

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

LEFKOŞA MERKEZDE ÖĞRENİM GÖREN LİSE
ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Hazırlayan: Dönay ERDOĞAN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Gülcem SALA RAZI

LEFKOŞA

2011

KABUL ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Naile Bilgili
Gazi Üniversitesi

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala RAZI
Doğu Akdeniz Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ
Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kurumlara teşekkür eder.

Tez danışmanım **Yrd. Doç. Dr. Gülcem Sala RAZI**, tezin analiz bölümünü yapmış ve tezin oluşumundan tamamlanmasına kadar geçen süreçte, değerli fikirleri ile tezi yönlendirmiş, tezimin tamamlanması için yoğun destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Kafiye EROĞLU, Doç. Dr. Naile BİLGİLİ ve Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ değerli zamanlarını ayırarak, tezimin jürisine katılmışlar ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getirmişlerdir.

Çalışmamın yürütülmesi için izin veren KKTC Milli Eğitim Bakanlığı'na, Sedat Simavi Endüstri Meslek Lisesi, Bülent Ecevit Anadolu Lisesi, Türk Maarif Koleji, 20 Temmuz Fen Lisesi ve Lefkoşa Türk Lisesi okul müdürlüklerine ve öğretmenlerine;

Araştırmanın gerçekleşmesinde çalışmaya katılmayı kabul eden Sedat Simavi Endüstri Meslek Lisesi, Bülent Ecevit Anadolu Lisesi, Türk Maarif Koleji, 20 Temmuz Fen Lisesi ve Lefkoşa Türk Lisesi öğrencilerine,

Eğitim yaşamım süresince beni her zaman destekleyen aile üyelerime, sonsuz sevgi ve anlayışla bana destek veren sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Erdoğan, D., Lefkoşa Merkezde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen İlişkiler, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011.

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

Araştırmanın örneklemini Lefkoşa’ da yer alan Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı 5 lisede öğrenim gören 12-20 yaş arası 638 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17. 0 programıyla, yüzdelik, standart sapma, t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Adölesanların sağlık davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren AYBÖ puanları 119.32 ± 16.82 olarak bulunmuştur. Alt gruplardan alınan puanlar ise sırasıyla beslenme (18.30 ± 3.40), pozitif yaşam bakışı (18.9 ± 3.37), kişilerarası ilişkiler (17.86 ± 3.31), stres yönetimi (17.26 ± 3.07), spiritüel sağlık (15.98 ± 3.37), fiziksel aktivite (15.51 ± 3.87) ve sağlık sorumluluğu (15.48 ± 3.60) olarak bulunmuştur.

Elde edilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmayı öğrencilerin cinsiyeti, sosyo ekonomik düzeyi, anne babanın eğitim durumu ve mesleği, kardeş sayısı, yapılan sosyal aktivite, sigara ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma gibi değişkenler etkilemektedir. Ergenlik öncesi dönemden başlayarak gençlere fiziksel gelişme, sağlıklı beslenme, cinsellik, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları hakkında eğitim verilmesi ve okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık davranışları, Adölesan, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Sağlığı geliştirme, ilişkili faktörler, Hemşirelik.

ABSTRACT

Erdoğan, D., Healthy Lifestyle Behavior and Influencing Factors of Highschool Students Studying at the Nicosia Center, Near East University Health Studies Institute Nursing Program Graduate Degree Thesis, Nicosia, 2011.

The sample in Nicosia at the Ministry of Education in the 12-20 age group from 5 high schools 638 students. The data, including socio-demographic characteristics of the "Personal Information Form" and "Adolescent Lifestyle Questionnaire (AYBÖ) were obtained by. Data, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17 0 program, percentage, standard deviation, correlation, t-test and were evaluated using one-way analysis of variance.

Showing the level of the health behaviors of adolescents with scores of AYBÖ 119.32 ± 16.82 , respectively. Sub-groups scores obtained from the diet, respectively ($18:30 \pm 3.40$), a positive view of life (18.9 ± 3.37), interpersonal relations (17.86 ± 3.31), stress management ($17:26 \pm 3.07$), spiritual health (15.98 ± 3.37), physical activity ($15:51 \pm 3.87$) and health responsibility (15.48 ± 3.60), respectively.

Have healthy lifestyle behaviors gender, place of birth, socio-economic status, parents' education level and occupation, number of siblings, the family's attitude, the social activity, smoking and alcohol use, such as receiving information about the variables that affect healthy living. Physical development of young people from the period before puberty, healthy eating, sexuality, smoking and substance abuse on health behaviors, such as training and development of school health services is recommended.

Key words: health behavior, adolescent, healthy lifestyle behaviors, health promotion, related factors, Nursing.

İÇİNDEKİLER

I.KABUL ONAY SAYFASI	iii
II.TEŞEKKÜR	iv
III.ÖZET	v
IV.ABSTRACT	vi
V.KISALTMALAR DİZİNİ	ix
VI.ŞEKİLLER DİZİNİ	x
VII.TABLOLOAR DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönemi	4
2.1.1. Adölesan Dönemde Büyüme ve Gelişme	5
2.1.2. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim	6
2.1.3. Adölesan Dönemde Psiko-Sosyal Gelişim	7
2.1.4. Adölesan Dönemde Cinsel Gelişim	8
2.2. Adölesan Dönemi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.2.1. Adölesan Dönemde Sağlık	9
2.2.2. Adölesan Dönemde Sağlık Davranışları	10
2.3. Adölesan Dönemi Olumlu Sağlık Davranışı	13
2.4. Adölesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışı	20
2.5. Adölesan ve Okul Sağlığı Hemşireliği	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evreni	28
3.4. Araştırmanın Örneklemi	29
3.5. Verilerin Toplanması	30
3.5.1. Veri Toplama Araçları	30
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	32
3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	32
3.5.4. Araştırmanın Etik Boyutu	33
3.5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
6.1. Araştırma Sonuçları	68

6.2. Öneriler	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	90
EK 1: Anket Formu	90
EK 2: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği	92
EK 3: Onam Formu	94
EK 4: İzin Formu	95

KISALTMALAR DİZİNİ

AYBÖ: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği

CDC: Centers of Disease Control and Prevention

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human İmmunodeficiency Virüs

SPSS: Statistical Package for Special Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.3.: Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitiminde Süreçler	14
Şekil 2.3.1: Gençler ve Yüksek Risk Davranışına Neden Olan Durumlar	21
Şekil 3.4.1: Örneklem Alınacak Birey Sayısı Dağılımı	30

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Adölesanların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 4.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4. 3. Adölesanların Sosyal Aktiviteye Katılma Durumları ve Katıldıkları Sosyal Aktivitelere Göre Dağılımı	37
Tablo 4.4. Adölesanların Sigara-Alkol Kullanma Durumu, Tüketim Sıklığı ve Başlama Yaşına Göre Dağılımı	38
Tablo 4. 5. Adölesanların Sağlığını Algılama, Sağlık Kurumuna Başvurma ve Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilgi Alma Durumuna Dağılımı	39
Tablo 4.6. Adölesanların Kilosuna Göre Kendini Algılama ve Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımları	40
Tablo.4.7. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı ile İlgili Bulgular	41
Tablo 4.8. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	42
Tablo 4.9. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	47
Tablo 4.10. Adölesanların Bazı Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	52

1. GİRİŞ:

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüz sağlık anlayışı sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını değerlendirmesi, riskli davranışlarını fark etmesi, kendi sağlık durumuna uygun olan davranışları benimsemesi ve günlük aktivitelerini düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Eaton ve diğerleri, 2006; Kulbox ve Cox, 2002).

DSÖ verilerine göre, yıllık ölümlerin %50'si bireylerin sağlıksız yaşam biçimi davranışları ile ilişkilidir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en,2004>). Kalp hastalıkları ve kanser gibi, dünyada ölüm nedenlerinin başında gelen hastalıkların yanı sıra tip II diyabet gibi kronik hastalıkların oluşumunda da; sigara kullanımı, sağlıksız beslenme ve yetersiz egzersiz gibi davranışların etkili olduğu bazı çalışmalarda ortaya konmuştur (CDC, 2006-2; WHO, 2007).

21.yy'da Herkese Sağlık Hedefleri arasında yer alan 4. hedef, adölesanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgilidir. Bu hedef ile gençlerin daha iyi yaşam becerileri geliştirmesi, sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olması ve ilaç, tütün ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelik gençlerin oranının azaltılmasının gerekliliği ortaya konmuştur (Marinker, 2002; Hayran, 2000).

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olan ve dünya nüfusunun %20.0' sini (CDC, 2006-1), Türkiye nüfusunun %17.5'ini (TUIK, 2007), ve Kıbrıs nüfusunun %10.3'ünü (<http://nufussayimi.devplan.org/kesin-sonuc-index.html>, 2007), oluşturan adölesan dönemi en riskli yaş gruplarından biri olarak kabul edilmektedir (CDC, 2006-1; CDC, 2006-2; Özcebe, 2002). Hormonal ve psikolojik değişimler nedeniyle düzensiz yemek yeme ve fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı obezitenin yanı sıra sigara, alkol ve madde bağımlılığının adölesan dönemde olduğu belirtilmiştir (Ball Geoff ve diğerleri, 2008). Ayrıca bu dönemlerde korunmasız cinsel ilişki nedeniyle meydana gelen hastalıkların da oldukça önemli sağlık sorunları arasında yer aldığı görülmektedir (CDC, 2009; Call ve diğerleri, 2002).

Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çalışma bulunmamakla birlikte, 1996 ve 1999 yılları arasında yapılan çalışmalarda öğrenciler arasında sigara ve alkol dışındaki maddeleri yaşam boyu en az bir kez kullananların oranı sırasıyla %5.5 ve %8.3 olarak bulunmuştur (Çakıcı ve Çakıcı, 1996; Çakıcı ve Çakıcı, 1999).

Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları gençler arasında sigara, alkol ve uyuşturucu gibi sağlığı tehdit edici maddelerin kullanım yaşının giderek düştüğünü ve gençlerin sahip olduğu riskli sağlık davranış oranlarının yükseldiğini açıkça ortaya koymaktadır (Ögel ve diğerleri, 2000; Ögel ve diğerleri, 2004; Sarı, 2006; Bahar, 2009).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar bilgi eksikliğine bağlı olarak dengesiz beslenen ve düzensiz egzersiz yapan ergenlerin, yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve düzenli egzersiz yapmayı içeren sağlıklı bir yaşam biçimi kazanması için desteklenmeye gereksinimi olduğunu göstermektedir (Kara ve diğerleri, 2003; Mazıcıoğlu ve Öztürk, 2003; Demirezen ve Coşansu, 2005; CDC, 2006-1; Özmen ve Çetinkaya, 2007; Ardiç, 2008; Ocakçı, 2009).

Adölesan dönemi, olumsuz sağlık davranışlarının kazanılabileceği bir yaşam dönemi olması yanı sıra bireyin olumlu sağlık davranışlarını da kazanabileceği en uygun dönemlerden biri olarak tanımlanmıştır (Callaghan, 2006; Mıhçıokur ve diğerleri, 2007). Adölesanların sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve özellikle; beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili konularda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artırılmasının önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Berhanu ve diğerleri, 2010; Stewart ve Benning, 2009).

Bu nedenle adölesan dönem; bireye olumlu sağlık davranışları kazandırabilecek sağlık programlarının uygulanması için en uygun dönemlerden biridir. Ayrıca zamanlarının büyük bölümünü okulda geçiren adölesanlara olumlu sağlık davranışı kazandırmada, okulu temel alan sağlığı geliştirme programlarının önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Pender ve diğerleri, 2002; Erdoğan ve Bulduk, 2005; Callaghan, 2009).

Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik çalışmalarda, bireylerin kendi sorumluluklarını üstlenmesinde sağlık personeli, eğitim kurumları ve eğiticilerin önemli rolleri vardır. Farklı meslek gruplarından oluşan okul sağlığı ekiplerinin adölesanların bu zorlu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirebilmesinde yararlı olacağı vurgulanmaktadır (McEwen, 2002; Bulduk ve Pek, 2005; Mıhçıokur ve diğerleri, 2007). Özellikle bu konuda birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde, sağlığı koruma ve geliştirme görevini üstlenmiş olan ve toplumla,

kurumlarla daha çok iletişime giren hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Erdoğan ve Bulduk, 2005; Erol ve Erdoğan, 2007).

Okul sağlığı hizmetlerinde görevli olan hemşirelerin sağlığı geliştirme eylemleri arasında, bireylerin sağlık durumlarının belirlenmesi yanı sıra sağlığı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıkların toplumdaki yaygınlığının tespit edilmesi, sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması ve sağlıksız davranışların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarla yer değiştirmesi sayılabilir. Halk Sağlığı Hemşireleri, adölesanların sağlığını en üst düzeye çıkarmaya yönelik olan bu çalışmalarda eğitim, araştırma, danışmanlık, rehberlik hizmetlerini planlama ve ailelerle işbirliği yapma gibi görevlerini kullanmaktadır.(Bulduk, 2002; Modracin-Talbott, 2002; Pourciau ve Vallette, 2001).

Dünya’da ve Türkiye’de bu konuda yapılan araştırma sonuçları adölesanların olumlu kabul edilmeyen sağlık davranışlarına sahip olması yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bilgi eksiklikleri olduğuna da dikkat çekmektedir (Özmen ve Çetinkaya, 2007; Şen ve diğerleri, 2009; Miller ve diğerleri, 2007; Munafö ve diğerleri, 2008).

Bu araştırma KKTC’de bu konu ile ilgili herhangi bir çalışmanın bulunmamasından yola çıkılarak planlanmıştır. Ayrıca adölesanlara yönelik konu ile ilgili sağlık hizmetlerinin planlanabilmesi, uygun eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için öncelikle mevcut durumun saptanması gerekmektedir. Bu çalışma adölesan dönemi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Lefkoşa il merkezinde bulunan liselerde öğrenim gören adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada;

1. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları nelerdir?
 2. Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörler nelerdir?
- Sorularına yanıt aranmıştır.

2. GENEL BİLGİLER:

2.1. Adölesan Dönemi

Adölesan Latince’ de gelişmek, olgunlaşmak anlamına gelen ‘adolescence’ kelimesinden gelmektedir (Ball ve Bindler, 2006). Adölesan dönem; biyolojik, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan bir gelişme ve olgunlaşmanın meydana geldiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca adölesan dönem, cinsel olgunlaşma ve bedensel gelişmelerin de yaşandığı, bireyin erişkin gibi düşünmesi ve davranması ile sonuçlanan psikososyal değişiklikleride içeren bir dönemdir (Ball ve Bindler, 2006; Ercan, 2008; Licence, 2004). Bu dönemin yaş sınırı ile ilgili çok farklı görüşler olmakla birlikte genel olarak kızlarda 10-12, erkeklerde 12-14 yaşlarda başlayan dönem adölesan dönem olarak kabul edilmektedir (WHO, 2005; Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 2005). Hızlı bir büyüme ve gelişmenin olduğu adölesan dönem kendi içinde üç evrede incelenmektedir.

Erken Adölesan Dönem: Cinsel gelişme ve fiziksel büyümenin en hızlı olduğu 11-15 yaşlar arasındaki ilk evreye erken adölesan dönem denilmektedir. Erken adölesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psiko-sosyal değişimler gözlenmektedir. Ayrıca bu dönemde “ben kimim” sorusuna yanıt arayarak ayrı bir kimlik geliştirme çabası içinde olan adölesan bağımsızlık içinde mücadele etmeye çalışır (Qidwai ve diğerleri, 2010; Susman ve diğerleri, 2003).

Orta Adölesan Dönem: 14-17 yaşlar arasını kapsayan, büyümenin yavaşladığı ve adölesanın bedenine alışmaya başladığı bu dönem de adölesanlar daha yoğun duygular yaşamaya, büyük amaçlar belirlemeye ve akranları ile daha fazla vakit geçirmeye başlarlar. Ayrıca bu dönemde arkadaş gruplarının önem kazandığı, karşı cinse ilginin başladığı ve yetişkinlerin taklit edildiği görülmektedir (Ercan, 2005; Qidwai ve diğerleri, 2010).

Geç Adölesan Dönem: 16-17 yaşlarda başlayıp yirmili yaşlarda sonlanması beklenen bu dönemde büyüme ve cinsel gelişim hemen hemen sonlanmış, yaşanan sıkıntı ve endişeler neredeyse sona ermiş ve cinsel kimlik gelişimi tamamlanmıştır (Gölbaşı, 2002).

2.1.1. Adölesan Dönemde Büyüme ve Gelişme

Adölesan dönemin en önemli özelliği hızlı bir büyüme ve gelişmenin olması ve kız-erkek cinsel özelliklerinin belirmesidir (Green ve diğerleri, 2001). Büyüme ve gelişmenin ise genetik yapı, cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum, çevresel etmenler, kültür ve geleneklerden etkilenebileceği belirtilmektedir (Ercan, 2008).

Büyüme vücuttaki boy ve ağırlık artışı gibi ölçülebilen değerlerle ilgili iken; gelişme ise vücuttaki yapı ve işleyişlerin olgunlaşması sonucu bazı biyolojik işlevlerin kazanılmasını ifade etmektedir. Kız ve erkeklerde büyüme ve gelişme hızı farklılık gösterebilmektedir. (Green ve diğerleri, 2001; Ercan, G. 2005).

Boy ve Ağırlık: Adölesan dönemin en belirgin özelliği boy uzaması ve kilo artışıdır. Bu dönemde yıllık boy artışı kızlarda 6-8 cm, erkeklerde ise 7-8 cm civarında olmaktadır. Ayrıca bu dönemde kızlar ortalama 16 kg alırken erkekler 20 kg almaktadır (Green ve diğerleri, 2001; Ercan, 2008).

Gerek çocukluk döneminde, gerekse yetişkin dönemde vücut ağırlığının normal kabul edilen sınırlarda korunması, sağlıklı olmanın temel şartlarından birisi olarak kabul edilmektedir. Beden ağırlığının korunmasında yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile sürdürülen bir yaşam biçimi gerekmektedir (Vançelik ve diğerleri, 2006; Baysal ve diğerleri, 2002).

Kemik ve Kaslar: Bu dönemde hem kemiklerin boyu uzamakta hem de içyapıları ve biçimleri değişmekte, kemik dokusu iyice sertleşmektedir. Kızların kemik yapıları, boy uzamasının sona ermesiyle 17-18 yaşlarında yetişkinlik seviyesine erişirken, erkeklerin kemik yapısı 19-20 yaş civarında son haline ulaşmaktadır. Kaslar tüm vücut ağırlığının %40-45'ini oluşturmaktadır. Kas gelişimi, kızlarda 12-13, erkeklerde 15-16 yaşlarında beden ağırlığının hemen hemen yarısını oluşturmaktadır. (Ercan, 2008; Erkan 2008).

Beden Oranı: Bu dönemde büyüme hızı bedenin bütün uzuvlarında aynı olmadığı için vücutta oransız bir görünüm meydana gelmektedir. Vücut genel olarak uzun ve ince görünmektedir. İskelet sisteminde meydana gelen hızlı değişime, hızlı boy artışı, vücudun çeşitli organlarında meydana gelen değişme, ergenin vücut koordinasyonunu sağlayamamasına neden olmaktadır Adölesan dönemde gerçekleşen büyüme ve gelişmenin sonucunda bireyin beden imajında da değişimler görülmektedir. Bu değişimlere ayak uydurması zaman alan adölesanın bu sürecin

sonunda kendi bedenine ilişkin beden imajını geliştirmesi beklenmektedir. (Ercan, 2008; Ercan, 2005; Green ve diğerleri, 2001).

2.1.2. Adölesan Dönemde Bilişsel Gelişim

Bilişsel gelişim bireylerdeki düşünme, akıl yürütme, bellek ve kavrama sistemlerinde meydana gelen değişimlerdir. Bu dönemde görülen en belirgin özellik bireyin düşünce süreçlerinin değişerek gittikçe geleceğe ve soyut düşüncelere doğru yönelmesidir. Soyut kavramları anlama, sorgulama döneminde olan adölesanın ilgi alanlarında da bazı değişimler meydana gelmektedir. Bunun neticesinde adölesan cinsellik, din ve ahlak gibi konularda kendilerine ait bir takım değerler edinmeye başlamaktadır (Qidwai ve diğerleri, 2010; Koç, 2004; Yapıcı ve Yapıcı, 2006).

Bu dönemde ergenin çeşitli kuralları, ilkeleri ve olguları, doğrudan kabul etmek yerine, bu tür durumların altında yatan gerçek nedenleri araştırma, sorgulama ve ikna olma eğiliminde olduğu görülmektedir. Ayrıca analiz, sentez ve değerlendirme alışkanlığı gelişen ergenin özellikle problem çözme durumunda sahip olduğu bu becerileri kullanarak tüm değişkenleri gözönüne alarak, neden sonuç ilişkisi kurabildiği ve uygun olanı belirleyebildiği görülmektedir (Yapıcı ve Yapıcı, 2006; Kabadayı ve Aladağ, 2010).

Adölesan dönemde bilişsel gelişmeye paralel olarak ortaya çıkan ahlak gelişimi ise, çocukların belirli davranışları “doğru” ya da “yanlış” olarak değerlendirmelerine rehberlik eden ve kendi eylemlerini bu doğrultuda gerçekleştirmelerini sağlayan ilkeleri kazanmaları sürecidir. Diğer taraftan ergenlik döneminde ahlâkî gelişim, dinî gelişim ile paralel bir yapılanma seyri göstermektedir. Ahlak konularında hassas olan adölesanın vicdan gelişimi bu dönemde hızlanmakta; vefâ, cömertlik ve sadâkat gibi sosyal alanlardaki ahlâkî faziletler de önem kazanmaktadır (Yapıcı ve Yapıcı, 2005; Koç, 2004; Choudhury ve diğerleri, 2006).

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

kullanma gibi riskli davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Cole ve Cole, 2000; Call ve diğerleri, 2002).

2.1.3. Adölesan Dönemde Psiko-Sosyal Gelişim

Bu dönemdeki psikolojik gelişimin bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle, sosyal gelişimin ise ergenin genç erişkin rolüne hazırlanmasıyla karakterize olduğu kabul edilmektedir. Adölesanlar arasında fiziksel büyüme ve gelişme sürecinde olan farklılıklar gibi, psikosozal gelişimde de farklılıklar yaşanmaktadır. Biyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel büyüme birbirleri ile aynı dönemlere denk gelmemektedir (Lerner, 2005; Arı ve Arslan, 2008; Çuhadaroglu, 2006).

Önceden kabul edilen fikirlerin, değerlerin ve inançların sorgulandığı, farklı inanç sistemlerinin ve hayat tarzlarının keşfedilmesini içeren kimlik oluşum süreci seçilen bir hayat yoluna, inanç ve değerler sistemine bağlılıkla sonuçlanmaktadır. Kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma ve bireyselleşme gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (Berhanu ve diğerleri, 2010; Smylie ve diğerleri, 2006). Bu nedenle bu dönem gencin sigara, alkol kullanma ve bunun gibi daha benzeri kötü alışkanlıklar edinmelerinin çok kolay olduğu bir dönem olması açısından da önem taşımaktadır (Derman, 2008; Pekcan, 2006; Quidwai ve diğerleri, 2010).

