

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Türkan BAHTİYAR

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2017

TÜRKAN BAHTİYAR

HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Türkan BAHTİYAR
122038003

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Türkan BAHTİYAR Öğrenci No : 122038003
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 31.05.2017
Danışman : Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL Tez Savunma Saati : 11.00

Tez Konusu : *Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

| JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|---------------------------------------|--|----------------------|
| Prof.Dr.Birsen Yürügen | <i>Kabul</i> | <i>B. Yürügen</i> |
| Yrd.Doç.Dr.Gülzade Uysal | <i>KABUL</i> | <i>Gülzade Uysal</i> |
| Yrd.Doç.Dr. Özlem Avcı (Medipol Ün.) | <i>KABUL</i> | <i>Özlem Avcı</i> |

| YEDEK JÜRİ ÜYESİ | KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME) | İMZA |
|-------------------------------|--|------|
| Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ | | |
| | | |

ÖZET

HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Araştırma hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinen örneklem hesabına göre belirlenmiş olup 184 adölesan örnekleme oluşturmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan adölesanların toplam SYBDÖ puan ortalaması $128,51 \pm 26,30$ 'dur. SYBDÖ alt boyut puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu $18,22 \pm 5,62$, fiziksel aktivite $15,913 \pm 4,796$, beslenme $23,10 \pm 4,12$, manevi gelişim $25,15 \pm 4,97$, kişilerarası ilişkiler $24,30 \pm 5,06$ ve stres yönetimi $19,40 \pm 4,31$ olarak bulunmuştur. Adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile cinsiyet, yaş, kilo, aile tipi, anne yaşı, adölesanların tedavi şekli, kan basıncı normal değerini bilme, tansiyon ölçümüne ilişki eğitim alma, tansiyon ölçüm sıklığı, ilaç yan etkilerini bilme, ilaç yan etkisi yaşama, tuz kullanım alışkanlığı ve ailede hipertansiyon öyküsü olma değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Adölesanların SYBDÖ toplam puan ortalamaları ile BKİ, kardeş olma durumu, anne çalışma ve öğrenim durumu, baba yaşı, çalışma ve öğrenim durumu, değişkenleri ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlıklı yaşam biçimi davranışının yordayıcıları olarak adölesanın yaşı, annenin yaşı ve babanın yaşı değişkenleri bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Adölesan, Sağlıklı yaşam biçimi davranışı

ABSTRACT

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF THE ADOLESCENTS WITH THE DIAGNOSIS OF HYPERTENSION

The study was conducted as descriptive to determine the healthy lifestyle behaviors of adolescents with the diagnosis of hypertension. The sample size of the study was created by 184 adolescents, which was determined by the number of individuals in the universe. Data obtained from the study were evaluated by using appropriate statistical analyzes in the SPSS 21.0 packaged software.

The mean of Healty Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) of the adolescents participating in the study was $128,51 \pm 26,30$. The means of HLBS subscale scores were also found as $18,22 \pm 5,62$ for health responsibility; $15,913 \pm 4,796$ for physical activity; $23,10 \pm 4,12$ for nutrition; $25,15 \pm 4,97$ for spiritual development; $24,30 \pm 5,06$ for interpersonal relationships; $19,40 \pm 4,31$ for stress management. The difference between the adolescents' mean in HLBS and sex, age, weight, the types of family, age of mothers, treatment type of adolescents, knowing normal value of blood pressure, education about the measurement of blood pressure, measurement frequency of blood pressure, knowing side effects of drugs, having side effects of drugs, salt habit, and hypertension in family history was statistically meaningful ($p < 0,05$). By the results of regression analysis, the ages of adolescents, mothers and fathers were found as predictors of healthy lifestyle behaviors.

According to the results of the study, it was confirmed that the score of healthy lifestyle behaviors of the adolescents with the diagnosis of hypertension was moderate .

Keywords: Hypertension, Adolescent, Healthy Lifestyle Behaviors

ÖNSÖZ

Bu araştırma hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği ve sonsuz anlayışı gösteren değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Hayatım boyunca en büyük destekçilerim, hayatımın tek değişmezleri canım annem Ayşe BAHTİYAR, canım babam Mehmet BAHTİYAR ve en iyi dostum canım kardeşim İsmail BAHTİYAR'a,

Araştırma boyunca verdikleri destek ve katkılardan dolayı Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerinde çalışan tüm ekip üyelerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden adölesanlara teşekkür ederim.

Türkan BAHTİYAR

BEYAN

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Türkan BAHTİYAR

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

| | |
|--|-----|
| ÖZET | iii |
| ABSTRACT..... | iv |
| ÖNSÖZ | v |
| BEYAN | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | xi |
| KISALTMALAR DİZİNİ | xii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 2.1. ADÖLESAN DÖNEMİ | 6 |
| 2.2. ADÖLESANLARDA KRONİK HASTALIKLAR..... | 10 |
| 2.3. ADÖLESANLARDA HİPERTANSİYON | 11 |
| 2.3.1. Hipertansiyon Tanımı..... | 11 |
| 2.3.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi | 11 |
| 2.3.3. Hipertansiyon Etiyolojisi..... | 11 |
| 2.3.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması | 13 |
| 2.3.5. Hipertansiyon Tedavisi..... | 14 |
| 2.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI..... | 18 |
| 2.4.1. Sağlık Sorumluluğu | 18 |
| 2.4.2. Fiziksel Aktivite..... | 19 |
| 2.4.3. Beslenme | 19 |
| 2.4.4. Manevi Gelişim | 20 |
| 2.4.5. Kişiler Arası İlişkiler | 20 |
| 2.4.6. Stres Yönetimi | 20 |
| 2.5. HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI GELİŞTİRMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ..... | 22 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 25 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 25 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı | 25 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi | 25 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 26 |

| | |
|--|------------|
| 3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması..... | 27 |
| 3.6. Verilerin Toplanması..... | 27 |
| 3.6.1. Adölesanların Beden Kütle İndeksinin hesaplanması..... | 28 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi | 28 |
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü | 29 |
| 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 29 |
| 4. BULGULAR..... | 30 |
| 5. TARTIŞMA..... | 92 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 103 |
| EKLER | 120 |



TABLolar LİSTESİ

| | SAYFA NO |
|--|----------|
| Tablo 1. Adölesana İlişkin Tanıtıcı Özellikler..... | 30 |
| Tablo 2. Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Özellikler | 32 |
| Tablo 3. Hipertansiyon ve Yönetimine İlişkin Tanıtıcı Özellikler | 33 |
| Tablo 4. Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları | 34 |
| Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması | 35 |
| Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması | 40 |
| Tablo 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kilolarına Göre Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo 9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kardeş Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması | 47 |
| Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması | 49 |
| Tablo 11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Aile Tipine Göre Karşılaştırılması | 52 |
| Tablo 12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Anne Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 13. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 14 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Annelerinin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması | 60 |
| Tablo 15. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Baba Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması | 63 |
| Tablo 16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Babalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Babalarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması | 68 |
| Tablo 18. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Tedavi Şekline Göre Karşılaştırılması..... | 71 |
| Tablo 19. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İçin Kan Basıncı Normal Değerlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması | 73 |
| Tablo 20. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Tansiyon Ölçüm Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 75 |

| | |
|--|-----------|
| Tablo 21. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kan Basıncı Ölçme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması..... | 78 |
| Tablo 22. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Yan Etkilerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması..... | 81 |
| Tablo 23. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Yan Etkisi Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması | 83 |
| Tablo 24. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Yemeklerde Tuz Kullanımına Göre Karşılaştırılması | 85 |
| Tablo 25. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Ailede Hipertansiyon Olma Öyküsüne Göre Karşılaştırılması..... | 89 |
| Tablo 26. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puanını Yordamak İçin Yapılan Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu..... | 91 |



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

| | |
|---|----|
| Şekil 1. Hipertansiyon Sınıflandırması | 14 |
| Şekil 2. Çocuk döneminde antihipertansif tedavi başlama endikasyonları..... | 16 |
| Şekil 3. SYBDÖ ve Alt Boyutları Cronbach Alpha Değerleri | 27 |
| Şekil 4. Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri..... | 28 |
| Şekil 5. Çocuk ve Adölesanlar için BKİ değerleri..... | 28 |



KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|--|
| BT | : Bilgisayarlı Tomografi |
| BKİ | : Beden Kütle İndeksi |
| CDC | : Centers for Disease Control |
| DKB | : Diaslotik Kan Basıncı |
| DKKÇ | : Diyabet Kontrolü ve Komplikasyon Çalışmaları |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ESC | : Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti |
| ESH | : Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti |
| JNC | : Joint Narional Kommittee |
| KB | : Kan Basıncı |
| KVH | : Kardiyovasküler Hastalık |
| Min | : Minimum |
| Maks | : Maksimum |
| MR | : Magnetik Rezonans |
| NHBPEP | : The National High Blood Pressure Education Program |
| SKB | : Sislotik Kan Basıncı |
| SPSS | : Statistical Program For Social Scientists |
| SSS | : Sempatik Sinir Sistemi |
| Ss | : Standart sapma |
| SYBDÖ | : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları |
| WHO | : World Health Organization |
| HLBS | : Healty Lifestyle Behaviors Scale |
| \bar{x} | : Ortalama |
| vb. | : ve benzeri |
| % | : Yüzde |

1. GİRİŞ

Adölesan dönem bireylerin doğumdan itibaren geçen yaşamları en önemli süreci kapsamaktadır. Adölesan dönem erken dönem, orta dönem ve geç dönem olmak üzere üç dönem olarak ele alınmaktadır (1,2,3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 2004 tanımına göre 10-19 yaş grubu "adölesan dönemi" olarak, 15-24 yaş grubunu da "gençlik dönemi" olarak tanımlamaktadır (4). Adölesanlar bu dönemde fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal olarak gelişimlerini sürdürmektedirler (5).

Dünya sağlık örgütü (2010) verilerine göre dünyadak adölesan nüfusun yaklaşık 1,2 milyon olduğu ve adölesanların tüm dünya nüfusunun 1/5'ini oluşturduğu bildirilmektedir. Dünyadaki adölesanların büyük çoğunluğunun (%85) ise gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirlenmiştir (6). Ülkemizde 2013 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, nüfusun %18,5'ini 10-19 yaş grubu adölesanlar oluşturmaktadır (7).

Bireyin yaşam biçimi davranışını inşaa ettiği önemli bir dönem olan adölesan çağı sağlıksız beslenme, sedanter yaşam, sigara, alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlıklara başlama riskinin de arttığı riskli bir dönemdir (8). Adölesan dönemin önemli özelliklerinden olan bağımsızlık duygusunun sonucu olan ev dışında faast food beslenme, öğüt atlama, odasında ekran başında zaman geçirme vb. alışkanlıklar görülmektedir (9,10,11). Bu riskli davranışların artması obezite, metabolik hastalıklar, hipertansiyon, diyabet vb. kronik hastalıklara davetiye çıkarmaktadır. Dünya'da ölüm nedenlerinin ilk sıralamasında kronik hastalıklar yer almaktadır. Kronik hastalıkların gelişmesi ile yaşam biçimi davranışları arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir (12,13,14) .

Kronik bir hastalık olan hipertansiyon çoğunlukla erişkinlerde görülmekle birlikte son yıllarda adölesan dönemde de görülme sıklığı artmaktadır. Tahmini görülme sıklığı %2-5 olarak bildirilmiştir (15,16,17). Hipertansiyon sınıflamasına göre bakıldığında sekonder hipertansiyon adölesanda erişkinlere göre daha sık görülmesine rağmen, hafif ve orta derece hipertansiyonu olan adölesanların birçoğunda primer hipertansiyonun da görüldüğü bildirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (2010) “Adölesan Sağlığında 10 Gerçek” başlığı altında yayınladığı bildiri de gelişmekte olan ülkelerde yaşayan birçok adölesanın beslenme yetersizliğine bağlı hastalık ve erken ölümlere karşı duyarlı hale gelirken, buna karşın beslenme bozukluğunun başka bir tipi olan obezitenin düşük ve yüksek gelirli ülkelerde yaşayan adölesanlarda hızla arttığını belirtmektedir (18).

Ülkemizde de çocuk ve adölesanlar arasında fazla kilo ve obezitenin giderek arttığı buna paralel olarak primer hipertansiyon sıklığında da artış olabileceği düşünülmektedir (5,19). Ülkemizde hipertansiyon ile ilgili yapılan çalışmalarda ise hipertansiyon görülme sıklığı %3,5-%5,5 olduğu bildirilmiştir (20,21) .

Gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında adölesanlara (11-21 yaş grubu) yıllık izlemler yapılmaktadır. Bu hizmetlerin kapsamında bir çok tarama olmakla birlikte özellikle yılda bir kez hipertansiyon ve obezite taramalarının yapılması önerilmektedir (22). Öte yandan ülkemizdeki tabloya baktığımızda adölesanların çoğunun bu yaş dönemi boyunca sağlığı geliştirme hizmeti almadığı ve bu hizmetlerin erişilebilir olmadığı görülmektedir (11,23).

Adölesan dönemde ortaya çıkan davranış değişiklikleri bireyin beslenme düzenini ve sosyal ve fiziksel alışkanlıklarında da değişikliklere neden olabilmektedir (24). Bu dönemde primer hipertansiyon sıklığının artmasının nedeni olarak beslenme alışkanlığında değişim, sedanter yaşam vb. nedenlerle obezitenin artışı gösterilmektedir (25). Bu bilgilerden yola çıkıldığında kronik hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin önemi yadsınamayacak kadar büyüktür.

Sağlıklı yaşam biçimi sağlık davranışı; sorumluluğunu alma, dengeli ve sağlıklı beslenme, uygun fiziksel egzersiz yapma, zararlı alışkanlıklardan uzak durma, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsamaktadır (25,26,27).

