



K.K.T.C

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARIN, E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIĞI GELİŞTİRME
BİLGİSİ VE YAŞAM BİÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

MERVE SEYRET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. HATİCE BEBİŞ

LEFKOŞA-2019



K.K.T.C

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESANLARIN, E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, SAĞLIĞI GELİŞTİRME
BİLGİSİ VE YAŞAM BİÇİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

MERVE SEYRET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. HATİCE BEBİŞ

LEFKOŞA-2019

ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu tez çalışması 12.06.2019 tarihinde jürimiz tarafından Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Ümit SEVİĞ

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İmza:

Üye: Prof. Dr. Samiye METE

Girne Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza:

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hatice BEBİŞ

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İmza:

Onaylayan: Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER

Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İmza:

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyaz ederim.

../.../2019

Merve SEYRET

TEŞEKKÜR

Tezimin başlangıç ve bitimine kadar olan süreçte her zaman eşsiz desteğiyle bana yol gösteren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Hatice BEBİŞ’e sonsuz teşekkür ederim. Tez çalışmamın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren etik kurulun tüm üyelerine, tez savunma jürimde bulunarak kıymetli zamanlarını bana ayırıp, bilgi ve katkılarını ileten Prof. Dr. Ümit SEVİĞ ve Prof. Dr. Samiye METE hocalarıma teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren, Yakındoğu Koleji Müdürlüğüne, anketlerimin uygulanmasında yardım eden öğretmenlerine ve çalışmaya katılan tüm öğrencilerine teşekkür ederim. Ayrıca her zaman desteğiyle yanımda olan, annem Hatice Seyret’e, babam Abdurrahman Seyret’e ve ablam Mine Seyret’e sonsuz teşekkür ederim.

SEYRET M, Adölesanların E-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığı Geliştirme Bilgi Düzeyleri ile Sağlığı Geliştirme Bilgi ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2019.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Bölgesindeki bir lisede, adölesanların bazı sosyodemografik özellikleri, e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ve sağlığı geliştirme bilgi düzeyi puan ortalamaları ile sağlığı geliştirme bilgi ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında KKTC Lefkoşa merkezde bulunan Yakın Doğu Koleji'nin Lise Bölümünde eğitimine devam eden (N=623) öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden (n=390) öğrenciye ulaşılmıştır.

Verilerin Toplanması: Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu (20 soru), SYB Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu (25 soru), Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği (40 soru), e-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (10 soru) kullanılmış, Mart-Nisan 2019 tarihleri arasında öğretmen gözetiminde öğrenciler toplu halde iken yaklaşık 25 dakikada veriler toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi için IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmesinde sayı (n), yüzde (%) ve ki kare testleri kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma ($\bar{X} \pm ss$) ve ortanca, minimum-maksimum (min-mak) değer şeklinde gösterilmiştir. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farklılık; varyansların homojen olduğu durumlarda varyans analizi (ANOVA), iki ortalama arasındaki farkın (independent samples t testi) önemlilik testi, ve hangi gruplar arasında farklılık olduğunu bulmak için de LSD testi ile incelenmiştir.

Bulgular ve Tartışma: Bu çalışmaya katılan öğrencilerin (n=390), %53,3 (n=208)'kız, yarıdan fazlasının hem anne eğitimi (%51,8), hem de baba eğitimi (%52,3) üniversite ve üzeri düzeydedir. Annelerin büyük çoğunluğu (%78,5) para getiren bir işte çalışırken, babaların büyük çoğunluğu (%60,8) serbest çalıştığını ifade etmiştir. Öğrencilerin yarıdan fazlası (%62,6) ekonomik durumlarını gelir-gidere eşit şekilde algılamaktadır.

BKİ sınıflamasına göre, öğrencilerin büyük çoğunluğunun normal kiloda olduğu, Zayıf BKİ düzeyinde (%71,7) daha çok kızların, şişman BKİ düzeyinde (%83,6) daha çok erkek öğrencilerin olduğu görülmüştür ($p=0,001$, $X^2= 39,578$). Öğrencilerin yarıya yakını “yeterli süre” uyurken diğer yarısı ya az (%32.8) yada fazla (%19.5) süre uyumaktadır. Uyku süresi yeterli olmayan öğrencilerin yarısının (%49.1) şişman BKİ düzeyinde olduğu belirlenmiştir ($p=0.032$, $X^2= 10,572$).

Bu çalışmada öğrencilerin tamamı internet kullanmaktadır. İnternette kendi sağlıklarıyla ilgili bilgiye ulaşma %53.3 oranında ve en çok spor, egzersiz konusunda (%14.1) araştırma yapmaktadır. Her 10 öğrenciden biri (%12.0) uyguladığı bilginin sorununu kötüleştirdiğini belirtmiştir.

Öğrenciler SYB bilgi düzeyi puan ortalaması $14,48 \pm 4,13$ (min=6, max=24) dir. AYBÖ ($104 \pm 16,34$) toplam puanlarının orta düzey ve üzerinde olduğu görülmektedir.

AYBÖ’nin alt ölçeklerinden, en düşük “sağlık sorumluluğu” ($9,31 \pm 2,90$) alt ölçeğinden, en yüksek “pozitif yaşam bakışı” ($23,07 \pm 4,30$) alt ölçeğinden puan aldıkları görülmektedir. SYB bilgi düzeyi ile AYBÖ puanları arasında “**zayıf**” düzeyde, “**pozitif**” yönde bir korelasyon bulunmuştur. e-SOY ölçeği ($26,27 \pm 7,39$) puanının “ortalamanın” üzerinde olduğu görülmüştür. Ölçekler arasında “**zayıf**” düzeyde, “**pozitif**” yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Okul sağlığı hemşiresi ya da sağlık eğitimi hizmeti sunacak sağlık profesyonellerinin, bu yaş grubunun e-sağlık okuryazarlık düzeyini belirleyerek faaliyetlerini planlaması önerilmektedir. Araştırmacıların; deneysel çalışmalar yapması ve sonuçları uzun dönemde izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Sağlığı Geliştirme, e-Sağlık Okuryazarlığı, Okul Sağlığı Hemşiresi

SEYRET M, Determination of the Relationship Between Adolescents' E-Health Literacy and Health Promotion Knowledge Level and Health Promotion Knowledge and Attitudes, Near East University Institute of Health Sciences, Nursing Program, Master Thesis, Nicosia, 2019.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted on; In a high school in the Nicosia Region of the Turkish Republic of Northern Cyprus, some sociodemographic characteristics of adolescents, e-health literacy mean scores and health promotion knowledge level scores were used to determine the relationship between health promotion knowledge and attitude.

Materials and Methods: The universe of this study was composed of students (N = 623) attending the Near East College High School in Nicosia, TRNC in the 2018-2019 academic year. No sample selection was made in the study and the students who accepted to participate in the study (n = 390) were reached.

Data Collection: Personal Information Form (20 questions), SYB Knowledge Level Assessment Form (25 questions), Adolescent Life Style Scale (40 questions), e-health Literacy Scale (10 questions) form were used for data collection. Data were collected in approximately 25 minutes while the students were collectively.

Data Evaluation: IBM SPSS Statistics 23.0 package program was used to evaluate the data obtained in the study. Number (n), percentage (%) and chi-square tests were used for statistical analysis of the obtained data. The mean $\pm$ standard deviation ($X \pm ss$) and the median for the variables determined by the measurement are shown as minimum-maximum (min-max) value. The difference between the mean scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale and its subscales; variance analysis (ANOVA), independent samples t-test, and LSD test to find out which groups differ.

Results and Discussion: Of the students (n = 390), 53.3% (n = 208) were girls, more than half of them were both mother education (51.8%) and father education (52.3%). above the level. The majority of mothers (78.5%) stated that they were self-employed while the majority of fathers (60.8%) stated that they were self-employed. More than half of the students (62.6%) perceive their economic status as equal to income-expense.

According to the BKİ classification, the majority of the students were at normal weight, more girls at the weak BKİ (71.7%) and more students at the fat BKİ level (83.6%) ($p = 0.001$, $X^2 = 39,578$). Nearly half of the students sleep “sufficient time” while the other half sleeps less (32.8%) or more (19.5%). Half of the students (49.1%) who did not have sufficient sleep time were found to be obese BKİ ($p = 0.032$, $X^2 = 10.572$).

In this study, all students use internet. 53.3% of the students have access to information about their health from the internet and sports, exercise (14.1%) is the most research. One out of 10 students (12.0%) stated that the information they applied worsened the problem.

The mean score of the students' SYB knowledge level is 14.48 ± 4.13 (min = 6, max = 24). It was seen that the total scores of the AYBÖ (104 ± 16.34) were medium and above. It was seen that they scored the lowest “health responsibility” (9.31 ± 2.90) subscale and the highest “positive life view” (23.07 ± 4.30) subscale of the AYBÖ. There were “**weak**” level and “**positive**” side correlation between the SYB knowledge level and the AYBÖ scores. The e-SOY scale (26.27 ± 7.39) score was above the “average”. It was determined that the scales were “**weak**” level and “**positive**” side.

Conclusions and Recommendations: It is recommended that school health nurses or health professionals providing health education services plan their activities by determining the level of e-health literacy of this age group. The researchers; It is recommended to conduct experimental studies and to monitor the results in the long term.

Keywords: Adolescent Health Promotion, e-Health Literacy, School Health Nurse.

İÇİNDEKİLER

ONAY

BEYAN

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Adölesan Dönemi	5
2.1.1. Erken adolesan dönem (10-13 yaş)	5
2.1.2 Orta adolesan dönem (14-15 yaş).....	6
2.1.3. Geç adolesan dönem (16-19 yaş).....	6
2.1.2 Adölesan Dönemde Gerçekleşen Değişiklikler.....	7
2.1.2.1. Bedensel Gelişim ve Cinsel Gelişim	7
2.1.2.2 Bilişsel ve Psikososyal Gelişme	7
2.1.2.3. Duygusal Gelişim	8
2.1.2.4. Sosyal Gelişim.....	8

2.1.2.5. Ahlaki Gelişim.....	9
2.2 Sağlığı Geliştirme	9
2.2.1. Sağlığı Geliştirme Tanımı	9
2.2.2. Sağlığı Geliştirmenin Tarihçesi	10
2.2.3. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	11
2.2.3.1 Bireysel Özellikler ve Deneyimler Önceki Davranışlar	12
2.2.3.2.Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler Algılanan Yarar.....	12
2.2.3.3. Davranış Çıktısı	12
2.3.Sağlık Okuryazarlığı.....	13
2.3.1 Genel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı Tanım	13
2.3.1 e- Sağlık okuryazarlığı.....	13
2.4. Okul Sağlığı Hemşiresi.....	15
2.4.1. Görev ve Sorumlulukları	15
 3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	 17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.4. Araştırmanın Örneklemi	17
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	17
3.6. Verilerin Toplanması.....	18
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	18
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	18
3.6.3. Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği (Ek-2).....	18
3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyi (Ek-3).....	19
3.6.5. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-4).....	20

3.6.6 Veri toplama Formlarının Uygulanması	20
3.6.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	21
 4.BULGULAR	 22
4.1. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	22
4.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyleri ile ilgili Bulguları	27
4.3. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Bulguları	30
4.4. AYBÖ toplam puan ortalaması ile bazı sosyodemografik değişkenlerin bulguları	34
5. TARTIŞMA.....	40
5. 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....	40
5.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	46
5. 3. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Değerlendirilmesi	48
5.4. AYBÖ Puan Ortalaması ile Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerin Değerlendirilmesi	49
 6. SONUÇ VE ÖNERİLER	 55
6.1. SONUÇLAR.....	55
6.2. ÖNERİLER	57
KAYNAKÇA	58
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	65
EK 2: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği	67
Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyi Soru Formu	69
EK 4: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	71
EK 6: YDÜ Kurum İzni	73
Ek 7: Ölçek İzni.....	74
EK 8: Özgeçmiş.....	75

KISALTMALAR

Ark : Arkadaşları

AYBÖ: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

e-SOY : e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

K.K.T.C: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

Max : En Yüksek Değer

Mean : Ortalama Değer

Median: Ortanca Değer

Min : En Düşük Değer

n : Örnekler Sayısı

ss : Standart Sapma (Standart Deviation)

SGM : Sağlığı Geliştirme Modeli

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SYB bilgi düzeyi: Sağlıklı Yaşam Biçimi bilgi düzeyi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	22
Tablo 2. Öğrencilerin Beslenme, Fiziksel Aktivite Ve Uyku Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 3. Öğrencilerin İnternet Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	25
Tablo 4. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	27
Tablo 5. Öğrencilerin BKİ Özellikleri İle Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	29
Tablo 6. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Dağılımı.....	30
Tablo 7. AYBÖ toplam ve Alt Ölçeklerine göre SYB Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	31
Tablo 8. AYBÖ toplam ve Alt Ölçeklerine göre e-SOY Puan Ortalamalarının Dağılımı..	33
Tablo 9. AYBÖ toplam puan ortalaması ile bazı sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması.....	34
Tablo 10. AYBÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin post-hoc ileri analizlerinin değerlendirilmesi.....	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı

Bilim ve teknolojiadaki hızlı ilerlemeler, günümüzde bireylerin daha kaliteli yaşam talebini arttırmaktadır (Aksungur ve ark., 2011). Yaşam biçimi, bireylerin tüm hayatı boyunca ve günlük yaşamında sergilediği çeşitli davranışları ifade eden bir kavramdır (Aksungur ve ark., 2011, Karadeniz ve ark., 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişim şeklinde tanımlanmaktadır (Tambağ, 2011). Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışları içermektedir (Dağdeviren ve Şimşek, 2013, Aksungur ve ark., 2011). Sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır (Çavdar ve ark., 2016). Sağlığı geliştirme programları ise bireylerin, sağlığını iyileştirmek için sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreçtir (Şimşek, 2013).

Sağlığı geliştirme sürecinin başarısı için bireyleri güçlendirmek gerekmektedir. Bireylerin güçlenmesine yardım eden faktörlerden biri olan “sağlık okuryazarlığı”, genel okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir (Başgöl, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, sağlık okur-yazarlığı, “sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişimi, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileridir” şeklinde tanımlanmıştır (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/18/09/2018>).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Yalçın Balçık ve ark., 2014, Aslantekin ve Yumrutaş, 2014, Günlü ve Ceyhan, 2017). Amerika’da yetişkin nüfusun yaklaşık %50’si sağlık bilgilerini anlama ve hayata geçirmede zorluk yaşamaktadır (Uğurlu, 2011). Özdemir ve ark. çalışmasında; katılımcıların; %2,7’si yetersiz, %38,6’sı sınırdan sağlığı okuryazarlığına sahiptir (Özdemir ve ark., 2010)

Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin, sağlıklarının daha iyi olduğu, sağlık bakım maliyetinin azaldığı, sağlık bilgilerinin arttığı ve sağlık hizmetlerini kullanma sıklıklarının azaldığı, olumlu yönde sağlıklı tutum ve davranışlar geliştirdiği, bireylerin öz etkililiklerinin, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin arttığı, bütün bunların sonucunda yüksek oranda sağlıklı yaşam davranışı geliştirdikleri görülmüştür (Yalınçintürk, 2018, Yüksel, 2012, Kılıç, 2017, Şimşek,2013).

Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarından biride, e-sağlık okuryazarlığıdır. e-sağlık kavramı; bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının bireylerin ve hastaların sağlığının iyileştirilmesinde ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, sağlık sektöründe yer alan tüm kişilere kaliteli, verimli ve etkili hizmetlerin sunumu için kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır (Birru ve ark., 2004). Bu kapsamda, bilgisayar teknolojisinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşması sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi için yeni fırsatlar ve olanaklar sunmaktadır (Kılıç, 2017).

İnternette sağlıkla ilgili bilgi arayan kişilerin yaklaşık yarısı internetin sağlık sorunlarını anlamada ve doktorları ile iletişim kurmada önemli bir etkisi olduğunu belirtmektedir (Balçık ve ark., 2014) Literatürde gençlerin %90-97 gibi yüksek oranda internete eriştiği ve %35.5'i interneti, bilgiye ulaşmak için bir kaynak olarak gördüğü ve elde ettiği bilgiyi sağlıkları ile ilgili sorunların çözümünde kullandığı görülmüştür (Karayağız ve Bolışık 2009, Çelen ve ark. 2011). Türkiye’de 14-24 yaş grubunda bireylerin diğer tüm yaş gruplarından daha fazla %90.7, (erkeklerde %94.7, kadınlarda %86.4) oranda internet kullandığı belirtilmektedir (<https://dijilopedi.com/tuik-turkiyenin-internet-kullanim-aliskanliklari-raporu/>).

DSÖ’nün verilerine göre; dünya genelinde her beş kişiden biri adölesandır ve bu verilere göre 10-19 yaş aralığında 1.2 milyar adölesan bulunmaktadır (<https://www.who.int/healthinfo/paper.30.pdf>). DSÖ göre, 10-19 yaş aralığı “adölesan” dönem ve 10-24 yaş aralığını ise “gençlik” dönemi olarak kabul ettdilmektedir Bu dönem çocukluktan, yetişkinliğe adım atmak için gerekli bilgi, beceri ve tutumların kazanıldığı; biyolojik değişiklikler ile birlikte birçok gelişimsel görevin de başarılmasının gerektiği bir dönemdir (Özvarış, 2013).

Literatürde, adölesan yaş grubunun e-sağlık okuryazarlığı konusunda algı ve tutumlarının az bilinmesi, özellikle önemli sağlık konuları için internette güvenli gezinmelerine ihtiyacı olduğu, internetteki yanlış, yanıltıcı ve düşük kaliteli bilgilerin sonuçlarının büyük sorunlara yol açacağı belirtilmiştir (Fidancıoğlu ve ark. 2009, Canbek G. ve Sağıroğlu, 2007). Adölesanların bilgi teknolojilerini sıklıkla kullanmalarına karşın online sağlık bilgilerini kullanmada ve anlamada zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (İnce, 2014).

Adölesanın deneyimlediği ve sağlığı üzerinde etkili olan fiziksel, ruhsal ve sosyal davranışlar, onun hem bugün hem de yetişkin bir birey olarak gelecekteki sağlık durumunu etkilemektedir (Akçan Parlaz ve ark., 2012). Adölesan dönemde kazanılan olumlu sağlık davranışları yetişkin dönemde yaşam kalitesini arttırmaktadır (Üstüner Top ve Ocakçı 2018). Ancak; yapılan bir çok çalışmada adölesanların, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki sorunların ve riskli davranışların (sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde kullanımı, şiddet eğilimi, güvenli olmayan cinsel yaşam, dengesiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite vs.) yüksek mortalite (kaza, yaralanmalar nedeniyle ölümler, suisit) ve morbiditeye (kanser, obezite, adam öldürme yaralama vs.) neden olan önlenabilir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (Dağdeviren ve Şimşek, 2013, MMWR ,2014). Gelişmekte olan ülkelerdeki adölesan ölümlerinin yaklaşık %40-50'sine, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise %70-80'ine bu dönemde edinilen davranışlara bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların neden olduğu belirtilmektedir (Evren, 2008).

Adölesanlar zamanlarının büyük bir çoğunluğunu okulda geçirmektedir. Adölesanların sağlığını geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi kazanmaları için çeşitli programlarının planlanması ve uygulanmasında, okul sağlığı ekibinin bir üyesi olan Okul Sağlığı Hemşirelerine büyük gereksinim vardır (Özdemir 2008, Coşkun 2015). Okul sağlığı hemşiresi; öğrencilerin sağlığını koruma, geliştirme ve öğrencileri okulda gözleyerek, gereksinimlerini saptayan, riskli sağlık durumlarını tespit eden, vaka bulan, erken teşhis ve tarama yöntemlerini yürüten sağlık profesyonelidir (Şermet Kaya, 2018). Adölesan sağlığını geliştirmeye yönelik oluşturulan sağlık programları onları mevcut olumsuz sağlık davranışlarından uzaklaştıracak, riskler hakkında farkındalık yaratacak ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etki sağlayacaktır. Adölesanın sağlığı geliştirme

davranışları ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması için yapılacak uygulamaların, okul eğitimi sırasında ve müfredat kapsamında yer alması bir fırsat olarak değerlendirilmelidir (Aras ve ark., 2007). Literatür incelemesi sonucunda, KKTC’de bu yaş dönemindeki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimleri ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Bölgesindeki bir lisede, adölesanların bazı sosyodemografik özellikleri, e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ve sağlığı geliştirme bilgi düzeyi puan ortalamaları ile sağlığı geliştirme bilgi ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Adölesanların;

1. SYB bilgi puan ortalamaları nedir?
2. e-SOY ölçeği puan ortalamaları nedir?
3. AYBÖ puan ortalaması nedir?
4. Sosyodemografik özellikler ile AYBÖ puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?
5. e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?
6. SYB bilgi puan ortalamaları ile
 - AYBÖ puan ortalaması
 - e-SOY ölçeği puan ortalamaları arasında bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönemi

Adölesan kelimesi Latince'den türemiş yetişkinliğe atılan adım anlamına gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü adölesan yaş aralığını 10 ile 19 yaş olarak belirtmektedir. DSÖ bu dönemdeki 10-13 yaş aralığını erken adölesan dönemi, 14-15 yaş aralığını orta adölesan dönemi ve 16-19 yaş aralığını ise geç adölesan grubu olarak belirtmektedir. (İlhan, 2012). Çocukluktan erişkinliğe geçişin gerçekleştiği adölesan dönem, psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan karmaşık özelliklerin görüldüğü bir olgunlaşma evresidir (İlhan ,2012). Bu değişimlerin yanı sıra adölesanlarda bilişsel, cinsel ve psikososyal değişikliklerde görülmektedir. Bireyler bu dönemde bağımsız olma düşüncesi, kendini ispatlama, kabullendirme ve kimlik arayışı içindedir (Özcebe, 2002).

