

T.C  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MALATYA İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM 6.7.8. SINIFLARINDA ÖĞRENİM  
GÖREN ÖĞRENCİLERİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI SOSYO  
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

E. HİLAL YAYAN

Danışman Öğretim Üyesi  
Yrd. Doç.Dr. Emine ALTUN

Sivas  
2009

## İÇİNDEKİLER

ÖZET	IV
SUMMARY	VI
TEŞEKKÜR	VIII
I. GİRİŞ	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
III. GENEL BİLGİLER	6
3.1. Sağlık Kavramı	6
3.2. Ergenlik	8
3.2.1. Ergenliğin Tarihsel Gelişimi	9
3.2.2. Ergenlik Dönemi Gelişimsel Özellikleri	10
—Fiziksel Gelişim	10
—Cinsel Gelişim	11
—Psikososyal Gelişim	12
3.3. Yaşam Kalitesi	15
3.3.1. Ergenlerde Yaşam Kalitesi	16
3.3.2. Ergen, Ebeveyn ve Yaşam Kalitesi	18
3.4. Ergenlerde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik	19
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	21
4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	21
4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	21
4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
4.4. VERİLERİN TOPLANMASI	22
Öğrenci Bilgi Formu	22
Aile Bilgi Formu	22
Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu (ÇİYKÖ)	22
4.5. UYGULAMA	23
4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	24
V. BULGULAR	25
VI. TARTIŞMA	50
VII. SONUÇLAR	58
VIII. ÖNERİLER	60

KAYNAKLAR	61
ÖZGEÇMİŞ	68
EKLER	69

## ÖZET

### MALATYA İL MERKEZİNDE İLKÖĞRETİM 6.7.8. SINIFLARINDA ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

Emriye Hilal YAYAN

Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü,

Danışman Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN

2009, 76 sayfa

Bu çalışmada Malatya il merkezinde ilköğretim 6–7–8. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin yaşam kalitesi ve etkileyen bazı sosyodemografik özellikleri konu edilmektedir.

Araştırmanın verileri, öğrencinin ve ailenin tanıtıcı özelliklerini içeren “Öğrenci Bilgi Formu” “Aile Bilgi Formu” ve ergenlerin yaşam kalitesini belirleyen “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu” “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu” aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 16 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Student t testi, ANOVA, ki-kare kullanılmıştır.

Çalışmaya 1434 öğrenci ve 952 ebeveyn katılmıştır. Öğrencilerin %51,7’si kız, %48,3’ü erkektir, %39,4’ü 13 yaşında ve yaş ortalaması 13,2’dir. Öğrencilerin %76,9’u çekirdek ailede yaşamakta, %8,8’i bir işte çalışmakta, %81,8’i spor yapmakta ve %27,7’sinin herhangi bir hobisi bulunmaktadır. %52,6’sı okul başarısını iyi olarak değerlendirmiş, %8,4’ü okul tekrarı yapmıştır. Ebeveynlerin %60,4’ü anne, %39,6’sı babadır. Annelerin %61,8’i 30-39 yaş arasında olup, %45,7’si ilköğretim mezunu ve %93,9’u ev hanımıdır. Babaların %57’si 40-49 yaşları arasında, %32,8’i ilköğretim, %24,1’i lise mezunudur ve %22,6’sı işçi, %26,8’i serbest meslekte çalışmaktadır. Ebeveynlerin %65,7’si ekonomik durumunun orta düzeyde ve %77,2’sinin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada öğrencilerin bazı sosyodemografik değişkenlerinin yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir. Okul başarısını çok iyi olarak değerlendiren öğrencilerle, kötü olarak değerlendiren öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmakta, okulda başarılı olan öğrenciler yüksek yaşam kalitesi bildirmektedir. Öğrencilerin okula devamsızlık durumları, sınıf tekrarı yapmaları, tek ebeveynli olması ve kardeş sayısı

yaşam kalitesinin sosyal alanlarını olumsuz etkilemektedir. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere, spor yapanların yapmayanlara, düzenli kahvaltı yapanların, yapmayanlara göre ve boş zamanını iyi değerlendiren öğrencilerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveynler ergenlerin yaşam kalitesini; fiziksel sağlık, sosyal işlevsellik ve psikososyal alanlarda ergenlere göre daha düşük algılamaktadır. Ebeveynin eğitim durumu da ergenin yaşam kalitesini değerlendirmesini istatistiksel olarak anlamlı yönde etkilediği belirlenmiştir. Ailenin ekonomik ve sosyal özellikleri yaşam kalitesi algısında belirleyici bir özellik olup, düşük ekonomik durum yaşam kalitesini anlamlı olarak olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ebeveyn yaşının, öğrencinin yaşam kalitesini değerlendirmesini etkilemediği bulunmuştur.

Öğrencilerin ve ailelerin temel bazı sosyodemografik değişkenlerinin yaşam kalitelerinin önemli bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: ergenlik, sağlık, yaşam kalitesi

## SUMMARY

### INVESTIGATING SOME SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES EFFECTING LIVING QUALITIES OF TEENAGERS WHO STUDY IN 6,7,8 CLASSES OF PRIMARY SCHOOLS IN CITY CENTRE OF MALATYA

Emriye Hilal YAYAN

Master of Science, Graduate School of Health Sciences, Nursing Department

Supervizor: Asist. Prof. Dr. Emine ALTUN

2009, 76 sayfa

This study investigates the effect of some socio-demographic features on the teenager students' living quality who were educating in 6-7-8 classes of primary school in Malatya. The data used in the investigation was collected through variety of standardized forms such as 'the student information form' that includes the introductory features of family of teenager, 'The family information form' and the 'the life quality scoring form' that identifies and scores the living standards of teenagers and their parents.

The collected data was assessed via the SPSS 16 package program using the student t-test ANOVA, chi-square. 51.7% of students involved in the experiment were female and 48.3% were male. The age of 93.4% of students was around 13 with an average of 13.2. 76.9 % of the volunteer students were living in a seed family, 8.8% were doing a job, 81.8% were doing sports and 27.7% were not having any hobbies, 2.6% were appreciated his/her school success, 8.4% was repeated the class. While 60.4% of parents were mother, 39.6% were father. 61.8% of mothers were young whose age laying between 30-39 years, 45.7% of mothers were graduated from primary school and 93.9% were housewife. 57% of fathers were with an age between 40-49 years, 32.8% were graduated from primary school, 2.6% were laborer and 26.8% were having a free profession. The economic situation or income of 65.7 of parents was accepted as moderate and 77.2% of parents were having social assurance.

The investigation showed that socio-demographic variations affect the living quality of teenagers. Significant differences were statistically found between the students who appreciated their scholar success and who did not. It was found that the

successful students were reporting higher living standards. Expectedly the factors such as irregular attendance and repeating of classes, having single parent and the number of brothers and sisters were negatively affecting the living quality of progeny.

Among males and females those who do sportive activities together, have regular breakfast and appraise their spare times were possessing higher life standards.

Parents' intelligence was found as lower than that of children in understanding and evaluating the life quality, physical health, social functionality and other physico-social activities. Therefore the intellectuality of parents was positively effected children in evaluating their living quality. It was also found that the economical and social specialties are of primary identifiers in their sensation of the life quality. The low level of economical condition and welfare has a significant negative effect on the quality of their life. However, the age of parents was not an identifier for children in evaluating their living quality.

In conclusion some fundamental socio-demographic means and life style of family are important identifiers of living quality of teenager students.

Keywords: teenagers, health, living quality.

## TEŞEKKÜR

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Bölümü'nde eğitimim boyunca desteğini ve yardımını esirgemeyen, her zaman örnek aldığım çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN'a saygı ve teőekkürlerimi borę bilirim. Eğitimim süresince değerli katkıları için sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Ferda YILDIRIM'a teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca sonsuz hoőgöröleri, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama ve canım kardeőime teşekkür ederim. Tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her zaman ve her konuda yardım eden can dostum Yeőim ERDEM'e, tez döneminde bana destek olan sevgili arkadaşlarım Sevgi URUÇ ve Ayőe AKINTAŐ'a teşekkür ederim



## I. GİRİŞ

Sağlık; fiziksel iyilik, sosyal etkileşimler, ruhsal ve duygusal kapasite ve manevi durum gibi yaşamın bütün boyutlarıyla ilgili bir kavramdır. Sosyal bir varlık olan insanın tıbbi ve klinik yönden ele alınması yeterli değildir. Bireyin sağlık açısından “iyi olma” halinin sosyal, psikolojik ve fiziksel yönden de değerlendirilmesi gereklidir. Bugünün bakış açısıyla sağlık yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içerir (Edelman 1998).

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsuru içine alan bir kavramdır. Dinamik bir özellik içinde olması, çok yönlü özellikler taşıması kavramın tanımlanmasını güçleştirmektedir. Yaşam kalitesi kavramı; iyilik hali, mutluluk, yaşam düzeyi, yaşam doyumu gibi terimlerle eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Ancak bu terimler yaşam kalitesini tamamen kapsamamaktadır. Çünkü yaşam kalitesi genel anlamda, bireysel iyi oluşu tanımlamak için sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenmektedir (Sevgi 1995, Dolgun 2003, Sarıoğlu 2006 ).

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkilerinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım yaşam kalitesinin kültürel sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (The WHOQOL 1994, The WHOQOL 1998). Yaşam kalitesi; yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır ve içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur (Varni 2001, Varni 2002, Sönmez 2007).

Genel anlamıyla yaşam kalitesi “iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün “sağlık yalnızca sakatlık ya da hastalığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan iyi olma halidir” şeklindeki geniş tanımı, yaşam kalitesi ile ilgili en önemli unsurları içermekte ve sağlıkla ilişkili ölçümlerin pek çoğunun da altını çizmektedir (Öksüz 2005). Tam iyilik halinin ne olduğuna ilişkin yapılan tanımlama çalışmaları yaşam kalitesi kavramını ortaya çıkarmıştır (Üneri 2009). Yaşam kalitesi kişinin kendi durumunu kültür ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır ve bireyin temel gereksinimlerinin,

toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması gibi birçok alandan etkilendiğinden söz edilir (Üneri 2009, Katsching 2000). Bu kavramda bireyin kendine özgü fiziksel ve ruhsal sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, çevre etkenleri ve kişisel inançları yer almaktadır. Sosyal işlevsellik, arkadaşlar ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi, duygusal işlevsellik, beden imgesi, özerklik, bilişsel işlevsellik, aile içi ilişkiler, gelecekte beklenen yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli yer tutmaktadır (Memik 2007).

Günümüzde çağdaş sağlık hizmetlerinin amacı yalnızca hastalıkları tedavi etmek değil, kişilerin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Sağlığı geliştirmede etkin olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları sıklıkla ergenlik döneminde kazanılır (Geçkil 2002). Bu dönemde oluşan değişiklikler bireyin nasıl bir yetişkin olacağını belirleyeceğinden insan hayatı için oldukça önemlidir. Bu nedenle bu yaş grubuna yönelik hemşirelik bakımı sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalıdır (Beyazova 1999, Bulduk 2002).

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir. Ergenlikte biyolojik gelişim iskelet sistemindeki hızlı büyüme ve cinsel gelişim ile psikolojik gelişim, bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle belirlenir ve sosyal olarak ta ergenlik genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu bir dönemdir (Derman 2008). Bu değişiklikler tüm ergenlerde gözlemlenmekle birlikte bir ergenden diğer ergene farklılık gösterir; kültürel faktörlerden, aileden, okuldan, yaşlılarından, kronik hastalıklardan etkilenir (Oya 2005). Ergenlik dönemi çocukluktan yetişkinliğe karmaşık ve iç içe geçmiş bir süreçler zinciridir. Başlangıcı, süresi ve sonuçlanması bireysel farklılıklar gösterir. Bu dönemin başlangıcıyla sonu arasında önemli değişiklikler olduğu için kendi içinde erken ergenlik (12-14 yaş), orta ergenlik evresi (15-17 yaş) ve geç ergenlik evresi (18-21 yaş) olmak üzere 3 evreye ayrılmıştır (Toprak 2004).

Ergenler çoğu şekilde homojen grup olup her birey farklı emosyonel ve sosyal değişim yaşamaktadır. Ancak özellikle ergenler gibi belirli yaştaki bireylerde bu değişimler yaygındır ve bu nedenle bireysel yaşam kalitesi perspektifin unutulmaması gerekir. Bütün bireylerin şu anki yaşamı, geçmiş deneyimleri, gelecek umutları, hayalleri ve ihtiraslara bağlı olan yaşam kalitesi deneyimleri vardır (Frisen 2007).

Ergenlerin, sağlık ile ilgili yaşam kaliteleri ile ilgili araştırmalar oldukça azdır. Literatür tarandığında ölkemizde Yeşildal ve arkadaşlarının (2004) Abant Konuralp Beldesi ilköğretim okullarında 6.7.8 sınıf öğrencilerinde yaşam kalitesine bakmışlardır, yaşam memnuniyeti ile ailede kronik rahatsızlığı olma, evden kaçmayı düşünme, intihar etmeyi düşünme, ailede geçimsizlik ve şiddet olması, ailede sigara içenlerin olması, geleceğe güvenle bakma, dış görünüşünü beğenmeme, hayatında değişiklik yapmayı isteme, uyku düzeni ve ailede psikolojik tedavi gören birisinin olması değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamışlardır. Gerçek ve arkadaşları (2004) Abant Konuralp ilköğretim okulları ile Düzce Yetiştirme Yurdunda kalan öğrencilerin yaşam kalitesini karşılaştırmışlardır, genel olarak her iki grubunda yaşamlarından memnun olduklarını ifade etmişler ve aralarında istatistiksel olarak fark bulunmadığını tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada öğrencilerin yaşamlarında bir değişiklik yapmak istemeleri ve sağlık durumlarını algılayışları karşılaştırılmış ve ilköğretimde okuyanlar lehinde anlamlı fark bulunmuştur. Bilge ve arkadaşları (2004), yetiştirme yurdunda kalan gençlerin ruhsal durumlarının yaşam kalitelerine etkilerini incelemiş, gençlerin genel sağlık durumlarının riske yakın bir değer alması, emosyonel rollerini, mental durumlarını ve bununla bağlantılı olarak ise yaşam kalitelerini etkilediğini tespit etmişlerdir. Dündar ve arkadaşları (2004), çalışan ergenlerin yaşam kalitelerini ve etkileyen faktörleri incelemişlerdir. alışan ergenlerin yaşam kalitesinin sosyo-demografik değişkenler yanında işle ilgili olumsuz deneyimlerden etkilendiğini, algılanan sağlık ve yaşam kalitesinin işle ilgili değişkenler için önlem alınması gereğinin üzerinde durmuşlardır. Yurtdışında ise Wilkins ve arkadaşları (2004), 13 yaş ergenlerde sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen erken çocukluk dönemi faktörlerini incelemişlerdir ve annenin duygu durumunun, eğitiminin ve aile tipinin çocukların yaşam kalitesini etkilediğini bulmuşlardır. Frisen (2007), ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemiş; beden imajı, cinsel kimlik, arkadaş ilişkileri ve otonominin olumlu gidişatının yaşam kalitesini de olumlu etkilediğini vurgulamıştır. Spurrier ve arkadaşları (2003), sosyoekonomik farklılıkların yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmış, düşük sosyoekonomik düzeyin ergenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini vurgulamışlardır.

Birey aile ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyin var olan sağlığını korumakla gerçekleşmez. Bu nedenle tüm sağlık profesyonellerinin yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefesini sorgulayarak uygulamalarına aktarmaları önemlidir. Birey, aile ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık bakım

alıcılarının memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir (Spear 2001). Hemşireler hasta/sağlıklı bireyin yaşam kalitesini ölçen ölçüm araçlarını kullanarak gereksinimlerinin neler olduğu konusunda bireyin kendisinden bilgi alabilirler. Bu da ancak profesyonel hemşirelik bakımı ile gerçekleştirilebilir (Spear 2001, Koç 2004).

Türk ergenler hızla değişen bir toplum içinde yaşamaktadır. Sanayileşme, şehirleşme ve eğitim fırsatlarının artışı toplumu değiştirmektedir. Bu hızlı değişiklikler belki de ergenleri daha stabil koşullarda yaşayan bazı ülke ergenlerinden daha hassas bir duruma getirmektedir. Sağlık açısından en önemli ulusal başarı göstergelerinden biri o ülkenin gençlerinin iyilik hali ve sağlık düzeyi göstergeleridir. Bu da ergenlerde yaşam kalitesinin önemini arttırmaktadır (Ercan 2005). Literatür incelendiğinde ergenlere yönelik en sık uygulanan ve önerilen sağlığı geliştirme programlarının beslenme, egzersiz, hijyen uygulamaları, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı, cinsellik ve sağlığı koruyucu davranışlar olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle ergenlere yönelik hemşirelik bakımı sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile yaşam kalitelerinin artırılmasına odaklanmalıdır.

Ergenlere verilen sağlık hizmetlerinin bedensel, ruhsal yönden bir bütünlük oluşturularak sağlıkta yaşam kalitelerini arttırmaları sağlanmalıdır. Ancak ülkemizdeki ergenlerin yaşam kaliteleri ve bunları etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalar sınırlı sayıda olması nedeniyle bu çalışma yapılmıştır.