Adölesanların sağlık yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeleri aşamasında aile, toplum ve sağlık hizmetlerine çok büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlık kurumlarının sorumluluklarına bakıldığında gerekli sağlık eğitiminin verilmesi ve rehberlik yapılması, rutin sağlık taramalarının yapılması önemlidir. Adölesanların sağlıklı yaşam biçim davranışı geliştirebilmesinde hemşire de sağlık hizmetleri kapsamında önemli sorumluluğu olan bir meslek grubudur (28).

Adölesan dönemde görülme sıklığı artmış olan hipertansiyonlu bireye yönelik girişimler uygulama sürecinde de hemşirelerin büyük sorumlulukları vardır. Sağlığı geliştirme uygulamaları ile hastalıkların önlenmesi/azaltılması, yaşam kalitesinin artması sağlanmaktadır (29). Bu bağlamda hipertansiyonun önlenmesi ya da hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların mevcut durumlarının belirlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine desteklenmesi önemlidir.

Bu araştırma hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları** nelerdir?
2. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **cinsiyetleri** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **yaş grupları** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **beden kütle indeksleri** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **kiloları** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **kardeş olma durumu ve kardeş sayıları** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **aile tipi** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

8. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **anne yaşı** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **anne çalışma durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
10. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **anne öğrenim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
11. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **baba yaşı** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
12. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **baba çalışma durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
13. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **baba öğrenim durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
14. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **yatarak/ayaktan tedavi şekli** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
15. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **kan basıncı referans değerlerini bilme** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
16. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **kan basıncı ölçümüne ilişkin eğitim alma durumu** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
17. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların **kan basıncı ölçme sıklığı** ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

18. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların *ilaçlarını kullanma durumu* ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
19. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların *ilaçların yan etkilerini bilme* ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
20. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların *ilaçların yan etkilerini yaşama* ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
21. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların *tuz kullanım alışkanlıkları* ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
22. Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların *ailede hipertansiyon öyküsü olma* ile sağlıklı yaşam biçimi davranışmarı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN DÖNEMİ

Dünya Sağlık Örgütü 2010 yılında 10-24 yaş grubunu genç dönem, 10-19 yaş grubunu adölesan dönem, 20-24 yaş grubunu gençlik dönemi olarak açıklamaktadır (1,5). Adölesan dönem İnsanın büyüme ve gelişmesinin en hızlı olduğu dönem adölesan dönemdir (5).

Dünya Sağlık Örgütü 2010 verilerine göre dünyadak adölesan nüfusun yaklaşık 1,2 milyon olduğu ve adölesanların tüm dünya nüfusunun 1/5'ini oluşturduğu bildirilmektedir. Dünyadaki adölesanların büyük çoğunluğunun (%85) ise gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı belirlenmiştir (6). Ülkemizde 2013 yılında yapılan TNSA verilerine göre, nüfusun %8,1'ini 15-19 yaş grubu adölesanlar oluşturmaktadır (7).

Adölesan dönem erken dönem (10-13 yaş), orta dönem (14-17 yaş) ve geç dönem (18-21 yaş) olmak üzere üç dönem ile incelenmektedir (1,2,3).

Erken Adölesan Dönem (10-13 yaş): Bu dönemde birey adölesanlığa giriş evresindedir. Vücudundaki gelişimlere ve gelişimin hızına bağlı olarak bireyde şaşkınlık hissi oluşmaktadır. Bu şaşkınlık ile birlikte birey kendini daha fazla incelemeye başlamakta ve gelişimlere olan duyarlılığı artmaktadır. Ek olarak adölesan bireyde çeşitli bilişsel değişiklikler oluşmaktadır. Bunlar kimse beni sevmiyor ve kimse beni anlamıyor şeklinde olmaktadır (5). Kendilik algısının ve benlik imajının olduğu adölesan dönemde bu tür bilişsel değişimler düzeltilmeli ve bireye yardımcı olunmalıdır. Diğer yandan adölesan bireyle bu evrede izlenildiği şüpheye kapılır ve kendilerine bir 'hayali izleyici' yaratırlar. Bu izleyici onları denetler ve hareketlerini gözler. Aynı şekilde bu davranış ta bilişsel bir yanılsamadır (1,3).

Orta Adölesan Dönem (14-17 yaş): Bu dönemde birey yavaş yavaş kendindeki gelişimi kabullenmeye başlar ve dönem sonu tam bir kabullenme oluşur. Yine bu dönem içinde sosyallik birey için önemli bir hal almıştır. Birey arkadaş gruplarına girmeye çalışacak ve bir gruba ait olmak isteyecektir. Sosyal açıdan bu grup arama isteğinden sonra karşı cinse ilgi duyma başlamaktadır. Birey artık karşı cinsi mevcut kimliğin yanında cinsel bir kimlik olarak değerlendirecektir. Ayrıca bu dönemde yetişkin davranışları taklit edilmeye ve 'ben de büyüdüm' mesajı verilmeye başlanmaktadır (3,5).

Geç Adölesan Dönem (18-21 yaş): Bu dönemde birey artık cinsel kimliğini kazanmış ve cinsel rolüne uygun davranışlar sergilemektedir. Karar verme sürecindeki olgunluk göze çarpmakta ve soyut düşünme yeteneği gelişmektedir. Aynı şekilde birey artık geleceğe dönük planlar yapabilmekte ve kendi ayakları üstünde durma çabaları sergilemektedir (1,3).

1.1.1. Adölesan Dönem Özellikleri

Adölesan dönemi değişim ve gelişimin yoğun yaşandığı önemli bir yaşam dönemidir. Adölesanlar bu dönemde çocukluktan yetişkinliğe geçiş yaşarlar. Bu doğrultuda fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal açıdan ani değişimler yaşayabilir (2,5).

1.1.1.1. Fiziksel Gelişim

Adölesan döneminde fiziksel gelişim ve değişim, bireylerin vücudunda belli organların büyümesi ve belirginleşmesi süreci olarak tanımlanabilir. Ergenlik dönemine giren bireylerin her birisinin vücut metabolizması, aileden aldığı kalıtsal genetik özellikler ve son olarak yaşadığı çevrenin farklı olması sebebiyle bireylerin bu dönemdeki değişimleri kişilere has olmaktadır. Bu değişiklikler bireyler arasında farklı olduğu gibi cinsiyetler arasında da farklılıklar gösterebilir. Kız çocuklarında erkeklere kıyasla ergenlik döneminin daha uzun sürdüğü söylenebilir. Bunun nedeni kızların ergenlik dönemine başlama yaşlarının erkeklerden daha erken olmasına rağmen, bu dönemin sonlanmasının ortalama olarak aynı yaşlarda olmasıdır. Söz konusu dönemde ergen bireylerde olan değişimlerin, çeşitli kaynaklarda birincil ve ikincil dönem olarak ele alındığı görülmektedir. Birincil dönem; ergen bireyin üremesi için vücudundaki biyolojik değişimin tamamlandığı dönemdir. İkincil dönem ise bedensel anlamda ergen bireyin yaşadığı değişimlerdir (30).

Ergenlik belirtilerinin başlaması ile beraber, cinsiyet hormonlarının vücut kitlesini artırıcı etkisi ile boy uzamasında belirgin hızlanma görülür. Dönemin başlangıcında ergen erişkin boyunun % 80'ine ulaşırken, 2-4 yıl içinde erişkin boyunun %90'na ulaşır. Erişkin vücut ağırlığının genellikle yarısı ergenlikte kazanılır. Erkek ergenlerde, kas gelişmesi ve iskelet kitlesinin artması vücut ağırlığının artmasında önemli rol oynarken, kızlarda kilo artışı büyük ölçüde yağ depolanması sonucu olur. Ergenlik döneminde kızların ortalama 16-17 kg alması ve boylarının 24 cm uzaması, erkeklerin ise ortalama 19-20 kg alması ve 25 cm uzaması beklenir (31).

2.1.1.2. Duygusal Gelişim

Adölesan döneminde bireyler, hormonlardaki değişim ile beraber fiziksel yönden değişimin yanında duygusal olarak da iniş ve çıkışlar yaşarlar. Çoğu zamanlar neden böyle hissettiklerini anlamayarak bazen mutlu, bazen üzgün olabilirler (32).

Adölesan dönemindeki hızlı gelişim ve değişim bireylerde gerilim oluşturur. Bilgi ve deneyim eksiklikleri ile yaşanan bu gerilim birleştiğinde, sosyal düzene ve kurallara uyum zorlaşır. Çevresinden de toplumsal olarak kabul görmek isteyen ergenler, toplumsal kuralları genellikle katı ve kalıplaşmış buldukları için, bu kuralların sebebini kavrayamayarak çevreleriyle uyum sorunları yaşayabilirler. Bu durum onları; kırılgan, öfkeli ve hatta saldırgan yapabilir (30).

2.1.1.3. Bilişsel Gelişim

Piaget'e göre bilişsel dönem dörde ayrılır. Bireyler 11-12 yaşları itibarıyla soyut işlemler dönemine girerler. Soyut düşünmenin bir yanı gerçeklik ve olasılık arasındaki ilişki ile ilgilenir. Somut işlemler dönemindeki çocuklar için "olmuş olan şey" ile "olabilecek şey" aynıdır. Soyut işlemci ergenler ise daha geniş olasılıkları düşünürler. Gerçekleşen olayın her zaman gerçekleşen ya da gelecekte gerçekleşecek olayların güvenilir bir göstergesi olduğundan öte, bu olayın şans eseri gerçekleşmiş olabileceğini de bilirler (30).

Soyut kavramları daha çok düşünmeye başlayan ergenler, daha karmaşık problemler çözmeye, diğer kişilerin bakış açılarını anlamaya, ahlaki ve etik bakımdan daha yüksek bir sağduyuya sahip olmaya başlarlar (32).

2.1.1.4. Sosyal Gelişim

Sosyal olarak kabul görme, aileden ve diğer insanlardan sevgi ve saygı bekleme, başarı isteği, kendine saygı duyma, bedensel olarak güçlü olma, güzel olma arzusu gibi kavramlar, ergenlik döneminde görülen önemli beklentilerdir (31). Bu dönemde, ergenlerin sosyal gelişiminde ve çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde, aile önemli bir yer tutar. Aile, bireylerin bireyselleşme gereksinimi ile duygusal bir şekilde aileye bağlı olma gereksinimi arasında denge sağlanmasında yardımcı bir rol üstlenmelidir. Ergenin toplumsallaşma sürecinde aile kadar önemli bir diğer etken de arkadaşları ile ilişkilerdir. Arkadaşlar; hem ergenin toplumsal becerileri öğrenmesi ve kendini tanımak

için yaptığı araştırmada merkezi bir rol oynaması bakımından, hem de ana babadan bağımsızlığını kazanması, karşı cinsle ilişkiler kurması ve kimliğinin onaylanması bakımından ergene yardımcı olurlar (30).



2.2. ADÖLESANLARDA KRONİK HASTALIKLAR

Adölesanlarda hızlı büyüme ve olgunlaşma diğer yaşam dönemlerine göre enerji ve besin gereksinimini artırmaktadır. Günümüzde teknolojinin hızla ilerlemesi birçok olumlu sonuç ile birlikte sedanter yaşam gibi olumsuz yaşam alışkanlıklarını da beraberinde getirmiştir (5). Adölesanlar boş zamanlarında spor yapmak gibi hareket gerektiren aktiviteler yerine televizyon, telefon, bilgisayar vb. ekran aktivitelerine yönelmektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalar özellikle adölesan dönemde etkisiz stres yönetimi, sağlıksız beslenme, sedanter yaşamın birlikte gözlendiğini bildirmektedir (5,33).

Adölesan dönemde başlayan hareketsiz yaşam alışkanlığı, dengesiz ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları kronik hastalık riskini artırmaktadır (33). Soylu'nun (2008) adölesanlarla yaptığı bir çalışmanın sonucunda obezite varlığının hipertansiyon ve böbrek hastalığını tetiklediği belirlenmiştir (34). Benzer bir çalışmanın sonucunda da sağlıksız beslenmenin kronik hastalıklara yatkınlığı artırdığı vurgulanmıştır (5).

Adölesanlarda fiziksel aktivitelerin artışı ile hipertansiyon gibi kalp hastalıkları riskini azalttığı belirtilmiştir (35). Amerikan Tıp Akademisinin de vurguladığı gibi yıllık hipertansiyon kontrolleri önleme ve erken tanı sağlanabilir. Primer hipertansiyonun özellikle adölesan dönemde ortaya çıktığını bildirilmektedir. Bu nedenle adölesan dönemde sağlık kontrollerinin artırılmasının önemi büyüktür (1, 36, 37).

Gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında adölesanlara yıllık izlemler yapılmaktadır. Bu hizmetlerin kapsamında birçok tarama olmakla birlikte özellikle yılda bir kez hipertansiyon ve obezite taramalarının yapılması önerilmektedir (22). Öte yandan ülkemizdeki tabloya baktığımızda adölesanların çoğunun bu yaş dönemi boyunca sağlığı geliştirme hizmeti almadığı ve bu hizmetlerin erişilebilir olmadığı görülmektedir (11,23). Büyüme ve olgunlaşmanın hızla devam ettiği adölesan dönemde kronik hastalıkları önleme ya da erken tanı önemli olup taramaların artırılması gerekmektedir.

2.3. ADÖLESANLARDA HİPERTANSİYON

2.3.1. Hipertansiyon Tanımı

Kan basıncı (KB) kanın damar duvarına uyguladığı kuvvet olarak tanımlanmaktadır. Kan basıncı kalp debisi ile periferik vasküler dirençle değişiklik göstermektedir. Sistemik arteriyel kan basıncının normal referans değerleri üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (38,39). Kan basıncı ölçümünün başlangıcı 1850 yıllara uzanmakla birlikte 19 yüzyılın başlarında sayısal ölçümler ve kan basıncına verilen önem artmıştır (40).

