



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

EPİLEPSİ TANISI ALAN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şenay ARAS DOĞAN

2012

SİVAS

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EPİLEPSİ TANISI ALAN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ

ŞENAY ARAS DOĞAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANADİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ.DR. EMİNE ALTUN

SİVAS
2012

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN _____
Üye Doç. Dr. Meral KELLEÇİ _____
Üye Yrd. Doç. Dr. Ferda YILDIRIM _____

ONAY

Bu tez çalışması, ../../2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ali Altuğ BIÇAKÇI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarih ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

TEŐEKKÖR

Arařtırmanın yűrűtűlmesinde katkılarından dolayı tez danıřmanım Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN'a, deęerli hocalarım Doç. Dr. Meral Kelleci'ye ve Yrd. Doç. Dr. Ferda YILDIRIM'a, arařtırmama içtenlikle katkı veren ailelere ve çocuklara, hayatımın her dűneminde yanımda olan sevgili aileme, her zaman desteęini hissettięim sevgili eřim Ebubekir DOęAN'a teőekkűr ederim.

ÖZET

EPİLEPSİ TANISI ALAN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Şenay ARAS DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN

2012, 99 sayfa

Bu araştırma, epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Devlet Hastanesi Pediatri polikliniklerinde kayıtlı olan ve en az altı ay önce epilepsi tanısı konulan, Sivas il merkezinde oturan, 12-18 yaş grubu 601 epilepsili adölesan alınmıştır. Örneklem grubu ise M.E.B'na bağlı bir okulda eğitimine devam eden, mental retarde olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 adölesandan oluşmaktadır.

Araştırma kapsamındaki epilepsili adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan bilgi formu ve Hendricks, Pender ve Murdaugh (2006) tarafından geliştirilen Ardıç (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin sağlık sorumluluğu, beslenme, fizik aktivite, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık ve pozitif yaşam bakışı olmak üzere 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekten en az 44 en fazla 176 puan alınmaktadır. Puan arttıkça sağlıklı davranış düzeyi yükselmektedir. Verilerin istatistiksel analizinde t testi, ANOVA, Mann-Whitney U, kruskal-wallis, tukey, varyansların homojenliği, one-sample kolmogorov-smirnov testleri kullanılmıştır.

Çalışma kapsamındaki adölesanların %46.1'i kız, %53.9'u erkek olup yaş ortalamaları 14 ± 0 'dür. Adölesanların %65.7'si ilköğretim öğrencisi, %30.4'ü 3 kardeş, %79.5'i orta gelir düzeyinde %74.5'i çekirdek ailede yaşamaktadır. %75.5'inin epilepsi dışında başka bir hastalığı yoktur.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği genel puan ortalaması 118.25 ± 15.48 olup orta düzeydedir. Epilepsili adölesanlarda 12-15 yaş grubunda olanlarda, ilköğretim öğrencisi olanlarda, babası çalışanlarda, bütün

kontrollerine aksatmadan gidenlerde, hastalığı hakkında bilgi alanlarda genel puan ortalaması yüksek olup 1-3 kez hastaneye yatanlarda ve 1-4 hafta eğitimine ara verenlerde genel ölçek puan ortalaması düşüktür. Sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 15.78 ± 3.37 'dir. Çalışmamızda 12-15 yaş grubunda olanlarda, ilköğretim öğrencisi olanlarda, çekirdek ailede yaşayanlarda, annesi ortaokul mezunu olanlarda, bütün kontrollerine aksatmadan gidenlerde, 4 ve üzeri hastaneye yatanlarda sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması yüksek, kombine ilaç kullananlarda sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı düşüktür. Fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması 14.50 ± 3.77 ve 12-15 yaş grubunda olanlarda, ilköğretim öğrencisi olanlarda, sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirenlerde, bütün kontrollerine aksatmadan gidenlerde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması yüksek, 1-3 kez hastaneye yatanlarda, 4 kardeş ve üzeri olanlarda fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması düşüktür. Beslenme alt ölçek puan ortalaması 18.73 ± 3.82 ve 12-15 yaş grubunda olanlarda, zayıf olanlarda, ilköğretim öğrencisi olanlarda, annesi çalışmayanlarda, kontrollerine aksatmadan gidenlerde, hastalığı hakkında bilgi alanlarda, hastanede yatmayanlarda diğer gruplara göre yüksek, hastaneye 1-3 kez yatış yapanlarda düşüktür. Kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması 17.07 ± 2.95 ve babası ortaokul mezunu olanlarda, 4 ve üzeri hastane yatışı olan adölesanlarda yüksektir. Stres yönetimi alt ölçek puan ortalaması 17.55 ± 2.51 ve ilköğretim öğrencilerinde, çekirdek ailede yaşayanlarda, babası çalışanlarda, 1-3 yıl önce tanı alanlarda, eğitimine ara vermeyenlerde diğer gruplara göre yüksektir. Pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalaması 18.53 ± 3.01 ve 4 kardeş ve üzeri olanlarda, sağlığını orta olarak değerlendirenlerde, 7 yıl ve daha önce tanı alanlarda diğer gruplara göre düşük, kontrollerine aksatmadan gidenlerde yüksektir. Spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması 15.94 ± 3.00 ve çekirdek ailede yaşayanlarda, babası çalışanlarda, kontrollerine aksatmadan gidenlerde diğer gruplara göre yüksek, 1-3 kez yatanlarda ve 1-4 hafta süreyle yatanlarda düşüktür.

Anahtar Sözcükler: Epilepsi, Adölesan, Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları, Etkileyen Faktörler, Hemşirelik

ABSTRACT

DETERMINING OF ADÖLESCENTS' HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS WHO DIAGNOSED EPILEPSY AND THE FACTORS THAT EFFECT BEHAVIOURS

Şenay ARAS DOĞAN

Master of Science Thesis, Department of Pediatric Nursing

Supervisor: Phd Asst Emine ALTUN

2012, 99 pages

This study has been carried out as a descriptive to determining of adölescents' healthy lifestyle behaviors who diagnosed epilepsy and the factors that effect behaviors.

The study of the Sivas Cumhuriyet University Research and Application Hospital with Sivas State Hospital Pediatric outpatient clinics registered which have been taken at least before six months the diagnosis of epilepsy, sitting in the center of the province of Sivas, 12-18 age group 601 adolescents epilepsy. The sample group, who attend a school in the Ministry of Education, who agreed to participate in non-mental retardation and research consists of 102 adolescents.

With the aim of determining adölescents' (who are epilepsy) healthy lifestyle behaviours and effecting factors, the data form in the line with literature generated by researcher and Adölescent Lifestyle Questionnaire (ALQ) which was developed by Hendricks, Pender ve Murdaugh (2006) and adopted to Turkish by Ardiç (2008), were used. This scale has health responsibility, nutrition, physical activity, interpersonal relationships, stress management, spiritual health and positive life view, seven subscales. The scale could receive score least 44 maximum 176. The score increases with rising levels of healthy behavior. For statistical analysis of data, t test, ANOVA, Mann-Whitney U, kruskal-wallis, tukey, homogeneity of variance, one-sample kolmogorov-smirnov Test tests were used.

It is determined that %46.1 of the children were female, %53.9 are male. The mean age is 14, %65.7 of them are primary school students, %30.4 are three siblings, %79.5 are nuclear family, %79.5 are middle income level, %93.1 have health insurance, %75.5 have no illness except for epilepsy.

According to the findings, Adölescent Lifestyle Questionnaire general score of children is 118.25 ± 15.48 is the moderate level and in the 12-15 age group, it is high who are weak, are primary school student, whose father works, controls without

disturbing and informed about the disease, it is low who lying 1-3 times and lying for a period for 1-4 weeks. Health responsibility is high whose subscale means score is 15.78 ± 3.37 and in 12-15 aged group, it is high among those who are primary school student, live in nuclear family, whose mother graduated from secondary school, going to checks without disturbing, don't use drug, stay in hospital four times or above. Physical activity subscale average score 14.50 ± 3.77 is high at 12-15 age group who are primary school student, evaluate his / her health very good, go for checks without disturbing, have no illness except for epilepsy and it is low stay at hospital 1-3 times and have 4 siblings and above. Nutrition sub-scale average score 18.73 ± 3.82 is high at 12-15 age group who are weak, primary school students, whose mother doesn't work, go for checks without disturbing, informed about his / her illness, don't stay at hospital and it is low in the group who stay at the hospital 1-3 times. Interpersonal relationships subscale average score 17.07 ± 2.95 is high among children whose father graduated from secondary school and stay at hospital four times or above. Stress management subscale average score 17.55 ± 2.51 is high in the group who are primary school student, live in nuclear family, whose father works, who were diagnosed 1-3 years ago, who doesn't disturb his / her education. Positive view of life subscale average score 18.53 ± 3.01 is low in the group who have 4 siblings or above, evaluate his / her health as middle, diagnosed seven years ago or more, it is high in the group who checks without interruption. Spiritual health subscale average score 15.94 ± 3.00 is high in the group who live in nuclear family, whose father work, checks without interrupting, and it is low in the group who stay at the hospital 1-3 time for 1-4 weeks period of time.

Keywords: Epilepsy, Adolescent, Healthy Lifestyle Behaviours, Factors Affecting, Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZETiv
ABSTRACTvi
TABLolar DİZİNİx
KISALTMALAR DİZİNİxii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Epilepsi ve Adölesan	7
2.2. Epidemiyoloji.....	10
2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	11
2.3.1. Egzersiz.....	11
2.3.2. Beslenme.....	13
2.3.3. Sağlık Sorumluluğu	14
2.3.4. Pozitif Yaşam Bakışı	15
2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler	16
2.3.6. Stres Yönetimi	18
2.3.7. Spiritüel Sağlık	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği	23
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇLAR	67
7. ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	73
ÖZGEÇMİŞ	79

EKLER

EK-1 Demografik Bilgi Formu	80
EK-2 Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği	83
EK-3 İzin Belgeleri	85

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 Araştırma Kapsamına Alınan ve Alınamayan Adölesan Dağılımı	22
Tablo 2 Adölesanların ve Ailelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	26
Tablo 3 Adölesanların Epilepsi Hastalığına İlişkin Özellikleri	27
Tablo 4 Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	29
Tablo 5 Adölesanların Yaş Gruplarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	30
Tablo 6 Adölesanların Cinsiyetlerine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	31
Tablo 7 Adölesanların Eğitim Düzeyine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	32
Tablo 8 Adölesanların Kardeş Sayısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	33
Tablo 9 Adölesanların Aile Tipine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	35
Tablo 10 Ailenin Gelir Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	36
Tablo 11 Babanın Eğitim Düzeyine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	37
Tablo 12 Babanın Çalışma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	38
Tablo 13 Annenin Eğitim Düzeyine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	39
Tablo 14 Annenin Çalışma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	41
Tablo 15 Adölesanların Sağlık Güvencesinin Olup Olmamasına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	42
Tablo 16 Adölesanların Şu Anki Sağlık Durumu Algısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	43
Tablo 17 Adölesanların Tanı Zamanına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	45
Tablo 18 Adölesanların Kontrollere Gitme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	46
Tablo 19 Adölesanların Hastalıkları Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	47
Tablo 20 Adölesanların İlaç Kullanma Durumlarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	48
Tablo 21 Adölesanların Hastanede Yatma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	50
Tablo 22 Adölesanların Hastanede Yatma Sayısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	51
Tablo 23 Adölesanların Eğitime Ara Verme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	52
Tablo 24 Adölesanların Öğretmenlerinin, Epilepsi Hastası Olduğunu Bilme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	53
Tablo 25 Adölesanların Arkadaşlarının, Epilepsi Hastası Olduğunu Bilme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	54

Tablo 26 Adölesanların Başka Bir Hastalığa Sahip Olmalarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları	55
--	----

KISALTMALAR DİZİNİ

AYBÖ	Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
ALQ	Adölescent Lifestyle Questionnaire
ASAGM	Aile ve sosyal araştırmalar genel müdürlüğü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GAS	Genel Adaptasyon Sendromu
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
TCSB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Adölesan dönem çocuklukla erişkinlik arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir (Yörükoğlu, 2007).

Adölesan dönem bir değişim, gelişim dönemidir ve bu dönemde fiziksel, duygusal, sosyal bir çok değişim yaşanmaktadır. Bu kadar çok değişikliğin varlığında gencin stresle başedebilmesi, bu yönden becerilerini geliştirebilmesi için yaşamında değişmeden süren destek kaynaklarına gereksinimi vardır. Değişikliklerin sınırını bilememek endişesiyle yaşayan adölesan ilişkilerinde sürekli karşısındaki kişilerin sınırlarını deneyen ve zorlayan bir davranış içindedir (Çuhadaroğlu, 2006).

Kronik bir hastalık tanısının konulması bu stres etmenlerinin yanısıra sağlığın ve özgürlüklerin dönüşümsüz kaybı inancını ve ölüm korkusu gibi akut strese yol açabilecek düşünceleri de beraberinde getirir. Kronik bir hastalığın neden olduğu akut ve kronik stres etmenleri, adölesanın ve ailesinin uyumu ve gelişimini belirgin olarak etkilemektedir (Ercan ve Uysal, 2005).

Kronik hastalık tanısı konulması ve devam eden süreçte, yaşamsal bir tehdit içersin veya içermesin, bu durum özellikle daha büyük yaştaki çocuklar, adölesanlar ve aileleri için güç bir durumdur. Tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte, çocukluk döneminde ortaya çıkan pek çok kronik hastalık, öldürücü olmaktan çıkmış ve bu hastalıklardan etkilenen çocukların yaşam süreleri artmıştır. Bunun sonucu olarak, kronik hastalıkların çocuk ve ailesi üzerindeki psikososyal etkileri daha da önem kazanmıştır (Gökler, 2004; Donohue ve Tolle, 2009; Christian, 2010).

Hastalık, insanın strese ve uyarılara karşı koyma gücü olan adaptif kapasitesinin yetersizliği sonucunda oluşan yapısal ve fonksiyonel bozukluklardır. Sağlık ve hastalık kavramları eş anlamlı kavramlar olmadığı gibi tamamen zıt kavramlarda değildir ve birbirinden ayrılmaz kavramlardır. Hasta olma kişinin gereksinimleri ile bu gereksinimleri karşılamak için gerekli olan kaynakların yetersizliği arasındaki uyumsuzluktur. Hasta olma bireyi tüm yönleriyle etkilediği gibi bireyin kişisel kapasitesinin, sosyal yaşamının ve geleceğinin de sınırlarını belirler. Hastalık fark edilebilir sağlıktan sapma durumlarını belirten biyomedikal bir terimdir oysa hasta olma bireyde hastalık durumunun varlığıdır. Sağlık, hastalık ve hasta olma durağan değildir, sağlık dengelerini bozma eğiliminde olan biyolojik, sosyal, psikolojik, zihinsel, güçlerin

insan tarafından pozitif dengesinin sürdürülmesi mücadelesini içeren bir süreçtir (Edelman ve Mandle, 2002).

Epilepsi yaşlı veya genç toplumun %2'sini ekileyen, sık görülen kronik bir hastalıktır (Howard vd, 2004). Dünya sağlık organizasyonunun verilerine göre; beynin en sık görülen primer hastalığıdır. Dünya üzerinde 50 milyondan fazla insanı etkilemektedir (WHO, 2005; Brust, 2008). Ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar birçok şekilde oluşabilir (Fazlıoğlu vd. 2010).

Epilepsi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir, pikososyal ve ekonomik etkileri oldukça fazladır (WHO, 2005). Kutlu ve ark (2010)'nın Ankara ilinde yaptığı çalışmaya göre epilepsi hastalığının yıllık maliyet ortalaması kişi başı 799 Euro'dur.

Serdaroğlu ve arkadaşları (2004) 0-16 yaş arası Türk çocuklarındaki epilepsi yaygınlığını %0,8 olarak bildirmişlerdir. Aydın (2000) İzmir il merkezinde 7-18 yaş grubunda yaptığı çalışmada yığılımlı (ham) epilepsi prevalansı kızlarda 11.3/1000 ve erkeklerde 11.1/1000 ve her iki grup toplamı için 11.2/1000, aktif epilepsi prevalansı kızlarda 4.5/1000 ve erkeklerde 7.0/1000 olarak ve her iki grup toplamı için 5.6/1000 ve her yaşa göre düzeltilmiş epilepsi prevalansı kızlarda 10.0/1000 ve erkeklerde 15.2/1000 olarak ve her iki grup toplamı için 12.6/1000 olarak bulunmuştur. Çelikkaş ve arkadaşları (2010)'nın Eskişehir ilinde yaptığı çalışmaya göre 15-19 yaş grubu için kumulatif insidans hızını %1,7 olarak bulmuştur. Onal ve arkadaşlarının (2002)'nin İstanbulda yaptığı çalışmaya göre yaşam boyu epilepsi prevalansı % 0,8 olarak bulunmuştur. Aygün (2010)'ün Erzurum il merkezinde 7-18 yaş grubunda yaptığı çalışmada epilepsi prevalansı kızlarda 3/1000 ve erkeklerde 5/1000'dir.

Kronik hastalıklar çocuk ve adölesanlarda; korku, anksiyete, depresyon, kızgınlık, içe kapanma, yanlış yorumlama, anti-sosyal davranış ve konversiyon reaksiyonu gibi psikolojik etkilere ve sonuçta geçici/kalıcı biçimde uyum dengelerinin bozulmasına neden olabilmektedir. Anne babaların kısıtlayıcı davranışları bu dengeyi daha da bozabilmektedir (Bodur vd, 2010). Türkiye'de yapılan çalışmalarda Tamar ve ark (1997)'i epilepsili çocuklarda çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne-babanın eğitimi ve mesleği, yerleşim yeri gibi etkenlerin çocuğun genel durumunu etkilediğini ve epileptik çocukların sağlıklı çocuklara göre tüm alanlarda davranış yönünden daha fazla sorun yaşadığını belirtmiştir. Alçı ve Özgür (1997) çalışmasında epilepsili çocukların

hastaneye yatma ve okula gitmeme oranlarının yüksek, arkadaşlık ilişkilerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Annelerin epilepsili çocuklarının okula başlama döneminde endişe yaşadıkları ve bu nedenle çocuklarını okula göndermeyi erteledikleri, öğretmenlerin üçte birinin çocuğun epilepsi hastası olduğunu bilmediklerini belirtmiştir.

Akman (2006) yaptığı çalışmada epilepsili çocuğu olan annelerin duygusal tükenmişlik düzeyinin sağlıklı çocuğu olan annelerden yüksek olduğu belirtmiştir.

Bilgiç ve ark (2006) epilepsili çocuklarda psikiyatrik bozukluk belirtilerinin daha sık görüldüğünü belirtmiştir.

Akçalı ve ark (2009) yaptığı çalışmada epilepsi hastalarının depresyon, anksiyete düzeylerinin yüksek, yaşam kalitelerinin oldukça etkilenmiş olduğu belirtmiştir. Fazlıoğlu ve ark (2010) yaptığı çalışmada epilepsi tanılı çocuğa sahip olmak, ebeveynlerin aile işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği ve kaygı düzeylerini belirgin olarak arttırdığı belirtilmiştir.