## **II. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Araştırmanın amacı; ilköğretim 6.7.8. sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin yaşam kalitesi ve etkileyen bazı sosyodemografik özelliklerin belirlenmesidir.

### III- GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Sağlık Kavramı

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (Ayaz 2005).

Sağlıkla ilgili literatürün çoğunluğu hastalık üzerine odaklanmakta, eğitim müfredatlarında özellikle belli tıbbi tanıların tedavisi ve bakımı vurgulanmakta, sağlık güvenceleri sadece hastalıkların tedavisini üstlenmekte, sağlığı sürdürme ve geliştirmeye yönelik harcamaları karşılamamaktadır (Edelman 1998). Ancak günümüzde, sağlık kavramının tarihsel, kültürel, sosyal, bilimsel, felsefi, manevi ve bireysel faktörlerden etkilenen, hem bireysel sorumluluğu hem de yaşam kalitesini kapsayan geniş bir kavram olduğu bilinmektedir (Edelman 1998, Geçkil 2002 Öz 2004).

Sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen, anlamı bireyden bireye, toplumdan topluma farklılık gösterir. Bu nedenle, biyolojik, sosyolojik ve kültürel olarak farklı tanımları yapılabilir. Biyolojik olarak sağlık, vücudun her hücresinin en yüksek düzeyde işlev görmesi, hücreler arasında tam bir uyumun olması durumudur. Sosyolojik olarak sağlık, bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi, çevre ile olumlu ilişkiler kurabilmesi olarak tanımlanır. Psikolojik olarak sağlık, bireyin beklenmedik bir durumla karşılaştığında yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleri ile duruma ve çevresine uyum sağlayabilmesi olarak tanımlanmıştır (Ay 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1949'de sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" şeklinde tanımlanmıştır (Jackson 1993, Edelman 1998, Geçkil 2002). Bu tanım uzun yıllar kabul görmüştür, fakat insanların içinde bulunduğu sağlık düzeyini tam olarak ifade edemediğinden sağlık kavramının daha ileri düzeyde açıklanmasına gereksinim duyulmuştur (Jackson 1993, Edelman 1998, Ay 2007). Tanım konusunda yapılan en temel ayırım, formal tanımlar (sağlık profesyonelleri) ve halk inanışları ayırımıdır. Formal tanımda sağlık, hastalığın olmaması olarak tanımlanır, sağlığın bu şekilde tanımlanması, ölçülmesinde de hastalığın esas alınmasına neden olmuştur (Aggleton 1990). Bunun sonucunda morbidite ve mortalite istatistikleri yoluyla bir toplumun ne kadar sağlıklı veya ne kadar sağlıksız olduğu konusunda karara varılması yoluna

gidilmiştir (Aggleton 1990, Evans 1990). Bu gün gerek bir ülkede gerekse de ülkeler arasında sağlık statüsüne ilişkin değerlendirmeler yapılırken en çok mortalite göstergesi temel alınmaktadır. Mortalite verilerinin bir toplumda mevcut hastalıkların yapısı ve miktarı konusunda çok önemli bilgiler sağladığı tartışılmazdır ancak bu verilerin eksikliği bu hastalıkların faaliyetlerini ne kadar sınırladığı konusunda bir fikir vermemesidir (Geçkil 2002). İnsanı etkileyen sağlık ve hastalık gibi kavramların da insanın her boyutuyla ilişkilendirilerek açıklanması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kavramının fiziksel, sosyal, duygusal ve kültürel yönleri ele alınarak çok farklı tanımları yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün, sağlık tanımının yeterliliği tartışılmakta, ütopyik bulunmaktadır çünkü; iyilik hali, sağlık ve hastalık kavramları subjektif kavramlardır ve objektif olarak ölçülmesi güçtür. (Öz 2004; Poter, Perry 1995; Potter, Perry 1999, Birol 2004). Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımı çok boyutlu olarak sağlığın ilk modern tanımı olması ve holistik kavramını destekleyen özelliklere sahip olması açısından önemlidir ve 1946 yılından beri Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen bir tanımdır. İnsan yaşamının psikolojik, sosyal, kültürel ve fiziksel unsurları arasındaki karşılıklı etkileşimi yansıtır (Chitty 1997, Potter, Perry 1999, Keskin 2006).

Sağlık tanımı; stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumda entegrasyon, yüksek moral ve yaşam tatminini, psikolojik iyilik ve fiziksel uyum kavramlarını da içermelidir (Edelman 1998, Geçkil 2002). “Sosyal iyilik halinin” de sağlığın bileşeni olarak ilan edilmesi, yine tıbbın yeri tartışılmamak kaydıyla diğer disiplinlerinde sağlıkla ilişkilendirilmesini getirmektedir. Böylece bireyi etkileyen sosyal şartların olumlu hale gelmesi ya da sosyal yapının iyileştirilmesi sağlıkla ilgili bir konu haline gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, yaşamdan mutlu olma, yüksek yaşam kalitesi gibi kavramları da içermelidir (Geçkil 2002).

Sağlık bireyin yaşamı boyunca değişebilen, dinamik bir durumdur. Bireyin farklı fizyolojik ve sosyo-psiko-sosyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini, uyum sağlayabilmesini ifade eder. Birey fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebiliyor, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve ifade edebilen, entelektüel becerilere sahip ise sağlıklıdır. Sağlık, fiziksel iyilik ve yeterlilik kadar, bireysel ve çevresel kaynaklarla ilişkili, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve çevreyi değiştirme düzeyidir (Ay 2007).

Subjektif olarak sağlık, bireyin kendisinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Objektif olarak sağlık ise muayene ve tanı testleri ile

belirlenen bir hastalığın olmamasıdır. Bir bireye sağlıklı denebilmesi için bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. Bu nedenle, hemşirenin bireyi değerlendirirken objektif verileri kadar, subjektif sağlık algılayışını da bilmesi gerekir (Öz 2004, Ay 2007).

Sağlıklı bir toplum için bireyin gençlik döneminde farkındalığın sağlanması gerekmektedir. Sağlığı geliştirmede etkin olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları sıklıkla ergenlik döneminde kazanılır. Bu dönemde oluşan değişiklikler, bireyin nasıl bir yetişkin olacağını belirleyeceğinden insan hayatı için oldukça önemlidir.

### **3.2. Ergenlik**

Latince “Adolescense” kelimesinden türeyen, “büyümek”, “yetişkinliğe erişmek” anlamlarındaki ergenlik, kişinin kognitif, afektif, nörobiyolojik ve sosyal özelliklerin geliştiği; pek çok değişikliğin yaşandığı bir geçiş dönemidir. Ergenlik dönemi çocukluktan yetişkinliğe karmaşık ve iç içe geçmiş bir süreçler zinciridir ve dinamik bir değişim zamanıdır (Toprak 2004, Oya 2005, Oya 2008).

Sekonder cins belirtilerinin gelişmesi, büyümede hızlanma, vücut yapısında fizyolojik ve yapısal değişim ve bunların sonucunda kız ve erkek farkının belirmesi ve fertilité kazanılması ergenlik sürecinin özelliklerini oluşturur. Ergenlik sıklıkla bu dönemdeki biyolojik değişikliklere eşlik eden ruhsal gelişme ve psikososyal değişiklikleri de kapsayan bir terimdir (Oya 2005, Kale 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaşlar arasındaki dönemi, ergenlik dönemi olarak, 10-24 yaş grubunu ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Dünya nüfusunun %30'unu 10-24 yaş grubunun oluşturduğu tahmin edilmektedir, gelişmekte olan ülkelerde ise nüfusun yarısı 25 yaş altındadır (Senanayake 1994, Yörükoğlu 2007). Ergenlik döneminde hastalık ve ölümler diğer dönemlerle karşılaştırıldığında çok daha düşük düzeydedir. Bu nedenle ergenlik dönemi sağlık sorunlarına gereken önem verilmemektedir. Ancak dünya nüfusunun büyük bir bölümünü oluşturan gençliğin sağlıklı olması, sağlıklı toplumun temelini oluşturacaktır (Takanishi 1993, Yörükoğlu 2005).

Değişik toplumlarda, gençlerin döneme özgü ortak sorunlarının yanı sıra, topluma özgü farklı sorunlarla karşılaşabildikleri de bilinmektedir. Bir toplumda 15 yaşındaki birey “genç”, bir başkasında “yetişkin” kabul edilirken bir diğerinde “çocuk” olarak kabul edilmektedir (Yörükoğlu 2007).



### 3.2.1. Ergenliğin Tarihsel Gelişimi

Ergenlik, belirgin değişimlerin gerçekleştiği zamandır. Bu dönemdeki gelişimi açıklayan tek bir model yoktur. Bu konudaki çalışmaların çoğu, normal gelişimden çok, bu döneme özgü problemlerle uğraşır (Derman 2008).

Gelişim dönemlerini ilk kez tanımlayan biri olan Aristo'ya göre (M.Ö 384-322), ergenlik döneminin en önemli işlevi "seçim yapabilmektir". Puberteden başlayarak 21 yaşına kadar olan dönemin özelliği, kendini kontrol edemeyen bireyin "self determinasyona" doğru gelişimidir. Ortaçağda insan gelişimi konusunda bir geriye dönüş hakimdir. Çocuk ve ergen bu dönemde erişkin minyatürü olarak kabul edilir ve bu nedenle erişkinlerle aynı koşullara maruz bırakılırdı. On sekizinci yüzyıla gelindiğinde ise, Jean Jacques Rousseau, çocukluğun erişkinden farklı olduğu inancını yaymak için uğraşmış ve on iki yaşına kadar olan çocukların erişkin koşullarından kurtarılması ve kendi doğallıklarını yaşamaları gerektiğini ileri sürmüştür. Ergenlik dönemini birinci derece de ele alan Anna Freud, erken çocuklukta geçirilen tecrübelerin ergenlikten çok yetişkin kişiliği üzerinde etken olduğuna inanmakla birlikte ergenliğin bazı uyum çabaları ile geçen bir dönem olduğunu düşünmektedir (Kuruoğlu 1998). "Bencillikle elseverlik, topluma uyumla uyumsuzluk, çocuklukta ciddiyet, neşe ile keder, lidere boyun eğme ile bütün liderlere isyan etme" gibi karşıt uçlar arasında gidip geldiğini ve duygusal bakımdan ergenlerin, oldukça değişken olduğunu ifade etmektedir (Adams 1995).

"Adolesan" terimi ilk kez 15.yy'da ortaya atılmış olsa da, akademik bir disiplin olarak kabul edilmesi ancak ergenlik dönemiyle ilgili bilimsel çalışmaların babası olarak tanınan Stanley Hall (1844–1924) ile başlamıştır. Tüm gelişimin genetikten temelini alan fizyolojik etkenlerden kaynaklandığını ileri sürerken, en azından ergenlik döneminde genetik, biyolojik ve çevresel etkenlerin bir arada olduğunu kabul eder. Stanley Hall'a göre "fırtına ve stres dönemi" olan ergenlik 12–23 yaşlarını kapsar ve ikilemler ve sık duygu durumu oynamalarıyla karakterizedir (Kuruoğlu 1998, Parman 1998).

Anderson ve Dartington'a göre (2002), ergenliğin uzun bir geçiş dönemi olduğu görüşü 20. yüzyıla ait bir fenomendir ve bu görüşün 1950'lerde ortaya çıkmasını sağlayan etkenlerden biri 2. dünya savaşı sonrası yeni neslin idealizasyonuna olan ihtiyaç olabilir. Ergenliğin bir "kriz" değil, daha çok "geçiş" dönemi olduğunu savunan görüşe göre, ergenlerin yalnızca küçük bir bölümü kriz yaşar ki sıklıkla krizi başlatan bir olay (bir yakının kaybı ya da ciddi bir kaza) vardır. Bu modelde ilk randevu, menarş,

süre giden bir ilişkinin bitmesi, okul anksiyetesi, kariyer kaygısı, aile içi çatışma, kimlik ve özgürlük mücadelesi gibi ergeni etkileyen olayların önemi vurgulanır. Nitekim Erikson, “ergenlik bir sıkıntı dönemi değil, normal bir krizdir” der. Winnicot’a göre ise “ergenliğin tedavisi yoktur, iyileşmesi ancak zamanla ve olgunlaşmayla olur (Kuruoğlu 1998). Ancak önemli bir nokta, ergenliğin sürekli olan büyüme süreci içerisinde yeni bir dönem olduğu, aynı kültür içerisinde bile tüm ergenliği betimleyebilecek tek bir tanım bulunmayacağını kabul etmektir (Garrison 1965).

### **3.2.2. Ergenlik Dönemi Gelişimsel Özellikleri**

#### **- Fiziksel Gelişim**

Büyüme ve gelişme, ergende belirli bir hızlanma gösterir ve bu dönemin sonunda erişkin yaşamdaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşır. Genel büyüme ile birlikte, iç organ ve salgı bezlerinin büyüklüklerinde, kemik, yağ ve kas kitlelerinde belirgin bir artış olur. Baş ve beyin büyümesi 10 yaş civarında erişkin değerlerinin %96’sına ulaştığından, puberte ile belirgin değişiklikler görülmez. Üreme sistemindeki büyüme, seksüel maturasyonla birlikte bu dönemde hızla gerçekleşir. Farklı olarak lenfoid dokularda (timus, tonsiller, adenoidler) gerileme olur (Kale 2009).

Boyca uzama hızı kızlarda 10 yaş, erkeklerde 12 yaş dolayında başlar. Pubertede erkekler 10–30 cm, kızlar 10–20 cm uzar. Erişkin boy uzunluğunun %20-25’i bu dönemde kazanılır. Ergenlerde 11–16 yaşları arasında herhangi bir yaş diliminde görülebilen ve genellikle 2–3 yıl süren bu büyüme hızlanmasına büyüme atağı denir (Oya 2005, Kale 2009). Ergen büyüme atağı eğrisi kızlarda erkeklerden yaklaşık 2 yıl önce dikleşir (Oya 2005). Ergenlerde lineer büyüme, ekstremitelerde ve gövdede olmak üzere iki kısımdan oluşur. Büyümesi ilk hızlanan vücut kısmı bacaklardır ve ekstremitelerin distal kısımları proksimallerinden önce uzar; bir başka deyişle başlangıçta ayaklar ve eller sonra bacaklar ve kollar büyür. Gövde uzamasında ki hızlanma ise bacaklardan bir yıl sonradır (Oya 2005, Kale 2009).

Deri altı yağ dokusu iki cinstede ergenin ilk yıllarında azalır. Yağ dokusundaki azalma hızı, boyca uzama hızı doğrultusunda en yüksek değere ulaşır ve sonrasında kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinstede yağ kitlesinde artış gözlenir, erkeklerde 7-30 kg, kızlarda 7- 25 kg arasında değişir. Kas dokusundaki artış hızı, kızlarda menarş, erkeklerde ise boyca uzama hızı doruğu ile eş zamanlı olarak en yüksek değere ulaşır ve erkeklerde kas dokusu artışı kızlardan daha fazladır. Pubertal büyüme atağı sırasında,

erişkin yaşamdaki kemik kitlesinin yaklaşık %37'si kazanılır. Ergenlik, hızlı fiziksel büyümenin yanında, hızlı iskelet gelişimi ile de karakterizedir. Total vücut kemik mineral içeriği ve dansitesi, puberte sırasında her iki cinste de hızla artar ve puberteden sonra zirveye ulaşır. Erişkin kemik dansitesinde 20 yaşından sonra artış olmadığı gösterilmiştir (Hockenberry 2005 ,Kale 2009).

Ergenlik dönemi, biyolojik varyasyonunun ve bireysel farklılıkların en belirgin olduğu yaş dönemidir. Ergenlikte oluşan değişikliklerin sıra düzeni her çocukta benzerdir. Buna karşın ergenliğe erişme yaşı ve ergenliğin süresi bir çocuktan diğerine büyük farklılıklar gösterir. Kız çocuklarında ergenliğin ilk belirtisi 8 yaş kadar erken, 13 yaş kadar geç olabilir. Erkeklerde bu alt üst sınırları 9-14 yaştır. Ergenlik süresi de 2 yıl veya 6 yıl arasında değişebilir. Bireysel farklılıkların yanı sıra, eş yumurta ikizlerinde ve anne-çocuk ilişkisinde ergenlik başlama yaşının benzer olması, siyahlarda beyazlara göre ergenliğin erken başlaması kalıtımın, gerek bireyler arası gerekse ırklar ve toplumlar arası farklılıkları belirlediğinin göstergesidir (Cantez 2003, Hockenberry 2005).

#### **-Cinsel Gelişim**

Puberte, seksüel üreme kapasitesinin kazanıldığı dönemdir. Pubertenin nasıl tetiklendiği tam olarak bilinmemekle birlikte, hipotalamik-pituiter-gonat aksında meydana gelen değişikliklerle başladığı bilinmektedir (Hockenberry 2005 ,Kale 2009).

Erkeklerde gelişen sekonder seks karakterleri, testis ve penis büyümesi, pubik kıllanmadır. Testis hacminin 4 ml üzerine çıkması veya uzunluğuna ölçümünün 2,5 cm'den daha büyük olmasıdır. Penis büyümesi, testislerin büyümeye başlamasından yaklaşık 1-1,5 yıl sonra 13,5-14 yaşlarında başlar.