Adölesan ve genç nüfus, dünya nüfusunun %30'unu oluşturmakta ve bu nüfusun çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Türkiye'de ise adölesan toplam nüfusun %29'unu oluşturmaktadır. KKTC'de ise nüfusun 1/3'ü adölesanlardan oluşmaktadır. ((Demirezen ve Coşansu, 2005) (http://www.devplan.org/Ist_yillik/IST-YILLIK-2017.pdf)

Adölesan dönemin süresi her birey için farklıdır. Cinsiyet, ırk, iklim, beslenme, çevresel faktörler, sosyo-ekonomik düzey, hormonal ve genetik özellikler adölesan döneminde farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Bu dönemdeki değişiklikler ergenliğe girişi ve sonlanışı hakkında kesin bir bilgi oluşturmamaktadır. Bu nedenle, adölesan dönem kendi içinde evrelere ayrılmış ve şu şekilde "erken", "orta" ve "geç dönem" olarak ifade edilmiştir (Coşkun, 2015).

2.1.1. Erken adölesan dönem (10-13 yaş)

Bu dönemdeki adölesanlarda başlangıçta fiziksel ve davranışsal farklılıklar göze çarpmaktadır. En çok dış görünüş ve gelişimsel değişiklikler dikkat çekmektedir. Bu değişiklikler adölesanın çocukluktan çıktığının farkında olduğu, erkek ve kız olarak cinsiyet kimliğine ayrıldığını düşünmesini sağlamaktadır (Demirezen ve Coşansu, 2005). Adölesan vücudunda meydana gelen ani fiziksel farklılıklara karşı şaşkınlık ve endişe duymakta, bu değişikliklere uyum sağlamakta zorluk yaşaması nedeniyle çevresine karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir (Özcebe, 2002). Psikolojik olarak,

sinirli ve agresif davranışlar, derslerde başarısızlık korkusu, kendini pasif hissetme gibi dalgalanan davranışlar görülmektedir (Kürtüncü ve ark., 2015). Fizyolojik olarak, Boyda uzama, kiloda artma, vucüt hatlarında gelişme ve bununla beraber fiziksel kapasitede artma olmaktadır. Üreme organlarının yapısında belirginleşme ve olgunlaşma gerçekleşmektedir. Her iki cinstede tüylenme, erkekte sesin kalınlaşması, kadınsı ve erkeksi beden imajı şekillenmeye başlar (Coşkun, 2015).

Adolesan ileride sahip olacağı vücut yapısının da hayal ettiği vücut yapısıyla yakın olup olmayacağını da endişesini yaşamaktadır. Çevresindekilerin onu anlamadığını ve hoşlanmadığını düşünmektedir, içe kapanıklıkta bu evrede belirgin olarak görülmektedir (Özcebe, 2002).

2.1.2 Orta adolesan dönem (14-15 yaş)

Bu dönemde adolesan vücudundaki fiziksel farklılıkları kabullenme düşüncesine girmeye başlamaktadır. Temel fizyolojik farklılıklar tamamlanmış olup, bireyin kimlik duygusu oturmaya başlamaktadır. Soyut düşünme kendini bu dönemde net olarak göstermektedir. Dış çevre, arkadaş ortamı birey için önemlidir. Bununla beraber karşı cinsle ilgilenmede artmaktadır. Yetişkinleri taklit etme, olumlu, olumsuz sağlık davranışlarını alma, özenme gibi duygular başlamaktadır (Özcebe, 2002). Kişiliğin oluşma süreci ve bağımsızlık duygusu bu dönemin en belirgin özelliğini meydana getirmektedir.

Bilişsel düşünce oldukça karmaşıktır. Orta adolesan döneminde Bilişsel ve psikososyal açıdan birey olgunlaştıkça bedeninin fiziksel değişimlerinden daha çok kimlik konularına odağı çevirme görülmektedir. Bu dönemin belirgin özelliklerinden biri ise cinsel kimlik gelişimidir. Cinselliğin odak noktası olmasıyla beraber birey, karşı cinsten arkadaş edinme ve cinsel anlamda istek duyma hissedebilmektedir (İlhan, 2012).

2.1.3. Geç adolesan dönem (16-19 yaş)

Bu dönemde vücut, fiziksel olarak yetişkin vücuduna benzer bir görünümün alır, kimlik arayışı tamamlanır, düşünceler ve görüşler tam yerini alır (İlhan ,2012). Bu dönemde fizyolojik gelişim ve değişiklikler tamamlandığı için, dış görünüşe ilişkin şüpheler silinmiş, bireyin cinsel kimlik boyutu gelişmiştir. Birey gelecekle ilgili karar verebilme olgunluğuna erişmiş ve çevresi ile rahat iletişim kurabilecek boyuta gelmektedir (Özcebe, 2002). Sevdiği alanlara ve yeteneklere yönelme, becerilerinin farkına varma,

seçim yapma, karşılaştığı soruna çözüm üretme, baş etme ve daha uyumlu kalıplara girmeleri görülmektedir. Hayatı boyunca yapacak olduğu mesleği ve eş seçiminde daha gerçekçi adımlar attığı görülür. Arkadaş ortamları önemini kaybeder ve bireysel ilişkiler öncelik kazanır (Şahin ve ark., 2016).

2.1.2 Adölesan Dönemde Gerçekleşen Değişiklikler

2.1.2.1. Bedensel Gelişim ve Cinsel Gelişim

Adölesan dönem birçok fiziksel değişikliği içine almaktadır. Adölesan dönemde olan bu fiziksel değişimler beraberinde cinsel gelişimi de getirmektedir. Bu değişimlere puberte (buluğ) denir. Puberte başlangıcı her bireyde farklılıklar gösterir. Bu farklılıkta ırk, genetik, sağlık, beslenme vs durumlar etkili olmaktadır (Kılıç, 2009). Kızlarda 11-13 yaş, erkeklerde ise 13-15 yaş buluğa girme yaşı olarak kabul edilmektedir. Erkeklerle göre kızların fiziksel farklılıkları iki yıl önce başlamaktadır fakat her cinste fiziksel erişkinliğe ulaşma benzer zamanlarda sonlanır. Bu dönemdeki bireyin boyu, kilosu, iskelet ve kas sistemi, belirli bölgelerde yağ dokusu, solunum ve dolaşım sistemleri beraberinde merkezi sinir sistemi ve üreme organlarında da değişimler görülmektedir. Zihinsel yapısı ve uğraşları da farklılıklar göstermektedir (Dinçel, 2006).

2.1.2.2 Bilişsel ve Psikososyal Gelişim

Adölesan grup fiziksel ve cinsel farklılıklarla birlikte zihinsel farklılıklar yaşamaktadır. Bu değişim yalnız bireyin kendisini değil, çevresini, arkadaşlarını, ailesini de uzun süre etki altında bırakmaktadır. Adölesanların düşünme süreçleri farklılaşır. Sürekli olarak artan bir şekilde geleceğe dönük ve soyut tarzda düşüncelerle ilgilidirler. Kendi ilgi alanlarına özgü değerler; din, ahlak ve cinsellik gibi konularla ilgilenirler. Mantıksal düşünmenin yetişkin dönemdeki düşünce tarzına ulaştığı o dönem soyut işlemler daha çok aktifleşir. Soyut düşünen birey yakın zamanı, olası geçmiş olayları veya geleceğe bağlanan problemleri düşünür (Dinçel, 2006).

Adölesan dönemdeki bilişsel gelişim, beynin motor işlevleri arasından olan çeşitli işlemlerin gelişmesini içermektedir. Arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş ve kendini değerlendirme, düzenlemede yeni beceriler edinilmesi yer alır (İlhan ve Yıldız, 2018). Adölesan

döneminin en önemli yönü kimlik kazanımıdır. Ergenin gerçekçi düşünmesini, öz görünümünü kabul etmesi ve kimlik kazanımı için en önemli yön pskisosyal yöndür.

Kısacası ergenler, geleceği varsayımlar doğrultusunda görme ve gerçek ya da olası sorunlara seçenek çözümler üretmelerine olanak veren yetenekler kazanırlar. Ergenin geleceğe yönelik planlar yapabilmesi, davranışlarını eleştirebilmesi, değerler sistemini olgunlaştırabilmesi ve kendini tanıyarak kabul edebilmesi soyut düşünme yeteneğinin kazanılmış olmasını gerektirir. O nedenle okullarda onları ilgilendiren konular üzerinde soyut düşünme yeteneğinin sınırlarını genişletici tartışmalara yer vermek, onları ders dışı okumalara yöneltmek ve okunanları değerlendirmek vazgeçilmez etkinlikler olmalıdır.

2.1.2.3. Duygusal Gelişim

Ergenlerdeki duygusal gelişim ve değişim konusunda dikkati çeken ilk noktanın, duyguların yoğunluğundaki artış ve istikrarsızlık olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda söz konusu duygusal dalgalanmalar; karşı cinse âşık olma, mahcûbiyet ve çekingenlik, aşırı hayâl kurma, tedirginlik ve huzursuzluk, yalnız kalma isteği, çalışmaya karşı isteksizlik ve çabuk heyecanlanma gibi duygulanım durumlarıdır. (Koç, 2004)

Bu anlamda ergenlik çağındaki gençlerle ilgili yapılan alan araştırmalarında, ergenlerin duygusal problemlerinin; bulundukları yaş gruplarına, okula devam edip etmemelerine, ailenin geliştirdiği tutumlarına, ergenlerin sahip oldukları bireysel zekalarına ve çevreleri tarafından kabul edilme derecelerine göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir (Parlaz ve ark., 2012)). Öte yandan yine konuyla ilgili yapılan araştırmalarda ergenlerin, en çok gelecekle ilgili kaygılar taşıdıkları; eğitim gören ergenlerdeki bu kaygıların içeriğini istedikleri okula gidip gidemeyecekleri ve istedikleri mesleği yapıp-yapamayacakları gibi sahip olduğu saptanmıştır.

2.1.2.4. Sosyal Gelişim

Ergenlikte önemli bir diğer gelişim boyutu ise sosyal gelişmedir. Bilindiği gibi bireyin sosyalleşmesi ilk olarak ailede başlar. Bu bağlamda ergenin sosyalleşme süreci aslında çocukluk döneminde başlamış ve ergenlik döneminde ise bu süreç ailesinin dışına taşarak okul çevresi ve dolayısıyla arkadaş grupları ekseninde hızla devam etmektedir. Bu sosyalleşme sürecinde ergen için önemli gördüğü konularda ailesi, hâlâ bir başvuru

kaynağı olmaya devam etmektedir (Keser, 2016). Bu anlamda ergen, öncelik olarak okul, meslek seçimi ve geleceğiyle ilgili kararları aile danışmaktadır.

2.1.2.5. Ahlaki Gelişim

Gelişim dönemleri içerisinde, bireylerin ahlâkî gelişimlerini açıklamaya çalışan birçok ahlâkî gelişim kuramı geliştirilmiştir. Bu kuramlardan en çok bilinenleri, psikanalitik kuram, toplumsal öğrenme kuramı, Piaget ve Kohlberg'in ahlâkî gelişim kuramlarıdır. Söz konusu kuramlar, bireylerin ahlâkî gelişimlerinin seyri ve sebepleri üzerinde birtakım görüşler içerirler (Koç, 2004). Ergenlik dönemine ilişkin geliştirilen ahlâk anlayışları çerçevesinde, söz konusu dönemdeki ahlâkî değerler, olduğu gibi aktarılıp ergenin benliğinin birer parçası haline gelerek gelişirler. Yani bireyin, kişisel bir değer sisteminin varlığının farkına vardığı dönem ergenlik dönemidir. Çünkü, ergen tarafından bu dönemdeki bir çok değişken, ahlâkın seviyeli bir şekilde benimsenip benimsenmeyeceğini veya değer yargılarının, toplumda mevcut olan otoriteye bağlı kalınarak, geleneksel tarzda şekillenip şekillenmeyeceğini belirler.

2.2 Sağlığı Geliştirme

2.2.1. Sağlığı Geliştirme Tanımı

Sağlık kavramı insan temelini oluşturan oldukça önemli bir kavramdır. Sağlığın bir çok tanımı olmasına rağmen DSÖ'nün (WHO) *“sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”* tanımı kullanılmaktadır. Sağlığı bir bütün olarak ele alan evrensel tanım; hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal vurgularla, sağlığa geniş bir pencereden bakmayı hedeflemiştir. Sağlığı geliştirmenin en küçük ve temel birimi ise sağlık davranışdır. Sağlık davranışı tanım olarak bireyin sağlıklı olması için uyguladığı aktivitelerdir.

Sağlık davranışının kötü veya az olması direkt olarak sağlığı geliştirmeyide olumsuz etkilemektedir (Ulupınar Alıcı ve Sarıkaya, 2009). Sağlığı geliştirme, bireyin kendi sağlığını kontrol altında tutmasını ve yaşam kalitesini devam ettirecek en iyi seviyeye taşımayı hedefleyen bir süreçtir. Sağlığın geliştirilmesi, yalnızca hastalığı erken teşhis edip, önlemekle alakalı değildir. Kişinin hayatı boyunca yaşam konforunu arttırmasını ve uzun süreli sağlığını dengede tutmasını niteler. Sağlığı geliştirme sadece

birey için değil toplumdaki sağlık zincirinde oluşmasını, intihar ve şiddet gibi sosyal sorunlarında oranını düşürmektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

Adolesan ölümlerinin %70-80'i bu dönemde edinilen olumsuz sağlık davranışlarına bağlı ya da bu dönemde çıkan durumların süregelmesi nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle adolesan dönemde kazanılan olumlu sağlık davranışları hayat boyu bireyin üzerinde etkisini sürdürmektedir. Aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi kavramının bu konuda çok önemli bir paya sahip olduğunun fark edilmesi gerekmektedir (Coşkun, 2015).

2.2.2. Sağlığı Geliştirmenin Tarihçesi

Literatür taramalarında kavram olarak sağlığı geliştirme ilk 1920'de Winslow'un yaptığı halk sağlığı tanımında karşımıza çıkmaktadır. Winslow "Halk sağlığı, çevre sanitasyonu, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi/sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik **organize edilmiş toplumsal çabalar** yoluyla **sağlığın geliştirilmesi**, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanatıdır." tanımlamaktadır. Tanımda sağlığı bir bütün olarak ele almış, sağlığın geliştirilmesi konusunda birey ve topluma sorumluluk yüklemiştir (Şimşek, 2013).

Sanayileşmenin arttığı ülkelerde; 1946 ve 1974 seneleri arasında bulaşıcı hastalıkların insidansı, bağışıklama ve atıkların uygun şekilde imhası azalmıştır. Sağlığı geliştirmenin 1974'te Lalonde raporunun bir model olarak tanımlandığı, içinde sağlık açısından önemli konuların olduğu ve ilk kez sağlığı geliştirme kavramı bir raporda politik olarak geçmiştir (Şimşek, 2013).

Eylül 1978'de Alma-Ata'da yayınlanan bildirgede "*Herkes için sağlık*" kavramının hedeflendiği, insanın temel hakkı olan sağlığın öneminden ve bu amaca ulaşabilmek için sağlık sektörünün dışında birçok sosyal ve ekonomik sektörün çabalarına ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu bildirgeden sonraki süreçte halk sağlığı dünyada yeni bir boyuta ulaşmış ve sağlığı geliştirmedeki amaçlara ulaşmak adına önemli bir adım atılmıştır (Alagüney, 2014).

Yine 1978’de Kanada’da Sağlık ve Sosyal Refah Departmanı adı altında beslenme bozukluğu ve sigara içme gibi olumsuz sağlık davranışlarına yönelik çalışmalarla alakalı Sağlık Geliştirme Birimi’nin kurulduğu, Toronto Üniversitesi’nde 1979’da sağlık geliştirme programının açıldığı ve 1979-1984 yıllarında bireyi ve toplumu etkileyen sağlık araştırmalarının arttığı görülmektedir (Şimşek, 2013).

Sağlık adına önemli bir konferans olan 1986 Ottawa’da toplanan kurul, Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi kavramını ilk olarak 1986’daki konferansta ele almıştır. Sağlık geliştirmedeki araçların önemi vurgulanmış; sağlıklı halk politikası kurma, destekleyici çevre yaratma, toplumu savunucu eylemlerinin kuvvetlendirilmesi, öznel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeni bir yol izlenmesi olarak sıralamıştır (Göçmen ve Meydan Acımsı, 2017).

Halk sağlığı alanlarına ve toplum sağlığı merkezlerine 1986- 1991 seneleri arasında sağlık geliştirme eğitimi almış kişiler atanmış ve sağlık geliştirme projeleri oluşturulmuştur. Ekonomik çöküntüler, sosyal güvenliğin zayıflaması nedeniyle sağlık geliştirmeye yönelik yeni çözüm arayışları başlatılmıştır. Sağlık tehdit eden, yoksulluk, çevresel ve sosyal bozulmalar, sorumluluğun arttırılması, sağlığın geliştirilmesine olacak yatırımların arttırılması gibi konulara 1997’deki Jakarta konferansında yer verilmiştir (Madenoglu Kıvanç, 2015).

Diğer önemli tarihlerden 2009 yılında Nairobi Sağlık Geliştirme konferansında sağlığın geliştirilmesi ve kalkınmasını sağlayacak politika vurgulanarak, uygulamadaki boşlukların doldurulması sağlanmıştır. Yapılan konferanslar göz önüne alındığında kavram olarak sağlık geliştirmenin ortaya çıkması; kronik hastalıkların artışı, sağlık problemlerinin çoğunluğu bireylerin yaşam biçimleriyle ilişkisinin olduğu, bunların yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel durumlarında birey üzerine etkisi olduğu, sadece sağlık eğitiminin yetersiz kaldığı ve yaşam kalitesine ilginin artışıdır.

2.2.3. Pender’in Sağlık Geliştirme Modeli

Hemşirelik mesleğinde sağlık geliştirme için kullanılan pek çok model bulunmaktadır. Bunlardan biri olan ve Pender tarafından 1987 senesinde geliştirilen Sağlık Geliştirme modeli en sık kullanılan modeldir. Model 1996’da ele yeniden düzenlenmiştir, sağlık geliştirecek uygulamalarda kılavuz olmayı ve sağlık korumadaki

modellere tamamlayıcı olmayı hedeflemektedir (Çalık ve Kapucu, 2017). Sağlığı geliştirme Modelindeki amaç; bireyin sağlık davranışları ile ilgili bileşenleri açıklamak, sağlık tecrübelerini ve sağlık algısını etkileyecek faktörlerin açıklanabilir olmasına yardımcı olmaktır. Pender'in Sağlığı geliştirme modeli 27 yıldır kullanılmaktadır.

Model üç temel değişkenden oluşmaktadır:

- 1) Bireysel Özellikler ve Deneyimler Önceki Davranışlar
- 2) Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler Algılanan Yarar
- 3) Davranış Çıktısı

2.2.3.1 Bireysel Özellikler ve Deneyimler Önceki Davranışlar

Bireysel özellikler; bireyin biyolojik (yaş, kilo, boy, cinsiyet); psikolojik (benlik saygısı, öz motivasyonu ve kişisel yetenekler) ve sosyo-kültürel özelliklerini (etnik grup, ırk, eğitim, gelir, bulunduğu yer, statü, görev) içerir. Deneyimler ise doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olan davranışsal bir faktördür. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlığı, sonraki davranışın sonucunu etkiler (Başgöl, 2016). Deneyimler ve bireysel özellikler hemşireler tarafından değiştirilemeyen faktörlerdir. Değiştirilemeyen faktörlerin varlığı çok önemlidir ve duruma göre hemşirenin sağlayacağı desteği kolaylaştırır ya da zorlaştırır. Hemşire bireyin yaşını ve eğitim durumunu değiştirebilir konumda değildir. Ancak hemşire bireyi eğitirken bu iki önemli faktörü dikkate almak durumundadır (Yalçıntürk, 2018).

2.2.3.2. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler Algılanan Yarar

Hastalık tehditini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç olarak tanımlanmaktadır. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları özetkililik, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Sağlığın geliştirilmesi bireyde sağlıklı yaşam ve uyum hissini uyandırabilir ve bu da kişinin enerjisini yükseltir ve aynı zamanda da şiddet ve intihar gibi sosyal problemlerin oranını düşürür.