Çocuk ve adölesanlarda yaş, cinsiyete, boy ve kiloya göre düzenlenmiş kan basıncı cetvelleri hazırlanmıştır. Kan basıncı değerleri yaş ile birlikte kas iskelet gelişimi tamamlandıktan sonra erişkin kan basıncı değerlerine değere ulaşmaktadır. Adölesanlarda sistolik ya da diyastolik kan basıncının üç farklı zamanda yapılan ölçümlerde 95. persentil üzerinde olması hipertansiyon tanılamada kriterdir. Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş arası adölesan dönemde kan basıncı düzeyinin 120/80 mmHg ve üzerinde olmasını pre-hipertansiyon olarak kabul etmektedir (16).

2.3.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Kronik bir hastalık olan hipertansiyon çoğunlukla erişkinlerde görülmekle birlikte son yıllarda adölesan dönemde de görülme sıklığı giderek artış göstermektedir (41). Çocuk ve adölesanlarda hipertansiyon görülme sıklığı %2-5 arasında olarak bildirilmiştir (15, 16, 17, 42, 43).

Hipertansiyon yaşla birlikte artış göstermekte olup adölesan dönemde ortalama %15, 65 yaş ve üzerinde ortalama % 60 sıklığında görülmektedir. Adölesan döneme göre küçük yaş grubundaki çocuklarda daha az görülmekte olup ya da primer hipertansiyon olarak karşımıza çıkmaktadır (38).

2.3.3. Hipertansiyon Etiyolojisi

Hipertansiyonun nedenleri incelendiğinde yaşla birlikte farklılık gösterdiği görülmektedir. Yaşamın ilk yılı ve küçük yaş çocuklarda doğuştan böbrek hastalıkları, kalp damar hastalıkları gibi nedenler hipertansiyona neden olmaktadır. Yaşı daha büyük çocuklarda ve adölesanlarda glomerülonefritler, reflü nefropatisi gibi böbrek

parankim hastalıkları neden olarak görülmektedir. Adölesanlarda ise sekonder hipertansiyonla birlikte primer hipertansiyonunda görüldüğü bildirilmiştir (44). Öte yandan kan basıncı yüksekliği anlık bir durum olup geçici de olabilmektedir. Akut gelişen ve geçici olan KB yüksekliğinin en sık nedenleri arasında anksiyete, ilaçlar ve akut böbrek hastalıkları sayılabilir.

Primer Hipertansiyon: Adölesanlarda görülen HT nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Vücudun boşaltım sisteminde gelişen bir bozukluk, sempatik hiperaktivite, insülin direnci, renin anjiyotensin mekanizması işlevinde bozulma, stres gibi faktörler kan basıncı yükselmesine neden olabilmektedir (45). Primer hipertansiyon çoğunlukla ailede hipertansiyon hikayesi olması ile yakın ilişkili olup ailesinde HT öyküsü olan çocuk ve adölesanların daha yüksek kan basıncı persentil eğiliminde oldukları belirlenmiştir (44,45).

Primer hipertansiyon fazla sodyum tüketimi ve aşırı kilo alımına duyarlıdır. Özellikler son yıllarda adölesanlarda fast food yeme alışkanlıklarının artması, sağlıksız beslenme eğilimleri gibi nedenlerle obezite sıklığının arttığı görülmektedir. Bu bağlamda kan basıncında artma, obezite, hiperlipidemi ve Diyabetes mellitus ile karakterize metabolik sendrom uzun dönemde kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır (44,46).

İlaça bağlı nedenler: Farklı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi olarak kan basıncında yükselme görülebilmektedir. Bu ilaçlar; nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, semptomimetik göz, burun damlaları, beta agonist bronkodilatatörler, teofilin, doğum kontrol ilaçları, antidepresanlar, rekombinan eritropoetin, siklosporin, nikotin olara sayılabilir Antihipertansif ilaçların ani kesilmesi dekan basıncını yükselten riskli bir davranıştır.. Kokain, amfetamin ve fensiklidin gibi uyuşturucu ilaçlar adölesanlarda hipertansif ataklara neden olabilir (44,45).

Böbrek parankimi ile ilgili nedenler: Çocukluk ve adölesan dönemde görülen hipertansiyonun en sık görülen nedenleri böbrek parankim hastalıklarıdır. Glomerülonefritler ve doğumsal anomaliler ilk taramalarda tanılanmaktadır. Öte yandan tekrarlayan üriner enfeksiyonların önemsenmemesi ile birlikte reflü nefropatisinin sıklıkla gözden kaçtığı bilinmektedir. Bu olgularda hipertansif ataklar başladığında bile henüz klinik bulgular net olmayabilir. Üriner sistem doğumsal anomalileri, kistik

böbrek hastalıkları, böbrek travmaları, iskemiler parankim dokuya zarar vererek karşımıza kan basıncının yüksek olması ile çıkabilir (44,45).

Vasküler Nedenler: Aort koarktasyonu 0-12 aylık bebeklerde hipertansif olguların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte renovasküler nedenler arasında en sık görülen durum ise böbrek arterinin proksimal ya da distal kısmında darlığa neden olan fibromuskuler displazidir. Williams sendromu ve Takayasu arteriti nadir görülmekle birlikte çocukluk çağı hipertansif olgularının ciddi nedenleri arasındadır. Böbrek arterine bası yapan bir tümör ya da kitle, yendioğanlarda umbilikal kateterlerin böbrek arterinde obstriksiyona neden olması gibi durumlar da kan basıncını artıran nedenlerdir (44,45).

Endokrin sisteme ilişkin nedenler: Endokrin sistem anomalileri nadir olarak kan basıncını artırmaktadır. Çoğunlukla paroksizmal olmasına rağmen çocuklarda feokromasitoma hipertansiyon nedenlerindedir. Çocuklarda Cushing sendromu birincil pituiter ya da adrenal tümörlerden aşırı adrenokortikotropin salınımıyla, hipertiroidi kardiyak atımın artmasına ve hipotroidi de sıvı retansiyonuyla, doğumsal adrenal hiperplaziler ve yükselmiş steroid metabolitlerinin mineralokortikoid etkisiyle hipertansiyona neden olabilmektedir (44, 45, 46).

Diğer nedenler: Yaralanmış bir çocukta kafa içi basınç artışı, femoral traksiyon santral sinir sisteminde refleks değişimleri nedeniyle hipertansiyona nedeni olabilmektedir (45).

2.3.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon primer/esansiyel sekonder hipertansiyon olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Adölesanlarda kan basıncının yükselmesinde primer hipertansiyon temel neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Genetik temelinin yanı sıra böbreklerdeki düzensizlikler, sempatik sinir sistemi aktivitelerindeki aşırı artış, renin anjiyotensin sistemde bozulmalar, insülün direnci ve stres faktörleri primer hipertansiyon oluşumunda rol oynamaktadır (16, 47). Çocukluk ve ergenlik dönemindeki primer hipertansiyon sıklığındaki artışın obezite, sedanter yaşam, yüksek kalorili ve aşırı tuzlu beslenme ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (17).

Hipertansiyon primer ve sekonder olarak sınıflanmakla birlikte persantillere göre de evrelenmektedir. Bu evreleme hipertansiyon sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin yaş, cinsiyet ve boya göre incelenmesi ile belirlenir. Kan basıncı ölçüleri 95-99 persentil +5 mmHg olan bireyler 1.evre hipertansiyon olarak tanımlanırken, 99 persentil +5 mmHg olan bireyler 2.evre hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Sistolik ya da diyastolik kan basıncı değerleri 90 persentil üstünde ise yalnız 95 persentil altındaki ölçüler prehipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (48).

Şekil 1. Hipertansiyon Sınıflandırması

| Sistolik KB/ Diastolik KB persantil | |
|-------------------------------------|---|
| Normal | <90. |
| Prehipertansiyon | 90. - <95. KB <90 olsa bile 120/80 mmHg aşarsa <95. Persantile kadar |
| Evre I- HT | 95.- 99. Persantil +5 mmHg |
| Evre II- HT | 99. persantil +5 mmHg |

2.3.5. Hipertansiyon Tedavisi

2.3.5.1. Non-Farmakolojik Yöntemler

Kan basıncını düzenlemek için uygulanan sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri nonfarmakolojik tedavi yöntemleri olarak tanımlanmaktadır. Farmakolojik tedavi öncesi kullanılan yöntemler olup bu yöntemlerin kan basıncı değerlerini düşürdüğü, kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı bildirilmektedir (47). Kan basıncını arttıran durumlar incelendiğinde sağlıksız ve dengesiz beslenme, aşırı kilo alımı, aşırı tuz kullanımı, hareketsiz yaşam, sigara ve alkol tüketimi sayılabilir. Bu doğrultuda birey yaşam tarzını sayılanların aksi şeklinde düzenlemesi hipertansiyonu kontrol altına almada yardımcı olacaktır (49, 50).

Adölesanlarda nonfarmakolojik tedavi yöntemleri erişkinlere benzerdir. Aşırı kilolu bir adölesanın sağlıklı beslenerek kilo vermesi, sedanter bir hayatı olan bireyin fiziksel aktiviteyi artırması sağlıklı yaşam biçimi değişikliğine örnek verilebilir (51). Hipertansiyonu önlemek ya da kontrol altına alabilmek için kullanılacak nonfarmakolojik yöntemlerden en önemlileri kilo kontrolü sağlama, fiziksel aktiviteyi artırma ve aşırı tuz alımını azaltma olarak sıralanabilir.

Kilo kontrolü sağlama: Adölesan dönemde kan basıncı artışı çoğunlukla kilo artışı ile ilişkilidir. Adölesan dönemde sağlıklı bir kiloya sahip olma ilerleyen yaşlarda hipertansiyon riskini azaltmaktadır. Bireyin BKİ'nde %10 azalma kan basıncında 8-12 mmHg azalma yaptığı bilinmektedir (45,52). Eğitim ve küçük davranış değişiklikleriyle kilo kontrolü sağlanma mümkündür. Hastalar aşırı kilonun hipertansiyon ve kardiyovasküler sisteme ilişkin komplikasyonlara neden olabileceği çocuk ve aileye detaylı açıklanmalıdır. Adölesan sağlık beslenmeyi yaşam biçimi haline getirdiğinde farmakolojik tedavi kullanımına gereksinim bile duymayabilir ya da ilaç kullanımını doktor kontrolü altında bırakabilir (50).

Fiziksel aktiviteyi artırmak: Adölesanlar teknolojinin ilerlemesiyle birlikte bilgisayar, telefon, televizyon karşısında çok fazla vakit geçirdikleri bilinen bir gerçektir. Ekran karşısında uzun zaman geçirmek ile artan sedanter yaşam biçimini düzenleyebilmek önemlidir. Gün içerisinde en azından 30-60 dakika süren fiziksel aktivite içeren aktiviteler (futbol, yürüyüş, dans vb.) önerilmektedir. Ancak adölesan hipertansiyonun evre 2 aşamasında ise fazla efor gerektiren sporların kısıtlanması gerekmektedir. (53,54).

Tuz kullanımının kısıtlanması: Adölesanlarda öğünlerde tuz kısıtlaması ile kan basıncı değerinde 1-3 mmHg aralığında düşme olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda bebeklik döneminde alınan tuz alımının adölesan dönemde ortaya çıkan kan basıncı artışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Çocuk ve adölesanlarda günlük tuz tüketimi tavsiyesi 4-8 yaş arasındaki çocuklarda 1,2 gram/ gün, 8 yaştan sonraki dönemde ise 1,5gram/ gündür (55).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek hipertansiyon ve birçok kronik hastalık riskini en aza indirmektedir. Ancak hipertansiyon tanısı almış bir adölesan için farmakolojik tedavi gereksinimi bulunuyorsa da tedaviye en kısa zamanda başlanması önemlidir.

2.3.5.2. Farmakolojik Yöntemler

Çocukluk döneminde aşırı kilo alımının adölesan ve erişkin dönemde kardiovasküler riskin önemli bir belirleyicisi olduğu görülmektedir. Adölesanlarda da erişkinlerde olduğu gibi obezite, hiperlipidemi, aşırı tuz kullanımı, sedanter yaşamın kan basıncı değeri ile bir ilişki olduğu gösterilmiştir (50). Nonfarmakolojik yöntemlerle kan basıncı değerleri düzenlenebilir. Ancak bu sağlık yaşam biçimi davranışları ile birlikte ilaç tedavisi de gerekmektedir.

Hipertansiyon kronik bir hastalık olup uzun süreli ya da ömür boyu tedaviye gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle hedeflenen kan basıncı düzeyine ulaşabilmek için hastaya ve mevcut duruma özel antihipertansif ilaç belirlenmesi önemlidir (49). Tedaviye tek ilaç ve tek doz ilkesine uyarak başlayarak tedaviye uyumun artırılması planlanmalıdır. Düşük dozda başlayıp gerekirse doz 1-2 hafta aralarla artırılabilir. Adölesanlarda yetişkine göre daha düşük dozlar ayarlanmakta olup kiloya göre doz hesaplaması yapılmaktadır (15, 50).

Hipertansif çocuk ve adölesan hastalarda kullanılan farmakolojik ajanlar incelendiğinde; beta blokerler ve diüretiklerin birinci basamak tedavide etkili ve güvenli olduğu söylenebilir. Bununla birlikte diğer antihipertansif ajanlar olan ACE inhibitörleri, Ca kanal blokerleri ve anjiotensin reseptör blokerleri de kısa dönem kullanımlarında önemli antihipertansif etkileri belirlenmiş olup güvenli ve tolere edilebilir oldukları gösterilmiştir. Diüretik ilaçlar ise böbrek yetmeliği olan ya da tedaviye direnç gösteren adölesanlarda ek ilaç olarak (50, 56, 57).