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

için psiko-sosyal açıdan koruyucu faktörler olarak kabul edilmektedir (Siyez ve Aysan, 2007; Choudhury ve diğerleri, 2006).

2.1.4. Adölesan Dönemde Cinsel Gelişim

Cinsellik açısından adölesan dönem, çocukluk evresinin olgunlaşmamış durumundan yetişkinlik evresinin cinsel olgunluğuna bir geçiş dönemidir. Bu yaşlarda bedenin ve cinsel organların hızlı büyümesiyle birlikte; içsel coşkular ve önemli gelişimsel sorunlarla karşılaşan genç, kendisine eskiden aşılanmış roller ve hünerlerle, bundan böyle yükleneceği roller ve sorumlulukları karşılaştırmaktadır (CDC, 2009; Berhanu ve diğerleri, 2010).

Bu dönemde gelişen kimlik duygusunun önemli öğelerinden olan cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belli bir eşeylik içinde algılayışı, kabullenışı olarak tanımlanmaktadır. Cinsel rol ise, cinsel kimlik ile ilişkili ve kısmen ondan türemiş olan ve toplum içinde dışa vuran davranışların görünümü olarak tanımlanmaktadır (Yapıcı ve Yapıcı 2006).

Sağlıklı olanın, cinsel kimlik ile cinsel rolün birbirine uygun olması olduğu kabul edilmektedir. Ergenlik döneminde, gencin cinsel yapısı ve yeterliliği konusunda önce birtakım soruları, kuşkuları olması, kendi cinsel yapısını, yeterlilik ve gücünü, düşüncede ya da eylemde, başkaları ile karşılaştırması, bu konuda başkalarınca da nasıl görüldüğünü merak etmesi, kendini sınaması beklenen davranışlar olarak kabul edilmektedir. Zamanla, sağlıklı gencin bu tür sınamaları, yarışmaları, kuşkularının yatışarak kendi cinsel yapısının ve yeterliliğinin gerçekçi kabullenışı ile “cinsel kimlik duygusunu” olgunlaştırması beklenmektedir (Özcan ve diğerleri, 2008; Öztürk, 2004; Susman ve diğerleri, 2003).

Ayrıca bu dönemde cinsel organlarda fiziksel ve fonksiyonel değişiklikler ön plana çıkmaktadır. Bu değişiklikler kızlarda 10 yaşlarında başlarken erkeklerde ise 11-12 yaşları kapsamaktadır. Kızlarda cinsel gelişim göğüslerin büyümesi ile başlar ve ergenliğe girerken en önemli değişikliklerden biri olan adet kanamasının görülmesi ile devam eder. İlk adet kanamasını gördükten yaklaşık bir yıl sonra yumurta üretimi başlar. Erkeklerde pubertenin en erken belirtisi testis hacminin artması olarak görülür. Bu dönemde erkek üreme organı ve testisler büyür ve sperm üretmeye başlar. Bıyık ve sakal tüylerinin çıkması gibi ikincil cinsel nitelikler oluşur

(Şatıroğlu, 2008; Set ve diğerleri, 2006; Ercan, 2008; Özcan ve diğerleri, 2008; Goldfarb 2005; Büyükgebiz, 2006).

Cinsellik, gelecekteki yaşamı da etkileyebilen, ergenlik çağının önemli sağlık konularındandır ve fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik halinin önemli bir elemanı olarak tanımlanmaktadır (Berhanu ve diğerleri, 2010; Smylie ve diğerleri, 2006).

Ergenlerin hazır olmadıkları bir dönemde yaşadıkları korunmasız cinsel ilişki ile bağlantılı ergen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskindeki artış bu dönemde görülen önemli bir sağlık sorunudur. Erken cinsel ilişkinin korunmasız ve çok sayıda partnerle cinsel ilişki ile bağlantılı oluşu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (AIDS vb.) açısından risk artışını da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle bu dönemde gençler sağlıklı bir cinsel gelişim yaşamaları için desteklenmelidir (American Academy of Pediatrics (AAP). 2001).

2.2. Adölesan Dönemi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.2.1. Adölesan Dönemde Sağlık

Adölesan dönem, hem bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı hem de uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olması nedeniyle önem kazanmaktadır. Son yıllarda bu dönem içinde olan gençlerin yaşanan fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal değişimlerden dolayı sağlık açısından riskli bir gruba oluşturduklarına dikkat çekilmektedir. Merak, öğrenme ve deneyimleme arzusu içinde olan bu yaş grubu özellikle riskli davranışa yönelme eğilimleri nedeniyle yetişkinlerden farklılık göstermektedir. Sonuç olarak bu yaş grubu içinde yer alan gençlerin taşıdıkları özellikler sağlıklı ilgili birçok tehlikeyi de beraberinde getirmektedir (Steinberg, 2007; Qidwai ve diğerleri, 2010; Kara ve diğerleri, 2003).

Adölesan dönemde görülen başlıca sağlık sorunları şöyle özetlenebilir (Erginöz, 2008; Viner ve Macfarlane, 2005).

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

- Cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları

Yukarıda sayılan sağlık sorunlarının çoğunun, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer özellikler sergilediği ve dolayısıyla yarının bütün yetişkinlerini etkilediği belirtilmektedir (Population Action International 2004).

Adölesan dönemde edinilen dengesiz beslenme, tehlikeli cinsel aktivite, sigara, alkol, uyuşturucu ve diğer madde bağımlılığı gibi alışkanlıklar yetişkinlikte de devam edecek ve erken ölüm getirebilecek özellikte yüksek riskli davranışlardır (Rew ve Horner, 2003; Kara ve diğerleri, 2003; Alikışifoğlu, 2005).

Adölesan dönemde görülen riskli davranışların bu olumsuz sağlık sonuçlarının görülme sıklığının artması sonucu adölesan dönem halk sağlığı açısından öncelikli risk grupları arasında yer almaya başlamıştır. Günümüzde adölesan dönem, sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği bir dönem olarak görülmektedir. Bu nedenle gençlerin sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bu dönemde kazanmalarına yönelik çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Fitzpatrick, 2004; Rew ve Horner, 2003).

2.2.2. Adölesan Dönemde Sağlık Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2007; Karadeniz ve diğerleri, 2008).

Bir başka tanım ise sağlık davranışını, sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, hastalıkları azaltmasını veya önlemesine yönelik olarak bireylerin iyi olduğuna inandığı ve uyguladığı ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamaktadır (Moukhyer ve diğerleri, 2008).

Sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalarda ise, bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Theokas ve diğerleri, 2005; Lerner, 2005).

Günümüzde bireyin yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü olduğu kabul edilmektedir.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde sağlık davranışının önemini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık davranışının başarılı şekilde değiştirilmesinin kronik hastalıktan ve komplikasyonlardan uzak yaşam süresini arttırabileceği ve yaşam tarzıyla ilişkili ölümleri azaltabileceği, ölüm zamanını geciktirebileceği savunulmaktadır (Spear ve Kulcbok, 2001; Alıcı ve Sarıkaya, 2009; Aras ve diğerleri, 2007).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genellikle adölesan dönemde kazanıldığı veya yeniden şekillendirildiği kabul edilmektedir (Wong ve Hockenberry, 2003; Aras, 2007; Alıcı ve Sarıkaya, 2009). Adölesan döneminde birey yetişkinliğe ve rollerine hazırlanırken, aslında tüm yaşamını etkileyebilecek davranış biçimini de geliştirmektedir. Adölesanlarla ilgili sağlık istatistikleri gözden geçirildiğinde bu dönemin önemi açıkça görülmektedir.

Literatürde, adölesanlar arasında sigara ve alkol kullanma oranının (Haznedaroğlu, 2000; Qidwai ve diğerleri, 2010; Sarı, 2006; Yılmaz, 2000; Cherly ve diğerleri, 2009), genç ölümleri arasında intiharların (Wong ve Hockenberry, 2003; Brener, 2002) giderek arttığı, beslenme ve obezite ile ilgili önemli sorunlar yaşandığı (Güler ve diğerleri, 2009; Aslan ve diğerleri, 2003; Ball Geoff ve diğerleri, 2008), cinsel yolla bulaşan hastalıkların artış gösterdiği (Siyez, 2006; Ögel ve diğerleri, 2004; Kara ve diğerleri, 2003) ve bunlara ek olarak aile içi çatışma ve davranış bozuklukları gibi duygusal ve sosyal sorunların ciddi sorunlar haline geldiği açıklanmaktadır (Viner ve Macfarlane, 2005; Qidwai ve diğerleri, 2010)

Oysa günümüzde adölesan dönemdeki önemli hastalık ve ölüm nedenlerinin korunulabilir olduğu, davranışsal, çevresel ve sosyal nedenlere bağlı olduğu ve adölesanlara yönelik koruyucu hizmetler ile önlenebileceği bilinmektedir. Adölesan dönem gencin sağlık riskleri ve psiko-sosyal risklere açık olduğu bir geçiş dönemi olmakla beraber sağlığı geliştirmede etkin olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanıldığı bir dönem olması nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır (Wong ve Hockenbery, 2003; Spear ve Kulbok, 2001; Alıcı ve Sarıkaya, 2009).

Bu nedenlerle adölesana yönelik hizmetlerde sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalı, adölesanlara sunulan sağlık eğitimi ve hizmetleri geliştirilmelidir (Bulduk ve Erdoğan, 2005; Viner ve Macfarlane, 2005).

Sağlık açısından adölesan dönemi değerlendirildiğinde aslında bu dönemin kronik rahatsızlıkların yaygınlığının düşük olduğu, sağlık açısından daha kısa süre hastanede ve yatakta kalmalarla karakterize olan yaşam döngüsünün en sağlıklı dönemlerinden biri olduğu görülmektedir. Gençlerin sağlık uygulamalarına giderek tıbbi bakım isteme ve alma eğilimlerinin diğer herhangi bir yaştaki başka bireylerden çok daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık açısından gençliğin sağlıklı bir grup olduğunun varsayılarak, sağlık hizmetlerine gereksinim duymadıklarının düşünülmesi ise bir yanılgı olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin hastalıkları tedavi etmekten çok bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olması gerektiğini savunan çağdaş sağlık anlayışı göz önüne alındığında aslında gençlere sınırlı bir alanda sağlık hizmeti sunulduğuna da dikkat çekmektedir. Oysa gençlik döneminde edinilen sağlık sorunları erişkin dönemde çok daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır (Steinberg, 2007; Karabey ve Müftüoğlu, 2007; Aras ve diğerleri, 2007).

Adölesan dönemde bedenlerine neler olduğu ve nasıl destek almaları gerektiği konusunda yeterli bilgisi olmayan gençlerin, kendi sağlıkları için sorumluluk alma bilincinde olmadıkları, yaşadıkları sağlık sorunlarını önemsemeyerek göz ardı ettikleri ve sağlık sorunları yaşadıklarında başvurmaları gereken yerleri bilmedikleri için de sağlık hizmetini en az kullanan gruplar arasında yer almaktadırlar. Ayrıca gençlerin genel olarak sağlık hizmetlerini kullanmama nedenleri arasında toplum tarafından dışlanma endişesi ya da tedavi edilebileceğine inanmama, tedaviden korkma ve tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu gibi nedenlerin yer aldığı belirtilmektedir (Spear ve Kulbok, 2001; Karabey ve Müftüoğlu, 2007).

Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında, var olan sağlık hizmetlerinin gençlerin ihtiyaçlarını fark etmede yetersiz olduğu ve gençlerin diğer yaş gruplarında olduğu gibi, hastalanmadan önce bir sağlık ünitesine başvurma şansına sahip olmaları gerektiğinin önemi ortaya çıkmaktadır. Özellikle de fizyolojik değişiklikler yanı sıra psikososyal olarak ta bir değişim sürecinde olan gençlerin

öncelikle sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik ulaşılabilir, güvenilir, sürekliliği olan ve maliyeti düşük bir sağlık hizmeti sunulmalıdır.

Adölesanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri fiziksel ve mental sağlığı geliştirmeyi ve sağlıklı fiziksel, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi desteklemeyi amaçlamaktadır (Özcebe, 2002; Ali, 2009).

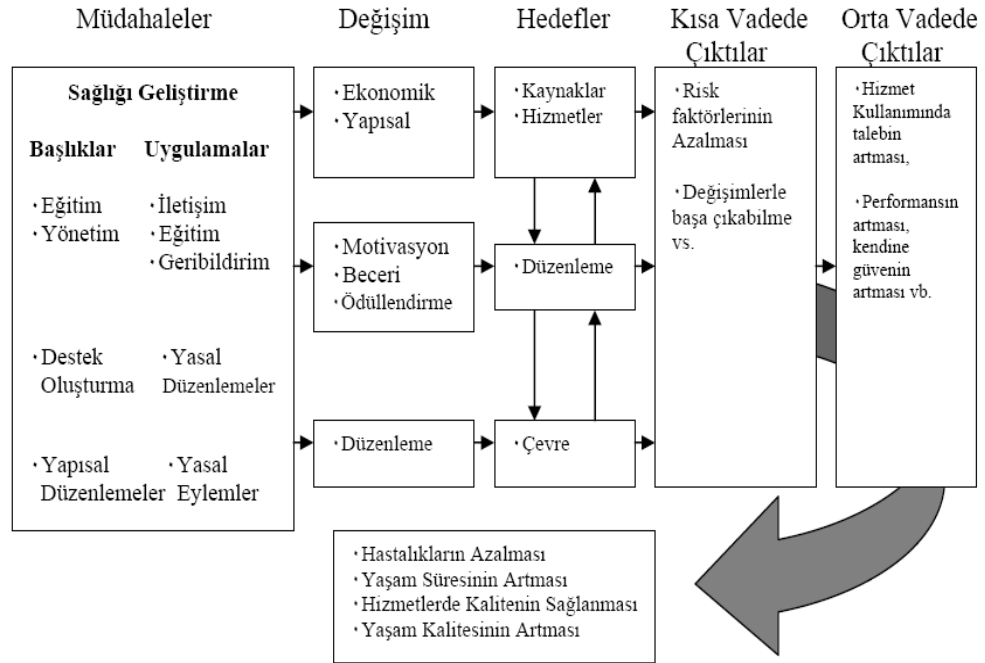
Adölesanlara sunulacak hizmetlerde koruyucu sağlık hizmetleri felsefesinin benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Adölesanlara yönelik öncelikli yapılması gerekenler arasında; güvenli ve destekleyici çevre oluşturulması, sağlıklı ilgili konularda bilgilendirme, yeteneklerin geliştirilmesi, danışmanlık hizmeti sunulması ve sağlık hizmeti sunulması gelmektedir. Sağlık hizmeti kapsamında bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, sağlık sorunlarının taraması, tanısı, tedavisi ve gerektiği durumda sevk edilmesi yer almalıdır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlık kuruluşunda izlemi yapılan adölesan; egzersiz yapma, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanmama, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli cinsel yaşam ve kaza ve yaralanmalardan korunmaya yönelik güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsemesi için desteklenmelidir (Özcebe, 2002; İlhan ve diğerleri, 2010; Moukhyer ve diğerleri, 2008).

Adölesan döneminde gençlerde sağlık davranışları iki başlık altında incelenmektedir.

2.3. Adölesan Dönemi Olumlu Sağlık Davranışı

Adölesan dönemde edinilen cinsel kimlik ve cinsel davranış, tütün, alkol ve diğer uyuşturucuların kullanımı, yeme ve egzersiz alışkanlıkları, çatışmaları ve riskleri ele alış şekilleri gibi gencin sağlığını ve iyiliğini etkileyebilecek çoğu davranışsal örüntülerin ömür boyu sürdüğü bilinmektedir. Aslında adölesan dönem, sağlığa zarar veren davranışların başlamasını ve gelecekte devam etmesini engelleyecek fırsatları da beraberinde sağlamaktadır. Çünkü adölesan dönemde olan gencin yeni fikirlere açık olması; karar verme konusundaki yeteneklerini geliştirmeye istekliliğinin yanı sıra merak ve ilgiye sahip olduğu bu olumlu özelliklerin sağlık konusundaki kişisel sorumluluklarını kuvvetlendirecek çok büyük bir araç olarak görülmektedir. Hatta bu olumlu özellikler olumlu ve yapıcı faaliyetlere yönelmek, yetişkinlerle ve yaşlılarıyla olan ilişkilerini kuvvetlendirmek

ve sağlık için hayati önem taşıyan davranışlar edinmek için de olanak sağlamaktadır. (Pender ve diğerleri, 2002; He ve diğerleri, 2004).



Şekil 2.3. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitiminde Süreçler (Özvarış, 2001).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları insanların sahip olması gereken olumlu sağlık davranışlarıdır. Sağlık davranışları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve bunlara ek olarak son zamanlarda eklenmiş olan pozitif yaşam bakışı ve spiritüel sağlık kavramlarını içermektedir (Pender ve diğerleri, 2002).

Kendini gerçekleştirme: Bireyin davranışlarını yöneten en önemli güdü olarak tanımlanan kendini gerçekleştirme, Maslow'un gereksinim hiyerarşisinin üst basamağında bulunmaktadır. Alt düzeyden üst düzeye doğru bireyin gereksinimleri sırasıyla fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme olarak belirtilmektedir (Pender ve diğerleri, 2002).

Kendini gerçekleştirme kişi için yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Her insanın belirli bir gelişim döneminde, belirli bir kendini gerçekleştirme düzeyi vardır. Bireylere uygulanan sağlık eğitiminin amacı, bireyin kendini gerçekleştirme düzeyini

geliştirmek ve en uygun düzeye çıkmasını sağlamaktır. Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (Pender ve diğerleri, 2002).

Sağlık Sorumluluğu: Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığına ilişkin koruyucu, önleyici ve sağlıklı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Ayrıca sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki etmektedir ve bireyin sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir (Pender ve diğerleri, 2002; He ve Diğerleri, 2004).

Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığına ilişkin bazı sorumlulukları alması açısından önem kazanmaktadır. Bireyin vücudunu ve kendini tanıması, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlık ile ilgili ufak değişiklikler ve sapmalar olduğunda dahi bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi ve gerekli önlemleri alması, düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi gibi tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini ve bireysel çaba harcadığını göstermektedir (Pender ve diğerleri, 2002; He ve diğerleri, 2004).

Fiziksel Aktivite: Fiziksel egzersiz, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olup büyük kas gruplarının belli bir düzeyde hareket ettirilmesi, kas performansının geliştirilmesi ve kardiovasküler direncin artırılması olarak tanımlanır (Çimen, 2003; He ve diğerleri, 2004).

Egzersizin dengeli ve düzenli olarak yapılması gerektiği, arada sırada yapılırsa etkin olmayacağı bildirilmektedir (Karakoç, 2008). Düzenli olarak yapılan fiziksel egzersizle birlikte yapılacak iyi bir diyet, düzenli kilo kontrolü, stresin kontrol altına alınabilmesi ve iyi bir uyku alışkanlığı gibi genel sağlık kurallarına dikkat etmek sağlığın geliştirilmesine katkı veren sağlıklı yaşam davranışlarının diğer boyutlarını oluşturmaktadır (Sevim, 2002; Ata, 2008; Stewart ve Menning, 2009).

Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin gelişmesine paralel olarak toplumlardaki endüstrileşme ve makineleşme (televizyon, bilgisayar, nükleer enerji kaynakları, petrol ürünleri vs.) bireylerin hareketlerinde azalma yönünde yaşam tarzının değişmesine sebep olmuştur (Hills ve diğerleri, 2007; Liang ve diğerleri, 2007). Bu değişiklikler nedeniyle organizmayı zinde ve sağlıklı kılmak için genel sağlık kurallarına dikkat etmek ve düzenli fiziksel egzersiz yapmak bir zorunluluk haline gelmiştir (Sevim 2002; Telama ve diğerleri, 2005).

Ayrıca egzersiz bireylerin kendisini daha iyi hissetmesini sağlamakta ve sosyal bağlarını güçlendirerek toplumdan izole olmalarını önlemektedir. Tüm bu gelişmelere bağlı olarak da yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artmasını sağlamaktadır (Speck 2002).

Egzersizin bu tür yararlarının olduğu bilinmesine rağmen birçok gencin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için yeterli egzersiz yapmadıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu birçok çalışmayla da ortaya konulmuştur (Özmen ve diğerleri, 2007, Savcı ve diğerleri, 2006; Hidalgo ve diğerleri, 2000).

Beslenme: Sorumlulukların ve sorunların arttığı, vücut şeklinin değişikliğe uğradığı ve bağımsızlığın en üst düzeyde yaşandığı adölesan dönemdeki davranış değişiklikleri kişinin beslenme düzenine ve alışkanlıklarına da yansımaktadır (Ball ve Bindler, 2006; Dowdell ve Santucci, 2004).

Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde ön sıralarda yer alan bileşenlerden biridir. Yenilen besinlerle hastalıkların ortaya çıkması ya da bireyin kendisini daha sağlıklı hissetmesi arasında bir ilişki vardır. Sağlıksız beslenme sonucunda osteoporoz, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar yaygın olarak görülmektedir (Liang ve diğerleri, 2007).

Diğer taraftan günümüzde yaşam koşullarının oluşturduğu, "fast food" türü beslenme biçimi alışkanlık haline dönüşmüştür. Bu durum, özellikle çocuklarda ve gençlerde, dengesiz beslenme ve şişmanlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Berberoğlu, 2008; Stewart ve Menning, 2009).

Vücudun büyümesi, hücrelerin yenilenmesi, fonksiyonlarını sürdürmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Bu öğelerin vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çoğunlukla tek tip besin öğesi ile beslenme ise dengesiz beslenme

problemlerine neden olmaktadır. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için yeterli ve dengeli beslenilmesi ve bu davranışın kazanılması gerekmektedir (Liang ve diğerleri, 2007; Giannakopolus ve diğerleri, 2008).

Bununla birlikte bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi gelişimsel, kültürel, ekonomik nedenler, alışkanlıklar ve sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle gençlerin öğün atlamadan mutlaka üç ana öğün yemek yemeleri, ara öğünlerde sağlıklı besin tüketmeleri, ayaküstü beslenme ve abur cubur yemekten kaçınmaları sağlanmalıdır (Giannakopolus ve diğerleri, 2008; Liang ve diğerleri, 2007).

Tüketilen besinlerin özelliği de önem taşımaktadır. Gençler arasında şekerli meşrubat ve meyve sularının, yüksek kalorili sosların (peynir sosu, krema sosları vb.), çok tuzlu ve çok yağlı yiyeceklerin, çay ve kahve tüketiminin azaltılması yanısıra balığın düzenli olarak tüketilmesi, yağsız et ve az yağlı et ürünlerinin tercih edilmesi, rafine edilmiş unlardan hazırlanan ekmekler ve tahıl ürünleri yerine tam ekmek ve tam tahıl ürünleri tüketilmesi sağlanmalıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazanılmasında çocukların büyüklerini rol modeli alacağı unutulmamalı ve erişkinlerin de diyetlerine gereken özeni göstermesi sağlanmalıdır (Berberoğlu, 2008; Stewart ve Menning, 2009; Eaton ve diğerleri, 2008).