2.2.3.3. Davranış Çıktısı

Bu aşama bireyin artık sağlık davranışını sergilediği harekete geçtiği aşamadır. (Ocakçı ve Alpar 2013). Pender Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bu alanında bireyin davranışı yapmayı önceden planlayıp planlamamasının ya da acil gereksinimlerin doğması

davranışın ortaya çıkmasını etkilediğini vurgulamıştır. Farklı acil gereksinimlerin ortaya çıkması ya da bireyin davranışa özgü önceden bir plan yapmış olması/olmaması istendik davranışın ortaya çıkmasını etkilemektedir (Aluş Tokat ve Okumuş, 2008).

Sağlığı geliştirme davranışı, en iyi iyilik hali, bireysel doyum ve üretken bir yaşama sahip olma gibi olumlu sağlık çıktıları ile sonuçlanan davranışlardır. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi, yeterli dinlenme ve olumlu ilişkiler kurma sağlığı geliştirme davranışlarına örnek olarak verilebilir (Bahar ve Açıl, 2014).

2.3.Sağlık Okuryazarlığı

2.3.1 Genel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı Tanım

Türk Dil Kurumu okuryazarlığı, kişinin okuma yazması olması ve öğrenim görmesi şeklinde tanımlamaktadır. Geniş anlamda okur-yazarlık ise bireyin okuma, yazma ve sayıları kullanma, bilgiyi elde etme, fikir ve düşüncelerini ortaya koyma ile karar verme ve problem çözme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Her iki tanımdan da anlaşılacağı üzere okuryazarlık, sadece okuma-yazma becerisi değil, okuduğuna anlama, işleme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan kompleks bir olgudur.

Sağlık okur-yazarlığı ise, Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal becerileridir (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/18/09/2018>). Hızla gelişen teknoloji son zamanlarda bilgiye kolaylıkla ve hızlı bir şekilde ulaşabilmeyi sağlamaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte bir sürü yeni iletişim ağı ortaya çıkmaktadır. Bunların en başında internet gelmektedir. Gelişmekte olan teknoloji ile önemi artan internet; bilgi ve iletişim boyutlarının ulaşabildiği en üst seviyededir. (Çağır G. n, Gürkan U. 2010). Günümüzde internetten elde edilen sağlıkla ilgili bilgilerin içeriğini ve kalitesini değerlendirmek üzere e- sağlık okuryazarlığı kavramı üzerinde durulmaktadır.

2.3.1 e- Sağlık okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır. Sağlık sistemi, kitle iletişim araçları ve eğitim sistemini etkileyen bir politika konusu olarak sağlık eğitimi

tartışmasında, tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının minumum standartlarının belirlenmesinden bahsedilmiştir (Uğurlu, 2011).

E-sağlık ise sağlık okuryazarlığının ölçüm araçlarından biridir (Coşkun, 2015) İnterneti sık kullanan bireylerin e-sağlık okuryazarlığı konusundaki algı ve tutumları az bilinmektedir. Ayrıca, sağlık konuları ile ilgili yanlış, yanıltıcı ve düşük kaliteli bilgilerin sonuçlarının büyük sorunlara yol açabildiği bu nedenle toplumdaki bireylerin internet ortamında güvenli gezinmelerine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Sağlık konusunda 1990'lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve tanımlanmaya başlanmış, sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki bireylerin bilgi tutum ve davranışlarının önemini ve etkilerini ortaya koyan çalışmalara gereksinim olduğu dile getirilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş , 2014).

E-Sağlık okuryazarlığı özellikle, elektronik kaynaklar üzerinden sağlık ile ilgili bilgilerin aranması, bulunması, kavranması ve pekiştirilmesi ve bu bağlamda elde edilen bilgi birikiminin bir sağlık sorununun belirlenmesi ya da çözülmesinde kullanılması olarak tanımlanabilir. Okuryazarlığın diğer biçimlerinin aksine, e-Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlık becerilerinin farklı yönlerini bir araya getirir ve bunları e-Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine uygular. Başka bir tanım ise e-Sağlık; “sağlık hizmetlerinde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavi edilmesi, izlenmesi ve sağlığın yönetilmesi” olarak tanımlamıştır (Kılıç, 2017).

Yine günümüzde ülkelerin sağlık yatırımlarına bakıldığında; e-Sağlık sitemine geçiş yapan ülkeler, daha büyük hastaneler yapmak yerine, sağlık teknolojilerine yatırım yapmaktadırlar. Bu yatırımlar, sağlık hizmetlerinin yelpazesini hastane ortamı gibi dar bir alandan çıkarıp daha geniş kesimlere ve uzağa (tele-tıp ve mobil uygulamalar ile) ulaştırmıştır. Bu sayede sağlık hizmetleri zaman ve mekân sınırından bağımsız olarak bireylere ulaşabilmektedir. Bu yönüyle günümüzün sağlık hizmetleri yaklaşımı, geleneksel yaklaşımdan (hastane odaklı sağlık hizmeti sunumu) önemli ölçüde farklılaşmaktadır (Göçmen ve Meydan Acımsı, 2017).

2.4. Okul Sağlığı Hemşiresi

Okul ortamı, öğrencilerin davranış ve düşüncelerinin şekillendirildiği önemli bir kurumdur. Okul sağlığı hemşiresini; öğrencilerin sağlığını geliştirmek, iyilik halini korumak, bireysel becerilerini ve akademik başarılarını arttırmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini sağlamak için yararlı kararlar alan profesyonel bir hemşirelik dalı olarak tanımlanmaktadır.

Okul sağlığı hemşiresi, öğrencilerin sağlık ve güvenliğini geliştirme, var olan ya da olası muhtemel sağlık problemlerini belirme, vaka yönetimi hizmetlerini sağlama ve öğrencilere sorumluluklarını öğretme ve uyumlarını geliştirmeleri için diğer disiplinler ile işbirliği sağlama gibi işlemlere sahiptir. Hemşireler, sağlığı geliştirmeye yönelik etkinliklerle, bireylerin içsel kontrol algılarını artırarak sağlıksız davranış terketme ve olumlu sağlık davranışını başlatarak sürdürmede yardımcı olabilir (Üstüner Top ve Ocakçı 2018).

Ulusal Okul Hemşireleri Birliği'nin tanımına göre okul sağlığı hemşireliği; öğrencilerin hayat boyu kazanımlarını, akademik başarılarını ve sağlığını geliştiren profesyonel hemşireliğin bir uygulama alanıdır. Bu amaçla, okul sağlığı hemşireliği öğrencinin normal gelişimine katkıda bulunarak sağlığı yükseltir, mevcut veya muhtemel sağlık problemlerine aile veya diğer başka kurumlarla işbirliği kurarak müdahale eder. Okul sağlığı hemşireliği tanı ve korumaya yönelik birçok farklı hemşirelik uygulamasını içinde barındırmaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2016).

Okul sağlığı hemşiresinin amaçları, öğrencilere sağlıklarını optimal düzeyde tutacak davranışları öğretmek, sağlıklarını korumaları için gerekli ve uygun bilgiyi öğrencilere vermek, öğrencide sağlık için gerekli davranış değişikliklerini oluşturmak şeklinde tanımlanmaktadır (Bahar, 2010).

2.4.1. Görev ve Sorumlulukları

Okul sağlığı hemşiresi okuldaki öğrenciyi destekleyen ve doğru sağlık davranışları kazandırmak adına iş birliği yapan, okullarda görevli sağlık personelidir. Adölesana doğru sağlık davranışının kazandırılması için öncelikle adölesanın fiziksel ve psikolojik yapısını iyi bilinmesi gerekmektedir. Aile ortamında adölesanın dış çevreye ilgisinin fazla olduğu bu dönemde; dışarıdaki tehlikelerden korunmasında ve doğru sağlık davranışlarını

kazanmasında önce adölesanın ebeveynlerine sonra okul sağığı hemşiresine çok büyük bir sorumluluk düşmektedir. Adölesan, vaktini evinden çok okulda geçirmektedir. Bu da okul sağığı hemşiresinin daha iyi gözlem yapması ve adölesanı desteklemesi açısından önem taşır.

Okul sağığı hemşirelerinin sağığı geliştirme ve korumanın yanısıra diğer görev, yetki ve sorumlulukları incelendiğinde, görev yaptığı okulda okul sağığı hizmetleri ile ilgili sorunları, gereksinimleri saptama ve okul idaresine bildirme, sağık risklerinin erken tanılanması ve uygun girişimlerin planlanması, gereken önlemlerin alınması konusunda okul idaresiyle koordinasyonu sağılama, sağık biriminin malzeme ihtiyaç listesini tespit etme ve okul idaresine bildirme, okula her yeni katılan öğrencinin sağık durumunun değerlendirilmesinde ve öğrencilerin düzenli olarak periyodik fiziki muayenelerini yapmak, hastalanan veya acil müdahale gereken öğrenci ve okul çalışanının, hekim istemi doğrultusunda tedavi ve bakıma yönelik hemşirelik hizmetlerini planlama, uygulama, değerlendirme gibi görevleri bulunur ve hemşire gözlem formuna kayıt eder (Sağılan ve Bilge, 2018).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel tipte ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC Lefkoşa Yakın Doğu Koleji'nde, Eylül-Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Yakın Doğu Koleji

Yakın Doğu Koleji, 1993 yılında Lefkoşa Dikmen bölgesinde bulunan Yakın Doğu Üniversitesi kampüsü içinde kurulmuştur. Lise bölümü 623 öğrenciden oluşmakta, ÖSS – GCE grubu olarak ayrılmaktadır. ÖSS grubu; öğrenciye T.C. Yüksek Öğretim Kurumlarına giriş sistemine uygun üniversite sınavına yönelik Türkçe ağırlıklı müfredatta eğitim verirken, GCE bölümü ise; öğrencilere yurtdışı eğitim olanağı sağlamak amacıyla daha çok İngilizce ağırlıkta eğitim vermektedir. Okulda bir fen laboratuvarı, bir spor salonu, bir yemekhane ve birde çok amaçlı salon bulunmaktadır. Okulda okul sağlığı hemşiresi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini, 2018-2019 eğitim-öğretim yılında KKTC Lefkoşa Merkezde bulunan Yakın Doğu Koleji Lise Bölümünde eğitimine devam eden (N=623) öğrenci oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden (n=390) öğrenciye ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni:

- AYBÖ puan ortalaması

Araştırmanın bağımsız değişkenleri:

- Sosyodemografik özellikler (anne ve baba eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, boyu, kilosu, beslenme, uyku, spor alışkanlıkları vs.)
- e-SOY ölçeği puan ortalaması
- SYB bilgi düzeyi puan ortalaması

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Çalışma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Adölesan Yaşam Biçimi ölçeği, e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyi formu olmak üzere toplam dört form kullanılmıştır.

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Bu form, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyi, anne ve baba mesleği, ailenin gelir-gider durumu, beden eğitimi derslerine katılımı, kendi başına spor yapması, herhangi bir spor kursuna üyeliği, uykuya dalmada problemi, gün içindeki uyku saati, okulda hangi tür yiyecekleri tükettiği, bu yiyeceklerden haftada kaç kez tükettiği, en çok internet kullandığı yer, interneti kullanma süresi, internette en çok hangi amaçla vakit geçirdiği, kendi sağlığıyla alakalı internetten araştırma yapma durumu) ile ilgili 20 sorudan oluşmaktadır.

3.6.3. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (Ek-2)

AYBÖ; Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği II'nin Adölesanlar için geliştirilmiş versiyonudur. Ölçek 1997 yılında Pender tarafından geliştirilmeye başlanmış ve 2006 yılında Hendricks ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçerken, orta ve geç adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye olanak sağlamaktadır (Pender ve ark., 2002; Hendricks ve ark., 2006). Bu ölçek toplam 40 maddeden ve birbirinden bağımsız kullanılabilen yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler;

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve kendi sağlığına hangi düzeyde katıldığını değerlendiren alt ölçektir ve beş maddeden (3, 8, 14, 22 ve 31. maddeler) oluşmaktadır.

Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitelerin birey tarafından hangi düzeyde uygulandığını değerlendiren alt ölçektir ve altı maddeden (2, 4, 16, 27, 30 ve 37 maddeler) oluşmaktadır.

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki tercihlerini değerlendiren alt ölçektir ve altı maddeden (7, 10, 13, 21, 24 ve 39 maddeler) oluşmaktadır.

Pozitif yaşam bakışı; bireyin hayata olumlu bakışını, umut, umutsuzluk gibi kavramları değerlendiren alt ölçektir ve sekiz maddeden (15, 18, 23, 26, 28, 32, 35 ve 36. maddeler) oluşmaktadır.

Kişilerarası ilişkiler; bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini değerlendiren alt ölçektir ve beş maddeden (6, 12, 19, 34 ve 40. maddeler) oluşmaktadır.

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını ve stresle baş etme düzeyini değerlendiren alt ölçektir ve beş maddeden (1, 5, 11, 17 ve 25. maddeler) oluşmaktadır.

Spiritüel sağlık; bireyin inançlarını, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendiren alt ölçektir ve altı maddeden (9, 20, 29, 33 ve 38. maddeler) oluşmaktadır (Ardıç, 2008).

Ölçek Puanlarının Hesaplanması ise; Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur, Ölçek her bir madde için 4'lü Likert tipte yanıtlamayı gerektirir. "Asla" için 1, "Bazen" için 2, "Sık sık" için 3 ve "Her Zaman" için 4 puan verilir, Ölçekten elde edilen maksimum puan 160, minimum puan ise 40'dır. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, puan arttıkça olumlu sağlık davranışı düzeyi artar.

3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyi (Ek-3)

Bu form, AYBÖ ve yedi alt ölçek temel alarak hazırlanan 25 maddeden oluşmaktadır. Coşkun ve arkadaşları tarafından maddelerin dil ve kültür eşdeğerliğinin yanı sıra içerik

geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin sağlıklı değerlendirilmesi için dereceleme ölçütü olarak; Content Validity İndeks (CVİ), kullanılmıştır ve. CVİ; 0.96 olarak hesaplanmıştır.

3.6.5. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-4)

e-SOY ölçeği, Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında geleneksel okuryazarlık, sağlıkla ilgili okuryazarlık, bilgi alma, bilimsel araştırma, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığının belirlenmesine yönelik olarak geliştirilmiştir.

Bu ölçek; sağlıkla ilgili konularda internet kullanma algısını belirleyen 8 maddeden oluşmaktadır (EK-4 (B)). Ölçek maddeleri; 5’li likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ilk geliştirilme çalışmasında chronbach alfa değeri 0.88 bulunmuştur. e-SOY Ölçeği’nin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2014 yılında adölesanlar üzerinde Coşkun ve Bebiş tarafından yapılmıştır ve chronbach alfa değeri 0.78 bulunmuştur.

3.6.6 Veri toplama Formlarının Uygulanması

Ön Uygulama

Uygulanacak olan tüm anketlerin öğrenciler tarafından anlaşılabilirliğini, uygulanabilirliğini ve sağlığı geliştirme konusundaki gereksinimlerini belirlemek ve gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla 18 Şubat tarihinde, 10 öğrenci üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Kişisel Bilgi, Formunda gerekli düzenlemeler yapılmış, öğrencilerin formları tahmini doldurma süreleri belirlenmiştir. Bu öğrencilerden elde edilen veriler çalışmada kullanılmamıştır.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında kullanılan formlar Mart-Nisan 2019 tarihleri arasında öğretmen gözetiminde öğrenciler toplu halde iken formlar dağıtılmıştır, ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırma konusu açıklanarak verilerin gizli tutulacağı ve yalnızca

araştırmada kullanılacağı öğrencilere açıklanmıştır. Bütün sorulara cevap vermelerinin önemi konusunda bilgilendirilmiş yaklaşık 25 dakikada formlar doldurulmuştur.

3.6.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi için IBM SPSS Statistics 23.0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmesinde sayı (n), yüzde (%) ve X^2 testleri kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama±standart sapma ($X\pm ss$) ve ortanca, minimum-maksimum (min-mak) değer kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda, iki ortalama arasındaki fark (independent samples t testi) önemlilik testi ile belirlenmiştir. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasındaki farklılık; varyansların homojen olduğu durumlarda varyans analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiş, hangi gruplar arasında farklılık olduğunu bulmak için ise LSD testi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmadan elde edilen verilerin sadece bir okul ile sınırlı olması
2. Araştırma yapılan okulun sosyo-ekonomik durumu genel topluma göre daha yüksek olduğu değerlendirilen “özel bir lise” olması

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için, Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığın’dan (YDU/2018/64-692) proje numaralı belge ile ve Yakın Doğu Koleji’nden yazılı izin (EK 5) alınmıştır. Ayrıca 18 yaş altında olan öğrencilerin velilerinden yazılı izin, 18 yaş üstü olanlardan ise sözel onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet	Kız	208	53,3
	Erkek	182	46,7
Sınıf	9	59	15,1
	10	104	26,7
	11	67	17,2
	12	160	41
Anne Eğitim Durumu	Okuryazardeğil	5	1,3
	İlkokul	5	1,3
	Ortaokul	16	4,1
	Lise	162	41,5
Baba Eğitim Durumu	Üniversite ve üstü	202	51,8
	Okuryazar değil	2	0,5
	İlkokul	13	3,3
	Ortaokul	24	6,2
	Lise	147	37,7
	Üniversite ve üstü	204	52,3
Annenin Çalışma Durumu	Çalışan	306	78,5
	Çalışmayan	84	21,5
Babanın Çalışma Durumu	Serbest Çalışan	237	60,8
	Sigortalı Çalışan	153	39,2
Ailenin Gelir Durumu	Fazla	125	32,1
	Eşit	244	62,6
	Az	21	5,4

Tablo1. göre, araştırmaya katılan öğrencilerin %53,3 (n=208)'i kız ve %46,7 (n=182)'si erkektir. Öğrencilerin %15,1 (n=59)'u 9.sınıf, %26,7 (n=104)'ü 10. sınıf, %17,2 (n=67)'si 11.sınıf ve %41 (n=160)'ı 12. sınıf olarak saptanmıştır. Anne eğitim durumları %51,8 (n=202)'inin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Ayrıca annelerin %78,5 (n=306)'sının çalıştığı saptanmıştır. Baba eğitim durumuna göre ise %52,3 (n=204)'ünün üniversite ve üstü mezun olduğu ve %60,8 (n=237)'sinin de serbest çalışan olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin, aile gelir durumlarını %62,6 (n=244)'ünün gelirinin giderine eşit olduğunu düşündükleri görülmüştür.

Tablo 2. Öğrencilerin Beslenme, Fiziksel Aktivite Ve Uyku Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
BKİ	Zayıf	60	15,4
	Normal	275	70,5
	Hafif kilolu	45	11,5
	1.derece obez	8	2,1
	2.derece obez	2	0,5
Okul yemeği yeme durumu	Hiç yemiyor	117	30
	Yiyor	273	70
Öğle yemeği yeme durumu	Hiç yemiyor	83	21,3
	Ara sıra yiyor	178	45,6
	Düzenli beş gün yiyor	129	33,1
Kantinden tost, sandviç vs. yeme durumu	Hiç bir zaman	207	53,1
	Haftada bir iki kere	164	42,1
	Haftada üç ve üzeri	19	4,9
Haftada bisküvi yeme durumu	Hiç yemiyor	198	50,8
	Haftada bir iki	173	44,4
	Üç ve üzeri	19	4,9
Haftada çikolata yeme durumu	Hiç yemiyor	154	39,5
	Haftada bir iki	128	32,8
	Üç ve üzeri	108	27,7
Haftada çerez (ceviz, fındık, badem vs.) yeme durumu	Hiç yemiyor	245	62,8
	Bir kere yiyor	94	24,1
	İki kere yiyor	51	13,1
Gazlı, kafeinli içecek (kola /kahve, çay) içme durumu	Hiç içmez	144	36,9
	Bir iki kere	216	55,4
	Üç ve üzeri	51	7,7
Beden eğitimi dersine katılma durumu	Katılmaz	175	44,9
	Katılır	215	55,1
Kendi başına spor yapma durumu	Yapmaz	134	34,4
	Yapar	256	65,6
Haftada yaptığı spor sayısı	Hiç yapmayan	144	36,9
	Bir-iki kere yapan	79	20,3
	En az üç kere yapan	56	14,4
	Beş ve üzeri yapan	111	28,5
Uykuya dalmada problem yaşama durumu	Yaşamaz	271	69,5
	Yaşar	119	30,5
Ortalama günlük uyku süresi	5 Saat	50	12,8
	6 Saat	78	20,0
	7 Saat	92	23,6
	8 Saat	94	24,1
	9 Saat	35	9,0
	10 Saat	41	10,5

Tablo2'ye göre, öğrencilerin BKİ'leri incelenmiş, %0,5 (n=2)'nin 2.derecede obez, %2,1 (n=8)'nin 1.derecede obez, %11,5 (n=45)'nin ise hafif kilolu olduğu görülmektedir. Öğrencilerin okul yemeği yeme durumları incelendiğinde, %30 (n=117)'sinin hiç okul yemeği yemediği saptanmıştır. Düzenli öğle yemeği yeme durumları incelendiğinde, %21,3 (n=83)'ünün bu öğünü atladığı, %45,6 (n=178)'inin ara sıra yediği belirlenmiştir.