Çocuk ve adölesanlarda antihipertansif ilaçların uzun dönem etkileri henüz tam olarak bilinmemektedir. Bu nedenle bu dönemde farmakolojik tedavi başlamadan önce endikasyonlar dikkatli değerlendirilmelidir. Çocuklarda antihipertansif tedavi başlama endikasyonları Şekil 2.'de verilmiştir.

Şekil 2. Çocuk döneminde antihipertansif tedavi başlama endikasyonları (15)

- *Semptomatik hipertansiyon*
- *Sekonder hipertansiyon*
- *Hipertansiyona bağlı hedef organ hasar*
- *Tip 1 ve tip 2 diyabet*
- *Nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınamayan hipertansiyon*

Adölesanlara antihipertansif tedavi uygulanırken kan basıncı yakından takip edilmelidir. Bununla birlikte olası hedef organ hasarları, yan etkiler, sıvı elektrolit düzeyleri de özenle takip edilmelidir. Bazı vakalarda basamak tedavisi göz önünde buludurulmaktadır. Basamak tedavisinde kan basıncı yüksek adölesanlarda kan basıncının yakın izlemi ile ilaç dozu kademeli olarak azaltılması hedeflenmektedir.



2.4. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi bir hastalık sonrası yaşam biçimini değiştirmekten öte bireyin sağlığını sürdürmek ve hastalıklardan korunmak amacıyla inandığı ve uyguladığı davranışlar olarak tanımlanmaktadır (29, 58). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamına entegre eden birey, sağlıklı olma halini sürdürebilir ve dahası sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu nedenle yaşamın tüm evrelerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışının kazanılması ve sürdürülmesi önem arz etmektedir.

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80' inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise % 40-50' sinin sağlıksız yaşam biçimi davranışları nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar olduğunu bildirmektedir. Bu bilgi ışığında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmenin önemi açıktır (59, 60, 61, 62). Dünya Sağlık Örgütü, "Herkes için sağlık" stratejisi kapsamında sağlıklı yaşam biçimi iyileştirilmesi, önlenabilir sağlık sorunlarının azaltılması, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konularının önemini vurgulamaktadır (63).

Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi üzerinde durulması önemli bir konudur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler olarak belirlenmiştir (26).

2.4.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlıklı yaşamak bireyin yaşamı boyunca temel amacı ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına yönelik sağlığı koruma geliştirme davranışları gösterebilmesi olarak tanımlanmakta olup bireyin sağlık bakım kalitesine etkiler (64). Bireyin vücudunu tanıması, düzenli kontrollerinin yaptırması, değişiklik hissettiğinde sağlık kurumlarına başvurması, sağlıkla ilgili bilgilerini yenilemesi, ilgili yayınları takip etmesi sağlığına verdiği önemi göstermektedir (58, 65).

2.4.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi için önemli bir diğer parametredir. Sedanter yaşamın birçok kronik hastalığa davetiye çıkardığı bilinmektedir (65). Fiziksel aktivite günlük yaşam içerisinde kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp atış hızını belirli bir oranda arttıran, farklı boyurlarda yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktiviteler, hafif dereceli aktivite, orta dereceli aktivite ve ağır dereceli aktivite olarak gruplandırılır (66, 67). Düzenli fiziksel aktivite kardiovasküler hastalık riskini azaltabilir, metabolizmayı hızlandırarak kilo alımı engelleyebilir. Fiziksel aktivite, bireyin enerji dengesi ve kilo kontrolü sağlanmasında önemli bir yere sahiptir (68). Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi sedanter yaşam alışkanlığının kan basıncını artırdığı vurgulanmaktadır.

2.4.3. Beslenme

Beslenme yaşamın sürdürülmesi, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların tedavisi, yaşam kalitesini yükseltmek için bireyin fizyolojik olarak büyümesini ve gelişmesini sağlayan besin öğelerinin dışarıdan alınması, bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Beslenme bireyin yaşamını sürdürmesi gerekli bir eylemdir. Bununla birlikte sağlıklı, dengeli beslenme biçimi ile de sağlıktan sapma durumu görülebilir (59, 69).

Beslenme alışkanlığı genetik, çevre koşulları, kültürel farklılıklar gibi birçok değişkene bağlıdır. Enerji ve besin gereksinimi yüksek olan adölesan dönemde ise besin gereksiniminin artmaktadır. Adölesan dönemde diğer davranışlarda olduğu gibi beslenme alışkanlığının da kalıcı olacağı unutulmamalıdır. Bu bağlamda sağlıklı ve dengeli beslenme davranışı yaşamın ilerleyen evrelerinde hastalıkların önlenmesinde önemlidir (58).

Günümüzde aşırı kilo alımı özellikle adölesan dönemde sıklıkla görülmektedir. Sağlıksız beslenme alışkanlığı sorunu ortaya çıkan obezite birçok hastalık (hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser vb.) açısından risk faktörüdür. (58, 70).

2.4.4. Manevi Gelişim

Manevi gelişim, beden ve ruhu etkileyen ve bununla birlikte beden ve ruhtan etkilenen bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesinde olan birleştirici güç olarak tanımlanmaktadır. Bireyin manevi gelişimi aile ilişkileri, arkadaş ilişkileri, sosyal çevreden etkilenmektedir. Bireyin, yaşamın anlam ve amacını yakaladığı bölge manevi alanıdır (58).

Bireyin manevi alanı sağlık ve hastalık durumlarında önemlidir. Vücudun bütünlük ve sürekliliği üzerinde fiziksel ya da psikososyal bir tehdit oluştuğunda bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlıkta manevi boyut yaşamın anlamı, ölümün kabulü ve üstün bir güçle bireyin ilişkisini açıklamaktadır (71).

2.4.5. Kişiler Arası İlişkiler

Bireyin temel gereksinimi olan kişiler arası ilişkiler kurmak fiziksel ve psikososyal iyilik halini sürdürmesine yardımcı olacaktır (72, 73). Kişilerarası ilişkiler hem bireyin kişiliğinin oluşumunda ve diğer bireylerle kurduğu iletişimin niteliğinde önemli bir role sahiptir. İnsan yaşamının en önemli özelliklerinden biri diğer bireylerle başarılı bir etkileşim ve iletişim kurabilmesidir. Ancak kişiler arası ilişkiler her zaman sorunsuz olmamakta, zaman zaman zorluklar yaşanmaktadır (74). Bireylerin sağlıklı bir şekilde toplum içerisinde diğer bireylerle ilişkilerini sürdürebilmesi için iletişim becerilerini geliştirmesi ve güçlendirmesi önemlidir. Bu ilişkilerin güçlü ve olumlu olması bireyin iyilik halini de etkileyecektir (73, 74).

2.4.6. Stres Yönetimi

Cüceloğlu (2004) stres kavramını bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, fiziksel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı çaba olarak tanımlamıştır (72). Stres durumunda vücut alarmına geçer ve vücudu uyarıcı nitelikte olan sempatik sinir sistemi devreye girer. Bu esnada kan akışı hızlanmakta ve kalp atışı artmaktadır. Bu nedenle stresin en çok etkilediği hastalıklar kalp hastalıkları ve hipertansiyon hastalığıdır (75).

Stres gelişmesinde bireyin algısı ve deneyimleri etken olup bireyin stresi algılayışı ve baş etme mekanizmaları koruyucu sağlık davranışı kazanmasında önemli yere sahiptir (76). Stresin belirtileri gerginlik, uykusuzluk, endişeli olma en sık görülen

belirtiler olarak sıralanabilir. Kısa süreli bir stres yaşanması durumunda bile kalp atımının yükselmesi, kan basıncının artması gibi durumlar bireyin sağlığını etkileyebilmektedir (75).



2.5. HİPERTANSİYON TANISI İLE İZLENEN ADÖLESANLARIN SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI GELİŞTİRMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşire birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmeyi destekleyen hastalık durumunda iyileştirme için gerekli girişimleri uygulayan meslek grubu olarak tanımlanmaktadır (77). Sağlık ekibi içerisinde primer bakım verici olarak rol alan ve hasta ile en yakın temasta çalışan hemşirenin önemli sorumluluklarından biri de eğitici rolüdür. Dünya Sağlık Örgütü sağlık eğitimini bireylere sağlıklı yaşam biçimi için yapılması gerekenleri benimsetmek, uygulamak ve gerekliliğine inandırmak, bununla birlikte sunulan imkanlara kullanmaya teşvik etmek, çevrelerini ve kendilerini iyileştirmek için birey ya da toplum olarak karar verebilmelerini sağlamak için verilen eğitimler olarak tanımlanmaktadır (78).

Hipertansiyonun ciddi sonuçları nedeniyle kan basıncının etkili bir şekilde düzenlenebilmesi hayati önem taşımaktadır. Bu bağlamda hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesana gerekli bilgi ve rehberlik hastalıkla baş edebilmesini kolaylaştıracaktır (79). Hemşire adölesanın sağlıklı davranışlar geliştirmesi doğrultusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak ekibin içerisinde yer alan önemli bir disiplindir (79,80).

Hipertansiyon bireyin fiziksel ve sosyal yaşantısından etkilenmektedir. Bu doğrultuda uygun ve gerekli bilgilendirmenin yapılması ve bireyin yönlendirilmesi önemlidir. Primer bakım verici rolünde olan hemşire kronik bir hastalık olan hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesan ve ailesi için de hipertansiyonun önlenmesi ya da izleminde bakım verici, eğitici, savucu rolleri gibi birçok sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışları doğrultusunda hipertansiyonlu bireyin bakımını planlayabilir (81, 82).

Hipertansiyonla ilgili yapılan çalışmalarda hipertansiyonla ilişkili risk faktörleri azaltmak ve tedaviye uyumu artırmaya yönelik hemşirelerin hastalarla yaptıkları görüşmeler sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tedaviye uyumlarının arttığı bildirilmiştir (83, 84, 85).

Kronik bir hastalık olan hipertansiyon yaşam boyu izlem ve tedavi gerektirmektedir. Bu doğrultuda hemşire adölesan ve aileyi yaşam tarzının değiştirilmesi ve tedaviye uyum açısından uyarılmalıdır. Hemşire adölesanlarda

hipertansiyonu önlemek ya da kontrol altına alabilmek için kilo kontrolü sağlama, fiziksel aktiviteyi artırma ve aşırı tuz alımını azaltma konusunda gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeyi yapmalıdır (45, 47). Hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlık davranışını önemsemesi ve bu doğrultuda bir yaşam biçimi benimsemeleri hastalık sürecinin yönetiminde önemlidir.

Hemşirenin hipertansiyonlu adölesan için sağlıklı yaşam biçimi davranışları önerileri aşağıda verilmiştir. Bunlar;

Sağlıklı beslenmeye yönelik önerileri:

Aşırı kilo alımı ile hipertansiyon arasındaki ilişki bilinmektedir. Öte yandan adölesanların sağlıklı bir kiloya sahip olması ilerleyen yaşlarda hipertansiyon riskini azaltmaktadır. Yapılan birçok çalışmanın sonucunda kilo kaybının kan basıncı düzeyini de düşürdüğü belirlenmiştir (45, 52). Bu doğrultuda hipertansiyonu olan adölesan için öncelik kilo kontrolünün sağlanabilmesi için sağlıklı beslenme davranışlarının öğrenilmesi ve uygulanması olacaktır (47).

Kilo yönetimi sürecinde aile merkezli bakım yaklaşımı doğrultusunda adölesan ailesi ile birlikte ele alınmalıdır. Ebeveynlerin desteği bu süreçte çok önemlidir (45). Kilo vermesi gereken çocuk ve adölesanlarda beslenme programının oluşturulması ve yürütülmesin sürecinde diyetisyen ile işbirliği içerisinde olunup yakın izlemde kalınmalıdır. Gün boyu yediklerinin yazılması gibi ev ödevleri ile kilo vermesi teşvik edilebilir.

Tuz tüketimi ve tuzlu yiyeceklerin azaltılmasına yönelik öneriler:

Yemeklerle aldığımız tuzun içerisinde bulunan sodyum ve klor elementleri kan basıncını arttırmaktadır. Çocuk ve adölesanlarda günlük tuz tüketimi tavsiyesi 8 yaştan sonraki dönemde günde toplam 1,5 gram olarak bildirilmiştir (55).

Adölesanların hazır besinler yerine sağlıklı ve dengeli beslenebilmesi için ailenin de dahil olduğu beslenme programları olmalıdır. Aile ve adölesana fast food yiyeceklerin aşırı tuz içerdiği, evde tuzdan fakir besinlerin hazırlanıp uygun öğünlerde yeniyor olmasının kilo ve kan basıncı kontrolünde etkisinin olacağını özenle anlatılması önemlidir (86).

Fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik öneriler:

Son yıllarda adölesanların ekran karşısında çok fazla vakit geçirdikleri bilinen bir gerçek olup sedanter yaşam biçiminin arttığı gözlenmektedir. Bu bağlamda hipertansiyonlu adölesanların kazanması gereken önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fiziksel aktiviteyi artırmak gelmektedir. Fiziksel egzersizler vücut ağırlığını ve tuz emilimini azaltmakta olup ayrıca sosyal çevre ile etkileşimi de desteklediği için stres düzeyini azaltmaktadır (53).