Erkek ergenlerin % 95'inde pubik kıllanma testis hacimlerinin 3 ml. üzerine çıkmasından sonra başlar. Aksiler kıllanma, pubik kıllanmadan 2 yıl sonra görülür. Yüzdeki kıllanmanın başlangıcı da aksiler kıllanma ile eş zamanlıdır. Cinsel gelişim Tanner tarafından tanımlanan beş evrede değerlendirilir (Hockenberry 2005, Oya 2005, Kale 2009).

Kızlarda puberte ile gelişen sekonder seks karakterleri göğüs gelişimi (telarş), pubik kıllanma (pubarş), ve mensturasyonun görülmeye başlanması (menarş)'dır. Kızlarda meme tomurcuğunun belirmesi pubertenin ilk bulgusu kabul edilir. Menarş 10,5–15 yaş arasında görülür. Ovulasyon 1–1,5 yıl sonra başlar. Kızların % 50'si 12,5-14,5 yaşlarında cinsel olgunluğa erişir ve menarş olur. Avrupa ve Amerika'da menarş yaşı her 10 yılda 2-3 ay azalmaya başlamıştır. Bu ilerlemeye, beslenmenin iyileşmesi,

sosyal ve kültürel koşullar ile iyi sağlık bakımının etkisi olduğu düşünülmektedir (Hockenberry 2005, Kale 2009). Menarş kentlerde yaşayan kızlarda kırsal alanda yaşayan yaşlılarından daha erken yaşta olmaktadır. Sosyo ekonomik düzey, aile, beslenme gibi faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Onur 1987, Senenayake 1994, Takanishi 1993).

### **- Psikososyal Gelişim**

Ergenlik dinamik bir değişim zamanıdır. Bu dönemde birbirleri ile etkileşim gösteren fiziksel ve psikososyal değişiklikler farklı hızlarda gerçekleşir. Bu değişiklikler, tüm ergenlerde gözlemlenmekle birlikte, bir ergenden diğer ergene farklılık gösterir. Kültürel faktörlerden, aileden, okuldan, yaşlılarından, kronik hastalıklardan etkilenir (Kale 2009, Oya 2005). Başlangıcı süresi ve sonuçlanması bireysel farklılıklar gösterir. Normal bir ergeni ki bu ergen geçici duygusal veya davranışsal zorluklar yaşayan bir ergende olabilir, ciddi problemler yaşayan bir ergenden ayırt etmek bazen çok zor olabilir. Bu nedenle ergen çağında izlenen normal psikososyal değişiklikler iyi bilinmelidir. Ergen çağında meydana gelen davranış değişiklikleri (psikososyal değişim) fiziksel değişimle her zaman uyumlu olmayabilecek psikososyal gelişim evrelerine göre değerlendirilir (Oya 2005).

Bu dönemin başlangıcıyla sonu arasında önemli değişiklikler olduğu için kendi içinde ayrıca 3 evreye ayrılmıştır.

- a) Erken ergenlik evresi (11-14 yaş)
- b) Orta ergenlik evresi (15-17 yaş)
- c) Geç ergenlik evresi (18-21 yaş) (Ritchie 2001)

Erken ergenlik evresi bedensel gelişmenin hızlı olduğu, duygusal dalgalanmaların yaşandığı bir dönem iken, orta ergenlik “ayrışma” olarak adlandırılan ergenin anne-babadan uzaklaştığı ve kimlik bunalımına girdiği bir dönemdir. Kimlik bunalımı her gencin değişik yoğunlukta yaşadığı doğal bir süreçtir. Geç ergenlik döneminde ise kimliğin kazanıldığı, ana-baba ile yaşanan sorunların azaldığı, gelecekle ilgili kararların alındığı, siyasi, dini, felsefi görüşlerin geliştiği bir dönemdir (Hockenberry 2005, Oya 2005, Kale 2009).

#### **a) Erken Ergenlik Evresi (11-14 yaş)**

Erken ergenlik evresi; fiziksel özelliklerin hızlı olarak değiştiği bu dönemde sebep ve uzun vadeli sonuç ilişkisi kurulamaz, diğer bir deyimle düşünce biçimi somuttur; gerçekçi olmayan veya idealistik gelecek planları yapılır. Hızlı gerçekleşen fiziksel

değişiklikler nedeni ile vücut imajı (beden imgesi) ile aşırı ilgilenme ve normalliğin bedendeki değişikliklerin yaşlılarla karşılaştırarak araştırılması söz konusudur. Aile ilişkileri bağımlılıktan bağımsızlığa doğru bir geçiş dönemi yaşanır; aile aktivitelerine ilgi azalır, ebeveynin kusurlarının farkına varılır, nasihat ve eleştiriler istenmez ve aile ile minimal çatışma yaşanır. Yaşlılar ile ilişki başlıca aynı cinsten bireylerle arkadaşlık edilmesi şeklindedir. Erken ergen döneminde her sağlıklı gelişim gösteren ergenin kendi cinsinden “en iyi” bir arkadaşının bulunması beklenir; hatta bu özellik sağlıklı gelişimin önemli bir kriteri olarak değerlendirilir. Cinsellik açısından karşı cinsle ilişkinin sınırlı olduğu ve puberte gelişimine bağlı değişikliklerinin değerlendirilmeye çalışıldığı bir dönemdir (Parman 1997, Oya 2005, Kuruoğlu 1998).

- Çocuk kimliğinin kaybı ve beden görünümünde değişiklikler başlar.
- Sınırları test eder ve ebeveyn otoritesine karşı gelme eğilimi vardır.
- Kimlik mücadelesi gelişmeye başlar.
- Sözel ifade yeteneğinde artışa karşın, kendini daha çok eylemlerle anlatır.
- Çalışma yeteneği artar, sıklıkla şimdi ve yakın gelecekle ilgilenir.
- Ebeveynlerine zaman zaman kabalık gösterebilirler, onların mükemmel olmadıklarını anlar, ebeveynler dışında da sevecek kişiler ararlar.
- Huysuzluk ve çocuksu davranışlara dönme eğilimi vardır.
- Yakın arkadaşlar önem kazanır, arkadaş grupları ilgi ve giyimi etkiler, aynı cinsiyetten arkadaş ve grup aktiviteleri tercih edilir.
- Cinsel gelişimde kızlar erkeklerin önündedir.
- Bir yandan utangaçlık, mahcubiyet, alçak gönüllülük gösterirken gösteriş yapma eğilimleri de olabilir.
- Kişisel gizlilik gereksinimini ve bedenle denemeler (masturbasyon) başlar.
- Normal olma kaygıları vardır.
- Sigara, alkol ve diğer maddeleri deneyebilirler.

Erken ergenlik dönemi temel olarak “ergenlik fırtınası” olarak bilinir ve bağımsızlık mücadelesi, soyut düşüncenin gelişmeye başlaması, beden algısı ile uğraşlar ve aynı cinsiyetten arkadaşlıklar kurma belirgindir. Otonomi arayışı, ebeveynler ile ilişkiyi sıklıkla etkiler (Oya 2005, Derman 2008, Kale 2009, Kuruoğlu 1998).

### **b) Orta Ergenlik Evresi (15-17 yaş)**

sekonder seks karakterlerin ilerlediği ve büyümenin yavaşladığı soyut düşünce biçimi olgunlaştığı dönemdir. Ancak bu dönemdeki ergen baskı altında kaldığı takdirde gelişimi geriler. Artık sebep ve uyum vadeli sonuç ilişkisi kurulmaya başlanmış olsa da fiziksel gelişimin nedeni ile ergen kendini ölümsüz, kudretli ve karşı konulmaz hisseder, bu nedenle riskli davranışlara eğilim söz konusudur. Ergenin kendini böyle hissetmesi ergenin “kişisel masalı” olarak tanımlanır. Artık fiziksel değişiklikler açısından rahatlamış olan ergen daha çok ne giyeceği, nasıl makyaj yapacağı vb üzerinde zaman harcar. Bazı ergenler için aile ile ciddi çatışma söz konusudur. Hatta bu dönem aile ile “geçici bir sakatlık” dönemi olarak da adlandırılır. Bu dönemde bağımsızlık içgüdüğü zirvededir. Bu dönem yaşlıların en etkili olduğu dönemdir. “grup kimliği” henüz bireysel kimlik gelişmemiş olsa da aileden ayrılma çabasının göstergesidir. Yaşlı grubu, popüleritenin ve kabul edilebilirliğin araştırıldığı, kişisel gücün sınırlarının anlaşılmasına ve merakın giderilmeye çalışıldığı ve birazda grup baskısı nedeniyle yasakların delindiği dönemdir. Karşı cinse ilgi ve özellikle erkeklerde üreme iç güdüğü artmıştır. Romantik fanteziler güçlüdür. Fiziksel çekicilik ve popülerite karşı cinsle birliktelik sebeplerini oluşturur. Karşı cinsin ilgisini çekmek için gerekli özellikler oldukça “narsistik” ve yüzeysel bir yaklaşımla araştırılır (Parman 1997, Kuruoğlu 1998, Oya 2005, Derman 2008).

Bu dönem daha çok “özdeşim dönemi”dir ve karşı cinse ilgi başlar. Yine bu dönemde ahlaki düşüncenin gelişmesi, artmış cinsel dürtüler ve cinsel kimlik sorgulamaları olabilir. Tutarsızlık, özellikle erken ve orta dönem ergenliği tanımlayan bir özelliktir (Kuruoğlu 1998, Oya 2005, Derman 2008, Kale 2009).

### **c) Geç Ergenlik Evresi (18-21 yaş)**

Geç ergenlik dönemi; kimlik değişimi ve ayrışma için gösterilen çabanın son dönemidir. Geleceğe yönelik bir bakış açısı söz konusu olup, amaca yönelik olarak erteleme ve uzlaşma yeteneklerine sahiptir. Mantıklı ve gerçekçi bir bilinç gelişir. Ahlaki, dini ve cinsellikle ilgili değer yargıları oluşmuştur. Bağımsızlık tam olarak kazanılmıştır; bağımsızlık sağlama alınmış hissedildiğinden artık ebeveynlerin değer yargıları tekrar önemsenmeye başlanır. Aile ile ilişki yetişkin-yetişkin modeli şeklindedir, ayrışma-bireyselleşme süreci tamamlanmıştır ve artık ailenin yardımı alınabilir (Parman 1997, Kuruoğlu 1998, Oya 2005)

Ergenliğin ilk iki döneminde zıtlıkları başarı ile karşılaştıran ergen, işlevi “kimlik ve rol bütünleşmesi” olan geç ergenlik döneminde daha introspektif, düşünceli, hatta melankoliye meyilli gibidir. Artık meslek seçiminde karar verme aşamasında olması ve

aileden gerçek ayrılma riski altında kendi yeterliliğini sorgulayacaktır (Kruoğlu 1998, Oya 2005, Derman 2008).

Ergen psikososyal gelişim evrelerinin belirlenmesi her bir evre özelliklerinin birbirinden farklılık göstermesi nedeni ile büyük önem taşımaktadır. Ergenlik döneminde fiziksel değişikliklerin sonucu olarak; gelişen tam cinsel fonksiyon yanında, benlik saygısının ve kendine ait değerler sisteminin oluşmasını içeren kimlik değişimi, yetişkinlerden, özellikle ebeveynlerden psikolojik bağımsızlığın sağlanması, gelecekteki ekonomik bağımsızlık için becerilerin kazanılması, aile dışındaki bireylerle ilişkilerin geliştirilmesi ve cinsel olgunlaşma gerçekleşmektedir (Kuruoğlu 1998, Oya 2005, Kale 2009). Ergenin bu değişimleri yaşaması yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilemektedir.

### **3.3. Yaşam Kalitesi**

Sağlıkla ilişkili disiplinlerde morbidite ve mortalitenin geleneksel ölçümlerine ek olarak yaşam kalitesi açısından sağlık sorunlarının da değerlendirilmesinin önemini fark etmeye yönelik gelişmeler olmaktadır. Yaşam kalitesi bireylerin bütünüyle iyilik durumlarına ilişkin subjektif algılarını ve yaşam memnuniyetlerini yansıtmaktadır. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve mesleki/egitimsel boyutları kapsayan günlük yaşam olaylarını yerine getirme ve uygulamayı yansıtan çok boyutlu bir kavramdır (Wilkins 2004).

Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumlarından öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır (Eser 2008). Yaşam kalitesi sözcüğü ilk defa 1966 yılında Elkinton tarafından kullanılmıştır (Katsching 2000). Dünya Sağlık Örgütü 1980’lerin başında yaşam kalitesinin ölçümü ve kavramsallaştırılması için bir çalışma başlatmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün yaşam kalitesi grubu 1986 yılında yaşam kalitesini “bireylerin; yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” olarak tanımlamıştır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır (Kurt 1995, Erdem 1999). Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğunu yansıtmaktadır (Başaran 2005). Yaşam kalitesi kavramının dinamik, soyut ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş” un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesini sosyolojik,

psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenler belirlemektedir (Sönmez 2007, Memik 2007).

Yaşam kalitesine ilişkin birçok yayın ve akademik çalışma olmasına karşın; yaşam kalitesinin tanımı hakkında açık bir tanım mevcut değildir çünkü yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır (Kurt 2005, Memik 2005, Üneri 2005). Brager ve ark. 1995'te dört evrensel insan gereksinimini belirlemişler ve yaşam kalitesini bu alanların her birini gerçekleştirme derecesi olarak tanımlamışlardır; bu alanlar temel biyolojik gereksinimler, yakın insan ilişkileri, uğraş, farklı ve uyarıcı deneyimlerdir (Wilkins 2004). Öksüz'e göre; Mendola & Pelligrini (1979) "kişinin fiziksel kapasitesi içindeki arayışları sonucunda tatmin edici bir sosyal durumu elde ettiği" olarak tanımlamışlardır. Bu oldukça sınırlı bir tanım olup daha kompleks tanımların yapılmasından sonra geçerliliğini yitirmiştir. Shin ve Janson (1978), yaşam kalitesini; "kişisel gereksinimlerin giderilmesine yönelik kaynaklara sahip olmaya, istek ve arzulara, kişisel gelişimi sağlayan aktivitelere katılma ve kendini başkalarıyla karşılaştırmaya" dayandırmıştır. Patterson (1975) konuya başka bir açıdan yaklaşarak yaşam kalitesi değerlendirmesi için hayati gördüğü bazı karakteristik özellikleri belirlemiştir. Bunlar genel sağlık, performans durumu, genel konfor, duygusal durum ve ekonomik durumdur (Öksüz 2005). Revicki göre yaşam kalitesi "insanın deneyimlerinin genel bir sınırlaması, birinin her yönden tamamen iyi olmasını anlatır. Bu kişisel beklentilerle mukayesede subjektif fonksiyonlar üzerine temellenen önemi içerir ve öznel deneyimler, statüler ve algılar tarafından tanımlanır. Yaşam kalitesi kişiseldir" (Burckhardt 2003, Kurt 2008).

Yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Bazı çalışmalarda bahsedildiği gibi, bireyin objektif yaşam durumu uygun olmasada, subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilir. Böylece algılanan ve arzulanan durum arasındaki denge, yaşam kalitesi denkleminin özünü oluşturmaktadır (Dolgun 2003, Kurt 2008).

### **3.3.1. Ergenlerde Yaşam Kalitesi**

Ergenlerin yaşam kalitesi primer olarak çocuklar ve yetişkinlerle birlikte incelenmekte ve ergenlerin yaşam kalitelerinin spesifik yönleri sıklıkla ihmal edilmekteydi. Ancak yaşamın bu periyodunun yaşam kalitesinin anlaşılmasının önemli ve kendisine has özellikleri olduğu kabul edilmektedir. Ergenler çoğu şekilde çocuklardan farklıdır. Onları çocuk olarak görmek ergenler için çocuklardan çok daha



önemli olan yakın ilişkilerde gelişme, cinsellik ve ebeveynlere karşı daha otonom olma gibi bazı durumların gözden kaçma riskini artırabilir. Diğer yandan ergenleri yetişkin olarak görmek de otonomi için çaba harcama, akranların önemi, yakınlık ve cinselliğin gelişimsel yönleri ve tam olarak gelişmeyen eylemler için sorumluluk alma yeteneği gibi bazı yönlerin görmezden gelinmesine neden olabilir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonunu içeren birçok majör boyutun yer aldığı çok boyutlu bir oluşum olarak kavramsallaştırılmıştır. Yaşam kalitesi önemli olarak algılanan farklı boyutları yetişkinler, ergenler ve çocuklar arasında farklılık göstermektedir (Frisen 2007, Memik 2007).

Ergenler gibi özel yaş gruplarının yaşam kalitesinin spesifik yönlerini anlamak için yaşamın bu evresindeki bireylerin durumu dikkate alınmalıdır. Ergenlik yılları fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere birçok dramatik değişimleri içerir. Bu değişimler fiziksel maturasyon ve beden imajı, akran ilişkileri, yakınlaşma, cinsellik ve otonomidir (Frisen 2007).