Okul kantininden yemek için (tost, sandaviç vs) alan öğrenciler incelendiğinde, haftada bir iki kere yiyenlerin %42,1 (n=164) ve üç ve üzeri yiyenlerin %4,9 (n=19) olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin abur-cubur (junk-food) yiyecek olarak nitelenen bisküvi, patates cipsi gibi kalorili yiyecekleri haftada üç ve üzeri tüketenlerin %4,9 (n=19), haftada bir iki tüketenlerin ise %44,4 (n=173) olduğu görülmektedir. Çikolata gibi diğer kalorili yiyecekler ise sırasıyla haftada üç ve üzeri %27,7 (n=108), haftada bir iki %32,8 (n=128) olduğunu görülmektedir. Fındık, ceviz, badem gibi çerez yeme durumları incelendiğinde hiç yemeyenlerin %62,8 (n=245), bir kere yiyenlerin %13,1 (n=51), haftada iki kere yiyenlerin %24,1 (n=94) olduğu görülmüştür. Kola/kahve gibi içecek içme durumuna bakıldığında hiç tüketmem diyen öğrencilerin %36,9 (n=144) olduğu saptanmıştır.

Tablo2'de öğrencilerin beden eğitimi dersine katılım durumları incelendiğinde, %44,9'unun (n=175) bu derse düzenli katılmadığı görülmüştür. Okul dışında kendi başına spor yapma durumu değerlendirildiğinde %34,4 (n=134)'ünün spor yapmadığı bulunmuştur. Okul dışında kendi başına spor yapan öğrencilerden %28,5 (n=111)'inin haftada beş ve üzeri spor yaptığı ve hiç yapmayan öğrencilerin %36,9 (144) olduğu bulunmuştur.

Uykuları düzenleri ve uyku süreleri ile ilgili yapılan incelemede, uykuya dalmada problem yaşamayan öğrencilerin %69,5 (n=271) olduğu bulunmuştur. Uyku süreleri incelendiğinde %12,8 (n=50)'nin 5 saatten az uyuduğu ve 10 saat ve üzeri uyuyan öğrenciler %10,5 (n=41) olduğu bulunmuştur. Bu durum hafta sonunda uyku düzeninde değişiklik yaşanmasına, gece uyanık kalma zamanının artmasına ve sabah geç kalma ya da gündüz saatlerinde uyuma şeklinde devam etmektedir.

Tablo 3. Öğrencilerin İnternet Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	n	%
İnternete ulaşmada kullanılan yer		
Ev	186	47,7
Cep Telefonu	152	39
Diğer (Okul, internet cafe)	52	13,3
İnternet kullanma süresi		
1 saat	21	5,4
2 saat	146	37,4
3 saat	223	57,2
İnterneti kullanım amacı		
Müzik, Oyun ,Sosyalmedia,video	254	65,1
Ders konu bulma	136	34,9
İnternette kendi sağlığı ile ilgili araştırma yapma durumu		
Araştırmayan	191	49
Zayıflama	33	8,5
Spor	55	14,1
Bulaşıcı hastalıklar	16	4,1
Makyaj ve Hijyen	21	5,4
Ulaştığı bilgiyi kullanma durumu		
Araştırmayan yada kullanmayan	182	46,7
Kendi sağlığı için kullanan	210	53,3
Kullandığı bilginin etkinliği		
Bilgi aldım, uygulamadım	97	46,6
Uyguladım iyi geldi	64	30,7
Uyguladım değişmedi	22	10,5
Uyguladım sorunum daha kötüleşti	25	12

Tablo3 incelendiğinde; öğrencilerin internete ulaşmada kullanıldıkları kaynaklar incelendiğinde, evlerinden %47.7 (n=186)'sının, cep telefonlarından %39 (n=152)'unun ve diğer (internet kafe,okulda) kaynaklardan %13,3 (n=52)'ünün internete ulaştığı bulunmuştur. İnternet kullanma süresini incelendiğinde; 1 saatten az kullananların %5,4 (n=21), 2 saat kullananların %37,4 (n=146) ve 3 saat ve üzeri kullananların %57,2 (n=223) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin interneti kullanma amaçlarına bakıldığında; %65,1 (n=254) 'ünün müzik dinleme, video oyunu oynama, sosyal medyada gezinme ve video izleme şeklinde olduğu bulunmuştur.

Ders çalışma ve ödev konusu bulma gibi amaçlarla interneti kullananların %34,9 (n=136) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin internette kendi sağlığıyla ilgili bilgi araştırma durumları incelendiğinde, “hiç araştırma yapmam” diyen öğrenciler %49 (n=191) olduğu bulunmuştur. Araştıranların %4,1 (n=16) bulaşıcı hastalıklarla, %8,5 (n=33)'inin

zayıflama, %14,1 (n=55)'inin spor, %5,4 (n=21) makyaj ve hijyen ürünleri ile ilgili konularda araştırma yaptığı bulunmuştur. Araştırma yapmayan ya da edindiği bilgiyi kendi sağlık probleminde kullanmayanların %46.7 (n=182) olduğu görülmüştür.

Sağlık konularında araştırma yapan öğrencilerden, bilgiye ulaşmış ancak sağlık sorunda uygulamayanların %46,6 (n=97) olduğu, uygulayıp iyi geldi diyenlerin %30,7 (n=64), uyguladım sorunda bir değişme olmadı diyenlerin %10,5 (n=22) olduğu, uygulayıp sorunum daha da kötüleşti diyenlerin ise %12 (n=25) olduğu bulunmuştur.

4.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyleri ile ilgili Bulguları

Tablo 4. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

No	Sağlığı geliştirme bilgi düzeyi	Doğru		Yanlış / Bilmiyor	
		n	%	n	%
1	Sabah kahvaltı yapmanın önemi	149	38,2	241	61,8
2	Uzun süre aralıklarla beslenmenin sağlığa zararı	185	47,2	205	52,6
3	Adölesan dönemle ilgili beslenme ihtiyacı	336	86,2	54	13,8
4	Büyüme ve gelişme için farklı miktar ve çeşitlilik ile beslenmenin önemi	241	61,8	149	38,2
5	Vitamin-C ‘nin eksikliği durumunda meydana gelen belirtiler (deri lezyonu, diş eti, burun kanaması vs.)	121	31,0	269	69,0
6	Öğün sayısı ve öğün aralıkları	265	67,9	125	32,1
7	Fiziksel aktivite tanımı-içeriği	223	57,2	167	42,8
8	Adölesanlar için önerilen fiziksel aktivitenin özelliği ve süresi	153	39,2	237	60,8
9	Fiziksel aktivitenin kalp ve kronik hastalıkları önlemeye etkisi	336	86,2	54	13,8
10	Fiziksel aktivite beslenme ve kan şekeri düzenleme ilişkisi	229	58,7	161	41,3
11	Sağlık sorumluluğu ve kendi sağlık sorumluluğunu almanın önemi	272	69,7	118	30,3
12	Sağlık durumundaki değişikliği fark etme, sağlık kuruluşuna gitme/önemi	336	86,2	54	13,8
13	Yaşam biçiminin sağlığa etkisi, riskli davranışlardan (sigara,alkol,şiddet vs) kaçınma	247	63,3	143	36,7
14	İletişimde etkili dinlemenin ve cevap vermenin önemi	235	60,3	155	39,7
15	Etkili iletişim yöntemleri ve sen dilinin önemi	240	61,5	150	38,5
16	Empatinin anlamı ve önemi	271	69,5	119	30,5
17	Kişilerarası ilişkinin anlamı ve önemi	187	47,9	203	52,1
18	Kızgınlık, sevgisizlik vs duyguların önemi ve vücuda etkisi	322	82,6	68	17,4
19	Pozitif düşünmenin önemi ve psikolojik etkisi	253	64,9	137	35,1
20	Stresin var olması ve sağlıkla ilişkisi	128	32,8	262	67,2
21	Stresle başa çıkma ve yöntemleri (gevşeme teknikleri, zamanı iyi kullanma, fiziksel aktivite, beslenme,uyku vs.) arasındaki ilişki	312	80,0	78	20,0
22	Stresin tanımı ve belirtileri	244	62,6	146	37,4
23	Sağlık maneviyat ilişkisi, spirütelliği (yaşamın anlamı, kendisi ve diğer insanlarla ilişkisi, evrendeki yerini, anlamlandırma) çabası	153	39,2	237	60,8
24	Maneviyatın anlamı (yaşamın ve ölümün anlamı, bilinmeyen güçle, yaradanla iletişim çabası)	97	24,9	293	75,1
25	Maneviyatla ilgili sıkıntıyı (güç ümit veren yaşama anlam katan sistemlerde bozulma) anlama	112	28,7	278	71,3

Tablo4 AYBÖ'nün “beslenme” alt ölçeği ile ilgili sorular incelendiğinde öğrenciler; “adölesan dönemin büyüme gelişme özelliklerinin farklı olduğu ve farklı beslenmeleri gerektiğinin önemli olduğunu %86.2 (n=336), öğün sayısı ve aralıklarının önemi %67.9 (n=265) ve farklı miktar ve çeşitli yiyecekler yenmesi gerektiğini %61.8 (n=241) doğru bildiği görülmüştür.

AYBÖ'nün alt ölçeklerinden “fiziksel aktivite” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, fiziksel aktivitenin kalp ve kronik hastalıkları önleyeceğini %86.2 (n=336) yüksek oranda bilmeleri önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiş, ancak fiziksel aktivitenin içerik ve sıklığı, süresi, kan şekeri ve beslenmeyle olan ilişkisinin kurulması konusunda istenen düzeyde doğru cevaplayamadıkları görülmüştür.

AYBÖ'nün alt ölçeklerinden “sağlık sorumluluğu” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, sağlık durumunda olumsuz değişiklikler yaşayan bireyin mutlaka sağlık kuruluşuna gitmesi gerektiğini %86,2 (n=336), bireylerin sağlıklarından sorumlu oldukları %69,7 (n=272) ve sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durulması gerektiğini %63 (n=247) doğru bilmiştir.

Öğrencilerin AYBÖ'nün alt ölçeklerinden “kişilerarası ilişkiler”, İletişimde etkili dinlemenin ve cevap vermenin önemini %60.3 (n=235), Etkili iletişim yöntemleri ve sen dilinin önemi %61.5 (n=240) ve empatinin önemini %69.5 (n=271) doğru bildiği görülmüştür.

Öğrencilerin AYBÖ'nün alt ölçeklerinden “pozitif yaşam bakışı” alt ölçeğiyle ilgili sorulardan %64.9 (n=253) doğru bilmiştir.“Stres yönetimi” alt ölçekleriyle ilgili sorular yüksek oranda bilmelerine karşın, stres belirtilerini %,37.4 (n=244) düşük oranda doğru bilmişlerdir.

Öğrencilerin AYBÖ'nün alt ölçeklerinden “spiritüel sağlık” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, yaşamın ve ölümün anlamı, bilinmeyen güçle, yara danla iletişim çabası %75,1(n=293) ve güç, ümit veren yaşama anlam katan sistemlerde bozulmayı anlama %71,3 (n=293) yanlış bilmişlerdir.

Tablo 5. Öğrencilerin BKİ Özellikleri İle Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Özellikler	BKİ düzeyleri						P	X ²
	<i>Zayıf</i>		<i>Normal</i>		<i>Şişman</i>			
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>		
Cinsiyet								
Kız	71,7	43	56,7	156	16,4	9	0,001	39,578
Erkek	28,3	17	43,3	119	83,6	46		
Sınıf								
9. Sınıf	25,0	15	14,5	40	15,1	4	0,008	17,246
10. Sınıf	35,0	21	26,2	72	20,0	104		
11.Sınıf	18,3	11	15,6	43	23,6	13		
12.Sınıf	21,7	13	43,6	120	49,1	27		
Aile gelir düzeyi								
Fazla	33,3	20	32,4	89	29,1	16	0,481	10,997
Eşit	66,7	40	62,5	172	58,2	32		
Az	0	0	5,1	14	12,7	7		
Beden eğitimi dersine düzenli katılım								
Katılır	50,0	30	57,1	157	50,9	28	0,577	1,462
Katılmaz	50,0	30	42,9	118	49,1	27		
Kendi başına spor yapma durumu								
Yapar	61,7	37	65,5	180	70,9	39	0,682	1,101
Yapmaz	38,3	23	34,5	95	29,1	16		
Uykuya dalmada problem								
Var	28,3	17	71,4	85	14,3	38	0,924	0,159
Yok	71,7	43	69,1	190	69,1	38		
Uyku saati								
Az uyku	21,7	13	32,0	88	49,1	27	0,032	cccc
Normal uyku	68,3	41	56,7	156	43,6	24		
Çokuyku	10,0	6	11,3	31	7,3	55		

*sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo5 incelendiğinde, Cinsiyete göre BKİ düzeyleri karşılaştırılmış, kız öğrencilerden %71.7 (n=43) zayıf düzeyde, erkek öğrencilerin %83.6 (n=46) şişman düzeyde BKİ düzeyine sahiptir ($X^2=39,578$, $p=0.001$). Sınıflara göre BKİ düzeyleri incelendiğinde, 9. sınıflarda şişman olanlar %15.1 (n=4) ile en az düzeyde BKİ sahipken sınıflar arttıkça BKİ düzeyinin arttığı görülmektedir ($X^2=17,246$, $p=0.008$).

Öğrencilerin aile gelir durumu algılama durumları ile BKİ düzeyleri incelendiğinde, ailesinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu belirtenlerden %29.1 (n=16) şişman BKİ

düzeyinde öğrenciler varken, aile gelirinin, giderinden az olduğunu söyleyenler arasında zayıf BKİ düzeyinde öğrenci bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Tablo5’de öğrencilerin beden eğitimi dersine katılma durumları ile BKİ düzeyleri incelenmiş, beden eğitimine düzenli katılanların ve şişman BKİ düzeyinde olan öğrencilerin %50.9 (n=28), katılmayanların ise %49,1 (n=27) olduğu bulunmuştur ($\chi^2 = 1.462$, $p=0,577$). Öğrencilerin okul dışında kendi başına spor yapma durumları ile BKİ düzeyleri incelendiğinde , okul dışında kendi başına spor yapan öğrencilerden, şişman BKİ düzeyinde olanların %70,9 (n=39) ve yapmayanların %29,1(n=16) olduğu bulunmuştur ($X^2 = 1,101$, $p=0682$).

Öğrencilerin uyku durumları ile BKİ düzeyleri incelendiğinde, uykuya dalmada problem yaşayanların %14.3 (n=38)’ünün, şişman BKİ düzeyinde olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 0,159$ $p=0.924$). Uyku saati ile BKİ düzeyleri incelenmiş; az uyku uyuyan öğrencilerin %49.1 (n=27)’sinin şişman BKİ düzeyinde olduğu görülmüştür ($X^2 = 0,159$ $p=0.032$).

4.3. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Bulguları

Tablo 6. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Dağılımı

ÖLÇEKLER	Ölçekten alınan min-max puan	Bu çalışmadan alınan min-max puan	Ortalama - ss	Ortanca
Bilgi Düzeyi	1-25	6 -24	14,48±4,13	15
E -sağlık	8 – 40	8 – 40	26,27±7,39	26
AdölesanYaşam BiçimiÖlçeği	40-160	53 -159	104±16,34	104
Sağlık Sorumluluğu	5 – 20	5 – 20	9,31±2,90	9
Fiziksel Aktivite	6 – 24	6 – 24	14,99±4,40	15
Beslenme	6 – 24	7 – 55	15,02±3,91	15
Pozitif yaşam bakışı	8 – 40	8 – 32	23,07±4,30	23
Kişilerarası ilişkiler	5 -20	5 – 20	15,57±2,84	16
StresYönetimi	5 – 20	6 – 35	14,62±2,83	15
Spiritüel Sağlık	5 -20	5 – 20	12,33±2,89	12

Tablo6 incelendiğinde; SYB bilgi düzeyi puan ortalaması 14,48±4,13 (min=6, max= 24) dür. e-SOY puan ortalaması ise 26,27±7,39 (min=8, max=40) dir. AYBÖ puan ortalaması ise 104±16,34 (min=53, max=159) olarak bulunmuştur.

AYBÖ'nün alt ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde, “sağlık sorumluluğu” alt ölçeği puan ortalaması 9,31±2,90 (min=5, max=20), “fiziksel aktivite” alt ölçeği puan ortalaması ise 14,99±4,40 (min=6, max=24), “beslenme” alt ölçeği puan ortalaması 15,02±3,91 (min=7, max=55), “pozitif yaşam bakışı” alt ölçeği puan ortalaması 23,07±4,30 (min=8, max=32), “kişilerarası ilişkiler” alt ölçeği puan ortalaması 15,57±2,84 (min=5, max=20), “stres yönetimi” alt ölçeğinin puan ortalaması 14,62±2,83 (min=6, max=35) ve “spiritüel sağlık” alt ölçek puan ortalaması 12,33±2,89 (min=5, max=20) olarak saptanmıştır. Ayrıca e-SOY ve AYBÖ'nün Cronbach's Alpha değerleri sırasıyla 0,90 ve 0.86 bulunmuştur.

Tablo 7. AYBÖ toplam ve Alt Ölçeklerine göre SYB Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=390)

ÖZELLİKLER	X-ss	Ort anca	Min- mak	Corelas yon katsayısı	%95 L ve U	t	p
SYB/AYBÖ toplamı	104±16,34	104	53 -159	0,176	92,08-88,84	92,94	0,001
Sağlık sorumluluğu	9,31±2,90	9	5 – 20	0,083	4,66–5,66	43,39	0,001
Fiziksel aktivite	14,99±4,40	15	6 – 24	0,072	1,09–0,06	26,72	0,080
Beslenme	15,02±3,91	15	7 – 55	0,122	10,45– 2,03	27,99	0,001
Pozitif yaşam bakışı	23,07±4,30	23	8 – 32	0,141	9,13–8,05	7,88	0,001
Kisiler arası ilişkiler	15,57±2,84	16	5 – 20	0,155	1,55–0,63	28,17	0,051
Stres yönetimi	14,62±2,83	15	6 – 35	0,125	0,62-0,33	30,33	0,001
Spiritüel sağlık	12,33±2,89	12	5 – 20	0,155	0,23–1,67	36,56	0,559

Tablo7 incelendiğinde; AYBÖ puan ortalaması $104 \pm 16,34$ (min= 53, max=159) bulunmuştur. AYBÖ'nün alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde ; “sağlık sorumluluğu” $9,31 \pm 2,90$ (min=5, max=20), “fiziksel aktivite” $14,99 \pm 4,40$ (min=6, max=24), “beslenme” $15,02 \pm 3,91$ (min=7, max=55), “pozitif yaşam bakışı” $23,07 \pm 4,30$ (min=8, max=32), “kişilerarası ilişkiler” $15,57 \pm 2,84$ (min=5, max=20), “stres yönetimi” $14,62 \pm 2,83$ (min=6, max=35), “spiritüel sağlık” $12,33 \pm 2,89$ (min=5, max=20) bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonrasında SYB bilgi düzeyi puan ortalaması ile toplam AYBÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

AYBÖ alt ölçekleri ile SYB bilgi düzeyi puan ortalaması karşılaştırıldığında, “sağlık sorumluluğu” ($t = 43,39$, $p = 0,001$), “beslenme” ($t = 27,99$, $p = 0,001$), “pozitif yaşam bakışı” ($t = 7,88$, $p = 0,001$) ve “stres yönetimi” ($t = 30,33$, $p = 0,001$) arasında anlamlı istatistiksel bir ilişki varken, alt ölçeklerden “kişilerarası ilişkiler” ($t = 28,17$, $p = 0,051$) ve “spiritüel sağlık” ($t = 36,56$, $p = 0,559$), “fiziksel aktivite” ($p = 0,080$, $t = 26,72$) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sağlıklı Yaşam Bilgi Düzeyi ile AYBÖ puanları arasında korelasyon incelendiğinde; “AYBÖ” ($r = 0,176$), “sağlık sorumluluğu” ($r = 0,083$), “fiziksel aktivite” ($r = 0,071$), “beslenme” ($r = 0,122$), “pozitif yaşam bakışı” ($r = 0,141$), “kişilerarası ilişkiler” ($r = 0,155$), “stres yönetimi” ($r = 0,125$), “spiritüel sağlık” ($r = 0,155$) alt ölçek puan ortalamaları arasında “zayıf” düzeyde, “pozitif” yönde bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 8. AYBÖ toplam ve Alt Ölçeklerine göre e-SOY Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=390)

ÖZELLİKLER	Ortalama-ss	Ortanc a	Min-max	Korelas yon	%95 L& U	t	P
e-SAĞLIK/AYBÖ toplamı	104±16,34	104	53 -159	0,176	80,33–77,01	92,94	0,001
<i>Sağlık sorumluluğu</i>	9,31±2,90	9	5 – 20	0,083	16,19–17,72	43,39	0,001
<i>Fiziksel aktivite</i>	14,99±4,40	15	6 – 24	0,072	10,44–12,10	26,72	0,001
<i>Beslenme</i>	15,02±3,91	15	7 – 55	0,122	10,45–12,03	27,99	0,001
<i>Pozitif yaşam bakışı</i>	23,07±4,30	23	8 – 32	0,141	2,40–3,99	7,88	0,001
<i>Kişiler arası ilişkiler</i>	15,57±2,84	16	5 – 20	0,155	9,95–11,44	28,17	0,001
<i>Stres yönetimi</i>	14,62±2,83	15	6 – 35	0,125	10,89–12,40	30,33	0,001
<i>Spiritüel sağlık</i>	12,33±2,89	12	5 – 20	0,150	13,18-14,68	36,56	0,001
Bilgi düzeyi / e-sağlık okuryazarlığı	26,27±7,39	26	8 – 40	0,245	12,54-11,04	30,89	0,001

Tablo8 incelendiğinde; AYBÖ’nün puan ortalaması 10416,34 bulunmuştur (min=53, max=159). AYBÖ’nin alt grupları puan ortalamaları açısından incelendiğinde; “sağlık sorumluluğu” 9,31±2,90 (min=5, max=20), “fiziksel aktivite” 14,99±4,40 (min=6, max=24), “beslenme” 15,02±3,91 (min=7, max=55), “pozitif yaşam bakışı” 23,07±4,30 (min=8, max=32), “kişilerarası ilişkiler” 15,57±2,84 (min=5, max=20), “stres yönetimi” 14,62±2,83 (min=6, max=35), “spiritüel sağlık” 12,33±2,89 (min=5, max=20) bulunmuştur. İstatistiksel olarak e-SOY ile toplam AYBÖ’nün puan ortalaması istatistiksel arasında anlamlı bir ilişki vardır (t=92,94, p=0,001).

e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ’nün alt ölçekleri ile karşılaştırıldığında, “sağlık sorumluluğu” (t= 43,39, p=0,001), “beslenme” (t=27,99, p=0,001),” pozitif yaşam bakışı” (t=7,88, p=0,001) ve “stres yönetimi” (t=30,33, p=0,001) arasında anlamlı bir ilişki varken, alt ölçeklerden “kişilerarası ilişkiler” (t=28,17, p=0,051) ve “spiritüel sağlık”

($t=36,56$, $p=0,559$), fiziksel aktivite ($p=0,080$, $t=43,39$) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

e-SOY ölçeği ile AYBÖ ve alt ölçekleri korelasyonu incelendiğinde; AYBÖ ($r=0,176$), “sağlık sorumluluğu” ($r=0,083$), “fiziksel aktivite” ($r=0,071$), “beslenme” ($r=0,122$), “pozitif yaşam bakışı” ($r=0,141$), “kişilerarası ilişkiler” ($r=0,155$), “stres yönetimi” ($r=0,125$), “spiritüel sağlık” ($r=0,155$) arasında “zayıf” düzeyde “pozitif” yönde ilişki bulunmuştur.