Kişilerarası İlişkiler/Destek: Adölesan dönem ilişkilerin önem kazandığı bir dönemdir. Gençler bu dönemde aileleriyle çatışma yaşarlarken sosyal gelişme için önemli olan bir gruba ait olma duygusu ile arkadaş gruplarına daha çok yakınlaşmaktadırlar. Arkadaşları tarafından benimsenmek isteyen genç, kendisi için ne düşünüldüğünü önemsemektedir. Bu dönemde gençlerin kendi aralarında oluşturdukları arkadaş gruplarının yazılı olmayan kuralları bulunmaktadır. Özellikle bu kurallara uyan bireyler gruba kabul edilirken uymayanlar ise dışlanmaktadır. Bu dönemde kız ve erkek arkadaş grupları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerin kurdukları grupların daha kalabalık ve ilişkilerin yüzeysel olduğu, kızların gruplarının ise daha küçük ve daha sıkı ilişki içinde olduğu görülmektedir. Bu dönemde aile içinde geçimsizlik, ilişkilerde bozukluk ve baskı olan gençlerin masum arkadaş grupları yerine tehlikeli arkadaş gruplarına yönelmeleri ise bir risk oluşturmaktadır (Ball ve Bindler, 2006; Ercan O, 2005).

Adölesan dönemdeki birey, tutum davranışlarını örnek alacağı, kendisini onlarla nasıl özdeşleştireceği uygun modellere ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca bu modelin kişiliği sosyal gelişme açısından onlar için önem taşımaktadır. Anne ve babanın ev içi rollerindeki aksaklıklar gencin uygun olmayan modelleri görmelerine yol açmakta ve bu durum gencin gelişiminde aksamalara neden olabilmektedir. Bu nedenle gencin ailesinden algıladığı sosyal destek büyük önem taşımaktadır. Gencin ailesini sosyal destek olarak algılamasını ise ailesiyle olan iletişiminin niteliği, sürekliliği ve ilişkinin düzeyi etkilemektedir (Ball ve Bindler, 2006; Ercan, O, 2005).

Sağlıklı bir ebeveyn çocuk iletişimde karşılıklı dinleme, bilgi alma, bilgi verme, yargılamadan, eleştirmeden sorunları konuşabilme ve birlikte çözüm bulmaya çalışma önemlidir (Özcan, 2006; Maurer ve Smith, 2000).

Stres Yönetimi: Evrensel bir deneyim olan stres, günümüzde yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilmektedir. Stres, günlük konuşmalarda sık sık geçen ve farklı anlamlarda kullanılan “baskı” ya da “gerginlik” diye çevirebileceğimiz bir sözcüktür (Kuter, 2008; Pender ve diğerleri, 2002).

Belirli bir düzeydeki stresin bireyin etkili motivasyonu için gerekli olduğu ancak gereğinden fazla olduğu zaman bireyin kapasitesini zorlayan ve sağlığını olumsuz olarak etkileyen bir durum yarattığı kabul edilmektedir. Strese karşı verilen tepkiler uzun zaman dilimi içinde vücudun genel işlevlerinin bozulmasına, hastalıklarla savaşıma yeteneğinin azalmasına ve kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle stres yönetimi, kazanılması gereken sağlık davranışlarından biri olarak önem kazanmıştır. Stres içinde olan bireylerin kendilerine özen göstermediği ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunduğu da vurgulanmaktadır. Stres olumlu sağlık davranışlarını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarını ise artırarak sağlığı etkilemektedir. Stresörlerin sıklığı ve yoğunluğu baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp rahatsızlıkları, diyabet, kanser gibi bedensel hastalıklar yanı sıra dikkatin azalmasına bağlı kazalar, depresyon, intihar girişimi, mental bozukluklar, alkolizm, ilaç bağımlılığı, ilişkilerde bozulma ve şiddet gibi psikolojik hastalıkların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (Karakoç, 2008; Ören ve Gençdoğan, 2007).

Aslında kaynağı ne olursa olsun kişi bir stresle karşılaştığında uyum yapmaya çalışmaktadır. Stresle başa çıkma ya da stres yönetimi, stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmeyi öğrenme anlamına gelmektedir. Stresle baş etme yöntemlerinin amacı ise, stresi azaltmak, stresi kontrol etmek ve stresle baş etmeyi geliştirmektir. Stres kontrolü sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmaların çok önemli hedeflerinden biri olarak yer almaktadır. Çünkü sağlığın geliştirilmesi ile hem bireylerin yaşam kalitesinin artacağı hem de uzun vadede hastalıkların önlenmesi ile bakım maliyetinin azalacağı savunulmaktadır. Stresin azaltılması bireyin iç ve dış kaynaklarının, güçlerinin iyi bir biçimde yönetilmesini de geliştirir. Örn; sosyal iletişimlerin kaynağı ve niteliği, sosyal destek kaynakları stresi azaltmak için dış kaynaklar, sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirme, düzenli egzersiz ve gevşeme yöntemlerini uygulamak stresi azaltmada iç kaynaklardır. Adölesan dönem yaşanan fizyolojik ve psiko-sosyal değişimlerden dolayı gençler için başlı başına bir stres kaynağı olarak kabul edilmektedir. Gençlerin gereksinim duyduğu bu dönemde gençlere stresle baş etme konusunda beceri kazandırılmalıdır (Ören ve Gençdoğan, 2007; Siyez, 2006;).

Spiritüel Sağlık: Spiritüel kelimesi Latince; nefes almak, yaşamı hissetmek anlamına gelen ‘spirare’ kelimesinden gelmektedir. Spiritüalite ise, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabası yanı sıra yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır. Spiritüalite, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımızı tanımlayan ve yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içermektedir (Carmondy ve diğerleri, 2008; Cotton ve diğerleri 2005; Rew ve Wong, 2006).

Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları da içermektedir (Carmondy ve diğerleri, 2008; Çetinkaya ve diğerleri, 2007). İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir (Arslan ve Şener, 2009; Çetinkaya ve diğerleri, 2007). Spiritüalitenin var olan maneviyat ile aynı anlamda kullanılabileceği belirtilmektedir (Çetinkaya ve diğerleri 2007, Ergül ve Bayık 2004).

Literatürde, bireyin spiritüel yönü ile sağlık ve iyilik durumu arasında önemli ilişki olduğu belirtilmiştir. Çünkü spiritüel yön bireyin yaşamı anlamlı bulması ve

ümitle yaşamını sürdürmesi yanı sıra bireyin sahip olduğu rolleri algılayışını ve sergilemesini, sağlığını sürdürmesine etki eden olumlu ya da olumsuz davranışlarda bulunmasını etkilemektedir (Ergül ve Bayık, 2004; Carbenito, 2005; Kostak, 2007).

Subjektif ve kişiye özgü olduğu için anlaması zor bir kavram olan spiritüel yön yani maneviyat kişinin kendini ve yaşamı anlamasında büyük bir yer tutmaktadır. Bu özelliği nedeniyle maneviyat, henüz bu yönü gelişme sürecinde olan adölesanların sağlıklı gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Yetişkin yaşamda tedavi edici rolü olan maneviyatın çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde olan adölesanın gelişiminde koruyucu olarak görev yaptığı savunulmaktadır. Çünkü adölesanların kendi kimliğini bulma, yaşamın anlamı ve amacı, umut, sevgi ve ait olma gibi spiritüel gereksinimleri bulunmaktadır (Çetinkaya ve diğerleri, 2007; Cotton ve diğerleri, 2005). Özellikle spiritüel yönün eksik olması ile anksiyete, depresyon, intihar girişimi, madde kullanımını gibi riskli davranışlar ve olumsuz psikososyal sonuçlar arasında da pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Çetinkaya ve diğerleri, 2007; Goldstein, 2010; Dowling ve diğerleri, 2004).

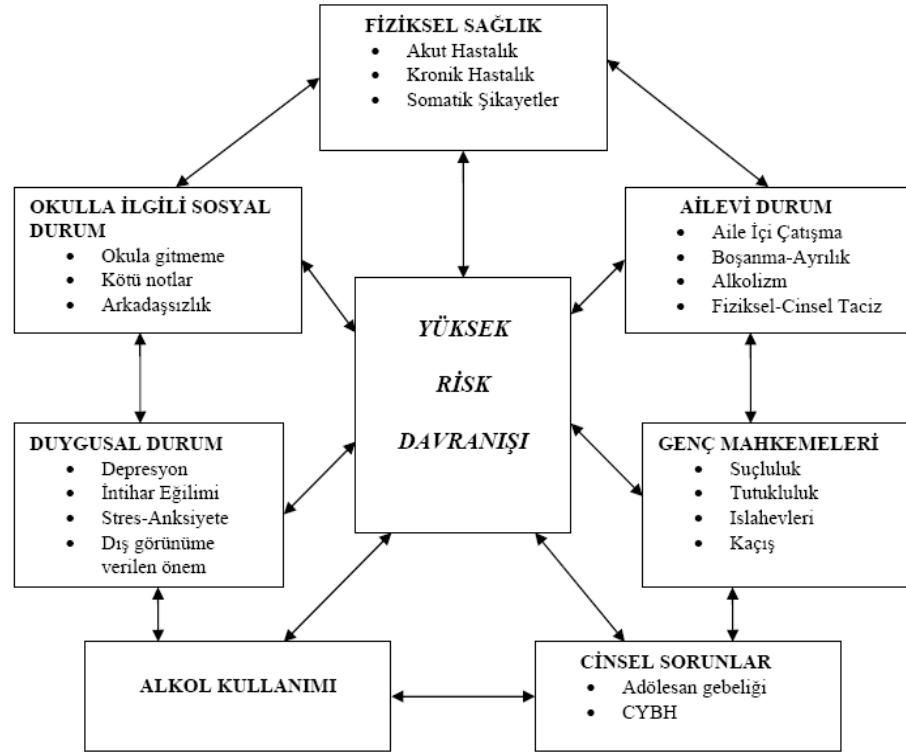
2.4. Adölesan Dönemi Riskli Sağlık Davranışı

Adölesan dönemindeki gençler büyüme ve gelişmenin normal bir parçası olarak risk alma davranışları da göstermektedirler. Gençlerin sağlıklı ve iyi halde olma durumlarına herhangi bir şekilde zarar veren durumlar risk olarak tanımlanmaktadır. Bir başka şekliyle sağlık açısından risk olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktör şeklinde tanımlanmaktadır. (Liang ve diğerleri, 2007). Bireysel olarak, kişinin olaylara ve durumlara karşı uyguladığı tutum, davranış olarak da tanımlanmaktadır. (Tashiro, 2002).

Adölesan dönemde en sık karşılaşılan riskli sağlık davranışları arasında sigara, alkol ve madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, egzersiz, korunmasız cinsellik sonucu oluşan cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, psikolojik sorunlar ve motorlu araç kazaları sayılabilmektedir (Call ve diğerleri, 2002; Bulduk ve diğerleri, 2006).

Bazı riskler fiziksel ya da duygusal olarak yaşam boyu sürececek sorunlara neden olabilmektedir. Bütün gençlerin aynı tipte riske maruz kalmadıkları da bilinmektedir. Riskli sağlık davranışlarına başlamayı ise gencin yaş grubu, okula

devam durumu, anne-babasının gence karşı olan tutumu, arkadaş grubu, çevre tarafından kabul edilme yada edilmeme, yeni şeyleri deneme merakı, yetişkinleri model alma gibi nedenlerin arttırdığı görüşü belirtilmektedir (Eaton ve diğerleri, 2006; Liang ve diğerleri, 2007). Ayrıca bazı gençlerin risklere daha fazla yatkın olduğu ve stres ve sıkıntı karşısında risk alarak yanıt verdiği de vurgulanmaktadır (Tashiro, 2002; Eaton ve diğerleri, 2005).



Şekil 2.3.1. Gençler ve Yüksek Risk Davranışına Neden Olan Durumlar (Özcebe ve Surlu, 2002).

Madde Kullanımı: Sigara, alkol, uyuşturucu maddeler ve benzeri gibi keyif verici olan, alışkanlık veya bağımlılık yaratan maddelerle ilk karşılaşma genellikle çocukluğun sonlarında ve adölesan döneminde olmaktadır (Gökgöz ve Koçoğlu, 2007; Rodham ve diğerleri, 2006).

Gençler çok farklı nedenlerle madde kullanabilmekle birlikte otonomi ve bağımsızlığını kazanmak ve kanıtlamak için madde kullanımı nedenlerin en başında gelmektedir. Bunun dışında diğer madde kullanma nedenleri olarak da; erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, adölesan dönemde karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmak, sosyal bir ortama uyum sağlamak, arkadaşları tarafından kabul görmek ve medyanın etkisi gösterilmektedir (Alikasıfoğlu, 2008; Gürol, 2008; Akın, 2005; Petrie ve

diğerleri, 2007). Ayrıca hiperaktivite, dikkat eksikliği, bir iş tamamlamada eksiklik, çabuk öfkelenme, antisosyal davranışlar ve sosyal ilişkilerde zorlanma gibi etkenler madde kullanımını arttırmaktadır. Zeka, inançlar, kendine güven, öz saygı, akademik başarı, sosyal ilişkilerde beceri ve yaşama olumlu bakabilme gibi etkenler ise madde kullanımına başlamayı engellemektedir (Alıkaşıfoğlu, 2008; Gürol, 2008; Call ve diğerleri, 2002; Qidwai ve diğerleri, 2010).

Çevresel risk etkenleri arasında ailenin önemi de oldukça büyüktür. Ebeveynlerin madde kullanımı, aile içi şiddet, çocuk istismarı, otoriter ya da aşırı hoşgörölü ve tavizkar olma, aile yapısı, gençlerin davranışlarının aile tarafından kontrol edilmemesi, parçalanmış aile yapısı, evde maddeye kolay ulaşabilme gibi etmenler çocukların madde kullanmasını desteklemektedir. Yine çevresel koruyucu etmenler arasında da ailenin önemi büyüktür. Aile ile bağların güçlü olması, ailenin genci okulda başarılı olabilmesi için desteklemesi, genci gelişimsel düzeyine uygun olarak izlemesi ve rehberlik yapması ve aile içi iletişimin iyi olması gencin madde kullanmasını engelleyen olumlu etkenlerdir (Alıkaşıfoğlu, 2008; Gürol, 2008; Call ve diğerleri, 2002).

Bu alanda yapılan çalışmalar bütün dünyada adölesan dönemde bulunan gençlerin madde kullanımı açısından yüksek riskli bir grup olduğunu ve bu nedenle ele alınmasının gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır (Ögel ve diğerleri, 2004; Eaton ve diğerleri, 2008; Pickett ve diğerleri, 2006).

Riskli Cinsel Davranışlar: Cinsellik insan yaşamının ve gelişiminin önemli bir parçası olmasının yanı sıra adölesan dönemde de riskli cinsel davranışlar açısından oldukça tehlikeli bir dönemdir. Bunun nedeni adölesanlar risk alma konusunda yetişkinlere göre daha gözü karadır ve risk almak onlar için hayatın doğal bir parçasıdır, çünkü pek çok şeyi zaten risk olarak öğrenmektedirler (Şatıroğlu, 2008; Başer, 2000).

Ayrıca literatürde gençlerin cinsel deneyimleri bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte 20 yaşına ulaşmış genç kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğunun cinsel ilişkide bulundukları da belirtilmektedir (Aras ve diğerleri, 2005; Berhanu ve diğerleri, 2010; Smylie ve diğerleri, 2006).

Farklı çalışmalar, cinsel aktif gruplar arasında en fazla cinsel yolla bulaşan hastalık görülme oranının ergenler arasında olduğunu göstermektedir. Adölesan

dönemde riskli cinsel davranışların istenmeyen sonuçları arasında, HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), adölesan gebelikleri ve doğumlar, küretaj gibi önemli, beden sağlığın etkileyen ve tehdit eden durumlar ortaya çıkmaktadır. (Şatıroğlu, 2008; Başer, 2000; Cherly ve diğerleri, 2009).

Özellikle cinsel yolla bulaşan HIV/AIDS, bel soğukluğu, frengi, klamidy enfeksiyonu ve herpes virus enfeksiyonları gibi hastalıkların artış yaptığı belirtilmektedir. Gençler özellikle bulgu vermeyen durumlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem konusunda duyarsız davranmaktadırlar. Oysa bu konularda önlem almama ya da ihmal, kısırlık ve ölüm gibi sağlık açısından çok önemli sonuçlara yol açabilmektedir (Set ve diğerleri,2006; Bulduk ve diğerleri, 2006; Lieber ve diğerleri, 2006).

Kazalar: Adölesan grubunun bir diğer sorunu da spor yaralanmaları ve trafik kazalarıdır. Bu dönemde araç kullanma yaşı gelmeden ve alkollü olarak araç kullanma, gerekli emniyet önlemlerinin alınmaması, hızlı araç kullanma en sık rastlanılan riskli davranışlardır (Özcebe, 2002; Call ve diğerleri, 2002; Mistry ve diğerleri, 2008). Ayrıca bu nedenle ölüm oranlarının artış gösterdiğini vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Alıkaşifoğlu, 2002; Marinker, 2002).

2.5. Adölesan ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Amerika’da Ulusal Okul Hemşireliği Derneği (National Association School Nursing) (NASN)’a göre okul sağlığı hemşiresi; öğrencilerin sağlığını geliştirmek, akademik başarılarını arttırmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için çalışan, profesyonel bir hemşirelik dalıdır. Okul hemşiresi, öğrencilerin normal gelişime verdikleri olumlu yanıtı artırır, sağlık ve güvenliği geliştirir, gerçek ve potansiyel sağlık problemlerini belirler ve vaka yönetimiyle hizmetlerini yürütür. Öğrencilerin bireysel yönetimlerini, öğrenmelerini ve adaptasyonları konusundaki yeterliliklerini geliştirmeleri için; diğer disiplinler ile işbirliği yapar (Pender ve diğerleri,2002; Öncel, 1999).

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hemşireliği çağdaş tıp uygulamalarına paralel olarak gelişmiştir ve okul sağlığı genel sağlık hizmetlerinden ayrı düşünülmeyle, multidisipliner işbirliği içinde yürütülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü okul sağlığı komitelerinin okul sağlığı ile

ilgili yayınladıkları raporda okul sağığı çalışmalarının sağıık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliğı vurgulanmıştır. Okul sağığı ekibi en az bir hekim, hemşire, öğretmenler, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diş hekim ve ebeveynlerden oluşmalıdır. Amerika, Avrupa, bazı Asya ve Uzakdoğu lkelerinde, okul hemşirelerinin önemli sorumluluklar stlendiğı ve bu yapılanmada kilit insan gücü olarak kabul edildiğı görülmektedir (CDC, 2008).

Gençlere yönelik hemşirelik hizmetleri, okul sağığı kapsamında ele alınmaktadır. Okul sağığı hizmetleri sadece genci değil okul personeli ve aileyi de kapsayan, geleceğe yönelik sağığın geliştirilmesi ve yükseltilmesinde kapsamlı bir hizmet olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2008; McCann ve Clark, 2005).

Okul sağığı hemşirelik programları, gençlerin yaşa özgü gereksinimlerini de göz önüne alınarak planlanmıştır. Bu programları incelediğimizde okula kabul muayenesi, dönemsel sistematik muayeneler, sağıık taramaları, kronik hastalıkların bakım ve yönetimi, enfeksiyon hastalıkları ve parazitozların önlenmesi, kazalardan korunma, sağııklı okul çevresi çalışmaları, ruh sağığı çalışmaları, sağığı geliştirme programları gibi konuların programların içeriğinde yer aldığı görülmektedir (Pender ve diğerleri, 2002; CDC, 2008).

Okul sağığı hemşiresi, tüm bu faaliyetleri birincil, ikincil, üçüncül korumaya yönelik faaliyetler olarak planlar. Bu roller ve işlevler, sağııklı çocuklar yetiştirmekten kendini geliştirmeye kadar uzanan geniş bir alanı kapsamaktadır. Okul hemşiresinin görevleri ve rolleri okuldan okula ve ülkeden ülkeye değişebilen dinamik bir yapıya sahiptir (Ardahan, 2003; Croghan ve Johnson, 2004; Demirezen ve Nahçivan, 2000; CDC, 2008). Bunlar;

Eğitimci Rolü: Okul hemşiresi; başta öğrenciler olmak üzere ailelere, öğretmenlere, okul personeline ve okul toplumundaki lider kişilere optimal düzeyde iyilik hallerinin korunması ve sağığın geliştirilmesi amacıyla sağığı ilgilendiren her türlü konuda eğitim vermekle sorumlu kişidir. Ayrıca acil bakım gereksinimi olan durumlarda yardımcı olabilecek olan, ğretmen veya diğer okul personelinin bazı bireyleri de bu alanda eğitmeli (Demirezen ve Nahcivan,2000; AAP,2001).

Bakım Verici Rolü: Okul hemşiresi yıllık bireysel sağıık planları ve bireysel eğitim planları geliştirerek bu planları uygular. Burada amaç; uygulanan hemşirelik

girişimleriyle bireylerin, ihtiyaçlarına dayalı bilgi ve öz bakım becerilerini yükseltmedir. Hastalanma veya yaralanma durumlarında öğrenci ve okul personelinin bakımından sorumlu olan okul hemşiresi acil durumlarda kullanılmak üzere gerekli malzemelerin temini gibi konularda bilgili olmalı ve kalp-akciğer canlandırılması konusunda da yeterli olmalıdır (Pourciau ve Vallette,2001; Modrcin-Talbott,2002).

Vaka Yöneticisi Rolü: Okul hemşiresi okul içinde bakımı bire bir kendisinin yürüttüğü bakım hizmetlerinin dışında AIDS, ciddi kaza ve yaralanmalar, kronik hastalıklar, yeme bozuklukları, adölesan gebelik gibi sorunlarla karşılaştığı durumlarda bir vaka yönetimi planı hazırlayarak alıcının en iyi şekilde hizmet alabilmesi için gerekli organizasyon ve koordinasyonları düzenler ve sunulan hizmetin sonuçlarını değerlendirir (Demirezen ve Nahcivan,2000; Modrcin-Talbott,2002). NASN'a göre (1995) etkin vaka yöneticisinin mevcut bakım olanakları ve bu konuda destek alabileceği profesyoneller hakkında bilgisi, bakımın koordinasyonu ve bakımın sonuçlarını değerlendirebilme yeteneği olmalıdır (Pourciau and Vallette,2001).

Danışman Rolü: Okul hemşiresi ihtiyaç duyulan hizmetleri verebilmek için etkili bir program oluşturma ve bu konuda nasıl bir bütçenin uygulanacağı konularında gerekli bilgileri, okul, aile ve toplum ile birlikte çalışarak toplar. Toplumdaki diğer kurumlarla işbirliği sağlayabilmek için öncelikle iyi bir iletişim becerisi ve yasalara uygun hareket gereklidir. Okul, aile ve toplum arasındaki ilişkiyi dengeli bir şekilde kuran okul hemşiresi; gereksinim duyulan her türlü sağlık konusunda bireylere bilgi verebilmeli, onları başvurabilecekleri toplumsal kaynaklar konusunda bilgilendirmeli ve gerekli durumlarda danışmanlık rolü gereğince bireyleri bu kaynaklara yönlendirmelidir (Pourciau and Vallette,2001; Modrcin –Talbott,2002).