Cinsiyet ve genetik faktörlerin yanı sıra kullanılan ilaçların yan etkileri, tekrarlayan nöbetler ve sık hastaneye yatışlar hastaların eğitimini, sosyal ilişkiler kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilir. Bu durum zayıf arkadaşlık ilişkilerini beraberinde getirir. Hastaneye sık ve tekrarlı yatışlar ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır. Diğer taraftan toplumun ön yargılı tutumları, olumsuz yaklaşım ve davranışları epilepsili adölesanları son derece olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında epilepsisi olan adölesanlar bedensel ve ruhsal sağlıklarının bozuk olduğunu, yaşama bağlılıklarının azaldığını ve toplumsal görevlerini yerine getiremediklerini düşünürler. Aile ise daha koruyucu bir tavır sergilemekte ve epilepsili çocuklarına 'ayrıcılık' davranabilmektedir (Alçı ve Özgür, 1997; Oto vd, 2004).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda Lewis ve Parsons (2008) epilepsili çocukların hastalık, ilaç kullanımı, yorgunluk gibi epilepsiye özgü konular hakkında bilgi almak istediği, akranları tarafından kabul görmek ve öğretmenleri tarafından hastalıklarının anlaşılmasını istedikleri belirlenmiştir. Aguilar ve ark (2004) ise yaptıkları çalışmada sosyoekonomik statünün, ilaç yan etkilerinin epilepsili çocuklarda yaşam kalitesini etkilediğini belirtmiştir.

Cheung ve Wirrell (2006)'in çalışmasına göre epilepsi down sendromu dışındaki diğer tüm hastalıklardan (astım, diyabet, artirit, migren, HIV enfeksiyonu, lösemi) daha olumsuz fiziksel etkilere sahip olduğunu belirtmiştir. Çünkü epilepsi nöbetleri nedeni ile çocuk yaralanabilir, mental yetersizliğe ve ölüme neden olabilir. Ayrıca başkasını

yaralayabilir ve nöbet esnasında gören kişiler için oldukça kötü bir durum olarak algılanır.

Epilepsi hastası olmak yaşamın tüm alanlarını etkilemektedir. Bağımsız bir yetişkin olma çabası veren adolesan hastalık nedeni ile duygusal, fiziksel ve ekonomik açıdan ailesine bağımlı kalmaktadır. Bu dönemde adolesanın sağlık sorumluluğunu alması ve sağlığını geliştirici davranışlar belirleyebilmesi bağımlılığını azaltarak sağlıklı büyüme gelişmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık sorumluluğunu alan adolesan sağlığını geliştirmek için yaşamını organize eder, kronik hastalık sürecini başarılı şekilde yönetebilir, sağlık kontrollerini düzenli yaptırır ve acil durumlar için hazırlıklıdır (Edelman ve Mandle, 2002).

Ottawa sözleşmesi (1986), Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi (1991), Jakarta Bildirgesi (1997), Meksika Bakanlık Bildirgesi (2000), Bangkok Şartı (2005) gibi dünya çapında düzenlenen toplantılarda sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik kararlar alınmıştır. Böylece dünya genelinde ve ülkemizde sağlığı koruma geliştirme politikaları belirlenmeye, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almaları teşvik edilmeye ve bireylerin sağlık sorumluluğunu alması kolaylaştırılmaya çalışılmaktadır (TCSB, 2011).

Sağlık sorumluluğu almak adolesanın ve toplumun yaşam kalitesini artırır, psikososyal ve fiziksel değişikliklere uyumu kolaylaştırır, iyi bir beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişme sağlar (Edelman ve Mandle, 2002).

Sağlığı geliştirme stratejileri sağlık harcamalarını azaltan ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almalarını destekleyen bir stratejidir. Bireylerin sağlık sorumluluğu almaları sağlık eğitimi ile sağlanabilir (Kaya, 2010). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede ve bu davranışların benimsetilmesinde sorumlulukları büyüktür. Bu konuda hemşirelerin farkındalık geliştirmeleri de son derece önemli bir konudur (Rew vd, 2010).

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

Türkiye’de adolesan dönemde olan sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istenilen düzeyde olmadığı (Geçkil ve Yıldız 2006; İlhan, 2009; Kefeli, 2010; Yıldız, 2010) ve yaş grubu olarak yakın olan üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istenilen düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Yıldırım, 2005; Ünal vd, 2007; Alpar vd, 2008;

Tuğut ve Bekar, 2008; Ünalın, 2009; Cihangiroğlu, 2010). Fakat epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa epilepsili adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi sağlığın geliştirilmesini kolaylaştırarak sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlayacaktır. Bu çalışma ile epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri belirlenmiştir. Hemşirenin sağlığı koruma ve geliştirme konusundaki sorumluluğu düşünöldüğünde bu çalışma epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri ortaya koyarak hemşirelik literatürüne katkı verecektir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi ve Adölesan

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tarafından;

- 10-19 yaş grubu “Ergen (Adölesan)” yaş grubu,
- 15-24 yaş grubu ise “Genç” yaş grubu olarak tanımlanmaktadır.
- Adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu “Genç İnsanlar” olarak değerlendirilmektedir (TCSB, 2008).

UNICEF dünya çocuklarının durumu-2011 raporunda dünya nüfusunun yüzde 18'ini (1,2 milyar) 10-19 yaş arası adölesanların oluşturduğunu bildirmektedir. Adölesanların yüzde 88'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta, kabaca her 6 adölesandan 1'i az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (Unicef-b, 2011).

WHO (2010) verilerine göre Türkiye nüfusunun % 27'sini 15 yaş altı bireyler oluşturmaktadır. Aile ve sosyal çalışmalar genel müdürlüğü (2010) verilerine göre Ülkemizin nüfusu 71.517.100 kişi, 24 ve daha küçük yaşta olan bireylerin sayısı 34.530.540'dır.

"Adölescence" büyüme", "yetişkinliğe erişmek" anlamına gelir. Bu sözcük yapısı gereği bir durumu değil bir süreci belirtmektedir. Aynı zamanda başkalaşım (metamorphose) ve dönüşümü (mutation) de içerir. Bu değişim ve başkalaşım bedensel, ruhsal ve toplumsal boyutlardadır. Adölesan dönem çocuklukla erişkinlik arasında yer alan gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir. Bu dönem sonunda adölesan bedensel, cinsel ve ruhsal olgunluk kazanarak dönemi tamamlar. Genellikle çeşitli ve çok boyutlu gelişimsel sorunların yaşandığı ve çözümlendiği bir dönemdir (Haran, 2004; Yörükoğlu, 2007; Yavuzer, 2012).

Adölesan dönem iki karşıt durumla karakterizedir. Bunlardan ilki genç yetişkinlik dönemine sağlıklı bir geçişi sağlayan ve eğlence dolu heyecanlı bir büyüme, deneyim kazanma dönemi, ikincisi ise büyüme için gerekli öncüler olan iç çatışmalar ve ailesel gerginliklerdir. Bunlar adölesanın kendisine ve çevresine yabancılaşması, aile içi dinamiklerde sarsılma şeklinde kendini gösterir. Bu iki süreç birbirinden önce veya sonra ya da birbirine geçmiş bir süreç olarak yaşanabilir (Essau, 2008).

Kronik hastalık günlük yaşamın bütün süreçlerini aksatan bir durumdur. Çocukluk ve adölesan dönemde, bireyler pek çok fizyolojik ve psikolojik değişimlerle karşı karşıyadır. Bu durumlara kronik hastalığın eklenmesi onların sosyal ve psikolojik gelişimlerini engelleyebilmekte ya da çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Gültekin ve Baran, 2005; Donohue ve Tolle, 2009).

Kronik hastalık terimi, genellikle bir zamana yayılmış, en az 3 ay, sıklıkla da yaşam boyu süren ve tam olarak tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tanımlamak için kullanılmaktadır (Gökler, 2004). Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum' olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı hastalıkları eğer son bir yıl veya daha fazla bir süredir çocuğun normal aktivitelerini etkiliyor, hastane ve evde çok zaman geçirmesini gerektiriyorsa, sağaltım ve tıbbi gideri fazlaysa çocukluk dönemi kronik sağlık sorunu olarak da tanımlanır. Çocukluk kronik hastalıkları hastanın yaşamına ve tüm aile üzerinde önemli etkiye sahiptir. Genel nüfustaki çocukların ortalama %10-20'si kronik hastalıklara sahiptir. Çocukluk döneminin en yaygın kronik hastalıkları astım, epilepsi, diyabet ve artritlerdir (Erdoğan ve Karaman, 2008; Fazlıoğlu vd, 2010).

Çocuğa bir kronik hastalık tanısı konulması ve devam eden süreçte, yaşamsal bir tehdit içersin veya içermesin, bu durum özellikle daha büyük yaştaki çocuklar, adölesanlar ve aileleri için güç bir durumdur. Tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte, çocukluk döneminde ortaya çıkan pek çok kronik hastalık, öldürücü olmaktan çıkmış ve bu hastalıklardan etkilenen çocukların yaşam süreleri artmıştır. Bunun sonucu olarak, kronik hastalıkların çocuk ve ailesi üzerindeki psikososyal etkileri daha da önem kazanmıştır (Gökler, 2004; Donohue ve Tolle, 2009; Christian, 2010).

Kronik hastalıklar çocuk ve adölesanlarda; korku, anksiyete, depresyon, kızgınlık, içe kapanma, yanlış yorumlama, anti-sosyal davranış ve konversiyon reaksiyonu gibi psikolojik etkilere ve sonuçta geçici/kalıcı biçimde uyum dengelerinin bozulmasına neden olabilmektedir. Anne babaların kısıtlayıcı davranışları bu dengeyi daha da bozabilmektedir (Bodur vd, 2010).

Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 verilerine göre ülkemizde 10-19 yaşlar arasında kronik hastalığı olan çocukların oranı %2,7'dir (TÜİK, 2004).

Birleşik devletlerde en az bir hastalığa sahip adölesanların oranı %10-20 arasında değişir (Donohue ve Tolle, 2009).

Epilepsi ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar birçok şekilde oluşabilir (Fazlıoğlu vd. 2010). Adölesanların epilepsiye bakış açıları son derece olumsuzdur. Cheung ve Wirrell (2006)'in çalışmasına göre epilepsi down sendromu dışındaki diğer tüm hastalıklardan (astım, diyabet, artirit, migren, HIV enfeksiyonu, lösemi) daha olumsuz fiziksel etkilere sahiptir, çünkü epilepsi nöbetleri nedeni ile çocuk yaralanabilir, mental yetersizliğe, ölüme neden olabilir. Ayrıca başkasını yaralayabilir ve nöbet esnasında gören kişiler için oldukça kötü bir durum olarak algılanır.

Sinir sisteminin hastalıkları içinde epilepsi, çeşitli özellikleri sebebiyle toplumun eskiden beri dikkatini çekmiştir. Belirtiler doğaüstü etkilere bağlanmış, bazen kutsal bir hastalık bazen de şeytani ve kaçınılması gereken bir durum gözüyle bakılmıştır. Bu sebeple hastalığın tedavisinde sihir, büyü, okutma, kurşun dökme gibi yöntemler uygulanmış ve hasta toplum dışına itilmiş, hastalık adeta tıp dışı kalmıştır. Bu anlayış biçimi ilkel topluluklarda ve gelişmekte olan ülkelerin bazı bölgelerinde geçerliliğini sürdürmektedir. Öte yandan, bu hastalığın sinir sistemi gibi karmaşık ve araştırılması güç bir sistemin hastalığı oluşu, konunun medikal yönden incelenmesinde çağımıza kadar ulaşan güçlüklerin en başta geleni olmaktadır (Naz Yeni ve Karaağaç, 2005).

Epilepsi; beyindeki sinir hücrelerinin artmış uyarılabilirliğinden (nöronal hipereksitabilite) kaynaklanan bir klinik durumdur. (Öge, 2004)

Epilepsi nöbeti beyinde bir grup nöronun anormal deşarjına bağlı olarak, şuur değişikliği ile birlikte olan ya da olmayan, gelip geçici motor, sensoriyel, sensitif, otonom, kognitif veya affektif işlev bozukluğudur (Oğul, 2002; Apaydın, 2009).

Epilepsi herhangi bir provakatif faktörün eşlik etmediği iki ya da daha fazla sayıda tekrarlayan nöbetlerle karakterizedir. Nöbet teriminin anlamı epilepsiden dikkatli bir şekilde ayırt edilmelidir. Epilepsi altta yatan bir sürece bağlı olarak kişinin tekrarlayan nöbetler geçirdiği bir durumu tarif eder. Bu tanımlama tek bir nöbeti olan ya da düzeltilebilir veya kaçınılabılır durumlara bağlı tekrarlayan nöbetleri olan kişilerde epilepsi olması gerekmediği anlamına gelmemelidir. Epilepsi tek bir hastalık antitesine değil klinik bir fenomene karşılık gelmektedir. Bu sebeple epilepsinin birçok formu ve sebebi vardır (Oğul, 2002; Apaydın, 2009).

2.2. Epidemiyoloji

Dünya sağlık organizasyonunun verilerine göre; epilepsi beynin en sık görülen primer hastalığıdır. Dünya üzerinde 50 milyondan fazla insanı etkilemektedir (WHO, 2005; Brust, 2008). Çocukluk ve adölesan dönemde de en sık görülen nörolojik hastalık olarak belirmektedir (Öge, 2004; Özaydın Aksun, 2011). Multidisipliner bir yaklaşım gerektirir, pikososyal ve ekonomik etkileri oldukça fazladır (WHO, 2005). Türkiye’de yıllık maliyet ortalaması kişi başı 799 Euro’dur (Kutlu vd, 2010). İtalya’da kişi başı yıllık maliyet 1,767 Euro’ dur (Guerrini vd, 2001). Almanyada 15 yaş altı epilepsili çocukların tanı ve tedavisi için yapılan yıllık harcama yaklaşık 155 milyon Euro’dur ve bu maliyetin büyük bir kısmı yatarak tedavi alımına aittir (Wehmeier vd, 2009).

Yıllık epilepsi gelişen 3,5 milyon kişinin %40’ı 15 yaşından küçük ve %80’ninden fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Popülasyon temelli çalışmalar çocukluk çağı başlangıçlı epilepsinin yıllık insidans oranının gelişmekte olan ülkelerde 100.000’de 61–124, gelişmiş ülkelerde 100.000’de 41–50 olduğunu göstermektedir (WHO, 2005; Samsa, 2008).

Serdaroğlu ve arkadaşları (2004) 0-16 yaş arası Türk çocuklarındaki epilepsi yaygınlığını %0,8 olarak bildirmişlerdir. Aydın (2000) İzmir il merkezinde 7-18 yaş grubunda yaptığı çalışmada yığılımlı (ham) epilepsi prevalansı kızlarda 11.3/1000 ve erkeklerde 11.1/1000 ve her iki grup toplamı için 11.2/1000, aktif epilepsi prevalansı kızlarda 4.5/1000 ve erkeklerde 7.0/1000 olarak ve her iki grup toplamı için 5.6/1000 ve her yaşa göre düzeltilmiş epilepsi prevalansı kızlarda 10.0/1000 ve erkeklerde 15.2/1000 olarak ve her iki grup toplamı için 12.6/1000 olarak bulunmuştur. Çeliksaş ve arkadaşları (2010)’nın Eskişehir ilinde yaptığı çalışmaya göre 15-19 yaş grubu için kumulatif insidans hızını %1,7 olarak bulmuştur. Onal ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaya göre yaşam boyu epilepsi prevalansı % 0,8 olarak bulunmuştur.

Aygün (2010)’ün 7-18 yaş grubunda yaptığı çalışmada epilepsi prevalansı kızlarda 3/1000 ve erkeklerde 5/1000’dir. Yaşa özel düzeltilmiş prevalans hızları erkek, kız ve toplam nüfus için sırasıyla 4,5/1000; 2,6/1000; 3,6/1000 olarak bulunmuştur. Aktif epilepsi prevalansı ise erkek, kızlar ve her ikisinin toplamı için sırasıyla 4/1000, 2/1000, 3/1000 olarak tespit edilmiştir.

2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Dünya sağlık örgütü sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Öz, 2004; Bury, 2005). Hastalık, insanın strese ve uyarılara karşı koyma gücü olan adaptif kapasitesinin yetersizliği sonucunda oluşan yapısal ve fonksiyonel bozukluklardır. Sağlık ve hastalık kavramları eş anlamlı kavramlar olmadığı gibi tamamen zıt kavramlarda değildir ve birbirinden ayrılmaz kavramlardır. Hasta olma kişinin gereksinimleri ile bu gereksinimleri karşılamak için gerekli olan kaynakların yetersizliği arasındaki uyumsuzluktur. Hasta olma bireyi tüm yönleriyle etkilediği gibi bireyin kişisel kapasitesinin, sosyal yaşamının ve geleceğinin de sınırlarını belirler. Hastalık fark edilebilir sağlıktan sapma durumlarını belirten biyomedikal bir terimdir oysa hasta olma bireyde hastalık durumunun varlığıdır. Sağlık, hastalık ve hasta olma durağan değildir, sağlık dengelerini bozma eğiliminde olan biyolojik, sosyal, psikolojik, zihinsel, güçlerin insan tarafından pozitif dengesinin sürdürülmesi mücadelesini içeren bir süreçtir (Edelman ve Mandle 2002).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Ocakçı, 2007). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir.

2.3.1. Egzersiz

Günümüzde sağlıklı yaşam için fiziksel aktivitenin gerekliliği dünya üzerindeki tüm tıp otoriteleri tarafından kabul edilmiştir. Sedanter yaşam tarzına sahip kişilerin ciddi sağlık sorunları yaşama olasılığı 2 kat artmaktadır. Fiziksel aktivite ve duygusal iyilik hali, beden imajı, benlik saygısı arasında pozitif bir ilişki olduğu da günümüzde kanıtlanmıştır (Biddle vd, 2002; Canan ve Ataoğlu, 2010; Bouchard, 2012).

Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, “spor” kelimesi ile eş anlamlı olarak algılanmaktadır. Oysa fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanısıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir.

Fiziksel aktivite, enerji dengesi ve ağırlığın kontrolü için enerji harcamasıdır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite egzersiz olarak tanımlanabilir. Egzersiz, düzenli ve tekrarlı vücut hareketlerini içerir. Esnekliği, kassal kuvveti ve dayanıklılığı, kardiorespiratuar dayanıklılığı arttırmaya yönelik egzersizler adölesan dönemde sıklıkla kullanılmalıdır (Baltacı, 2008).

Egzersizin 20 dk'dan az olması vücut için beklenen etkiyi göstermez ancak yaklaşık 30 dk yapılan egzersizin psikolojik ve fizyolojik açıdan daha olumlu etki gösterdiği bilinmektedir. Egzersiz düzenli ve sürekli yapılmalıdır (Seraganian, 1993).

Düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede ve tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir.

Adölesan dönem, kişinin anatomik ve fizyolojik değişim ve gelişimlerinin maksimum düzeyde olduğu ve bazen bu değişikliklere adaptasyonda bir takım problemler yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemdeki kişiler gelişim süresince kasların kuvvet ve esnekliğindeki dengesizliğe bağlı olarak aşırı kullanım sonucu oluşan yaralanmalara daha kolay maruz kalabilirler. Yine bu dönemde kemiklerde bulunan büyüme plaklarının henüz kapanmamış olmasına bağlı büyümenin devam etmesi nedeniyle verilen egzersiz programında dikkatli olunmalıdır. Aşırı yüklenmenin bu dönemde büyümeyi olumsuz etkilediği görüşü kabul edilmektedir. Bu nedenlerle bireyin fiziksel kapasitesi bilinmeli ve gereksiz zorlamalardan kaçınılmalıdır. Bu dönemdeki bireylere daha çok vücut ağırlığı kullanılarak yapılan egzersizler tavsiye edilir. Yürüme, koşma, yüzme, basketbol, voleybol adölesan dönemde yapılacak sporlara örnek olarak verilebilir (Baltacı, 2008).