Ayrıca SYB bilgi düzeyi puan ortalaması ile e-SOY ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiş, aralarında istatistiksel anlamlı ($t=30,89$, $p=0,001$) ilişki bulunmuştur. SYB bilgi düzeyi ile e-SOY ölçeği arasındaki ($r=0,245$) “zayıf” düzeyde, “pozitif” yönde ilişki belirlenmiştir.

4.4. AYBÖ toplam puan ortalaması ile bazı sosyodemografik değişkenlerin bulguları

Tablo 9. AYBÖ toplam puan ortalaması ile bazı sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılması

Özellikler	n	Ortalama-ss	Low	Upper	t	P
Cinsiyet						
Kız	208	103,54±14,55	0,288	6,264	1,795	0,740
Erkek	182	106,55±18,09	0,240	6,31	1,821	
Anne çalışma durumu						
Çalışan	306	104,63±16,16	2,632	0,478	0,711	5,585
Çalışmayan	84	106,10±17,04	2,484	0,464	0,733	
Baba çalışma durumu						
Serbest çalışan	237	105,47±17,91	1,988	4,680	0,794	0,428
Sigortalı çalışan	153	104,13±13,58	1,799	4,491	0,841	
Beden eğitimi dersine düzenli katılım						
Katılır	215	107,67±15,79	9,308	2,840	3,694	0,001
Katılmaz	175	101,60±16,43	9,294	2,854	3,709	
Kendi başına spor yapma durumu						
Yapar	256	108,38±15,97	13,288	6,780	6,107	0,001
Yapmaz	134	98,38±15,04	13,231	6,723	5,993	
Uykuya dalmada problem yaşama						
Var	119	101,59±15,96	1,318	8,329	2,729	0,007
Yok	271	106,42±16,32	1,340	8,307	2,705	

Tablo 9’da öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri göre, AYBÖ puan ortalaması karşılaştırılmış, AYBÖ toplam puanının, erkek öğrencilerin ($106,55 \pm 18,09$), anneleri çalışmayanların ($106,10 \pm 17,04$), babaları serbest çalışanların ($105,47 \pm 17,91$) daha yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0.005$).

Ancak, beden eğitimi derslerine düzenli katılanların ($107,67 \pm 15,79$), okul dışında da spor yapanların ($108,38 \pm 15,97$), uykuya dalma, sürdürme ya da uyanma ile ilgili problemi olmayanların ($106,42 \pm 16,32$) daha yüksek puan aldığı ve aralarında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Tablo 10. AYBÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin post-hoc ileri analizlerinin değerlendirilmesi

		Farklı olan	Farklı olduğu	Ortalama-ss	Ortalama-ss	F	p
ADÖLESAN YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ TOPLAM	<i>Sınıf</i>	9 sınıflar	10 sınıf	107,67 ±18,8	102,41±15,68	3,006	0,030
			11 sınıf		101,82±14,82		
		12 sınıflar	11 sınıf	106,90±1,27	101,82±14,82		
	<i>Uyku</i>	Normal uyuyan	Az uyuyan	107,03± 15,67	101,97 ± 17,81	4,288	0,014
	<i>İnternet kullanma süresi</i>	2 saat	3 saat ve fazla	109,36-16,19	102,16- 16,16	8,965	0,001
	<i>İntenetten Bilgi arama durumu</i>	Spor	Aramayan	111,52±16,39	103,44±16,28	3,336	0,006
			Zayıflama		98,69±14,07		
	<i>İntent bilgiyi kullanma durumu</i>	İyi geldi	Aramayan	110,10±14,39	103,56±16,60	2,992	0,019
			Değişmedi		98,86±15,05		
SAĞLIK SORUMLULUĞU	<i>Sınıflar</i>	9. sınıf	10. sınıf	9,81±3,59	8,55±2,43	5.541	0,001
		12. sınıf		9,83±2,88			
	<i>Anne eğitimi</i>	Okuryazardeğil	İlkokul	12,89±3,56	8,62±2,15	4,842	0,001
		İlkokul	Lise	13,40±4,50	9,13±3,01		
			Üniversite		9,32±2,69		
	<i>İnternet kullanma süresi</i>	2 saat süre	3 saat ve üzeri	9,78±2,89	9,04±2,93	3,041	0,049
FİZİKSEL AKTİVİTE	<i>İntent bilgiyi arama</i>	Bulaşıcı hst.	Zayıflama	10,43±3,07	8,72±3,04	2,342	0,041
	<i>Uyku</i>	Normal uyku	Az uyku	15,54±4,32	15,14±4,92	4,026	0,019
	<i>İntenetten Bilgi arama</i>	Spor	Tüm konular	18,34±3,76		8,423	0,001
	<i>İntent bilgiyi kullanma</i>	İyi geldi	Aramayan	16,79±4,40	14,51±4,21	1,744	0,013
STRES YÖNETİMİ	<i>Uyku</i>	Normal uyku	Az uyku	15,02±2,53	13,96±3,27	5,481	0,004
	<i>İnternet kullanma süresi</i>	2 saat süre	3 saat ve üzeri	15,28±2,48	14,23±2,98	6,462	0,002
	<i>İnternetten bilgiyi kullanma</i>	Aramayan	Durumu Değişmeyen	14,80±2,58	12,95±3,12	3,636	0,006
		Kötüleşen		15,36±4,94			
SPİRİTÜEL SAĞLIK	<i>Anne eğitimi</i>	Okuryazar değil	Ortaokul	14,80±1,30	10,93±2,67	2,505	0,042
	<i>Aile geliri</i>	Geliri az	Geliri eşit	16,66±2,95	15,28±2,83	4.049	0,018
		Geliri fazla		15,96±2,75			
	<i>İnternet Bilgi kullanma</i>	Durumu kötüleşen	Değişmeyen	14,12±3,12	11,27±3,85	1,878	0,011
BESLENME			Aramayan		12,02±2,85		
	<i>BKİ</i>	Zayıf	Şişman	15,14±4,92	14,09±3,78	3,420	0,034
	<i>İnternet kullanma süresi</i>	2 saat	3 saat ve üzeri	15,86±4,56	14,51±3,44	5,460	0,005
POZİTİF YAŞAM BAKIŞI	<i>İnternetten bilgiyi arama</i>	Makyaj-hijyen	Zayıflama	16,95± 9,17	13,72±2,49	2,696	0,021
	<i>Uyku</i>	Normal uyuyan	Az uyuyan	23,60±41,9	22,14±4,46	4,797	0,009
	<i>İnternet kullanma süresi</i>	2 saat kullanan	Üç saat üzeri	24,1±4,05	22,34±4,39	7,835	0,001
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	<i>Aile geliri</i>	Geliri az	Gelir eşit	16,66±2,95	15,28±2,83	4.049	0,018
		Gelir fazla		15,96±2,75			

AYBÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçekleri, sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılmış, anne eğitimi, aile geliri, BKİ, uyku durumu, sınıf düzeyi, internet kullanma süresi, internetten sağlığı ile ilgili araştırma yapma durumu, internetten ulaştığı bilgiyi sağlık sorununda kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

AYBÖ toplam puanında; fark yaratan değişkenlerin sınıf düzeyi, uyku durumu, internet kullanma süresi, internetten sağlığı ile ilgili bilgi arama durumu ve bu bilgiyi sağlık sorununda kullanma değişkenlerinin olduğu görülmüştür. ($p<0.05$) (Tablo10).

AYBÖ toplam puanı ile ilgili post-hoc ileri analizlerde, 9.sınıfların ($107,67 \pm 18,86$), 10. ($102,41 \pm 15,68$) ve 11.sınıflara ($101,82 \pm 11,82$) göre, 12. Sınıfların ($106,90 \pm 1,27$) ise 11.sınıflara ($101,82 \pm 11,82$) göre farklı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku değişkeni açısından, normal uyuyan öğrencilerin ($107,03 \pm 15,67$), az uyuyan öğrencilere ($101,97 \pm 17,81$) göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$). İnternet kullanma süresi açısından, 2 saat ($109,36 \pm 16,19$) kullanan öğrencilerin, 3 saat ve üzeri ($102,16 \pm 16,16$) kullanan öğrencilere göre fark yarattığı görülmüştür ($p<0.05$). İnternetten daha çok spor ($111,52 \pm 16,39$) konusunda araştırma yapan öğrencilerin, hiç araştırma yapmayan ($103,44 \pm 16,28$) ve zayıflama ($98,69 \pm 14,07$) konusunu araştırma yapanlara göre fark yarattığı görülmektedir ($p<0.05$). İnternetten ulaştığı bilgiyi sağlık sorununun çözümünde kullandığını ve iyi geldiğini söyleyen ($110 \pm 14,39$) öğrencilerin, hiç bilgi araştırmam ($103,56 \pm 16,60$) ve sorununda bir değişme olmadı diyenlere göre anlamlı fark yarattığı görülmektedir ($p<0.05$).

Sağlık sorumluluğunda fark yaratan değişkenler incelendiğinde, sınıf düzeyi, anne eğitimi, internet kullanma süresi, internetten kendi sağlığı ile ilgili konularda bilgi arama durumu istatistiksel anlamlı fark yaratmıştır ($p<0.05$). Bu alt ölçekle ilgili yapılan post-hoc analizde, 9.sınıf ($9,81 \pm 3,59$) ve 12. Sınıfların ($9,83 \pm 2,88$), 10.sınıflara ($8,55 \pm 2,43$) göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$). Öğrencilerin anne eğitim düzeylerine bakıldığında okuryazar olmayan annelerin ($12,89 \pm 3,56$), ilkokul mezunu olan annelere ($8,62 \pm 2,15$) göre anlamlı fark yarattığı, ilkokul mezunları annelerin ($13,40 \pm 4,50$) ise lise ($9,13 \pm 3,01$) ve üniversite okuyan annelere ($9,32 \pm 2,69$) göre anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir ($p<0.05$). Öğrencilerin internet kullanma süreleri incelendiğinde 2 saat

süre(9,78±2,89) ile kullananların,i 3 saat ve üzeri internet kullananlara (9,04±2,93) göre anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (p<0.05). İnternette bilgi arama başlığı altında bulaşıcı hastalıklar (10,43±3,07) hakkında araştırma yapan öğrencilerin, zayıflama konusunu (8,72±3,04) araştıran öğrencilere göre puanlarının daha yüksek ve istatistiksel anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (p<0.05).

Fiziksel aktivite alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, uyku durumu, internetten sağlığı ile ilgili bilgi arama durumu ve bu bilgiyi sağlık sorununda kullanma durumu olduğu görülmüştür (p<0.05). Yapılan post-hoc analizde, normal uyku uyuyanların (15,54±4,32), az uyku uyuyanlara (15,14±4,92) göre, internetten spor konusunda (18,34±3,76) araştırma yapanların, tüm diğer konularda araştırma yapan (16,67±4,30) öğrencilere göre puanları yüksek ve istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05). İnternette bulduğu bilgiyi kullanıp problemine iyi geldiğini düşünenlerin (16,79±4,40), arama yapmayanlara (14,51±4,21) göre puanları yüksek ve aralarında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05).

Stres yönetimi alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, uyku, internet kullanma süresi, internetten ulaştığı bilgiyi kullanma durumu ile ilgili konularda anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan post- hoc analizlerde, normal uyku uyuyan öğrencilerin (15,02±2,53), az uyku uyuyanlara (13,96±3,27) göre anlamlı fark arattığı, internet kullanma sürelerine bakıldığında 2 saat kullananların (15,28±2,48), 3 saat ve üzeri kullananlara (14,23±2,98) göre anlamlı fark yarattığı, internetten ulaştığı bilgiyi kullanma durumlarında ise arama yapmayan (14,80±1,30) ve problemi daha da kötüleşen (15,36±4,94) öğrencilerin, durumunda değişiklik olmayan öğrencilere göre anlamlı fark yarattığı görülmüştür (p<0.05).

Spiritüel sağlık alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, anne eğitimi, aile geliri, internetten ulaştığı bilgiyi kullanma ile ilgili konularda anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Yapılan post-hoc testlerde anne eğitim düzeyi okuryazar olmayanların (14,80±2,58), ortaokul mezunu olanlara (10,93±2,67), aile geliri az olanların (16,66±2,95), aile geliri fazla olanlara (15,96±4,94) ve gelir durumu eşit olanlara (15,28±2,83) göre anlamlı farklı olduğu belirlenmiştir(p<0.05). İnternette bilgiyi kullanma durumlarından problemi daha da kötüleşen öğrencilerin (14,12±3,12),

problemünde herhangi bir değişme olmayanlara ($12,95\pm3,12$) göre anlamlı farklı olduğu görölmüştür ($p<0.05$).

Beslenme alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, BKİ, internet kullanma süresi, internetten ulaştığı bilgiyi arama ile ilgili konularda anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$), BKİ'si zayıf olan öğrencilerin ($15,14\pm4,92$) şişmanlara ($14,09\pm3,78$), interneti 2 saat kullananların ($15,86\pm4,56$), 3 saat ve üzeri kullananlara ($14,51\pm3,44$), internetten makyaj ve hijyen konularında ($16,95\pm9,17$) araştırma yapanların, zayıflama ($13,72\pm2,49$) konusunu araştıran öğrencilere göre fark yarattığı görölmektedir ($p<0.05$).

Pozitif yaşam bakışı alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, uyku ve internet kullanma süresi fark yaratmıştır ($p<0.05$). Normal süre uyku uyuyan öğrencilerin ($23,60\pm4,19$), az uyuyanlara ($22,14\pm4,46$), interneti 2 saat kullananların ($15,86\pm4,56$), 3 saat ve üzeri kullananlara ($14,51\pm3,44$) göre anlamlı fark yarattığı görölmüştür ($p<0.05$).

Kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde fark yaratan değişkenler incelendiğinde, aile geliri anlamlı fark yaratmıştır ($p<0.05$). Hem geliri az olan ($16,66 \pm 2,95$), hemde geliri fazla olanların ($15,96\pm2,75$), geliri eşit olanlara ($15,28\pm2,83$) göre anlamlı fark yarattığı görölmüştür($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

5. 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Literatürde okulların, bireye ve ailesine olumlu sağlık davranışı kazandırmada ve sağlığı geliştirme programlarının geliştirilmesi ve uygulanması bakımından uygun yerler olduğu belirtilmektedir (Kürtüncü ve ark. 2015). Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin özellikle de okul sağlığı hemşirelerinin en temel amacı, adolesana sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma ve sürdürme olmalıdır (Sağlan ve Bilge, 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler stres yönetimi ve manevi gelişim şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlığı geliştirme konusunda birçok sosyodemografik faktörün (anne baba eğitimi, sağlık güvencesi, ekonomik durum vs.) etkili olduğu bildirilmektedir (Aras ve 2007). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin (n=390) bazı sosyodemografik özellikleri incelenmiş, %53,3 (n=208)'nün kız ve %46,7 (n=182)'sinin erkek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin yarıdan fazlasının hem anne eğitimi (%51,8), hem de baba eğitimi (%52,3) üniversite ve üzeri düzeydedir. Annelerin büyük çoğunluğu (%78,5) para getiren bir işte çalışırken, babaların büyük çoğunluğu (%60,8) serbest çalıştığını ifade etmiştir. Öğrencilerin yarıdan fazlası (%62,6) ekonomik durumlarını gelir-gidire eşit şeklinde algılamaktadır (Tablo1).

Genel olarak adolesan dönem sağlıklı bir dönemdir; ancak bu dönemde adolesanlar yaşadıkları sağlık sorunlarını önemsememe eğiliminde olmakta yada kendilerinde meydana gelen normal veya anormal fiziksel, hormonal, mental değişiklikleri fark etmekte geciktikleri görülmektedir. Bir çoğu tıbbi bakım isteme ve sağlık hizmetlerine erişimde sosyo-ekonomik nedenlerle güçlük çekmektedir (Menteş ve ark., 2011). Bu anlamda öğrencilerin beslenme, fiziksel aktivite ve uyku özellikleri incelenmiş; BKİ sınıflamasına göre, büyük çoğunluğunun normal kiloda, ancak her yedi öğrenciden birinin fazla kilo yada şişman BKİ düzeyinde (hafif kilolu (%11,5, n=45), 1.derece obez (%2,1, n=8) ve 2.derece obez (%0,5, n=2)) olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada adolesanlarda aşırı kilolu olma sıklığı % 17.8; obezite sıklığı ise % 3.8 bulunmuştur. Muğla'daki okul çağı çocuklarında kilo fazlalığı prevalansının %16.7 ve obezite prevalansının ise %6.3 olduğu belirlenmiştir (Süzek ve ark 2005). Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında (2005) ise 12-17

yaş arasındaki çocuklarda obezite prevalansı %5.4 bulunmuştur. Bu grupta obezitenin yüksek olduğu ve risk yönünden izlemenin gerekliliği önemlidir. Günümüzde obezite, bir hastalık olarak yarattığı sorunlar yanısıra diyabet ve kanser gibi hastalıkların oluşumunda en önemli risk faktörüdür. Özellikle adölesan dönemindeki gençler obezite ve sağlık riskleri yönünden dikkatle izlenmesi gereken bir gruptur.

Adölesanlara verilen sağlık hizmetleri farklı bilim ve bölümlerde verilmektedir. Örneğin, obezitenin de bir risk faktörü olarak görüldüğü, polikistik over ya da amonere gibi sorunları jinekolojiyi ilgilendirirken, bu sorunların etyolojisinde rol oynayan hormonal değişimler endokrinolojinin, obezite nedeniyle meydana gelen yada obezitenin nedeni olan yeme bozuklukları (kilo artışı, anoreksiya nervroza, bulmia) ve fiziksel görüntü, cilt sorunları gibi benlik imajı ve beden algısında problem yaratan durumlar psikiyatrinin ilgi alanına girmektedir. Okullarda; Okul Sağlığı Hemşiresi, tüm bu özellikleri birlikte değerlendirerek BKİ'yi yüksek, riskli bir öğrenciye bütüncül bakış açısı ile doğru rehberlik ve danışmalık hizmeti sunabilecek sağlık profesyonelidir (Bahar, 2010).