Savunucu Rolü: Temelini insan haklarından ve hasta haklarından alan ve bireyin bağımsızlaşmasını amaçlayan bu rol, hemşireye hastanın savunuculuğunu yapma sorumluluğu vermektedir (AAP,2001). Bağımsızlığı sağlamak için bireyi içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek ve aldığı kararlarda desteklemek önemlidir (Ardahan, 2003). Hemşire hasta haklarını savunucu rolünde; temel sağlık hizmetleri içerisinde bireyin sahip olduğu hakları

ve bunları nasıl kullanacağını öğretir; bireyi, haklarının önemsenmediği ya da yok sayıldığı durumlarda savunur; bireyi, hastalığı, tedavi ve bakımı, prognozu hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirir, bakıma katılımını sağlar ve sağlık ekibi içinde koordinasyonu sağlar (AAP, 2001; Ardahan, 2003). Okul çocuğunun karşılaştığı fakirlik, aile içi şiddet, uyuşturucu ilaç kullanımı gibi konularda sorunları çözme veya gelişmesini engellemeye yönelik sağlık kurumları, sivil toplum kuruluşları, medya ve toplumun ileri gelenleriyle görüşmeler düzenleyerek çocukların haklarının savunuculuğunu yapar (Nelson, 2005).

Tarama ve İzlem Rolü: Düzenli aralıklarla sağlık taramaları yaparak öğrencilerin genel sağlık durumlarını izler. Okul devamlılığı tarama programlarının iyi yürütülmesi açısından önemlidir. Devamsızlık yapan öğrencilerin saptanması ve devamsızlıklarının nedenine yönelik bir takım girişimlerde bulunulması gereklidir (Demirezen ve Nahcivan,2000).

Okul Sağlığı Lideri Rolü (Program Yöneticisi): Sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, hizmeti planlama, uygulama ve değerlendirme süreçleri ile optimal düzeyde sağlıklı okul çevresi oluşturma ve okul toplumunun sağlığını geliştirme stratejilerinin belirlenmesinde aktif görev alan okul hemşiresi, bu sorumlulukları nedeniyle okul sağlığı hizmetlerinde lider rolünü üstlenerek bakım programlarının tamamını yönetir (Demirezen ve Nahcivan, 2000).

Okul toplumunun sağlık hizmetlerinin yürütülmesi aşamasında etkili ve kaliteli hizmet sunmak için çok yönlü bakım planları yapan okul hemşiresi bu planların uygulanması aşamasında pratisyen ve uzman hekimlerle, sosyal hizmet kuruluşlarıyla ve halk sağlığı birimleriyle işbirliği yapar (AAP,2001).

Ayrıca sorunlara yönelik sağlık eğitimi de verilmesi gerekmektedir. Eğitimin hedefi ise öğrencilerin sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmektir. Gençlerin konumu tüm dünyada kalkınma açısından çok önemlidir. Dolayısıyla gençliğin sağlık sorunlarının çözülmesi ile bireylerin yetişkinliğe daha iyi koşullarda ulaşması mümkün olmaktadır (Alıkaşifoğlu, 2005; CDC, 2008).

Gençlerin sağlığına ve gelişimsel ihtiyaçlarına yatırım yapmak, geleceğe ve uzun dönemde topluma yatırım yapmaktır. Bu nedenle sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin gerekliliği tartışılmaz olup, ülkemizin koşul ve gereksinimlerine uygun sağlık eğitim programlarının ve okul sağlığı eğitiminin

yasama geçirilmesi sağlıklı gelecek için gereklidir (CDC, 2008; Pender ve diğerleri, 2002).

Okul, ğrencilere verdiği bilgi ve becerinin yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında aileden sonra gelen temel ünite olup, nüfusun büyük bir bölümüne sağlık hizmeti götürme imkanı da sağlamaktadır. Okul ortamı, gencin ileriki yaşam kalitesini artırarak, sağlıklı erişkin olabilmesine fırsat sağlamaktadır (Pender ve diğerleri, 2002; McCann ve Clark, 2005).

3.GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Bu çalışma, KKTC'nin başkenti olan Lefkoşa bölgesindeki liselerde yürütülmüştür. KKTC ve Kıbrıs Rum Kesimi'nin ortak başkenti olan Lefkoşa, Kıbrıs adasının en kalabalık kenti ve en büyük kültür, sanayi, ticaret ve ulaşım merkezidir. Lefkoşa şehrinin başkent olması ve tüm devlet dairelerinin burada olmasından dolayı nüfusun büyük çoğunluğunu memur (kamu görevlisi) kesimi oluşturmaktadır ([www.lefkosaturkbelediyesi .net/turkce/lbtarihce.htm](http://www.lefkosaturkbelediyesi.net/turkce/lbtarihce.htm)).

İyi eğitilmiş, genç bir nüfusa sahip olan şehirde, okur-yazar oranı yanı sıra ilkokul ve liselere kayıtlı öğrenci sayısı yüksektir. Okur-yazarlık oranı %93.5 olup, okur-yazar nüfusun %9.1'i yüksekokul/üniversite bitirenlerden, %29.5'i lise ve dengi okulları bitirenlerden oluşmaktadır. İlk ve ortaöğretimde okullaşma oranı %97.9'dur (www.mebnet.net).

Lefkoşa bölgesinde, toplam dokuz lise bulunmaktadır. Lise müfredat programı içerisinde Sağlık Bilgisi dersi bulunmamaktadır. Müfredatta bulunan Biyoloji ve Fen Bilgisi derslerinde takip edilen kaynak kitaplar incelendiğinde sağlıklı yaşam biçimine yönelik bilgiler içermediği görülmektedir. Ancak Fen Bilgisi ders kitabında “Vücudumuzun Bölümleri ve Organların Temel Görevleri”, Biyoloji ders kitabında ise “Canlılarda Üreme” başlığı altında tüm canlılarda üreme ile ilgili bilgilerin yer aldığı görülmektedir. Bu liselerin hiçbirinde okul hemşiresi bulunmamaktadır (www.mebnet.net).

3.3. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini Lefkoşa İl merkezinde bulunan liselerde 2009-2010 yılı güz döneminde öğrenim gören (1., 2., 3., 4. sınıflar) lise öğrencileri oluşturmuştur. Lefkoşa bölgesindeki bu okullarda öğrenim gören öğrenci sayısı 2009-2010 öğretim yılında toplam 4429'dur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmanın örneklemine, ana kitleden “Olayın ortalaması incelenecekse ve evrendeki birey sayısı biliniyorsa örneklem hesaplama formülü” kullanılarak seçilmiş olan 700 öğrenci oluşturmuştur (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2005).

$$n = \frac{N(t^2 + \sigma^2)}{d^2(N-1) + t^2 \sigma^2}$$

n: Örneklem sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

σ : Evren standart sapması

t: Belirli serbestlik derecesi ve yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Örneklem hatası

$$n = \frac{4429 \times [(1.96)^2 + (14.5)^2]}{1^2 \times (4428) + [(1.96)^2 \times (14.5)^2]} = 683$$

n: 700 kişi alınmıştır.

Belirlenen örnekleme ulaşmak için Lefkoşa il merkezinde bulunan bir düz lise, bir Anadolu Lisesi, bir Fen Lisesi, bir kolej ve en çok öğrencisi bulunan bir meslek lisesi olmak üzere beş okul seçilmiştir. Her okuldan alınacak öğrenci sayısı okullara göre yapılan tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir (Şekil 3.4.1). Örneklemi oluşturan 700 öğrenciye ulaşılmış olmasına rağmen 62 öğrenci anket formunu eksik doldurduğu için örneklemin tamamını 638 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı % 91’14’ dür.

Şekil 3.4.1: Örneklem Alınacak Birey Sayısının Dağılımı

Tabaka No	Okullar	Öğrenci Sayısı (Ni)	Tabaka Ağırlığı (ai=Ni/N)	Tabakadan Örneklem Alınacak Öğrenci Sayısı (ni=aixn)	Araştırmaya Katılan Öğrenci Sayısı
1	Lefkoşa Türk Lisesi	685	0.15	105	100
2	20 Temmuz Fen Lisesi	454	0.10	70	65
3	Bülent Ecevit Anadolu Lisesi	571	0.13	91	90
4	Meslek Lisesi	1886	0.42	294	270
5	Türk Maarif Koleji	833	0.20	140	113
Toplam		4429	1.00	700	638

N_i = Tabakadaki birey sayısı

N =Evrendeki birey sayısı

a_i = Tabaka ağırlığı

n = Örneklem alınacak birey sayısı

n_i =i nolu tabakadan alınacak birey sayısı

3.5. Verilerin Toplanması:

3.5.1. Veri Toplama Araçları

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

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında (Ardıç, 2008; Sarı, 2006; Pender ve diğerleri, 2002) hazırlanmıştır. Form adölesanların yaş, cinsiyet, anne baba eğitimi, aile tipi gibi sosyo-demografik özellikleri yanı sıra boy, kilo, bir sağlık sorununa sahip olma ve daha önce sağlıklı yaşam konusunda bilgi alma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilecek değişkenleri içeren 35 sorudan oluşmaktadır. Beden Kitle İndeksi ise, öğrencilerin kendilerinin ifade ettikleri boy ve kilo ölçümleri kullanılarak Dünya Sağlık Örgütü’nün Beden Kitle İndeksi hesaplama programı ile hesaplanmıştır. Beden Kitle İndeksi değeri 18.5 kg/m² altı zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arası normal kilolu, 25-29.9 kg/m² arası hafif şişman, 30-39.9 kg/m² arası obez (1. derece şişman), 40 kg/m²’nin üzeri morbid obez olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2007).

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ): Hendricks, Pender ve Murdaugh tarafından 1995 yılında geliştirilen Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve

Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması 2003 yılında Ardıç tarafından yapılan Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği toplam 44 maddeden oluşmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli temel alınarak belirlenen ve psikometrik olarak da test edilen ölçeğin toplam yedi alt grubu bulunmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık’ tır. Ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı (cronbach alpha) 0.87, alt ölçeklerin iç tutarlık katsayı (cronbach alpha) değeri ise 0.54 ile 0.77 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin zamana göre değişmezliğini ölçen test tekrar test güvenirliği ölçeğin tamamı için 0.87, alt grupları için ise 0.61-0.84 olarak belirlenmiştir (Ardıç, 2008).

Alt Ölçekler:

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

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

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

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

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

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

-Spiritüel sağlık: Bu alt ölçek bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendirmektedir. Toplam 6 maddeden (9,15, 20, 29, 36, 41) oluşmaktadır.

AYBÖ 4'lü likert tipi bir ölçektir. Puanlama ölçek üzerinde deneklerin yanıtlarına göre yapılmaktadır. Ölçeğin her maddesi “Asla” 1 puan, “Bazen” 2 puan, “Sık sık” 3 puan ve “Her Zaman” 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte, tüm maddelerin puanları yanı sıra her alt ölçeğe ait puanlar da ayrı ayrı hesaplanmakta, böylece toplam ölçek puanı ve her bir alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Adölesan Yaşam Biçimi ölçeğinden en az 44, en fazla 176 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bir kesim noktası bulunmadığı için bireylerin puanı arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi de artmaktadır (Pender ve diğerleri, 2002; Hendricks ve diğerleri 2006; Ardıç, 2008).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının ön uygulaması için Kişisel Bilgi Formu literatürden yararlanılarak hazırlanmış ve kapsam geçerliliği için Prof. Dr. Kafiye EROĞLU ve Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ'tan görüş alınmış ve düzeltmeler yapılmıştır. “Kişisel Bilgi Formu”nun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'ununa (70) ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama 2009-2010 eğitim öğretim yılı Ocak ayında KKTC Mili Eğitim Bakanlığı'na bağlı Lefkoşa İl merkezinde bulunan ve örnekleme alınmayacak olan bir okulda yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda formda gerekli düzeltmeler yapılarak uygulama aşamasına geçilmiştir.

3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından 15 Şubat 2010 ve 31 Mart 2010 tarihleri arasında okullara gidilerek toplanmıştır. Uygulama öncesi okul müdürlüğünden randevu alınarak araştırma, anket, araştırmanın uygulanma şekli ve tahmini uygulama süresi ile ilgili bilgi verilmiş, araştırmanın uygulanacağı tarih ve saatler okul müdürü ve öğretmenlerle birlikte belirlenmiştir. Planlanan tarihlerde öğrencilerin bulundukları sınıflarda veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmacı tarafından öğrencilere araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine bağlı olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden öncelikle aydınlatılmış yazılı onam formunu doldurmaları istenmiştir. Aydınlatılmış yazılı onam formu alınan öğrencilere “Kişisel Bilgi

Formu” ve “Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği” aynı anda verilmiş ve öğrencilerden, ölçeğin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendisini en iyi tanımladığını düşündüğü ifadeyi işaretlemeleri istenmiştir. Öğrencilere ölçeğin tüm maddelerini eksiksiz doldurmalarının araştırma için önemli olduğu özellikle vurgulanmıştır. Öğrencilerin veri toplama araçlarını yanıtlayabilmeleri için yeterli süre verilmiştir. Dağıtılan anketler araştırmacının kendisi tarafından ve araştırmacının yardım aldığı öğretmen tarafından toplanmıştır. Uygulama ortalama 40 dakika sürmüştür.

3.5.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için KKTC Milli Eğitim Bakanlığı’ndan yazılı izin alınmıştır (EK 4). Ayrıca örnekleme oluşturan adölesanlara uygulama öncesi araştırmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmıştır (EK 3). Veri toplama formları doldurulduktan sonra, isteyen öğrencilere sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın bitiminde araştırma sonuçlarının öğrenciler, okul yönetimi ve Milli Eğitim Bakanlığı yetkilileri ile paylaşılması ve konu ile ilgili öğrencilere ve öğretmenlere yönelik eğitim verilmesi planlanmaktadır.

3.5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS for Windows 17.0 (Scientifik Package for Social Statistics) paket programında uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesabı, bağımsız, bağımlı değişkenler ve ortalama arasındaki ilişki ise t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR:

Tablo 4.1. Adölesanların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:638)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Okul		
Sedat Simavi Endüstri Meslek Lisesi	270	45.0
Türk Maarif Koleji	113	18.0
Lefkoşa Türk Lisesi	100	16.0
Bülent Ecevit Anadolu Lisesi	90	14.0
20 Temmuz Fen Lisesi	65	7.0
Sınıf		
Hazırlık	159	24.0
Lise 1	163	25.0
Lise 2	190	30.0
Lise 3	126	19.0
Yaş		
14 - 15	162	25.4
16 - 17	374	58.6
18 – 20	102	16.0
Yaş Ortalaması ($\bar{x} \pm SS$)	16.35 ± 1.11	
Cinsiyet		
Kadın	258	40.4
Erkek	380	59.6
Doğum yeri		
İl	424	66.0
İlçe	181	25.0
Köy	33	9.0
Yaşantının Son Beş Yılımı Geçirdiği Yer		
Köy	222	34.8
Şehir	301	47.4
İlçe	96	15.0
Yurtdışı	19	2.8

Tablo 4.1. (Devam) Adölesanların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:638)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Aylık Harçlık Miktarı		
50-100	276	43.3
101-200	168	26.3
201 tl ve üstü	194	30.4
Sosyal Güvence		
Var	533	83.5
Yok	105	16.5

Tablo 4.1.' de araştırma kapsamında yer alan adölesanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışma grubundaki adölesanların %45.0'inin Sedat Simavi Endüstri Meslek Lisesi'nde öğrenim gördüğü, % 30.0'inin Lise 2. sınıfa devam ettiği, yarıdan fazlasının (%58.6) 16 -17 yaş aralığında iken yaş ortalamasının 16.35 ± 1.11 olduğu ve yarıdan fazlasının (% 59.6) erkek olduğu belirlenmiştir.

Adölesanların yarıdan fazlasının (%66.0) il merkezinde doğduğu ve yaşamının son 5 yılını şehirde geçiren öğrenci sayısının ise yarıya yakın (%47.4) olduğu görülmüştür. Ayrıca adölesanların %43.3'ünün 50-100 tl arasında harçlık aldığı ve çoğunluğunun (% 83.5) bir sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre Dağılımı (n:638)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Aile Tipi		
Çekirdek aile	552	86.5
Geleneksel aile	35	5.5
Parçalanmış aile	51	8.0
Kardeş sayısı		
Yok	69	10.8
1-2	501	78.5
3 ve üzeri	68	10.7
Kaçıncı Çocuk Olduğu		
Birinci	329	51.6
İkinci	234	36.7
Üçüncü ve üzeri	75	11.7
Anne-babanın sağ olma durumu		
Evet	627	98.3
Hayır	11	1.7
Anne eğitimi		
İlkokul mezunu*	152	23.8
Ortaokul ve lise mezunu	395	61.9
Üniversite ve üzeri mezunu	91	14.3
Baba Eğitimi		
İlkokul mezunu*	128	20.3
Ortaokul ve lise mezunu	370	58.7
Üniversite ve üzeri mezunu	140	21.9
Algıladığı aile tutumu		
Olumlu aile tutumu**	455	71.3
Olumsuz aile tutumu***	183	28.7
Kendi Algısına Göre Sosyo-Ekonomik Düzeyi		
Düşük	37	5.8
Orta	168	26.3
İyi	359	56.3
Yüksek	74	11.6

*Okuryazar olmayan ve okuryazar olanlar bu gruba dahil edilmiştir.

**Demokratik

***Otoriter, tutarsız, ilgisiz/kayıtsız, aşırı koruyucu, aşırı hoşgörülü

Tablo 4.2.' de araştırma kapsamında yer alan öğrencilerin ailelerinin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Adölesanların %86.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %98.3'ünün anne ve babasının sağ olduğu görülmektedir. Adölesanların %78.5'inin 1 -2 kardeşi olduğu ve %51.6'sının ailenin birinci çocuğu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %61.9'unun ortaokul ve lise mezunu olduğu ve %53. 5' inin çalışmadığı dikkat çekmektedir. Babaların ise %58.7'sinin ortaokul ve lise mezunu olduğu, %96.7'sinin çalışıyor olduğu ve %58.6' sının esnaf - işçi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu %71.3 ailelerinin kendilerine karşı olan tutumunu olumlu tutum olarak kabul edilen demokratik tutum olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin %56.3' ü kendi algılarına göre sosyo-ekonomik düzeylerini iyi olarak tanımlamışlardır.

Tablo 4. 3. Adölesanların Sosyal Aktiviteye Katılma Durumları ve Katıldıkları Sosyal Aktivitelere Göre Dağılımları (n:638)

	Sayı	%
Okul İçinde ve Dışında Katıldığı Sosyal Aktivite		
Evet	309	48.4
Hayır	329	51.6
Yapılan Sosyal Aktivite*		
Spor	404	63.3
Müzik-dans-folklor	150	23.5
Sinema-tiyatro	84	13.2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4. 3' de Adölesanların sosyal aktiviteye katılma durumları ve katıldıkları sosyal aktivitelere göre dağılımı yer almaktadır. Adölesanların %61.2'sinin herhangi bir aktivitede bulunmadığı saptanmıştır.

Okul içinde veya dışında herhangi bir aktiviteyle uğraşan öğrencilerin ise %63'3'ünün basketbol, futbol, hentbol, voleybol, tenis, masa tenisi vb. sporla ilgilendikleri saptanmıştır.

Tablo 4.4. Adölesanların Sigara-Alkol Kullanma Durumu, Tüketim Sıklığı ve Başlama Yaşına Göre Dağılımları (n:638)

Sigara-Alkol Kullanma Durumu	Sayı	%
Sigara kullanımı (n=638)		
Evet	56	8.9
Hayır	582	91.1
Başlama Yaşı (n=56)		
10 - 14 arası	43	76.7
15 - 18 arası	13	24.2
Günlük Tüketim Miktarı(n=56)		
5 adet ve altı	13	23.2
6 - 10 adet	17	30.3
11 adet ve üzeri	26	46.5
Alkol Kullanımı (n=638)		
Evet	216	33.9
Hayır	422	66.1
Başlama Yaşı (n=216)		
10 yaş ve altı	13	6.1
11 - 13 yaş arası	90	41.4
14 yaş ve üzeri	123	54.3
Haftalık Tüketim Miktarı (n=216)		
1-2 kadeh	145	67.0
3-4 kadeh	43	20.0
5 ve üzeri	28	13.0

Tablo 4.4’ de Adölesanların sigara-alkol kullanma durumu ve tüketim sıklığının dağılımı görülmektedir. Adölesanların çoğunluğunun %91.1 sigara, %66.1’ nin ise alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama yaşının en küçük 10 yaş olduğu ve %46.5’inin günlük adet cinsinden 11 adet ve üzeri sigara içtiği bulunmuştur. Alkol kullananların ise %54.3’ ünün alkole 14 yaş ve sonrasında başladığı ve %67.0’ının haftalık tüketim miktarının kadeh cinsinden 1-2 kadeh olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 5. Adölesanların Sağlığını Algılama, Sağlık Kurumuna Başvurma ve Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilgi Alma ve Bilgi Kaynaklarına Göre Dağılımı (n:638)

Başvurduğu Sağlık Kurumu	Sayı	%
Sağlık Ocağı	34	5.4
Devlet Hastanesi	338	53.0
Özel Hastane	200	31.3
Askeri Hastane	66	10.3
Sağlık Yorumu		
İyi	619	97.0
Kötü	19	3.0
Sağlıklı Yaşam Hakkında Alınan Bilgi		
Evet	556	87.1
Hayır	82	12.9
Bilgi Kaynağı (n=638*)		
Aile bireyi**	364	28.2
Yazılı -görsel basın	390	48.3
Sağlık personeli	223	20.4
Diğer***	22	3.1

*Öğrenciler birden fazla cevap verdiği için n katlanmıştır. Yüzdelere katlanmış n üzerinden alınmıştır.

**Anne, baba, abla, ağabey

***Komşu, yakın arkadaş

Tablo 4.5’ de Adölesanların kendi sağlığını algılama, sağlık kurumuna başvurma ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %53.0’ünün herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığında devlet hastanelerine başvurdukları saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin hiçbirinde kronik bir hastalık veya ilaç kullanımı saptanmamış ve öğrencilerin %97.0’ı kendi sağlık durumunu iyi olarak yorumlamıştır. Ayrıca öğrencilerin %87.1’i sağlıklı yaşam konusunda bilgi aldığını ve bu bilgiyi ilk sırada %48.3 ile yazılı ve görsel basından edindiğini belirtmiştir.