Genel olarak fiziksel aktivitenin vücuda yararları şöyle sıralanmaktadır;

- Kandaki ve beyindeki oksijen miktarını arttırarak uyanıklığı, konsantrasyonu ve zekâyı arttırır.
- Morfine benzer doğal bir madde olan endorfinin salınımını uyarır ve kişinin kendini iyi hissetmesini sağlar.
- Kan Ph seviyesini düşürerek kişinin enerji seviyesini yükseltir.
- Sindirimi düzenler, besinlerin vücut için daha etkili kullanılmasını sağlar.
- Zararlı maddelerin vücuttan atılımını kolaylaştırır.
- Kolesterol seviyesini düşürür.
- Kan basıncını ve kan şekeri düzeyini dengeler.

- Kilo kaybı sağlar ve bazı durumlarda iştahı baskılar
- Uykuyu düzenler.
- Alkol ve madde bağımlılığını azaltır.
- Anksiyeteyi kontrol altına almada etkilidir (Bourne, 2010).

Türkiyede devamlı egzersiz yapan kız adölesanların oranı %9, erkek adölesanlarda ise %30' dur, hiç egzersiz yapmayanların oranı ise kızlarda %23,9, erkelerde %8,4 dür (ASAGM, 2010).

Sedanter yaşama ve yanlış beslenme alışkanlığına bağlı olarak adölesanların yaklaşık %14'ü fazla kiloludur (Gentry, 2002).

2.3.2. Beslenme

Beslenme, büyüme ve gelişmenin sürdürülmesi, sağlığın korunması için gereklidir. Ancak beslenme çocukluk ve adölesan dönemde yeterli ve dengeli olmazsa, ileri dönemlerde önemli kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayabilir. Genelde beslenme şekli ve içeriği yaşam şekli ve koşulları ile koşutluk gösterir (Erkan, 2008).

Erken dönem çocuklukta ihmal edilebilir düzeyde olan kız-erkek beslenme farklılıkları adölesan dönemde belirginleşir. Bu farklılıklar, Batı ve Orta Afrika ile Güney Asya'da özellikle çarpıcı boyutlardadır. Beslenme alanındaki sorunların uzantıları adölesan kızlar açısından özellikle ciddi olabilir. Aşırı kiloluluk ve obezlik de gerek sanayileşmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde çok sayıda adölesanın sağlığını tehdit etmektedir (Unicef-a, 2011).

Besinlerin temel işlevi organizmanın metabolik gereksinimleri için gerekli maddeleri sağlamaktır. Besinler metabolik aktivite için gerekli makro ve mikro besleyicilerden başka sağlık üzerinde olumlu etkileri olan bileşenlerde içermektedir. Son yıllardaki bilimsel çalışmalar diyet ve hastalıklar arasındaki ilişkiyi açık bir şekilde ortaya koymuş olup, epidemiyolojik çalışmalar diyetin kronik hastalıkların önlenmesindeki rolüne işaret etmektedir. Beslenme alışkanlıklarının daha fazla meyve, sebze ve tahıl tüketecek şekilde değiştirilmesi kronik hastalıkların önlenmesinde etkin ve pratik bir yaklaşımdır. Böylesi bir yaklaşımla Amerika'daki kanserli vaka sayısının üçte bir oranında azaltılabileceği vurgulanmaktadır (Coşkun, 2005; Shils vd, 2006).

Sağlıklı bir diyet tüm besin gruplarını (hububat, sebze, meyve, yağ, süt, et, kuru baklagiller), enerji kaynaklarını (karbonhidrat ve yağ) ve diğer besinleri (vitamin, mineral) dengeli bir şekilde içermelidir. Günlük aktivite ve egzersiz için harcanan enerji

miktarı ile alınan enerji (kalori) miktarı birbirine eşitse dengeli bir diyetten söz etmek mümkündür. Kısaca farklı besin gruplarının yeteri kadar alımı dengeli beslenmenin en önemli kuralıdır (Shils vd, 2006; Insel vd, 2011).

İyi bir beslenme normal büyüme ve gelişmenin sağlanması, organların fonksiyonunu devam ettirmesi, günlük bakımları karşılayabilme, optimum aktivite düzeyini sağlama, verimli bir çalışma ve özellikle enfeksiyon hastalıkları olmak üzere hastalıklara karşı direnci artırmak için esastır (Kirschmann, 2007).

Adölesan dönemin başlaması ile özellikle pubertal dönemde büyümedeki sıçrama ile vücudun besin gereksinimide artar. Besin gereksinimi yeterli düzeyde karşılanamadığında çeşitli vitamin, mineral eksiklikleri görülür. Örneğin özellikle kız çocukları bu dönemde demir eksikliğine eğilimlidir ve dünya genelinde demir eksikliği kız adölesanlar arasında oldukça yaygındır. Yetişkin iskelet yapısının %45 adölesan dönemde oluşur ve bu dönemde kalsiyum alımına da dikkat edilmelidir (Whitney vd, 2010).

Bu dönemde enerji dengesinin sağlanamadığı durumlarda obezite görülebilmektedir. Ayrıca beden imajına son derece önem veren adölesan anoreksiya gibi sağlığı tehdit edici sorunlara da eğilimlidir. Adölesan bu dönemde vejeteryan beslenme stilini benimseyerek bireyselliğini ortaya koymak isteyebilir ancak bu durumda bir takım besin öğelerinin eksikliği görülür. Akran baskısı ve sosyal çevreye kabul görme isteği fastfood alımında artışa dolayısı ile sağlıksız bir beslenme alışkanlığına alt yapı oluşturur (Farrell ve Nicoteri, 2007; Sizer vd, 2012).

Nielsen ve ark'nın (2002)'de genç yetişkinler ve adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada adölesanların evde alınan yiyeceklerden elde ettiği enerjinin dışardan alınan (fastfood ve restoranttan gibi) yiyeceklerden elde edilen enerjiden daha fazla olduğu bulunmuştur. Adölesanlar kalorisinin büyük bir kısmını atıştırmalıklardan (kuruyemiş vb) alırken, tuzlu çerez hamburger, pizza alımında önemli bir artış, meyve sebze tüketiminde ve tam et-süt ürünlerinin alımında azalma olduğunu göstermiştir.

2.3.3. Sağlık Sorumluluğu

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir. Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır (Araz vd, 2007).

Sağlığı geliştirme stratejileri sağlık harcamalarını azaltan ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almalarını destekleyen bir stratejidir. Bireylerin sağlık sorumluluğu almaları sağlık eğitimi ile sağlanabilir. Sağlık eğitim sorumluluğu sağlık sistemi içerisinde hemşirenin sorumluluğunda yer alır. Bireyler kendi sağlık düzeyini yükseltebilecek bilgi, beceri ve tutumu kazandıklarında sağlık sorumluluğunu alabilir ve sağlıklarını geliştirmede aktif rol alabilirler (Kaya, 2010; Edelman ve Mandle, 2002).

Sağlık sorumluluğunu alan kişi sağlığını geliştirmek için yaşamını organize eder, çevresel değişikliklere karşı pozitif davranışlar göstererek adaptasyonunu devam ettirebilir, basit hastalıklarda kendi bakımını sağlayabilir, kronik hastalığa sahipse süreci başarılı şekilde yönetebilir, sağlık kontrollerini düzenli yaptırır ve acil durumlar için hazırlıklıdır. Örneğin, sağlık sorumluluğunu alan birey kendine egzersiz planı çıkararak günlük egzersiz yapar, günlük yaşamının bir parçası olarak stresle başatma stratejileri kullanmak gibi davranışlar sergiler. Sağlığını geliştirmeye yönelik kaynakları arar ve bilgi edinmeye çalışır.

Sağlık sorumluluğu almak adölesanın ve toplumun yaşam kalitesini artırır, psikososyal ve fiziksel değişikliklere uyumu kolaylaştırır, iyi bir beslenme, sağlıklı büyüme ve gelişme sağlar (Edelman ve Mandle, 2002).

Ottawa sözleşmesi (1986), Sundsvall Sağlığı Destekleyen Çevreler Bildirgesi (1991), Jakarta Bildirgesi (1997), Meksika Bakanlık Bildirgesi (2000), Bangkok Şartı (2005) gibi dünya çapında düzenlenen toplantılarda sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik kararlar alınmıştır. Böylece dünya genelinde ve ülkemizde sağlığı koruma geliştirme politikaları belirlenmekte, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almaları teşvik edilmekte ve kolaylaştırılmaya çalışılmaktadır (TCSB, 2011).

2.3.4. Pozitif Yaşam Bakışı

Pozitif düşünce; zorluklara ve engellemelere rağmen genel olarak hayatta her şeyin iyi gideceğine dair güçlü bir beklentidir. Duygusal zeka açısından iyimser bir tutum, zorluklar karşısında kişileri kayıtsızlığa, umutsuzluğa ya da depresyona karşı koruyan bir tavidir. pozitif yaşam bakışı olumsuzluklara razı olmayan, her koşulda yapabilecek iyi bir şeyin olduğuna inanan, insan hayatını olumlu yönde etkileyen bir tavidir (İbrahimoglu, 2009).

Umut, gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir . Bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin varlığında değişiklikler oluşabileceği inancı en önemli özelliğidir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede

sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanır. Gerek umut gerekse umutsuzluk, her ikisi de kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır. Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umut da hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan planların başarılacağı öngörüsü varken; umutsuzluk da başarısızlık yargısı vardır (Dilbaz ve Seber, 1993).

Ünal (2006) adölesanlarda yaptığı çalışmada geleceğe daha umutlu bakmalarında ailesi ile yaşadıkları olaylar, okul çevresinin ve kişiliklerinin etkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Vidinlioğlu (2010) ve Aydoğan (2010)' da adölesanlar üzerinde yaptıkları çalışmalarda benlik saygısı ile umut arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

Aile ve sosyal araştırmalar genel müdürlüğü (2010)'da yaptığı araştırmaya göre adölesanların geleceği düşündüğünde “her şeyin iyi olacağını düşünüyorum” diyenlerin oranı kızlarda %51 erkeklerde %50'dir. Genel olarak mutlu olduklarını ifade edenlerin oranı ise yaklaşık olarak %76'dır.

Gelecek, çoğunlukla belirsizlikler içerir ve bireyde kaygı yaratır. Bu durum adölesanlarda çok daha belirgindir; çünkü onlar tam da geleceklerini inşa etme süreçlerinin başında bulunmaktadır ve bu süreçleri sorunlu bir şekilde yaşamaktadırlar (ASAGM, 2010).

2.3.5. Kişiler Arası İlişkiler

İnsanların günlük yaşamlarında birbirleri ile ilişki içinde olmaları, iletişim sürecini kullanmaları gerekli ve zorunludur. İnsanların kendilerini ve birbirlerini tanımaları isteklerini ve beklentilerini, duygu ve düşüncelerini ortaya koyabilmeleri söz ve davranışlar aracılığı ile olmaktadır (Doğan ve Doğan, 2009).

İnsanlar birbirleri ile etkileşim ve bağımlılık içindedirler. Sosyal ilişkilerde bireyler, birbirlerinin varlıklarının ve davranışlarının farkında olmalıdırlar. Bireyler birbirlerinin varlıklarını tanımaları sonucu davranış kalıplarını belirler ve bu kalıplar doğrultusunda hareket ederler (Bahar, 2009).

Çevre ile ilişkilerde kişinin doğuştan getirdiği kimi özellikler süzgeçten geçer. Çevre tarafından destek gören tepki ve davranışlar pekişir, destek göremeyen tepki ve davranışlar ise körelir. Kişi çevre ile ilişki ve etkileşiminde kendisini başkalarının yerine koymayı, onların rollerini benimsemeyi ve böylece paylaşmayı; bir başka deyişle toplumsal davranış kalıplarını öğrenir ve benimser (Gökçe, 2005).

Bir birey günlük yaşamında sürekli başka insanlarla karşılaşır, onlarla iş birliği kurar, itaat eder, isyan eder, kızar, kızdırır, bazen de onların varlığını reddeder. Bireyin

bilinçli iletişim kurmasına ve onların davranışlarına uygun tepki geliştirilmesi sürecine sosyal etkileşim denmektedir. Sosyal iletişim biçimleri arkadaşlık, ebeveyn ilişkisi, iş ilişkisi, liderlik, komşuluk, vatandaşlık gibi sayılamayacak kadar çok farklılık gösterir. Bu ilişkilerin bazıları kuvvetli beraberlik duygusuna dayanır.

İnsan ilişkileri yaşantıya yenilik, yarar ve kalite kattığı oranda, insan mutluluğunu korur ve sağlamlaştırır. İnsanın mutluluğu ihtiyaçların dengeli bir şekilde giderilmesine, bu da düzenli, doyumlu ve verimli ilişkilerin kurulup sürdürülmesine bağlıdır. İlişkilerin akla uygun olması kadar, estetik değerlere de uygun olması yapıcı etkisini artırır (Bilen, 1994).

İnsan ilişkilerinin temelleri olarak kabul edilen kavramlar;

- Karşılıklı ilgi
- Kendine özgü olma
- Eylemde isteklilik
- Onur

Karşılıklı ilgi: İnsanların birbirlerine karşı tutumlarını, saygıyı, işbirliğini, ortak amacı içerir.

Kendine özgü olma: Her birey farklıdır. Bu farklılıkların bir kısmı doğuştan bir kısmı içinde bulunulan çevrenin katkısı ile oluşan farklılıklardır. Farklılıkları dengeli ve uyumlu bir biçimde yönetilmesi ile birlik ve bütünlüğe ulaşılabilir. Bireyler ortak niteliklere dayalı ve farklılıklara saygılı bir birlik kurarak daha güçlü ve daha kontrollü bir yaşantıya kavuşabilirler.

Eylemde İsteklilik: İnsanların ilişkilerde güdülenmesi önemlidir. Bu kavramın altında da insanların kendi gereksinimlerini doyurma arzusu yatmaktadır.

Onur: İlişkilerin etik ve moral kısmını içermektedir. İnsan onuru kişiliğe saygı, bir işin, bir görevin niteliklerine uygun kişilik özelliklerine sahip olmayı, kişinin kendi yeteneklerini bilmesini, geleceğini dikkatle planlamasını, sorumluluk duygusuna sahip olmayı gerektirir (Bilen, 1994).

Adölesan dönem önemli problemler ortaya çıkmadan geçirilmişse bu dönemdeki yakın ilişkiler kişiyi korkutmaz. Adölesan dönem başarısız geçirilmişse, başka insanlarla yakın ilişkiler kişiliğe bir tehdit olarak algılanır. Başka insanlarla yakın ilişkiler kuramayabilir veya ilişkilerde önemli problemler ortaya çıkabilir (Doğan ve Doğan, 2009).

Aile ve sosyal araştırmalar genel mdrlg (2010)'nn yaptığı araştırmaya göre adölesanlar insanlarla sorun yaşadığında %28 oranında sorunun zm için konuşmayı tercih ettiğini, %21 ise kızıp bağırdığını ifade etmiştir. Bir sorun olduğunda zm için en çok anneden yardım alındığı ifade edilmiştir.

2.3.6. Stres Yönetimi

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur.

Stres i ve dış çevreden kaynaklanan temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, stabil dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır (Baltaş ve Baltaş, 2008).

Selye, stresi "bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki" olarak tanımlamıştır (Güçlü, 2001). Stres, organizmaları tehlikelere karşı uyarmak ve korumak adına verilmiş "doğal" bir tepkidir. Dolayısıyla, uyumsal düzeyde stres yaşamsal açıdan oldukça işlevseldir (Ayhan, 2006).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stres, durup dururken ya da kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da hayatını srdrdğu ortam ve çevrede meydana gelen değişimlerin insanı etkilemesi gerekir. Herhangi bir uyarıcının stres oluşturucu (stresör) olabilmesi için, belli bir duyu organına yönelik önceden programlanmış olan rahatlık eşiğini aşıp, sistemin dengesini bozması gerekir.

Ortamdaki değişmelerden her birey etkilenir ancak, bazı bireyler bu değişmelerden daha çok veya daha yavaş etkilenmektedirler (Güçlü, 2001).

Hans Selye (1956) bireylerin strese verdikleri cevabı üç aşamalı olarak "Genel Adaptasyon Sendromu-GAS" olarak tanımlamıştır. İlk aşama alarm aşamasıdır. Bu aşamada birey stresr fark eder ve kendini akut olarak korumaya alır. İkinci aşama direnç aşamasıdır; vücut organizmanın btnlğun korumak için dengeleyici kaynaklarını kullanır ve en uzun aşamadır. Son aşama ise tükenme aşamasıdır ve organizmanın direnci kaybolur, bedensel tükenme ve ölüm meydana gelebilir (Blonna, 2010).

Stresle başetmede bireysel yöntemleri şöyle sıralayabiliriz:

- Bedenle İlgili Teknikler

Solunum kontrolü

Fizik egzersiz

Beslenme alışkanlıkları

Otojenik gevşeme

Progressif gevşeme

Düzenli uyku

Biyolojik geri bildirim

- Zihne Yönelik Teknikler

Bilişsel çarpıtmaları belirlemek

Problem çözme

A-B-C modeli

- Davranışçı Teknikler

A tipi davranış biçiminin değiştirilmesi

Zaman yönetimi

Öfkeyi yenmek

İletişim becerisini geliştirmek

Adölesan tarafından geliştirilen başa çıkma örüntülerinin, yetişkinlik dönemindeki başa çıkma örüntülerinin çekirdeğini oluşturduğu, sağlıklı yetişkinliğin temellerinin bu dönemde önemli ölçüde atıldığı ve adölesan dönemdeki deneyimlerin izlerinin yetişkinlik dönemine taşındığı belirtilmektedir. Adölesanların başa çıkma örüntülerini edinmeleri sırasında farklı kaynaklardan yararlandıkları belirlenmiştir. Basut (2006)'un aktardığına göre Patterson ve McCubbin (1987), bu kaynakları dört başlık altında toplamıştır:

a) Benzer olaylar ile başa çıkmada daha önceki kişisel deneyim,

b) Diğerlerinin, özellikle aile bireylerinin başarılarının ya da başarısızlıklarının gözlenmesi ile oluşan değişik deneyimler,

c) Kendi fizyolojilerine ilişkin algıları ve hassasiyetleri konusundaki düşünceleri ve

d) Özellikle anne-baba, akranlar ve önemli diğer kişiler tarafından yapılan sosyal yönlendirmeler.

Duygusal ve davranışsal problemleri olan adölesanların yaşıtlarına oranla alternatif çözümleri daha az ürettikleri, duygu odaklı başa çıkmaları daha çok

kullandıkları ve stresli yaşam olayının olumsuz etkilerinden daha fazla etkilendikleri bildirilmektedir (Basut, 2006).

Adölesan dönemde karşılaşılan sorunlara etkili çözümler üretilmemesi ortaya çıkan başa çıkma davranışlarının kendisinin de bir gerilim kaynağı olmasına neden olabilir. Örneğin, sorunlardan uzaklaşmak amacı ile alkol ve madde kullanımına yönelmek ardından daha büyük sorunlar ve sonuçlar doğurabilir (Basut, 2006).