Dünya sağlık Örgütü'nün önerileri doğrultusunda; 5-17 yaş grubu çocuk ve adölesanların günde en az 60 dakika (futbol, yürüyüş, dans vb.) orta-ağır şiddette fiziksel aktivite yapmalıdır. 60 dakikanın üzerine çıkan fiziksel aktivite miktarı sağlığa ek faydalar sağlamaktadır. Günlük yapılan aktivitelerin çoğunluğu aerobik olmalıdır. Bununla birlikte ağır şiddette yapılan aktivitelerde eklenebilir. Kas ve kemikleri güçlendiren hareketlere haftada en az 3 kez yer verilmelidir (6, 87, 88, 89, 90). Ancak adölesan hipertansiyonun evre 2 aşamasında ise fazla efor gerektiren sporların kısıtlanması gerekmektedir (53, 54).

Hipertansiyon sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesiyle kontrol altına alınabilecek önemli bir kronik hastalık olup adölesan ve ailenin hastalık sürecinde hemşire tarafından bilgilendirilerek yakın takip edilmesi önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2014- Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul ili Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk servis ve polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Servislerin fiziki koşullarına bakıldığında, tüm çocuk servislerinde 15 tane ikili oda, iki tane tekli oda bulunmakta olup toplam 160 yatak bulunmaktadır. Çalışmanın ağırlıklı olarak yapıldığı Çocuk Nefroloji Servisinde bir doçent doktor, bir uzman doktor, sekiz hemşire ve beş yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini son bir yılda İstanbul ili Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine son yıl içerisinde başvuran ve çocuk servislerinde izlenen, hipertansiyon tanısı almış 12-18 yaş grubu 304 adölesan oluşturmaktadır.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (91). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 170 olarak hesaplanmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = 304 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (304-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = \mathbf{170}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde *t* tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha = 0.05$ için teorik *t* değeri 1.96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-*p*) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,10 olarak alınmıştır)

Araştırmanın örneklemini 12-18 yaşları arasında, iletişimi engelleyecek başka sağlık sorunu olmayan, hipertansiyon tanısını ile izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden istekli 184 adölesan oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Soru Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Soru Formu (Ek 1):

Adölesanın sosyo-demografik özellikleri ve hastalığı ile ilgili soruların içeren ve literatürden yararlanılarak hazırlanmış 20 sorudan oluşmuştur.

Soru formunun içeriği, soruların işlerliği ve anlaşılabilirliği açısından üç öğretim üyesinin görüşüne başvurulmuştur. Gelen görüş ve öneriler doğrultusunda soru formunda düzenlemeler yapılmıştır.

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek 2):

Walker ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkiye’deki kullanımı için standardizasyon çalışmaları Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II bireylerin kendi kendine yanıtlayabilecekleri, uygulanışı kolay, 4’lü likert tipi (1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık, 4=düzenli) bir ölçektir.

Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şunlardır:

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Sağlık sorumluluğu | (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51) |
| 2. Fiziksel aktivite | (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46) |
| 3. Beslenme | (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50) |
| 4. Manevi gelişim | (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) |
| 5. Kişilerarası ilişkiler | (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) |
| 6. Stres yönetimi | (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) |

Ölçeğin değerlendirmesinde; en düşük puan 52, en yüksek puan 208 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı olduğu varsayılır. Likert tipi ölçekte yeterli olabilecek Alpha katsayısı, 1'e yakın olmalıdır. Literatüre bakıldığında güvenilirliğin 0.70-0.80 arasında olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha coefficient reliability değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir (92). Araştırmanın Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,96 olarak bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan Sağlıklı Yaşam biçimi davranış ölçeği ve alt boyutları güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı ile incelenmiştir;

Şekil 3. SYBDÖ ve Alt Boyutları Cronbach Alpha Değerleri

| Ölçek-alt boyut | Cronbach Alpha |
|--------------------------------|-----------------------|
| SYBDÖ | 0,96 |
| Sağlık Sorumluluğu | 0,894 |
| Fiziksel Aktivite | 0,871 |
| Beslenme | 0,703 |
| Manevi Gelişim | 0,811 |
| Kişiler Arası İlişkiler | 0,872 |
| Stres Yönetimi | 0,729 |

3.5. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Soru formunun işlevliliğini değerlendirmek amacıyla İstanbul ili Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk nefroloji polikliniğine başvuran sekiz adölesan ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda bir soruya ek bir seçenek eklenmiş ve soru formuna son şekli verilmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından hipertansiyonu tanısı ile izlenen adölesanlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş olup uygulama süresi yaklaşık 20-30 dakika kadar sürmüştür. Araştırma tamamen gönüllülük esaslarına dayalı yürütülmüştür.

3.6.1. Adölesanların Beden Kütle İndeksinin Hesaplanması

Beden kütle indeksi yetişkin ve çocuklarda vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile birlikte değerlendirilerek bireyin beslenme durumunu belirlemeye yardımcı bir ölçüttür. Sağlıklı ve dengeli beslenen bireylerin ağırlık ve boyları arasında bir uyum vardır. Dünya sağlık örgütü ideal ağırlık değerini belirlemek için Beden Kitle indeksini (BKİ) yöntemini önermektedir (Şekil 4).

Şekil 4. Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri

| <i>BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)²</i> | |
|---|--------------|
| Zayıf | <18,5 |
| Normal | 18,5 - 24,99 |
| Hafif Şişman | 25,0 - 29,99 |
| Şişman | >30,0 |

Beden kütle indeksi çocuklarda yaşa göre değişkenlik gösterdiği için dikkatli hesaplanması gerekmektedir. Araştırmada 12-18 yaş grubu hipertansif adölesanlarla çalışılmış olup 5-19 yaş grubu için kullanılan “*WHO Anthro Plus*” ile adölesanların BKİ değerleri hesaplanmıştır (Şekil 5).

Şekil 5. Çocuk ve Adölesanlar için BKİ değerleri

| <i>5-19 yaş grubu için BKİ aralıkları</i> | |
|---|---------------|
| Zayıf | < -1 SD |
| Normal | -1 SD - +1 SD |
| Hafif Şişman | +1 SD - +2 SD |
| Şişman | < +2 SD |

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programına aktarılıp uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Verilere ilişkin frekans ve yüzdesel dağılımlar verilmiştir. Kategorik düzeyde ölçülmüş değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş olup iki

grup karşılaştırmalarında independent t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise One Way Anova, Independent t-tets ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler lineer regresyon ile incelenmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi'ne Etik Kurul onayı ve İstanbul ili Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan adölesanlara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yalnızca bir hastanede yapıldığı için sonuçlar evrene genellenemez. Araştırmadan elde edilen bulgular adölesanların öz bildirimlerine dayalıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan adölesanların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, adölesanların hastalığına ilişkin özellikleri ve bu değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Adölesana İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=184)

| Tanıtıcı Özellikler | n | % |
|--------------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 87 | 47,3 |
| Erkek | 97 | 52,7 |
| Yaş | | |
| 12-14 yaş | 66 | 35,9 |
| 15-16 yaş | 84 | 45,6 |
| 17-18 yaş | 34 | 18,5 |
| BKİ (WHO Antro Plus) | | |
| Zayıf | 4 | 2,2 |
| Normal | 84 | 45,7 |
| Hafif Şişman | 83 | 45,1 |
| Şişman | 13 | 7 |
| Kilo | | |
| 50 kilo ve altı | 20 | 10,9 |
| 51-55 kilo arası | 20 | 10,9 |
| 56-60 kilo arası | 24 | 13,0 |
| 61-65 kilo arası | 52 | 28,3 |
| 66 kilo ve üzeri | 68 | 36,9 |
| Kardeş olma durumu | | |
| Var | 150 | 81,5 |
| Yok | 34 | 18,5 |
| Kardeş sayısı (n=150) | | |
| 1 kardeşi olanlar | 33 | 22 |
| 2 kardeşi olanlar | 62 | 41,3 |
| 3 kardeş ve daha fazla olanlar | 55 | 36,7 |
| Aile tipi | | |
| Çekirdek aile | 160 | 87 |
| Geniş aile | 19 | 10,3 |
| Parçalanmış aile/boşanmış | 5 | 2,7 |

Araştırmaya katılan adölesanlara ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Adölesanların %52,7’si erkek, %47,3’ü kadındır. Adölesanların %35,9’u 12-14 yaş grubunda, %45,6’sı 15-16 yaş grubunda, %18,5’i ise 17-18 yaş grubundadır.

Adölesanların % 2,2' inin beden kütle indeksine (BKI) göre zayıf, % 45,7' sinin normal kilolu, yarısına yakınının (% 45,1) hafif şişman ve % 7' sinin ise şişman olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan adölesanların kilolarına göre dağılımlarına bakıldığında ise; %10,92 unun 50 kilo ve altında olduğu, yine %10,9'unun 51-55 kilo arasında, %13'ünün 56-60 kilo arasında, % 28,3'ünün 61-65 kilo arasında, %36,9'unun ise 66 kilo ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan adölesanların %81,5'inin kardeşi olduğu, %18,5'inin tek çocuk olduğu belirlenmiştir, kardeşi olan adölesanların %22'sinin bir kardeşi, %41,3'ünün iki kardeşi, %36,7' sinin ise üç ve daha fazla kardeşi olduğu görülmektedir. Adölesanların aile tipi incelendiğinde %87'sinin çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=184)

| Özellikler | n | % |
|----------------------------|----------|----------|
| Anne yaşı | | |
| 35 yaş ve altı | 21 | 11,4 |
| 36-40 yaş arası | 73 | 39,7 |
| 41-45 yaş arası | 50 | 27,2 |
| 46 yaş ve üzeri | 40 | 21,7 |
| Anne çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 52 | 28,3 |
| Çalışmıyor | 132 | 71,7 |
| Anne öğrenim durumu | | |
| İlkokul/ Ortaokul mezunu | 152 | 82,6 |
| Lise mezunu | 24 | 13,0 |
| Üniversite mezunu | 8 | 4,3 |
| Baba yaşı | | |
| 40 yaş ve altı | 36 | 19,6 |
| 41-45 yaş arası | 72 | 39,1 |
| 46-50 yaş arası | 44 | 23,9 |
| 51 yaş ve üzeri | 32 | 17,4 |
| Baba çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 166 | 90,2 |
| Çalışmıyor | 18 | 9,8 |
| Baba öğrenim durumu | | |
| İlkokul/ Ortaokul mezunu | 70 | 38,0 |
| Lise mezunu | 111 | 60,3 |
| Üniversite mezunu | 3 | 1,6 |

Araştırmaya katılan adölesanların ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 2’de incelenmiştir. Annelerin %11,4’ü 35 yaş ve altında, %39,7’si 36-40 yaş grubunda, %27,2’si 41-45 yaş grubunda ve %21,7’sinin de 46 yaş ve üzerinden olduğu görülmektedir. Annelerin %28,3’ünün çalıştığı, %71,7’sinin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Annelerin %82,6’sının ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %13’ünün lise mezunu ve yalnızca %4,3’ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Adölesanların babalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde %19,6'sının 40 yaş ve altında olduğu, %39,1'inin 41-45 yaş arasında, %23,9'unun 46-50 yaş arasında, %17,4'ünün de 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Babaların %38'inin ilkokul/ortaokul mezunu, %60,3'ünün lise mezunu ve yalnızca %1,6'sının ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Hipertansiyon ve Yönetimine İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=184)

| Özellikler | n | % |
|--|-----|------|
| Tedavi şekli | | |
| Yatarak tedavi | 49 | 26,6 |
| Ayaktan tedavi | 135 | 73,4 |
| Kan basıncı referans değerlerini bilme durumu | | |
| Evet | 100 | 54,3 |
| Hayır | 84 | 45,7 |
| Kan basıncı ölçümüne ilişkin eğitim alma durumu | | |
| Evet | 85 | 46,2 |
| Hayır | 99 | 53,8 |
| Kan basıncı ölçme sıklığı | | |
| 1-2 /günde | 142 | 77,2 |
| 1-2/ hafta | 35 | 19,0 |
| Hiç ölçtürmüyorum | 7 | 3,8 |
| İlaçları kullanma durumu | | |
| Düzenli kullanıyorum | 183 | 99,5 |
| Düzenli kullanıyorum | 1 | 0,5 |
| İlaçların yan etkilerini bilme durumu | | |
| Evet | 161 | 87,5 |
| Hayır | 23 | 12,5 |
| İlaçların yan etkisini yaşama durumu | | |
| Evet | 51 | 27,7 |
| Hayır | 133 | 72,3 |
| Tuz kullanma durumu | | |
| Tamamen tuzsuz yiyorum | 102 | 55,4 |
| Pişirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 57 | 31,0 |
| Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 25 | 13,6 |
| Ailede hipertansiyon öyküsü olma | | |
| Evet | 111 | 60,3 |
| Hayır | 56 | 30,4 |
| Bilmiyorum | 17 | 9,2 |

Araştırmaya katılan adölesanların hipertansiyon yönetimine ilişkin tanıtıcı özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların %26,6'sı yatarak tedavi olurken %73,4'ünün ayakta tedavi ile izlendiği belirlenmiştir.

Adölesanların %60,3'ü ailede hipertansiyon öyküsü olduğunu, %30,4'ünün ailede hipertansiyon öyküsü olmadığını ve %9,2'sinin ise ailede hipertansiyonu öyküsü olan yakınının olup olmadığını bilmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Adölesanların %54,3'ünün kan basıncı referans değerlerini bildiği, %45,7'sinin ise normal referans değerlerini bilmediği belirlenmiştir. Bununla birlikte %46,2'sinin kan basıncı ölçümüne ilişkin eğitim almış olduğu, %53,8'inin ise eğitim almadığı saptanmıştır. Adölesanların %77,2'sinin günde iki kez kan basıncı ölçtüğü/ölçtürdüğü, %19'unun haftada ortalama iki kez tansiyon ölçtüğü/ölçtürdüğü, %3,82'nin ise ölçtürmediği belirlenmiştir (Tablo 3).

