.:46-54.
- Roeser K, Schwerdtle B, Kübler A, Schlarb AA. Further evidence for the just program as treatment for insomnia in adolescents: Results from a 1-Year follow-up study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2016; 12(2): 257–262.
- Sabatello M, Chen Y, Sanderson SC, Chung WK, Appelbaum PS. Increasing genomic literacy among adolescents. *Genetics in Medicine*, 2019; 21(4): 994–1000.
- Sağlan Y, Bilge U. Adolesan ve okul sağlığı. *Türkiye Klinikleri*, 2018; October, 6–11.
- Sakraida TJ. *Nursing Theorists and Their Work* (8 nd ed). Mosby, Elsevier, Louis 2014; p.: 396-416.
- Sanderson SC, Suckiel SA, Zweig M, Bottinger EP, Jabs EW, Richardson LD. Development and preliminary evaluation of an online educational video about whole-genome sequencing for research participants, patients, and the general public. *Genetics in Medicine*, 2016; 18(5): 501–512.
- Sattayasai P, Tongkon N, Preedasawas N. The development of 2D animation to educate young female adolescent in puberty changes, ECTI DAMT and NCON 2020, 7–10.
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 2012;

379(9826):1630–1640.

- Schroeder K, Kubik MY, Lee J, Sirard JR, Fulkerson JA. Self-efficacy, not peer or parent support, is associated with more physical activity and less sedentary time among 8-12 year old youth with elevated body mass index. *Physiology & Behavior*, 2017; 176(3): 139–148.
- Schulz AJ, Mehdipanah R, Chatters LM, Reyes AG, Neblett EW, Israel BA. Moving health education and behavior upstream: lessons from COVID-19 for addressing structural drivers of health inequities. *Health Education and Behavior*, 2020; 47(4): 519–524.
- Sezer F, İşgör İY, Özpolat AR, Sezer M. Lise öğrencilerinin öz yeterlilik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006; 13: 129–137.
- Shieh C, Weaver MT, Hanna KM, Newsome K, Mogos M. Association of self-efficacy and self-regulation with nutrition and exercise behaviors in a community sample of adults. *Journal of Community Health Nursing*, 2015; 32(4): 199–211.
- Short MA, Weber N. Sleep duration and risk-taking in adolescents: A systematic review and meta-analysis. In *Sleep Medicine Reviews* 2018; (Vol. 41). Elsevier Ltd.
- Singhal R, Kumar A, Singh H, Fuller S, Gill SS. Digital device-based active learning approach using virtual community classroom during the COVID-19 pandemic. *Computer Applications in Engineering Education*, 2021; 29(5): 1007–1033.
- Smith M, Parker M. Choosing, evaluating, and implementing nursing theories for practice. In *Nursing Theories and Nursing Practice* (4nd ed). F. A. Davis Company, Philadelphia 2015; p.:23-34.
- Srof BJ. Health promotion in adolescents: A review of Pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly*, 2006; 19(4): 366–373.
- Sumen A, Öncel S. Factors that affect healthy lifestyle behaviors of high school students in Turkey: A systematic review. *European Journal of Therapeutics*, 2017; 23(2): 74–82.
- Sun M, Yang L, Chen W, Luo H, Zheng K, Zhang Y, Lian T, Yang Y, Ni J. Current status of official WeChat accounts for public health education. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 2021; 43(3): 618–624.
- Symonds J, Schoon I, Eccles J, Salmela-Aro K. The development of motivation and amotivation to study and work across age-graded transitions in adolescence and young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 2019; 48(6): 1131–1145.
- Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. Sağlık geliştirmenin en kolay yolu: okul sağlığı. *GÜSBİD*, 2017;6(4):303-312.
- Şanlıer N, Bilici S, Köksal E, Ayhan H, Vardar C. Pansiyonlu Okullar İçin Beslenme Hizmetleri Rehberi. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara 2016; s.:26-29.
- Şen S, Kavalak O. Çocuk gelinler: erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum*, 2011; 7 (25): 35-44.