2.3.7. Spiritüel Sağlık

Spiritüalite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir. Spiritüalite, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır, Latince anlamı ile yaşamı hissetmektir (Çetinkaya vd, 2007).

Her insanın bir spiritüel boyutu vardır. Ancak sağlığın diğer boyutları gibi spiritüel sağlığın algılanması da bireysel farklılıklar gösterir. Ayrıca spiritüel inanışlar, hasta olduklarında bireyler için daha önemli hale gelebilir; hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım eder (Kostak, 2007).

Spiritüalite, dinin ilk komponenti sayılabilir ancak dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır. Din kültürel bir fenomen, organize bir inanç sistemi, ibadet ve uygulamalar yoludur. Din kelimesi, bir dine mensup kişilerin inanç biçimi, dua, ayin gibi özel dini uygulamalarını da ifade eder. Din maneviyattan farklıdır ve geleneksel, törensel ve spesifik bir öğreti verir. Spiritüel inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir. Din spiritüaliteden farklı olarak geleneksel, törensel ve spesifik bir öğretilerdir. Spiritüalizm, dini uygulamalardan daha kapsamlıdır ancak dini uygulamaları da içerebilir (Aslan ve Şener, 2009)

Spiritüel sağlık cilt rengi, nabız gibi fiziksel iyi olma ifadelerine benzer şekilde kişinin ifadelerinin altında yatan durumdur. Spiritüel sağlık bireyseldir ve kaliteli bir yaşam için önemli bir boyuttur (Fisher, 2010)

Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde acı çekme ve ölüm bireyin yalnızlık ve izolasyonuna katkıda bulunur. Hastaların spiritüel yönlerinin değerlendirilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması ile mümkündür (Çetinkaya vd, 2007).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Sivas il merkezi sınırları içerisinde yapılmıştır. Sivas il merkez nüfusu 345.762 kişidir (Sivas Valiliği, 2012).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnelemi

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Devlet Hastanesi Pediatri polikliniklerinde kaydı olan 12-18 yaş grubunda 601 epilepsili adölesan oluşturmaktadır. Örneklemini ise;

- Araştırmanın yapılacağı tarihten 6 ay önce epilepsi tanısı alan,
- Mental retarde olmayan,
- Sivas il merkezinde oturan,
- Milli eğitim bakanlığına bağlı bir okulda eğitimine devam eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 adölesan oluşturmuştur.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan ve Alınamayan Adölesan Dağılımı

	Adölesan sayısı
Araştırma kapsamına alınan epilepsili adölesan	102
Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen	189
İleri derecede epilepsi hastası	61
Adres bilgisi yetersiz	84
Adres değişikliği	165
TOPLAM	601

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri demografik bilgi formu (EK-1), Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (EK-2) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Bilgi Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan bilgi formunun birinci bölümü ad, soyad, yaş, eğitim durumu, gelir durumu gibi demografik bilgilerden, ikinci bölüm ise

epilepsi tanısı alma, kontrollere gitme durumu gibi hastalığa özgü sorulardan oluşmaktadır. Bilgi formunda toplam 24 soru bulunmaktadır (EK-1).

3.4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)

1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen HPLP/SYBD (Health Promotion Lifestyle Profile-Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları) ölçeği sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Erken, geç ve orta adölesan dönemde kullanılan formu olan Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) ise Hendricks, Pender ve Murdaugh (2006) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeği (AYBÖ) Ardıç (2008) geçerlik güvenirliğini yaparak Türkçe'ye uyarlamıştır. Ölçeğin tamamı için Cronbach alpha değeri 0,87 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki Cronbach alpha değeri 0. 67 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geliştirilmesinde sağlığı geliştirme modeli temel alınmıştır. Ölçek toplam 44 maddeden oluşmaktadır. Birbirinden bağımsız kullanılabilen yedi alt grubu vardır.

Sağlık sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyinin ve kendi sağlığına hangi düzeyde katıldığının değerlendirildiği bu alt grup 7 maddeden (3, 8, 14, 22, 33, 34, 44) oluşmaktadır.

Fiziksel aktivite: Sağlıklı yaşamın önemli bir parçası olan fiziksel aktivitenin birey tarafından hangi düzeyde uygulandığını değerlendiren bu alt grup 6 maddeden (2, 4, 16, 27, 32, 40) oluşmaktadır.

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

Pozitif yaşam bakışı: Bireyin hayata olumlu bakışını, umut, umutsuzluk gibi kavramları değerlendiren bu alt grup 6 maddeden (18, 23, 26, 28, 38 ve 39) oluşmaktadır.

Kişiler arası ilişkiler: Bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini değerlendiren alt grup 6 maddeden (1, 6, 12, 19, 31 ve 37.) oluşturmaktadır.

Stres yönetimi: Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirleyen bu alt grup 6 maddeden (5,11,17,25,35 ve 43.) oluşmaktadır.

Spiritüel sağlık: bireyin inançları, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendiren bu alt grup 6 maddeden (9,15,20,29,36 ve 41.) oluşmaktadır.

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. Adölesan yaşam biçimi ölçeğinden en az 44, en fazla 176 puan alınabilir. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, puan arttıkça olumlu davranış düzeyi artar (Ardıç, 2008) (EK-2).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Gerekli izinler Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Devlet Hastanesi başhekimliklerinden alındıktan sonra bu hastanelerin istatistik bölümlerinden epilepsili adölesanların adresleri alınmıştır. Toplam 601 epilepsili adölesanın adresine ulaşılmıştır. Belirlenen adreslere ev ziyareti yapabilmek için Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Adresler mahalle muhtarlıklarından kontrol edilerek adresleri alınan adölesanların evlerine gidilmiştir. Araştırmanın amacı ebeveynlere ve adölesana açıklanarak, kullanılacak ölçekler tanıtılıp araştırmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Ölçekler araştırmayı kabul eden adölesanlara ya ilk karşılaşmada/ziyarete uygulanmıştır ya da adölesan için uygun bir zamanda ev ziyareti planlanarak, formlar planlanan gün ve saatte gidilerek uygulanmıştır. Formları adölesanın kendi kendine doldurması istenmiş, anketi doldurduğu süre boyunca yanında kalınmıştır. Anketin doldurulma süresi yaklaşık olarak 20-30 dk arasında değişmektedir. Ev ziyaretinin toplam süresi ise 45 dakika ile bir saat arasında değişmektedir. Araştırma sonunda 12-18 yaşında, eğitimine devam eden, mental retarde olmayan, en az 6 ay önce tanı alan ve Sivas il merkezinde oturan toplam 102 adölesana ulaşılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS-16 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bazı değişkenlere göre adölesan yaşam biçimi ölçeği genel puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları t testi, ANOVA, Mann-Whitney U, kruskal-wallis test, tukey testleri ile incelenmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile Sivas Devlet Hastanesi başhekimliklerinden ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Ev ziyartisi ve ankete katılım için adölesanın ve ebeveynlerin sözel onayı alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini oluşturan 601 adölesandan 189 adölesan epilepsi hastası olmadığını ifade ederek araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 61 adölesan ileri derecede epilepsi hastası olduğu için, 84 adölesan adres bilgisi yetersiz olduğu için, 165 adölesan adres değişikliği nedeniyle araştırma kapsamına alınmadığı için örnekleme sadece 102 adölesan alınabilmiştir. Bu nedenle araştırma sonucu sadece örnekleme grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 2. Adölesanların ve Ailelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=102)

Özellikler	n	%
Yaş		
12-15 yaş	73	71.6
16-19 yaş	29	28.4
Yaş Ortalaması: 14±2		
Cinsiyet		
Kız	47	46.1
Erkek	55	53.9
Eğitim		
İlköğretim	67	65.7
Lise	35	34.3
Kardeş Sayısı		
1 kardeş	20	19.6
2 kardeş	27	26.5
3 kardeş	31	30.4
4 kardeş ve üzeri	24	23.5
Aile Tipi		
Çekirdek aile	76	74.5
Geniş aile	26	25.5
Gelir Durumu		
Düşük	21	20.5
Orta	81	79.5
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul	39	38.3
Ortaokul	16	15.7
Lise ve üzeri	47	46.0
Babanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	84	82.4
Çalışmıyor	18	17.6
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	9	8.8
İlkokul	62	60.8
Ortaokul	14	13.7
Lise ve üzeri	17	16.6
Anne Çalışma Durumu		
Çalışıyor	4	3.9
Çalışmıyor	98	96.1
Sağlık Güvencesi		
Var	95	93.1
Yok	7	6.9

Tabloda adölesanların ve ailelerin bazı tanıtıcı özellikleri gösterilmiştir. Adölesanların %46.1'nin kız, %53.9'unun erkek olduğu, yaş ortalamalarının 14, %65.7'sinin ilköğretim öğrencisi olduğu görülmektedir.

Adölesanların %30.4'ü 3 kardeş, %74.5'i çekirdek aile, %79.5'i orta gelir düzeyinde, %93.1'inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğu (%60.8) ilkokul mezunu ve çalışmazken (%96.1) babaların %46'sı lise ve üzeri eğitim düzeyinde ve %82.4'ü çalışmaktadır.

Tablo 3. Adölesanların Epilepsi Hastalığına İlişkin Özellikleri (n=102)

Özellikler	n	%
Şu Anki Sağlık Durumunu Algılaması		
Kötü	4	3.9
Orta	33	32.4
İyi	50	49.0
Çok iyi	15	14.7
Tanı Alma Zamanı		
1-3 Yıl	43	42.2
4-6 Yıl	34	33.3
7 Yıl ve üzeri	25	24.5
Kontrollere Gitme Durumu		
Kontrollere aksatmadan gidiyor	80	78.4
Kontrollere gitmeyi aksatıyor	22	21.6
Hastalık Nedeni ile Nöbet Geçirme Durumu		
1-4 kez	22	21.6
5 ve üzeri	18	17.6
Hiç nöbeti olmayan	62	60.8
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Bilgi almayan	10	9.8
Bilgi alan	92	90.2
Bilgi Alma Kaynakları		
Hemşire	3	2.9
Doktor	65	63.8
Anne/baba	21	20.6
Diğer	3	2.9
Epilepsi Nedeniyle İlaç Kullanma Durumu		
Tek ilaç	62	60.8
Kombine ilaç	10	9.8
İlaç kullanmıyor	30	29.4
Epilepsi Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu		
1-3 kez	34	33,3
4 ve üzeri	24	23,5
Hiç yatmayan	44	43.2
Hastalık Nedeniyle Eğitime Ara Verme süresi		
1-4 hafta	30	29.4
5 hafta ve üzeri	17	16.7
Hiç ara vermeyen	55	53.9

Tablo 3. Adölesanların Epilepsi Hastalığına İlişkin Özellikleri (n=102) (Devam)

Öğretmenin Adölesanın Epilepsi Olduğunu Bilme Durumu			
Biliyor	90	88.2	
Bilmiyor	12	11.8	
Arkadaşlarının Adölesanın Epilepsi Olduğunu Bilme Durumu			
Biliyor	68	66.7	
Bilmiyor	34	33.3	
Adölesanın Epilepsi Dışında Başka Bir Hastalığın Varlığı			
Var*	25	24.5	
Yok	77	75.5	
Ailede Sürekli Hastalığı Olan Birey			
Yok	57	55.9	
Var	1.derece akraba	28	27.5
	1.derece akraba	14	13.6
	2.derece akraba	3	2.9

*Anemi, meningomyelose, akdeniz ateşi, hiperaktivite, astım, enfeksiyon hastalıkları

Adölesanların hastalığına ilişkin verileri incelendiğinde %49'unun sağlıklarını iyi olarak değerlendirdiği, %53.9'unun normal kilolu olduğu, %33.3'ünün 4-6 yıl önce epilepsi tanısı aldığı, %78.4'ünün bütün kontrollerine aksatmadan gittiği, %21.6'sının 1-4 kez bayıldığı belirlenmiştir.

Adölesanların %90.2'sinin hastalığı hakkında bilgi aldığını ve %63.9'unun bu bilgiyi doktordan aldığı belirlenmiştir. Adölesanların %60.8'inin tek ilaç kullandığı, %43.2'sinin hiç hastaneye yatmadığı, %53.9'unun hastalığı nedeni ile eğitimine ara vermek zorunda kalmadığı, %88,2'sinin epilepsi hastası olduğunu öğretmenin bildiği, %66.7'sinin epilepsi hastası olduğunu arkadaşlarının bildiği, %75.5'inin epilepsi dışında başka bir hastalığının olmadığı, %57'sinde ailede sürekli hastalığı olan birey olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	Ölçeğin En Yüksek ve En Düşük Puanı (min-max)	Bu Araştırmada Alınan En Yüksek ve En Düşük Puan (min-max)	Bu Araştırmada Alınan Puanların Ortalamaları X±SD
Sağlık Sorumluluğu	7-28	8-24	15.78±3.37
Fiziksel Aktivite	6-24	6-22	14.50±3.77
Beslenme	7-28	9-28	18.73±3.82
Pozitif Yaşam Bakışı	6-24	10-24	18.53±3.01
Kişiler Arası İlişkiler	6-24	10-23	17.07±2.95
Stres Yönetimi	6-24	11-23	17.55±2.51
Spiritüel Sağlık	6-24	10-24	15.94±3.00
AYBÖ	44-176	87-162	118.25±15.48

Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeğinden (AYBÖ) aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının 15.78±3.37, fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamasının 14.50±3.77, beslenme alt ölçeği puan ortalamasının 18.73±3.82, pozitif yaşam bakışı alt ölçeği puan ortalamasının 18.53±3.01, kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamasının 17.07±2.95, stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamasının 17.55±2.51, spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalamasının 15.94±3.00 olduğu görülmektedir. Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği toplam puan ortalaması ise 118.25±15.48'dir.

Tablo 5. Adölesanların Yaş Gruplarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	YAŞ		Test	
	12-15 yaş (n=73) X±SD	16-19 yaş (n=29) X±SD	t	p
Sağlık Sorumluluğu	16.27±3.54	14.55±2.57	2.72	0.001
Fiziksel Aktivite	15.34±3.75	12.37±2.92	3.81	0.001
Beslenme	19.32±4.08	17.24±2.54	3.10	0.001
Pozitif Yaşam Bakışı	18.80±2.75	17.86±3.55	1.43	0.15
Kişiler Arası İlişkiler	16.83±2.87	17.68±3.10	1.32	0.18
Stres Yönetimi	17.83±2.53	16.86±2.34	1.78	0.07
Spiritüel Sağlık	15.71±3.01	16.51±2.95	1.22	0.22
AYBÖ	120.34±15.97	113.00±12.96	2.20	0.03

Tablo 4’de adölesanların yaş gruplarına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puanların ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında 12-15 yaş grubu adölesanlar 16-19 yaş grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 6. Adölesanların Cinsiyetlerine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	CİNSİYET		Test	
	Kız (n=47) X±SD	Erkek (n=55) X±SD	t	p
Sağlık Sorumluluğu	16.25±2.80	15.38±3.77	1.33	0.18
Fiziksel Aktivite	14.36±3.82	14.61±3.75	0.34	0.73
Beslenme	18.87±4.33	18.61±3.36	0.33	0.74
Pozitif Yaşam Bakışı	18.80±2.60	18.30±3.33	0.83	0.40
Kişiler Arası İlişkiler	17.29±2.66	16.89±3.18	0.69	0.49
Stres Yönetimi	17.91±2.43	17.25±2.55	1.32	0.18
Spiritüel Sağlık	15.95±2.97	15.92±3.05	0.05	0.96
AYBÖ	119.25±15.39	117.40±15.64	0.60	0.54

Tabloda adölesanların cinsiyetine göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre kızların alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları yüksek görünmekle birlikte cinsiyet grupları ile AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Adölesanların Eğitim Düzeylerine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	EĞİTİM DÜZEYİ		Test	
	İlköğretim (n=67) X±SD	Lise (n=35) X±SD	t	p
Sağlık Sorumluluğu	16.40±3.50	14.60±2.79	2.63	0.01
Fiziksel Aktivite	15.47±3.77	12.62±3.01	3.86	0.001
Beslenme	19.35±4.03	17.54±3.09	2.32	0.02
Pozitif Yaşam Bakışı	18.91±2.83	17.82±3.24	1.73	0.08
Kişiler Arası İlişkiler	17.05±2.80	17.11±3.26	0.08	0.93
Stres Yönetimi	18.04±2.56	16.62±2.14	2.79	0.001
Spiritüel Sağlık	15.88±2.90	16.05±3.22	2.28	0.78
AYBÖ	121.22±16.19	112.57±12.34	2.76	0.001

Eğitim düzeyine göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında ilköğretim grubu adölesanlar lise grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 8. Adölesanların Kardeş Sayısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	KARDEŞ SAYISI				Test	
	1 Kardeş ^a (n=20) X±SD	2 Kardeş ^b (n=27) X±SD	3 Kardeş ^c (n=31) X±SD	4 Kardeş ve üzeri ^d (n=24) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	14.75±3.30	15.74±3.13	16.90±3.61	15.25±3.15	5.68	0.12
Fiziksel Aktivite	15.75±3.58	15.14±3.63	14.35±4.25	12.91±2.97	8.65	0.03 d ile a-b-c arasında
Beslenme	18.20±3.12	19.07±3.70	19.38±4.60	17.95±3.36	1.89	0.59
Pozitif Yaşam Bakışı	19.45±2.91	19.18±2.64	18.32±2.79	17.33±3.45	8.32	0.04 d ile a-b-c arasında
Kişiler Arası İlişkiler	17.40±2.90	16.18±2.80	17.70±2.53	17.00±3.52	3.51	0.31
Stres Yönetimi	18.55±2.32	17.66±2.23	17.51±2.36	16.66±2.92	6.14	0.10
Spiritüel Sağlık	15.45±2.56	15.51±3.37	16.83±2.95	15.66±2.88	3.32	0.34
AYBÖ	120.05±12.50	118.88±14.57	121.19±17.06	112.25±15.82	5.47	0.14

Adölesanların kardeş sayısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında 4 kardeş ve üzeri olan grupta fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Tablo 9. Adölesanların Aile Tipine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	AİLE TİPİ		Test	
	Çekirdek aile (n=76) X±SD	Geniş aile (n=26) X±SD	t	p
Sağlık Sorumluluğu	16.26±3.46	14.38±2.68	2.51	0.01
Fiziksel Aktivite	14.63±3.63	14.11±4.19	0.60	0.55
Beslenme	18.64±3.79	19.00±3.97	0.40	0.68
Pozitif Yaşam Bakışı	18.77±2.90	17.84±3.28	1.36	0.17
Kişiler Arası İlişkiler	17.35±2.97	16.26±2.76	1.63	0.10
Stres Yönetimi	17.85±2.37	16.69±2.75	2.07	0.04
Spiritüel Sağlık	16.35±2.96	14.73±2.83	2.43	0.01
AYBÖ	119.90±14.78	113.42±16.72	1.86	0.06

Yapılan karşılaştırmada aile tipine göre sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Aile tiplerine göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamasında çekirdek ailede yaşayan adölesanlar geniş ailede yaşayan adölesanlardan fazla puan almışlardır.