Tablo5'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ incelenmiş, zayıf BKİ düzeyinde (%71,7) daha çok kızların, şişman BKİ düzeyinde (%83,6) daha çok erkek öğrencilerin olduğu görülmüştür. Cinsiyet ve kilo düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,001$, $X^2= 39,578$). Ergenlik dönemindeki en önemli değişim beden imajındaki değişim olarak kabul görür. Beden yapısı, beden deneyimleri ve duyumlarındaki değişiklikler o güne kadar algılanan beden imajını bozar. Beden imajı çekicilik, denge, güven ve cinsiyet rolü ile ilişkilidir. Aynı zamanda görünüm akran grubu tarafından fiziksel güç, fiziksel cinsel olgunluk ve çekicilik açısından değerlendirme aracıdır. Ergen dış görüntü ile içsel benlik imajı karmaşası yasar. En çok değişimin olduğu orta ergenlik döneminde düşük benlik algılarına ve depresif duygulara rastlanır. Oktan ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada, kız ergenlerin beden imajından memnuniyetleri arttıkça benlik saygılarının da arttığı görülmüştür (Oktan ve Şahin, 2010). Bu çalışma literatürle benzer şekilde popüler kültür ve değerleriyle bağlantılı kız öğrencilerin zayıf, erkek öğrencilerin kaslı, yapılı olması güzel/çekici görünme arzularıyla açıklanabilir ve benlik saygılarını gelişimi etkileyeceği için riskli grup oldukları bilinmelidir.

Öğrencilerin sınıf düzeyi ile BKİ düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise; şişman BKİ düzeyinde olan öğrencilerin 9.sınıfta (%15,1) en az düzeyde olduğu, sınıflar artıkça şişman düzeydeki öğrencilerin arttığı, en yüksek düzeyin ise 12.sınıflarda (%49,1) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin sınıf düzeyi ile BKİ oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Şişman BKİ düzeyindeki öğrencilerin, sınıfları artıkça ve en fazlada 12. sınıfta sayılarının artmış olması, üniversite sınavına hazırlanma, stres düzeylerinin fazla olması, uygun baş etme mekanizmalarını kullanamamaları, yeterli süre ve sıklıkta spor ve egzersize zaman ayıramamaları ile açıklanabilir.

Öğrencilerin aile gelir düzeyleri, beden eğitimi derslerine katılma durumları, okul dışında kendi kendilerine spor yapma durumları, uyku düzenlerinde problem olup olmama durumu ile BKİ karşılaştırılmış istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak beden eğitimine katılan ve kendi başına spor yapan şişman BKİ düzeyinde olan öğrencilerin fazla olması, bu öğrencilerin kilo kontrollerini sağlamak için çaba gösterdikleri şeklinde yorumlanabilir. Ailelerin gelir düzeyi ile BKİ düzeyleri incelendiğinde ise, öğrencilerden aile gelirlerini giderlerine göre az olarak niteleyenlerde hiç zayıf BKİ düzeyinde öğrenci yokken, aynı grupta şişman BKİ düzeyinde (%12) öğrenci bulunması, kilo almaya neden olan karbonhidrat ağırlıklı beslenme örüntüsüyle ilişkilendirilebilir. Yine aile gelir düzeyini eşit ya da fazla olarak niteleyen öğrenciler arasında şişman BKİ düzeyinde (%87.3) olanların kalorili yiyecek ve aburcubur olarak nitelenen junk-food (boş) yiyeceklere daha kolay ulaşabilmeleri ile açıklanabilir.

Araştırma yapılan okulda, düzenli olarak öğle yemeği servisi yapılmaktadır. Ancak öğrencilerin 1/3 “hiç bir zaman” okul yemeğini yemediğini belirtmiştir. DSÖ’ne göre öğrencilerin en az bir öğün kaliteli yemek yemesi önemlidir (Dağdeviren ve Şimşek,2013). Bu öğünün okulda veriliyor olması, hem sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmada hemde büyüme gelişme için gerekli olan protein, karbonhidrat gibi besin öğelerine ulaşmada sıkıntı yaşayan öğrenciler için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir .

Öğrencilerin düzenli öğle yemeği yeme durumları incelendiğinde 1/5 öğrencinin öğle öğününü atladığı, yarıya yakınının ise (%45.6) öğle yemeğini “ara -sıra” yediği görülmektedir. Sağlıklı büyüme gelişme için günde üç öğün düzenli yemek yemenin yanı sıra, bu öğünlerin çeşit, miktar ve kalite olarak içeriğinin de uygun olması

gerekmektedir (Özvarış 2009, Ayer, 2018). Bu çalışmada öğrencilerin yarıya yakını okul kantininden tost, sandviç gibi fast-food yiyecekler yada bisküvi gibi klorisi yüksek besinler tüketmektedir (tablo2). Haftada birden fazla çikolata tüketimi öğrenciler (%60.5) arasında oldukça yaygın olmasına karşın, özellikle güçlü birer antioksidan olmalarının yanı sıra bağışıklık sistemini güçlendirme, büyüme-gelişmeyi destekleme ve dikkat artırma, çeşitli kronik rahatsızlıklar ve bazı kanser türlerinin görülme olasılığını azaltıcı etkileri olan kuruyemişin (ceviz, fındık, badem) öğrencilerin (%62,8) büyük çoğunluğu tarafından tüketilmediği görülmektedir. Sağlık için zararlı etkileri bilinen kafein içeren gazlı içecekler, kahve, çay tüketimi de benzer şekilde (%63.1) yaygındır

Literatürde bu yaş grubu için sağlıklı yaşam bileşenlerinden biri olan egzersizin haftada en az üç defa ve 60 dk. orta ve yüksek yoğunlukta (yüzme, koşu, bisiklete binme, basketbol , tenis vs.) bireysel ve takım oyunları şeklinde yapılması önerilmektedir (Başgöl, (2016) . Bu çalışmada; öğrencilerin yarıdan fazlası beden eğitimi dersine düzenli olarak katılmaktadır. Önemli bir bulguda öğrencilerin yarıdan fazlasının (%65.6) okul dışında kendi başına spor yapmasıdır. Park ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) adölesanların sadece % 10,6'sının her gün hafif ve orta derecede bir fiziksel aktiviteye katıldığı belirtilmiştir. Karadağ'ın çalışmasında (2008), her on adölesandan sadece üçü haftada beş saat ve üzerinde spor yapmaktadır. Ercan ve arkadaşlarının çalışmasında ise, okul çocuklarının sadece % 25,7'sinin günde en az 60 dakika fiziksel etkinlikte bulunduğu bildirilmiştir (İlhan ,2012). Bu çalışmada aile gelir düzeyi ve aile eğitim seviyesinin yüksek olması, sağlıklı yaşam ve egzersiz ilişkisinin okul müfredatı ve sosyal medyada vurgulanması ve yaş dönemi özellikleri nedeniyle fiziksel görünümüne önem vermeleri öğrencilerin beden eğitimi derslerine katılmaları ve okul dışında da spor faaliyetlerini yürütmelerinde etkili olabilir. Spor ve egzersizin fiziksel sağlık kadar ruhsal ve sosyal sağlık üzerine olumlu etkileri bilindiğinden onların bu konuda desteklenmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir.

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin değişik şiddette uyaranlarla, geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanabilir. Bu çalışmada uyku düzeni ve süresi ile ilgili yapılan incelemede, her üç öğrenciden birinin uykuya dalma, sık, geç ya da erken uyanma gibi problem çektiği görülmektedir. Adölesan dönemde günlük uyku ihtiyacı 8.5-9 saat olup çocuk ve

erişkinlerden daha fazladır. Artmış uyku ihtiyacına karşın, akademik gereklilikler ve artan sosyal etkinlikler nedeniyle gece geç uyuma ve sabah geç kalkma gibi sorunlar yaşanmaktadır (Bülbül ve ark., 2010). Bu çalışmada yeterli uyku süresini “öğrencilerin yarıya yakını” gerçekleştirmektedir. Diğer yarısı ise ya az (%32.8) yada fazla (%19.5) süre uyumaktadır. Bülbül ve ark. çalışmasında öğrencilerin %60.8’i uyku sorunu olmadığını, %17.2’si uykuya dalmakta zorlandığını, %12.7’si sabah zor uyandığını ve %9.3’ü gece sık ve nedensiz uyandığını belirtmiştir.

Uyku kalitesi ve süresi akademik başarı kadar sağlık için de önemlidir. Uyku saati ile BKİ düzeyleri arasında yapılan değerlendirmede, uyku süresi yeterli olmayan öğrencilerin yarısının (%49.1) şişman BKİ düzeyinde olduğu belirlenmiştir ($p=0.032$, $X^2=10,572$) (Tablo5). Literatürde düzenli uyku uyumanın, kiloyu dengede tutmada etkili olduğu, az uyuyanların kolay kilo aldıkları yada kilo kaybetmekte zorlandıkları bildirilmektedir (Pıçak ve ark., 2010)

Yapılan bir çok araştırma, dünyada internet kullanmanın yaygın hatta bağımlılık düzeyinde olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2017, İnce, 2014). Türkiye’de, hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre 2018 yılı Nisan ayında hanelerin %83,8’inde evden internete erişilmekte, diğer tüm yaş gruplarına göre en fazla 16-24 yaş grubunda internet (toplam %90.7, erkeklerde %94.7, kadınlarda %86.4) yüksek oranda kullanılmaktadır (<https://diuilopedi.com/tuik-turkiyenin-internet-kullanim-aliskanliklari-raporu/>). Soydaş (2011) tarafından yapılan bir çalışmada adölesanların %70,9’unun kişisel bir bilgisayarının olduğu ve %97,7’sinin internet kullandığı görülmüştür (Soydaş (2011)). Bu çalışmada öğrencilerin tamamının evlerinden, cep telefonlarından, internet-cafeler yada okullarından internete eriştiğini, günlük internet kullanma süresi bakımından yalnızca %5.4’ünün bir saatten az internet kullandığı görülmektedir (Tablo3).

İnterne erişme ve interneti kullanma süresi kadar, kullanma amacı da sağlıklı yaşam biçimi açısından önemlidir. Madell ve Muncer (2004) yaptığı çalışmada öğrencilerin internetten %67’si müzik dinlediğini, %56’sı internette gezinti yaptığını ve %55’i elektronik postalarına bakmak için kullandıklarını belirtmiştir. TUIK verilerine göre, Türkiye’deki kullanıcıların interneti en çok sosyal medyayı ve video platformlarını takip etmek için kullandıkları belirtilmektedir. Ancak %28’lik küçük bir grup ise interneti sadece

bilgi edinmek amaçlı kullandığını belirtmiştir (<https://dijilopedi.com/tuik-turkiyenin-internet-kullanim-aliskanliklari-raporu/>). Bu çalışmada genel olarak müzik, oyun videoları izleyen, sosyal medya kanallarında arkadaşlarıyla iletişim kuran öğrenciler çoğunlukta olsa da, üç öğrenciden biri (%34.9) akademik çalışmaları için interneti kullanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), e-SOY'ı sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerden ziyade, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamaktadır (Aslantekin Ve Yumrutaş, 2014). e-SOY; bireylerin doğru sağlık kararları verebilmek için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini sağlama, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak da tanımlanmaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

İnterneti sık kullanan adolesanların e-sağlık okuryazarlığı konusundaki algı ve tutumları az bilinmektedir. Ayrıca, sağlık konuları ile ilgili yanlış, yanıltıcı ve düşük kaliteli bilgilerin sonuçlarının büyük sorunlara yol açabildiği bu nedenle adolesanların internet ortamında güvenli gezinmelerine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Çağır ve Gürkan, 2010, Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Bu çalışmada kendi sağlıklarıyla ilgili bilgiye ulaşma konusunda, öğrencilerin yarısı (%49.0) internetten herhangi bir bilgi aramadığını belirtmiştir. İnternetten bilgi edinenlerin, en çok spor, egzersiz konusunda (%14.1) araştırma yaptığı, bunun yanısıra sağlıklı beslenme, hijyen, güzellik ve makyaj ürünleri gibi yaşlarına özgü konuları inceledikleri görülmektedir. Bu nedenle iyi bir sağlık okuryazarı olarak doğru bilgi sitelerine ulaşmaları, elde ettikleri bilgiyi eleştirmeleri önemlidir.

Önemli bir noktada öğrencilerin, internetten sağlıklarıyla ilgili bilgi edinme, edindikleri bilginin içeriğini değerlendirme ve bu bilgiyi kendi sağlık sorunlarının çözümü için yada günlük yaşantılarında kullanıp kullanmadıklarıdır. Bu çalışmada öğrencilerin yarıya yakını (%46.7) sağlık konusunda araştırma yapmamış ya da uygulamamıştır. Ancak öğrencilerin yarıdan fazlası (%53.3) araştırıp bulduğu bilgiyi sağlık sorunun çözümünde kullanmıştır. Sağlık sorunun çözümü için kullananlardan, sorununa iyi geldiğini (%30.7) ve sorununda bir değişme (%10.5) olmadığını ifade edenlerin, mevcut sağlık sorunlarının

erken dönemde etkili ve doğru şekilde tedavi edilme olasılığını geciktirdikleri değerlendirilmektedir. Daha kötüsü ise her 10 öğrenciden birinin (%12.0) edindiği bilgiyi uygulayıp ve sorununun daha da kötüleştiğini belirtmesidir. Bu grupta tedavinin gecikmesi yanı sıra ciddi komplikasyonların gelişmesi söz konusudur.

5.2. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi bilgi düzeyleri onların sağlıklı yaşam biçimi davranışları için önemlidir. AYBÖ baz alınarak hazırlanan sorularla öğrencilerin SYB bilgi düzeyleri incelenmiştir. Coşkun ve ark. çalışmasında SYB bilgi düzeyi puan ortalamasının 13.25 olduğu bulunmuştur (Coşkun S., 2015)). Bu çalışmada, öğrenciler SYB bilgi düzeyi puan ortalaması $14,48 \pm 4,13$ (min=6, max=24) dir (Tablo 5).

Ayer ve ark. çalışmasında adolesan beslenme okuryazarlığını anne eğitim düzeyi, sağlık algısı, olumlu beden algısı, sağlıksız besin tüketme durumu, bazı bilgi engelleri (bilgi edinmenin çaba gerektirmesi, bilgiyi anlamamanın zor olması) ve bazı bilgi kaynaklarına güven düzeyinin (beslenme ve diyet uzmanı ve/ veya diyetisyen, ders kitapları) etkilediği bulunmuştur. Adolesanların beslenme okuryazarlığı düzeyi ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu, ayrıca sağlıksız beslenme alışkanlıkları gözlemlendiğini belirtmiştir (Ayer, 2018)

Bu çalışmada AYBÖ “beslenme” alt ölçeği kapsamında hazırlanan sorular incelendiğinde öğrenciler; “adölesan dönemde büyüme gelişmenin farklı olduğunu ve adölesanların farklı beslenmeleri gerektiğini (%86.2), öğün sayısı ve aralıklarının önemini (%67.9) ve farklı miktar ve çeşitli yiyecekler yenmesi gerektiğini (%61.8) doğru bilmıştır. Ancak, öğün atlama, abur cubur yeme, gazlı içecek içme gibi sağlıksız davranışları kişisel yaşamlarında devam ettirdikleri görülmüştür (Tablo2)

AYBÖ’nin “fiziksel sağlık” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, fiziksel aktivitenin kalp ve kronik hastalıkları önleyeceğini (%86.2) yüksek oranda bilmeleri önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiş, ancak fiziksel aktivitenin içerik ve sıklığı, süresi, kan şekeri ve beslenmeyle olan ilişkisi konularını öğrencilerin istenen düzeyde doğru cevaplayamadıkları görülmüştür. Öğrencilerin sahip oldukları bilgileri, neden sonuç ilişkisi kurarak öğrenmeleri ve gerçek yaşamlarına aktarabilmeleri için, okul sağlığı

hemşireleri tarafından farklı “sağlık eğitimi” yöntem ve tekniklerinin kullanarak düzenlenecek programlara ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir.

AYB’nin “sağlık sorumluluğu” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, sağlık durumunda olumsuz belirti ve bulguları anlama ve bu değişiklikleri meydana geldiğinde bireyin mutlaka sağlık kuruluşuna gitmesi gerektiğini (%86,2) yüksek oranda doğru bilmelerine karşın, mevcut sağlık sorunları için %53.3’ internetten elde ettiği bilgileri kullanmaktadır. Öğrenciler yüksek oranda bireylerin sağlıklarından sorumlu olduklarını (%70) ve sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durulması gerektiğini (%63) doğru bilmesi olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

AYB’nin “kişilerarası ilişkiler”, “pozitif yaşam” ve “stres yönetimi” alt ölçekleriyle ilgili sorular incelendiğinde, kızgınlık, öfke gibi duyguların sağlığa olumsuz etkisini (%80) yüksek oranda bilmelerine karşın, stres belirtilerini (%37.4), empati kurma (%30.5), etkili dinleme ve anlama, iletişimde sen dilinin (%40) nemi gibi konularda yanlış bilen öğrencilerin oranı oldukça yüksektir. Bu alt boyutlara yönelik okul sağlığı hemşireliği ve rehberlik danışmanlık merkezleriyle işbirliği yaparak çeşitli girişimlerde bulunulması önemli olacağı değerlendirilmektedir.

AYB’nin “spiritüel sağlık” alt ölçeğiyle ilgili sorular incelendiğinde, öğrencilerin, yaşamın ve ölümün anlamı, bilinmeyen gle, yaradanla iletişim çabası (%75,1) ve g, mit veren, yaşama anlam katan sistemlerde bozulmayı anlama (%71,3) gibi görece soyut konulardaki soruları yüksek oranda yanlış cevapladıkları, bu durumun yaş dönemi özelliklerinin bir yansıması olduğu değerlendirilmiştir. Gürsu’nun çalışmasında, öğrencilerin dindarlık leğinden aldıkları puanlar arttıa, psikolojik sağlığın alt ölçekleri olan depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları düşme görülmüştür ($p<0.05$) (Gürsu, 2011). Bireyin kendisinin üstünde bir güç tarafından korunduğunu bilmesi ve sıkıntıya düştüğünde bu ge sığınması, ergen psikolojisi üzerinde koruyucu olacak, ancak bu desteğin, okul sağlığı hemşiresi, rehberlik danışmanlık merkezleri ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarındaki uzman kişilerle işbirliği yapılarak yürütülmesi gerekmektedir.

5. 3. SYB Bilgi Düzeyi, e- SOY, AYBÖ ve Alt Ölçekleri Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, AYBÖ (104±16,34) toplam puanlarının orta düzey ve üzerinde olduğu görülmektedir. Coşkun ve ark. çalışmasında AYBÖ puan ortalamasının yaklaşık 120.0 puan olduğu belirlenmiştir. AYBÖ puanları Coşkun'un çalışmasından daha düşük düzeydedir. AYBÖ'nin alt ölçeklerinden alınan puanlar incelendiğinde, en düşük “sağlık sorumluluğu” (9,31±2,90) alt ölçeğinden, en yüksek “pozitif yaşam bakışı” (23,07±4,30) alt ölçeğinden puan aldıkları görülmektedir.

SYB bilgi düzeyi puan ortalaması ile AYBÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). SYB bilgi düzeyinin, AYBÖ alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “pozitif yaşam bakışı” ve “stres yönetimi” arasında anlamlı istatistiksel bir ilişki varken ($p<0.05$), alt ölçeklerden “kişilerarası ilişkiler”, “spiritüel sağlık”, “fiziksel aktivite” arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca SYB bilgi düzeyi ile AYBÖ puanları arasında korelasyon incelenmiş; “AYBÖ” ($r=0,176$), “sağlık sorumluluğu” ($r=0,083$), “fiziksel aktivite” ($r=0,071$), “beslenme” ($r=0,122$), “pozitif yaşam bakışı” ($r=0,141$), “kişilerarası ilişkiler” ($r=0,155$), “stres yönetimi” ($r=0,125$), “spiritüel sağlık” ($r=0,155$) alt ölçek puan ortalamaları arasında “zayıf” düzeyde, “pozitif” yönde bir ilişki bulunmuştur.

Bu çalışmada, e-SOY ölçeği (26,27±7,39) puanının “ortalamanın” üzerinde olduğu görülmüştür. Coşkun ve ark. çalışmasında e-sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 27.0 olduğu bulunmuş ve bu çalışmayla benzerdir. Ayrıca e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo8). e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ alt ölçekleri karşılaştırılmış, “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “pozitif yaşam bakışı” ve “stres yönetimi” arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0,05$), aksine alt ölçeklerden “kişilerarası ilişkiler” ve “spiritüel sağlık”, “fiziksel aktivite” arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde; AYBÖ toplam puanı ($r=0,176$), “sağlık

sorumluluğu” ($r=0,083$), **“fiziksel aktivite”** ($r=0,071$), **“beslenme”** ($r=0,122$), **“pozitif yaşam bakışı”** ($r=0,141$), **“kişilerarası ilişkiler”** ($r=0,155$), **“stres yönetimi”** ($r=0,125$), **“spiritüel sağlık”** ($r=0,155$) arasında **“zayıf”** düzeyde **“pozitif”** yönde ilişki bulunmuştur.