- Tedik SE. Fazla kilo / obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity* 2017; 1(2):54–62.
- Tekin Z, Çotul A. Yönetimde Karar Verme ve Problem Çözme. Ekin Yayınevi, Ankara 2021; s.:77-92.
- Tok TN. Etkili öğretim için yöntem ve teknikler. Kitap: Doğanay A (yazarlar), Öğretim İlke ve Yöntemleri (13. baskı). Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara 2021; s.:218-220.
- Topan A, Gözen D. Effect of model-based training by nurses on the promotion of sleep patterns among students in the middle school. *Journal of Turkish Sleep Medicine* 2020; 2, 96-104.
- Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayınevi, Ankara 2017; s.:34–56.
- Türksoy E, Taşlıdere E. Aktif öğrenme teknikleri ile zenginleştirilmiş öğretim yönteminin 5. sınıf öğrencilerinin fen ve teknoloji dersi akademik başarı ve tutumları üzerine etkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 2016; 17(1): 57–77.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf], Erişim Tarihi: 05 Mayıs 2022.
- U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services (2020). Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025. Erişim: [https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-12/Dietary_Guidelines_for_Americans_2020-2025.pdf], Erişim Tarihi: 15 Mart 2022.
- Ünal O. Analysis of recent turkish animated films in the context of values education. *International Journal of Field Education*, 2020; 6(2): 64–83.
- Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Robat-Sarpooshi D, Mehdi GHolian–Aval Jafari A, Alizadeh-Siuki H. The impact of health education on nutritional behaviors in female students: an application of health belief model. *International Journal of Health Promotion and Education* 2019; 59 (2): 70-82.
- Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A. Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 2012; 379(9826): 1641–1652.
- Warner LM, Gutiérrez-Doña B, Villegas Angulo M, Schwarzer R. Resource loss, self-efficacy, and family support predict posttraumatic stress symptoms: a 3-year study of earthquake survivors. *Anxiety, Stress and Coping*, 2015; 28(3), 239–253.
- Weihrach-Blüher S, Kromeyer-Hauschild K, Graf C, Widhalm K, Korsten-Reck U, Jödicke B, Marker J, Müller MJ, Moss A, Wabitsch M, Wiegand S. Current guidelines for obesity prevention in childhood and adolescence. *Obesity Facts*,

2018; 11(3): 263–276.

- World Health Organization (2007). Child and Adolescent Health And Development. Erişim: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43664/9789241595384_eng.pdf], Erişim Tarihi: 12 Mart 2022.
- World Health Organization (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf], Erişim Tarihi: 12 Mart 2022.
- Wright LJ, Williams SE, Veldhuijzen van Zanten JJCS. Physical activity protects against the negative impact of coronavirus fear on adolescent mental health and well-being during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12(March): 3-17.
- Wu TY, Pender N. Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the health promotion model. *Research in Nursing and Health*, 2002; 25(1): 25–36.
- Xu X, Pu, Y. Sharma M, Rao Y, Cai Y, Zhao Y. Predicting physical activity and healthy nutrition behaviors using social cognitive theory: CROSS-Sectional survey among undergraduate students in chongqing, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2017; 14(11): 54-68.
- Yardıı N, Karakaş HB, arkcı M. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Öğretmen El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2019; s.:2-41.
- Yesilfidan D, Adana F. The impact of health behaviours development training on healthy lifestyle behaviours amongst adolescents with obesity risk: A school example in a city in western Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2017; 67(11): 1698–1703.
- Yıldız NO, Özen G, Bostancı TG. The effects of one-day outdoor education on self-efficacy. *Journal of Human Sciences*, 2016; 13 (3): 6098-6103.
- Yılmaz AY, Hacıaloğlu N. The effect of training provided for obese adolescents based on Health Promotion Model on their healthy lifestyle behaviors and life quality. *Progress in Nutrition*, 2018; 20 (1): 146-160.
- Zare H, Niknami S, Heidarnia A, Hossein Fallah M. Traffic safety education for child pedestrians: A randomized controlled trial with active learning approach to develop street-crossing behaviors. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 2019; 60(2019):: 734–742.

EKLER

EBEVEYN VE ADÖLESAN TANITICI BİLGİ FORMU (EK-1)

Aşağıda bireysel ve ailevi özelliklerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle cevaplayınız. Anket formunda isim belirtilmeyecek ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Hakan AVAN, Meral BAYAT

1) Kaç yaşındasınız?

2) Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3) Kardeş sayınız?.....

4) Doğduğunuz yer?

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) Şehir

5) Annenizin eğitim durumu?

a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6) Babanızın eğitim durumu?

a) Okuryazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

7) Babanız çalışıyor mu? Çalışıyorsa ne iş yapıyor?.....