Tablo 10. Ailenin Gelir Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	GELİR DURUMU		Test	
	Düşük (n=21) X±SD	Orta (n=81) X±SD	Z	P
Sağlık Sorumluluğu	15.14±3.39	15.95±3.37	722,50	0.28
Fiziksel Aktivite	15.23±3.99	14.30±3.71	689,50	0.18
Beslenme	17.95±3.80	18.93±3.82	730,00	0.31
Pozitif Yaşam Bakışı	18.76±1.86	18.48±3.25	836,50	0.90
Kişiler Arası İlişkiler	17.04±2.63	17.08±3.04	806,00	0.71
Stres Yönetimi	17.04±2.06	17.69±2.61	745,50	0.38
Spiritüel Sağlık	16.14±2.92	15.88±3.04	801,00	0.68
AYBÖ	117.90±15.34	118.34±15.60	837,00	0.91

Tabloda adölesanların gelir durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre gelir durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 11. Babanın Eğitim Düzeyine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	BABA EĞİTİM DÜZEYİ			Test	
	İlkokul ^a (n=39) X±SD	Ortaokul ^b (n=16) X±SD	Lise ve üzeri ^c (n=47) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	14.92±2.74	16.68±2.27	16.19±4.00	5.35	0.06
Fiziksel Aktivite	13.64±3.70	15.37±4.78	14.91±3.36	3.73	0.15
Beslenme	18.02±3.78	18.87±4.09	19.27±3.74	1.95	0.37
Pozitif Yaşam Bakışı	18.51±3.37	18.68±2.49	18.51±2.91	0.08	0.96
Kişiler Arası İlişkiler	16.41±2.69	18.50±2.50	17.14±3.16	6.50	0.03 b ile a arasında
Stres Yönetimi	17.23±2.90	16.93±1.65	18.04±2.34	3.56	0.16
Spiritüel Sağlık	15.79±3.34	16.56±2.52	15.85±2.88	1.41	0.49
AYBÖ	114.53±15.74	121.25±9.34	120.31±16.54	5.06	0.07

Adölesanların baba eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında bu farkın babası ortaokul mezunu olan grup ile ilkokul mezunu olan grup arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. Babanın Çalışma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	BABANIN ÇALIŞMA DURUMU		Test	
	Çalışıyor (n=84) X±SD	Çalışmıyor (n=18) X±SD	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	16.09±3.43	14.33±2.74	539.50	0.05
Fiziksel Aktivite	14.75±3.75	13.33±3.75	604.50	0.18
Beslenme	18.92±3.80	17.83±3.89	666.00	0.42
Pozitif Yaşam Bakışı	18.72±3.08	17.66±2.56	598.00	0.16
Kişiler Arası İlişkiler	17.29±2.81	16.05±3.40	553.00	0.07
Stres Yönetimi	17.79±2.54	16.44±2.06	516.00	0.03
Spiritüel Sağlık	16.22±3.02	14.61±2.22	508.00	0.02
AYBÖ	119.88±15.58	110.66±12.79	489.00	0.01

Babanın çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında babası çalışan grup çalışmayan gruptan fazla puan almıştır. Yapılan karşılaştırmada babanın çalışma durumuna göre stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 13. Annenin Eğitim Düzeyine Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	ANNE EĞİTİM DÜZEYİ				Test	
	Okuryazar değil ^a (n=9) X±SD	İlkokul ^b (n=62) X±SD	Ortaokul ^c (n=14) X±SD	Lise ve üzeri ^d (n=17) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	14.11±2.20	15.35±3.27	17.85±4.09	16.52±2.87	8.09	0.04 a ile c arasında
Fiziksel Aktivite	11.88±3.82	14.77±3.88	14.71±3.17	14.70±3.53	4.51	0.21
Beslenme	16.55±3.71	19.14±3.62	19.92±4.41	17.41±3.58	7.14	0.06
Pozitif Yaşam Bakışı	18.44±2.29	18.54±3.09	18.28±3.81	18.76±2.51	0.11	0.99
Kişiler Arası İlişkiler	16.66±2.12	17.09±3.06	18.28±3.62	16.23±2.04	3.60	0.30
Stres Yönetimi	17.22±2.10	17.58±2.70	17.00±2.82	18.11±1.61	1.80	0.61
Spiritüel Sağlık	14.88±1.96	16.14±3.01	16.28±3.45	15.47±3.08	2.07	0.55
AYBÖ	109.77±11.06	118.56±15.71	122.14±21.12	118.41±9.64	3.05	0.38

Adölesanların, anne eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bu farkın annesi okuryazar olmayan grup ile ortaokul mezunu olan grup arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14. Annenin Çalışma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	ANNE ÇALIŞMA DURUMU		Test	
	Çalışıyor (n=4) X±SD	Çalışmıyor (n=98) X±SD	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	15.00±2.44	15.81±3.41	169.00	0.64
Fiziksel Aktivite	14.25±3.50	14.51±3.79	188.00	0.89
Beslenme	14.75±2.62	18.89±3.78	72.50	0.03
Pozitif Yaşam Bakışı	18.25±1.70	18.55±3.05	172.00	0.67
Kişiler Arası İlişkiler	16.50±1.91	17.10±2.98	174.00	0.70
Stres Yönetimi	17.00±3.55	17.58±2.48	184.00	0.83
Spiritüel Sağlık	13.75±0.50	16.03±3.03	96.00	0.08
AYBÖ	109.50±7.00	118.61±15.64	122.50	0.20

Annenin çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annesi çalışmayan grupta beslenme alt ölçek puanı yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 15. Adölesanların Sağlık Güvencesinin Olup Olmamasına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	SAĞLIK GÜVENCESİ		Test	
	Var (n=95) X±SD	Yok (n=7) X±SD	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	15.85±3.43	14.85±2.47	287.50	0.54
Fiziksel Aktivite	14.46±3.72	15.00±4.69	308.00	0.74
Beslenme	18.68±3.94	19.42±1.27	267.00	0.38
Pozitif Yaşam Bakışı	18.53±3.02	18.57±3.15	300.50	0.67
Kişiler Arası İlişkiler	17.09±2.92	16.85±3.57	324.50	0.91
Stres Yönetimi	17.56±2.55	17.42±1.98	323.50	0.90
Spiritüel Sağlık	16.01±3.06	15.00±2.00	258.00	0.32
AYBÖ	118.33±15.83	117.14±10.13	317.00	0.83

Adölesanların sağlık güvencesine göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre sağlık güvencesi ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 16. Adölesanların Şu Anki Sağlık Durumu Algısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	ŞU ANKI SAĞLIK DURUMU				Test	
	Kötü ^a (n=4) X±SD	Orta ^b (n=33) X±SD	İyi ^c (n=50) X±SD	Çok iyi ^d (n=15) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	15.25±4.99	15.66±3.59	16.26±3.35	14.60±2.35	3.59	0.30
Fiziksel Aktivite	10.25±2.06	13.90±3.78	14.74±3.64	16.13±3.68	9.07	0.02 a ile d arasında
Beslenme	19.00±3.65	19.09±4.04	18.16±3.59	19.80±4.16	1.97	0.57
Pozitif Yaşam Bakışı	20.75±1.50	17.48±3.09	18.68±2.80	19.80±3.12	9.68	0.02 b ile a-c-d arasında
Kişiler Arası İlişkiler	20.00±1.41	16.72±3.23	17.12±3.04	16.93±1.79	4.85	0.18
Stres Yönetimi	18.50±0.57	17.24±2.68	17.54±2.40	18.06±2.84	1.62	0.65
Spiritüel Sağlık	18.00±1.41	15.57±3.38	15.88±3.01	16.40±2.22	4.14	0.24
AYBÖ	121.75±7.08	116.06±17.34	118.18±15.46	122.40±12.64	1.95	0.58

Adölesanların şu anki sağlık durumu algısına göre AYB ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar karşılaştırıldığında bu farkın fiziksel aktivite alt ölçek puanında kötü ve çok iyi olarak değerlendiren gruplardan, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puanında orta olarak değerlendiren grupta olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17. Adölesanların Tanı Zamanına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	TANI ZAMANI			Test	
	1-3 Yıl önce ^a (n=43) X±SD	4-6 Yıl önce ^b (n=34) X±SD	7 Yıl önce ve üzeri ^c (n=25) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	15.39±3.25	16.50±3.35	15.48±3.58	2.07	0.35
Fiziksel Aktivite	14.74±3.61	14.73±4.04	13.76±3.71	1.32	0.51
Beslenme	18.48±3.88	19.38±3.49	18.28±4.16	1.64	0.44
Pozitif Yaşam Bakışı	18.86±3.13	19.02±3.04	17.32±2.47	7.18	0.02 c ile a-b arasında
Kişiler Arası İlişkiler	17.44±2.75	16.94±2.96	16.64±3.28	1.37	0.50
Stres Yönetimi	18.23±2.69	17.50±2.39	16.48±1.98	8.30	0.01 c ile a-b arasında
Spiritüel Sağlık	16.51±3.30	16.14±2.61	14.68±2.67	5.12	0.07
AYBÖ	119.62±15.93	119.94±15.33	113.60±14.51	3.95	0.13

Adölesanların tanı zamanına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar karşılaştırıldığında pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının 7 yıl ve daha önce tanı konan grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 18. Adölesanların Kontrollere Gitme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	KONTROLE GİTME DURUMU		Test	
	Bütün kontrollere aksatmadan gidiyor (n=80) X±SD	Bazı kontrollere gitmeyi aksatıyor (n=22) X±SD	Z	p
Sağlık Sorumluluğu	16.15±3.44	14.4±2.80	627.00	0.03
Fiziksel Aktivite	15.10±3.61	12.31±3.57	514.50	0.001
Beslenme	19.26±3.86	16.81±3.04	537.00	0.001
Pozitif Yaşam Bakışı	18.91±2.95	17.18±2.90	581.50	0.01
Kişiler Arası İlişkiler	17.35±2.86	16.09±3.11	720.50	0.19
Stres Yönetimi	17.81±2.36	16.63±2.87	700.00	0.13
Spiritüel Sağlık	16.26±2.93	14.77±3.03	604.50	0.02
AYBÖ	121.03±14.90	108.13±13.41	467.50	0.001

Kontrollere gitme durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bütün kontrollerine aksatmadan giden grupta sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19. Adölesanların Hastalıkları Hakkında Bilgi Alma Durumlarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	HASTALIK HAKKINDA BİLGİ		Test	
	Almayan (n=10) X±SD	Alan (n=92) X±SD	Z	P
Sağlık Sorumluluğu	14.90±2.68	15.88±3.44	385.00	0.39
Fiziksel Aktivite	13.00±3.36	14.66±3.79	357.50	0.24
Beslenme	16.10±2.07	19.02±3.86	228.00	0.001
Pozitif Yaşam Bakışı	18.70±1.15	18.52±3.15	449.50	0.90
Kişiler Arası İlişkiler	15.40±2.91	17.26±2.91	309.00	0.08
Stres Yönetimi	17.30±3.12	17.58±2.45	449.00	0.90
Spiritüel Sağlık	14.60±3.40	16.08±2.94	309.00	0.08
AYBÖ	108.70±11.83	119.29±15.52	272.50	0.03

Hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bilgi alan grubun beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Adölesanların İlaç Kullanma Durumlarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	İLAÇ			Test	
	Tek ilaç kullanan ^a (n=62) X±SD	Kombine ilaç kullanan ^b (n=10) X±SD	İlaç kullanmayan ^c (n=30) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	15.19±3.18	14.90±2.84	17.30±3.53	7.87	0.01 b ile a-c arasında
Fiziksel Aktivite	14.50±3.52	16.40±4.40	13.86±3.96	3.33	0.18
Beslenme	18.88±3.72	16.40±3.27	19.20±4.02	4.40	0.11
Pozitif Yaşam Bakışı	18.56±2.82	19.90±2.99	18.03±3.34	2.75	0.25
Kişiler Arası İlişkiler	17.01±2.68	18.40±2.63	16.76±3.51	2.75	0.25
Stres Yönetimi	17.79±2.52	18.00±2.35	16.93±2.50	2.90	0.23
Spiritüel Sağlık	15.77±2.90	16.50±2.32	16.10±3.43	0.70	0.70
AYBÖ	117.72±14.39	120.60±11.19	118.56±18.89	0.48	0.78

Adölesanların ilaç kullanım durumlarına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar karşılaştırıldığında kombine ilaç kullanan grupta sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı düşük bulunmuştur.

Tablo 21. Adölesanların Hastanede Yatma Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	HASTANEDE YATMA		Test	
	Evet (n=58) X±SD	Hayır (n=44) X±SD	t	p
Sağlık Sorumluluğu	16.29±3.69	15.11±2.79	1.76	0.08
Fiziksel Aktivite	13.91±3.48	15.27±4.03	1.82	0.07
Beslenme	18.08±4.18	19.59±3.12	1.99	0.04
Pozitif Yaşam Bakışı	18.58±2.85	18.47±3.24	0.18	0.85
Kişiler Arası İlişkiler	17.39±3.13	16.65±2.65	1.25	0.21
Stres Yönetimi	17.20±2.36	18.02±2.65	1.63	0.10
Spiritüel Sağlık	15.53±3.24	16.47±2.59	1.58	0.11
AYBÖ	116.93±16.68	120.00±13.71	0.99	0.32

Adölesanların hastanede yatma durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hastaneye yatmayan grubun beslenme alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 22. Adölesanların Hastanede Yatma Sayısına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	HASTANEDE YATMA SAYISI			Test	
	1-3 kez yatan ^a (n=34) X±SD	4 ve üzeri yatan ^b (n=24) X±SD	Hiç yatmayan ^c (n=44) X±SD	F	p
Sağlık Sorumluluğu	15.11±2.73	17.95±4.26	15.11±2.79	7.32	0.001 b ile a-c arasında
Fiziksel Aktivite	12.64±3.08	15.70±3.26	15.27±4.03	6.99	0.001 a ile b-c arasında
Beslenme	16.70±3.32	20.04±4.55	19.59±3.12	8.35	0.001 a ile b-c arasında
Pozitif Yaşam Bakışı	18.05±2.95	19.33±2.58	18.47±3.24	1.28	0.28
Kişiler Arası İlişkiler	16.23±3.03	19.04±2.52	16.65±2.65	8.15	0.001 b ile a-c arasında
Stres Yönetimi	17.02±2.20	17.45±2.58	18.02±2.65	1.54	0.21
Spiritüel Sağlık	14.55±3.08	16.91±3.00	16.47±2.59	6.13	0.001 a ile b-c arasında
AYBÖ	109.76±12.38	127.08±16.93	120.00±13.71	11.16	0.001 a ile b-c arasında

Adölesanların hastanede yatma sayısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları 4 ve üzeri yatış yapan grupta yüksek, fiziksel aktivite, beslenme, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları 1-3 kez yatan grupta düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 23. Adölesanların Eğitime Ara Verme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	EĞİTİME ARA VERME DURUMU			Test	
	1-4 hafta ^a (n=30) X±SD	5 hafta ve üzeri ^b (n=17) X±SD	Hiç ara vermedi ^c (n=55) X±SD	KW	p
Sağlık Sorumluluğu	15.16±2.36	17.29±4.08	15.65±3.52	3.44	0.17
Fiziksel Aktivite	13.83±4.48	14.11±3.25	14.98±4.05	1.78	0.41
Beslenme	18.06±4.58	19.70±4.46	18.80±3.09	3.19	0.20
Pozitif Yaşam Bakışı	17.56±3.11	18.64±2.28	19.03±3.07	4.59	0.10
Kişiler Arası İlişkiler	16.23±2.90	18.00±2.31	17.25±3.07	4.24	0.12
Stres Yönetimi	16.70±2.39	17.23±2.70	18.12±2.40	6.83	0.03 a ile c arasında
Spiritüel Sağlık	14.23±2.84	16.76±3.19	16.61±2.68	15.78	0.001 a ile b-c arasında
AYBÖ	112.23±15.27	122.64±16.43	120.18±14.59	6.56	0.03 a ile b-c arasında

Adölesanların eğitime ara verme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında stres yönetiminde farkın hiç ara vermeyen grupla 1-4 hafta ara veren grup arasında olduğu ve hiç ara vermeyen grubun ölçek puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Spiritüel sağlık alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarında ise 1-4 hafta eğitime ara veren grubun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 24. Adölesanların Öğretmenlerinin, Epilepsi Hastası Olduğunu Bilme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	ÖĞRETMEN		Test	
	Biliyor (n=90) X±SD	Bilmiyor (n=12) X±SD	Z	P
Sağlık Sorumluluğu	15.88±3.40	15.00±3.19	456.50	0.38
Fiziksel Aktivite	14.51±3.74	14.41±4.12	508.50	0.74
Beslenme	18.85±3.95	17.83±2.55	447.50	0.33
Pozitif Yaşam Bakışı	18.60±2.83	18.08±4.23	508.50	0.74
Kişiler Arası İlişkiler	17.05±2.94	17.25±3.10	530.50	0.92
Stres Yönetimi	17.55±2.47	15.58±2.87	534.50	0.95
Spiritüel Sağlık	15.86±3.03	16.50±2.77	464.00	0.42
AYBÖ	118.45±15.29	116.75±17.48	509.50	0.75

Adölesanların öğretmenlerinin, epilepsi hastası olduğunu bilme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre adölesanların öğretmenlerinin, epilepsi hastası olduğunu bilme durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 25. Adölesanların Arkadaşlarının, Epilepsi Hastası Olduğunu Bilme Durumuna Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	ARKADAŞLARI		Test	
	Biliyor (n=68) X±SD	Bilmiyor (n=34) X±SD	t	P
Sağlık Sorumluluğu	15.91±3.52	15.52±3.08	0.53	0.59
Fiziksel Aktivite	14.26±3.81	14.97±3.69	0.89	0.37
Beslenme	18.44±3.99	19.32±3.44	1.10	0.27
Pozitif Yaşam Bakışı	18.60±2.78	18.41±3.47	0.30	0.76
Kişiler Arası İlişkiler	17.02±3.09	17.17±2.69	0.23	0.81
Stres Yönetimi	17.64±2.52	17.38±2.51	0.50	0.61
Spiritüel Sağlık	15.94±3.17	15.94±2.64	0.00	1.00
AYBÖ	117.70±15.76	119.35±15.06	0.50	0.61

Adölesanların arkadaşlarının, epilepsi hastası olduğunu bilme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre adölesanların arkadaşlarının, epilepsi hastası olduğunu bilme durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 26. Adölesanların Başka Bir Hastalığa Sahip Olmalarına Göre AYBÖ ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamaları (n=102)

Alt Ölçekler	BAŞKA BİR HASTALIK		Test	
	Var (n=25) X±SD	Yok (n=77) X±SD	t	P
Sağlık Sorumluluğu	16.24±3.68	15.63±3.28	0.77	0.44
Fiziksel Aktivite	13.20±4.18	14.92±3.55	2.01	0.04
Beslenme	19.20±3.59	18.58±3.90	0.69	0.48
Pozitif Yaşam Bakışı	17.52±3.69	18.87±2.70	1.97	0.05
Kişiler Arası İlişkiler	16.32±3.59	17.32±2.69	1.48	0.14
Stres Yönetimi	17.00±2.73	17.74±2.42	1.28	0.20
Spiritüel Sağlık	15.52±3.01	16.07±3.00	0.80	0.42
AYBÖ	114.76±17.90	119.38±14.55	1.30	0.19

Adölesanların epilepsi dışında bir hastalığının varlığına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, başka bir hastalığı olmayan grubun fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Adölesan Yaşam Biçimi ölçeği adölesan dönemdeki gençlerin sağlık davranışlarına sahip olma düzeyini göstermektedir. Adölesan yaşam biçimi ölçeğinden alınan puanların yüksek oluşu gençlerin sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve kazanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. AYB ölçeğinden en az 44, en fazla 176 puan alınmaktadır (Ardıç, 2008). Çalışmamızda epilepsili adölesanların adölesan yaşam biçimi ölçeği toplam puan ortalaması 118.25 ± 15.48 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu sonuca göre epilepsili adölesanların adölesan yaşam biçimi ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Benzer bazı çalışma sonuçlarında AYB ölçeği puan ortalamasını Ardıç (2008) adölesanlarda $122,1 \pm 14.5$, Hendricks ve arkadaşları (2006) 117 ± 19 bulmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda Geçgil (2002) adölesanlarda 117.21 ± 18.6 , Geçgil ve Yıldız (2006) 117.43 ± 19.53 , Ergün ve Erol (2007) lise öğrencilerinde 118.96 ± 17.78 , Yıldız (2010) 121.57 ± 19.96 , Berçin (2010) 120.88 ± 16.70 , Kefeli (2010) 126.31 ± 18.26 , Dağdeviren (2010) 118.4 ± 20.0 , Limnili (2010), $126,68 \pm 20,38$, Cihangiroğlu (2010) 121.75 ± 18.86 olarak bulmuştur.

Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve kendi sağlığına hangi düzeyde katıldığını belirler (Ardıç, 2008). Bu alt ölçekten en az 7 en fazla 28 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanlardan AYB ölçeği sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 15.78 ± 3.37 'dir (Tablo 3). Bu sonuç Ardıç (2008)'in çalışması ile benzer (15.9 ± 3.30), Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın çalışmasından biraz düşüktür (16 ± 4).

Adölesan Yaşam Biçimi fiziksel aktivite alt ölçeği fiziksel aktivitenin birey tarafından hangi düzeyde uygulandığını değerlendiren alt gruptur (Ardıç, 2008). Bu alt ölçekten en az 6 en fazla 24 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanlarda AYB ölçeği fizik aktivite alt ölçek puan ortalaması 14.50 ± 3.77 'dir (Tablo 3). AYB ölçeğinin alt ölçekleri arasında en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutuna aittir. Bu sonuç Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın sağlıklı adölesanlarda yaptığı çalışma sonuçlarından (17 ± 4) düşük, Ardıç (2008)'in sağlıklı adölesanlarda yaptığı çalışma sonuçları ile benzerdir (14.7 ± 3.72)'dir. Cheung ve Wirrell (2006)'in çalışmasına göre epilepsi down sendromu dışındaki diğer tüm hastalıklardan (astım, diyabet, artirit, migren, HIV enfeksiyonu, lösemi) daha olumsuz fiziksel etkilere sahip olduğunu belirlemiştir. Kronik bir hastalığın varlığı fiziksel aktivite açısından en aktif olunması beklenen bu dönemde fiziksel aktivite puanının düşük olmasının nedeni olabilir.

Sağlıklı adölesanlar üzerinde yapılan diğer çalışmalarda (Geçgil, 2006; Yıldız, 2010; Kefeli, 2010; Berçin; 2010; Cihangiroğlu 2010) fiziksel aktivite alt boyutunun beklenenden düşük olması bu durumun sadece kronik hastalıktan kaynaklı değil, aktif bir eğitim öğretim döneminde olmaya, fiziksel aktivitenin arttırılması için gerekli olan alt yapının yetersizliğine ve internet, bilgisayar, telefon gibi teknolojik araçların tercih edilmesine de bağlanabilir.

İyi bir beslenme normal büyüme ve gelişmenin sağlanması, organların fonksiyonunu devam ettirmesi, günlük bakımları karşılayabilme, optimum aktivite düzeyini sağlama, verimli bir çalışma ve özellikle enfeksiyon hastalıkları olmak üzere hastalıklara karşı direnci arttırmak için esastır (Kirschmann, 2007). Bu alt ölçekten en az 7 en fazla 28 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanlardan AYB ölçeği beslenme alt ölçek puan ortalaması 18.73 ± 3.82 'dir (Tablo 3). Adölesanla yapılan diğer çalışmalarda Ardıç (2008)'in sonuçları ile benzer (18.4 ± 3.23), Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın sonuçlarından düşüktür (22 ± 5).

Ardıç (2008)'in sağlıklı adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada adölesan yaşam biçimi ölçeği alt gruplarından pozitif yaşam bakışı en yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda en yüksek puan ortalaması beslenme alt ölçeğine aittir. Adölesan dönem hızlı bir büyüme gelişme dönemidir ve kronik hastalığa sahip bir adölesanda beslenme daha fazla önem taşımaktadır. Beslenme sağlığı geliştirici davranışlar içerisinde somut yönlerinin fazla olması nedeni ile aileler ve adölesanlar açısından geliştirilmesi daha kolay olabilir.

Pozitif yaşam bakışı alt ölçeği bireyin hayata olumlu bakışını, umut, umutsuzluk gibi kavramları değerlendiren alt gruptur. Bu alt ölçekten en az 6 en fazla 24 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanların AYB ölçeği pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalaması 18.53 ± 3.01 'dir (Tablo 3). Bu sonuç Ardıç (2008)'in sonuçları ile benzerdir (19.1 ± 3.06)'dir. Çalışmamızdaki adölesanların kronik hastalığa sahip oldukları düşünüldüğünde Ardıç'ın sağlıklı adölesanlar üzerinde yaptığı çalışma sonuçları ile benzer çıkması dikkat çekicidir.

Kişiler arası ilişkiler alt ölçeği bireyin ailesi, arkadaşları, akrabaları ve yakın çevresi ile olan ilişkilerini değerlendiren alt gruptur (Ardıç, 2008). Bu alt ölçekten en az 6 en fazla 24 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanların AYB ölçeği sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 17.07 ± 2.95 'dir (Tablo 3). Ardıç (2008)'in sonuçları ile yakın (18.5 ± 2.63), Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın sonuçlarından düşüktür (21 ± 4). Bodur ve ark (2010)'ları kronik hastalıkların adölesanlarda depresyon,

içe kapanma, yanlış yorumlama, anti-sosyal davranış psikolojik etkilere ve sonuçta geçici/kalıcı biçimde uyum dengelerinin bozulmasına neden olabileceğini belirtmiştir. Lewis ve Parsons (2008) epilepsili çocukların akranları tarafından kabul görmek istediklerini belirtmiştir. Bu sonuçlara göre çalışmamızda kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanının Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın sonucundan düşük olması beklenebilir.

Stres yönetimi bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirleyen alt gruptur (Ardıç, 2008). Bu alt ölçekten en az 6 en fazla 24 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanların AYB ölçeği sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 17.55 ± 2.51 'dir (Tablo 3). Ardıç (2008)'ın sonuçları ile yakın (18.1 ± 2.69), Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın sonuçlarından düşüktür (19 ± 4). Hastalıklar enerji rezervlerini düşürür, strese karşı savunmayı azaltarak adölesanların dayanıklılığını düşürür (MacNamara, 2000). Bu nedenle epilepsili adölesanların stres puanlarının Hendricks ve arkadaşları (2006)'nın çalışma sonuçlarından düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Spiritüel sağlık bireyin inançları, manevi görüşlerini, değer yargılarını değerlendiren alt gruptur. Bu alt ölçekten en az 6 en fazla 24 puan alınmaktadır. Epilepsi tanısı alan adölesanların AYB ölçeği spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması 15.94 ± 3.00 'dir (Tablo 3). Ardıç (2008)'ın sonuçlarından düşüktür (17.3 ± 3.13). Adölesan dönemde ortaya çıkan değişikliklerden biri bilişsel gelişme açısından olmaktadır. 12 yaş Piaget'nin tanımladığı zihinsel gelişme dönemlerinin sonuncusu olan formal operasyonel düşüncenin (soyut kavramları düşünebilme yetisi) de gelişmeye başladığı zamandır. Bu zihinsel gelişim gencin zaman kavramının farkına varmasına, şimdiki zamanın ötesinde düşünmeye başlayıp gelecekle ilgili kaygılar duymasına, zamanın geçmekte olduğunu hissedip kendi ölümlülüğünü de fark etmesine neden olur ki bu da başedilmesi gereken ek stresler demektir. Düşünme yetisindeki bu gelişme genci yaşamın anlamı ve amaçları gibi ciddi felsefi veya dini soyut kavramları da düşünmeye itebilmektedir. Kurdukları varsayımları sınamadan geçirir, soyut düşünür, genellemeler yapar ve soyut kavramları kullanarak bir durumdan ötekine geçebilirler. Birçok açıdan düşünebilme adölesana yeni bir düşünce esnekliği sağlar. Çocuğun eylem çerçevesinde sınırlı olmasına karşılık adölesan zihninde birçok seçeneği gözden geçirip inceleyebilir, kuramlar biçimlendirebilir ve düşsel dünyaları kavrayabilir. (Shulman ve Ben-Artzi, 2003; Gentry, 2002; Yavuzer, 2012). Fakat genetik, stresli yaşam olayları ve var olan kronik hastalıklar adölesan döneme geçişi zorlaştırır (Gentry, 2002; De Vries vd, 2007). Çalışmamızda epilepsili adölesanların spiritüel sağlık alt ölçek puanlarının

sağlıklı adölesanlardan düşük çıkması kronik hastalığın bilişsel gelişimi geciktirmesinden kaynaklanabilir.

Adölesanların yaş gruplarına göre AYB ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde yaş grupları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4). Adölesanların yaşları küçüldükçe sağlık davranış puanları artmaktadır. Benzer şekilde Ardıç (2008)'in çalışmasında adölesanların yaşları ile fiziksel aktivite, stres yönetimi alt grupları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Limnili (2010)'nin çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinin tüm alt grupları ve toplam puanları arasında anlamlı fark bulmuş, küçük yaşta olanlar daha yüksek puan almıştır. Yapılan bazı çalışmalar (Dağdeviren, 2010; Kefeli, 2010; Yıldız, 2010) ise sağlıklı yaşam davranışı ile yaş arasında fark olmadığını belirlemiştir. Erken adölesan dönemde ilk dikkati çeken hızlı bedensel değişikliklerdir. Dönemin ortalarından itibaren adölesanlarda davranış ve duygulanımın düzenlenmesinde problemler ve risk alma davranışlarına yatkınlık görülür (Çelik vd, 2008). Riskli davranışlar direkt ya da indirekt olarak gençlerin sağlık ve iyilik hallerini etkilemektedir (Alikaşifoğlu, 2008). Bu nedenlerle çalışmamızda 12-15 yaş grubu adölesanların 16-19 yaş grubuna göre sağlıklı davranış düzeyi yüksek bulunmuş olabilir.

Adölesanların cinsiyetine göre AYBÖ ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5). Ardıç (2010)'ın çalışmasında cinsiyet ile AYB ölçeği arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puanları kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda ise Cihangiroğlu (2010) cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olmadığını, Yıldız (2010) erkek öğrencilerin beslenme, egzersiz alt ölçek puan ortalamasının ve genel ölçek puan ortalamalarının kız öğrencilere göre daha yüksek olduğunu, Dağdeviren (2010) erkek öğrencilerin kendini gerçekleştirme ve egzersiz alt ölçeklerinde kızlara göre anlamlı düzeyde yüksek puan aldığını, Kefeli (2010) erkeklerin fiziksel aktivite boyutunun, kızların ise kişilerarası ilişkiler boyutunun yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu, Limnili (2010) kızlarda kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt ölçeklerinde erkeklere göre daha yüksek puan aldıklarını belirtmişlerdir.

Eğitim düzeylerine göre adölesanların AYB ve alt leklerinin puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında ilköğretim grubu adölesanlar lise grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 7). Yıldız (2010)'ın lise ğrencilerinde yaptığı çalışmada sadece egzersiz alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlköğretim düzeyi adölesanlar 12-14 arası yaşlara denk gelmektedir. Çalışmamızda 12-15 yaş grubu adölesanların 16-19 yaş grubu adölesanlara göre sağlıklı davranış düzeyinin yüksek bulunması nedeni ile ilköğretim düzeyi adölesanların sağlıklı davranış düzeylerinin lise grubu adölesanlara göre yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur.

Adölesanların kardeş sayısına göre AYB ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 8). 4 kardeş ve üzeri olan grupta fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Adölesan dönem duygusal yoğunluğu ve çalkantıların yaşandığı gelişimsel bir dönemdir. Adölesan bu dönemde her ne kadar bağımsızlık çabası versede her zaman bir yetişkinin desteğine ihtiyaı vardır. Dönemin doğası gereği var olan zorlukların yanı sıra kronik bir hastalığın yükü çocuğun yeniden şekillenecek olan yaşamında daha çok desteğe ihtiyaç duymasına neden olur (Shulman ve Ben-Artzi, 2003; Gentry, 2002; Yavuzer, 2012). Ailede ocuk sayısının fazla olması epilepsili adölesanın ebeveynlerinden bu dönemde ihtiyaı olan desteği sınırlayabilir ve sağlık davranış düzeyinin yeterince gelişmemesine neden olabilir.

Aile tiplerine göre adölesanların AYB ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamasında çekirdek ailede yaşayan adölesanlar geniş ailede yaşayan adölesanlardan fazla puan almışlardır ($p<0.05$) (Tablo 9). Ardıç (2008)'ın çalışmasında geniş aile yapısına sahip adölesanların sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı çekirdek ailede yaşayanlardan yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda Berçin (2010) ğrencilerin aile tipine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları leği ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamış, Dağdeviren (2010) lise ğrencilerinin aile tipi ile beslenme alt leği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları leği toplam puan ortalaması çekirdek ailede yaşayan öğrencilerde diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kefeli (2010) Lise ğrencilerinde çekirdek aile yapısına sahip olan grubun, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi, manevi gelişim alt

boyutları ve genel ölçek puan ortalamaları, geniş ve parçalanmış aileye sahip olan gruba göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Geniş ailede çocukların tutum ve davranışlarının gelişmesi ebeveyn dışındada pek çok aile üyesinden etkilenir. Çekirdek ailede birey sayısının geniş aileye göre sınırlanmış olması ebeveynlerin adölesanların tutum ve davranışlarının gelişmesi sürecinde tutarlı mesajlar vermesini sağlayacaktır. Ayrıca, ebeveynlerin bağımsız karar almasının daha kolay olmasını ebeveynlerin adölesanın gelişimsel sorunlarına ek olarak ortaya çıkan hastalığa özgü sorunları daha iyi kontrol etmeyi ve sağlığı geliştirici yönü güçlendirmeyi sağlayabilir. Bu nedenle çekirdek ailede yaşayan adölesanların sağlıklı davranış düzeyinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Adölesanların kendi değerlendirmelerine göre gelir durumuna ile AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10). Berçin (2010) kendi değerlendirmelerine göre ekonomik durum ile beslenme ve kişiler arası destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Yıldız (2010) aylık geliri 1500 TL ve üzerinde olanlarda beslenme dışında tüm alt ölçek puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalamaları yüksek bulmuş ve aylık ortalama gelir ile kişilerarası destek alt ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Cihangiroğlu (2010) öğrencilerin kendi sosyoekonomik düzeyini algılama dereceleri yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanı ile alt gruplarından beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puanlarının arttığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptamıştır. Kefeli (2010) geliri giderden fazla olarak tanımlayan grubun beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi ölçeği puan ortalamalarının, geliri giderden düşük ve geliri gidere denk olarak tanımlayan gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir.

Adölesanların baba eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde babası ortaokul mezunu olan grupta kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması ilkokul mezunu olan grupta yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 11). Ardiç (2008) adölesanların babaları lise mezunu olanlarda fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler puanları ve ölçek toplam puanını yüksek bulmuştur. Kefeli (2010) babası yüksekokul/üniversite mezunu olan adölesan grubun manevi gelişim alt boyutu diğer gruplara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulmuştur. Dağdeviren (2010) ve Yıldız (2010)'ın adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada baba eğitimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki

bulunmamıştır. Babanın eğitim düzeyi arttıkça sağlığın geliştirilmesi ile ilgili algılarda gelişebilir bu nedenle baba eğitimi yükseldikçe sağlıklı davranış düzeyi yükselebilir.

Babanın çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında babası çalışan grup çalışmayan gruptan fazla puan almıştır. ($p<0.05$) (Tablo 12). Dağdeviren (2010) ve Kefeli (2010) babanın çalışma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki bulunmamıştır. Babanın çalışması ailenin ekonomik anlamda rahatlamasını sağlar, var olan ve olabilecek sağlık harcamalarında, sağlığı geliştirici aktiviteleri yapabilmeye kolaylık sağlaması adölesanların stres düzeyini azaltabilir ve spiritüel boyutu güçlendirebilir.

Adölesanların anne eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annesi okuryazar olmayan grubun ortaokul mezunu olan gruptan düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Ardıç (2008) adölesanların annelerinin eğitim durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuş, annesi ilkökul mezunu olan adölesanların sağlık sorumluluğu puanı, annesi lise ve üniversite mezunu olanların fiziksel aktivite puanı yüksek bulunmuştur. Kefeli (2010) annesi yüksekökul/üniversite mezunu olan adölesan grubun kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyutlarının diğer gruplara göre yüksek olduğunu belirtmiştir. Yıldız (2010) çalışmasında öğrencilerin anne eğitim düzeyine göre sağlık sorumluluğu alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Cihangiroğlu (2010) ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

Annenin çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annesi çalışmayan grupta puan ortalamaları çalışan gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14). Kefeli (2010) çalışmasında annesi çalışıyor olan adölesanların kişilerarası ilişkiler ve ölçek toplam puanı yüksek bulunmuştur. Dağdeviren (2010) istatistiksel anlamda ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda beslenme alt ölçeğinin yüksek olması çalışmayan annelerin çocuklarına daha fazla zaman ayırabilmelerinden ve adölesan dönemin hızlı bir büyüme gelişme dönemi olmasından dolayı beslenmeye önem vermelerinden kaynaklanabilir.

Adölesanların sağlık güvencesi ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15). Berçin (2010) lise öğrencilerinde sağlık

güvencesine sahip olanların, olmayanlara göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişiler arası destek ve sağlıklı yaşam biçimi toplam puan ortalamaları daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ardıç (2010)'ın çalışmasında sağlık güvencesi ile pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi arasında istatistiksel anlam bulunmuştur.