Tablo 4.6. Adölesanların Kilosuna Göre Kendini Algılama ve Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımları (n:638)

Kilosuna göre kendini algılama	Sayı	%
Zayıf	163	26.5
Şişman	242	37.0
Normal	233	36.5
Beden Kitle İndeksi		
Düşük kilolu	204	32.0
Normal kilolu	332	52.0
Aşırı kilolu	85	13.3
Obez	15	2.4
Aşırı obez	2	0.3

Tablo 4.6’da öğrencilerin kendi kilolarını nasıl algıladıkları ve onların belirttiği boy ve kilo değerlerine göre hesaplanan Beden Kitle İndeksi dağılımı verilmiştir. Çalışma grubundaki öğrencilerin %41.1’i 166 – 175 cm boyunda ve %31.2’si 51 – 60 kg arasında olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan adölesanların %37.0’si kendini şişman olarak tanımlamıştır. Hesaplanan Beden Kitle İndeksine göre ise öğrencilerin % 52’si normal kilolu olarak bulunmuştur. Öğrencilerin, boy ortalamaları 170.01 cm, kilo ortalamaları 63.88 kg ve açıkladıkları boy ve kilo kullanılarak hesaplanan Beden Kitle İndeksi ortalamaları 21.99 kg/m olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine Göre AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı ile İlgili Bulgular

AYBÖ ALT GRUPLARI	En Düşük	En Yüksek	$\bar{x} \pm SS$
Sağlık Sorumluluğu	7.00	27.00	15.48 $\pm$ 3.60
Fiziksel Aktivite	6.00	24.00	15.51 $\pm$ 3.87
Beslenme	7.00	28.00	18.30 $\pm$ 3.40
Pozitif Yaşam Bakışı	6.00	24.00	18.9 $\pm$ 3.37
Kişilerarası İlişkiler	6.00	24.00	17.86 $\pm$ 3.31
Stres Yönetimi	6.00	24.00	17.26 $\pm$ 3.07
Spiritüel Sağlık	6.00	24.00	15.98 $\pm$ 3.37
TOPLAM PUAN	44.00	163.00	119.32 $\pm$ 16.82

Tablo 4.7’ de Adölesanların AYBÖ puan ortalamaları yer almaktadır. AYBÖ genelinden alınabilecek minimum puan 44 maksimum puan 176 iken, öğrencilerin AYBÖ toplam puan ortalamaları 119.32 $\pm$ 16.82 olup, minimum puan 44.00, maksimum puan 163.00’dür.

Alt gruplardan alınan puan ortalamaları ise sırasıyla pozitif yaşam bakışı, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık, fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638).

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet								
Kadın	16.10±3.63	14.08±3.66	17.88±3.44	19.38±3.14	19.21±3.05	17.82±3.02	16.33±3.46	120.84±16.46
Erkek	15.06±3.52	16.47±3.72	18.59±3.35	18.56±3.59	16.95±3.17	16.89±3.05	15.74±3.29	118.30±17.00
	t=3.57	t=8.03	t=2.57	t=3.04	t=9.01	t=3.79	t=2.15	t=1.88
	p=0.05	p=0.03	p=0.08	p=0.00	p=0.08	p=0.09	p=0.03	p=0.05
Sınıf								
Hazırlık	15.49±3.45	15.33±3.88	18.43±3.34	18.93±3.26	17.40±3.21	17.32±3.06	15.83±3.37	118.76±16.31
Lise 1	15.52±3.65	16.15±3.99	18.36±3.50	18.98±3.40	18.07±3.40	17.50±2.88	15.80±3.29	120.41±17.77
Lise 2	15.58±3.73	15.55±3.78	18.39±3.35	18.68±3.39	17.80±3.11	17.10±3.04	16.08±3.32	119.22±16.43
Lise 3	15.27±3.54	14.83±3.77	17.94±3.44	19.05±3.49	18.27±3.58	17.14±3.37	16.26±3.55	118.79±16.91
	F=0.19	F=2.94	F=0.60	F=0.38	F=1.89	F=0.57	F=0.59	F=1.14
	p=0.89	p=0.03	p=0.61	p=0.76	p=0.12	p=0.63	p=0.61	p=0.35

Tablo 4.8. (Devam) Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık Sorumluluğu $\bar{x} \pm SS$	Fiziksel Aktivite $\bar{x} \pm SS$	Beslenme $\bar{x} \pm SS$	Pozitif Yaşam Bakışı $\bar{x} \pm SS$	Kişilerarası İlişkiler $\bar{x} \pm SS$	Stres Yönetimi $\bar{x} \pm SS$	Spiritüel Sağlık $\bar{x} \pm SS$	AYBÖ TOPLAM $\bar{x} \pm SS$
Son beş yıl içinde yaşanılan yer								
Köy	15.47±3.73	15.47±4.04	18.36±3.83	18.19±3.64	17.32±3.45	16.93±3.36	15.51±3.56	117.29±18.77
İlçe	15.57±3.55	15.09±4.12	18.13±3.00	19.28±2.80	17.87±3.27	17.47±2.91	15.94±3.14	119.38±15.90
Şehir	15.43±3.50	15.66±3.68	18.29±3.21	19.38±3.20	18.37±3.12	17.48±2.90	16.31±3.24	120.96±15.29
Yurtdışı	16.00±4.12	15.63±3.71	18.68±3.07	17.47±3.90	16.10±3.49	16.63±2.79	16.36±3.77	116.89±18.79
	F=1.16 p=0.92	F=0.53 p=0.65	F=0.18 p=0.91	F=7.00 p=0.00	F=6.24 p=0.00	F=1.78 p=0.14	F=2.50 p=0.05	F=2.17 p=0.09

Tablo 4.8.(Devam) Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Tanıtıcı Özellikler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Sosyoekonomik Durum								
Düşük	14.10±4.14	13.21±3.98	16.40±4.48	16.59±4.48	15.51±4.45	14.72±4.02	14.72±3.66	105.29±22.02
Orta	15.30±3.70	14.70±3.45	17.94±3.11	18.19±3.45	17.35±3.31	16.88±2.80	15.47±3.29	115.85±15.61
İyi	15.61±3.37	15.96±3.92	18.57±3.23	19.34±3.15	18.34±2.97	17.63±2.90	16.12±3.36	121.61±15.54
Yüksek	15.95±4.00	16.27±3.86	18.82±3.86	19.45±2.98	17.89±3.61	17.63±3.27	17.10±3.11	123.24±17.90
	F=2.55	F=9.71	F=5.91	F=11.46	F=10.53	F=11.91	F=6.09	F=15.42
	p=0.05	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.14	p=0.00	p=0.00
Sosyal Güvence								
Var	15.66±3.56	17.26±3.32	18.40±3.36	19.04±3.28	18.03±3.21	17.33±3.00	16.11±3.26	120.39±16.38
Yok	14.60±3.69	13.86±3.63	17.82±3.60	18.13±3.76	17.04±3.68	16.94±3.41	15.32±3.81	113.39±16.38
	t=2.68	t=4.74	t=1.51	t=2.32	t=2.55	t=1.08	t=1.99	t=3.42

Tablo 4.8' de Adölesanların AYBÖ ölçeği puan ortalamalarının sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde kızların AYBÖ toplam puanı, pozitif yaşam bakışı ve spiritüel sağlık alt ölçek puanı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin ise fiziksel aktivite puanının kızlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tabloda adölesanların sınıflarına göre, fiziksel aktivite puanı en yüksek olan grubu birinci sınıf öğrencilerinin oluşturduğu görülmektedir (16.15 ± 3.99). Yapılan değerlendirmede ise birinci sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite puanının sadece üçüncü sınıfların fiziksel aktivite puanından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların yaşamlarının son beş yılını geçirdikleri yer ile AYBÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). AYBÖ alt ölçek puanlarından pozitif yaşam bakışı puanı ve kişilerarası ilişkiler puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşamının son beş yılını şehirde geçirenlerin pozitif yaşam bakışı puanı (19.38 ± 3.20) ve kişilerarası ilişkiler puanı (18.37 ± 3.12) yurt dışında geçirenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Adölesanların kendi algılamalarına göre sosyoekonomik düzeyleri ile AYBÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu alt ölçeği dışındaki diğer alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemeye yönelik olarak yapılan analiz sonucunda kendi sosyoekonomik düzeyini yüksek olarak belirtenlerin fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık ve AYBÖ toplam puan ortalaması düşük ve orta olarak belirtenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca kendi sosyoekonomik düzeyini yüksek olarak belirtenlerin beslenme puanı, kişilerarası ilişkiler puanının da sosyoekonomik durumunu düşük olarak belirtenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Adölesanların AYBÖ ölçeği puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımına bakıldığında ise sosyal güvenceleri olan adölesanların

pozitif yaşam bakışı puanı, kişilerarası ilişkiler puanı ve spiritüel sağlık puanı sosyal güvencesi olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Ailesel Özellikler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Aile Tipi								
Çekirdek Aile	15.56±3.58	15.59±3.84	18.38±3.41	18.96±3.29	17.96±3.30	17.34±3.05	16.00±3.41	119.83±16.66
Geleneksel Aile	14.51±4.07	16.05±4.15	18.00±3.62	18.45±4.13	16.71±3.23	16.02±3.25	15.08±3.27	114.85±20.39
Parçalanmış Aile	15.29±3.45	14.21±3.92	17.70±3.16	18.41±3.69	17.56±3.36	17.31±3.08	16.37±2.89	116.88±15.47
	F=1.48	F=0.35	F=1.07	F=0.94	F=2.59	F=3.02	F=1.59	F=2.03
	p=0.22	p=0.03	p=0.34	p=0.38	p=0.75	p=0.04	p=0.20	p=0.13
Kardeş Sayısı								
Yok	15.76±3.71	15.92±3.66	18.27±2.92	18.85±3.40	18.50±3.04	17.73±3.02	16.37±3.04	121.44±16.85
1-2	15.40±3.59	15.66±3.91	18.39±3.40	18.97±3.29	17.91±3.25	17.27±3.05	15.96±3.38	119.60±16.54
3 ve üzeri	15.77±3.56	13.94±3.49	17.67±3.82	18.36±3.95	16.88±3.80	16.70±3.24	15.77±3.61	115.13±18.37
	F=0.55	F=6.48	F=1.35	F=0.97	F=4.37	F=1.95	F=0.60	F=2.74
	p=0.57	p=0.00	p=0.25	p=0.38	p=0.01	p=0.14	p=0.54	p=0.65

Tablo 4.9 (Devam) Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Ailesel Özellikler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Anne yada Baba Hayatta mı								
Evet	15.52±3.58	15.52±3.86	18.34±3.36	18.93±3.29	17.90±3.27	17.30±3.01	16.04±3.33	119.59±16.41
Hayır	13.36±4.08	14.27±4.75	16.09±4.84	16.45±6.25	15.81±5.17	15.27±5.29	12.72±4.36	104.10±29.93
	t=1.74	t=0.87	t=1.53	t=1.31	t=1.33	t=1.26	t=2.50	t=1.72
	p=0.40	p=0.42	p=0.08	p=0.00	p=0.01	p=0.00	p=0.15	p=0.00
Anne Eğitimi								
İlkokul Mezunu	15.76±3.88	14.66±3.93	18.03±3.60	18.63±3.53	17.24±3.34	16.91±3.08	15.86±3.17	117.13±17.51
Ortaokul ve Lise Mezunu	15.36±3.51	15.70±3.85	18.34±3.39	18.89±3.37	17.80±3.28	17.27±3.14	15.89±3.50	119.28±16.80
Üniversite ve Üzeri Mezunu	15.56±3.49	16.08±3.73	18.58±3.09	19.32±3.11	19.18±3.04	17.82±2.70	16.59±3.06	123.16±3.06
	F=0.72	F=5.19	F=0.79	F=1.19	F=10.24	F=2.50	F=1.72	F=3.69
	p=0.48	p=0.00	p=0.04	p=0.30	p=0.00	p=0.08	p=0.17	p=0.02

Tablo 4.9. (Devam) Adölesanların Ailesel Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Ailesel Özellikler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Baba Eğitimi								
İlkokul Mezunu	15.48±3.60	15.51±3.87	18.30±3.40	18.89±3.37	17.86±3.31	17.26±3.07	15.98±3.37	119.32±16.82
Ortaokul ve Lise Mezunu	15.36±3.74	15.58±3.89	18.03±3.54	18.97±3.40	17.99±3.23	17.33±3.16	16.11±3.35	119.40±17.22
Üniversite ve Üzeri Mezunu	15.09±3.13	15.86±4.01	18.62±3.42	19.35±3.20	18.67±3.05	17.66±2.80	16.35±3.40	121.63±15.91
	F=1.27	F=1.02	F=1.14	F=1.86	F=6.47	F=1.67	F=1.54	F=1.85
	p=0.28	p=0.36	p=0.32	p=0.15	p=0.00	p=0.18	p=0.21	p=0.15

Tablo 4.9’da adölesanların ailesel özelliklerine göre AYBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde aile tipine göre adölesanların sağlık sorumluluğu, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık ve AYBÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık yokken, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan değerlendirmede çekirdek ailede yaşayan adölesanların fiziksel aktivite puanı parçalanmış ailede yaşayanlardan; stres yönetimi puanı ise geleneksel ailede yaşayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların kardeş sayısına göre AYBÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Kardeş sayısına göre AYBÖ’nin fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Farkların hangi gruplar arasındaki puan ortalamasından kaynaklandığı değerlendirildiğinde ise; 3 ve üzeri kardeşi olanların fiziksel aktivite puanının (13.94 ± 3.49) kardeşi olmayan ve bir ya da iki kardeşi olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 3 ve üzeri kardeşi olanların kişilerarası ilişkiler puanında (16.88 ± 3.80) kardeşi olmayan ve bir ya da iki kardeşi olanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların AYBÖ puan ortalamalarının anne ya da babanın sağ olma durumlarına göre dağılımına tablodan bakıldığında; anne ya da babası hayatta olan adölesanların pozitif yaşam bakışı puanı, kişilerarası ilişkiler puanı, stres yönetimi puanı ve AYBÖ toplam puanı anne ya da babası hayatta olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo incelendiğinde adölesanların annelerinin eğitim durumu ile fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt ölçek puanları ve AYBÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Farkların kaynaklandığı gruplar değerlendirildiğinde ise; annesi üniversite mezunu veya üzeri olan adölesanların fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı ve AYBÖ toplam puanı annesi ilkököl, ortaokul ve lise mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların babalarının eğitim durumuna göre ise sadece kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının değişim gösterdiği belirlenmiştir. AYBÖ toplam ve diğer

alt ölçek puanlarının babanın eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda babası üniversite ve üzeri mezunu olan adölesanların kişilerarası ilişkiler puanının diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Adölesanların Bazı Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638).

Sağlığını Algılama	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
İyi	15.58±3.56	15.59±3.84	18.43±3.32	18.99±3.26	17.92±3.26	17.34±3.00	16.05±3.31	119.93±16.20
Kötü	12.42±3.46	12.89±4.30	14.26±3.75	15.68±5.13	15.94±4.44	17.43±4.33	13.57±4.45	99.52±23.87
	F=0.03	F=0.41	F=0.56	F=8.63	F=3.87	F=6.39	F=5.19	F=6.07
	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.00	p=0.01	p=0.00	p=0.00	p=0.00
Sosyal Aktivite								
Var	15.70±3.64	17.26±3.32	18.59±3.26	19.32±3.16	18.21±3.06	17.74±2.82	16.30±3.29	123.15±15.20
Yok	15.28±3.55	13.86±3.63	18.03±3.51	18.49±3.52	17.54±3.50	16.82±3.24	15.68±3.42	115.73±17.48
	t=1.46	t=12.35	t=2.09	t=3.10	t=2.57	t=3.84	t=2.34	t=5.73
	p=0.90	p=0.36	p=0.35	p=0.16	p=0.06	p=0.00	p=0.94	p=0.15

Tablo 4.10. (Devam) Adölesanların Bazı Özelliklerine Göre AYBÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=638)

Sigara Kullanma	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Bakışı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık	AYBÖ TOPLAM
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Evet	13.28±3.33	14.69±3.43	16.58±3.46	17.26±3.74	16.05±3.66	15.91±3.29	15.55±3.99	109.35±17.96
Hayır	15.69±3.55	15.59±3.91	18.47±3.35	19.05±3.30	18.04±3.23	17.39±3.02	16.02±3.30	120.28±16.40
	t=-5.14	t=-1.83	t=-3.90	t=-3.44	t=-3.91	t=-3.25	t=-0.86	t=-4.38
	p=0.40	p=0.10	p=0.56	p=0.16	p=0.00	p=0.77	p=0.03	p=0.48
Sağlıklı Yaşam Hakkında Bilgi Alma								
Evet	15.75±3.56	15.79±3.80	18.51±3.34	19.12±3.18	18.18±3.12	17.55±2.91	16.24±3.34	121.15±15.82
Hayır	13.68±3.34	13.62±3.90	16.92±3.50	17.35±4.19	15.73±3.78	15.35±3.46	14.25±3.06	106.92±18.19
	F=5.18	F=4.71	F=3.84	F=3.67	F=5.58	F=5.46	F=5.40	F=6.71
	p=0.86	p=0.79	p=0.86	p=0.00	p=0.03	p=0.01	p=0.30	p=0.13

Tablo 4.10'da Adölesanların bazı özelliklerine göre AYBÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Adölesanların kendi sağlıklarını algılamaları ve AYBÖ toplam puan ve tüm alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemeye yönelik olarak yapılan analiz sonucunda kendi sağlığını kötü olarak algılayan adölesanların AYBÖ toplam puanı ve tüm alt grup puan ortalamalarının sağlığını iyi olarak algılayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sosyal aktivitelere katılan adölesanların, AYBÖ' nin stres yönetimi alt ölçek puanının katılmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Adölesanların AYBÖ puan ortalamalarının sigara ve alkol kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında (Tablo 4.10), sigara içmeyen adölesanların içenlere göre kişilerarası ilişkiler puanı ve spiritüel sağlık puanının yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Alkol kullanımı ile AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tabloda adölesanların AYBÖ ortalamalarının sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma durumlarına göre dağılımına bakıldığında sağlıklı yaşam hakkında bilgi alan adölesanların pozitif yaşam bakışı puanı, kişilerarası ilişkiler puanı ve stres yönetimi puanı ortalamalarının bilgi almayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunduğu görülmektedir ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA:

Adölesan dönemi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada tartışma iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirleyen AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının, ikinci bölümde ise adölesanların tanıtıcı özelliklerine göre AYBÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının tartışması yer almaktadır.

Liseli adölesanlarla yapılmış benzer içerikli çalışma sayısı oldukça azdır (Ardıç, 2008 ve Hendricks ve diğerleri, 2006) Bu yüzden üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. (Dowdell ve Santucci, 2004; He ve diğerleri, 2004; Turbin ve diğerleri, 2007; Sharkey ve diğerleri, 2008; Rew ve Horner, 2003; Jembere ve diğerleri, 2010; Sarı, 2006; Nowling ve Colder, 2007; Petrie ve diğerleri, 2007; Liang ve diğerleri, 2007; Gürol, 2008; Alikashiöğlu, 2008; Ata, 2008; Ball ve Bindler, 2006; Yıldırım, 2005; Ünalın ve diğerleri, 2007; Ergün ve Bayık 2004).

5.1. Adölesanların AYBÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Tartışılması

Adölesanların sağlık davranışlarına sahip olma düzeyini belirleyen AYBÖ toplam puanı ve alt grup puanlarının yüksek oluşu adölesanların sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve kazanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Hendricks ve ark. 2006). Araştırmamızda adölesanların sağlık yaşam biçimi davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren AYBÖ puanları 119.32 ± 16.82 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Bu bulgu aynı ölçek kullanılarak Ardıç (2008)' ın (122.1 ± 14.5) ve Hendricks ve arkadaşlarının (2006) (117 ± 19.00) belirlediği liseli adölesanların sağlık davranışlarına ilişkin elde edilen toplam puan ortalamaları ile benzerlik göstermektedir. AYBÖ' nden en düşük 44, en yüksek 176 puan alındığı dikkate alınırsa çalışmamıza katılan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin gerekliliği yanı sıra buna yönelik çeşitli olanakların yaratılmasının önemini de göstermektedir.

Çalışmamıza katılan AYBÖ puan ortalamaları alt gruplarına göre incelendiğinde gençlerin en yüksek puanı (18.90 ± 3.37) hayata ilişkin olumlu bakışı

ve düşünceyi gösteren pozitif yaşam bakışı alt grubundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7). Ardıç'da adölesanların en yüksek puanı pozitif yaşam bakışı alt grubundan aldığını saptamıştır (Ardıç, 2008). Özmen ve ark.'da (2007) yaptıkları araştırmada ergenlerin %86.3'ünün geleceklerine umutlu baktıklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda gelecek yaşama ilişkin olumlu bakışın olumlu sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürme açısından önemli bir adım olduğu da vurgulanmaktadır (Ardıç, 2008; Regina ve ark. 2005). Çalışmamıza katılan adölesanların yaşama ilişkin olumlu bakış açısına sahip olduğunu gösteren bu bulgu bir yandan gençlerin umudunu diğer yandan ise olumlu sağlık davranışları kazanmaya ilişkin hazır oluşluk düzeylerinin yüksek olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Araştırmamızda AYBÖ puan ortalamaları alt gruplarına göre incelendiğinde gençlerin ikinci yüksek puanı (18.30 ± 3.40) beslenme alışkanlıkları ve öğün seçimleri ile ilgili özelliklerini belirleyen beslenme alt grubundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bu alt grupta en düşük 7 en yüksek 28 puan alınmaktadır. Ardıç (2008)' in aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada bulduğu beslenme alt grubu puanı (18.40 ± 3.23) çalışmamızla paralellik göstermektedir. Adölesan dönem gençlerin beslenme alışkanlıklarını belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalara bakıldığında Sarı (2006) 14 yaş grubu adölesanların üç öğün yemek yeme alışkanlığını %67. 4, 17 yaş grubunun ise %44. 9 olduğunu belirlemiştir. Demirezen ve Coşansu (2005) ise yaş ile birlikte adölesanların beslenme alışkanlıklarına ilişkin risklerin arttığını saptamıştır. Beslenme alışkanlığının erken yaşlardan itibaren kazanılan bir davranış olduğu göz önüne alındığında bir yandan gençlerin ailede kazandığı beslenme alışkanlıklarının istendik düzeyde olmadığı diğer yandan ise okullarda düzenli yemek yeme alışkanlığının sürdürülemiyor olmasının bu sonucu doğurmuş olabileceği düşünülebilir. Ayrıca yaşları ilerledikçe aileden bağımsız olma isteği ve gayreti ile evde geçirdikleri zaman azalırken dışarıda arkadaş grupları ile daha fazla zaman geçirmeye başlayan adölesanların yemek yeme alışkanlıklarının da giderek değişmeye başladığı şeklinde de yorumlanabilir.

Gençlerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi ile ilgili iletişim özelliklerini ve sürekliliğini açıklayan kişilerarası ilişkiler alt grubundan alınan puan 17.86 ± 3.31 olarak bulunmuştur. Bu puan Ardıç (2008) in araştırma sonucundan (18.50 ± 2.63)

çok azda olsa düşüktür. Adölesan dönem özellikle yaşanan biyopsikososyal özellikler nedeniyle birçok riski beraberinde getirmektedir. Bu nedenle adölesan dönemde gençlerin aile ve arkadaş grubunu destek kaynağı olarak algılaması ve karşılıklı iletişim içinde olması büyük önem taşımaktadır. Yayınlarda da aile, arkadaş ve sağlık görevlileri ile olumlu bir etkileşim içinde olmanın, adölesanların olumlu sağlık davranışı kazanmasında ve sorumluluk almasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 2005, Pender ve ark. 2002). AYBÖ' nin kişiler arası ilişkiler alt grubunda en düşük 6 en yüksek 24 puan alınabileceği dikkate alındığında bu çalışmaya katılan adölesanların aile, arkadaş ve yakın çevresi ile kurduğu iletişimin gelişmiş olduğu düşünülebilir. Bu açıdan ülkemizin küçük bir toplum olması ve ulaşım, ihtiyaçları karşılama gibi gereksinimlere ayrılan zamanın az olması sosyal ilişkilere ayrılan zamanı arttırarak olumlu bir katkı yaratmış olabilir.