Ayrıca SYB bilgi düzeyi puan ortalaması ile e-SOY Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiş, iki ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). SYB bilgi düzeyi ile e-SOY Ölçeği arasındaki korelasyonun da ($r=0,245$) **“zayıf”** düzeyde, **“pozitif”** yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

5.4. AYBÖ Puan Ortalaması ile Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme ve sürdürme üzerinde sosyodemografik faktörlerin olumlu ve olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir. Öngören ve ark çalışmasında, liselerde öğrenim gören öğrencilerin, riskli davranışlar değerlendirdiği çalışmasında erkek, yaşça büyük, akademik olarak başarısız öğrenciler ile ailesi daha yüksek gelire sahip öğrenciler arasında, antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve madde kullanım riskleri bulunmaktadır. Bununla birlikte intihar eğiliminin kadınlarda, okul terki riski ise alt gelir grubunda olduğu tespit edilmiştir (Öngören ve Sarıefe, 2011).

Bu çalışmada (Tablo 9’da) öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri göre, AYBÖ puan ortalaması karşılaştırılmış, AYBÖ’de, erkek öğrencilerin ($106,55\pm18,09$), anneleri çalışmayanların ($106,10\pm17,04$), babaları serbest çalışanların ($105,47\pm17,91$) daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p>0.005$). Beden eğitimi derslerine düzenli katılanların ($107,67\pm15,79$), okul dışında da spor yapanların ($108,38\pm15,97$), uykuya dalma, sürdürme ya da uyanma ile ilgili problemi olmayan ($106,42\pm16,32$) öğrencilerin daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 10’de AYBÖ ve alt ölçek puanları **“sınıfları”** ile karşılaştırılmış, AYBÖ’de, 9.sınıfların **“en yüksek”** puanı alarak, 10. ve 11. sınıflardan ve 12.sınıfların da 11.sınıflara göre daha **“yüksek”** puan alarak farklı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

“Sağlık sorumluluğu” alt ölçeğinde ise “en düşük” puanı alan 10. sınıflar, 9. ve 12 sınıflardan farklıdır ($p<0.05$). AYBÖ ölçek puanında, 9. Sınıfların “orta adölesan” dönemine yeni girmeleri, 12. sınıfların ise eğitimleri ve yetişkinliğe doğru kronik yaşlarının yakın olması nedeniyle ve fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık konularına daha fazla odaklanmalarıyla açıklanabilir.

AYBÖ ve alt ölçek puanları “**anne eğitimleriyle**” karşılaştırılmış, “sağlık sorumluluğu” ve “spiritüel sağlık” alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$). “Sağlık sorumluluğu” alt ölçeğinde anneleri **okuryazar olmayan** (ortaokul düzeyinde olanlara göre) ve **ilkokul düzeyinde olan** (lise ve üniversite düzeyinde olanlara göre) öğrenciler “**yüksek puan**” olarak fark yaratmıştır ($p<0.05$). “Spiritüel sağlık” alt ölçeğinde ise anneleri **okuryazar olmayan** (ortaokul düzeyinde olanlara göre) öğrencilerin “**yüksek**” puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$). Gürsu’nun çalışmasında, katılımcıların büyük bir çoğunluğu, dini hayatlarının şekillenmesinde (%83,5) ailelerinin etkili olduğunu bulmuştur, annenin eğitimini ile ergen dindarlığı arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Buna göre annenin eğitim düzeyi yükseldikçe ergenin dindarlık düzeyi azalmaktadır. Ancak, daha eğitilmiş annelerin çocukları daha olumlu bir psikolojik sağlığa sahipken ekonomik durum ve ebeveyn eğitim seviyesi düştükçe, ergen psikolojik sağlığının bozulduğunu gösteren sonuçlara ulaşılmıştır (Gürsu ve ark., 2011).

AYBÖ ve alt ölçek puanları “**aile geliri**” ile karşılaştırılmış, “kişilerarası ilişkiler” ve “spiritüel sağlık” alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelirinin giderine “**eşit**” olduğunu belirten öğrenciler, “**daha az puan**” almış, hem gelirinin fazla, hem de az diyenlerden farklı oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). “Spiritüel sağlık” alt ölçeğinde ise gelirinin “**az**” olduğunu ifade eden öğrenciler, gelirinin fazla yada eşit olduğunu ifade edenlere göre daha “**yüksek puan**” almışlardır ($p<0.05$). Gelir düzeyi düşük toplumlarada maneviyatın sağlığı koruyucu etkisi olduğu vurgulansa da, Öngören’in çalışmasında, okulu terk etme riski alt gelir gruplarında daha fazla tespit edilmiştir (Öngören ve Sarıefe, 2017).

Tablo 10’de AYBÖ ve alt ölçek puanları “**BKİ düzeyleri**” ile karşılaştırılmış, AYBÖ’de “**zayıf BKİ düzeyindeki**” öğrenciler, şişman BKİ düzeyindekilere göre daha “**az puan**” olarak istatistiksel anlamlı fark yaratmıştır ($p<0.05$). Ayer’in çalışmasında,

sağlık okuryazarlığı ile beslenme okuryazarlığını belirlemenin yetersiz kalacağı belirtilmektedir. Bu çalışmada, adolesanların beslenme okuryazarlığı orta düzeyde bulunmuştur. Diğer bir çalışmada, bu çalışma verileriyle benzer şekilde beslenme okuryazarlığı orta düzeydedir, ancak beslenme okuryazarlığı ile BKİ arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$). Bu çalışmada zayıf BKİ düzeyinde olan öğrencilerin AYBÖ puanı daha azdır. Şişman BKİ olan öğrencilerin bilgisi yüksek olsada, mevcut bilgilerini yaşam pratiğine geçiremedikleri düşünülmektedir (Ayer, 2018).

Uyku ergen gelişiminin temel noktalarından birisidir. Ergenlerin uykusu onların düşünme, davranış ve duygu yeteneklerini önemli ölçüde etkiler. Benzer biçimde günlük etkinlikler, bireysel faktörler ve çevredeki değişiklikler de ergenlerin uyku örüntüleri üzerinde etkindir. Uyku bozukluğu; dikkat toplamada güçlük, aşırı hareketlilikten, gündüz aşırı uyku hali, dürtüsellik, huysuzluk, hırçınlık, okul performansında düşüklük, öğrenme bozuklukları, sosyal ilişkilerde sorunlar, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, patolojik derecede utangaçlık gibi birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir ((Bright Features, 2008), Şenol ve ark., 2012).

Uyku bozuklukları, yaşamı tehdit eden kazalar, iş verimliliğinde ciddi kayıplar ve psikososyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olabilen ve sıklığı açısından büyük önemi olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu nedenle toplumda uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu bozukluğa sahip olan insanların bilinçlendirilmesi ve tedavi almaya yönlendirilmesi yaşamsal önem taşımaktadır. AYBÖ ve alt ölçek puanları “uyku düzenleri” ile karşılaştırılmış, “AYBÖ”, “beslenme”, “pozitif yaşam” ve “stres” yönetimi arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Tüm bu alt ölçeklerde, “az uyku uyuyan” öğrencilerin “en az puan” ile diğerlerine göre farklı olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Şenol ve ark. çalışmasında uyku kalitesindeki azalmanın belirleyicilerinden sosyal ve ailevi problemler, geçmiş uyku problemi deneyimleri yanısıra belli yiyecek ve içeceklerin alımının uykuyu etkileyeceği bildirtmektedir. Aşırı ve ağır yemek, çikolata, kola, çay, kahve, yetersiz protein alımı uyku düzenini bozabilmektedir. Kilo alma ve verme de uyku düzenini etkilemektedir. Kilo verme uyku süresinin kısalmasına, kilo alımı ise uyku süresinin uzamasına neden olabilmektedir (Şenol ve ark., 2012)

Günlük ekran kullanma süresi iki saat (2 saat) olarak önerilmektedir (Bright Features, 2008) İnternet Bağımlılığı Hastalığı olarak bilinen, giderek daha fazla süre internette kalmak, hiperaktivite ve üzüntü gibi duygularla baş edememek, planladığından daha uzun süre internette kalmak gibi belirtiler gösteren, internet kullanımı yüzünden bir ilişkiyi ya da olanağı kaçırma riski taşıyan, kullanım süresini uzatabilmek için yalan söyleme, yada olumsuz duygularını kontrol edebilmek için interneti kullanmak gibi sağlığı tüm yönleriyle etkileyen bir durum gelişmektedir (Kaplan,2004). Bu çalışmada (Tablo13) AYBÖ ve alt ölçek puanları **“internet kullanma süreleriyle”** karşılaştırılmış, “AYBÖ”, “sağlık sorumluluğu”, “beslenme”, “pozitif yaşam bakışı” ve “stres yönetimi” alt ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Tüm bu ölçeklerde günde **“iki saat”** internet kullandığını belirten öğrenciler **“en yüksek puanı”** olarak istatistiksel fark yaratmışlardır ($p<0.05$).

Çağır ve ark. lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin problemlili internet kullanım düzeyleri ile yalnızlık düzeyleri arasında, pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.194$, $p<.05$, $N:646$). Benzer şekilde wellness-esenlik düzeyleri ile problemlili internet kullanım düzeyleri arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0.81$, $p<.05$, $N=646$). Yani yalnızlık düzeyi yüksek olan öğrencilerin, problemlili internet kullanımlarının da yüksek olduğu, esenliği düşük olan bireylerin, problemlili internet kullanım düzeyleri yüksek olduğu bulunmuştur (Çağır ve Gürkan, 2010) İnternet kullanma ile problemlilerden biride interneti uygun amaç ve içerikte kullanmamaktır (Canbek ve Sağıroğlu, 2007).). Bu çalışmada AYBÖ ve alt ölçek puanları “internetten bilgi edinme” durumları ile karşılaştırılmış, “AYBÖ”, “fiziksel aktivite”, “sağlık sorumluluğu” “beslenme” alt ölçeği arasında istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). “AYBÖ”de “hiç bilgi aramayan” ve “zayıflama” konusunda bilgi arayanların **“en düşük”** puanı alan öğrenciler olduğu görülmüştür ($p<0.05$). “Fiziksel aktivite” alt ölçeğinde ise **“spor”** konusunda bilgi arayan öğrenciler, diğer tüm konularda bilgi arayanlardan **“daha yüksek puan”** almıştır ($p<0.05$). “Sağlık sorumluluğu” ve “beslenme” alt ölçeklerinde ise, “bulaşıcı hastalıklar ve makyaj, hijyen ürünleri” konusunda bilgi arayanların, “zayıflama konusunda” bilgi arayanlara göre **“daha yüksek puan”** puan aldığı görülmüştür ($p<0.05$).

Bu bulgulara göre “bilgi aramadığını” belirten öğrencilerin AYBÖ puanlarının az olması, bu öğrencilere bilgiye nasıl ulaşacaklarını bilmedikleri ve sağlık eğitimi programlarına gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir. “Fiziksel aktivite” alt ölçeğine uygun olarak, spor konusunda araştırma yapanların diğer tüm konuların araştıranlardan daha yüksek puan alarak fark yaratması, sporun sağlıkta bütüncül olarak iyilik sağladığı düşüncesinden hareketle olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Adölesanlarda yaygın görülen ve beden imajını etkileyen, hatta sıradan, bu yaş dönemine özgü bir problem olarak değerlendirilen akne vulgarisin, Erturan ve ark çalışmasında, ergenlerde yaşam kalitesi, yalnızlık ve yaşam doyumu düzeylerini olumsuz etkilediğini gösterilmiş, aknenin görünümü etkileyici bir deri hastalığı olduğu kadar psikolojik, işlevselliğine zarar veren bir hastalık olarak ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır (Erturan ve ark., 2014). Bu ve benzeri problemleri yaşayan gençler, tedavi ve bakımlarında kulaktan dolma, güvenli olmayan yöntemler kullanabilmektedir. Bu çalışmada (Tablo 10’de); AYBÖ ve alt ölçek puanları ile öğrencilerin internetten edindikleri bilgileri “kendi sağlık problemlerinde” kullanma durumu karşılaştırılmış, “AYBÖ”, “fiziksel aktivite”, “stres yönetimi”, “spiritüel sağlık” arasında istatistiksel anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

AYBÖ’de “**hiç bilgi aramayan**” ve “**az puan**” alanlar, edindiği bilginin sağlık sorununa “**iyi**” geldiğini söyleyenlere göre fark yaratmıştır (≤ 0.05). AYBÖ’de sağlık sorununa “**iyi geldi**” diyen ve “**yüksek puan**” alanlar, sorunum “**değişmedi**” diyenlere göre istatistiksel anlamlı fark yaratmıştır ($p<0.05$).

“Fiziksel aktivite” alt ölçeğinde “**hiç bilgi aramayan**” ve “**az puan**” alanlar, “**iyi**” geldiğini söyleyenlere göre farklıdır ($p<0.05$). “Stres yönetimi” alt ölçeğinde “**hiç bilgi aramayan**” ve “**yüksek puan**” alanlar, sorunum “**değişmedi**” diyenlere göre farklıdır ($p<0.05$). “Spiritüel sağlık” alt ölçeğinde, sağlık sorunu “**kötüleşen**” ve “**yüksek puan**” alanların, “**bilgi aramayanlara**” göre farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Durumu “**kötüleşen**” ve “**yüksek puan**” alanların, durumunda “**değişmeyenlere**” göre farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Burada bilgi düzeyi “yeterli olmayan” öğrencilerin iyi sonuç elde edenlere farklı olduğu bulgusu, bu öğrencilerin ne kadar fazla bilgi gereksinimleri olduğunu ortaya

koymaktadır. Ama aynı zamanda “yüksek puan” alan öğrencilerin, mevcut bilgilerine güvenerek sorunlarını çözme konusunda uygulama yapmaları, bu uygulamaların deneme yanılma yönteminin ötesine geçemeyeceğinin bilinmesi önemlidir. Her iki durumda da öğrenciler sağlık sorunlarından korunma, erken tanı tedavi olanaklarını kaçırabilme riski altındadır. Ayrıca daha önemlisi “Spiritüel sağlık” alt ölçeğinde, sağlık sorunu “**kötüleşen**” ve “**yüksek puan**” öğrencilerin, komplikasyon önlemek için bu yönde korunmaları gerekliliğinin önemli olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

1. Bu çalışmaya katılan öğrencilerin (n=390), %53,3 (n=208)'kız, yarıdan fazlasının hem anne eğitimi (%51,8), hem de baba eğitimi (%52,3) üniversite ve üzeri düzeydedir. Annelerin büyük çoğunluğu (%78,5) para getiren bir işte çalışırken, babaların büyük çoğunluğu (%60,8) serbest çalıştığını ifade etmiştir. Öğrencilerin yarıdan fazlası (%62,6) ekonomik durumlarını gelir-gidere eşit şekilde algılamaktadır (Tablo1).
2. BKİ sınıflamasına göre, öğrencilerin büyük çoğunluğunun normal kiloda, ancak her yedi öğrenciden birinin fazla kilo yada şişman olduğu belirlenmiştir. Zayıflık daha çok kız (%71,7), şişmanlık daha çok erkek (%83,6) öğrencilerde sorun olarak bulunmuştur ($p=0,001$, $X^2= 39,578$).
3. Araştırma yapılan okulda, düzenli olarak öğle yemeği servisi yapılmaktadır. Ancak öğrencilerin 1/3 “hiç bir zaman” okul yemeğini yemediğini belirtmiştir. Öğrencilerin 1/5'nin öğle öğününü atladığı, yarıya yakınının ise (%45.6) öğle yemeğini “ara -sıra” yediği görülmektedir. Okul kantininden tost, sandviç gibi fast-food yiyecekler yada bisküvi gibi klorisi yüksek besinler tüketilmektedir (Tablo2).
4. Öğrencilerin yarıdan fazlası beden eğitimi dersine düzenli katılmakta ve yarıdan fazlası (%65.6) okul dışında kendi kendine spor yapmaktadır.
5. Her üç öğrenciden birinin uykuya dalma, sık, geç ya da erken uyanma gibi problem çektiği görülmektedir. Öğrencilerin yarıya yakını “yeterli süre” uyurken diğer yarısı ya az (%32.8) yada fazla (%19.5) süre uyumaktadır. Uyku süresi yeterli olmayan öğrencilerin yarısının (%49.1) şişman BKİ düzeyinde olduğu belirlenmiştir ($p=0.032$, $X^2= 10,572$) (Tablo5).
6. Öğrencilerin tamamının evlerinden, cep telefonlarından, internet-cafeler yada okullarından internete erişmekte, üç öğrenciden biri (%34.9) akademik çalışmaları için internet kullanmaktadır. İnternette kendi sağlıklarıyla ilgili bilgiye ulaşma %53.3 dür. Öğrenciler en çok spor, egzersiz konusunda (%14.1) araştırma yapmaktadır. Her 10 öğrenciden biri (%12.0) ise uyguladığı bilginin mevcut sorununu kötüleştirdiğini belirtmiştir.

7. Öğrencilerin SYB bilgi puan ortalaması $14,48 \pm 4,13$ (min=6, max=24) dir (Tablo 5). AYBÖ ($104 \pm 16,34$) toplam puan ortalamasının, ortanın biraz üzerinde olduğu görülmektedir. AYBÖ'nin alt ölçeklerinden, en düşük "sağlık sorumluluğu" ($9,31 \pm 2,90$) alt ölçeğinden, en yüksek "pozitif yaşam bakışı" ($23,07 \pm 4,30$) alt ölçeğinden puan aldıkları görülmektedir. SYB bilgi puan ortalaması ile AYBÖ puan ortalaması arasında "**zayıf**" düzeyde, "**pozitif**" yönde bir korelasyon bulunmuştur.
8. e-SOY ölçeği ($26,27 \pm 7,39$) puanının "ortalamanın" üzerinde olduğu görülmüştür. e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo8).
9. e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ alt ölçekleri karşılaştırılmış, "**sağlık sorumluluğu**", "**beslenme**", "**pozitif yaşam**" ve "**stres yönetimi**" arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0,05$), aksine alt ölçeklerden "**kişiler arası ilişkiler**" ve "**spiritüel sağlık**", "**fiziksel aktivite**" arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). e-SOY ölçeği puan ortalaması ile AYBÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki "**zayıf**" düzeyde "**pozitif**" yönde ilişki bulunmuştur. Ayrıca SYB bilgi düzeyi ile e-SOY Ölçeği arasındaki korelasyonun da ($r = 0,245$) "**zayıf**" düzeyde, "**pozitif**" yönde olduğu belirlenmiştir.
10. Öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri göre, AYBÖ puan ortalaması karşılaştırılmış, AYBÖ'de, erkek öğrencilerin ($106,55 \pm 18,09$), anneleri çalışmayanların ($106,10 \pm 17,04$), babaları serbest çalışanların ($105,47 \pm 17,91$) daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p > 0.005$). Beden eğitimi derslerine düzenli katılanların ($107,67 \pm 15,79$), okul dışında da spor yapanların ($108,38 \pm 15,97$), uykuya dalma, sürdürme ya da uyanma ile ilgili problemi olmayanların ($106,42 \pm 16,32$) daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Bu bulgular doğrultusunda;

1. Okul sağığı hemşirelerine,
 - öğrencilerin sağııklı yaşam biçimi geliştirme davranışları ile ilgili “hemşirelik girişimleri” öncesinde, onların e-sağıık okuryazarlık düzeyini belirlemeleri ve geliştirmeleri.
 - okul yemeğı yemeyen, aburcubur yiyen, BKİ yüksek öğrencilere yönelik sağııklı beslenme konusunda biliçlendirme eğitimleri yapmaları,
 - çok kafein tüketen, uyku saatlerinde bilgisayarda oyun oynayan, sosyal medyada vakit geçiren öğrencileri belirlemeleri ve farkındalık eğitimleri düzenlemeleri önerilmektedir.
2. Araştırmacılara,
 - e- sağıık okuryazarlığı yetersiz (internetten yeteli doğıru bilgiye ulaşamayan ve bulduğı bilgiyi uyguladığı için sağıık sorunu kötüleşen vs.) öğrencileri belirlemeleri, risk azaltıcı çalışmalar yapmaları,
 - e-sağıık okuryazarlığı ve sağııklı yaşam biçimi davranışı arasında belirlenen zayıf yönde pozitif ilişkiyi kuvvetlendirecek girişimsel çalışmalar yapmaları,
 - AYBÖ puan ortalaması üzerinde pozitif etkisi olan sosyodemografik faktörleri (erkek cinsiyeti, annenin çalışması, spor yapma, yeterli uyku vb.) dikkate alan deneysel çalışmalar yapmaları ve uzun dönemde etkilerini araştırmaları önerilmektedir.
3. Okul yönetimi,
 - Adölesan dönem özellikleri konusunda öğretmenleri ve diğıer okul personeli hizmet içi eğitimleri planlamaları,
 - Okul yemek hizmetlerini öğrencilerin kullanmasını sağıılayacak tedbirler (yemek saatinde kantinin kapalı tutulması, öğrencilerin tercih ettiğı yemeklerin anket vs. ile öğrenilmesi ve okul yemeğı yememe nedenlerinin incelenmesi gibi) almaları,
 - Üniversite sınavı nedeniyle stresi fazla, egzersiz ve fiziksel aktivite yetersiziliğı olan, 11 ve 12. Sınıf daki riskli öğrencilerin, stresle baş etme ve fiziksel aktivitelerini arttırmaya teşvik eden (spor eğlence yarışmalar vs.) programları geliştirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKÇA

WHO (<https://dijilopedi.com/tuik-turkiyenin-internet-kullanım-alışkanlıkları-raporu/>).

Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı *TAF Prev Med Bull.* Cilt:13, Sayı:4, S:327-334

Akçan Parlaz, E., Tekgül, N., Karademirci E. Ve Kurtuluş, Ö. (2012) Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik Ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkishfamilyphysician.* Cilt:3, Sayı:4

Aksungur, A., Göktaş B., Önder Ö.R. Ve Cankul İ.H. (2011). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, Cilt 10, Sayı 1

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

Aslantekin, F. Ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Ve Ölçümü, *TAF Prev Med Bull.* Cilt:13, Sayı:4, S:327-334

Ayer, Ç., Ahmet Ergin Çivril Yöresindeki Adolesanlarda Beslenme Okuryazarlığının Mevcut Durumu Ve Etkileyen Faktörler Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Mayıs 2018, Denizli

Aysel Özdemir, A., Ünal, E. ve Yıldız H. (2017). Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği 1. Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi Dergisi/ Okulların Genel Ve Fiziki Koşullarının Belirlenmesi

Özvarış, Ş. B. (2009). Sağlığın geliştirilmesi kavramı. In: Aslan D (ed). Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Ankara: Grafiker Matbaası, s: 10-15.

Bahar, Z. (2010). Okul Sağlığı Hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, Cilt:3 , Sayı:4, s:195-200

Bahar, Z. ve Açıl D. (2014). Sağlığı geliştirme modelleri nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 5(1) s: 28-38

Başgöl, Ş., (2016) Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. Cilt:3, Sayı:1, s:57-60

Birru, MS., Monaco, VM., Charles, L., Drew, H., Nije, V., Bierria, T., Detlefsen, E., Steinman, RA. (2004) Internet usage by lowliteracy adults seeking health information: an observational analysis. Journal of Medical Internet Research, 6(3): 25-29.

Bright Features, Guidelines For Health Supervision Of Infants, Children And Adolescents. American Academy Of Pediatrics 2008, P: 539- 557).

Canbek G. ve Sağiroğlu, Ş. (2007). Çocukların Ve Gençlerin Bilgisayar Ve İnternet Güvenliği. Politeknik Dergisi. Cilt:10, s:33–39

Center for Disease Control and prevention (MMWR), Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance,Summaries Youth Risk Behavior Surveillance, 63(4), s:1-47, 2014

Coşkun S, ,Bebiş H. (2015) Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği :Türkçe Geçerlilikve Güvenirlilik Çalışması ,*Gülhane Tıp Dergisi*, Cilt:57, Sayı:4, S:378-384

Çalık, A. ve Kapucu, S. (2017). Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.

Çavdar, S., Çetinkaya Sümer, E., Eliaçık, K., Arslan, A., Koyun, B., Korkmaz, N., Kanık, A., Erginöz, E., Ercan, O., Alıkaşifoğlu M. (2016). İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları Türk Pediatri Arşivi. Sayı: 51. s:22-34

Çelen K. F., Çelik A. ve Seferoğlu S.S. (2011). Çocukların İnternet Kullanımları Ve Onları Bekleyen Çevrim-İçi Riskler. *Akademik Bilişim'11 - XIII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*. Hacettepe Üniversitesi

Dağdeviren Z. ve Şimşek Z. (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. Cilt:12, Sayı:2

Demirezen, E. ve Coşansu, G. (2005) Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Cilt 14 , Sayı 8 , s:178

Eda Menteş, E., Menteş, B. ve Karacabey K. (2011). Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:8, Sayı:2

Emiroğlu, O.N., Subaşı Baybuğa, M., Örsal, Ö. ve Tokur Kesgin, M. (2007). Sağlığı Hemşirelerinin Mesleki Roller ve Hemşirelik Tanılarına İlişkin Algılamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. Sayı:2

Esra ÇİÇEK, E. Ve Çetinkaya, F., (2017). Seçilmiş İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:26, S:29-38

Evren, H. (2008). Trakya üniversitesi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008

Fidancıoğlu, H., Beydağ, K.D., Gök Özer, F. Ve Kızılkaya M. (2009), Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İnternet Kullanımına Yönelik Görüşleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:1.2009

Geçkil, E., Çalışkan, Z. ve Zincir, H.(2004). Erken ve Orta Adölesan Dönemindeki Öğrencilerin Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 2,

Göçmen , L. ve Meydan Acımış, N. (2017). Dünden Günümüze Türkiye' De Sağlığın Geliştirilmesi Serüveni, Sağlık Ve Toplum Dergisi, Cilt:27 ,Sayı:3

Günlü, A., Ceyhan, A.A. (2017). Ergenlerde İnternet ve Problemlİ İnternet Kullanım Davranışının İncelenmesi, *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*, Cilt:4, Sayı:1, s:75,117

Gürsu, O. Ve Bahadır A. Ergenlik Döneminde Psikolojik Sağlık Ve Dindarlık İlişkisi Yayınlanmamış Doktora Tezi Konya 2011

İnce, P. (2014). Lise Öğrencilerinin Sanal Davranışları İle Psikolojik Durumları Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

Karadeniz, G., Yanıkkerem, E., Uçum, Dedeli, Ö. ve Karaağaç, Ö. (2008) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt:7,Sayı:6

Keşer, E. (2016). Pender' İn Sağlığı Geliştirme Modelinin Obez Bireylerde Bazı Parametrelere Etkisi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep

Kılıç,T. (2017). E-Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt:6, Sayı:3 S:203-21

Koç, M. (2004) ,Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi Ve Genel Özellikler, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 2, Sayı : 17 (231-256 S.)

Kürtüncü, M., Uzun, M. Ve Ayoğlu, F. N. (2015). Ergen Eğitim Programının Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Algısına Etkisi, Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Cilt:5, Sayı:2 ,s:187-195

Muslu Karayağız, G. ve Bolışık B. (2009) , Çocuk Ve Gençlerde İnternet Kullanımı *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt:8, Sayı:5

Nesrin İlhan, N. ve Yıldız, A. (2018). Adolesanlarda Davranış İmaj Modeline Dayanan Kısa Görüşmelerin Sağlık Davranışlarına Etkisi, *Güncel Pediatri Dergisi*

Öngören B. Ve Sarıefe H. Ve Yasemin Balcı, Y. (2017) Ergenlerde Riskli Davranışların Sosyal Açından İrdelenmesi *The Journal Of Academic Social Science Studies*. Sayı: 62 , S:333-347

Özcebe, H. (2002) Birinci Basamakta Adolesan Sorunlarına Yaklaşım Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt:11, Sayı:10, s:374

Özdemir H, Alper Z, Uncu , Bilgel N. (2010). Health literacy among adults:

Pınar Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S. Ve Şahin, B. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı, *TAF Prev Med Bull*. Cilt:13, Sayı:4. s:321-326

Sağlan, Y. Ve Bilge U. (2018). Adolesan Ve Okul Sağlığı. Aydoğan Ü, Editör. *Adolesan Sağlığı Ve Sorunları - II. Ankara: Türkiye Klinikleri*. s:11-6

Sağlık Okuryazarlığı/Sağlam Kanıtlar Issued İn English By The WHO Regional Office For Europe İn (2013) Under The Title Health Literacy. The Solid Facts.

Şenol, V., Ferhan Soyuer, F., Pekşen Akca, R. Ve Argun, M. (2012) Adolesanlarda Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, Sayı:14: S: 93-102)

Şimşek Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi Ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri, *TAF Prev Med Bull*. Cilt:12, Sayı:(3)S:343-358

Tambağ, H. (2011) . Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörleri, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s:47-58

Tokat, M.A. ve Okumuş, H. (2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir ,Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Cilt:3, s:51-8.

Uğurlu, Z. (2011). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Başkent üniversitesi

Uzun, R., Balcı, E., Günay, O., Özdil, K. Ve Gülhan Küçük Öztürk, G. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Yeme Tutumları, Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve İlişkili Etmenler Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018, Sayı:2, S:48-63

Üstüner Top, F. Ve Ocakçı A.F (2018). Ergenlerde Sağlığı Geliştirme Modeli Ve Bilgi İşlem Kuram Temelli Ağız Diş Sağlığı Davranışı Geliştirme. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt:10, Sayı:18, S: 23-37

Yalçıntürk, A. (2018). Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Egzersizin Desteklenmesi: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Hemşirelik Bilimi Dergisi. 1(1), s:33–37

Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016) , Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi, Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Erciyes Üniversitesi.

Yiğitbaş, Ç. Ve Yetkin, A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Sayı:2, S:7

Yüksel, H. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışlarına Etki Eden Sosyal Faktörler, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı :34

Özvarış Ş.B. (2013). Sağlığı Geliştirmede Tarihsel Süreç Ve Kavramsal Çerçeve. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. S:46-50. Akdeniz Üniversitesi

Kljun, M., Vicic, J., Kavsek, B., ve Kavcic, A. (2007). Evaluation comparisons and evaluations of learning management systems. In Proceedings of the 29th International Conference on Information Technology Interfaces (pp. 363-368). Zagreb: University of Zagreb.

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ AD.

Adölesanların E-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığı Geliştirme Bilgi Düzeyleri ile Sağlığı Geliştirme Bilgi Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Sevgili Öğrenci; bu anket sizlerin e-sağlık okuryazarlığı ile sağlığı geliştirme davranışları hakkındaki tutumunuzu belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Doğru sonuçlara ulaşmamız için; **bütün soruları** içtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

Merve Seyret
YDÜ Hem. Fak. Halk Sağ.
Hem. AD. Yük. Lisans Öğ.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız :
2. Cinsiyetiniz : Kız ☐ Erkek ☐
3. Kaçınıcı Sınıfsınız:
4. Annenizin mesleği nedir?
- Babanızın mesleği nedir?
5. Annenizin Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üstü
6. Babanızın Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ve üstü
7. Ailenizin aylık geliri için ne düşünüyorsunuz?
☐ Giderimizden Fazla
☐ Giderilerimizle Eşit Aynı
☐ Giderlerimizden Az
8. Boyunuz :cm
9. Kilonuz :kilogram
10. Okulda beden eğitimi derslerine düzenli olarak katılır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Kendi başınıza spor yapar mısınız : Evet ☐ Hayır ☐
12. Eğer, kendi başınıza spor yapıyorsanız (haftada kaç kere.....süresi.....) yazınız .
13. Herhangi bir spor kursuna gidiyor musunuz ? ☐ Evet ☐ Hayır
- Lütfen açıklayınız (hangi dalda.....haftada kaç kere..... süresi)
14. Uykuya dalma ya da sürdürmede problem yaşıyor mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır

Günde kaç saat uyursunuz :

15. Okuldayken hangi tür yiyecek-içecekleri okula getirerek yada okul kantininden alarak tüketirsiniz?

Yiyecek-İçecek	Günde kaç kere	Haftada kaç kere
Okul Yemeği		
Tost/Hamburger/Köfte Ekmek		
Bisküvi		
Çikolata		
Çerez		
Kola,Nescafe,Meyve Suyu		
Diğer (lütfen açıklayınız)		

16.En çok İnternet kullandığınız yer:☐ Evde ☐ Okulda ☐ Cep telefonunda ☐ İnternet Kafede

17.İnterneti kullanma süreniz :☐Günde 1 saat ☐ Günde 2-3saat ☐Günde 4saatten fazla

18.İnternette en çok ne amaçla vakit geçiriyorsunuz?

☐Oyun Oynama ☐Video izlemek ☐Müzik Dinleme ☐Ders Çalışma ☐ Diğer.....

19.Son bir haftada KENDİ sağlığınızla ilgili internetten araştırma yaptınız mı : Evet☐ Hayır☐

☐Zayıflama

☐Spor

☐Bulaşıcı hastalıklar

☐Makyaj/Hijyen

☐Diğer.....

20.Bulduklarınız hakkında düşünceniz nedir?

☐Bilgilendim ama uygulamadım

☐Bulduklarımı uyguladım problemim çözüldü

☐Hiçbir işe yaramadı, problemim devam etti

☐Uyguladım ve problemim daha da kötüleşti

☐Diğer

EK 2: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği

	Asla	Baz	Sık	Her
1. Ailemle sohbet etmek için zaman ayırırım.				
2. Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama).				
3. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aile sağlığı merkezine ya da hastaneye giderim.				
4. Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da dahafazla güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme gibi).				
5. Gecede altı-sekiz saat uyurum.				
6. Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım.				
7. Şekerden ve şeker oranı yüksek diğer yiyeceklerden uzak dururum.				
8. Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitaplar okurum.				
9. İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum.				
10. Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim (yoğurt, peynir, dondurma).				
11. Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırırım.				
12. Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım.				
13. Her gün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım (zeytin, peynir, yumurta, bal, ekmek vb.).				
14. Doktor veya hemşirenin sağlığımla ilgili önerilerini daha iyi anlayabilmek için sorular sorarım.				
15. Yaşamımı sürdürmeye olanak sağlayan yüksek bir gücüm olduğunu hissederim.				
16. Eğlenceli veya sportif aktivitelere katılırım.				
17. Yaşamımdaki değiştiremeyeceğim şeylere uyum sağlamaya çalışırım.				
18. Geleceği düşünmek beni hcanlandırır.				
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. Arkadaşlarımla aktif sporlar yaparım. (Futbol,basketbol,voleybol,tenis gibi...)				
31. İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim.				
32. Kendime ibadet ya da rahatlamak için zaman ayırırım.				
33. Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
34. Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım.				
35. Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim.				
36. İyi bir şey yaptığımda kendimi iyi hissedirim.				
37. Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım.				
38. Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm.				
39. Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim.				
40. Sorunlarımı bana yakın olan/güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım				

Ek 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Bilgi Düzeyi Soru Formu

BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU	Do	Yan	Bil
1. Güne istekli başlama ve verimli bir biçimde sürdürmede, sabah kahvaltısının miktarı ve içeriği önemli değildir.			
2.Uzun aralıklarla beslenme, vücutta yağ birikimini artırarak kalp hastalıkları ve şeker hastalığı oluşma riskini artırır.			
3. Büyümenin hızlı olduğu ergenlik döneminde beslenme ihtiyacında herhangi bir farklılık olmaz.			
4. Yeterli, dengeli ve sağlıklı bir beslenme için bir ya da iki besin türünden çok yeme yerine değişik tür besinlerden az miktarda tüketmek önemlidir.			
5. C vitamini kanın pıhtılaşmasında önemli rol oynar. Eksikliğinde çeşitli yaralar, burun kanamaları, diş eti kanamaları görülür.			
6. Metabolizmanın düzenli çalışması için, yiyeceklerin günde en az üç öğün tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önemli değildir.			
7. Fiziksel aktivite, sadece egzersiz ve spor değil, ev işleri gibi günlük aktiviteleri de içermektedir.			
8. Ergenlerin her gün 60 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapması gerekir.			
9. Fiziksel aktivite, kronik hastalıklardan ve özellikle kalp rahatsızlığından erken ölüm riskini azaltmaz.			
10.Fiziksel aktivite kan şekerinin kontrolünün sağlanmasında önemli rol oynamaktadır.			
11. Sağlık sorumluluğu, herkesin kendi sağlığının değerini bilmesi ve kendinden sorumlu olmasıdır.			
12. Bireyin sağlığı ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeylerinden biri değildir.			
13.Sağlık sorumluluğu, bireyin davranışlarının ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlayarak riskli davranışlardan (sigara-alkol kullanmak, şiddet vb.) uzak durmasını sağlar.			
14.Etkin dinleme, kişinin anlattıklarını yalnızca duymak değil aynı zamanda doğru olarak anlamasına olanak sağlayan, en sağlıklı iletişim yöntemidir.			
15.Etkili kişilerarası ilişkiler kurabilmek için sen-dilini kullanmak önemlidir.			
16.Empati, bireyin kendini diğer bireyin yerine koyarak onu anlaması ve bunu ona hissettirmesidir			
17. Kişilerarası ilişki, iki ya da daha fazla kişi arasında gerçekleşen, tanışık olmaktan samimiyete kadar farklı yakınlık düzeylerinde yaşanan ilişkiler olarak tanımlanmaktadır.			
18. Kızgınlık, sevgisizlik, düşmanlık vb. duygular vücudun bağışıklık sisteminin zayıflamasına neden olmaz.			
19. Pozitif düşünce, olayların olumsuz yönlerini görmektense olumlu yönlerini			

görebilmeyi hedefleyen bir düşünce tarzıdır.			
20. Stres her zaman kötü değildir.			
21. Gevşeme teknikleri, fiziksel aktivite, doğru beslenme, olumlu düşünme, zamanı iyi kullanma, etkili iletişim becerileri stresle başa çıkmada etkisiz olan yöntemlerdendir.			
22. Stres, bir baskıya, bir zorluğa, bir tehlikeye karşı verilen fiziksel, duygusal, zihinsel ve davranışsal tepkilerin tümüdür.			
23. Spiritüalizme (maneviyat), bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır.			
24. Sağlığın spiritüel boyutu; bir kişinin yaşamının anlamını, ölümün kabulünü ve bilinmeyen bir güçle bireysel bir ilişkisini vurgular.			
25. Spiritüel sıkıntı; güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sisteminde bozulmayı belirtir.			

EK 4: E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sağlığınız hakkında karar vermenize yardımcı olmada; internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz? Hiç yararlı değil b) Yararlı değil c) Kararsızım d) Yararlı e) Çok Yararlı
İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek, sizin için ne kadar önemlidir? Hiç önemli değil b) Önemli değil c) Kararsızım d) Önemli e) Çok önemli

	Kesinlikle katılmıyorum	katılmıyorum	kararsızım	katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.					
2. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.					
3. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.					
4. Sağlığım ile ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.					
5. İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
6. İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim.					
7. İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim.					
8. Sağlığım ile ilgili kararlarımda internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim					

EK 5: Etik Kurul Raporu

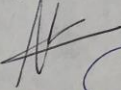
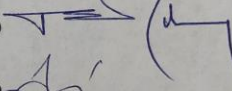
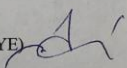
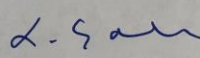
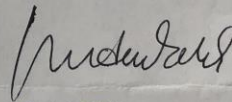
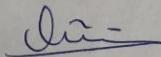
EK: 756-2018


YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20.12.2018
Toplantı No : 2018/64
Proje No : 682

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr Hatice Bebiş'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2018/64-682 proje numaralı ve **"Adölesanların E-Sağlık Okur Yazarlığı Ve Sağlığı Geliştirme Bilgi Düzeyleri İle Sağlığı Geliştirme Bilgi Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur	(BAŞKAN) KATILMADI
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder	(ÜYE) 
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE) 
4. Prof. Dr. Şahan Saygı	(ÜYE) 
5. Prof. Dr. Şanda Çalı	(ÜYE) 
6. Prof. Dr. Nedim Çakır	(ÜYE) 
7. Prof. Dr. Kaan Erler	(ÜYE) KATILMADI
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz	(ÜYE) 
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik	(ÜYE) KATILMADI
10. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE) 

EK 6: YDÜ Kurum İzni



THE NEAR EAST COLLEGE (YAKIN DOĞU KOLEJİ)

YAKIN DOĞU BULVARI, 99138 - LEFKOŞA / KKTC
E-mail : neareastcollege@neu.edu.tr
Web : nec.k12.tr

Tel : +90 (392) 223 64 64 (351 / 355)
Faks : +90 (392) 223 66 21

Tarih: 10.01.2019

İLGİLİ MAKAMA,

Yakın Doğu Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Merve Seyret'in "Adölesanların E-Sağlık Okur Yazarlığı ve Sağlığı Geliştirme Bilgi Düzeyleri ile Sağlığı Geliştirme Bilgi ve Tutumları Arasındaki ilişkinin Belirlenmesi" adlı anketinin kolejimizde uygulanması Mütevelli Heyeti Başkanı Doç.Dr. İrfan Suat Günsel tarafından uygun bulunmuştur.

Durumu bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



Ek 7: Ölçek İzni

📧 **AYSUN ARDIÇ**

10.12.2018

AA

➔ Re: Ölçek İzin

[Ayrıntılar](#)

Kime: merveseyret@gmail.com

Merhaba Merve,
ölçeği kullanabilirsin ek te sana
gönderiyorum.

Çalışmada kolaylıklar dilerim..

Merve Seyret <merveseyret@gmail.com>, 7
Ara 2018 Cum, 13:09 tarihinde şunu yazdı:

Hocam Merhabalar, Ben Merve Seyret ,
Yakın Doğu Üniversitesinde yüksek lisans
yapmaktayım. Tezimde adölesanlarla
çalışacağım Adölesan Yaşam Biçmi
Ölçeğinizi kullanabilir miyim ?

--

Yard. Doç. Dr. Aysun ARDIÇ

***İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı***

Aysun ARDIC, Assistant Professor, PhD

Istanbul University

EK 8: ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı:	Merve SEYRET
Doğum Tarihi Ve Yeri:	18.07.1994 - DALAMAN/MUĞLA
Halen Görevi: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi/ Hemşire	
Yazışma Adresi: Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Lefkoşa, KKTC	
e-mail: merveseyret@gmail.com	

2. EĞİTİM

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim Alanı
2012-2017	Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi	Hemşirelik
2017-2019	Yüksek Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Halk Sağlığı Hemşireliği