Adölesanların şu anki sağlık durumu algısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite alt ölçek puanında sağlığını “çok iyi” olarak değerlendiren çocukların ortalaması daha yüksek ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puanında sağlığını “orta” olarak değerlendiren adölesanların puanı en düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15). Ardıç (2010)'ın çalışmasında sağlığını “iyi” olarak değerlendiren öğrencilerin sağlık sorumluluğu, “çok iyi” olarak değerlendiren öğrencilerde fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve toplam ölçek puanını yüksek bulmuştur. Berçin (2010) lise öğrencilerinin kendi sağlığını algılama düzeyi “çok iyi” olanların, “iyi” olanlara göre kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamasını daha yüksek saptamıştır. Sağlığı algılama düzeyi “çok iyi” olanların, “iyi” ve “çok kötü” olanlara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasını yüksek saptamıştır. Cihangiroğlu (2010) öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirme dereceleri “iyi” yönünde yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi ölçeği toplamı ile alt ölçeklerinden sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi puan ortalamalarının arttığını saptamıştır. Dağdeviren (2010) lise öğrencilerinde sağlığını ‘çok iyi’ olarak değerlendirenlerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamasını diğer öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Öğrencilerden sağlığını ‘çok kötü’ olarak değerlendirenlerin beslenme ve kişilerarası destek alt ölçeklerinden aldıkları puanların diğer öğrencilerden düşük olduğunu saptamıştır. Kefeli (2010) sağlık durumunu “çok iyi” olarak değerlendiren öğrencilerin ölçek toplam puanını, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları puan ortalamalarını, sağlık durumunu “iyi” ve “kötü/çok kötü” olarak değerlendiren gruba göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Epilepsi hastalarında ilaç kullanımının olmaması, nöbetlerin kontrol altına alınmış olması hastalığın varlığına rağmen epilepsili adölesanın kendini daha iyi hissetmesine ve sağlığını iyi olarak değerlendirmesine neden olabilir. Sağlığın iyi olarak algılanması sağlık davranışlarının korunması ve geliştirilmesi yönünde motivasyon kaynağı olabilir.

Adölesanların tanı zamanına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının 7 yıl ve daha önce tanı konan grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 17). Kronik hastalıklarda çocuğun gelişim düzeyi, uyumu ve yetenekleri, anne baba adölesan ilişkisi, aile içi denge etkilenir. Adölesan ve ailesi hastalıkla, hastalığın getirdiği kısıtlamalarla, sosyal uyum problemleri gibi pek çok durumla başetmek ve yeni uyum mekanizmaları geliştirmek zorundadır. Kronik hastalığa sahip olunduğu andan itibaren başetme mekanizmaları tahrip olmaya başlar ve zamanla zayıflar. Çalışmamızda tanı alma zamanı daha eski olan adölesanların stresle başetme ve pozitif yaşam bakışı alt ölçeklerinin düşük olmasını bu duruma bağlayabiliriz.

Kontrollere gitme durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde bütün kontrollerine aksatmadan giden grupta sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18). Kontrollere düzenli gitme hastalığın kabullenildiğini ve hastalığa uyumun sağlandığını gösteren bir durumdur. Bu nedenle kontrollerine aksatmadan giden grubun sağlıklı yaşam davranışlarını daha yüksek düzeyde göstermesi beklenen bir durumdur.

Hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde bilgi alan grubun beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 19). Hastalık hakkında bilgi almış olmak uyum sürecini kolaylaştıran bir etkidir. Bu nedenle bilgi alan grupta sağlıklı yaşam davranışı almayan gruba göre yüksek olabilir.

Adölesanların ilaç kullanım durumlarına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde kombine ilaç kullanan grupta sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Adölesan dönem çevreyle çatışmalar yaşanan bir dönem olduğu kadar içsel çatışmalarında yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Adölesanın, dönem sonuna geldiğinde kendi iç dünyasına ve çevresine sağlıklı bir uyum yapmış olarak yetişkinliğe geçmesi beklenir. Adölesan, bu dönem boyunca fırsat sunulan yetişkinlik rolleri denemeleri sayesinde bağımsız bir yetişkinliğe adım atabilir. Ancak kronik bir hastalığın varlığı ve bu hastalık nedeni ile pek çok ilaç kullanmak zorunda kalma yetişkinliğe sağlıklı bir geçiş yapmayı zorlaştırır ve adölesan dönemdeki çatışmaların yoğunluğunu arttırabilir. Ergen bu durum

içerisinde bir yetişkin rolü sayılabilecek kendi sağlık sorumluluğu alma konusunda yeterli istek ve beceriyi gösteremediği düşünülebilir.

Adölesanların hastanede yatma durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde hastaneye yatmayan grubun beslenme alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21). Hastaneye yatışın olması günlük yaşamı son derece etkileyen ve taburculuk sonrasında etkilerini devam ettiren bir durumdur (Erdoğan ve Karaman 2008). Bu nedenle günlük yaşamın önemli bir parçası olan beslenme aktivitesi hastaneye yatmayan grupta daha sağlıklı düzeyde olabilir.

Adölesanların hastanede yatma sayısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları 4 ve üzeri yatış yapan grupta yüksek, fiziksel aktivite, beslenme, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları 1-3 kez yatan grupta düşük olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklarda tekrarlı yatışlar söz konusu olmakta, ilk yatışlar hastalığın inkar edildiği ve kabullenilmeye çalışıldığı dönemlere denk gelmektedir. Spiritüel sağlık alt ölçek puanının düşük olmasını bu duruma bağlayabiliriz. Ayrıca adölesan daha önce hiç deneyimlemediği işlemler, yeni bir rol olarak hasta olma ve hastane ortamı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu dönem hastalığa, aynı zamanda hastanede olmaya alışma dönemidir. Adölesan ve aile hastane ortamında beslenme, fizik aktivite gibi günlük rutinlerini yerine getirmede zorlanabilir. Hastaneye yatışlar arttıkça hastane ortamına, hastalığa ve tekrarlı yatışlarda bozulan aile dinamiklerinin yeniden sağlanması kazanılan deneyimlerle birlikte kolaylaşabilir. Bu nedenlerden dolayı adölesan yatış sayısı arttıkça kendi sağlık sorumluluğunu alabilir ve kişiler arası ilişkilerini geliştirebilir.

Adölesanların eğitime ara verme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi alt ölçeği hiç ara vermeyen grubun 1-4 hafta eğitime ara veren gruba göre ölçek puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Spiritüel sağlık alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarında ise 1-4 hafta ara veren grubun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Adölesan dönem yoğun bir eğitim öğretim dönemini içine almaktadır ve gelecek planları eğitimdeki başarı durumuna göre şekillenmektedir. Hastalık nedeni ile eğitime ara vermek stres yükünü arttırmakta, gelecek planlarını etkilediği için yaşamın anlamını yeniden sorgulamaya ve spiritüel sağlık ve stres yönetimi alt boyutlarında gerilemeye ya da istenilen düzeyde gelişmemesine neden olabilir.

Adölesanların epilepsi dışında bir hastalığının varlığına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde başka bir hastalığı olmayan grubun fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Adölesan dönem fiziksel açıdan son derece hareketli olunması beklenen bir dönemdir ancak birden fazla hastalığa sahip olmak ve epilepsi hastalığının nöbetler açısından kısıtlayıcılığının olması fiziksel aktivite alt boyutunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Öğretmenlerin ve arkadaşların adölesanın epilepsi hastası olduğunu bilme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Epilepsi hastaları için stigma çok uzun yıllardan beri söz konusu olmuştur ve günümüzdede epilepsi hastaları stigmatı değişen boyutlarda yaşamaktadır (WHO, 2005; Naz Yeni ve Karaağaç, 2005). Bu nedenle adölesanlar ve aileleri hastalıklarını gizleme eğiliminde olabilirler. Bizim çalışmamızda epilepsili adölesanlar %33 oranında arkadaşlarının, %11.8 oranında öğretmenlerinin kendisinin epilepsi hastası olduğunu bilmediğini belirtmişlerdir.

6.SONUÇLAR

Epilepsili adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Adölesanların %46.1'i kız, %53.9'unun erkek olduğu, yaş ortalamalarının 14, %65.7'sinin ilköğretim öğrencisi olduğu saptanmıştır. Adölesanların %30.4'ü 3 kardeş, %74.5'i çekirdek aile, %79.5'i orta gelir düzeyinde, %93.1'inin sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğu (%60.8) ilkökul mezunu ve çalışmazken (%96.1) babaların %46'sı lise ve üzeri eğitim düzeyinde ve %82.4'ü çalışmaktadır (Tablo 1).

- Adölesanların %49'unun sağlıklarını iyi olarak değerlendirdiği, %53.9'unun normal kilolu olduğu, %33.3'ünün 4-6 yıl önce epilepsi tanısı aldığı, %78.4'ünün bütün kontrollerine aksatmadan gittiği, %21.6'sının 1-4 kez bayıldığı belirlenmiştir. Adölesanların %90.2'sinin hastalığı hakkında bilgi aldığını ve %63.9'unun bu bilgiyi doktordan aldığı belirlenmiştir. Adölesanların %60.8'inin tek ilaç kullandığı, %43.2'sinin hiç hastaneye yatmadığı, %53.9'unun hastalığı nedeni ile eğitimine ara vermek zorunda kalmadığı, %88,2'sinin epilepsi hastası olduğunu öğretmenin bildiği, %66.7'sinin epilepsi hastası olduğunu arkadaşlarının bildiği, %75.5'inin epilepsi dışında başka bir hastalığının olmadığı, %57'sinde ailede sürekli hastalığı olan birey olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

- Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeğinden (AYBÖ) aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının 15.78 ± 3.37 , fiziksel aktivite alt ölçeği puan ortalamasının 14.50 ± 3.77 , beslenme alt ölçeği puan ortalamasının 18.73 ± 3.82 , pozitif yaşam bakışı alt ölçeği puan ortalamasının 18.53 ± 3.01 , kişiler arası ilişkiler alt ölçeği puan ortalamasının 17.07 ± 2.95 , stres yönetimi alt ölçeği puan ortalamasının 17.55 ± 2.51 , spiritüel sağlık alt ölçeği puan ortalamasının 15.94 ± 3.00 olduğu görülmektedir. Adölesanların Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği toplam puan ortalaması ise 118.25 ± 15.48 'dir (Tablo 3).

- Adölesanların yaş gruplarına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puanların ortalamaları göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında 12-15 yaş grubu adölesanlar 16-19 yaş grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4).

- Adölesanların cinsiyetine göre kızların alt ölçek ve genel ölçek puan ortalamaları yüksek görünmekle birlikte cinsiyet ile AYBÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).
- Beden kitle indeksi ile beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında zayıf olan grupta beslenme ve genel ölçek puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6).
- Eğitim düzeylerine göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında ilköğretim grubu adölesanlar lise grubu adölesanlardan daha fazla puan almışlar ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7).
- Adölesanların kardeş sayısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında 4 kardeş ve üzeri olan grupta fiziksel aktivite, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8).
- Aile tiplerine göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalamasında çekirdek ailede yaşayan adölesanlar geniş ailede yaşayan adölesanlardan fazla puan almışlardır ($p<0.05$) (Tablo 9).
- Adölesanların gelir durumuna göre gelir durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).
- Adölesanların baba eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır. Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında bu farkın babası ortaokul mezunu olan grup ile ilkokul mezunu olan grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Babanın çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamasında babası çalışan grup çalışmayan gruptan fazla puan almıştır. Yapılan karşılaştırmada babanın çalışma durumuna göre stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalaması arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 12).

- Adölesanların anne eğitim düzeyine göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bu farkın annesi okuryazar olmayan grup ile ortaokul mezunu olan grup arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).
- Annenin çalışma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, annesi çalışmayan grupta alt ölçek puan ortalamaları ve genel ölçek puan ortalaması çalışan gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).
- Adölesanların sağlık güvencesi ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).
- Adölesanların şu anki sağlık durumu algısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite ve pozitif yaşam bakışı alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında bu farkın fiziksel aktivite alt ölçek puanında kötü ve çok iyi olarak değerlendiren gruplardan, pozitif yaşam bakışı alt ölçek puanında orta olarak değerlendiren grupta olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 16).
- Adölesanların tanı zamanına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında pozitif yaşam bakışı ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının 7 yıl ve daha önce tanı konan grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 17).
- Kontrollere gitme durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bütün kontrollerine aksatmadan giden grupta sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam bakışı, spiritüel sağlık alt ölçek puan ortalaması ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

- Hastalık hakkında bilgi alma durumuna göre adölesanların AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, bilgi alan grubun beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 19).
- Adölesanların ilaç kullanım durumlarına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında kombine ilaç kullanan grupta sağlık sorumluluğu alt ölçek puanı düşük bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 20).
- Adölesanların hastanede yatma durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde beslenme alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, hastaneye yatmayan grubun beslenme alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21).
- Adölesanların hastanede yatma sayısına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları 4 ve üzeri yatış yapan grupta yüksek, fiziksel aktivite, beslenme, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları 1-3 kez yatan grupta düşük olduğu belirlenmiştir($p<0.05$) (Tablo 22).
- Adölesanların eğitime ara verme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde stres yönetimi, spiritüel sağlık alt ölçekleri ve genel ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında stres yönetiminde farkın hiç ara vermeyen grupla 1-4 hafta ara veren grup arasında olduğu ve hiç ara vermeyen grubun ölçek puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Spiritüel sağlık alt ölçeği ve genel ölçek puan ortalamalarında ise 1-4 hafta yatan grubun puan ortalamasının diğer gruplara göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 23).
- Adölesanların öğretmenlerinin, epilepsi hastası olduğunu bilme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre adölesanların öğretmenlerinin,

epilepsi hastası olduğunu bilme durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 24).

- Adölesanların arkadaşlarının, epilepsi hastası olduğunu bilme durumuna göre AYBÖ ve alt ölçek puanları verilmiştir. Buna göre adölesanların arkadaşlarının, epilepsi hastası olduğunu bilme durumu ile AYBÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25).

- Adölesanların epilepsi dışında bir hastalığının varlığına göre AYBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, başka bir hastalığı olmayan grubun fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 26).

7.ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonunda epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerle ilgili sonuçlar dikkate alındığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Toplum sağlığı hemşirelerinin ev ziyaretleri ile adölesanların kronik hastalığa uyumlarını, ilaç kullanımlarını, kontrollerine düzenli gidip gitmediklerini, sağlıklı büyüme gelişmelerini sürdürüp sürdürmediklerini değerlendirmesi ve multidisipliner bir yaklaşımla gerekli müdahaleleri yapması,
- Polikliniklerde kronik hastalık hemşireliği biriminin oluşturulması, hastalığa özgü bilgilendirmelerin yapılması ve uyum sürecinin desteklenmesi,
- Kronik hastalık tanısı alan adölesanların özellikle ilk yatışlarında hastane ortamına uyum sağlamaları için ayrıcalıklı bir destek sağlanması,
- Okullarda ders müfredatları içerisine kronik hastalıklar ve etkileri ile ilgili seminerler eklenmesi, bu seminerlerde özellikle stigma ile ilgili tutum ve düşüncelerin ifade edilmesinin desteklenmesi,
- Okullarda öğrencilerin büyüme gelişmelerini destekleyecek şekilde spor salonlarının bulunması,
- Belediyelerin sportif faaliyet alanları oluşturması,
- Toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi,
- Toplumun geneline kronik hastalıklar ve stigmaya yönelik bilgilendirme toplantılarını yapılması,
- Daha büyük örneklem gruplarında ve farklı hastalıklarda Adölesan Yaşam Biçimi ölçeği ile çalışmanın tekrarlanması.

KAYNAKLAR

- Aguilar, B. Blázquez, M.C. Rubio, E.A. Rey, J.M. (2004), Quality of Life of Adolescents Suffering from Epilepsy Living in the Community, *J. Paediatr. Child Health*, Vol: 40, 110–113
- Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (ASAGM). (2010). Türkiye’de Ergen Profili 2008, GENAR Araştırma Eğitim Danışmanlık, Ankara.
- Akçalı, A. Altındağ, A. Geyik, S. Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, *Nöropsikiyatri Arşivi*, Sayı: 46, 91-7
- Akman, S. (2006). Epileptik Nöbet Geçiren-Sağlıklı Çocuğu olan Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Alçı, E. Özgür, S. (1997). Epilepsili Çocukların Okul Yaşantısına İlişkin Karşılaşılan Güçlükler, *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 65-73.
- Alikaşifoğlu, M. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi No:63, 55-59.
- Alpar Ecevit, Ş. Şenturan, L. Karabacak, Ü. Sabuncu, N. (2008), Change in the Health Promoting Lifestyle Behaviour of Turkish University Nursing Students from Beginning to end of Nurse Training, http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WNW-4SJGWS4-222cdb2ed247c611b1deddc4554928c , Erişim Tarihi: 31.07.2009.
- Apaydın, H. (2009). Nöroloji Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Araz, A. Harlak, H. Meşe, G. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Cilt:6, No:2, 112-122.
- Ardıç, A. (2008), Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aslan, H. Şener, D. K. (2009). Stigma, Spiritüalizite Ve Konfor Kavramlarının Meleis’in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:1, 51-58.
- Aydın, A. (2000). İzmir Merkez İlçe 7-17 Yaş Okul Çocuklarında Epilepsi Prevalansının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 42.
- Aydoğan, S. (2010). İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Umut ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Aygün, B. (2010). Erzurum İl Merkezinde 7-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarında Epilepsi Prevalansının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Erzurum Üniversitesi, Erzurum.
- Ayhan, İ. (2006). Modern Korkularımız Depresyon, Kaygı, Stres, *Bilim Teknik Dergisi*, Ek: Yeni Ufuklara, No: 468, 5.
- Bahar, H. İ.(2009).Sosyoloji, Usak Yayınları, 3. Basım, Ankara, 34.
- Baltacı, G. (2008). Adölesan ve Egzersiz, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Ankara.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2008). Stres ve Baş etme Yolları, Geliştirilmiş 15. Basım, İstanbul.
- Basut, E. (2006). Stres, Başa çıkma ve Ergenlik, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Cilt:13, No:1, 31-36.
- Berçin, T. (2010). Lise Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Biddle, S.J. Fox, K. Boutcher, S. (2002). *Physical Activity and Psychological Well-Being*, Routledge, New York.
- Bilen, M. (1994). *Sağlıklı İnsan İlişkileri*, Armoni Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara, 3-38.
- Bilgiç, A. Yılmaz, S. Tıraş, S. Deda, G. Kılıç, E.S. (2006), *Bir Grup Epilepsili Çocukta Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler*, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3):165-172
- Blonna, R. (2010). *Stress Less Live More*, Raincoast Books, Canada, 7-8.
- Bodur S. İnfal, S. Sonay Kurt, A (2010). *Kronik Hastalığı Bulunan Adölesanlarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ile İlişkili Faktörler*, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt:9, Sayı:6, 645-650.
- Bouchard, C. Blair, S. Haskell, W. (2012). *Physical Activity And Healty*, Humankinetics, Europe.
- Bourne, E. (2010). *The Anxiety&Phobia Workbook*, Newharbinger, Canada, 105-115.
- Brust, C. M. (2008). *Güncel Nörolojik Tanı ve Tedavi*, Güneş Tıp Kitapevleri, (Çeviri Editörü: Emre, M.), Ankara, 47-67.
- Bury, M. (2005). *Heald and İllness*, Polity Press, Cambridge, 2.
- Canan, F. Atatoğlu, A. (2010). *Anksiyete, Depresyon ve Problem Çözme Becerisi Algısı Üzerine Düzenli Sporum Etkisi*, *Anatolian Journal of Psychiatry*, Sayı:11, 38-43.
- Cheung, C. Wirrell, E. (2006). *Adolescent' Perspection of Epilepsy Compared With Other Chronic Disease: Through a Teenager's Eyes*", *Journal of Child Neurology*, Volume 21, Number 3, 214-222
- Christian, B. J. (2010). *Research Commentary—Challenges for Parents and Families: Demands of Caregiving of Children With Chronic Conditions*, *Journal of Pediatric Nursing*, Sayı: 25, 299-301.
- Cihangiroğlu, Z. (2010). *Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler*, *Yüksek Lisans Tezi*, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Cloutier, R. (1994). *Ergenlik Psikolojisinde Kuramlar*, (Çev: Onur, B.) Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:27, Sayı:2, 875-904.
- Coşkun, T. (2005). *Fonksiyonel Besinlerin Sağlığımız Üzerine Etkileri*, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, Sayı:48, 69-84.
- Çelik, G. Tahiroğlu, A. Avcı, A. (2008), *Ergenlik Döneminde Beynin Yapısal ve Nörokimyasal Değişimi*, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Sayı:11, 42-47
- Çelikkaş, E. Erdiñç, O. Metintaş, S. Fidan, H. Arıkan, İ. (2010). *Eskişehir İlinde 15 Yaş ve Üzerinde Epilepsi İnsidansı*, *7. Ulusal Epilepsi Kongresini-Poster Bildiriler*, Kapadokya, 80.
- Çetinkaya, B. Altundağ, S. Azak, A. (2007). *Spiritüel Bakım ve Hemşirelik*, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007*;cilt:8, Sayı:1, 47 – 50.
- Çuhadaroğlu, F.(2006). *Ergenlikde Psikososyal Gelişim*, *I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri*, <http://ergen.org.tr/pdf/Kongre1KonusmaMetinleri.pdf> .
- Dağdeviren, Z. (2010). *Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları Ve İlişkili Faktörler*, *Yüksek Lisans Tezi*, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- De Vries, L. Karasik, A. Landau, Z. Phillip, M. Kiviti S. Goldberg-Stern, H. (2007). *Endocrine Effects of Valproate in Adolescent Girls with Epilepsy*, *Epilepsia*, Vol. 48, No. 3, 470-477.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2004). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 7.