8) Anneniz çalışıyor mu? Çalışıyorsa ne iş yapıyor?.....

9) Aile tipiniz?

a) Çekirdek aile (anne –baba-çocuklar)
b) Geniş aile (anne –baba, çocuklar, aile büyükleri ve akrabalar)
c) Parçalanmış aile (anne-baba ayrı/boşanmış)

10) Sizce ailenizin gelir durumu nasıl?

a) Gelirimiz giderimizden az b) Gelirimiz giderimize eşit c) Gelirimiz giderimizden fazla

11) Boyunuz?.....cm Kilonuz?.....kg

12) Hangi Sınıftasınız?.....

13) Sağlık eğitimine ilişkin ders aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14) Ailenizin sağlık güvencesi var mı?.

a) Evet b) Hayır

15) Kendi sağlığını nasıl tanımlarsınız?

a) Çok iyi b) İyi c) Orta d)Kötü e) Çok kötü

16) Sağlıklı bir yaşam biçiminiz olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

17) Sağlığınıza ilişkin yaşadığınız değişimlerde (sağlıklı olma / hastalanma/ yaralanma) kendi rolünüz sizce nedir? Uygun olan ifadeyi işaretleyiniz

- a) Her zaman çok rolüm / etkim olduğunu düşünürüm
- b) Sıklıkla rolüm / etkim olduğunu düşünürüm
- c) Bazen rolüm / etkim olduğunu düşünürüm
- d) Önemli bir rolümün / etkimin olduğunu düşünmem

ADOLESAN YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EK-2)

Yönerge

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 40 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki kutucuklardan (Asla, Bazen, Sık Sık, Her Zaman) sizin için uygun olan kutucuğa (X) işareti koyunuz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

		Asla	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
1	Ailemle sohbet etmek için zaman ayırıyorum.				
2	Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama).				
3	Kendimi iyi hissetmediğim zaman aile sağlığı merkezine ya da hastaneye giderim				
4	Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da daha fazla güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme gibi).				
5	Gecede altı-sekiz saat uyurum.				
6	Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7	Şekerden ve şeker oranı yüksek diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8	Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitaplar okurum.				
9	İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10	Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim (yoğurt, peynir, dondurma).				
11	Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırıyorum.				
12	Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				

		Asla	Bazen	Sık Sık	Her Zaman
13	Her gün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım (zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.).				
14	Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15	Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissedirim.				
16	Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17	Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18	Geleceği düşünmek beni heyecanlandırır.				
19	Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				
20	İnanç ve düşüncelerimi paylaşacağım bir gruba katılırım.				
21	Her gün iki-dört defa meyve yerim.				
22	Sağlığımı koruma ve iyileştirme ile ilgili seminer, toplantı ve eğitimlere katılırım.				
23	Kendimle barışığımıdır.				
24	Her gün üç-beş defa sebze yerim.				
25	Hoşlandığım şeyleri yapabilmek için kendime zaman ayırırım.				
26	Yaşamım için önemli olan amaçlarımı gerçekleştirmeye çalışırım.				
27	Boş zamanlarımda yürüyüş veya egzersiz yaparım.				
28	Her yeni güne umutla bakarım.				

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

ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK ÖLÇEĞİ (EK-3)

Yönerge: Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan sizin için uygun olan kutucuğa (X) işareti koyunuz. Katkılarınız için teşekkür ederim.

1-Beni hiç tanımlamıyor. 2-Beni biraz tanımlıyor. 3-Karasızım. 4-Beni iyi tanımlıyor. 5-Beni çok iyi tanımlıyor.

Sıra	Ölçek Maddeleri	1	2	3	4	5
1	Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.					
2	Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.					
3	Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapıncaya kadar devam ederim.					
4	Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.					
5	İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim					
6	Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.					
7	Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.					
8	Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.					
9	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.					
10	Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığım, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.					
11	Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.					

12	Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.					
13	Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.					
14	Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.					
15	Ben kendime güvenen bir insanım.					
16	Kolaylıkla vazgeçerim.					
17	Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.					
18	Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.					
19	Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.					
20	Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.					
21	Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.					
22	Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.					
23	Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.					