Beden imajı, bedenin öznel ve bireysel algısı olup kişiliğin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Bireyin fiziksel kendiliğinin zihinsel bir resmi, kendiliğin gözle görünen kısmı, özellikle ergenlikte kendiliğin simgesi olarak nitelenen beden imajı, kendilik algısıyla bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Fiziksel değişikliklerin hızlı yaşandığı bir dönem olan ergenlikte beden imajı algısının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Orsel ve ark 2004). Beden imajı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki fazla çalışılmamış olmasına rağmen negatif beden imajının ergenlerin yaşam kalitelerini etkileyecek şekilde birçok olumsuz sonucu olduğu da bilinmektedir. Olumsuz beden imajı örneğin ergen kızlar arasında psikososyal problemler, yeme bozuklukları, diyet ve depresyonla ilişkilidir. Ergenler de algılanan fiziksel görünüm psikolojik yönden gerçek görünümünden daha önemli görülmektedir. Beden imajı konusu bu dönem boyunca çok göze çarpması nedeniyle, ergenlerin yaşam kalitesi değerlendirilmesi beden imajı konularını da içermelidir, çünkü olumsuz beden imajı düşük yaşam kalitesi algısına neden olabilmektedir (Frisen 2007).

Ergenlik süresince yakınlaşma gelişimi, ergenlerin yakınlaşma gereksinimlerini, yakın ilişkilere sahip olma kapasitesindeki değişimleri ve yakınlaşma kapasitesinin ifade edilmesini içerir. Yakın ilişki birbirlerinin iyiliği ile ilgilenme, mahremiyeti, bilgiyi açığa vurma isteği, ilgilerin ve aktivitelerin ortak olması ile karakterize olan iki kişinin arasındaki bir emosyonel bağlamdır. Ergenlerin genellikle güçlü yakınlaşma gereksinimleri vardır, ancak bu gereksinimleri karşılamak için gerekli sosyal ilişkileri

oluşturamazlarsa sosyal izolasyon duygusu eğiliminde olurlar (Frisen 2007). Bu da ergenin yaşam kalitesi algısını olumsuz yönde etkiler.

Ergen davranışlarının odaklandığı temel alanlardan biri arkadaş ve akranlarla ilişkilerdir. Ergenlerin çoğu akranları ile çok fazla zaman geçirirler ve akranları tarafından kabul edilmek bu yıllarda çok önemlidir. Bu nedenle akranlar normal olarak ergenlerin yaşamında çocukluk dönemi veya daha sonraki dönemlerden ya da bireyin yetişkinliğe ulaştığı dönemden daha fazla etkiye sahiptir. Ergenlik yıllarında çok önemli olması nedeniyle, akran ilişkilerinin kalitesi bireylerin yaşam kalitelerini etkileyebilir. Problemlili akran ilişkileri ergenlik dönemindeki ciddi psikolojik ve davranışsal problemler ile ilişkilidir (Frisen 2007). Akran ilişkisi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye rağmen üzerinde çalışma yapılmamış bir konudur. Yapılan farklı çalışmalarda arkadaşlarla ilişkinin ergenin sağlık durumunun ve gelişiminin iyi olmasında da etkili olduğu bulunmuştur (Jirojanakul 2003, Svavarsdottir 2006)

Kendi kendini yöneten biri olarak özerk bir birey olmak ergenlik yıllarının temel gelişimsel görevlerinden biridir. Çocuklar çoğu durumda başkalarına bağımlı iken, ergenlik yılları yetişkin özerk kişiliğine doğru bir geçiş dönemi olarak hizmet eder. Bu geçiş hem ergen hem de ebeveynler için zordur. Dolayısıyla baskı altında bir otonomi ergenin yaşam kalitesi algısını değiştirir. Ergenler için yapılan her kapsamlı değerlendirmede yaşam kalitesi de dâhil olmak üzere geleceğe ait istekleri ve otonomi konularını da içermelidir (Frisen 2007).

### **3.3.2. Ergen, Ebeveyn ve Yaşam Kalitesi**

Ergenler homojen gruplardır. Her birey emosyonel, fiziksel ve sosyal değişim yaşar. Ancak özellikle ergenler gibi belirli yaştaki bireylerde bu değişimler yaygındır ve bu nedenle bireysel yaşam kalitesi perspektifin unutulmaması gerekir. Bütün bireylerin şu andaki yaşamı, geçmiş deneyimleri, gelecek umutları, hayalleri ve ihtiraşlara bağımlı olan kendine özgü yaşam kalitesi deneyimleri vardır. Bu eşsiz deneyimin önemi bireyin yapabildiği şeyler gibi objektif yaşam kalitesini ve durumunu nasıl algıladığı ile ilgili subjektif yaşam kalitesi arasındaki ilişki yetersizliğinde görülebilir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesindeki bu farklılıklar aynı objektif sağlık durumu olan bireylerin çok farklı subjektif yaşam kalitesi bildirmesiyle açıklanabilir (Frisen 2007).

Ergenlerle yapılan araştırmalarda araştırmacılar ebeveynler, doktorlar ve öğretmenlere ergenlerin sağlıkları ve sağlıklarını nasıl koruduklarını sorgulamışlardır ancak ebeveyn ve ergenlerin yaşam kalitesi ile ilgili farklı görüşleri olduğu ortaya

çıkıştır (Svavarsdottir 2006, Frisen 2007) . Bazı araştırmacılar kendi algılarını yansıtmakta olduğu için, öznel değerlendirmenin daha değerli olduğunu ileri sürmektedir, kimi araştırmacılar ise nesnel sonuçlar verdiği için ebeveyn değerlendirmelerinin önemli olduğunu düşünmektedir. Ancak anne babaların çocuklarının olumlu yönlerine olan yatkınlıkları nedeniyle akran ilişkilerini değerlendirmede yetersiz oldukları, üstelik anne babaların eski deneyimleri, beklentileri ve görüşleri nedeniyle çocuklarını değerlendirmede çoğu zaman objektif olmadıkları bildirilmektedir (Rajmil 2004, Matza 2004 Memik 2005, Üneri 2005, Kurt 2008). Çocukların kendi ifadeleri ve ebeveyn değerlendirmeleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklı görüşler nedeniyle ergenin değerlendirdiği iyilik halinin mi yoksa ebeveynin değerlendirdiği iyilik halinin mi doğru kabul edilmesi gerektiği tartışmaları vardır. Ancak her iki değerlendirmenin de değerli olduğu bilinmelidir. Önemli olan yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde oluşabilecek algı farkının miktarıdır (Üneri 2007, Memik 2007, Laksonen 2008).

### **3.4. Ergenlerde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik**

Günümüzde okul çağı çocukları arasında yaşam kalitesi öncekine göre daha çok dikkati gerektirmektedir. Kronik sağlık sorunu olan ve olmayan çocuklar okula alınır ve ergenlik gibi stresli bir dönemi bir arada geçirirler. Bu nedenle okullardaki çocuklar arasında sağlık ilişkilerini ve sağlıklı yaşam stillerini güçlendirme, destekleme ve teşvik etme çocukların yaşamında olumlu farklılıklar elde etmede pratik bir yöntemdir (Svavarsdottir 2006). Sağlık bakımının amacı yaşam becerileri ve sağlıklı seçimleri geliştirerek ve sağlıksız yaşam alışkanlıklarını azaltarak ergen sağlığını geliştirmektir. Bunu sağlamak için hemşirelik ve diğer sağlık bakım meslekleri yaşam kalitesini incelemeli ve kullanmalıdır. Yaşam kalitesine erken yaşlarda odaklanılmasının, erişkin yaşlardaki yaşam kalitesi sorunları üzerinde azaltıcı etkisinin olacağı öne sürülmektedir. Bu nedenle hemşirelerin ergenin yaşam kalitesini ve etkileyen tüm faktörleri incelemeleri; daha sağlıklı bir toplum için gelişimin, değişimin ve öğrenmenin en hızlı döneminde olan ergenlikte müdahale etmeleri önemlidir (Koç 2004).

Profesyonel bağlamda hemşirelik mesleği üyeleri hemşirelik bakım standartları ve kriterleri geliştirerek, verdikleri bakımın kalitesini yükseltirler ve yaşam kalitesini güvence altına alırlar. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Birey aile ve toplumun yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik kaliteli bir sağlık bakım hizmetinden söz edebilmek için hizmetin etkili bir biçimde verilmesi,

mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve sağlık bakım alıcılarının memnuniyetinin sağlanması üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (Koç 2004).

## **IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

### **4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma Malatya Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı ilköğretim kurumlarının ikinci kademesinde öğrenim gören 6.7.8 sınıf öğrencilerinin yaşam kalitesini ve etkileyen bazı sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **4.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma Hayrettin Sönmezay ilköğretim okulu, Abdulkadireriş ilköğretim okulu, 100. yıl ilköğretim okulu ve Hidayet ilköğretim okulları olmak üzere Malatya il merkezinde bulunan dört ilköğretim okulunda yapılmıştır

Hayrettin Sönmezay ilköğretim okulunda 500, Abdulkadireriş ilköğretim okulunda 550, Hidayet ilköğretim okulunda 500 ve 100. yıl ilköğretim okulunda 400 öğrenci öğrenim görmektedir. Sınıflardaki ortalama öğrenci sayısı dört okulda da aynı olup sayıları 15-20 arasında değişmektedir. Okullarda spor salonu, kütüphane ve her okulda farklı sosyal aktiviteler için sınıflar bulunmakta olup, okullarda ikili eğitim (sabahçı- öğleci) verilmektedir.

### **4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini; Malatya İl merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı ilköğretim okullarındaki 6.7.8.sınıflarda öğrenim gören çocuklar ve aileleri oluşturmuştur. Malatya il merkezinde İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 72 ilköğretim okulunda 6, 7, 8. sınıfta 24260 öğrenci bulunmaktadır.

Araştırmanın örnekleme küme örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Küme örnekleme yöntemi uygulanırken, Milli Eğitim Bakanlığının ilgili yönergesinden yararlanılmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı ilde bulunan okulları eğitim bölgelerine ayırmaktadır, eğitim bölgeleri ilin okul sayılarına ve okullarda bulunan öğrenci sayılarına göre yapılmaktadır. Malatya il merkezi dört eğitim bölgesine ayrılmıştır ve kümeleri bu dört eğitim bölgesi oluşturmaktadır. Dört kümeden birer okul basit-rasgele yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Görülme sıklığı %50 ve 0,025 sapma ile evrenden örnekleme gidilerek hesaplanmış ve en az 1445 öğrencinin çalışmaya katılması gerektiği saptanmıştır. Aynı eğitim bölgesinde

bulunan okullar öğretmen, sınıf, spor salonu, laboratuvar, araç-gereç vb konularda birbirlerini desteklemektedir.

#### **4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından hazırlanan “Öğrenci Bilgi Formu” (Ek-1), “Ebeveyn Bilgi Formu” (Ek-2) “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu” (Ek-3) “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu” (PedsQL) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

##### **4.4.1.Öğrenci Bilgi Formu**

Öğrenci bilgi formu öğrencinin okulu, sınıfı, numarası, yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, aile tipi gibi demografik özelliklerini ve okulla ilişkili okula devam durumu, başarı durumu, sınıf tekrarı ve bireysel olarak hobileri, spor yapma alışkanlıkları, bir işte çalışma durumları, kahvaltı yapma alışkanlıklarını içeren 14 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

##### **4.4.2.Aile Bilgi Formu**

Aile bilgi formu; anne-babanın yaşı, eğitim durumu, meslekleri, ailenin sosyal güvencesi ve ekonomik durumunu içeren 8 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

##### **4.4.3. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Pediatric Quality of Life Questionnaire-PedsQL)**

Çocuklar için yaşam kalitesi ergen ve ebeveyn formu PedsQL 13-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. PedsQL 13-18 formunun ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Nursu Çakın Memik tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Memik 2005).

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının

hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmakta ve ölçeğin alanları ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. Ölçeğin her alanı ayrı ayrı hesaplanmakta olup, alandan alınan toplam puan alanda bulunan soru sayısına bölünerek alanda alınan puan elde edilmektedir. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5–10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir.

#### **4.5. UYGULAMA**

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için Malatya İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Milli eğitim müdürlüğünden izin alındıktan sonra dört ilköğretim okulunun müdürleri ile görüşülmüş ve çalışmanın nasıl yapılacağı ve amacı hakkında bilgi verilmiş, izin alınmıştır. Okul müdürleri ile verilen yasal süre içerisinde çalışmanın yapılabilmesi için bir çalışma planı belirlenmiştir. Okul müdürleri rehberlik öğretmenlerini bu konu ile ilgili olarak görevlendirmiş ve tüm öğretmenlere rehberlik öğretmenin eşliğinde çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Planlanan saatte planlanan sınıflara girilerek öğrenciye gerekli bilgiler verilmiş ve veri toplama formları öğrencilere dağıtılmıştır. Ortalama olarak bir ders süresinin yarısında (20–25 dakika) öğrenciler formları doldurarak teslim etmişlerdir. Öğrencilere ebeveyn formları da dağıtılmış ve gerekli açıklamalar yapılarak evlerine ebeveynlerinin doldurması için gönderilmiştir. Ebeveynlerin doldurduğu formları öğrenciler okula getirerek sınıf başkanlarına, sınıf başkanları ise formları rehber öğretmenlerine teslim etmişlerdir. Formlar rehberlik öğretmenlerinde toplanmış ve araştırmacı tarafından teslim alınmıştır. Araştırma 12–30 Mayıs 2009 tarihlerinde tamamlanmıştır ve 1434 öğrenciye, 952 ebeveyne ulaşılmıştır.

#### **4.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışmada, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)'nin değerlendirilmesinde faktör analizi yapılmıştır. Elde edilen boyutlar geçerlilik ve güvenirlik yönünden incelenmiş (öğrenci formu Cronbach's Alpha 0,891, ebeveyn formu Cronbach's Alpha 0,890) ve boyutların toplanabilirlik özelliklerinin de mevcut olduğu görülmüştür.

Ergenlerden elde edilen demografik özellikleri ve ÇİYKÖ faktörlerinin ortalama puanları yönünden yapılan karşılaştırmalarda grup sayısı 2 olan değişkenler için Student t testi, grup sayısı 3 ve daha fazla olan değişkenler için ise Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), General Linear model (Multivariate) kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler Aritmetik ortalama (ort.) ve Standart Sapma (ss) ile, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile ifade edilmiş ve hesaplamalar istatistiksel paket program yardımı ile yapılmıştır (SPSS inc, IL)



## V. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 1434 öğrenci ve 952 ebeveynin tanıtıcı özellikleri, çocukların yaşam kalitesi algıları, ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitesini algılayışları ve çocukların yaşam kalitesini etkileyen bazı demografik özellikleri içeren bulgular yer almaktadır.

**Tablo-1 Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=1434)**

TANITICI ÖZELLİKLER		n	%
Cinsiyet	Kız	742	51,7
	Erkek	692	48,3
Yaş	12	399	27,8
	13	565	39,4
	14	378	26,4
	15	80	5,6
	16	12	0,8
Aile Tipi	Çekirdek aile	1103	76,9
	Geniş aile	284	19,8
	Tek ebeveynli aile	47	3,3
Kardeş Sayısı	1 Kardeş	288	20,1
	2 Kardeş	355	24,8
	3 Kardeş ve üzeri	791	55,2
Devamsızlık Süresi	5 Günden az	1120	78,1
	5-10 Gün arası	239	16,7
	10 Günden fazla	75	5,2
Bir İşte Çalışma Durumu	İşte çalışan	126	8,8
	İşte çalışmayan	1308	91,2
Spor Yapma Durumu	Spor yapmıyor	1173	81,8
	Spor yapıyor	261	18,2
Hobi	Hobisi var	1036	72,2
	Hobisi yok	398	27,7
Başarı Durumu	Çok iyi	319	22,2
	İyi	754	52,6
	Orta	331	23,1
	Kötü	30	2,1
Sınıf Tekrarı	Sınıf tekrarı yapan	120	8,4
	Sınıf tekrarı yapmayan	1314	91,6
Kahvaltı Yapma Durumu	Kahvaltı yapan	1049	73,2
	Kahvaltı yapmayan	385	26,8

Tablo-1'de görüldüğü gibi, öğrencilerin %51,7'si kız, %48,3'ü erkek olup, %27,8'i 12, %39,4'ü 13 ve %0,8'i 16 yaşında, %76,9'u çekirdek aile ile yaşamakta ve %3,3'ü tek ebeveynlidir. Öğrencilerin %55,2'si üç ve üzeri kardeşe sahip, %8,8'i bir işte çalışmakta, %73,2'si düzenli kahvaltı yapmakta, %81,8'i spor yapmakta ve %72,2'sinin bir hobisi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %52,6'sı okul başarısını iyi olarak değerlendirmekte, %78,1'nin beş günden az devamsızlığı olduğu ve %8,4'ünün sınıf tekrarı yapmış olduğu belirlenmiştir.