Adölesanların %87,5'inin ilaçların yan etkilerine ilişkin bilgisinin olduğu, %12,5'inin ise yan etkiler hakkında bilgisinin olmadığı görülmektedir. Yine adölesanların %18,5'inin ilaçların yan etkilerini yaşadığı, %9,2'sinin bazen, %72,3'ünün ise ilaçların yan etkilerini yaşamadıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan adölesanların yarısından fazlası (%55,4) tamamen tuzsuz beslendiklerini, %31'inin yemeklere pişirme sırasında az miktarda tuz eklediklerini, %13,6'sı ise yemeklere tuz ilave ettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları (n=184)

| | \bar{x} | Ss | Min. | Maks. |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|--------|
| Toplam SYBDÖ | 128,51 | 26,30 | 91,00 | 167,00 |
| Sağlık sorumluluğu | 18,22 | 5,62 | 10,00 | 29,00 |
| Fiziksel aktivite | 15,91 | 4,80 | 8,00 | 23,00 |
| Beslenme | 23,10 | 4,12 | 16,00 | 31,00 |
| Manevi gelişim | 25,15 | 4,97 | 18,00 | 34,00 |
| Kişilerarası ilişkiler | 24,30 | 5,06 | 16,00 | 34,00 |
| Stres yönetimi | 19,40 | 4,31 | 13,00 | 30,00 |

Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine (SYBDÖ) ait alt boyut puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir. Adölesanların SBYDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 18,22±5,62, fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması 15,913±4,796, beslenme alt boyutu puan ortalaması 23,10±4,12, manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 25,15±4,97, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 24,30±5,06 ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 19,40±4,31 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan adölesanların toplam SYBDÖ puan ortalamasının ise 128,51±26,30 (min:91-max:167) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|----------|-----------|-------|--------|--------|
| SYBDÖ | Kadın | 133,03 | 29,37 | 2,542 | 0,012* |
| | Erkek | 123,46 | 21,45 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Kadın | 18,81 | 6,53 | 1,546 | 0,124 |
| | Erkek | 17,56 | 4,33 | | |
| Fiziksel aktivite | Kadın | 15,92 | 5,66 | 0,014 | 0,989 |
| | Erkek | 15,91 | 3,62 | | |
| Beslenme | Kadın | 24,08 | 4,66 | 3,605 | 0,000* |
| | Erkek | 22,00 | 3,09 | | |
| Manevi gelişim | Kadın | 26,14 | 5,05 | 2,935 | 0,004* |
| | Erkek | 24,04 | 4,66 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Kadın | 26,35 | 4,95 | 6,471 | 0,000* |
| | Erkek | 22,01 | 4,14 | | |
| Stres yönetimi | Kadın | 19,12 | 3,65 | -0,891 | 0,374 |
| | Erkek | 19,70 | 4,95 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Araştırmaya katılan adölesanların cinsiyetlerine göre SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadın adölesanların SYBDÖ toplam puanı 133,03±29,37 iken erkeklerin SYBDÖ toplam

puanları $123,46 \pm 21,45$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,542$; $p<0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $18,81 \pm 6,53$ iken erkeklerin SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanları $17,56 \pm 4,33$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1,546$; $p>0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,92 \pm 5,66$ iken erkeklerin SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanları $15,91 \pm 3,62$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,14$; $p>0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $24,08 \pm 4,66$ iken erkeklerin SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanları $22,000 \pm 3,088$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,605$; $p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan adölesanların manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ toplam puanı $26,14 \pm 5,06$ iken erkeklerin SYBDÖ toplam puanları $24,04 \pm 4,66$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,935$; $p<0,05$) (Tablo 5).

Adölesanların kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ toplam puanı \pm iken erkeklerin SYBDÖ toplam puanları $22,01 \pm 4,14$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=6,471$; $p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında; kadınların SYBDÖ toplam puanı $19,12 \pm 3,65$ iken erkeklerin SYBDÖ toplam puanları $19,70 \pm 4,95$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,891$; $p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Yaş grubu | \bar{x} | Ss | KW | p | Fark |
|-------------------------------|------------------------|-----------|-------|-------|--------|------|
| SYBDÖ | 12-14 yaş ¹ | 108,30 | 20,89 | 51,39 | 0,000* | 3>2 |
| | 15-16 yaş ² | 128,88 | 23,75 | | | 3>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 141,43 | 24,21 | | | 2>1 |
| Sağlık sorumluluğu | 12-14 yaş ¹ | 16,58 | 5,04 | 35,35 | 0,000* | 3>2 |
| | 15-16 yaş ² | 20,49 | 4,86 | | | 3>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 23,54 | 6,58 | | | 2>1 |
| Fiziksel aktivite | 12-14 yaş ¹ | 12,14 | 3,11 | 38,56 | 0,000* | 3>1 |
| | 15-16 yaş ² | 16,57 | 4,13 | | | 2>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 17,65 | 5,13 | | | |
| Beslenme | 12-14 yaş ¹ | 19,81 | 2,05 | 40,90 | 0,000* | 3>2 |
| | 15-16 yaş ² | 23,21 | 4,00 | | | 3>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 25,14 | 3,94 | | | 2>1 |
| Manevi gelişim | 12-14 yaş ¹ | 22,28 | 4,24 | 27,62 | 0,000* | 3>2 |
| | 15-16 yaş ² | 24,92 | 5,17 | | | 3>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 27,31 | 4,13 | | | 2>1 |
| Kişilerarası ilişkiler | 12-14 yaş ¹ | 19,35 | 3,66 | 73,14 | 0,000* | 3>2 |
| | 15-16 yaş ² | 24,39 | 4,58 | | | 3>1 |
| | 17-18 yaş ³ | 27,46 | 3,65 | | | 2>1 |
| Stres yönetimi | 12-14 yaş ¹ | 18,14 | 4,06 | 4,48 | 0,107 | |
| | 15-16 yaş ² | 19,30 | 5,03 | | | |
| | 17-18 yaş ³ | 20,34 | 3,28 | | | |

*KW=Kruskal Wallis (ikiden fazla gruplarda nonparametrik karşılaştırma testi)*p<0,05*

Yaş gruplarına göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ toplam puanı 108,30±20,89, 15-16 yaş grubunda olanların SYBDÖ toplam puanı 128,88±23,75 iken 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ toplam puanı 141,43±24,21 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW=51,39; p<0,05).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($141,43 \pm 24,21$), 12-14 yaş grubu ($108,30 \pm 20,89$) ve 15-16 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($128,88 \pm 23,75$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $16,58 \pm 5,04$, 15-16 yaş grubundaki adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanları $20,49 \pm 4,86$ ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanlarının ise $23,54 \pm 6,58$ olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=35,35$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($23,54 \pm 6,58$), 15-16 yaş grubu ($20,49 \pm 4,86$) ve 12-14 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($16,58 \pm 5,04$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $12,14 \pm 3,11$ olarak bulunurken, 15-16 yaş grubunda olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanları $16,57 \pm 4,13$ ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanları $17,65 \pm 5,13$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=38,56$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($17,65 \pm 5,13$), 15-16 yaş grubu ($16,57 \pm 4,13$) ve 12-14 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($12,14 \pm 3,11$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubunda olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanları $19,81 \pm 2,05$ olarak bulunurken 15-16 yaş grubu adölesanların beslenme alt boyutu toplam puanları $23,21 \pm 4,00$ ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanları ise $25,14 \pm 3,94$ olarak

saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=1,546$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($25,14\pm3,94$), 15-16 yaş grubu ($23,21\pm4,00$) ve 12-14 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($19,81\pm2,05$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $22,28\pm4,24$ olarak saptanmış, 15-16 yaş grubu adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanları $24,92\pm5,17$ ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanları ise $27,31\pm4,13$ olarak görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($KW=27,62$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($27,31\pm4,13$), 15-16 yaş grubu ($24,92\pm5,17$) ve 12-14 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($22,28\pm4,24$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $19,35\pm3,66$ olarak bulunmuş, 15-16 yaş grubu adölesanların SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puanları $24,39\pm4,58$ ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puanları ise $27,46\pm3,65$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=73,14$; $p<0,05$) (Tablo 6).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; yaş grubu 17-18 yaş grubunda olan adölesanların tutarlılık puanları ($27,46\pm3,65$), 15-16 yaş grubu ($24,39\pm4,58$) ve 12-14 yaş grubu adölesanların tutarlılık puanlarından ($19,35\pm3,66$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması ile yaş grupları karşılaştırıldığında; 12-14 yaş grubu adölesanların SYBDÖ

stres yönetimi alt boyutu toplam puanı 18,14±4,06 olarak bulunmuş, 15-16 yaş grubu adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanları 19,30±5,03 ve 17-18 yaş grubu adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanları ise 20,34±3,28 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (KW=4,48; p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | BKİ | \bar{x} | Ss | F | P |
|------------------------|----------------|-----------|-------|------|-------|
| SYBDÖ | <18.5- | 138,25 | 30,89 | 0,38 | 0,767 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 127,36 | 26,78 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 129,77 | 25,60 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 124,85 | 28,39 | | |
| Sağlık Sorumluluğu | <18.5 | 21,50 | 4,04 | 0,53 | 0,660 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 20,38 | 6,18 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 21,13 | 6,08 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 19,08 | 6,76 | | |
| Fiziksel Aktivite | <18.5 | 18,50 | 2,89 | 0,83 | 0,478 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 16,10 | 4,91 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 15,83 | 4,64 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 14,46 | 5,53 | | |
| Beslenme | <18.5 | 26,00 | 3,46 | 0,80 | 0,496 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 22,94 | 4,38 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 23,20 | 3,85 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 22,54 | 4,33 | | |
| Manevi Gelişim | <18.5 | 26,75 | 8,38 | 0,60 | 0,618 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 24,65 | 4,86 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 25,55 | 4,89 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 25,23 | 5,28 | | |
| Kişilerarası İlişkiler | <18.5 | 27,50 | 7,51 | 0,93 | 0,425 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 23,89 | 5,07 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 24,66 | 4,94 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 23,62 | 5,17 | | |
| Stres Yönetimi | <18.5 | 18,00 | 4,61 | 0,20 | 0,895 |
| | ≥18.5 - <24.9 | 19,39 | 4,25 | | |
| | ≥25.0 - <29.9 | 19,39 | 4,09 | | |
| | ≥30.0 - < 39.9 | 19,92 | 6,17 | | |

F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05

Beden kitle indekslerine (BKİ) göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; BKİ <18.5 olanların SYBDÖ toplam puanı 138,25±30,89 olarak bulunurken , BKİ ≥18.5-<24.9 olanların SYBDÖ toplam puanı 127,36±26,78, BKİ ≥25.0-<29.9 olanların SYBDÖ toplam puanı 129,77±25,60 ve BKİ ≥30.0-<39.9

olanların SYBDÖ toplam puanı ise $124,85 \pm 2839$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,38$; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; $BKİ < 18.5$ olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,50 \pm 4,04$, $BKİ \geq 18.5 - < 24.9$ olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,38 \pm 6,18$ olarak bulunmuştur, $BKİ \geq 25.0 - < 29.9$ olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,13 \pm 6,08$ iken $BKİ \geq 30.0 - < 39.9$ olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $19,08 \pm 6,76$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,53$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalaması ile BKİ karşılaştırıldığında; $BKİ < 18.5$ olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $18,50 \pm 2,89$, $BKİ \geq 18.5 - < 24.9$ olanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanının $16,10 \pm 4,91$ olduğu görülmüştür. $BKİ \geq 25.0 - < 29.9$ olanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,83 \pm 4,64$ iken $BKİ \geq 30.0 - < 39.9$ aralığında olanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $14,46 \pm 5,53$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,83$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesanların beslenme alt boyutu toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; $BKİ < 18.5$ olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $26,00 \pm 3,46$ olduğu görülürken $BKİ \geq 18.5 - < 24.9$ olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,94 \pm 4,38$ olarak saptanmış, $BKİ \geq 25.0 - < 29.9$ olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,20 \pm 3,85$ ve $BKİ \geq 30.0 - < 39.9$ olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $22,54 \pm 4,33$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,80$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan adölesanların manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; $BKİ < 18.5$ olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $26,75 \pm 8,38$ olarak bulunurken $BKİ \geq 18.5 - < 24.9$ olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,65 \pm 4,86$ olarak saptanmıştır, $BKİ \geq 25.0 - < 29.9$ olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,55 \pm 4,89$ ve $BKİ \geq 30.0 - < 39.9$ olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu

toplam puanı $25,23 \pm 5,28$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,60$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; BKİ <18.5 olanların SYBDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $27,50 \pm 7,51$ olarak görülmüştür, BKİ ≥ 18.5 - <24.9 olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,89 \pm 5,07$, BKİ ≥ 25.0 - <29.9 olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,66 \pm 4,94$ ve BKİ ≥ 30.0 - <39.9 olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $23,62 \pm 5,17$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,93$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması ile beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında; BKİ <18.5 olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,00 \pm 4,61$ olarak görülürken, BKİ ≥ 18.5 - <24.9 olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,39 \pm 4,25$, BKİ ≥ 25.0 - <29.9 olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,39 \pm 4,09$ ve BKİ ≥ 30.0 - <39.9 olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,92 \pm 6,17$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,20$; $p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kilolarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | KW | P | Fark |
|------------------------|-------------------------------|-----------|--------|--------|--------|-------------------|
| SYBDÖ | 50 kilo ve altı ¹ | 110,00 | 22,65 | 16,662 | 0,002* | 4>1 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 119,40 | 31,82 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 130,38 | 29,09 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 130,54 | 23,65 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 134,41 | 223,95 | | | |
| Sağlık sorumluluğu | 50 kilo ve altı ¹ | 16,55 | 4,14 | 17,446 | 0,002* | 3>1 4>1 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 18,00 | 6,59 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 21,96 | 6,73 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 21,33 | 5,76 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 21,67 | 5,94 | | | |
| Fiziksel aktivite | 50 kilo ve altı ¹ | 13,25 | 3,99 | 11,643 | 0,020* | 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 14,00 | 5,34 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 16,63 | 5,02 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 16,02 | 4,51 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 16,93 | 4,65 | | | |
| Beslenme | 50 kilo ve altı | 21,05 | 3,38 | 7,962 | 0,093 | |
| | 51-55 kilo | 22,15 | 4,76 | | | |
| | 56-60 kilo | 23,33 | 4,82 | | | |
| | 61-65 kilo | 23,29 | 3,73 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri | 23,75 | 4,02 | | | |
| Manevi gelişim | 50 kilo ve altı ¹ | 21,70 | 4,62 | 17,818 | 0,001* | 4>1 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 24,05 | 6,17 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 25,04 | 5,17 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 25,56 | 4,54 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 26,21 | 4,52 | | | |
| Kişilerarası ilişkiler | 50 kilo ve altı ¹ | 20,55 | 5,46 | 20,032 | 0,000* | 4>1 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 23,30 | 6,93 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 24,00 | 5,09 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 24,59 | 4,16 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 25,57 | 4,42 | | | |
| Stres yönetimi | 50 kilo ve altı ¹ | 16,90 | 2,85 | 10,620 | 0,031* | 4>1 5>1 |
| | 51-55 kilo ² | 17,90 | 3,49 | | | |
| | 56-60 kilo ³ | 19,42 | 4,21 | | | |
| | 61-65 kilo ⁴ | 19,75 | 4,26 | | | |
| | 66 kilo ve üzeri ⁵ | 20,29 | 4,66 | | | |