BİLGİLENDİRİLMİŞ EBEVEYN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-4)

Değerli ebeveyn, Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitimin sağlığın korunması ve geliştirmesine yönelik davranış üzerine etkisini değerlendirmek için bir araştırma planladık. Çalışmamızda çocuğa/ gence konuyla ilgili anket formu uygulanacaktır. Ayrıca rol oynama tekniği ve Philips 66 tekniği ile eğitim verilecektir. Rol oynama yöntemi, öğrencilerin kendi duygu ve düşüncelerini başka bir kimliğe bürünerek ifade etmelerini sağlayan bir öğretim tekniğidir. Çocuğa/ gence oturumun konusu ile ilgili hazırlanmış metinler verilecek ve rol model yapması istenecektir. Philips 66 tekniği, ilgili oturumda verilen bir konuyu adölesanların gruplar halinde ve kısa sürede tartışması temeline dayanan bir tekniktir. Eğitimci 6 kişilik gruplar oluşturur ve her gruba tartışma süresi olarak 6 dakika verilir. Tartışma süresi bitiminde grup kendi düşüncelerini sınıfa aktarır.

Çocuğunuzun araştırmaya katılımı tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çocuğunuzu çıkarabilirsiniz. Çocuğunuzun araştırmaya katılmaması durumunda yaşıntınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasıyla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Çocuğunuzdan alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

EBEVEYN ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Aşağıda isimleri yazılı araştırmacı ve ekibi tarafından çocuğumun hakkında bilgilendirildim ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Hastalığın tanısı ve etkin tedavisinin sağlanabilmesi için araştırmanın önemi anlatıldı. İşlemin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında yapılacak müdahaleler, işleme bağlı olarak oluşabilecek riskler ve bu riskler gelişmesi durumunda yapılabilecek ekstra müdahaleler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Yapılacak girişimlerle ilgili soru sormak ve araştırmacı ile sorularımı tartışmak için gerekli zaman ve fırsatım oldu ve sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Hiçbir baskı altında kalmadan ve bilincim açık olarak, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya

gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Formda bulunan bütün bilgileri anlayarak okudum ve bu formu imzaladım. Formda bulunan tüm boşluklar imzamdan önce doldurulmuştur.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Ebeveyn Adı ve Soyadı:

Çocuk Adı ve Soyadı:

Araştırmacı Adı ve Soyadı: **Hakan Avan**

Araştırmacı Telefon :

Çevirmen varsa Adı ve Soyadı:

TARİH

İmza:

İmza:

İmza:

İmza:

BİLGİLENDİRİLMİŞ ÇOCUK GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-5)

BİLGİLENDİRME

Bu çalışmanın amacı; Araştırma, adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörlere yönelik, sağlığı geliştirme modeline dayanarak verilen eğitimin sağlığı teşvik edici davranışa etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Adölesanların öz-etkilik düzeylerini yükselterek sağlık sorumluluğu alması ve bunu yaşamlarının bir parçası haline getirmesi hedeflenmektedir.

Değerli katılımcı, Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitimin sağlığın korunması ve geliştirmesine yönelik davranış üzerine etkisini değerlendirmek için bir araştırma planladık. Çalışmamızda size konuyla ilgili anket formu uygulanacaktır. Ayrıca rol oynama tekniği ve Philips 66 tekniği ile eğitim verilecektir. Rol oynama yöntemi, öğrencilerin kendi duygu ve düşüncelerini başka bir kimliğe bürünerek ifade etmelerini sağlayan bir öğretim tekniğidir. Sizlere oturumun konusu ile ilgili hazırlanmış metinler verilecek ve rol model yapmanız istenecektir. Philips 66 tekniği, ilgili oturumda verilen bir konuyu sizlerin gruplar halinde ve kısa sürede tartışması temeline dayanan bir tekniktir. Eğitimci 6 kişilik gruplar oluşturur ve her gruba tartışma süresi olarak 6 dakika verilir. Tartışma süresi bitiminde grup kendi düşüncelerini sınıfa aktarır.