**Tablo-2 Çalışmaya Katılan Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

TANITICI ÖZELLİKLER		n	%
<b>Ebeveyn</b>	Anne	575	60,4
	Baba	377	39,6
<b>Anne Eğitimi</b>	Okur-yazar değil	140	14,7
	Okur-yazar	113	11,9
	İlkokul	435	45,7
	Ortaokul	130	13,7
	Lise	97	10,2
	Üniversite	37	3,9
<b>Baba Eğitimi</b>	Okur-yazar değil	31	3,3
	Okur-yazar	59	6,2
	İlkokul	312	32,8
	Ortaokul	209	22,0
	Lise	230	24,1
	Üniversite	111	11,7
<b>Anne Mesleği</b>	Ev hanımı	894	93,9
	İşçi	18	1,9
	Memur	22	2,3
	Diğer	18	1,9
<b>Baba Mesleği</b>	Memur	146	15,3
	İşçi	215	22,6
	Esnaf	150	15,8
	Serbest	255	26,8
	Asker	20	2,1
	Diğer	166	17,4
<b>Anne Yaşı</b>	30-39 arası	588	61,8
	40-49 arası	329	34,6
	50-59 arası	35	3,7
<b>Baba Yaşı</b>	30-39 arası	290	30,5
	40-49 arası	543	57,0
	50-59 arası	117	12,5
<b>Sosyal Güvencesi</b>	Sosyal güvencesi var	735	77,2
	Sosyal güvencesi yok	217	22,8
<b>Ekonomik Durum</b>	Düşük	187	19,6
	Orta	626	65,7
	İyi	139	14,6

Tablo-2’de ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynlerin %60,4’ü anne, %39,6’sı babadır. Annelerin %61,8’i 30–39 yaş arasında, %45,7’si ilkokul mezunu, %3,9’u üniversite mezunudur. Annelerin %93,9’u ev hanımı, %2,3’ü memur babaların %57’si 40–49 yaş arasında, %32,8’i ilkokul mezunu, %24,1’i lise mezunu ve %11,7’si üniversite mezunudur. Babaların %26,8’i serbest meslekte çalışmakta, %22,6’sı işçi, %15,3’ü memurdur. Ailelerin %77,2’sinin sosyal güvencesinin olmadığı ve %65,7’sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

**Tablo-3 Öğrencilerin ÇİYKÖ Puan Ortalamaları**

ÇİYKÖ Alanları	ort± ss	Test *	
		t	p
ÖTP	77,41±16,27	180,104	,000
FSTP	78,06±15,29	193,243	,000
DİP	70,48±19,78	134,887	,000
SİP	86,39±17,15	190,761	,000
OİP	73,77±18,49	151,012	,000
PSTP	76,87±15,09	192,914	,000

\* Student-t test  $p < 0,01$

Tablo-3’de öğrencilerin ÇİYKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Öğrenciler en düşük puanı duygusal işlevsellik puan alanından, en yüksek puanı ise sosyal işlevsellik puan alanından aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo-4 Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Kız Öğrenci (n:723)	Erkek Öğrenci (n:692)	Test*	
	ort ±s.s	ort±s.s	t	p
ÖTP	76,15±18,71	78,78±13,25	-3,038	,002
FSTP	76,22±15,27	80,01±15,18	-4,690	,000
DİP	66,81±20,54	74,31±18,24	-7,247	,000
SİP	87,08±16,59	85,75±17,56	1,460	,145
OİP	72,81±19,16	74,73±17,82	-1,944	,052
PSTP	75,53±15,54	78,52±14,46	-3,990	,000

\*Student t testi  $p<0,05$

Tabloda öğrencilerin cinsiyetlerine göre çocuklar için yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Erkek öğrencilerin ölçek toplam puanı kız öğrencilerden yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Erkek öğrencilerin fiziksel sağlık puan ortalamaları, duygusal işlevsellik puan ortalamaları, okul işlevsellik puan ortalamaları ve psikososyal puan ortalamaları kız öğrencilerden yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlıdır. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre sosyal işlevsellik puan ortalamasından yüksek puan aldıkları belirlenmiş ancak istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Genel olarak ÇİYKÖ'den erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo-5 Öğrencilerin Çalışma Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Çalışan (n:126)	Çalışmayan (n:1307)	Test*	
	ort±s.s	ort±s.s	t	p
ÖTP	76,33±14,23	77,51±16,46	-,776	,438
FSTP	76,27±18,06	78,23±15,00	-1,369	,171
DİP	71,79±23,43	70,36±19,41	,776	,438
SİP	83,20±18,81	86,69±16,95	-2,185	,029
OİP	72,46±18,61	73,88±18,49	-,823	,410
PSTP	75,25±16,15	77,02±14,98	-1,258	,209

\*Student t testi  $p<0,05$

Tablo 5’de öğrencilerin herhangi bir işte çalışma durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Öğrencilerin çalışma durumları yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal işlevsellik alanında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ve çalışmayan öğrencilerin sosyal işlevsellik puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. ÇİYKÖ’nun fiziksel sağlık alanında, duygusal işlevsellik alanında, okul işlevsellik alanında ve psikososyal alanlarında çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo-6 Öğrencilerin Spor Yapma Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Spor Yapan (n:1173)	Spor Yapmayan (n:256)	Test* t	p
	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	78,57±12,81	72,12±26,27	5,841	,000
FSTP	79,51±14,51	71,41±16,92	7,866	,000
DİP	71,93±18,82	63,96±22,53	5,936	,000
SİP	87,80±15,77	80,14±21,25	6,601	,000
OİP	75,10±18,19	67,60±18,68	5,974	,000
PSTP	78,16±14,35	71,01±16,93	7,013	,000

\* student t testi  $p<0,01$

Tablo 6'da öğrencilerin spor yapma durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırılması verilmiştir. Spor yapan öğrenciler ÇİYKÖ'nin tüm alanlarından yüksek puan bildirmişlerdir. Spor yapan öğrenciler fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal alanlarında spor yapmayanlardan daha yüksek puan almışlar ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0,01$ ).



**Tablo-7 Öğrencilerin Hobilerinin Olma Durumuna Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Hobisi Var (n:392)	Hobisi Yok (n:1036)	Test* t	p
	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	78,25±16,99	75,18±14,08	3,186	,001
FSTP	79,02±15,07	75,51±15,57	3,895	,000
DİP	70,85±19,82	69,40±19,71	1,237	,216
SİP	87,43±16,51	83,55±18,46	3,830	,000
OİP	74,34±18,44	72,33±18,67	1,832	,067
PSTP	77,61±14,89	74,89±15,54	3,045	,002

\* student t testi  $p < 0,01$

Tabloda öğrencilerin herhangi bir hobisinin olma durumuna göre ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hobisi olan öğrenciler ÇİYKÖ'den yüksek puan bildirmiş olmalarına rağmen ölçek toplam puanında, fiziksel sağlık alanında, sosyal işlevsellik alanında ve psikososyal alanda istatistiksel fark olduğu, duygusal işlevsellik ( $p=0,216$ ) ve okul işlevsellik ( $p=0,067$ ) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo-8 Öğrencilerin Kahvaltı Yapma Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Kahvaltı Yapan (n:1049)	Kahvaltı Yapmayan (n:385)	Test* t	p
	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	79,14±16,56	72,71±14,46	6,733	,000
FSTP	79,45±14,85	74,27±15,92	5,747	,000
DİP	72,62±18,67	64,63±21,49	6,893	,000
SİP	87,65±15,91	82,97±19,75	4,603	,000
OİP	75,59±17,95	68,80±19,05	6,233	,000
PSTP	78,58±14,41	72,24±15,90	7,174	,000

\* student t testi  $p<0,01$

Öğrencilerin kahvaltı yapma durumuna ilişkin tabloya göre kahvaltı yapan öğrencilerin, ÇİYKÖ'nin tüm alanlarında puanları yüksek bulunmuştur. Kahvaltı yapan öğrencilerin kahvaltı yapmayan öğrencilere göre fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği ve psikososyal alanlarında yüksek bildirmişler ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

**Tablo-9 Öğrencilerin Sınıf Tekrarı Yapma Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Sınıf Tekrarı Yapan (n:120)	Sınıf Tekrarı Yapmayan (n:1311)	Test*	p
	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	76,01±13,59	77,56±16,49	-1,001	,317
FSTP	75,55±17,35	78,31±15,05	-1,900	,058
DİP	71,53±19,52	70,38±19,81	,609	,543
SİP	83,52±17,24	86,65±17,13	-1,913	,056
OİP	70,01±19,06	74,12±18,42	-2,330	,020
PSTP	75,84±14,96	76,99±15,09	-,799	,424

\* student t testi  $p < 0,05$

Öğrencilerin sınıf tekrarı yapma durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması tabloda verilmiştir. Sınıf tekrarı yapan öğrenciler okul işlevsellik alanında düşük puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,02$ ). ÇİYKÖ diğer alanlarında istatistiksel olarak fark bulunmadığı saptanmıştır. Sınıf tekrarı yapmayan öğrenciler fiziksel sağlık alanında da yüksek puan bildirmiş olmalarına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,056$ ).

**Tablo-10 Öğrencilerin Yaşlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	12 Yaş (n:399)	13 Yaş (n:565)	14 Yaş (n:378)	15 Yaş (n:80)	16 Yaş (n:12)	Test*	
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	f	p
ÖTP	77,90±21,62	77,24±13,79	77,36±13,39	77,68±12,26	69,09±22,84	,896	,466
FSTP	77,40±15,85	78,38±15,09	78,26±15,15	78,50±13,13	74,21±23,54	,473	,756
DİP	70,50±20,12	71,08±18,90	70,04±20,02	68,45±21,87	68,54±28,17	,416	,797
SİP	86,26±16,20	85,31±18,14	87,92±16,69	89,29±12,21	74,25±30,72	3,420	,009
OİP	74,12±18,19	73,80±18,50	73,57±18,40	75,02±19,07	58,33±23,29	2,235	,063
PSTP	76,63±15,15	76,96±14,89	77,14±15,01	77,73±14,72	66,89±23,62	1,447	,216

\* Anova  $p < 0,05$

Tabloda öğrencilerin yaşlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Öğrencilerin yaşlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde 12, 13, 14 ve 15 yaşındaki öğrencilerin ÇİYKÖ'nun tüm alanlarında benzer puanlar, 16 yaşındaki öğrencilerin ise diğer yaş gruplarından düşük puan bildirdikleri saptanmıştır. İkili grupların kendi aralarında karşılaştırılmasıyla 16 yaş grubu öğrencilerin, sosyal işlevsellik alanında, okul işlevsellik alanında ve psikososyal alanda düşük puan bildirdikleri ve sosyal işlevsellik alanında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Diğer yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo-11 Öğrencilerin Devamsızlık Sürelerine Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Devamsızlık Süresi			Test*	p
	5 Günden Az (n:1120)	5-10 Gün Arası (n:239)	10 Günden Fazla (n:75)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	78,10±16,90	75,22±13,17	74,16±14,78	4,693	,009
FSTP	78,41±15,17	77,32±15,37	75,14±16,67	1,943	,144
DİP	70,64±19,80	69,69±19,83	70,61±19,60	,226	,798
SİP	86,91±16,66	84,98±18,31	83,21±19,87	2,618	,073
OİP	75,20±17,95	68,97±19,09	67,56±20,87	15,946	,000
PSTP	77,62±14,90	74,42±15,26	73,60±16,25	6,344	,002

\*anova  $p < 0,05$

Öğrencilerin devamsızlık sürelerine göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasının verildiği tabloya göre, ikili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında devamsızlığı 10 günden fazla öğrencilerle, 5 günden az öğrenciler arasında ölçek toplam puanında, 5 günden az öğrencilerin lehinde anlamlı fark belirlenmiştir ( $p=0,009$ ). Okul işlevsellik puan alanında 5 günden az öğrenciler 5-10 gün arası ve 10 günden fazla öğrencilere göre yüksek puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Psikososyal puan alanında ikili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında 5 günden az öğrencilerin 5-10 gün arası ve 10 günden fazla devamsızlığı olan öğrencilerden yüksek puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak da 5 günden az devamsızlığı olan öğrencilerin lehine anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,002$ ).

**Tablo-12 Öğrencilerin Kardeş Sayısına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Kardeş Sayısı			Test*	p
	1 Kardeş (n:288)	2 Kardeş (n:355)	3 Kardeş ve Üzeri (n:791)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	78,93±13,11	77,53±12,95	76,88±18,49	1,374	,253
FSTP	78,41±15,68	79,26±13,96	77,38±15,75	1,949	,143
DİP	72,75±19,49	68,94±20,23	70,34±19,64	2,989	,051
SİP	87,02±16,76	87,92±15,75	85,48±17,83	2,724	,066
OİP	75,60±17,15	74,02±17,40	72,98±19,39	2,153	,116
PSTP	78,18±14,41	77,10±14,02	76,29±15,76	1,706	,182

\*anova  $p < 0,05$

Tabloda öğrencilerin kardeş sayılarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. İkili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında duygusal işlevsellik alanında 1 kardeşi olan öğrencilerin 2 kardeşi olan öğrencilere göre daha yüksek puan bildirdikleri belirlenmiştir. İkili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında sosyal işlevsellik alanında 3 kardeş ve üzeri kardeşe sahip olan öğrenciler 1 kardeş ve 2 kardeşi olan öğrencilerden daha düşük puan aldıkları saptanmıştır. Okul işlevsellik alanında da 1 kardeşe sahip olanlar ve 3 kardeş ve üzeri kardeşe sahip olanlar arasında 1 kardeşe sahip olanların daha yüksek puan bildirdikleri ve istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo-13 Çocukların Aile Tipine ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Çekirdek Aile (n:1103)	Geniş Aile (n:284)	Tek Ebeveyn (n:47)	Test*	
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	f	p
ÖTP	77,62±13,77	76,86±23,95	75,81±13,20	,480	,619
FSTP	78,46±15,08	76,75±15,43	76,35±18,86	1,720	,179
DİP	70,75±19,91	69,75±19,69	68,52±17,26	,527	,590
SİP	87,02±16,81	84,08±18,37	85,53±16,34	3,405	,033
OİP	74,73±18,14	70,90±19,30	68,40±19,52	6,949	,001
PSTP	77,39±15,06	75,11±15,31	75,44±13,72	2,797	,061

\*anova  $p < 0,05$

Tabloda çocukların aile tipine göre ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. İkili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında sosyal işlevsellik alanında çekirdek aileye sahip olan öğrenciler, geniş aile ve tek ebeveynli aileye sahip olan öğrencilere göre daha yüksek puan bildirmişler ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,033$ ). Okul işlevsellik alanında çekirdek aileye sahip olan öğrenciler lehine geniş aileye ve tek ebeveynli aileye sahip olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). Okul işlevsellik alanında geniş aile ile tek ebeveynli aileye sahip olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir ( $p=0,001$ ). Psikososyal alanda çekirdek aileye sahip öğrenciler ile geniş aileye sahip olan öğrenciler arasında çekirdek aileye sahip olanların yüksek puan bildirdikleri saptanmıştır, istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ( $p=0,061$ ).

**Tablo-14 Öğrencilerin Okul Başarı Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Okul Başarısı				Test*	p
	Çok İyi (n:319)	İyi (n:754)	Orta (n:331)	Kötü (n:30)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	80,95±12,49	78,59±17,85	72,30±13,86	66,61±18,00	22,585	,000
FSTP	80,37±15,20	78,86±15,13	74,74±14,80	69,79±17,74	11,477	,000
DİP	74,10±18,53	70,92±19,74	66,82±20,14	61,20±21,15	9,834	,000
SİP	89,16±16,92	87,53±15,11	81,98±19,55	77,16±26,11	14,472	,000
OİP	80,28±16,76	75,08±17,07	65,91±19,32	58,08±23,22	45,389	,000
PSTP	81,26±13,69	77,64±14,35	71,92±15,77	65,59±19,44	28,688	,000

\*anova  $p < 0,01$

Tablo 14 de öğrencilerin okul başarı durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Bağımsız gruplar incelendiğinde okul başarısı çok iyi, iyi, orta ve kötü arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Okul başarısını çok iyi olarak değerlendiren öğrenciler en yüksek ÇİYKÖ puanlarını alırken, kötü olarak değerlendirenler en düşük ÇİYKÖ puanlarını almışlardır. Okul başarı durumunun ÇİYKÖ'nun tüm alanlarını orantılı olarak etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,00$ ).



**Tablo-15 Öğrenci ve Ebeveyn ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<b>ÇİYKÖ Alanları</b>	<b>Ergen Formu (n=1434)</b>	<b>Ebeveyn Formu (n=952)</b>	
	<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>p</b>
<b>ÖTP</b>	77,41±16,27	73,73±15,06	,000
<b>FSTP</b>	78,06±15,29	69,64±20,47	,000
<b>DİP</b>	70,48±19,78	71,74±18,51	,000
<b>SİP</b>	86,39±17,15	79,45±20,59	,000
<b>OİP</b>	73,77±18,49	76,38±17,22	,000
<b>PSTP</b>	76,87±15,09	75,97±15,36	,000

\*Student t testi  $p<0,01$

Tabloda ergen ve ebeveynlerinin ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ergen ve ebeveynlerin ölçek toplam puan ortalamaları arasında ergen lehinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Ergenler yaşam kalitelerini ebeveynlerine göre daha yüksek algılamaktadır. Ergenler fiziksel sağlık alanında, sosyal işlevsellik alanında, psikososyal alandan ebeveynlerden daha yüksek puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Duygusal işlevsellik alanında ve okul işlevsellik alanında ebeveynlerin öğrencilere göre daha yüksek yaşam kalitesi puanı bildirdikleri saptanmıştır.