- Dilbaz, N. Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi, *Kriz Dergisi*, Cilt:1, No:3, 134-138.
- Doğan, O. Doğan, S. (2009). Sağlık Hizmetlerinde İletişim, *Sonsür Eğitim Hizmetleri*, Ankara.
- Donohue, W. Tolle L.W. (2009). *Behavioral Approaches to Chronic Disease in Adolescence*, Springer, New York.
- Edelman CL, Mandle CL (2002). *Health Promotion Throughout the Lifespan*. Mosby, 5th Ed, Philadelphia, 4-24.
- Erdoğan A. Karaman M. G. (2008). Kronik Ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı:9, 244-252.
- Ergün, A. ve Erol, S. (2007). Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 4(4),46-51.
- Erkan, T. (2008). Ergenlerde Beslenme, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, *Sempozyum Dizisi*, No:63, 73-77.
- Essau, C. (2008). *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment*, Elsevier, 1. Basım, London.
- Farrell, M.L. Nicoteri, L. A. (2007). *Nutrition*, Jones&Bartlett Publishers, Second Edition, Canada, 101-105.
- Fazlıoğlu, K. Hocaoğlu, Ç. Sönmez, M. (2010). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Cilt:2, Sayı:2,190-205.
- Fisher, J. (2010). Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM, *Religions*, 1, 105-121
- Geçkil, E. Yıldız, S. (2006). Adölesanın Sağlık Davranışları ve Sorunları, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26-34.
- Gentry, J. H. (2002), *A Reference for Professionals Developing Adolescents*, American Psychological Association, First ed, Washington.
- Gökçe, O. (2005). *İletişim Bilimlerine Giriş*, Turhan Kitapevi, 6. Baskı, Ankara, 140.
- Gökler, I. (2004). Çocukluk Dönemi Kronik Hastalıklarının Psikososyal Boyutlarına İlişkin çalışmaların Yöntemsel Açından Gözden Geçirilmesi: İleriye Yönelik Öneriler, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Cilt:11, Sayı:1, 16- 30.
- Guerrini, R. Battini, R. Ferrari, R.A. Veggiotti, P. Besana, D. Gobbi, G. Pezzani, M. Berta, E. Tetto, A. Beghi, E. Monticelli, M. Tediosi. L. Vd. (2001). The Costs of Childhood Epilepsy in Italy: Comparative Findings from Three Health Care Settings, *Epilepsia*, Cilt:42, Sayı:5, 641-646.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt 21, Sayı 1, 92-95.
- Gültekin, G. Baran, G. (2005), 9-14 Yaş Grubu Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı Düzeylerinin İncelenmesi, *Türk Pediatri Arşivi*, Sayı:40, 211- 220.
- Haran, S. (2004). Ergenlerde Gelişimsel Kriz Üzerine Bir Klinik Çalışma, *Kriz Dergisi*, Cilt:12, No:1, 47-53.
- Hendricks, C.S. Murdaugh, C. Pender, N.C. (2006). The Adolescent Lifestyle Profile; Development and Psychometric Characteristics, *Journal of National Black Nurses Association*, 17(2), 1-5
- Howard, M.G. Radlof, M. Sevier, T. (2004). Epilepsy and Sports Participation, *Current Sports Medicine Reports*, Vol:3, 15-19.
- Insel, P. Ross, D. McMahan, K. Bernstein, M. (2011). *Nutrition*, Jones&Bartlett Publishers, Fourth Edition, Canada, 31.
- İbrahimoğlu, D. (2009). *Mutluluğa Giden 7 Yol*, Hayat Yayınları, İstanbul

- İlhan, N. (2009). Lise Öğrencilerinin Sağlık Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Kaya, H. (2010). Küresel Sağlığı Geliştirmede Hemşirelik Eğitimi, Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, 360-365.
- Kefeli, B. (2010). Samsun İl Merkezindeki Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Kirschmann J. D.(2007), Nutrition Almanac, McGraw-Hill Professional, Sixth Edition, 4.
- Kostak, M. A. (2007). Hemşirelik Bakımının Spritüel Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6, 105-115.
- Kutlu, G. Biçer Gömceli, Y. , Sanivar F. İnan, L. (2010). The Cost of Epilepsy in Ankara, The Capital of Turkey, Epilepsi Dergisi, Cilt:16, No:3, 147-152.
- Lewis, A. Parsons, S. (2008), Understanding of Epilepsy by Children and Young People with Epilepsy, European Journal of Special Needs Education, Vol. 23, No. 4, 321-335
- Limnili, G. (2010). Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- MacNamara, S. (2000). Stress in Young People: What's New and What To Do?, Cromwell Press, New York, page: 216
- Naz Yeni, S. Karaağaç, N. (2005). Epilepsiler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, No:42, Ocak, 159-175.
- Nielsen, J.S. Siega-Riz, A. M. Popkin, B. M. (2002). Trends in Food Locations and Sources among Adolescents and Young Adults, Preventive Medicine, Sayı:35, 107-113.
- Ocakçı, A. (2007). "Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü", <http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm> .
- Oğul, E. (2002). Klinik Nöroloji, Nobel&Güneş Tıp Kitabevleri, 1. Basım, Bursa.
- Onal, A. E. Tumerdem, Y. Ozturk, M. Gurses, C. Baykan, B. Gokyigit, A. Ozel , S. (2002). Epilepsy Prevalence in A Rural Area in Istanbul, Seizure - European Journal of Epilepsy , Cilt:11, Sayı:6 , Eylül , 397-401.
- Oto, R. Apak, İ. Arslan, S. Yavavlı, A. Altındağ, A. (2004). Epilepsinin Psikososyal Etkileri, Klinik Psikiyatr, 7, 210-214.
- Öge, E. (2004), Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 272-312s
- Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 13.
- Rew, L, Horner, S. Fouladi, R. (2010). Factors Associated with Health Behaviors in Middle Childhood, Journal of Pediatric Nursing, Cilt:25, Sayı:3, No:25, 157-166.
- Samsa, H. (2008). Farklı Epilepsi Türlerinde ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Bilişsel ve Davranışsal Bulguların Tartışılması, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 16.
- Seraganian, P. (1993). Exercise Psychology, Wiley&Sons, Canada
- Serdaroğlu A, Ozkan S, Aydın K, Gucuyener K, Tezcan S, Aycan S.(2004). Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years, J Child Neurol, Sayı:19, 271-274.
- Shils, M. E. Shike M. Ros A.C. Caballero, B. Cousins, R. (2006). Modern Nutrition in Health and Disease, Williams & Wilkins, 10th Edition, 156.
- Shulman, S. Ben-Artzi, E. (2003). Age-Related Differences in the Transition from Adolescence to Adulthood and Links with Family Relationships, Journal of Adult Development, Vol:10, No:4, 2017-215.

- Sizer, F. S. Piché, L. A. Whitney E. N. (2012). Nutrition Concepts and Controversies, Nelson, Second Edition, Canada, 182- 122.
- Sivas Valiliği (2012). Sivas Sosyal Ekonomik Göstergeler, http://www.sivas.gov.tr/default_B1.aspx?content=430.
- Tamar, M. Erermiş, S. Coşkunol, H. Gökçay, A. Aydın, C. Ülkü, A. (1997). Epileptik ve Diyabetik Çocuklarda Davranış sorunlarının Karşılaştırılması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 4(3):145-156
- T.C. Sağlık Bakanlığı (TCSB). (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, Anıl Matbaacılık, 1. Basım, Ankara.
- Tuğut, M. Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt: 11 Sayı:3, 17-26.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2008). Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Unicef-a (2011). The State of The World's Children 2011, Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu, New York.
- Unicef-b (2011). Dünya Çocuklarının Durumu 2011: Ergenlik, <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/y/o/yonetici-ozeti.pdf>
- Uysal, S. Ercan, T. (2005). Epilepsi, Spor, Psikososyal Yaşam, Türk Pediatri Arşivi, sayı:40, 68-71
- Ünal, A. (2006). İlköğretim Öğrencilerinin Gelecek ile İlgili umutlarının Yapısal Eşitlik Modelleriyle Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, İstatistik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Ünal, D. Şenol, V. Öztürk, A. Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:14, No:2, 101-109.
- Ünal, D. (2009). Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:16, Sayı:2, 75-81.
- Vidinlioğlu, S. Ö. (2010). Ortaöğretim Öğrencilerinin Benlik Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Wehmeier, P. M. Schacht, A. Rothenberger, A. (2009). Change in the Direct Cost of Treatment for Children and Adolescents with Hyperkinetic Disorder in Germany Over a Period of Four Years, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, Cilt:3, No:3, 1-7.
- Whitney, E. Whitney E.N. Rolfes, S.R. (2010), Understanding Nutrition, Cengage Learning, Twelfth Edition, Canada, 155.
- World Health Organization (2010). World Health Statistics 2010, WHO Press, Geneva, 155-175.
- World Health Organization. (2005), Atlas: Epilepsy Care in the World, Programme for Neurological Diseases and Neuroscience Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.
- Yavuzer, H. (2012). Çocuk Psikolojisi. 15. Basım İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yıldırım, N. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- Yıldız, İ. (2010). Lise Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Yörükoğlu, A. (2007), Gençlik Çağı, Özgür Yayınları, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Şenay ARAS DOĞAN
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 07/06/1986
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, 58140-Sivas
E-posta Adresi	saras@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Yenişehir Lisesi, 2003
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2012

İş Tecrübesi

Özel Sivas Anadolu Hastanesi	Hemşire, 2009-2010
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma görevlisi, 2010-

EKLER

EK-1:DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Elinde bulunan bu form, sizlerin sağlığını geliştirmeye yönelik planlanan bir araştırmanın bir bölümünü oluşturacaktır. Burada paylaşacağın bilgiler araştırma dışında kullanılmayacaktır ve araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruları okuduktan sonra cevaplamalı ve senin için uygun olan seçeneği (X) ile işaretlemelisin.

KATILIMIN İÇİN TEŞEKKÜR

EDERİM

Şenay ARAS

I. BÖLÜM

1. Kaç yaşındasın.....
2. Cinsiyetin () kız () erkek
3. Kaçınıcı sınıftasın.....
4. Kaç kardeşin var:.....
5. Aile yapını tanımlar mısın:
() çekirdek aile () geniş aile () anne baba ayrı yaşıyor
6. Gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsun?
() düşük () orta () yüksek
7. Babanın eğitim düzeyi nedir:
() okur-yazar değil () okur-yazar () ilkokul () ortaokul () lise () üniversite
8. Baban çalışıyor mu: çalışıyor () çalışmıyor ()
9. Annenin eğitim düzeyi nedir:
() okur-yazar değil () okur-yazar () ilkokul () ortaokul () lise () üniversite
10. Annen çalışıyor mu: () çalışıyor () çalışmıyor

11. Sağlık güvencen var mı?

var yok

II. BÖLÜM

12. Şu anki sağlık durumunu nasıl tanımlarsın?

Kötü Orta İyi Çok iyi

13. Kaç ay/yıl önce sara (epilepsi) tanısı konuldu?

.....

14. Kontrollere gidiyor musun?

Bütün kontrollerime aksatmadan gidiyorum

Bazı kontrollerime gitmedim

Hiç kontrole gitmedim

15. Son 6 ayda kaç kez bayıldın?

1 kez 2 kez 3 kez 4 kez 5 ve üzeri

16. Hastalığın hakkında bilgi verildi mi?

evet hayır

Evet ise kimden bilgi aldın?

hemşire doktor annem/babam diğer.....

17. Hastalığın nedeniyle kullanman gereken ilaçlar var mı?

var yok

Varsa ismi.....

18. Hastalığın nedeniyle alman ya da almaman gereken yiyecek, içecek vs. var mı?

var yok

19. Hastanede yatman gerekti mi?

evet hayır

Evet ise kaç kez yattın?

.....

20. Eğitimine hastalığın nedeniyle ara vermek zorunda kaldın mı?

() evet () hayır

Evet ise ne kadar süre ara verdin?

.....

21. Öğretmenlerin epilepsi (sara) hastası olduğunu biliyor mu?

() evet () hayır

22. Arkadaşların epilepsi (sara) hastası olduğunu biliyor mu?

() evet () hayır

23. Sara (epilepsi) dışında başka bir hastalığın var mı?

() evet () hayır

Evet ise hastalığının ismi

24. Ailede senden başka uzun süreli hastalığı olan var mı?

() evet () hayır

Evet ise yakınlık derecesi:..... ve

Hastalığın adı:

EK-2:ADÖLESAN YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

SORULAR	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.Ailemle sohbet etmek için zaman ayırıyorum				
2.Ailem ile aktif zaman geçiririm (yürüyüş, oyun oynama)				
3.Kendimi iyi hissetmediğim zaman en yakın sağlık kuruluşuna giderim				
4.Haftada en az üç gün yirmi dakika ya da daha uzun süre güç gerektiren fiziksel aktivite yaparım (aerobik, tempolu yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklet, yüzme)				
5.Gecede altı-sekiz saat uyurum				
6.Başkaları iyi bir şey yaptığı zaman onları kutlarım				
7.Şekerden ve şeker oranı yüksek diğer yiyeceklerde uzak dururum				
8.Sağlıkla ilgili konularda dergi ve kitap okurum				
9.İnanç ve düşüncelerim hakkında başkaları ile konuşurum				
10.Az yağlı süt veya süt ürünlerini tercih ederim (yoğurt, peynir, dondurma)				
11.Her gün gevşemek ve dinlenmek için kendime zaman ayırıyorum				
12.Başkalarının duygularına karşı duyarlı olmaya çalışırım				
13.Her gün çeşitli besin gruplarını içeren kahvaltı yaparım (zeytin, peynir, yumurta, bal, ekme 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 heyecanlandırır				
19.Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm				
20.İnanç ve düşüncelerimi paylaşacağım bir gruba katılırım				
21.Her gün iki-dört defa meyve yerim				

SORULAR	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
22.Sağlığını korumak ve iyileştirme ile ilgili seminer, toplantı ve eğitimlere katılıyorum				
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 ya da egzersiz yaparım				
28.Her yeni güne umutla bakarım				
29.İnanç ve düşüncelerimin gelişmesine yardım eden faaliyetlerde bulunurum				
30.Çeşitli et ürünleri tüketirim (balık, tavuk, hindi, kırmızı et)				
31.Başkaları ile olan anlaşmazlıklarımı kavga yerine konuşarak çözerim				
32.Arkadaşlarımla aktif sporlar yaparım (futbol, basketbol, voleybol, tenis gibi...)				
33.İhtiyacım olduğu zaman okuldaki rehber öğretmenimden yardım isterim				
34.Hemşire ve doktora sağlığını iyileştirme ile ilgili sorular sorarım				
35.Kendime ibadet ya da rahatlamak için zaman ayırırım				
36.Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım				
37.Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba harcarım				
38.Kendime başarabileceğim hedefler belirlerim				
39.İyi bir şey yaptığım zaman kendimi iyi hissedirim				
40.Kalp atışlarım hızlanana ve terleyene kadar egzersiz yaparım				
41.Ne yapacağıma inanç ve düşüncelerim doğrultusunda karar veririm				
42.Her gün altı bardak veya daha fazla su içerim				
43.Sorunlarımı bana yakın olan\güvendiğim biri ile tartışırım ve çözmeye çalışırım				
44.Sağlığını için zararlı davranışlardan uzak dururum (sigara içmek, alkol kullanmak, uyuşturucu kullanmak)				

EK:3 İzin Belgeleri



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı :B.104.ISM.4.5800.09-773-459
Konu : Uygulama

29/12/2010

Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğüne

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 24/12/2010 tarihli ve 2145-5775 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Şenay ARAS'ın "Epilepsi Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Sivas İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı 12-18 yaş grubu eğitimine devam eden epilepsi tanısı almış adölesanlara 01 Ocak 2011-30 Haziran 2011 Tarihleri arasında ev ziyareti yapılabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Kemal KARAKOLLUKÇU
Sağlık Müdürü V.

Ekler:

Onay (1 Adet)

Dağıtım:

İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü

Sağlık Müdürlüğü – 58040 / SİVAS

Ayrıntılı bilgi için lütfen O. TANRIVERDİ'ye yazın

Telefon: (0346) 225 63 67- Dahili: 1165-66-67 Faks: (0346) 221 95 85

E-posta: sivas.es@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sivassm.gov.tr



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.104.İSM.4.58.00.09-773/458
Konu :Uygulama

29/12/2010

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 24/12/2010 tarihli ve 2145-5775 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Şenay ARAS'ın "Epilepsi Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Sivas İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı 12-18 yaş grubu eğitimine devam eden epilepsi tanısı almış adölesanlara 01 Ocak 2011-30 Haziran 2011 Tarihleri arasında ev ziyareti yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Kemal KARAKOLLUKÇU
Sağlık Müdürü V.

OLUR

29/12/2010

İsmail KARADAĞ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Sağlık Müdürlüğü - 58040 / SİVAS

Ayrıntılı bilgi için irtibat: O.TANRIVERDİ Şef

Telefon: (0346) 225 63 67- Dahili: 1165-66-67 Faks: (0346) 221 93 55

E-posta: sivas.es@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sivassm.gov.tr



T.C.

Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

Sağlık Bilimleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : B.30.2.CUM.0.1H.00.00/ 1223

22.12.2010

Konu :

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: 02.12.2010 tarih ve 17848 sayılı sevk yazınız,
İlgi sayılı sevk yazınıza istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şenay ARAS' ın "**Epilepsili Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler**" konulu yüksek lisans tez çalışmasını hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı' nda yapma isteği, tarafımızca uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Gökhan KÖYLÜOĞLU
Başhekim