Araştırmaya katılımınızın isteğe bağlı olduğu ve istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

ÇOCUK ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Aşağıda isimleri yazılı araştırmacı ve ekibi tarafından çocuğumun hakkında bilgilendirildim ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Hastalığın tanısı ve etkin tedavisinin sağlanabilmesi için araştırmanın önemi

anlatıldı. İşlemin nasıl uygulanacağı, işlem sırasında yapılacak müdahaleler, işleme bağlı olarak oluşabilecek riskler ve bu riskler gelişmesi durumunda yapılabilecek ekstra müdahaleler konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirildim. Yapılacak girişimlerle ilgili soru sormak ve araştırmacı ile sorularımı tartışmak için gerekli zaman ve fırsatım oldu ve sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Hiçbir baskı altında kalmadan ve bilincim açık olarak, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Formda bulunan bütün bilgileri anlayarak okudum ve bu formu imzaladım. Formda bulunan tüm boşluklar imzamdan önce doldurulmuştur.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

TARİH

Çocuk Adı ve Soyadı:

İmza:

Vasi Adı ve Soyadı:

İmza:

Araştırmacı Adı ve Soyadı: **Hakan Avan**

İmza:

Araştırmacı Telefon :

Çevirmen varsa Adı ve Soyadı:

İmza:

AKADEMİK KURUL KARARI (EK-6)

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
08.01.2020	2020 / 02	02

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 08.01.2020 Çarşamba günü saat 09.00 da Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr.Salime MUCUK başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Hakan AVAN'ın "Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Özetkililik Üzerine Etkisi " isimli çalışmayı Prof. Dr. Meral BAYAT danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi
Doç.Dr.Salime MUCUK	Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Sultan TAŞCI	Üye
Prof. Dr. Mürvvet BAŞER	Üye
Prof. Dr. Meral BAYAT	Üye
Prof. Dr. Handan ZİNCİR	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Nuray ŞİMŞEK	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Özlem CEYHAN	Üye
Dr.Öğr.Üyesi. Sevil ŞAHİN	Üye

ETİK KURUL İZNİ (EK-7)

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Özetkililik Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	297

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	KSD Tıp Fakültesi Dekanlığı Adresi Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avşar Yerleşkesi 46080/ K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipksek@ksu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOYADI	Prof.Dr. Meral BAYAT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/AD/SOYADI	yok			
	DESTEKLEYİCİ	yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/AD/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TORU	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözetimsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
- Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma - Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	DİM	
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.03.2017	02	Türkiye ☒ İngiltere ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı		Açıklama		
	ARAŞTIRMA BİTİÇESİ	☒	yok		
	DIYARLIK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	yok		
	Diğer:	☒	Diğerleri (Belgeyi, Başvuru Formu, Özgenciler)		
KARAR BELGELERİ	Karar No: 01	Tarih: 26.08.2020	Oturum: 2020/16		
	Yukarıda belirtilen verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın yapılmasını gerektiren, amaç, yöntemi ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olan araştırma yapılmaması başvuru dosyasında belirtilen noktalarda gerçekleştirilmemesinde etik ve bilimsel olarak bulunmadığına ilişkin kararlar etik kurul üyesi tarafından yapılmıştır ve karar verilmiştir. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve diğer türlerde de ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğünde izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte bulunan mevzuatı gerektirenler için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kanunu'nda izin alınması gerekmektedir.				
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr. Dilek TÜZÜN			
Ünvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlı İsim	Kurumu	Çalıştığı	Araştırma ile İlgili	Karar *
BAŞKAN	Arıkan ve Başbakan AD	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Prof.Dr. Mustafa GÖKLE	Neşet	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç. Dr. Dr. Can ACIYAN	Coşkun Sağlık ve Hizmetleri	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç. Dr. Dilek TÜZÜN	İç Hastalıkları	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç. Dr. Nurettin YERLİTAŞ	Belirli	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Dr. Öğr. Üyesi Aygün DİNDAR	İç Hastalıkları	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç.Dr. Ümit İsmail YAMAN	Biyoloji	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Dr. Öğr. Üyesi İsmail ALTYAY	Farmakoloji	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç.Dr. Ümit İsmail YAMAN	Biyoteknoloji	KÜTÜP Tıp Fakültesi	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç.Dr. İsmail Akil BAKIR	İç Hastalıkları	Üniversite	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Prof.Dr. Osman GÜNGÖR	Hastalıkları	Üniversite	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
Doç.Dr. Mehmet YAMAN	Mikrobiyoloji	Üniversite	☐ ☒	☐ ☒	☐ ☒
ÖZET/FAZLA					

*:Toplantıda Bulunan

KURUM İZİNİ (EK-8)



T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E.35776031-605.99-18559228
Konu : Uygulama İzni Talebi (Hakan AVAN)

29.12.2020

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 17.12.2020 tarih ve 12060 sayılı yazınız.
b) Millî Eğitim Bakanlığının 21/01/2020 tarihli ve 81576613-10.06.02-E.1563890 (2020/2) sayılı Genelgesi.