Çalışmamızda gençlerin stres kaynakları ve bununla baş etme yollarını belirleyen stres yönetimi alt grubundan alınan puan 17.26 ± 3.07 olarak bulunmuştur. Bu alt grupta en düşük 6 en yüksek 24 puan alınmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında stres yönetimi puanını Ardıç (2008) 18.10 ± 2.69 , Hendricks ve arkadaşları (2006) ise 19.00 ± 4.00 olarak bulmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgu iki çalışmanın sonuçlarından düşüktür. Çalışmamıza katılan adölesanların stres kaynaklarını ve bununla baş etme yollarını gösteren bu bulgu gençlerin stres yönetimi konusunda zorlandıklarını göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca başlı başına bir stres kaynağı olan adölesan dönemdeki gençlerin gereksinim duyduğu stresle baş etme becerilerinin kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasının gerekliliğini de düşündürmektedir.

AYBÖ spiritüel sağlık alt grubu; gençlerin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını belirlemektedir. Araştırma grubundaki adölesanların spiritüel sağlık puanı 15.98 ± 3.37 olarak bulunmuştur. Bu alt grupta en düşük 6 en yüksek 24 puan alınmaktadır. Ardıç (2008) aynı ölçekle yapmış olduğu çalışmasında spiritüel sağlık alt grup puanını 17.30 ± 3.13 olarak bulmuştur. Literatürde de spiritüel yanın yani maneviyatın adölesan dönemde görülme sıklığı yüksek olan riskli sağlık davranışlarına karşı koruyucu olarak görev yaptığı bildirilmektedir (Goldstein, 2010; Dowling ve diğerleri, 2004; Arslan ve Şener, 2009). Adölesan dönemde bu denli

önemli olan spiritüel sağlık puanının düşük olması gençlerimizin inanç, manevi görüşler ve değer yargıları açısından gelişmelerini tamamlamamış oldukları şeklinde yorumlanabilir.

AYBÖ fiziksel sağlık alt grubu; gençlerin düzenli fiziksel aktiviteleri hangi oranda yaptıklarını belirlemektedir. Dinamizm ve hareket olarak en aktif dönemlerden biri olan adölesan dönemdeki gençlerin fiziksel aktivite alt grubundan aldıkları puan (15.51 ± 3.87) olarak bulunmuştur. Bu alt grupta en düşük 6 en yüksek 24 puan alınması göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan adölesanların fiziksel aktivitelerinin yeterli olmadığı düşünülebilir. Ardiç (2008) aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt grubu puanını (14.70 ± 3.72) daha düşük bulmuştur. Çeviren (2003) 14-18 yaş grubu adölesanlarla yaptığı çalışmada öğrencilerin düzenli egzersiz yapmadıklarını, Vaizoğlu ve arkadaşları (2004) lise 1.sınıf öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili yaptıkları araştırmada öğrencilerin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğunu saptamışlardır. Ayrıca egzersizin adölesan döneme özgü sorunlar ile baş etme de, kendine güvenin ve akademik başarının artmasında etkili olduğu belirtilmiştir (Erci ve diğerleri, 2001; Güner ve Demir, 2006). Bu bakış açısı dikkate alındığında çalışmamıza katılan adölesanların fiziksel aktivite ve egzersiz yapmasına olanak sağlayan ortamların yaygınlaştırılması yanı sıra teşvik edici yaklaşımların da artırılması gerektiği düşünülebilir.

AYBÖ sağlık sorumluluğu alt grubu; gençlerin kendi sağlıkları üzerindeki sorumluluklarını ve ne düzeyde katkıda bulunduklarını belirtmektedir. Bireyin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlara başlamasını, kazanmasını ve devam ettirmesini etkilemektedir. Araştırma grubundaki adölesanların sağlık sorumluluğu alt grubundan aldıkları puan (15.48 ± 3.60) olarak bulunmuştur. Bu alt grupta en düşük 7 en yüksek 28 puan alınmaktadır. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar incelenmiştir. Hendricks ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada sağlık sorumluluğu alt grubu puanı (16.00 ± 4.00) olarak bulunmuştur. Ardiç (2008) çalışmasında sağlık sorumluluğu alt grubu puanını (15.90 ± 3.30) bulmuştur. Çalışmamız sonucunda adölesanların sağlık sorumluluğu alt grubuna dair elde edilen bulgu, Ardiç (2008) ve Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın çalışma sonuçlarıyla büyük benzerlik göstermektedir. Bilindiği gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını

benimseme ve sürdürmede bireyin kendi sağlığının sorumluluğunu kazanmış olması çok önemli bir faktördür.

5.2. Adölesanların Tanıtıcı Özelliklerine göre AYBÖ Toplam Puanı ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışma sonuçlarına göre kızların sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık ve AYBÖ toplam puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin ise fiziksel aktivite puanının kızlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ardiç'da (2008) bu çalışma sonuçları ile uyumlu olarak, kızların sağlık sorumluluğu ve pozitif yaşam bakışı puanını erkeklere göre, erkeklerin ise fiziksel aktivite puanını kızlara göre daha yüksek bulmuştur. Araştırma sonuçlarından farklı olarak ise cinsiyet ile AYBÖ toplam puan ortalaması ve spiritüel sağlık puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirlemiştir. Ünal ve ark. (2007) bildirdiğine göre Ergün ve ark.(2004) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalar sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından kızlarla erkekler arasında farklılıklar olduğunu göstermektedir (Al-Kandari ve Vidal, 2007). Kızlarda sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek oluşu, kadınların sağlıklı görünme, kendine bakım, fiziki durumunu koruma gibi alanlarda daha hassas ve bilinçli olmaları ile açıklanabilir. Pozitif yaşam bakışının bireylerin umut içinde yaşamlarını sürdürmesi yanı sıra sağlık davranışlarını da etkilediği ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Öz, 2001). Bu durumda kadın adölesanların yaşam doyumunun daha yüksek olduğu ve sahip oldukları olumlu bakış açısının olumlu sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürme açısından bir avantaj olduğu düşünülebilir. Ayrıca kültürümüzde iletişim kurma, karşıdakinin sıkıntısını anlama, destek olma gibi alanlarda ailelerin kız çocuklarından daha fazla beklenti içinde olması ve bu beklentiyi karşılamanın önemi nedeniyle manevi ve ahlaki değerleri kapsayan spiritüel sağlık puanının yükselmiş olabileceği düşünülebilir. Erkek adölesanların fiziksel aktiviteye olan yatkınlıkları nedeniyle fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olması ise beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir. Egzersizin sağlık üzerine olumlu etkisi nedeniyle son yıllarda adölesan dönemde özellikle kadınların fiziksel aktiviteye daha fazla yöneldikleri vurgulanmakla birlikte (Koç ve

Hürmüz 2003), fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha yaygın olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Dowdell ve Santucci, 2004; CDC 2006). Erkeklerin bu alanda rahat hareket edebilme serbestliğine sahip olmalarına karşılık kadınların cinsiyetlerine bağlı olarak ve kültürel sebeplerle daha sınırlı hareket serbestliğine sahip olmaları ile ilişkili olabileceği de düşünülebilir.

Adölesanların sınıflarına göre AYBÖ fiziksel aktivite alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$, Tablo, 4.8). Ardıç (2008) ise yaptığı çalışmada öğrencilerin sınıflarına göre farklılık belirlememiştir. Aslında adölesan dönem bir süreç olarak göz önüne alındığında yaş ilerledikçe gencin benlik algısı yanı sıra kendi değerler sisteminin oluşması ile sağlığına verdiği değerin ve sağlıklı ilişkili davranışlarının daha da gelişeceği savunulmaktadır (Jessor ve diğerleri, 2003; Özcebe ve Van Dam, 2005). Çalışmada birinci sınıfların fiziksel aktivite puanının sadece üçüncü sınıfların fiziksel aktivite puanından istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olması üçüncü sınıfların hayatlarının dönüm noktası olan üniversite sınavı odaklanmaları nedeni ile fiziksel ve sosyal aktivitelere zaman ayıramadıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada yaşamının son beş yılını şehirde geçiren adölesanların pozitif yaşam bakışı puanı ve kişilerarası ilişkiler puanı yurtdışında geçirenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo,4.8). Lise (Ardıç, 2008) ve üniversite (Zaybak ve Fadıllıoğlu, 2000; Yıldırım, 2005) öğrencilerinde yapılan bazı çalışmalarda araştırma bulgusunu desteklemektedir. Yaşamın her alanında bireye farklı alternatifler sunan ve bireyi bu olanaklara ulaşma konusunda motive eden gelişmiş ilçe ve şehirlerde yaşama adölesanların pozitif yaşam bakışını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Yurt dışında yaşamış olan bireylerin akraba çevresinden uzak olma, kültür, dil, din farklılığı nedeniyle arkadaş ve aile ile iletişimin niteliği, sürekliliği ve ilişkinin düzeyinin etkilendiğini belirten çalışmada (Şahin 2001) desteklemektedir.

Talan (2006) ve Phipps'in (2003) çalışmalarında ekonomik gelişmişlik ile sağlık düzeyi arasında karşılıklı nedensellik ilişkisi bulunduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da bireylerin sağlığını ve sağlıklı ilgili davranışlarını gelir dağılımı, algılanan sosyoekonomik düzey, sağlık güvencesi gibi sosyo ekonomik faktörlerin etkilediği üzerinde durulmaktadır (Kayıhan, 2007; www.İstanbultabib.com.; Koçoğlu

ve Akın, 2009; Aasmund, 2009; Hanson ve Chen, 2007; Diez ve Perez, 2010). Çalışma sonucunda kendi sosyo-ekonomik düzeyini yüksek ve iyi olarak belirtenlerin AYBÖ toplam puanı, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması, düşük olarak belirtenlerden yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Literatürde adölesanların öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki tercihlerini bireysel farkındalık yanı sıra sosyo ekonomik düzeyinde etkilediğini ve düşük sosyoekonomik durumun adölesanların beslenme davranışları üzerinde olumsuz etkisi olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Baysal, 2003; Öncel ve ark.2006; Teksöz, 2010; Molcho ve diğerleri, 2007; Acheson, 2000). Ayrıca bazı çalışmalarda fiziksel aktiviteye yönlendirilme ve olanaklara ulaşmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan gençlerin daha dezavantajlı olduğu da belirtilmektedir (Danacı, 2008; Gün, 2006; Lindström ve diğerleri, 2001; Powell ve diğerleri, 2004). Çalışma sonucu sosyo ekonomik düzeyin beslenme, diyet ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğunu ve ekonomik düzey yükseldikçe ulaşılabilirlik ve faydalanma düzeyinin artış gösterdiğini vurgulayan Roberts ve diğerleri'ni (2007) desteklemektedir.

Sosyoekonomik düzeyini yüksek ve iyi olarak belirten adölesanların AYBÖ toplam puan ortalaması düşük olarak belirtenlerden daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo, 4.8). Sonuçlar sosyal ve ekonomik etkenlerin bireylerin yaşam koşullarını, fiziksel, sosyal ve kültürel olanaklarını belirlediğini ve bireylerin kişisel sağlık davranışlarını etkilediğini vurgulayan literatürü desteklemektedir (Molcho ve diğerleri, 2007; Roberts ve diğerleri (2007); He ve diğerleri (2004) ile Turbin ve diğerleri (2006). Bu konuda Türkiye’de yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi benzer şekilde tanımlanmıştır (Koçoğlu ve Akın, 2009; Teksöz, 2010; İlhan ve diğerleri, 2010; Ergül, 2005).

Kendi sosyo-ekonomik düzeyini yüksek ve iyi olarak belirten adölesanların pozitif yaşam bakışı alt ölçeği puanı düşük olarak belirtenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Özmen ve ark.’da (2007) sosyoekonomik düzeyi düşük olan ergenlerin daha umutsuz olduklarını belirlemiştir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması ile olanaklara ulaşma ve faydalanma düzeyinin azaldığını belirten Koçoğlu ve Akın (2009)’ ın çalışma sonucu da dikkate alındığında

sosyoekonomik düzeyini düşük algılayan adölesanların hayata bakış açılarını içeren pozitif yaşam bakışının daha olumsuz olduğu düşünülebilir.

Ayrıca sosyal güvenceleri olmayan adölesanlarında pozitif yaşam bakışı puanının sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Ülkemizde sağlık güvencesinden faydalanabilmek için devlet memuru olmak ya da sosyal sigortaya sahip olmak gerekmektedir. Devlet memurları herhangi bir ücret yatırmadan sosyal güvenceye sahip olurken özel kurumlarda çalışan işçiler için işveren tarafından sosyal sigortalara belirli bir ücret yatırılması gerekmektedir. Görüldüğü gibi ancak devlet ya da özel bir işyerinde çalışan ve belirli gelir düzeyi olanların sosyal güvencesi bulunmaktadır (K.K.T.C.Sosyal Güvenlik Yasası, 2007). Bu sonuç ailenin düzenli bir sosyal güvence ve belirli bir gelir düzeyine sahip olmasının çocuklarında geleceğe yönelik bir güvence duygusu oluşturduğu yönünde yorumlanabilir. Ayrıca bu bulgu geleceğe pozitif olarak bakabilmede bir sosyal güvenceye sahip olmanın önem taşıdığını göstermesi bakımından da dikkat çekicidir.

Sosyoekonomik faktörlerin ve sosyal güvencenin bireylerin bakış açısını ve yaşam biçimini etkilediği belirtilmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009). Çalışmada kendi sosyoekonomik düzeyini yüksek olarak tanımlayanların düşük olarak tanımlayanlara, sosyal güvenceleri olanların olmayanlara göre kişilerarası ilişkiler puanı yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Aileden çok arkadaş grubu ile beraber gezme, vakit geçirme gibi ilişkilerin arttığı, giyime, kuşama özen göstermenin önem kazandığı bu dönemde sosyoekonomik koşulların gençlerin kişilerarası ilişkilerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve sosyal güvencesi olmayan adölesanların spiritüel sağlık puan ortalaması daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Temel insan gereksinimlerine göre birey öncelikle beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerini karşıladıktan sonra maneviyat ve moral değerleri karşılama gereksinimi içine girmektedir (Kostak 2007). Sosyoekonomik koşullarını daha yüksek olarak algılayan ve bir sosyal güvencesi olan adölesanların manevi değer yargılarının ve ahlaki değerlerinin yüksek olması beklenen sonuç olarak yorumlanabilir.

Çalışmada geleneksel ailede yaşayan adölesanların fiziksel aktivite alt ölçek puanı parçalanmış ailede yaşayanlara göre daha yüksektir. Çekirdek ailede yaşayan

adölesanların ise stres yönetimi puanı geleneksel ailede yaşayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo, 4.9). Ardıç (2008) çalışmasında aile tipi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Bazı araştırmalarda ise birey sayısının artışı ile stres yönetimi de dahil, bireyin sağlıklı davranışlarının olumsuz yönde etkileneceği bildirilmektedir (Sharkey ve diğerleri, 2008; He ve diğerleri, 2004; Rew ve Horner, 2003). Anne ve babanın ayrı olduğu parçalanmış ailelerde ana babaların çocukların gereksinimlerini ve ihtiyaç duyduğu desteği ve olanakları vermekte güçlük çektikleri belirtilmektedir (Özmert, 2006). Bu nedenle çocuğun motor ve bilişsel gelişimi yanısıra benlik saygısının yükselmesi, baş etme becerilerinin gelişmesi ve sosyalleşmesinde önemi olan fiziksel aktiviteye yönelmesi daha da önem kazanmaktadır. Daha az çocuk sahibi olan çekirdek ailede anne-babanın çocuklara daha fazla zaman ayırabileceği ve çocuklarla ilgili daha olumlu tutum içinde olabileceği vurgulanmaktadır (Blum ve diğerleri, 2000; Stewart ve Menning, 2009). Çekirdek ailede yaşayan adölesanların ise geleneksel ailede yaşayanlara göre kendilerine ve sağlıklarına daha fazla zaman ayırabildiklerini, aile içi etkileşimin onları olumlu yönde etkilediğini ve bunların stresörlerle baş etmede etkili olduğu düşünülebilir.

Ailedeki birey sayısı arttıkça sağlığı geliştirme davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Pender ve Barkauskas 1992). Çalışmada 3 ve üzeri kardeşi olan adölesanların fiziksel aktivite puanı ve kişilerarası ilişkiler puanı kardeşi olmayan ve bir ya da iki kardeşi olanlardan daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo, 4.9). Ailedeki üye sayısının artması ile bireye düşen gelir düzeyinin azalması ve bireyin sosyal, fiziksel olanaklardan daha az pay alması bir etken olarak düşünülebilir. Ayrıca kardeş sayısının az olması ile aile içi iletişimin, paylaşımın daha fazla ve daha güçlü olduğu şeklinde de yorumlanabilir.

Anne ve babası hayatta olan adölesanların AYBÖ, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanı anne ya da babası hayatta olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, tablo 4.9). Anne babanın sağ olması ile aile içi paylaşımların ve aile bağlarının daha güçlü olacağı ve bunun gençlerin çevreye, yaşama, geleceğe daha güvenli, olumlu bakmasında etkili olabileceği düşünülebilir. Diener ve Seligman' da (2002) annesinin ve babasının varlığı ile onlarla geçirilen zaman yanısıra güçlü ve yakın ilişkilerin bireylerin mutlu olmalarında ve

yaşama olumlu bakmalarında önemli olduğunu ve böylece daha sağlıklı olmaya yöneldiklerini bildirmektedir. Ayrıca yaşamın her aşamasında çocuğuna destek olmayı benimseyen kültürümüzde anne babaların varlığı çocukları için önemli bir destek kaynağı olarak görülmektedir (Bulut ve diğerleri, 2002; Tezcan, 2000). Anne veya babası hayatta olmayan adölesanların kendilerini yalnız hissetmeleri yanı sıra aile içi paylaşımlarının, iletişimlerin sınırlı olması ve destek kaynaklarının azalması stres yönetimi puanlarının düşük olmasını etkileyen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Sağlıklı yaşam tarzı genellikle aile içinde geliştirilir, sürdürülür veya değiştirilir. Hemen her sağlık davranışı, bir aile etkinliğidir veya aile tarafından güçlü bir şekilde etkilenmektedir (McDaniel ve diğerleri, 2007). Çalışmada annesi üniversite mezunu veya üzeri olan adölesanların fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve AYBÖ toplam puanı annesi ilköğretim, ortaokul ve lise mezunu olanlardan ve babası üniversite ve üzeri mezun olanların ise sadece kişilerarası ilişkiler puanı diğer eğitim düzeylerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo, 4.9). Ardıç'ın (2008) bulguları çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yurtdışında ise anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça adölesanların kendi gereksinimlerine karşı daha duyarlı olduğu ve eğitimin her alanda olduğu gibi sağlığı geliştiren davranışların benimsenmesinde ve bunların geliştirilmesinde de bireye katkı sağladığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Jembere ve diğerleri, 2010; Sharkey ve diğerleri, 2008; He ve diğerleri, 2004). Aile ilişkileri içinde çocuğun psikososyal olarak sağlıklı bir duygusal gelişim gösterebilmesinde kendi davranışlarını bilinçli bir şekilde değerlendiren, düşünce ve duygularını ortaya koyabilen annenin ve babanın önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (Turagabeci, 2008). Çocukların gelişiminde önemli bir yeri olan anababanın eğitim düzeyinin artması ile daha bilinçli olmalarının ve çocuklarıyla olumlu ilişkiler geliştirebilmelerinin ergenlerin kişilerarası ilişkilerini olumlu olarak etkilediği düşünülebilir. Ayrıca davranış, beslenme, egzersiz, baş etme gibi sağlık davranışlarının kazandırılmasında ailenin önemli bir rolünün olduğunu vurgulayan çalışmaları da desteklemektedir (Ünal ve diğerleri, 2007; Diez ve diğerleri, 2009; McDaniel ve diğerleri, 2007).

Kendi sağlığını kötü olarak algılayan adölesanların AYBÖ toplam ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler,

stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamaları sağlığını iyi olarak algılayanlardan düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Ardiç (2008)'in çalışmasında sağlığını iyi olarak algılayan adölesanların AYBÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve spiritüel sağlık puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan diğer çalışmalarda da öğrencilerin genel sağlık algılarına göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puanı arasında anlamlılığa rastlanılmıştır (Zaybak ve Fadılloğlu, 2000; Ünal ve diğerleri, 2007; Yıldırım, 2005). Sağlık durumunu algılama, sağlıklı yaşam biçimi davranışı üzerinde etkili değişkenlerden biri olarak tanımlanmıştır (Tabak, 2000). Sağlığını kötü algılayan gençlerin sağlık davranışlarını benimseme ve yaşama geçirmede önemli olan sağlık sorumluluğu puanının düşük olması öğrencilerin kendi durumlarını objektif olarak değerlendirebildiklerini düşündürmektedir. Araştırmada sağlığını iyi algılayanların pozitif yaşam bakışının yüksek olması ise sağlığını iyi olarak algılayan bireylerin yaşama daha olumlu, daha umutlu baktıklarını belirten yayını desteklemektedir (Öz, 2001). Smith ve Maurer, (2000) bireyin sağlığa bakış açısı ve algılayışının sağlık davranışlarının uygulanmasını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Öğrencilerin kendini çok iyi hissetmelerinin sağlık durumunu yükseltmek için motivasyonel bir kaynak olabileceği ve kendilerini sağlıklı olarak algılayan öğrencilerin sağlıklarını yükseltmek ve sürdürmek için daha fazla çaba sarfettikleri düşünülebilir. Sağlığını iyi algılayanların stres yönetimi puanının yüksek olması ise adölesanların fiziksel ve ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissettikçe stres faktörleriyle daha güçlü bir şekilde başa çıkabildikleri şeklinde yorumlanabilir. Bazı yayınlar kendini sağlık açısından iyi olarak algılamada sosyal ilişkilerin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Taylor ve diğerleri, 2001; Diener ve Seligman, 2002). Güven ise (2008) akranlarıyla iyi ilişkileri olan ergenlerin kendini daha iyi algıladığını belirlemiştir. Aslında kendini iyi algılama ile kişilerarası ilişkilerin karşılıklı birbirini etkilediği düşünülebilir. Son yıllarda spiritüel sağlığın sağlıklı olmak için önemli olduğu ve yaşamın anlamı, ilişkiler, yaşam amaçları gibi gelişen manevi değerlerin ve inançların sağlık davranışı kazanmada etkili olduğu savunulmaktadır (Carmondy ve diğerleri, 2008; Aslan ve Şenol, 2009).

Sosyal aktivitelere katılan adölesanların stres yönetimi alt ölçek puanının katılmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.10). Bazı çalışmalarda araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (Ardıç, 2008; Yıldırım, 2005). Adölesanların günlük hayatın zorluklarından uzaklaşma fırsatı yanı sıra destek kaynağı olan sosyal ortamlara katılımları onların stres kaynaklarından uzaklaşmalarına ve daha kolay başa çıkabilmelerine katkı sağlamış olabilir. Araştırma sonucu spor, müzik-dans-folklor, sinema-tiyatro gibi sosyal aktivitelere katılımın, adölesanları hem fiziksel hem de ruhsal olarak daha güçlü ve sağlıklı kıldığını ve bunun da stres yönetiminde olumlu bir etken olduğunu vurgulayan literatürü de desteklemektedir (Koç ve Yüksek, 2003; Tenore ve Lipsky, 2001).