**Tablo-16 Öğrencilerin Anne ve Babalarının ÇİYKÖ Puan Ortalamaları Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Anne (n:571)	Baba (n:377)	Test*	
	ort±ss	ort±ss	t	p
ÖTP	73,73±15,12	73,94±15,01	-,205	,838
FSTP	69,65±20,30	69,61±20,75	,027	,978
DİP	71,30±18,77	72,40±18,10	-,890	,373
SİP	79,72±20,63	79,33±20,56	,503	,615
OİP	76,50±16,90	76,18±17,72	,284	,777
PSTP	76,06±15,00	75,83±15,90	,234	,815

\*student t testi  $p<0,05$

Tabloda çocukların anne babalarının ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Çalışmaya katılan anne ve babalar çocuklarının yaşam kalitesini benzer şekilde değerlendirmişlerdir. Anne ve babalar arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo-17 Annelerin Yaşına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Anne Yaşı			Test*	p
	30-49 Yaş (n:359)	40-49 Yaş (n:197)	50-59 Yaş (n:18)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	t	
ÖTP	73,49±15,19	73,73±15,27	77,86±10,59	,718	488
FSTP	69,52±20,02	69,83±20,97	69,83±18,92	,016	984
DİP	70,81±18,18	71,93±19,61	72,84±20,55	,295	754
SİP	79,89±20,46	78,85±21,46	86,38±12,57	1,122	726
OİP	76,74±17,06	75,41±16,68	83,05±14,66	1,802	166
PSTP	76,20±14,84	75,42±15,50	79,44±11,59	,651	522

\* Linear Modeller  $p < 0,05$

Tabloda annelerin yaşlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Anne yaşı 50-59 arasında olan anneler çocukları için yaşam kalitesi puanını yüksek bildirmişlerdir, ancak diğer yaşlarla aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ( $p < 0,05$ ).

Anne yaşına göre yapılan değerlendirmede anne yaşının çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

**Tablo-18 Baba Yaşına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Baba Yaşı			Test*	p
	30-49 Yaş (n:125)	40-49 Yaş (n:200)	50-59 Yaş (n:51)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	74,42±14,30	73,92±14,97	72,85±17,13	,196	,822
FSTP	69,64±20,64	69,41±20,92	70,44±20,92	,050	,952
DİP	73,10±17,44	72,66±18,08	69,90±19,88	,598	,550
SİP	79,39±17,61	79,89±21,22	74,67±24,33	1,340	,263
OİP	76,95±16,49	76,04±17,93	74,76±20,10	,287	,751
PSTP	76,42±15,08	76,09±15,67	73,34±18,77	,734	,481

\*General Linear Model  $p<0,05$

Tabloda baba yaşına göre ÇİYKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Babaların yaşlarına göre yapılan incelemede yaşı 50-59 arasında olan babaların yaşam kalitesi puanını düşük bildirdiği ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir. Baba yaşının çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirmede farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo-19 Anne Eğitim Durumuna Göre ÇİYKÖ Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Anne Eğitim Durumu						Test*	p
	Okur-yazar Değil (n:71)	Okur-yazar (n:72)	İlkokul (n:265)	Ortaokul (n:83)	Lise (n:57)	Üniversite (n:23)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	68,84±16,27	74,37±14,71	74,89±14,64	73,08±14,95	75,52±12,69	70,90±20,95	2,203	,053
FSTP	61,08±21,96	70,88±21,06	70,40±20,37	70,65±19,06	72,11±17,38	73,49±17,58	3,088	,009
DİP	66,16±21,45	73,42±18,56	73,22±17,49	68,17±20,33	70,58±18,36	70,40±16,48	2,308	,043
SİP	74,43±22,84	76,87±22,83	80,42±19,76	80,24±21,42	84,64±17,03	82,82±18,87	2,051	,070
OİP	73,19±17,68	77,23±14,24	77,80±16,28	73,38±19,04	76,75±18,45	79,56±15,29	1,613	,155
PSTP	71,07±18,25	75,47±14,40	77,46±14,24	74,67±14,82	77,54±13,64	77,81±15,21	2,409	,035

\* Linear Modeller  $p < 0,05$

Anne eğitim durumuna göre ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında okur-yazar olmayan anneler ölçek toplam puanının diğer annelere göre daha düşük olarak bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0,053$ ). İkili gruplar kendi aralarında incelendiğinde fiziksel sağlık alanında okur-yazar olan anneler, ilkokul mezunu anneler ve ortaokul mezunu anneler benzer puan bildirmişler, lise mezunu ve üniversite mezunu annelerde kendi aralarında benzer puan bildirmişler ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p=0,009$ ), okuryazar olmayan annelerin ise en düşük puan bildirdikleri saptanmıştır. Duygusal işlevsellik alanında ikili gruplar incelendiğinde, okuryazar olan anneler ile ilkokul mezunu annelerin yakın puan aldıkları, lise mezunu ve üniversite mezunu annelerinde benzer puan aldıkları ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0,043$ ). Duygusal işlevsellik alanında da okuryazar olmayan annelerin en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. Psikososyal işlevsellik alanında ikili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında ise

ilkokul, lise, üniversite mezunu anneler benzer puan alırken, okuryazar ve ortaokul mezunu annelerin kendi aralarında benzer puan aldıkları saptanmıştır. Annelerin eğitim durumlarına göre okuryazar olmayan annelerin ÇİYKÖ'nin tüm alanlarından düşük puan bildirdikleri belirlenmiştir.

**Tablo-20 Babaların Eğitim Durumlarına Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Baba Eğitim Durumu						Test*	p
	Okuryazar Değil (n:8)	Okuryazar (n:23)	İlkokul (n:99)	Ortaokul (n:75)	Lise (n:107)	Üniversite (n:65)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	66,20±7,97	78,06±11,68	69,50±15,18	72,38±15,01	76,19±15,89	78,29±12,89	4,403	,001
FSTP	58,90±22,28	71,73±19,29	62,08±20,28	68,18±21,32	73,64±20,38	76,58±18,00	5,733	,000
DİP	63,75±11,87	75,65±19,49	70,69±18,97	70,41±18,46	73,32±17,98	75,93±16,20	1,419	,216
SİP	73,12±12,79	85,65±13,84	71,93±22,92	75,52±21,83	82,90±19,65	86,10±14,83	6,044	,000
OİP	73,25±13,31	79,49±12,02	73,96±15,53	76,57±18,42	76,41±19,87	77,65±18,62	3,318	,693
PSTP	72,91±13,41	82,60±11,46	71,80±15,99	72,12±16,22	77,22±16,91	79,63±13,80	,609	,006

\* Linear Modeller P<0,01

Tablo 20’de babaların eğitim durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Okuryazar olmayan babalar ölçek toplam puanında en düşük yaşam kalitesi puanı bildirmişlerdir. İkili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında okuryazar ve üniversite mezunu babalar benzer puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001). Fiziksel sağlık alanında ikili gruplar kendi aralarında incelendiğinde en düşük puanı okuryazar olmayan babalar alırken, eğitim durumu yükseldikçe fiziksel sağlık alanı puanının da yükseldiği ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0,00). Tablo incelendiğinde okur-yazar babalar ile üniversite mezunu babaların benzer yaşam kalitesi puanı verdiği görülmektedir ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Baba eğitim durumu yükseldikçe bildirilen yaşam kalitesi puanı da yükselmektedir. Üniversite mezunu babalar ÇİYKÖ’den en yüksek puanı almışlardır.

**Tablo-21 Ailelerin Ekonomik Durumuna Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Ekonomik Durum			Test* f	p
	Düşük (n:187)	Orta (n:622)	İyi (n:139)		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
<b>ÖTP</b>	71,77±14,22	74,44±14,87	73,79±16,81	-2,172	,105
<b>FSTP</b>	66,22±20,23	70,80±20,15	69,03±21,80	-2,719	,026
<b>DİP</b>	70,04±19,62	71,94±18,33	73,13±17,68	-1,225	,295
<b>SİP</b>	76,99±22,27	79,76±20,08	81,37±20,36	-1,609	,134
<b>OİP</b>	73,86±16,75	76,48±17,77	79,28±14,82	-1,796	,019
<b>PSTP</b>	73,80±15,34	76,32±15,57	77,32±14,17	-1,943	,078

\*anova  $p < 0,05$

Tabloda ailelerin ekonomik durumlarına göre ÇİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Ekonomik durumunu düşük olarak bildiren aileler genel olarak çocuklarının yaşam kalitesi puanını düşük, ekonomik durumunu iyi olarak bildiren ailelerinde yaşam kalitesi puanı yüksek bildirdikleri saptanmıştır. İkili gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında fiziksel sağlık alanında ( $p=0,026$ ), okul işlevsellik alanında ( $p=0,019$ ), ekonomik durumunu düşük olarak bildiren ailelerin yaşam kalitesi puanını da düşük olarak bildirdikleri ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.



**Tablo-22 Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre ÇİYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

ÇİYKÖ Alanları	Sosyal Güvencesi		Test* t	p
	Var (n:731)	Yok (n:216)		
	ort±ss	ort±ss		
ÖTP	74,17±15,05	72,68±15,09	1,276	,105
FSTP	70,24±20,59	67,70±20,00	1,604	,026
DİP	71,75±18,76	72,16±17,60	-,354	,295
SİP	79,88±20,32	77,98±21,50	1,192	,134
OİP	76,82±17,20	74,93±17,29	1,412	,019
PSTP	76,13±15,30	75,47±15,59	,559	,078

Student t testi  $p < 0,05$

Tabloda görüldüğü gibi sosyal güvencesi olmayan ailelerin genel olarak yaşam kalitesi puanı düşük olarak belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olan aileler, fiziksel sağlık alanında ve okul işlevsellik alanında yüksek puan bildirmişlerdir ve istatistiksel olarak fark bulunduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

## VI. TARTIŞMA

Ergenlerin yaşam kalitelerini kendi bakış açılarıyla değerlendirmelerinin, ergenlere yönelik koruyucu, iyileştirici ve palyatif sağlık bakımı sunulmasında önemli olacağı bilinmektedir. Yaşam kalitesi risk altındaki ergenlerin erken dönemde destek gereksinimlerini ve ergenlerin gelecekteki sağlık bakım gereksinimlerini belirlemede önemlidir.

Araştırmamıza 12–16 yaş arasında 1434 öğrenci ve 952 ebeveyn katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %51,7'si kız, %48,3'ü erkek ve yaş ortalaması 13,12'dir. Öğrencilerin %76,9'u çekirdek ailede yaşamakta, %55,2'si üç ve üzeri kardeşe sahiptir. Ebeveynlerin %60,4'ü anne, %39,6'sı babadır. Annelerin %45,7'si ilkokul mezunu, %3,9'u üniversite mezunu, %93,9'u ev hanımı ve %2,3'ü memurdur. Babaların %32,8'i ilkokul, %11,7'si üniversite mezunu %22,6'sı işçi, %26,8'i serbest meslek sahibidir. Ailelerin %77,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %65,7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1-2).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi incelendiğinde, yaşam kalitesinin erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha yüksek algıladıkları görülmüştür (tablo-4) . Kız öğrenciler sosyal işlevsellik alanı dışında, okul işlevselliği, fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve psikososyal işlevsellik alanlarında daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir. Saatli ve ark (2004) 8-12 yaş grubu çocuklarla yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin daha kötü yaşam kalitesine sahip olduğunu bulmuşlardır. Özyurt ve ark. (2004) kız öğrencilerin yaşam kalitelerini incelemişler ve kız öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesi algılarını etkilediğini saptamışlardır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ülkemizin aksine erkek çocukların yaşam kalitesi daha olumsuz algıladıkları bulunmuştur, Finlandiyalı çocuklar üzerinde yapılan çalışmada kız öğrenciler daha yüksek yaşam kalitesi göstermişlerdir. Benzer şekilde İzlandalı okul çocuklarında yapılan çalışmada kız öğrencilerin yaşam kalitelerini daha yüksek algıladıklarını bildirmişlerdir. Hollanda da yapılan bir çalışmada fiziksel sağlık ve duygusal işlevsellik puan ortalamaları kızlarda erkeklerden düşük bulunmuştur (Jirojanakul 2003, Bastiaaansen ve ark 2004, Svavasdottir 2006). Araştırmamız ve diğer araştırma sonuçlarının farklı olması, kızların erken ergenliğe girmesi, erkeklerin ise henüz girmemesi olabileceği gibi cinsiyet farklılıklarına göre kızlar ve erkeklerden rol beklentilerinin toplumlarda farklı olması da bu farklılığı düşündürülebilir. Ülkemizde ergenlik dönemi kız çocuklarına birçok roller yüklenmektedir. Kız çocuklarının anne rolünü üstlenmesi, evle ilgili sorumluluk alması

gibi ergenin hazır olmadığı rolleri üstlenmesi durumlarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği bilinmektedir. Cinsiyetin kız olması, yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal ve çevresel alanlarını yani bütün alanlarını etkileyen demografik bir değişkendir (Dündar 2006). Erkek öğrencilerin yaşam kalitelerini daha yüksek algılamaları; Türk toplumunda ergenlik dönemine giren erkek çocuklarına delikanlı olma statüsünü kazandırmasıyla ve erkek çocuğa verilen değerle ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmadaki öğrencilerin %8,8'i bir işte çalışmaktadır. Bir işte çalışma durumu sosyal işlevsellik alanında çalışmayan öğrenciler lehine anlamlı fark bulunmuştur. Ancak çalışan ve çalışmayan öğrencilerin en yüksek puanı sosyal işlevsellik alanından almış olmaları çalışmanın yaşam kalitesinin bu alanına olumsuz etkisi olmadığını göstermektedir (tablo-5). Dündar ve ark.(2006) yapmış olduğu çalışmada; iş yaşamından hoşnut olmayan çalışan gencin yaşam kalitesinin bozulduğunu ve iş, iş yeri, usta memnuniyetinin önemli olduğunu ve yaşam kalitesini etkilediğini bulmuşlardır. Aynı zamanda çalışan genç kızların yaşam kalitelerinin genç erkek çalışanlara göre bütün alanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır. Ergenin çalışıp çalışmamasından daha önemli olarak çalıştığı işte mutlu olup olmaması yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu da yaşam kalitesinin subjektif oluşundan kaynaklanan bir durum olarak kabul edilebilir. Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (Vaez 2004) haftalık çalışma saati uzun olanlarda okul performansının düşük olduğu, okul uyumunda sorun yaşandığı, sağlıkla ilişkili riskli davranışlarında ve psikolojik stres düzeylerinde artış yaşandığı belirlenmiştir.

Dündar (2006) çalışmasında; birlikte çalıştığı ustadan, onun işle ilgili katkısından memnun olan gençlerin memnun olmayanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ancak bizim çalışmamızda ergenlerin yaşlarının birbirine yakın olması ve çalışılan alan, çalışma yeri, usta veya işverenle ilgili değişkenler incelenmediğinden yaşam kalitesi üzerine olası etkileri gösterilememiştir. Çalışma durumu bedensel, ruhsal ve sosyal alandaki yaşam kalitesi üzerinde etkili bir değişken olduğu da bilinmektedir (Dündar 2006, Vaez 2004).

Öğrencilerin spor yapma durumu incelendiğinde, spor yapan öğrencilerin ÇİYKÖ ortalamaları, yapmayan öğrencilerden yüksek bulunmuştur. Spor yapan öğrenciler yüksek yaşam kalitesi bildirmişlerdir (Tablo-6). Geçkil (2002) yaptığı çalışmasında ergenlerin sağlığı geliştirme davranışlarını incelemiş ve egzersiz davranışlarının artıkça, psikolojik semptom ve aktivite sorununun azaldığını bulmuştur. Yetiştirme yurdu ergenleriyle yapılmış olan başka bir çalışmada sportif faaliyetlerin sosyal gelişime

katkısı olduğu da saptanmıştır (Er 1999). Göde ve ark. (2000) benlik algısı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada spor yapan ergenlerin kendilerini spor yapmayan ergenlerden daha olumlu algıladığını yapmayan ergenlerin daha olumsuz algıladığını bulmuştur. Bu sonuç bizim çalışmamızda spor yapan ergenlerin yaşam kalitesi algılarının yüksek olmasıyla benzerdir. Yaşam kalitesinin subjektif oluşu bireyi mutlu eden, tüm eylemlerin, olayların yaşam kalitesi algısını yükseltmesi ile açıklanabilir. Ergenlerin spor aktivitelerine katılmaları kişilik gelişimini, sosyal davranış gelişimini olumlu yönde etkilemektedir (Er 1999). Spor kişiliğın gelişmesinde, işbirliğini öğrenmede, kişisel disiplin sağlanmasında, sosyalleşmede, cesaretin artırılmasında, iletişim sağlamada ve saldırganlık dürtülerinin doğal yolla ve kurallara uygun olarak boşaltılmasını öğretmektedir (Başer 1998, Göde 2000). Spor ergenlik döneminin özelliklerinden kaynaklanan kaygıların giderilmesi ve sorunların kolayca üstesinden gelinmesini sağlar (Göde 2000) yaşam kalitesi tüm bu faktörlerle ilişkili olduğundan spor yapan ergenlerin yaşam kalitesini yüksek algılamaları olası bir sonuçtur.

Öğrencilerin hobilerinin olma durumuna göre yaşam kalitesi incelendiğinde; hobisi olan öğrenciler, fiziksel sağlık alanında ve psikososyal alanda daha yüksek puan bildirmişlerdir (Tablo-7). Ergenlerin bir hobisinin olması, zamanı etkin değerlendirme, bir arkadaş grubuna dâhil olma gibi ergenin sorun yaşadığı konularda önemli bir faktördür. Ergenlerin çok büyük bir bölümünün boş zaman aktivitelerinin olduğu ve grupla yapılan aktiviteleri daha öncelikli tercih ettikleri bilinmektedir (Ertem 2006). Aksaray (2003) yapmış olduğu çalışmada resim, kolaj, öykü yazma gibi beceri eğitimi ve aktivite merkezi programlarının ergenlerin genel, sosyal, aile, okul ve toplum benlik saygılarını geliştirmede etkili olduğunu saptamıştır. Bu nedenle ergenlerin yaşam kalitesi algısı bir hobisi olması durumundan olumlu etkilenmektedir.