İlgi (a) dilekçe ile başvuru İlimiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı Öğretimi Elemanı Hakan AVAN'ın **"Adölesanlarda Sağlık Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlık Yaşam Biçimleri ve Öz-etkililik Üzerine Etkisi"** konulu tez çalışmasına veri oluşturmak amacıyla, İlimiz Dulkadiroğlu ve Onikişubat ilçelerinde bulunan lise öğrencilerine yönelik ilgi (a) yazınız ekindeki anket ve ölçeklerinin online olarak uygulanabilmesi ile ilgili talebiniz Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Denetimi ilçe millî eğitim müdürlüğünde ve okul/kurum idarelerinde olmak üzere, gönüllülük esasına göre; onaylı bir örneği Bakanlığınızda muhafaza edilen ve uygulama sırasında da müdürlü ve imzalı örnekten elektronik ortama aktarılmış veri toplama aracının ilgi (b) Genelge doğrultusunda 2020-2021 Eğitim Öğretim döneminde okulların açılması halinde eğitim öğretim aksatılmadan, pandemi kurallarına uygun olarak veya online olarak uygulanmasına izin verilmiştir. Söz konusu veri toplama aracının Bakanlığınız Veri Toplama Modülü üzerinden yayınlanması Müdürlüğümüz görev ve sorumluluğu dahilinde değildir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Cemal YILMAZ
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek: Veri Toplama Araçları (14 sayfa)

EĞİTİM MATERYALİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR (EK-9)

Sıra	Adı-Soyadı (Ünvanı)	Alan	Üniversite
1	Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi
2	Doç. Dr. Zeynep CAFEROĞLU	Beslenme ve Diyetetik	Erciyes Üniversitesi
3	Doç. Dr. Öznur BAŞDAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
4	Doç. Dr. Ulviye GÜNAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Malatya İnönü Üniversitesi
5	Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
6	Doç. Dr. Filiz TAŞ	Halk Sağlığı Hemşireliği	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
7	Doç. Dr. Sebahat ALTUNDAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Pamukkale Üniversitesi
8	Doç. Dr. Zehra ÇALIŞKAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
9	Doç. Dr. Betül ÖZEN	Halk Sağlığı Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
10	Doç. Dr. Evrim ÇETİNKAYA-YILDIZ	Rehberlik ve Psikolojik Danışma	Akdeniz Üniversitesi
11	Dr. Öğr. Üyesi Yağmur Sezer EFE	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi

12	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut EVLİ	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
13	Dr. Öğr. Üyesi Nurcan UZDİL	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
14	Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZKAN	Halk Sağlığı Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi
15	Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde KORKMAZ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
16	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin ÖZTÜRK	Özel Eğitim	Erciyes Üniversitesi
17	Dr. Öğr. Üyesi Habib HAMURCU	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Erciyes Üniversitesi
18	Dr. Öğr. Üyesi Özlem AVCI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul Medipol Üniversitesi
19	Dr. Öğr. Üyesi Neşe KAYA	Beslenme ve Diyetetik	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi
20	Dr. Öğr. Üyesi Fatma KARASU	Halk Sağlığı Hemşireliği	Kilis 7 Aralık Üniversitesi
21	Dr. Öğr. Üyesi İsmail YELPAZE	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
22	Öğr. Gör. Dr. Davut NACAR	Çocuk Gelişimi	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
23	Uzman Psikolog Halil İbrahim ÖZTÜRK	Psikolog	Erciyes Üniversitesi

ADÖLESANLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ VE ÖZETKİLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

%**10**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**9**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**2**

YAYINLAR

%**4**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**3**

2

abakus.inonu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

3

sbu.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

4

Submitted to Erciyes Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%**1**

5

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

6

www.halksagligi.hacettepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

acikerisim.ybu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%**1**

docs.neu.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Hakan AVAN

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi/Sağlık Memurluğu Bölümü	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	2004-2007
Y. Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik (YL) (Tezli)	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2015-2017
Doktora	Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik AD Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erciyes Üniversitesi	2018- Devam ediyor