Araştırmada sigara içmeyenlerin içenlere göre kişilerarası ilişkiler puanı ve spiritüel sağlık puanının yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ergül ve Erol (2007)'un çalışmasında lise öğrencilerinin sigara içme durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmektedir. Yıldırım (2005) ise sigara kullanan üniversite öğrencilerinin beslenme ve kişilerarası destek puan ortalamalarını kullanmayanlara göre yüksek bulmuştur. Ayrıca adölesan dönemde gençlerin risk alma davranışının artması yanısıra arkadaşları tarafından benimsenme ve bir gruba ait olma isteği ile sigara kullanımlarının arttığını belirten yayınlar bulunmaktadır (Ball ve Bindler, 2006; Ata, 2008, Alikaşifoğlu, 2008; Gürol, 2008, Aras ve ark.2007;). Özellikle spiritüel yönün eksik olması ile sigara, alkol ve madde kullanımı gibi riskli davranışlar arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Cotton ve diğerleri, 2005; Başbakkal, 2005; Çetinkaya ve diğerleri, 2007; Goldstein, 2010; Dowling ve diğerleri, 2004).

Sağlıklı yaşam hakkında bilgi alan adölesanların pozitif yaşam bakışı puanı, kişilerarası ilişkiler puanı ve stres yönetimi puanı ortalamaları bilgi almayanlardan yüksektir ($p<0.05$, Tablo 4.10). Sağlığı anlama, sağlık hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlar (Turagabeci, 2008; Tuğut ve Bekar, 2008). Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının, kontrol ettiğinin ve hastalık durumunda ne yapması gerektiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önemlidir (Turagabeci, 2008; Tuğut ve Bekar, 2008). Sağlıklı yaşam hakkında yazılı

görsel basından, yakın aile üyelerinden ve sağlık personelinin bilgi alan bireylerin kendi sağlıklarını sürdürmede sorumluluk sahibi olduğu ve gereksinim duyduğu bilgiyi uygun kaynaklardan edinme yoluna gittikleri düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

6.1. Araştırma Sonuçları:

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Adölesanların sağlık davranışlarına sahip olma düzeyini gösteren AYBÖ toplam puanları 119.32 ± 16.82 olarak bulunmuştur.
- Adölesanların yaşam biçimi ölçeği puan ortalamaları alt ölçeklerine göre incelendiğinde gençlerin en yüksek puanı (18.9 ± 3.37) pozitif yaşam bakışı, en düşük puanı ise sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden (15.48 ± 3.60) aldıkları belirlenmiştir. Adölesanların diğer alt ölçek puanlarının ise sırasıyla beslenme (18.30 ± 3.40), kişilerarası ilişkiler (17.86 ± 3.31), stres yönetimi (17.26 ± 3.07), spiritüel sağlık (15.98 ± 3.37) ve fiziksel sağlık (15.51 ± 3.87) alt ölçeği olduğu görülmektedir.
- Adölesanların AYBÖ toplam puan ortalamasında cinsiyet, annenin eğitim düzeyi ve sağlığını algılama değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara yol açtığı saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Adölesanların AYBÖ pozitif yaşam bakışı alt ölçeği puan ortalamaları ile cinsiyet, yaşamının son beş yılını şehirde geçirme, sosyal güvenceye sahip olma, sağlığını algılama ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.05$).
- Adölesanların AYBÖ beslenme alt ölçeği puan ortalamalarında annenin eğitim düzeyi, algılanan sosyoekonomik düzey ve sağlık algısı değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara yol açtığı görülmektedir ($p < 0.05$).
- Adölesanların AYBÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinden aldığı puan ortalamaları ile yaşamın son beş yılını geçirdiği yer, sosyal güvence,

babanın eğitim düzeyi, kendi sağlığını algılama, sigara içme ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi alma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

- Çekirdek ailede yaşayan, sosyal aktiviteler katılan ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi alan adölesanların AYBÖ stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- AYBÖ spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında sosyal güvencesi olan, sağlığını iyi olarak algılayan ve sigara içmeyen adölesanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$, Bkz. Tablo 4.8).
- Erkeklerin, birinci sınıf öğrencilerinin, annesi üniversite ve üzeri mezunu olan adölesanların AYBÖ fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).
- Adölesanların yaş ortalamasının 16.35 ± 1.11 olduğu, yarıdan fazlasının (% 59.6) erkek, % 10.40' ının il merkezinde doğduğu ve yaşamının son beş yılını şehirde geçiren öğrenci sayısının yarıya yakın (% 47.4) olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).
- Adölesanların çoğunluğu (%83.5) bir sosyal güvenceye sahiptir (Bkz. Tablo 4.1).
- Adölesanların % 86.5'inin çekirdek aileye sahip olduğu, % 78.5'inin bir veya iki kardeşi olduğu, annelerin % 23.8'inin ve babaların %20.3'ünün ilkokul mezunu olduğu dikkat çekmektedir (Bkz. Tablo 4.2).

- Adölesanların %51.4'ünün herhangi bir sosyal aktivitede bulunmadığı belirlenmiştir. Aktiviteye katılan öğrencilerin ise %63.3'ünün basketbol, futbol, hentbol, voleybol, tenis, masa tenisi vb sporlarla ilgilendikleri saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3).
- Adölesanların çoğunluğunun (% 91.1) sigara, % 66.1'inin ise alkol kullanmadığı dikkat çekmektedir (Bkz. Tablo 4.4).
- Çalışmaya katılan öğrencilerin hiçbirinde kronik bir hastalık veya ilaç kullanımı olmaması dikkat çekicidir. Adölesanların % 97.0'ı kendi sağlık durumunu iyi olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5).
- Adölesanların % 87.1' i sağlıklı yaşam konusunda bilgi aldığını ve bu bilgiyi ilk sırada %48.3 yazılı ve görsel basından edindiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

6.2. Öneriler:

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Sosyal aktiviteye katılımın stresle başetmede olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle fiziksel aktivite, egzersiz, ritim ve dans, bireysel ve takım oyunları gibi öğrencilerin katılabileceği sosyal aktivitelerin düzenlenmesi ve öğrencilerin bu tür etkinliklere katılımlarının desteklenmesi,
- Sağlıklı yaşam hakkında bilgi alan adölesanların pozitif yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının gelişimine katkı sağlayacak olan sağlık derslerin müfredat programında yer alması,
- Ergenlik öncesi dönemden başlayarak gençlere fiziksel gelişme, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü, cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi sağlık davranışları hakkında eğitim verilmesi ve okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Öğrenciler ilk sırada yazılı ve görsel basından sağlıklı yaşam hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Özellikle yazılı ve görsel basının bu dönemde karşılaşılan sorunlar ve gereksinimlere yönelik gençlerin doğru bilgilendirilmesine yönelik yayınlarda bulunması,
- Anne ve baba eğitiminin gençlerin sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenlere ailelere yönelik olarak adölesan dönem özellikleri, iletişim ve davranış kazandırma gibi konuları içeren eğitim programlarının hazırlanması,
- Araştırmamızda adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları belirlenmiştir. Bu nedenle adölesanların riskli sağlık davranışları ile ilgili araştırmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR:

Aasmod, R. (2009). Health systems impact on social determinants of health. http://ped.sagepub.com/content/16/1_suppl/88.citation. Erişim Tarihi: 09.06.2011.

Acheson, D., Alleyne, G. A., Casas, J. A., Castillo-Salgado, C., Barzach, M., Braveman P., et al. (2000). Round table discussion. health inequalities and the health of the poor. *Bulletin of The World Health Organization*, 78 (1), 75-85.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, (2007). Nüfus Sayımı Sonuçları. TÜİK. Erişim Tarihi: 25.12.2009, <http://www.tuik.gov.tr>.

Akın, M. (2005). Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Eğitim Gereksinimleri. Erişim: 8.10.2009, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>.

Alikaşifoğlu, M. (2005). Adölesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri. 'İçinde'Ercan, O., Alikaşifoğlu, M. Ercan, G. (Ed). *Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:43:29-38*, İstanbul.

Alikaşifoğlu, M. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. 'İçinde'Ercan, O., Alikaşifoğlu, M. (Ed). *Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:63:55-59*, İstanbul.

Alıcı, U.S., Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, (DEUHYO ED)*, 2 (3), 95-101.

Al-Kandari, F., ve Vidal, V.L. (2007). Correlation of the Health – Promoting Lifestyle, Enrollment Level and Academic Performance of Collage of Nursing Students in Kuwait. *Nursing and Health Science*, 9:112-119.

Ali, D.B.S. (2009). The Mind Body Interaction: Interdependence of Physical and Mental Health. Karachi.. Erişim Tarihi: 08.04.2011, http://www.aku.edu.pk/AKUH/healthawarness/pdf/Interdependence-of-Physical_and-Mental-Health .

American Academy of Pediatrics (AAP). (2001). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*. 108: 498- 502.

Aras, Ş., Şemin, S., Günay, T., Orçın, E., ve Özan, S. (2005). Lise Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*. 40:72-82.

Aras, Ş., Türkan, G., Özan, S., Orçın, E. (2007). İzmir İlinde Lise Öğrencilerinin Riskli Davranışları. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:186-196. İzmir.

- Arslan, H., Şener D.K, (2009). Stigma, Spiritüalite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:1.sayfa 51-58.
- Ardıç, A. (2008). Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2):23-27.
- Arı, R., Arslan, E. (2008). Erikson'un Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlama, Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (19):53-60.
- Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E. Ve Yıldırım, E. (2003). Ankara'da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi'nde bir Lisenin İkinci Sınıfında Okuyan Kız Öğrencilerin Beslenme Durumlarının ve Bazı Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi tıp Fakültesi Dergisi*. 25(2):55-62.
- Ata, E.E. (2008). Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışının Gelişimine ve yaşam Kalitesine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Başbakkal, Z. (2005). Spiritüalite ve Hemşirelik, 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 07-10 Eylül 2005, İzmir.
- Ball, J.W. ve Bindler, R.C. (2006). Child Health Nursing Partnering With Childeren & Families Ed:Within J.H.D. Co: Pearson Education. New Jersey.
- Ball, Geoff, D.C., Lenk, Julie, M., Barbarich, Bobbi, N., Platnikoff, Ronald, C., Fishburne, Grahom, J., Mackenize, Kelly, A., Willows, Noreen, D. (2008). Overweight childeren and adolescents referred for weight management; are they meeting lifestyle behaviour recommendations.
- Bahar. (2009). Lise Öğrencilerinin Madde Kullanım Sıklığı, Uyuşturucu Maddeler Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve İnanışları ile Madde Reddetme Becerileri Üzerindeki Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(28):56-67.
- Başer, M. (2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,4(1).

- Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N. (2002). Diyet El Kitabı. Ankara; Hatipoğlu Yayınevi: 39–43.
- Baysal, A. (2003). Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), Özel Eki.
- Berberoğlu, M. (2008). Adölesanlarda Obezite. *Adölesan Sağlığı II*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 63:79-80.
- Berhanu, J., Kankkunen, P., Nikkonen, M. (2010). Perceptions of health among adolescents in Ethiopian immigrant families living in Finland. Vol:3 Sayı:3. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>. Erişim Tarihi:08/06/2011.
- Blum, R.W., Beuhring, T., Shew, M.L., Bearinger, L.H., Sieving, R.E., Resnick, M.D. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *Am. J. Public Health.* **90**, 1879—1884.
- Brener, N.D., Kann, L., McManus, T.L., Kinchen, S., Sundberg, E.C., Ross, J.G. (2002). Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 31:336–342.
- Bulut, A., Nalbant, H., Çokar, M. (2002). Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi: Ergenler ve Sağlık Durum Raporu. İ.Ü. Tıp Fakültesi.
- Bulduk, S., Pek, H. (2005). İstanbul’da Özel İlköğretim Okullarında Çalışan Hemşirelerin Rol ve İşlevlerinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2).
- Bulduk, S., Dr. Esin, N, M., Umut, N. (2006). Adölesanların HIV/AIDS Bilgi Düzeyleri ve Hastalığa Karşı Sosyal Önyargıları Sted. cilt 15 • sayı 8 • 139.
- Büyükgebiz, A. (2001) Adölesan Tanımı ve Fiziksel Gelişimi. Adölesan Sağlığı ve Gelişimi Eğitici Eğitimi Rehber Kitabı. (Ed:L Akın, H Özcebe, D).
- Call, K.T., Riedel, A.A., Hein, K., McLoyd, A., Petersen, A. Ve Kipke, M. (2002). Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolence*.12(1):69-98.
- Callaghan. D. (2006). Basic conditionong factors ‘Influences on Adolescents’ healthy behaviors, self-efficacy and self-care. *Issues in comprehensive Pediartıc Nursing*.29:191-204.

Carmondy, J., Reed, G., Kristeller, J, ve Merriam, P. (2008). Mindfulness, Spirituality, and Health-Related Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. **64**:393-403.

Carpenito, J.C. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çeviren: F, Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, 365-370, İstanbul.

Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2006- 1). Nutrition and the Health of Young People. Erişim Tarihi:29.11.2009, <http://www.cdc.gov/Health/Youth/nutrition/pdf/facts.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2006- 2).Physical Activity and the Health of Young People. Erişim tarihi :29.11.2009,<http://www.cdc.gov/Health/Youth/physicalactivity/pdf/facts.pdf>.

Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2008). Health Youth! Coordinated School Health Programme. Erişim Tarihi: 25.11.2009. <http://www.cdc.gov/HealthYouth/CSHP/>.

Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion. (CDC) (2009).Sexual Risk Behaviours. CDC. Youth Risk Behavior Surveillance-United States. MMWR:59 (SS-5): 1-142.

Cherly, D., Fryar., Mercy, C.M., Hirsch, B.S.R., Porter, S.K. (2009). Smoking, Alcohol Use and Illicit Drug reported by Adolescents Aged 12-17 Years. United States.

Chena,_Y.M., Kathy Jamesb., Edward, K. (2005). Wangc Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey a Nursing Department, Chang Gung Institute of Technology, 261, Wen-Hwa 1st Road, Kwei-Shan, Tao-Yuan 333, Taiwan.,

Choudhury, S., Blakemore, S.J., Charman, T. (2006). “Social cognitive development during adolescence”. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 1.165.

Cotton, S., Larkin, E.M.D., Hoopes, A., Cromer, B.A ve Rosenthal, S.L. (2005). The Impact of Spituallity on Depressive Symptoms and Health Risk Behaviors. *Journal of Addolecent Health*. **36**:529.e7-529.e14.

Cole, M. ve Cole, S. (2000). The Development of Children. 617-665, Wort Publishers, USA.

- Croghan, E., Johnson, C. (2004). Occupational health and school health: a natural alliance? Nursing and health care management and policy. *Journal of Advanced Nursing*. 45(2):155-161.
- Çakıcı, M., Çakıcı, E. (1996). K.K.T.C. Lise Gençliğinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Yaygınlığı. Lefkoşa: K.K.T.C. Devlet Basımevi (2000).
- Çakıcı, M., Çakıcı, E. (1999). K.K.T.C. Lise Gençliğinde Uyuşturucu Madde Kullanımının Yaygınlığı. Lefkoşa: K.K.T.C. Devlet Basımevi. (2000).
- Çeviren: ÖZER N, (2003). Stres ve Anksiyete için Alternatif Tamamlayıcı Modeller, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. ADÜ. Tıp fakültesi Dergisi, Derleme; 8(1): 47-50.
- Çimen, S. (2003). 15-18 Yaş Grubu Gençlerde ‘Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği’nin Geliştirilmesi’ . Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çuhadaroglu, F.Ç. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim Özellikleri, Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci ;2(7):6-8.
- Danacı, M. (2008). Adana ilinde farklı tipteki liselerde öğrenim gören adölesan dönemi sedanter ve spor yapan erkek öğrencilerin spora yaklaşımı, fiziksel yapıları ve fizyomotorik özelliklerinin saptanması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Demirezen, E., Nahçıvan, N. (2000). Sigaradan korunma: okul sağlığı programı için model önerisi. Çocuk Forumu Dergisi, 3(4):46-51.
- Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. (STED). 14(8):174-178.
- Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. ‘içinde’ Ercan, O., Alıkaşifoğlu, M. (Ed) *Adölesan Sağlığı II.İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:63:19-21*, İstanbul.
- Diez, S.M.U., Perez-Fortis, A. (2009). Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int*. Erişim tarihi: 18.06.2011, <http://heapro.oxfordjournals.org/>.

Dowdell, E.B. ve Santucci, M.E. (2004). Health Risk Behavior Assesment: Nutrition, Weight and Tobacco Use in One Urban Seventh-Grade Class. *Public Health Nirsing*. 21(2):128-136.

Dowling, E.M, Gestsdottir, S., Anderson, P.M, Eye, A, Almerigi, J., Lerner, R.M. (2004). Structural Relations among Spirituality, Religiosity and Thriving in Adolescence. [ttp://ase.tufts.edu/iaryd/documents/researchPaperAdolescents2.pdf](http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/researchPaperAdolescents2.pdf). Erişim: 20.12.2010.

Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Harris, W.A. ve diğerleri. (2006). Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2005. *Center for Disease Control and Prevention (CDC) Surveillance MMWR*,55. <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/SS5505.pdf>. Erişim: 12.4.2010.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Joseph Hawkins J, Haris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H. Youth risk behavior surveillance-United States, (2008). CDC(MMWR Surveillance Summaries .57(SS04);1-131) Erişim Tarihi: 16.05.2011, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5704a1.htm>).

Erdoğan, S., Bulduk, S. (2005). Okul Sağlığı Ekibinin Nitelik ve Hizmet Kapsamının Geliştirilmesi, Klinik Çocuk Forumu. 57-66.

Ercan, G. (2005). Puberte Fizyolojisi. İçinde'Ercan, O., Alikaşıfoğlu, M. Ercan, G. (Ed). *Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:43:9-16*,İstanbul.

Ercan, O. (2005). Adölesanın Psikolojisi Gelişimi. 'İçinde'.Ercan, O., Alikaşıfoğlu, M., Ercan, G. (Ed). *Adölesan Sağlığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:43:17-21*, İstanbul.

Ercan, O. (2008). Adölesanın Fiziksel Gelişimi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, No:63, Mart 2008, s:13-18.

Erci, B., Kılıç, D., Tortumluoğlu, G. (2001). Ailelere verilen bakımın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):33-40.

Erkan, T. (2008). Ergenlerde Beslenme, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Faköltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No:63, ss73-77.

- Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:2.
- Erginöz, E. (2008). Adölesan Madde Bağımlılığı ve Halk Sağlığı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, No:63, Mart 2008, s:61-64.
- Ergül, Ş. (2005). Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:8, Sayı:2
- Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 8(1): 37-45.
- Fitzpatrick, M. (2004). Adolescent Risk: Psychosocial Determinant of Substance Use among Youth. *Journal of Adolescence*, 39; 653-667.
- Goldstein, S.N. (2010). The Exploration of Spirituality and Identity Status in Adolescence Currents: New Scholarship in the Human Services Volume 9, Number 1, sayfa1-22.
- Goldfarb, A.F. (2005). Adolescent Sexuality. *Ann N Y Acad Sci*. 395-403.
- Gölbaşı, Z. (2002). Adölesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gökgöz, Ş. ve Koçoğlu, G. (2007). Adölesan Çağda Sigara ve Alkol İçme Davranışı. *Fırat Tıp Dergisi*. 12(3):214-218.
- Green, C., Singleton, J., Aronzon, D. (2001). *Primary Care Pediatrics*. 287-293, Lippincott, USA, 119.
- Gün, E. (2006). Spor yapanlarda ve spor yapmayan ergenlerde benlik saygısı. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Güven, (2008). Fen ve Genel Lise Öğrencilerinin Cinsiyet ve Sosyometrik Statülerine Göre Öznel İyi Oluş Düzeyleri, Genel Sağlık Örüntüleri ve Psikolojik Belirtileri, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana, Yüksek Lisans Tezi
- Güler, Ç. Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Güler, Y., Gönener, D. H., Altay B., Gönener A. (2009). Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Yaklaşımları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4:10.

Gürol, D.T. (2008). Madde Bağımlılığı Açısından Riskli Adölesanlar. 'İçinde' Ercan, O., Alikashiçoğlu, M. (Ed.) *Adölesan Sağlığı II.İ.Ü.* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:63:65-68, İstanbul.

Giannakopoulos, G., Panagiotakos, D., Mihas, C., Yountas, Y. (2009). Adolescent smoking and health- related behaviours interrelations in a Greek school- based sample.70.164.

Hanson, M.D., Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. J. Behav. Med. **30** (3), 263--285

Hayran, O. (2000). 2000 'Yılında Herkes İçin Sağlık Hedefleri' M.Ü. <http://sef.marmara.edu.tr.Erişim> Tarihi:04.04.2011.

Haznedaroğlu, D. (2000). Adölesanla İlgili Çalışmalar. 22. Pediartri Günleri ve 2. Pediartri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı, İstanbul, 97-100.

Hendricks, C.S. (2006). Developing and Adolecent Measure o Health PromotingLifestyle.<http://www.nursinglibrary.org/Porta/main.aspx?Pageid=4024&sid=22072> Erişim Tarihi:29.10.2009).

Hendricks, C.S., Murdaugh, C.ve Pender, N.J. (2006). The Adolecent Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. Journal of National Black Nurses Assoscation. 17(2):1-5.

He, K., Kramer, E., Houser, R.F., Chomitz, V.R ve Hacker, K.A. (2004). Defining and Understanding Healthy Lifestyles Choices for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*.35:26-33.

Hidalgo, I. Garrido. & Hernandez, M. (2000). Health Status and Risk Behavior of Adolescents in the North of Madrid. Spain. Journal of Adolescent Health.27:351-360.Spain.

Hills, A., King, N., Armstrong, T. (2007). The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of childeren and adolescents: İmplications for owerweight and obesitiy.37:533-545.

İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, U.L. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt 3:3, Sayı:3

- Jessor, R., Turbin, M., Costa, F.M. ve Dong, Q., Zhang, H., and Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and United States: A crossnational study of psychosocial protective factors . Journal of Research on Adolescence. 13 (3). 329-342.
- Kara, B., Hatun, Ş., Aydoğan, M., Babaoğlu, K., Gökalp, A.S. (2003). Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46: 30-37.
- Karabey, S., Müftüoğlu, N. (2007). Gençlik ve Cinsellik Bilgilendirme Dosyası–7. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD).
- Kabaday, A., Aladağ, K. S. (2010). Farklı ilköğretim kurumlarına devam eden öğrencilerin ahlaki gelişimlerinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* [Bağlantıda]. 7:1.Erişim Tarihi, <http://www.insanbilimleri.com>.
- Karadeniz, G., Uçum, E.Y., Dedeli, Ö, ve Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull.7(6): 497-502.
- Karakoç, A. (2008). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
- Kayıhan, P. (2007). Türkiye için nasıl bir sağlık hizmeti. Tarihi: 09.06.2011, www.istanbultabib.com.Erişim
- KKTC Lefkoşa Beldesi Tarihçesi. Erişim Tarihi:24.10.09 [www.lefkosaturkbelediyesi.net/ turkce/ltb tarihce.htm](http://www.lefkosaturkbelediyesi.net/turkce/ltb_tarihce.htm).
- KKTC Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı web sitesi. Erişim Tarihi:21.10.2009, <http://www.mebnet.net>.
- K.K.T.C. Nüfus ve Konut Sayımı-Nüfus Nitelikleri. (2006). Erişim Tarihi:26.11.2009, <http://nufussayimi.devplan.org/kesin-sonuc-index.html>.
- K.K.T.C. Sosyal Güvenlik Yasası, (2007). Sayı: 73. . Erişim Tarihi: 18.06.2011, http://www.mevzuat.kamunet/mmd/yasalar/sosyal_guvenlik_yasasi.html
- Koçoğlu, D. ve Akın, M. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi

- Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org>, DEUHYO ED, 2 (4), 145-154
- Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı: 17/2 (231-256 s.)*232.
- Koç H, Yüksel O; (2003). Kadınlarda fiziksel ve fizyolojik performansın değerlendirilmesi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, sayı 9, sayfa 239-250. Erişim tarihi 1 şubat 2011, <http://sbe.dpu.edu.tr/9.htm> .
- Kostak, A.M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6*.
- Kuter, F.Ö. (2008). Spor Psikolojisi. Erişim: 20.5.2010, <http://www.tbf.org.tr/tbfweb2.nsf/0/9853BD253590EB41C225744B0047F414/&FILE/2008SporPsikolojisi.pps>.
- Kulbok, P.A. ve Cox, C.L. (2002). Dimensions of Adolescent Health Behavior. *Journal of Adolescent Health*. 31:394-400.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Gestsdottir, S., Naudeau, S., et al. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, 25, 17–71.
- Liang, H., Flisher, A.S., Lombard, C.J. (2007). Bullying, Violence and risk Behavior in South African School Students. *Child Abuse Negl* 31: 161-171.
- Licence, K. (2004). Promoting and Protecting the Health of Children and Young People. *Child: Care, Health&Development*.30(6):623-635.
- Lieber, E., Li, L., Wu, Z., Rotherdam-Borus, M.J., Guan, J., & the National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group (2006), *AIDS Behav*. 10(5): 463–471.
- Lindström, M., Hanson, B.S, Östergren, P.O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine* Volume 52, Issue 3, Pages 441-451.

- Maurer, F., Smith, C. (2000). *Community Health Nursing Theory and Practice*, WB Saunders Company.
- Marinker, M. (editör).(2002). *‘Avrupa’da Sağlık Hedefleri, İdare, İlerleme ve Vaatler’*,BMJ Book Shop.
- Mazıçoğlu, M., Öztürk, A.(2003). Üniversite 3. ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25(4)-172-178.
- Mei-Yen Chena, Kathy Jamesb., Edward, K. (2005). Wangc Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey a Nursing Department, Chang Gung Institute of Technology, 261, Wen-Hwa 1st Road, Kwei-Shan, Tao-Yuan 333, Taiwan.
- McCann, T.V., Clark, E. (2005). *Nursing and Health Sciences*. 7, 164–174. et al. Victoria University, PO Box 14428, Melbourne 8001, Australia.
- McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J., Lorenz, A. (2007). Aileler hastalığı nasıl etkiler: Sağlığa ailenin etkisi üzerine araştırmalar. Yaman H. *Aile Yönelimli Birincil Bakım*. 2. Basım, İstanbul: Yüce Yayım, 16-27.
- McEwen, M. (2002). *Community-Based Nursing*. 185-188, Saunders, USA.
- Mihçioğur, S., Kıran, S., Özkızıklı, E., Al, A., Akın, A. (2007). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Merkezinde Genç Dostu Sağlık Hizmeti Modeli. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38:153-158.
- Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D., Jones, S.E., Jones, S.E.(2007). Binge drinking and associated health risk behaviours among high school students. *Pediatrics* 119:76-85. *Pediatrics* 119:76–85.
- Mistry, R., McCharty, W., Yancey, A., Patel, M.C. (2008). Resilience and Patterns of Health Risk Behaviors in California Adolescents.48(3).291-297.
- Modrcin-Talbott, M.A. (2002). School health nursing. *Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate& Community Practice*. Ed.: S. Clemen-Stone, S.L. McGuire, D.G. Eigsti, Mosby Company, London, 686-705.
- Molcho,M., Saoirse, N.K., Gabhaim, C., Kelly, S.F., Kelleher, c. (2007). Food poverty health among school children in Ireland. Findings from the Health Behaviour in School-aged children (HBSC) Stud.*Public Health Nutrition*.10(4).364-370.

- Moukhyer, M.E., Van, Ejik, J.T., De, Vries, n.K., Bosma, H.,(2008). Health Related Behaviors of Sudan Adolescents. *Education for Health*, Volume 21, Issue,1.<http://www.educationforhealth.net>.
- Munafò. M.R., Hitsman ,B., Rende, R., Hitsman, B., Rende, R., Metcalfe, C., Niaura, R., Metcalfe, C., Niaura, R. (2008). Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents:Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction* 103:162–71.
- Nelson, K.E. (2005). The needs of our children and role of the school nurse. from Erişim Tarihi: 01.06.2011, <http://www.nasc.com>.
- Nowlin, P.R., Colder, C.R. (2007). The role of ethnicity and neighborhood poverty on the relationship between parenting and adolescent cigarette use. *Nicotin Tob res.* 9: 545-56.
- Ocakçı, A. (2007). Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin rolü. <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> (erişim tarihi: 08.01.2010).
- Ocakçı, A. (2009). Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. (Sağlık ve Toplum). Erişim Tarihi: 8 Ekim 2009,<http://Server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>. 1-7.
- Öncel, S. (1999). Okul Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık ve Başarı Durumuna Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
- Öncel, K., Özbek, N, Onur, H.,, Söker, M, Ceylan, A. (2006). Diyarbakır İlindeki Çocuklarda ve Adölesanlarda B12 Vitamin ve Folik Asit Düzeyleri Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 33, Sayı:3, (163-169).
- Ögel, K., Tamer, D., Evren, C., & Çakmak, D. (2000). Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12(1):47-52.
- Ögel, K., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tat, Ş., Doğan, O., ve diğerleri. (2004). Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanımı Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2):112-118.
- Ören, N., Gençdoğan, B. (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 15(1):85-92.
- Özcebe, H. (2002). Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, (STED)*. 11(10):374-377.

- Özcebe, H., Van Dam, A. (2005). *Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı*:19-32, Ankara.
- Özvarış, Ş. B. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
- Özmen, D., Çetinkaya, Ç.A. (2007). Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları. TSK. Koruyucu Hekimlik Bülteni. Kor Hek, 6(2):98-105.
- Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1); 61-68.
- Özcan A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset. Ankara. 24-30.
- Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2008). Adölesanlarda Cinsel Sağlık ve Sorunlar. Aile Hekimliği Dergisi. Cilt 2 Sayı 2.
- Özmert, E.N. (2006). Erken çocukluk gelişiminin değerlendirilmesi, III. Aile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 49(3).256-273
- Pekcan, H. (2006). Adölesan (Delikanlı) Sağlığı “İçinde”. Güler, Ç., Akın, L. (Ed). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara: 482-506.
- Pender, N., Barbauskas, V., Hayman, L. (1992). “Health Promotion And Disease Prevention Toward Excellence =n Nursing Practice and Education”, Nursing Autlook, 40(3):106-112.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. ve Parsons, M.A. (2002). Health Promotion in Nursing Practice. Fourth Edition. New Jersey. 13-209.
- Petrie, J., Bunn, F., Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preveting tobocco, alcohol or drugs misuse in childeren < 18:a systematic review. Health Education Research .22.-177.
- Phipps, S. (2003). The Impact of Poverty on Health. CPHI.collected papers. Canadian Institute for Health Information.http://www.secure.chi.ca/cihiweb/productus/CPHImpacton_powerty_e.pdf.
- Pickett, W., Dostaler, S., Craig, W., Jassen, I., Simpson, K, et.al. (2006). Associations between risk behaviours and injury and the protective roles of social environments: an analysis of 7235 Canadian School children. İnj orev 12: 87-92.

- Powell, L.M., Slater, S, Chaloupka, J.K. (2004). The relationship between community physical activity settings and race, ethnicity and socioeconomic status, Evidence-Based Preventive Medicine, 1(2), 135-144.
- Rew, L., Horner, S.D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents, Journal of Pediatric Nursing, Volume 18, Issue 6, Pages 379-388.
- Rew, L., ve Wong, Y.J. (2006). A systemaric Review of Associations Among Religiosity/Spiritüellity and Adolecent Health Attitudes and Behaviors. *Journal of Adolecent Health*.38:433-442.
- Regina, L., T, Alice, Y., Yuenloke, T. (2005). Population at risk life style behaviors health promoting behaviors and psychosocial well of university students in Hong Kong. Public health nursing. vol (22) P:209.
- Rodham, K., Brewer, H., Mistral, W. Ve Stallard, P. (2006). Adolecent Perception of Risk and Challange: A Qualitative Study. Journal of Adolecent.29:261-272.
- Roberts, C., Currie, C.,Soydel, O., Currie, D., Smith, R., Maes, L. (2007). Measuring the health and health behaviours of adolescents trough cross. National Survey Research: Recent Development in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study.J. Public Health 15: 179-186
- Sarı, C. (2006). Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışları. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Savcı, S., Öztürk, M., Arıkan, H., İnal İnce, D., Tokgözoğlu L. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 34(3):166-172.
- Set, T., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde Cinsellik. Genel Tıp Dergisi, 16(3):137-141.
- Sevim, Y. (2002). Antreman Bilgisi. Ankara. Nobel Yayın Dağıtım. 7. Basım. 17-28.
- Sharkey, J.D., You, S. (2008). Relations among school asscets, in dividual resilience and student engagement for youth grouped by level of family functioning. PSYCHOLOGY İN SCHOOLS.45-402.
- Shrier, L.A. (2004). Sexually transmitted diseases in adolescents: biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues. Adolesc Med Clin ;15:215-34.

- Siyez, D.M. (2006). Ergenlik Döneminde İntihar Girişimleri: Bir Gözden Geçirme. *Kastomonu Eğitim Dergisi*. 14(2):413-420.
- Siyez, D. M., ve Aysan, F. (2007). Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması, *Eğitim Fakültesi Dergisi XX* (1), 2007, 145-171).
- Smylie, L., Medaglia, S., Maticka, T.E. (2006). The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *The Canadian Journal Human Sexuality*, vol:15, (2), 95-112
- Spear, H.J., ve Kulbok, P.A. (2001). Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. *Public Health Nursing*.18(2):82-93.
- Speck, R.N. (2002). Exercise and Physical Activity. *Holistic Nursing Practice*. 17(1), 24-31.
- Steinberg, L. ve Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annu. Rev. Psychol.*,52, 83-110.
- Steinberg, L.ve Morris, A.S. (2007). (Yay. Haz.).Ergenlik.1. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, Pelin Ofset, 2007: 70–79.
- Stewart, S.D., Menning, C.L.(2009). Family structure, nonresident father involvement, and adolescent eating patterns. *J. Adolesc. Health*. **45** , 193—201.
- Surlu, B., Özcebe, H. (2002). Adölesan ve Çevre. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 12/1: 14–16.
- Susman, E.J., Dorun, L.D., Schiefelbein, V.L. (2003). Puberty, Sexuality and Health. “In”. Lerner, M.A., Easterbrook, M.A., Mistry, J. /editors). *Comprehensive Handbook of Psychology*. NewYork.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (2005). *Araştırma Yöntemleri*, Hatipoğlu Yayını, Ankara.
- Şahin, C.(2001). Yurtdışı gücün psikolojik sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin kuramsal bir inceleme. *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*.Cilt:21,Sayı: 2: 57-67
- Şatıroğlu, H. (2008). Ergenlerde Cinsellik. ‘İçinde’ Ercan, O., Alikışifoğlu, M. (Ed.) *Adölesan Sağlığı II.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi No:63:41-46*, İstanbul.

- Şen, E. ve ark. (2009). Adölesanların Kontraseptif Yöntem Bilgisi ve Yöntem Kullanımları: Sistematik İnceleme. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*,1.
- Tabak, R. (2000). Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Talan, S. (2006). Türkiye’de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisi. Yıl:2, Sayı:4.
- Tashiro, J. (2002). Exploring Health Promoting Lifestyle Behaviors of Japanese College Women. Perceptions, Practices, and Issues. *Health Care for Women International* , 23:59–70.
- Taylor, R. J., Chatters, L. M., Hardison, C. B., & Riley, A. (2001), “Informal social support networks and subjective well- being among African Americans”,*Journal of Black Psychology*, 27(4): 439- 463.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am. J. Prev. Med.* **28** , 267—273.
- Tenore, J.L., Lipsky, M.S. (2001). Preventive services for the adolescent (13-20 years). *Pediatr Clin North Am*;48: 289-311.
- Teksöz, E. (2010). Coop Adolescent Chart’in Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Tezcan, M.(2000). *Türk Ailesi Antropolojisi*, Ankara İmge Kitabevi Yayınları.
- Theokas, C. J.B., Lerner, M.R.A., Dowling, M.E., Benson, P.L., Scales, C.P., Alexander von Eye. (2005). Conceptualizing and Modeling Individual and Ecological Asset Components of Thriving in Early Adolescence.
- Turbin, M.S., Jessor, R., Costa, F.M., Dog, Q., Zhang, H., Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health enhancing behavior among adolescents in chiro and the United States: *Health Psychol* 25: 445-454.
- Turagebeci, A.R., Nakamura, K., Takano, T. (2008). Health Lifestyle Behaviour Decreasing Risks of Bening Bullied, Violence and Injury.
- Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığını algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11:3

- TÜİK. (2007). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2007 Nüfus Sayımı Sonuçları*. Erişim Tarihi: 12.10.2009, <http://www.tuik.gov.tr>.
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı, (2005). Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi.
- Ünalan, D., Şenol,V., Öztürk A., Erkorkma Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 14(2), 101-109.
- Vançelik, S., Önal, S.G., Güraksın, A. (2006). Atatürk Üniversitesi Öğrencilerinde Beden Ağırlığı Durumu ve İlişkili Bazı Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 5/2: 72–82.
- Vaizoglu A., Akça O., Akdağ A., Omar A., Coşkun D. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(4); 63-71.
- Viner, R. Ve Macfarlane, A. (2005). ABC of Adolescence Health Promotion. *British of Medical Journal*. 330:527-529.
- (2004) Why good reproductive health is critical to the well-being of youth. **Population Action International**. May, No.19 Available at: şim:23 Aralık 2010, http://www.populationaction.org/Publications/Fact_Sheets/FS19/Summary.shtml accessed: Eri
- World Health Organization (WHO) (2005). Erişim Tarihi: 29.10.2009, <http://publications.paho.org/home.php>.
- World Health Organisation (WHO) (2007). Erişim Tarihi:07.01.2010, <http://www.publications.paho.org/procdut.php?producit=881&cat=08page1>.
- Wong, D.L., Hockenberry, M.J. (2003). *Nursing Care of Infants and Children*, St Louis, Mosby Co, 802-904.
- Qidwai, W., Ishaque, S., Shah, S., Rahim, M. (2010). Adolescent Lifestyle and Behaviour. A Survey From a Developing Country. 5(9):el2914:10.1371.
- Yapıcı, M. ve Yapıcı. Ş. (2006). Çocukta Bilişsel Gelişim, Üniversite ve Toplum Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, Cilt 6, Sayı 1.

Yıldırım, N. (2005).Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi yüksek Lisans Tezi. Sivas.

Yılmaz, T. (2000). Adölesanların Riskli Davranışlarının İncelenmesi. E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. . Erişim:21.7.2009, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en>

Zaybak, A., Fadıllıoğlu, Ç. (2000). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 20, **(1)**,77-95.

8.EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1.Okulunuzun ismi nedir?.....
- 2.Hangi Sınıfta okuyorsunuz? 1. Hazırlık ☐ 2. I.Sınıf ☐ 3. II.Sınıf ☐ 4. III.Sınıf ☐
- 3.Kaç Yaşındasınız? (yazınız).....
4. Cinsiyetiniz nedir? 1.Kadın ☐ 2.Erkek ☐
5. Doğum Yeriniz Neresidir? 1. İl merkezi ☐ 2. İlçe ☐ 3. Köy ☐
6. Yaşantınızın son beş yılını nerede geçirdiniz? 1.Köy ☐ 2.İlçe ☐ 3.Şehir ☐
4.Yurtdışı☐
7. Ailenizin tipiniz hangisidir?
1.Çekirdek aile (anne-baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşur) ☐
2.Geleneksel aile (aile büyükleriyle oturan geniş aile) ☐
3.Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi) ☐
- 8.Kaç kardeşiniz var?
1. Kardeşim yok ☐ 2. Bir kardeş ☐ 3. İki kardeş ☐ 4.Üç kardeş ☐ 5.Dört ve üzeri ☐
9. Ailenin kaçınıcı çocuğusunuz?
1.Birinci ☐ 2.İkinci ☐ 3.Üçüncü ☐ 4.Dördüncü ☐ 5.Diğer☐
10. Anne babanız sağ mı?
1.İkisi de sağ ☐ 2.Anne ölü ☐ 3. Baba ölü ☐ 4. İkisi de ölü ☐
11. Annenizin mesleği nedir yazınız?.....
12. Babanızın mesleği nedir yazınız?.....
13. Annenizin eğitim durumu nedir?
1.Okur-yazar değil ☐ 2.Okur-yazar ☐ 3.İlkokul☐ 4.Ortaokul☐5.Lise ☐ 6. Üniversite ☐ 7.Üniversite üzeri ☐
- 14.Babanızın eğitim durumu nedir?
1.Okur-yazar değil ☐ 2.Okur-yazar ☐ 3.İlkokul☐ 4.Ortaokul☐5.Lise ☐ 6. Üniversite ☐ 7.Üniversite üzeri ☐
- 15.Ailenizin size karşı tutumu nasıldır?
1. Demokratik (Güven verici, destekleyici, eşitlikçi, hoşgörülü) ☐
2.Otoriter (Baskıcı, kuralcı, mükemmeliyetçi) ☐
3. Tutarsız☐
4.İlgisiz/kayıtsız☐
5.Aşırı koruyucu (Aşırı ilgi, kontrol ve koruma) ☐
6. Aşırı hoşgörülü☐
7. Diğer yazınız.....
- 16.Kendinizi hangi sosyo-ekonomik düzeyde görüyorsunuz?
1.Düşük ☐ 2.Orta ☐ 3.İyi ☐ 4.Yüksek☐

17. Aldığınız aylık harçlık miktarı nedir?

- | | |
|---|---|
| 1. 50 ytl den az ☐ | 4. 151-200 ytl ☐ |
| 2. 50-100 ytl ☐ | 5. 201-250 ytl ☐ |
| 3. 101-150 ytl ☐ | 6. 251 ytl ve üstü ☐ |

18. Ailenizin bir sosyal güvencesi var mı?

1. Var ☐ 2. Yok ☐

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

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

20. Cevabınız “Evet” ise neler? (yazınız):

21. Sigara kullanıyor musunuz? (işaretleyiniz):

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

22. Cevabınız ‘Evet’ ise kaç yaşında içmeye başladınız yazınız?.....

23. Cevabınız “Evet” ise günde kaç tane içiyorsunuz? (yazınız):

24. Alkol kullanıyor musunuz? (işaretleyiniz):

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

26. Cevabınız “Evet” ise haftada kaç kadeh (yazınız):

27. Sağlık sorununuz olduğu zaman öncelikle nereye başvurursunuz?

- | | |
|--|--|
| 1. Sağlık ocağı ☐ | 3. Özel Hastane ☐ |
| 2. Devlet Hastanesi ☐ | 4. Diğer(yazınız)..... |

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

1. Hayır ☐ 2. Evet(yazınız).....

29. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?(yazınız).....

30. Şu andaki sağlığını nasıl yorumlarsınız?

1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐ 3. Kötü ☐ 4. Çok kötü ☐

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

1. Evet ☐ 2. Hayır ☐

32. Cevabınız ‘Evet’ ise kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|------------|
| 1. Anne ☐ | 2. Baba ☐ | 3. Abla ☐ | 4. Ağabey ☐ | 5. Arkadaş |
| 6. Komşu | 7. Kitap/dergi/gazete ☐ | 8. Radyo/televizyon ☐ | 9. Bilgisayar/internet | |
| 10. Öğretmen | 11. Sağlık personeli ☐ | | | |
| 12. Diğer (komşu, Yakın arkadaş).lütfen açık yazınız..... | | | | |

33. Boyunuz (yazınız):

34. Kilonuz (yazınız):

35. Kilonuzu göz önüne aldığınızda kendinizi nasıl tanımlarsınız? (işaretleyiniz).

- 1) Zayıf ☐ 2) Şişman ☐ 3) Normal ☐

EK 2. ADÖLESAN YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Ailemle sohbet etmek için zaman ayırırım.				
2.	Ailem ile aktif zaman geçiririm. (yürüyüş, oyun oynama)				
3.	Kendimi iyi hissetmediğim zaman en yakın sağlık merkezine giderim.				
4.	Haftada en az üç gün yirmi dakika yada daha uzun süre güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım. (aerobik, tempolu yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme)				
5.	Gecede altı-sekiz saat uyurum.				
6.	Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7.	Şekerden ve şeker oranı yüksek olan diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8.	Sağlıkla ilgili konulardan dergi ve kitap okurum.				
9.	İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10.	Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim.(yoğurt, peynir, dondurma)				
11.	Hergün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırırım.				
12.	Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				
13.	Hergün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım.(zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.)				
14.	Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15.	Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissederim.				
16.	Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17.	Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18.	Geleceği düşündürmek beni heyecandırır.				
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.				
29.	İnanç ve düşüncelerimin gelişmesine yardım eden faaliyetlerde bulunurum.				
30.	Çeşitli et ürünleri tüketirim.(balık, tavuk, hindi, kırmızı et)				
31.	Başkaları ile olan anlaşmazlıklarımı kavga yerine konuşarak çözerim.				
32.	Arkadaşlarımla aktif spor yaparım.(Futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi...)				
33.	İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim.				
34.	Hemşire veya doktora sağlığını iyileştirme ile ilgili sorular sorarım.				
35.	Kendime ibadet yada rahatlamak için zaman ayırırım.				
36.	Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
37.	Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım.				
38.	Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim.				
39.	İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissederim.				
40.	Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.				
41.	Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm.				
42.	Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim.				
43.	Sorunlarımı bana yakın olan/güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım.				
44.	Sağlığım için zararlı davranışlarda uzak dururum. (sigara içmek, alkol kullanmak, uyuşturucu kullanmak)				

EK 3. AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Lefkoşa il merkezinde bulunan 3 lisede öğrenim gören adölesanların sağlıklı davranışlarının belirlenmesi araştırması nedeniyle Öğrencileri Bilgilendirme ve Onay Alma Formu.

Araştırmanın Açıklaması:

Bu araştırma, adölesan dönemi gençlerin sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, KKTC’de yaşayan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve gereksinimleri doğrultusunda sağlık eğitimlerinin planlanması, yürütülmesi ve gözden geçirilmesi bakımından son derece önemlidir.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermesizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülcem SALA RAZI tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Dönay ERDOĞAN

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Lefkoşa/KKTC