Öğrencilerin kahvaltı yapma durumları incelendiğinde, kahvaltı yapan öğrencilerin yaşam kalitesinin tüm alanlarında yüksek yaşam kalitesi puanı bildirmişlerdir (Tablo-8). Özyurt (2004) kız öğrencilerin yaşam kalitelerini ve etkileyen değişkenleri incelemiş ve sabahları kahvaltı yapmanın yaşam kalitesi puanlarını yükselttiğini göstermiştir. Gençlerdeki beslenme yetersizliğinin büyüme ve gelişme geriliğine, enerji yetersizliğine, konsantrasyon azlığına, zayıf bellek, baş dönmesi, bulantı ve sık hastalanmaya neden olduğu ve öğrenme kapasitesini dolayısıyla da okul başarısını olumsuz etkilediği bildirilmekte ve tüm bu etkenler yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Araştırmamızda okul başarısını kötü olarak değerlendiren öğrencilerin yaşam kalitesi ölçeği puanları da düşük olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin okul başarıları artıkça yaşam kalitesi düzeyleri de artmaktadır (Tablo-14). Sınıf tekrarı yapan öğrencilerinde sadece okul işlevsellik alanında düşük puan bildirmeleri (Tablo-9) bu yönde anlamlıdır. Yaşam kalitesi bireyin kendisini algılamasıyla ilişkilidir, yaşam kalitesini, beklentileri, amaçları, standartlar ve değerleri belirler (Üneri 2007). Bu tanımdan yola çıkarak, okulda kendisini başarısız gören bir ergenin yaşam memnuniyetinin düşük olması beklendiktir, sınıf tekrar yapan öğrencilerde okul işlevselliğinde yaşam kalitesini olumsuz algılaması benzerdir. Dündar (2006) okuldaki ders başarılarında kendilerini yetersiz olarak değerlendiren ergenlerin; yaşam kalitesini ruhsal alanda, sosyal alanda ve çevresel alanda iyi olarak değerlendirenlerden daha düşük algıladıkları saptamıştır. Bir diğer çalışmada okul çocuklarında yaşam kalitesi incelenmiş ve ders başarısı düşük olan öğrencilerin daha kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını bulunmuştur (Saatli 2004), aynı çalışmada okuduğu okuldan memnun olmayan öğrencilerinde yaşam kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada okul başarısı artıkça yaşam kalitesinin arkadaş, aile ve diğer alanlarında yaşam kalitesi algısının arttığı bulunmuştur (Özyurt 2004).

Öğrencilerin yaşlarına göre ÇİYKÖ puanları karşılaştırıldığında 16 yaş grubu öğrencilerin sosyal işlevsellik alanında yaşam kalitelerini diğer alan ve yaşlara göre daha düşük algıladıkları bulunmuştur (Tablo-10). 16 yaş grubu en düşük puanı okul işlevsellik alanında(58,33) göstermişlerdir. Diğer yaş grupları arasında yaşam kalitesi algısında fark bulunmamaktadır. Bu durum 12–15 yaşındaki ergenlerin erken ergenlik döneminde, 16 yaşındaki ergenlerin orta ergenlik döneminde olması ile ilişkilendirilebilir. 16 yaş grubu ergenlerin sınıf tekrarı yapma veya okula geç başlama gibi durumlar nedeniyle orta öğretimde olmaları gerekirken, ilköğretimde okuyor olmaları, bu döneme özgü bağımsızlığın ön planda olması, agresif olmaları, kendini güçlü kudretli hissetmeleri gibi nedenlerle ergen yaşam kalitesini olumsuz algılıyor olabilir. Ergenlik döneminde yaş değişkeninin yaşam kalitesini ne düzeyde etkilediği ile ilgili çalışma bulunmamıştır.

Öğrencilerin okula devamsızlık durumunun yaşam kalitesini etkilediği ve bu farkın okul işlevselliği alanında olduğu saptanmıştır (Tablo-11). Devamsızlığı 5 günden az olan öğrencilerin okul işlevselliğinde en yüksek puanı aldığı görülmüştür ve okul devamsızlığı ile okul işlevselliği puanı arasında paralellik vardır (5-10 gün arası

devamsızlığı olan öğrenciler ÖİP=68,97, on günden fazla olan öğrencilerde ÖİP=67,56). Öğrencilerin psikososyal alan puanlarında da aynı paralellik görülmektedir. Saatli (2004) çalışmasında, son 15 günde devamsızlığı olan öğrencilerin yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu bulmuş, okula devamsızlık durumu, sınıf tekrarı yapma, okul başarıları gibi değişkenlerin ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler olarak tespit etmiştir. Çalışmalar öğrencilerin okulunu beğenmeme, okul türü, eğitim şekli, okula ulaşım şekli ve çocuğun ekstra çalışma kurslarında harcadığı zaman çocukların yaşam kalitesini önemli derecede etkilediğini göstermekte (Jirojanakul 2003, Rajmal 2004 Svavarsdottir 2006) bu da bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ergenlerde yaşam memnuniyetini artırmak için, ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen okulla ilişkili değişkenler incelenmeli ve ergenlerin sorun bildirdiği alanlarda desteklenmelidir. Ergenlerin bu alanda yakından izlenmesi için okul hemşireliği önemlidir. Yapılan bir çalışma göstermiştir ki okul hemşiresi tarafından ziyaret edilen öğrenciler, daha yüksek yaşam kalitesi bildirmişlerdir (Jirojanakul 2003).

Aile tipi ergenlerin yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişkendir. Çocukların aile tipine göre ÇİYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo-13) çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin yaşam kaliteleri sosyal işlevsellik alanında, okul işlevsellik alanında ve psikososyal alanda yüksek bulunmuştur. Avustralya’da yapılan bir çalışmada tek ebeveynli ailelerde erkek çocuklarının daha fazla hastalandığı ve daha düşük yaşam kaliteleri olduğu saptanmıştır (Spurrier 2003). Çekirdek ailede yaşayan çocukların ebeveynleri diğer aile yapılarına göre çocuklarının daha az davranışsal ve emosyonel problemleri olduğunu, bu tür problemler nedeniyle sosyal aktivitelerde çok az sınırlılık yaşadıklarını ve daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını ifade etmektedirler (Landgraf 1996, Spurrier 2003). Avustralya da yapılan bu çalışmada aile yapısının fiziksel sağlık alanını etkilemediği de ifade edilmektedir ki bu da bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Erken ergenlik döneminde tek ebeveynli ergenlerde; ebeveynlerin partnerlerinin sayısı artıkça psikososyal yaşam kalitesinde azalma görülmüştür. Ebeveyn sayısının değişmesi hem ebeveyn değerlendirmesi hem de ergen değerlendirmesine dayalı olarak ergen erkek çocuklarında psikososyal yaşam kalitesinde belirleyicidir (Landgraf 1996, Wilkins 2004).

Ergenlerin kardeş sayılarının yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde duygusal işlevsellik alanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-12). Ergenlerin kardeş sayısı yaşam kalitesinin diğer alanlarını etkilemektedir. Gençtan (2000) ortanca çocuğun kendinden daha yetenekli büyük kardeş ve kendisinden sonra gelen kardeşin

yarattığı sorunlarla baş etmek zorunda olduğunu ve çocuğun ya tepkici, başkaldırıcı ve kendini aşma çabası içinde olan biri olmasına ya da yenilgiyi kabul etmiş, ezik ve karamsar bir kişilik sergilemesine neden olduğunu ifade etmektedir. Çalışmamızda ergenlerin kardeş sayılarının duygusal işlevsellik alanında yaşam kalitelerini etkilediğini ve 2 kardeş olan ergenlerin duygusal işlevsellik alanında düşük puan aldıklarını göstermektedir. Bu sonucun kardeş sayısı arttıkça aile ilgisinin azalması, kıskançlık ve rahatsızlık hissetme gibi durumlardan kaynaklanabileceği düşünülebilir

Ergenlerin değerlendirmelerinde özellikle okul ve okulla ilişkili alanların yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Öğrencilerin okulla ilişkili olarak kendilerini algılayış şekilleri yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Ergen aile yapısının çekirdek aile oluşu, spor yapma alışkanlığı veya herhangi bir hobisinin olması yaşam kalitesini yükseltmektedir. Yaşam kalitesinin subjektif bir yapıda olduğu dikkate alındığında, ergenin kendini iyi hissettiği tüm yaşam alanlarında yüksek yaşam kalitesi bildirmesini açıklamaktadır. Bu da yaşam kalitesinin “iyi oluş” halinin bir algılaması olduğunu göstermektedir.

Ergenlerin kendilerini değerlendirmeleri yanında ebeveynlerin ergenleri değerlendirmeleri de incelenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarına verdikleri puanlar ile ergenlerin kendilerine verdikleri puanlar karşılaştırıldığında; ebeveynleri çocuklarının yaşam kalitesini fiziksel, sosyal işlevsellik ve psikososyal sağlık alanlarında düşük, ergenler ise okul işlevsellik ve duygusal işlevsellik alanlarını ebeveynlerinden daha düşük değerlendirmişlerdir (Tablo-15). Ebeveynlerin çocuğunun akran ilişkilerini ya da gelecekle ilgili endişelerini tam olarak bilmemeleri, çocuklardan ya da tanıdıkları çocuklardan, beklenti ve umutları, o andaki stres ya da ruhsal durumdan etkilenmektedir (Nursu 2005). Çalışmalar göstermiştir ki ebeveyn ve çocuklar arasında farklılıklar bulunmakta, ebeveynler çocuklarının sosyal ve okul fonksiyonlarını yüksek değerlendirirken, fiziksel ve duygusal fonksiyonunu düşük değerlendirmektedir (Matza 2004, Üneri 2005, Memik 2005, Laaksonen 2008). İzlandalı çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada ebeveynler çocuklarının psikolojik stresini düşük değerlendirirken, çocukların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerini daha yüksek değerlendirmektedirler. Araştırmalar ebeveynlerin çocuklarının yaşam kalitelerini normalin üstünde veya normalin altında değerlendirdiklerini gösterirken, bazı çalışmalar ise değerlendirmelerde oldukça yüksek oranda ebeveyn-çocuk korelasyonu göstermektedir (Rajmil 2004, Matza 2004, Laksonen 2008) Laaksonen çalışmasında ebeveynlerin çocuklarının sosyal ve okul fonksiyonunu hafif düzeyde yüksek, emosyonel ve fiziksel

fonksiyonu ise düşük değerlendirdiklerini belirlemiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin kendi değerlendirmeleri ve ebeveyn değerlendirmeleri yaşam kalitesi arasında farklılıklar olduğunu ifade etmektedir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da ebeveynler ve ergenler arasında anlamlı farklılıklar vardır. Spurrier (2003) ocuklar ile yaptığı çalışmasında ebeveynlerin çocuklarının sağlık fonksiyonlarını iyi değerlendirdiklerini saptamıştır.

Çalışmamızda anne baba yaşının çocuklarının yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ancak (Tablo-17-18) ebeveyn yaşının yaşam kalitesinin sosyal ve duygusal alanlarında farklılık yaratacağı düşünölmüş ancak çalışma verilerinde ebeveynin yaşının önemli olmadığı bulunmuştur. Literatür tarandığında konuyla ilgili bilgiye rastlanılmamıştır. Aynı şekilde değerlendirmeyi yapan anne ve babaların puanları karşılaştırıldığında da yaşam kalitelerini değerlendirmeleri arasında fark bulunmamıştır.

Ailelerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre ebeveynin ergenin yaşam kalitesini değerlendirmesi incelendiğinde; sosyal güvencesi olan ailelerin çocuklarının yaşam kalitelerini fiziksel sağlık alanında yüksek algıladıkları görölmüştür (Tablo-22), ailenin sosyal güvencesinin olması, ailenin çocuğunun sağlık sorunu olması durumunda güçlük yaşamayacağını, güvende olacağını düşünmesinden kaynaklanabilir. Ailenin ekonomik durumu da ailelerin çocuklarının yaşam kalitelerini değerlendirirken fiziksel sağlık alanlarını ve okul işlevselliğini düşük algıladıklarını göstermektedir. Avustralya da yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyden gelen çocukların daha olumsuz sağlık ve iyilik durumu olduğu gösterilmekte ebeveyn gelirinin düşük olması çocukların daha fazla sağlık sorunları yaşamalarına ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır (Spurrier 2008). Olumsuz ev koşullarında yaşayan çocukların, babaları çalışmayan çocukların, düşük geliri olan ailelerin çocuklarının sağlıklarını daha olumsuz algıladıkları görölmektedir. Ebeveynlerin her ikisinin çalışması ve yüksek geliri olan ailelerin çocuklarının yaşam kalitesini yüksek algıladıkları bulunmuştur (Varni 2002, Spurrier 2003, Matza 2004, Rajmil 2004, Laaksonen 2008).

Anne eğitim durumu incelendiğinde okur-yazar olmayan annelerin en düşük ölçek toplam puanını verdikleri saptanmıştır (Tablo-19). En düşük puanı okur-yazar olmayan anneler fiziksel sağlık alanında (61,08), en yüksek puanı ise sosyal işlevsellik alanında (84,64) lise mezunu anneler vermişlerdir. Düşük eğitim durumu genel olarak yaşam kalitesinin de düşük algılanmasına neden olmaktadır ancak ilkokul mezunu anneler ile lise mezunu anneler arasında benzerlik görölmektedir. alışmalar göstermektedir ki ebeveyn eğitim durumu çocuğun sağlığını, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir



faktördür. Eğitimli anneler çocuklarının daha az davranışsal ve emosyonel problemleri olduğunu ifade etmektedirler (Varni 2002, Varni 2005, Svavarsdottir 2006, Laaksonen 2008). Anne eğitimi çocukların benlik saygılarını, fiziksel sağlıklarını ve yaşam kalitesi algılarını etkileyen bir değişkendir. Baba eğitim durumunda ise en düşük puanı yine fiziksel sağlık alanında (58,90), okur-yazar olmayan babalar vermişlerdir (Tablo-20). Üniversite mezunu babalar sosyal işlevsellik alanında en yüksek puanı vermişlerdir. Babalarda da annelerdeki gibi eğitim durumu yaşam kalitesini etkilemektedir. Literatür incelendiğinde ebeveyn eğitiminin çocuğun sağlıklı yetişmesinde, hastalıklara yakalanmasında, sigara vb alışkanlıklarda, okul başarısında önemli olduğu görülmektedir (Matza 2004, Rajmil 2004, Wilkins 2004, Svavarsdottir 2006). Fakat yaşam kalitesi bireyin bu durumunu nasıl algıladığı ile ilgili olduğundan, ebeveynin; çocuğun veya kendinin başarısını, başarısızlığını nasıl etkilediği değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle ebeveyn eğitiminin yaşam kalitesindeki etkisi belirli bir düzen içermekle birlikte önemli bir sosyodemografik değişkendir.

## VII. SONUÇLAR

Yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrenciler 12-16 yaş arasında, %51,7'si kız, %48,3'ü erkek ve yaş ortalaması 13,12'dir. Öğrencilerin %76,9'u çekirdek ailede yaşamakta, %3,3'ü tek ebeveynli, %55,2'si üç ve üzeri kardeşe sahiptir. Öğrencilerin %81,8 spor yapmakta, %72,2'sinin bir hobisi bulunmakta, %8,8'i bir işte çalışmakta ve %73,2'si düzenli kahvaltı yapmaktadır. %78,1'nin 5 günden az devamsızlığı, %8,4'ü sınıf tekrarı yapmıştır. Öğrencilerin %22,2'si okul başarısını çok iyi, %52,6'sı okul başarısını iyi olarak değerlendirmiştir. Ebeveynlerin %60,4'ü anne, %39,6'sı babadır. Annelerin çoğunluğu %45,7'si ilkokul mezunu ve %93,9'u ev hanımıdır. Babaların %32,8'i ilkokul, %11,7'i üniversite mezunu, %22,6'sı işçi, %26,8'i serbest meslek sahibidir. Ailelerin %77,2'sinin sosyal güvencesi bulunmakta ve %65,7'sinin ekonomik durumu orta, %19,6'sı düşük olduğu belirlendi.

Yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlarda erkek ve kız öğrenciler arasında fark bulunmuştur ve kız öğrencilerin yaşam kalitesi puanları daha düşüktür. Çalışan öğrenciler çalışmayan öğrencilerden sosyal işlevsellik alanında daha düşük puan almışlardır. Spor yapan, hobisi olan kahvaltı yapan öğrencilerin yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Okul başarısı iyi olan öğrencilerin yaşam kalitesi puanının yüksek olduğu, okul başarısı düşük olan ve okul devamsızlığı süresi fazla olan öğrencilerin yaşam kalitesi puanının da düşük olduğu saptandı. Öğrencilerin yaşlarına göre yaşam kalitesi puanları arasında 16 yaş grubu hariç önemli bir fark bulunmadığı belirlendi.