2. Mesleki Deneyim

Görevi	Çalıştığı Kurum	Yıl
Öğretim Görevlisi	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2017-....
Öğretim Görevlisi	Hasan Kalyoncu Üniversitesi/ Gaziantep	2015-2017
Sağlık Memuru	Sağlık Bakanlığı/ Gaziantep	2008-2015
Hemşire	Başkent üniversitesi İstanbul eğitim ve araştırma hastanesi	2007-2008

Yüksek Lisans Tezi: “Diyabet Bakımında Ebeveyn İzleminin Adölesanlarda Te Uyum ve Metabolik Parametrelere Etkisi” Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi . YILMAZ YİĞİT

. Yayınlar

1. Avan Hakan, Güngör Serap (2021). Covid-19 Pandemisinin Geç Adölesanların Duygu Durumlarına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi, 3(3), 168-179., Doi: 10.46413/Boneyusbad.947352 (Yayın No: 7350373)
2. Avan Hakan, Koç Elif Tuba, Vural Birgül (2021). Çocukları Salgın Sürecinde Okula Devam Eden Ebeveynlerin Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi: 6-12 Yaş Örneği. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi / Journal Of Health Professionals Research, 3(2), 65-74. (Yayın No: 7119323)
3. Avan Hakan, Yiğit Feride (2021). Diyabet Bakımında Ebeveyn İzleminin Adölesanlarda Tedaviye Uyum Ve Metabolik Parametrelere Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 56-65. (Yayın No: 7047753)
4. Avan Hakan (2020). Hastane Öncesi Bakımda Çocukla Terapötik İletişim Ve Oyun. Hastane Öncesi Dergisi, 5(2), 109-118. (Yayın No: 6400980)
5. Avan Hakan, Koç Elif Tuba, Vural Birgül (2020). Çocukla Terapötik İletişim Ve Oyun. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2), 62-69. (Yayın No: 6529318)
6. Öztürk Hamdi, Akalın Deniz, Avan Hakan (2018). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hasta Ve Çocuk Hakları Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Kesit Akademi Dergisi(15), 274-281. (Yayın No: 4451015)
7. Avan Hakan, Argın Vedat, Koç Elif Tuba (2019). Çocukla Terapötik İletişim Ve Oyun. III Uluslararası Avrasya Multidisipliner Çalışmalar Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4952732)
8. Avan Hakan, Koç Elif Tuba (2019). Yüksek Riskli Ebeveynler. III. Uluslararası Avrasya Multidisipliner Çalışmalar Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4952691)
9. Avan Hakan, Öztürk Hamdi, Danışman Faruk (2018). Çocuk Ve Yetiştirilme Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulaması Sonrasındaki Kas Yorgunluğunun

Belirlenmesi. 4.Uluslararası Sağlık Ve Spor Bilimleri Sempozyumu, 16 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4271711)

10. Avan Hakan, Nacar Davut, Öztürk Hamdi (2018). Ebeveyn Tutumlarının Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Depresyon Düzeyi Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. 4. Uluslar Arası Sağlık Ve Spor Bilimleri Sempozyumu (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4594446) 10.

11. Öztürk Hamdi, Akalın Deniz, Avan Hakan (2018). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hasta Ve Çocuk Hakları Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 4.Uluslararası Sağlık Ve Spor Bilimleri sempozyumu (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4287113)

12. Yenidoğan Hemşireliği, Bölüm Adı: (Yenidoğanda Beş H: Hipoglisemi, Hipotermi, Hipotansiyon, Hipoksi Ve Hiperkapni.) (2021). Avan Hakan, Koç Elif Tuba, Erdem Emine, Türkiye Klinikler, Editör: Meral Bayat, Basım Sayısı:1, Sayfa Sayısı 96, Isbn:978-625-401-420-8, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 7116250) 1.

13. Avan Hakan, Öztürk Hamdi, Özdemir Aysun, Danışman Faruk, Göğremiş Mehmet (2018). Çocuk Ve Yetişkin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulaması Sonrası Kas Yorgunluğunun Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Dergisi(26), 186-193. (Kontrol 4351371)

14. Avan Hakan (2017). Okulda Diyabet: Gaziantep Okullarında Diyabet Eğitimi Ve Farkındalık Faaliyetleri. XXI. Ulusal Pediatrik Ve Endokrinoloji Kongresi, 245-245. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3670431)