Öğrencilerin kardeş sayılarına göre bir kardeşe sahip olan öğrencilerin lehinde önemli fark olduğu ve kardeş sayısı iki olan öğrencilerin duygusal işlevsellik alanından en düşük puanı aldıkları belirlendi. Çekirdek aileye sahip öğrenciler yaşam kalitesi puanını yüksek, tek ebeveynli öğrenciler okul işlevsellik alanında yaşam kalitesi puanını düşük olarak bildirdikleri saptandı.

Ebeveynlerin çocuklarını değerlendirmesi ile öğrencinin kendisini değerlendirmesi arasında fark olduğu ve ebeveynlerin daha düşük yaşam kalitesi bildirdikleri belirlendi. Anne ve baba yaşının ergenin yaşam kalitesini değerlendirmesini etkilemediği, değerlendirmeyi yapan anne ve baba arasında yaşam kalitesi puanı arasında fark bulunmadığı saptandı. Ailelerin ekonomik durumlarının çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirmelerinde önemli bir değişken olduğu ve ekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarının yaşam kalitesi puanlarını daha yüksek bildirdikleri belirlendi. Sosyal

güvencesi olan ailelerde, olmayan ailelere göre fiziksel sağlık alanında ve okul işlevsellik alanında yaşam kalitesinin daha yüksek algıladığı belirlendi. Ebeveynin eğitim düzeyinin ergenin yaşam kalitesini algılamasını etkilediği saptandı.

## VIII. ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Bu araştırma sonuçlarının Milli Eğitim Müdürlüğü ile paylaşılarak öğrencilerin yaşam kalitesini etkileyen, kahvaltı yapma, spor yapma, bir hobiye sahip olma, bir işte çalışma vb faktörler hakkında öğretmenlere ve ailelere seminerler verilmesi,
- Bu çalışmanın daha fazla sayıda öğrenciler ile ve farklı yaş grupları ile yapılması
- Yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik özelliklerin daha ayrıntılı olarak araştırılması

## KAYNAKLAR

- Adams J.F, (1995) Ergenliği Anlamak, Ankara: İmge Kitabevi Yayınları 58-60
- Aggleton P, Health, London, Composition Ltd., Routledge, 7-8
- Aksaray S (2003). Ergenlik Benlik Saygısı Geliştirmede Beceri Eğitimi ve Aktivite Merkezli Programların Etkisi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri, Doktora Tezi, Adana
- Anderson R, Dartington A, (2005), Introduction. In: Anderson R, Dartington A(eds), Facing it out. Clinical Perspectives on Adolescent Disturbance. London: Karnac Book LTD, 1-6
- Ay F.A (ed), Ertem TÜ, Özcan K.N, Güneş B. Işık D.r, Savran S. (2007) Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık 2:39-40
- Ayaz,S., Tezcan,S., Akıncı, F. (2005), “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları” Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2): 26-34.
- Baş S (1990) Ergenlik Çağının Ruhsal Özellikleri, Türk Hemşireler Dergisi 39(2):31-33
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T (2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma 20:55-58
- Beyazova U. (1994), Erken Tanı Açışından Sağlam Çocuk İzlemleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 3(1):12-18
- Bilge A (2004) Yetiştirme Yurtlarında Kalan Gençlerin Ruhsal Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkilerinin İncelenmesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İzmir
- Biröl L. (2004), “Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemantik Yaklaşım”3.Baskı Etki Matbaacılık,İzmir.
- Bulduk S.(2002), Okul Sağlığı Hemşireliğinin Durumu ve İşlevsel Boyutu, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi.
- Burchardt CS, Kathryn LA (2003) The Quality of Life Scale (QOLS); Reliability, Validity and Utilization, Health and Quality of Life Outcomes, 1(60):1-7
- Cantez T (2003). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul Tıp Fakóltesi Temel ve Klinik Bilimleri Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

- Chitty K.K. (1997), "Professional Nursing: Concepts and Challenges" Second edition.
- Doğan ve ark (2008) Bir İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Çocuklarda Ruhsal Uyum Sorunları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,
- Dolgun G (2003) Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul
- Dündar ve ark. (2006) Manisa'da Çıkrılık Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Gençlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Toplum Hekimliği Bülteni, 25:1
- Dündarı PE ve ark (2004) Çalışan Ergenlerin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İzmir
- Edelman CL, Mandle CL (1998) Health Promotion Throughout The Lifespan, Mosby Comp. Fourth Ed, Philadelphia 87-90
- Er G ve Ark. (1999). Çocuk ve Ergenlerde Spor Etkinliklerinin Davranış ve Sosyal Gelişim Üzerine Etkileri, Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 3(3):18-23
- Ercan O, G (2005) İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi: Adölesana Yaklaşım; İstanbul,23-27
- Ercan O, G (2005) İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi: Adölesanın Sağlığı ve Riskli Davranışları İle Aile İlişkisi; İstanbul, 51-52
- Ercan O, G (2005) İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi: Adölesanın Psikososyal Gelişimi; İstanbul,17-21
- Erdem E (1999) Kanseri Çocukların Anne/Babalarının Yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Ertem Ü (2006), Ergenlik Döneminde Psiko-sosyal Sorunlar ve Depresyon, Aile ve Toplum Dergisi, 8:3-9
- Eser E. Ve ark.(2008), Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4):409-417

- Evans R.B, The Quality of Life Hemodialysis Recipients Treated With Recombinant Human Erythropoietin, *Jama*, 263, 825-830
- Fish C., Nies MA.(2000), Health Promotion Needs of Student in a College Environment, *Public Health Nursing* 13(2): 104-111.
- Frisen A (2007) Measuring Health-Related Quality Of Life Adolescence, *Acta Paediatrica*, 96:963–968
- Garrison R.C. Garrison K.C (1965) *Psychology of Adolescence*, Prentice-Hall Inc, New Jersey,3-13 (kısmen özetlenmiş çeviri Öner U.)
- Geçkil E (2002) Malatya İlindeki Adölesanların Sağlık Davranışlarının ve Sorunlarının Tanımlanması, Beslenme ve Stresle Baş Etme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul
- Gençtan S (2000). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, *Remzi Kitabevi*, 8. Baskı, İstanbul, 327-330
- Gerçek ÇG ve ark (2004) Konuralp İlköğretim Okulları İle Düzce Yetiştirme Yurdunda Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*, İzmir
- Göde O, Savi F, Savi S (2000). Eğitimin Bütünlüğü İçinde Sporun Duygusal İstismara Uğrayan Ergenlerin Benlik Kavramlarına Etkisi, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 30(12):15-19
- Hanzadeoğlu D (2000) Adölesanlarla İlgili Çalışmalar, 22. *Pediatric Günleri ve 2. Pediatric Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı*, İstanbul
- Hern MJ, Gates D, Amlung S, McCabe P.(1998), Linking Learning With Health Behaviors of High School Adolescents, *Pediatric Nursing*, 24(2):127-132.
- Hockenberry M.J (2005). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Seventh Edition, Elsevier Mosby, Inc.
- Jackson DB, Saunders RB, *Child Health Nursing, A Comprehensive Approach to The Care of Children and Their Families*, JB. Lippincott Company, Philadelphia 361-388
- Jirojanakul P, Skevington SM, Hundson J (2003). Predicting Young Children's Quality of Life, *Soc Sci Med* 57:1277-88
- Kale G, Çoşkun T, Yurdakök M (2009). *Pediatric Tanı ve Tedavi Hacettepe Uygulamaları*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara

- Katsching H (2000), Schizophrenia and Quality of Life, Acta Psychiatr Scand 102-407
- Keskin C., Topuzoğlu A.(2006), Journal of İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlığın Tanımı; Başaşıkma (3)47-49,.
- Koç Z (2004) Hasta Bakımı Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi; Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İzmir
- Kurt AS., Çetinkaya ř.(2008), İösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8):35-55
- Kurt S.A (2005) 4–12 Yaş Akut Lenfoblastik Lösemili Çocukları ve Aileleri Hastalık Hakkında Bilgilendirmenin Yaşam Kalitesine Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya
- Kuruoğlu Ç, (1998) Ergenlik, Nobel tıp, İstanbul, 191-206
- Laaksonen C., Aroma M., Koivusilta L.(2008), Health related quality of life in 10-year-old Schoolchildren, Qual Life Res 17:1049–1054
- Laaksonen C. , Aromaa M. , Heinonen O. J. , Suominen S. & Salanterä S. (2007) Paediatric Health-Related Quality of Life Instrument For Primary School Children: Cross-Cultural Validation. Journal of Advanced Nursing 59(5), 542–550
- Landgraf JL, Abetz L, Ware JE. (1996) *The CHQ User's Manual*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
- Matza LS, Swensen AR, Flood EM ve ark (2004) Assesment Of Health-Related Quality of Life In Children: A Review Of Conceptual, Metodological And Regulatory Issues, Value Health 7:79-92
- Memik ÇN (2005). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli
- Memik N. Ve ark (2007) Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 18
- Onur B. (1987) "Ergenlik Psikolojisi" 2 baskı, Hacettepe Taş Kitapçılık ltd. şti. Ankara
- Orsel S, Canpolat I. B, Akdemir A, Ozbay M.H (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi 15(1):5-15



- Öksüz E.,Malhan S.(2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri, Başkent Üniversitesi Yayınları 1-120
- Özyurt B ve Ark. (2004) Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesindeki İlköğretim Okullarındaki Kız Öğrencilerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenler, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir
- Parman T (1997). Ergenlik: Bir Giriş Yazısı, 3P Dergisi 5:7-8
- Parman T (1998). Ergenlik Psikanaliz, Klinik Psikiyatri 73-82
- Potter P.A.,Perry A.G., (1995), “Basic Nursing Theory and Practice : Health and Wellness” Third edition,Mosby.
- Potter P.A.,Perry A.G., (1999), “Basic Nursing a Critical Thinking Approach” Fourth edition, Mosby.
- Rajmil L, Herdman M, Fernandez de Sanmamed MJ, Detmas S, Bruil J, Ravenssiederer U, Bullinger M, Simeoni MC, Auquier P, Kidscreen Group (2004). Generic Health-Related Quality of Life Instruments in Children and Adolescents: A Qualitative Analysis of Content, J Adolesc Health 34:37-45
- Ritchie M (2001). Self-Esteem and Hopefulness in Adolescents with Canser, Journal Pediatric Nursing 16(1):35-42
- Saatli G, Baytur H, Özyurt B, Eser E (2004). Manisa Kent Merkezi Okul Çocuklarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir
- Sarioğlu D (2006) Yetiştirme Yurdunda Kalan Korunmaya Muhtaç Çocuklar ve Yaşam Kalitesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Senanayake P., Ladjoli M.(1994) “Adolescent Health: Changing Needs Int. J. Gynecol & Obstet 46:137-143,
- Sevgi Ö (1995) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinin, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi, 7(2):13
- Sönmez S, Başbakkal Z (2007), Türk Çocuklarının Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Türkiye Klinikleri J Pediatr 16:229-237
- Spear HJ, Kulbok P (2001) Adolescent Health Behaviors and Related Factor: A Review, Public Health Nursing, March/April 18(2):82-93

- Spurrier NJ, Sawyer MG. ve ark (2003) Socio-Economic Differentials In The Health-Related Quality Of Life Of Australian Children: Results Of A National Study.: Aust N Z J Public Health; 27:27-33
- Svavarsdottir EK Orlygdottir B. (2006) Health-Related Quality of Life In Icelandic School Children, Scand J Caring Sci; 20,209-215
- Takanishi R (1993) “The Opportunities of Adolescence Research, Interventions and Policy” American Psychologist 48(2);85-87.
- The WHQOL Group (1994) The development Of The World Health Organisation Quality Of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag,:41-57.
- The WHQOL Group (1998) Group The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Development and General Psychometric Properties, Soc Sci Med, 46,1569–85
- Toprak D.Mıstık S. Doğan N.(2004) Liseli Adolesanlarda Problem Paylaşımı, Türk Aile Hekimi Dergisi 8(4):157–161
- Üneri Ö, Memik NÇ (2007) Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı Ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 14(1)
- Üneri Ö., Şenbil N., Turgut S.(2009) “Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10:137-141
- Üneri ŞÖ (2005). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 2-7 Yaşlarındaki Türk Çocuklarında Geçerlilik ve Güvenirliği, Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- Vaez M., Kristenson M., Laflamme L.(2004) Perceived Qol and Self-Rated Health Among First Year University Students, Social Indicators Research 68(2):221.
- Varni JW Katz ER, Colegrove R ve ark. (1995) Adjustment of Children With Newly Diagnosed Cancer: Cross-Informant Variance. J Psychosoc Oncol; 13:23-38
- Varni JW, Burwinkle TM ve ark (2005) Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents with Cerebral Palsy: Hearing The Voices of The Children, Developmental Medicine & Child Neurology, 47:592-597
- Varni JW, Seid M, Knight TS, et al. (2002) The PedsQL 4.0 in Pediatric Rheumatology, Arthritis & Rheumatism 46:714-25

- Varni JW, Seid M, Kurtin P:S (2001), The PedsQL 4.0 Reliability and Validity of The Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scale in Healty and Patient Populations. Medical Care 39:800-12
- Velsor-Friedrich B (2001) Adolescent School Health, Journal of Pediatric Nursing,June 16(3): 194-196
- Wilkins AJ ve ark (2004) Early Childhood Factors Influencing Health-Related Quality of Life In Adolescents At 13 Years, J.Paediatr Child Health 40,102-109
- Yeşildal N ve ark (2004) Konuralp Beldesi İlköğretim Okullarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı; İzmir
- Yokarıbaş E (2004) Kanserli Çocukların Ailelerinin Yaşam Kalitesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Yörüköğlü A.(2007), “Gençlik Çağı” Özgür Yayınları, Onyedinci baskı, 13-54

## ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Emriye Hilal YAYAN
Doğum Yeri ve Tarihi	Malatya, 19.04.1981
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü
E-posta Adresi	ehyayan@hotmail.com.tr

Eğitim ve Akademik Durumu	
Lise	Hacı Ahmet Akıncı Lisesi
Lisans	İnönü Üniversitesi, 2003
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2009

İş Tecrübesi	
Doğuşehir Devlet Hastanesi	Hemşire 2003–2004
İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi	Hemşire 2004–2009

# **EKLER**

EK-1  
AİLE BİLGİ FORMU

1-Anketi dolduran ebeveyn

anne

baba

2-Ebeveynlerin eğitim düzeyi

Anne

Baba

Okur-Yazar Değil

Okur-Yazar

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

3-Annenin yaşı .....

4-Babanın yaşı .....

5-Annenin mesleği

Ev hanımı

İşçi

Memur

Diğer(yazınız).....

6-Babanın mesleği

Memur

İşçi

Serbest

Esnaf

Asker – Polis

Diğer (yazınız).....

7-Sosyal güvenceniz

var

yok

8-Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız.

Düşük

Orta

İyi

**EK-2**  
**ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU**

OKUL.....

ŞUBE.....

Ev Telefon Numarası:.....

1) Yaşın.....

2)Cinsiyetin

( )Kız

( )Erkek

3)Kaç kardeşin var?

( )Bir

( )İki

( )Üç ve daha fazla

4)Ailenin kaçınıcı çocuğusun?.....

5) Aile tipi

( )Çekirdek aile

( )Geniş aile

( )Tek ebeveynli aile

( )Diğer (yazınız).....

6)Bu dönem okul devamsızlığın kaç gün

( )5 ve 5 günden az

( )6 gün ile 10 gün arası

( )10 günden fazla

(..)Diğer.....

7) Herhangi bir işte çalışıyor musun?

( )Evet çalışıyorum

( )Hayır çalışmıyorum

8)Spor yapar mısın?

( )Evet yaparım

( )Hayır yapmam

9)Hobilerin var mı? varsa nelerdir?

( )evet .....

( )hayır

10)Okul başarı durumunu nasıl değerlendirirsin?

( )Çok iyi

( )İyi

( )Orta

( )Kötü

11)Sınıf tekrarı yaptın mı?

( )evet

( )hayır

12)Sigara kullanıyor musun?

( )evet

( )hayır

13)Sigara kullanıyorsan sıklığı nedir?

( )haftada bir paket

( )haftada bir paketten az

( )haftada bir paketten fazla

( )diğer

14)Düzenli kahvaltı yapıyor musun?

( )evet

( )hayır



### EK-3

## ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ERGEN FORMU (13-18 YAŞ)

Ad Soyad:

Tarih:

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

#### Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer sizin için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer sizin için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer sizin için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer sizin için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

### Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

<b>Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

<b>Duygularım ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

<b>Başkaları ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

## ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU (13-18 YAŞ)

Çocuğunuzun adı Soyadı:

Tarih:

### ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

#### Ergen Değerlendirme Formu ( Anne-Baba ) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için <b>hiçbir zaman</b> sorun değilse	<b>0</b>
Eğer çocuğunuz için <b>nadiren</b> sorun oluyorsa	<b>1</b>
Eğer çocuğunuz için <b>bazen</b> sorun oluyorsa	<b>2</b>
Eğer çocuğunuz için <b>sıklıkla</b> sorun oluyorsa	<b>3</b>
Eğer çocuğunuz için <b>hemen her zaman</b> sorun oluyorsa	<b>4</b>

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

### Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

<b>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

<b>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

<b>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşlılarına ayak uyduramaması	0	1	2	3	4

<b>Okul ile ilgili sorunlar</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