*KW=Kruskal Wallis (ikiden fazla gruplarda nonparametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Adölesanların kilolarına göre SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8'de verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ toplam puanı sadece 110,00±22,65 olarak görülürken , 51-55 kilo aralığında olanların SYBDÖ toplam puanı 119,40±31,82, 56-60 kilo aralığında olanların SYBDÖ toplam puanı 130,38±29,09, 61-65 kilo aralığında olanların SYBDÖ

toplam puanı $130,54 \pm 23,65$ olarak bulunmuş, 66 kilo ve üzerinde olanların SYBDÖ toplam puanı ise $134,41 \pm 223,95$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=16,662$; $p<0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanları ile ($134,41 \pm 223,95$), 61-65 kilo aralığında olanların tutarlılıkları ($130,54 \pm 23,65$) 50 kilo ve altı kilolarda olanların tutarlılık puanlarından ($110,00 \pm 22,65$) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $16,55 \pm 4,14$ olarak bulunurken 51-55 kilo aralığında olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $18,00 \pm 6,59$, 56-60 kilo aralığında olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,96 \pm 6,73$, 61-65 kilo aralığında olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,33 \pm 5,76$ ve 66 kilo ve üzerinde olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $21,67 \pm 5,94$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=17,446$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanları ($21,67 \pm 5,94$), 61-65 kilo aralığında olanların tutarlılık puanları ($21,33 \pm 5,76$) ve 56-60 kilo aralığında olanların tutarlılık puanları ($21,96 \pm 6,73$), 50 kilo ve altı kilolarda olanların tutarlılık puanlarından ($16,55 \pm 4,14$) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların, fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $13,25 \pm 3,99$ olarak saptanmış, 51-55 kilo aralığında olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $14,00 \pm 5,34$, 56-60 kilo aralığında olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,63 \pm 5,02$, 61-65 kilo aralığında olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,02 \pm 4,51$ ve 66 kilo ve üzeri olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $16,93 \pm 4,65$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=11,643$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanlarının ($16,93\pm 4,65$), 50 kilo ve altı kilolarda olanların tutarlılık puanlarından ($13,25\pm 3,99$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların, beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $21,05\pm 3,38$ olarak bulunmuş, 51-55 kilo aralığında olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,15\pm 4,76$, 56-60 kilo aralığında olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,33\pm 4,82$, 61-65 kilo aralığındakilerin SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,29\pm 3,73$ iken 66 kilo ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,75\pm 4,02$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($KW=7,962$; $p>0,05$) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların, manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $21,70\pm 4,62$ olarak görülmüş, 51-55 kilo aralığında olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,05\pm 6,17$, 56-60 kilo aralığında olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,04\pm 5,17$, 61-65 kilo aralığında olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,56\pm 4,54$ bulunmuştur. 66 kilo ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanının ise $26,21\pm 4,52$ olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=17,818$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanları ($26,21\pm 4,52$) ile 61-65 kilo aralığında olanların tutarlılık puanları ($25,56\pm 4,54$) 50 kilo ve altında olanların tutarlılık puanlarından ($16,55\pm 4,14$) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların, kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altı olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $20,55\pm 5,46$ olarak bulunurken, 51-55 kilo aralığında olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,30\pm 6,93$, 56-60 kilo aralığında olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,00\pm 5,09$, 61-65 kilo aralığında olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu

toplam puanı $24,59 \pm 4,16$ ve 66 kilo ve üzerinde olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $25,57 \pm 4,42$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=20,032$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanları ($25,57 \pm 4,42$) ile 61-65 kilo aralığında olanların tutarlılık puanları ($24,59 \pm 4,16$), 50 kilo ve altında olanların tutarlılık puanlarından ($20,55 \pm 5,46$) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırmaya katılanların, stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları kilolarına göre karşılaştırıldığında; 50 kilo ve altında olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $16,90 \pm 2,85$ olarak bulunmuş, 51-55 kilo aralığında olan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $17,90 \pm 3,49$, ağırlıkları 56-60 kilo aralığında olan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,42 \pm 4,21$, 61-65 kilo aralığındakilerin stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,75 \pm 4,26$ olarak saptanmıştır. 66 kilo ve üzeri olanların stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $20,29 \pm 4,66$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=10,620$; $p<0,05$) (Tablo 8).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 66 kilo ve üzeri olanların tutarlılık puanları ($20,29 \pm 4,66$) ile 61-65 kilo aralığında olanların tutarlılık puanları ($19,75 \pm 4,26$), 50 kilo ve altında olanların tutarlılık puanlarından ($16,90 \pm 2,85$) yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kardeş Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|----------|-----------|-------|--------|--------|
| SYBDÖ | Var | 128,71 | 27,36 | -0,254 | 0,800 |
| | Yok | 127,62 | 21,30 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Var | 18,21 | 5,78 | 0,053 | 0,958 |
| | Yok | 18,26 | 4,93 | | |
| Fiziksel aktivite | Var | 15,80 | 5,02 | 0,812 | 0,420 |
| | Yok | 16,41 | 3,69 | | |
| Beslenme | Var | 23,25 | 4,22 | -1,129 | 0,264 |
| | Yok | 22,44 | 3,64 | | |
| Manevi gelişim | Var | 25,15 | 5,06 | -0,038 | 0,970 |
| | Yok | 25,12 | 4,62 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Var | 24,64 | 5,25 | -2,351 | 0,022* |
| | Yok | 22,79 | 3,84 | | |
| Stres yönetimi | Var | 19,18 | 4,02 | 1,192 | 0,240 |
| | Yok | 20,35 | 5,41 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Kardeş olma durumuna göre adölesanların SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları kardeş olma durumuna göre karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ toplam puanı 128,71± 27,36 iken kardeşi olmayanların SYBDÖ toplam puanı 127,62±21,30 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t=-0,254; p>0,05).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı 18,21± 5,78 iken kardeşi olmayanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı 18,26±4,93 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (t=0,053; p>0,05) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ

fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,80\pm 5,02$ olarak görülmüş, kardeşi olmayanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $16,41\pm 3,64$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,812$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,25\pm 4,22$ olarak bulunmuş, kardeşi olmayanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $22,44\pm 3,64$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($t=-1,129$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılanların manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,15\pm 5,06$ olarak bulunmuş, kardeşi olmayanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $25,12\pm 4,62$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-0,038$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,64\pm 5,25$ olarak bulunmuş, kardeşi olmayanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $22,79\pm 3,84$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2,351$; $p<0,05$) (Tablo 9).

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları kardeş olma durumları ile karşılaştırıldığında; kardeşi olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,18\pm 4,02$ olarak bulunmuş, kardeşi olmayanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $20,35\pm 5,41$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=1,192$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kardeş Sayısına Göre Karşılaştırılması (n=150)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | F | P |
|------------------------|-------------------|-----------|-------|-------|-------|
| SYBDÖ | 1 kardeş | 124,21 | 27,01 | 0,646 | 0,526 |
| | 2 kardeş | 129,03 | 27,46 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 131,04 | 27,63 | | |
| Sağlık sorumluluğu | 1 kardeş | 20,03 | 6,27 | 0,226 | 0,798 |
| | 2 kardeş | 20,89 | 6,28 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 20,85 | 6,50 | | |
| Fiziksel aktivite | 1 kardeş | 15,15 | 5,11 | 0,375 | 0,688 |
| | 2 kardeş | 16,08 | 4,82 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 15,87 | 5,24 | | |
| Beslenme | 1 kardeş | 21,79 | 3,84 | 2,587 | 0,079 |
| | 2 kardeş | 23,68 | 4,23 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 23,63 | 4,29 | | |
| Manevi gelişim | 1 kardeş | 24,64 | 4,92 | 0,691 | 0,503 |
| | 2 kardeş | 24,87 | 4,95 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 25,78 | 5,28 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | 1 kardeş | 23,52 | 5,12 | 2,472 | 0,088 |
| | 2 kardeş | 24,18 | 5,46 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 25,83 | 4,94 | | |
| Stres yönetimi | 1 kardeş | 19,09 | 4,69 | 0,082 | 0,921 |
| | 2 kardeş | 19,34 | 3,69 | | |
| | 3 kardeş ve üzeri | 19,05 | 3,99 | | |

*F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Kardeş sayılarına göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ toplam puanı 124,21±27,01 olarak bulunurken, iki kardeşi olanların SYBDÖ toplam puanı 129,03±27,46 ve üç kardeş ve üzeri olanların SYBDÖ toplam puanına bakıldığında ise 131,04±27,63 olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (F=0,646; p>0,05).

Araştırmaya katılan adölesanların sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,03\pm 6,27$, iki kardeşi olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,89\pm 6,28$ bulunmuş, üç kardeş ve üzeri olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanına bakıldığında ise $20,85\pm 6,50$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,375$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan adölesanların fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,15\pm 5,11$, iki kardeşi olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,08\pm 4,82$ bulunmuş, üç kardeş ve üzeri olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $15,87\pm 5,24$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,375$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $21,79\pm 3,84$ olarak bulunmuş, iki kardeşi olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,68\pm 4,23$, kardeş sayısı üç ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $23,63\pm 4,29$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=2,587$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan adölesanların manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,64\pm 4,92$ olarak görülmüş, iki kardeşi olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,87\pm 4,95$, kardeş sayısı üç ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $25,78\pm 5,28$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,691$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,52\pm 5,12$ olarak görülmüş, iki kardeşi

olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,18 \pm 5,46$, kardeş sayısı üç ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $25,83 \pm 4,94$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=2,472$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması ile kardeş sayıları karşılaştırıldığında; bir kardeşi olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,09 \pm 4,69$ olarak görülmüş, iki kardeşi olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,34 \pm 3,69$, kardeş sayısı üç ve üzeri olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,05 \pm 3,99$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,082$; $p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Aile Tipine Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|---------------|-----------|-------|-------|--------|
| SYBDÖ | Çekirdek Aile | 129,61 | 26,54 | 2,524 | 0,020* |
| | Geniş Aile | 115,32 | 22,92 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Çekirdek Aile | 18,62 | 5,65 | 2,827 | 0,005* |
| | Geniş Aile | 14,79 | 4,97 | | |
| Fiziksel aktivite | Çekirdek Aile | 16,27 | 4,70 | 3,418 | 0,001* |
| | Geniş Aile | 12,37 | 4,72 | | |
| Beslenme | Çekirdek Aile | 23,36 | 4,17 | 3,281 | 0,003* |
| | Geniş Aile | 20,79 | 3,10 | | |
| Manevi gelişim | Çekirdek Aile | 25,18 | 4,96 | 1,469 | 0,144 |
| | Geniş Aile | 23,42 | 4,51 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Çekirdek Aile | 24,36 | 5,24 | 0,204 | 0,838 |
| | Geniş Aile | 24,11 | 3,02 | | |
| Stres yönetimi | Çekirdek Aile | 19,35 | 3,97 | 1,216 | 0,238 |
| | Geniş Aile | 17,79 | 5,42 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Aile tipine göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ toplam puanı $129,61 \pm 26,54$ iken geniş aile olanların SYBDÖ toplam puanı $115,32 \pm 22,92$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,524$; $p < 0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $18,62 \pm 5,65$ iken geniş aile olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $14,79 \pm 4,97$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,827$; $p < 0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ

fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,27\pm 4,70$ iken geniş aile olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $12,37\pm 4,72$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,418$; $p<0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,36\pm 4,17$ iken geniş aile olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,79\pm 3,10$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,281$; $p<0,05$) (Tablo 11).

Adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,18\pm 4,96$ geniş aile olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $23,42\pm 4,51$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=1,469$; $p>0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,36\pm 5,24$ iken aile tipi geniş aile olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,11\pm 3,02$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,204$; $p>0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları aile tipine göre karşılaştırıldığında; çekirdek aile olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,35\pm 3,97$ iken geniş aile olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $17,79\pm 5,42$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=1,216$; $p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Anne Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | F | p | Fark |
|------------------------|------------------------------|-----------|-------|-------|--------|--------------------------|
| SYBDÖ | 35 yaş ve altı ¹ | 121,29 | 23,46 | 4,158 | 0,003* | 4>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 121,90 | 23,65 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 131,58 | 27,35 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 139,13 | 26,81 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 145,22 | 28,13 | | | |
| Sağlık sorumluluğu | 35 yaş ve altı ¹ | 20,00 | 5,74 | 3,377 | 0,011* | 5>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 19,00 | 5,49 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 21,68 | 6,75 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 22,12 | 5,57 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 24,77 | 6,98 | | | |
| Fiziksel aktivite | 35 yaş ve altı ¹ | 14,80 | 4,43 | 3,161 | 0,015* | 4>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 14,80 | 4,41 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 16,50 | 5,20 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 17,54 | 4,47 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 18,55 | 5,15 | | | |
| Beslenme | 35 yaş ve altı ¹ | 21,19 | 3,40 | 6,19 | 0,000* | 5>2 4>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 22,08 | 3,51 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 23,54 | 4,40 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 25,23 | 4,11 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 26,00 | 4,39 | | | |
| Manevi gelişim | 35 yaş ve altı ¹ | 23,90 | 4,78 | 3,677 | 0,007* | 4>1 4>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 24,08 | 4,34 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 25,32 | 4,93 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 27,54 | 5,72 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 27,44 | 4,80 | | | |
| Kişilerarası ilişkiler | 35 yaş ve altı ¹ | 22,14 | 3,61 | 6,40 | 0,000* | 5>1 4>1 5>2 4>2 |
| | 36-40 yaş arası ² | 22,89 | 4,45 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 25,08 | 4,85 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 26,68 | 5,93 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 28,22 | 5,17 | | | |
| Stres yönetimi | 35 yaş ve altı ¹ | 19,24 | 5,49 | 0,36 | 0,835 | |
| | 36-40 yaş arası ² | 19,04 | 4,57 | | | |
| | 41-45 yaş arası ³ | 19,46 | 4,00 | | | |
| | 46-50 yaş arası ⁴ | 21,19 | 3,40 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁵ | 22,08 | 3,51 | | | |

F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05

Anne yaşına göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. SYBDÖ toplam puanı ortalamaları anne yaşına göre karşılaştırıldığında; 35 yaş ve altı olanların SYBDÖ toplam puanı 121,29±23,46, 36-40 yaş arası olanların SYBDÖ toplam puanı 121,90±23,65, 41-45 yaş arası olanların

SYBDÖ toplam puanı $131,58 \pm 27,35$, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ toplam puanı $139,13 \pm 26,81$ ve 51 yaş ve üzeri olanların SYBDÖ toplam puanı ise $145,22 \pm 28,13$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=4,158$; $p<0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; anne yaşı 46-50 arasında olanların tutarlılık puanlarının ($139,13 \pm 26,81$) 36-40 yaş arası olanların tutarlılık puanlarından ($121,90 \pm 23,65$) yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamaları anne yaşına göre karşılaştırıldığında; anneleri 35 yaş ve altı olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,00 \pm 5,74$, anne yaşları 36-40 arası olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $19,00 \pm 5,49$, 41-45 yaş arası olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,68 \pm 6,75$ olarak bulunmuş, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $22,12 \pm 5,57$ ve 51 yaş ve üzeri olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $24,77 \pm 6,98$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,377$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; anne yaşı 51 ve üzeri olanların tutarlılık puanlarının ($139,13 \pm 26,81$) 36-40 yaş arası olanların tutarlılık puanlarından ($121,90 \pm 23,65$) yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; anne yaşı 35 ve altı olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $14,80 \pm 4,43$, anne yaşı 36-40 arası olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $14,80 \pm 4,41$, yaş aralığı 41-45 arası olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,50 \pm 5,20$ olarak görülmüş, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $17,54 \pm 4,47$ ve 51 yaş ve üzeri olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $18,55 \pm 5,15$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,161$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın kaynağına bakıldığında; anne yaşı 46-50 arası olanların tutarlılık puanlarının ($17,54 \pm 4,47$) 36-40 yaş arası olanların tutarlılık puanlarından ($14,80 \pm 4,41$) yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; anne yaşı 35 ve altı olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $21,19 \pm 3,40$, anne yaşı 36-40 arası olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,08 \pm 3,51$, anne yaş aralığı 41-45 arası olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,54 \pm 4,40$ olarak görülmüş, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $25,23 \pm 4,11$ ve anne yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $26,00 \pm 4,39$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=6,19$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 46-50 yaş arası olanların ($25,23 \pm 4,11$) ve anne yaşı 51 yaş ve üzeri olanların tutarlılık puanları ($26,00 \pm 4,39$), 36-40 yaş arası olanların tutarlılık puanlarından ($22,08 \pm 3,51$) yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; anne yaşı 35 ve altı olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $23,90 \pm 4,78$, 36-40 yaş arası olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,08 \pm 4,34$ olarak bulunmuş, anne yaş aralığı 41-45 arası olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,32 \pm 4,93$ olarak görülmüş, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $27,54 \pm 5,72$ ve anne yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $27,44 \pm 4,80$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,677$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 46-50 yaş arası olanların tutarlılık puanları ($27,54 \pm 5,72$), anne yaş grup aralığı 36-40 arası olanların ($24,08 \pm 4,34$) ve 35 yaşın altında olanların ($23,90 \pm 4,78$) tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; 35 yaş ve altı olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $22,14 \pm 3,61$, 36-40 yaş arası olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $22,89 \pm 4,45$ olarak bulunmuş, anne yaş aralığı 41-45 olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $25,08 \pm 4,85$ olarak

görölmüş, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $26,68\pm 5,93$ ve anne yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $28,22\pm 5,17$ olarak görölmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=6,40$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; 46-50 yaş arası ($26,68\pm 5,93$) ve 51 yaş üzeri olanların ($28,22\pm 5,17$) tutarlılık puanları, anne yaş grup aralığı 36-40 arası olan ($22,89\pm 4,45$) ve 35 yaşın altında olanların ($22,14\pm 3,61$) tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; 35 yaş ve altı olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,24\pm 5,49$, anne yaşı 36-40 arası olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,04\pm 4,57$ olarak bulunmuş, anne yaş aralığı 41-45 arası olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,46\pm 4,00$, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $21,19\pm 3,40$ ve anne yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $22,08\pm 3,51$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,36$; $p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Annelerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Anne Çalışma Durumu | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|----------------------------|-----------|-------|--------|-------|
| SYBDÖ | Çalışıyor | 131,13 | 25,98 | -0,850 | 0,390 |
| | Çalışmıyor | 127,47 | 26,45 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Çalışıyor | 21,76 | 6,56 | 1,559 | 0,121 |
| | Çalışmıyor | 20,21 | 5,91 | | |
| Fiziksel aktivite | Çalışıyor | 16,69 | 4,79 | 1,387 | 0,167 |
| | Çalışmıyor | 15,60 | 4,78 | | |
| Beslenme | Çalışıyor | 20,59 | 3,69 | 0,447 | 0,655 |
| | Çalışmıyor | 20,32 | 3,69 | | |
| Manevi gelişim | Çalışıyor | 25,21 | 4,59 | 0,111 | 0,912 |
| | Çalışmıyor | 25,12 | 5,12 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Çalışıyor | 24,46 | 4,25 | 0,273 | 0,785 |
| | Çalışmıyor | 24,23 | 5,36 | | |
| Stres yönetimi | Çalışıyor | 19,61 | 4,51 | 0,431 | 0,667 |
| | Çalışmıyor | 19,31 | 4,24 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Annelerinin çalışma durumuna göre araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. SYBDÖ toplam puanı ortalamaları anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ toplam puanı $131,13 \pm 25,98$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ise $127,47 \pm 26,45$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t = -0,850$; $p > 0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamaları anne çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,76 \pm 6,56$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $20,21 \pm 5,91$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t = 1,559$; $p > 0,05$) (Tablo 13).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,69 \pm 4,79$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $15,60 \pm 4,78$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=1,387$; $p>0,05$) (Tablo 13).

SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,59 \pm 3,69$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $20,32 \pm 3,69$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,447$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,21 \pm 4,59$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $25,12 \pm 5,12$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,111$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,46 \pm 4,25$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $24,23 \pm 5,36$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür ($t=0,273$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annesi çalışan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,61 \pm 4,51$, annesi çalışmayan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,31 \pm 4,24$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,431$; $p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Annelerinin Öğrenim Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | F | P |
|------------------------|------------------|-----------|-------|-------|-------|
| SYBDÖ | İlkokul/Ortaokul | 128,57 | 26,55 | 0,882 | 0,420 |
| | Lise | 131,75 | 26,46 | | |
| | Üniversite | 117,50 | 20,11 | | |
| Sağlık sorumluluğu | İlkokul/Ortaokul | 20,51 | 5,92 | 1,355 | 0,261 |
| | Lise | 22,25 | 7,33 | | |
| | Üniversite | 18,50 | 5,60 | | |
| Fiziksel aktivite | İlkokul/Ortaokul | 15,87 | 4,76 | 1,922 | 0,149 |
| | Lise | 17,04 | 5,01 | | |
| | Üniversite | 13,25 | 4,02 | | |
| Beslenme | İlkokul/Ortaokul | 20,42 | 3,67 | 1,655 | 0,194 |
| | Lise | 20,95 | 3,90 | | |
| | Üniversite | 18,25 | 2,60 | | |
| Manevi gelişim | İlkokul/Ortaokul | 25,30 | 5,14 | 0,521 | 0,595 |
| | Lise | 24,62 | 4,01 | | |
| | Üniversite | 23,75 | 4,06 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | İlkokul/Ortaokul | 24,30 | 5,32 | 0,485 | 0,616 |
| | Lise | 24,79 | 3,95 | | |
| | Üniversite | 22,75 | 2,12 | | |
| Stres yönetimi | İlkokul/Ortaokul | 19,45 | 4,21 | 0,116 | 0,891 |
| | Lise | 19,25 | 4,42 | | |
| | Üniversite | 18,75 | 6,18 | | |

*F= One-Way ANOVA (ikiden fazla grupta parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Adölesanların annelerinin eğitim durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14’te verilmiştir. Karşılaştırılma incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olanların SYBDÖ toplam puanı 128,57±26,55, lise olanların SYBDÖ toplam puanı 131,75±26,46 ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ toplam puanı 117,50±20,11 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (F=0,882; p>0,05).

SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,51\pm 5,92$, lise olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $22,25\pm 7,33$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $18,50\pm 5,60$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1,355$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,87\pm 4,76$, annelerinin eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $17,04\pm 5,01$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $13,25\pm 4,02$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=1,922$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,42\pm 3,67$, annelerinin eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,95\pm 3,90$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $18,25\pm 2,60$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=1,655$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,30\pm 5,14$, annelerinin eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,62\pm 4,01$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $23,75\pm 4,06$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0,521$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,30\pm 5,32$, annelerinin eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,79\pm 3,95$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $22,75\pm 2,12$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,485$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının anne eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; annelerinin eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,45\pm 4,21$, annelerinin eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,25\pm 4,42$ ve annelerinin eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,75\pm 6,18$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,116$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Baba Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | F | p | Fark |
|------------------------|------------------------------|-----------|-------|-------|--------|------|
| SYBDÖ | 40 yaş ve altı | 126,14 | 25,06 | 2,360 | 0,073 | |
| | 41-45 yaş arası | 123,84 | 24,56 | | | |
| | 46-50 yaş arası | 131,45 | 27,96 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri | 137,59 | 27,44 | | | |
| Sağlık sorumluluğu | 40 yaş ve altı | 20,53 | 5,98 | 1,330 | 0,266 | |
| | 41-45 yaş arası | 19,74 | 5,93 | | | |
| | 46-50 yaş arası | 21,11 | 6,63 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri | 22,21 | 6,30 | | | |
| Fiziksel aktivite | 40 yaş ve altı | 15,64 | 4,39 | 1,133 | 0,337 | |
| | 41-45 yaş arası | 15,30 | 4,69 | | | |
| | 46-50 yaş arası | 16,29 | 5,18 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri | 17,06 | 4,87 | | | |
| Beslenme | 40 yaş ve altı ¹ | 22,36 | 4,06 | 3,597 | 0,015* | 4>1 |
| | 41-45 yaş arası ² | 22,40 | 3,76 | | | 4>2 |
| | 46-50 yaş arası ³ | 23,45 | 4,22 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁴ | 25,00 | 4,32 | | | |
| Manevi gelişim | 40 yaş ve altı ¹ | 24,67 | 4,96 | 2,649 | 0,050* | 4>2 |
| | 41-45 yaş arası ² | 24,28 | 4,46 | | | |
| | 46-50 yaş arası ³ | 25,54 | 2,29 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁴ | 27,09 | 5,23 | | | |
| Kişilerarası ilişkiler | 40 yaş ve altı ¹ | 23,47 | 4,86 | 5,317 | 0,002* | 4>2 |
| | 41-45 yaş arası ² | 22,93 | 4,33 | | | 3>2 |
| | 46-50 yaş arası ³ | 25,75 | 5,21 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri ⁴ | 26,31 | 5,63 | | | |
| Stres yönetimi | 40 yaş ve altı | 19,47 | 4,67 | 0,211 | 0,889 | |
| | 41-45 yaş arası | 19,19 | 4,68 | | | |
| | 46-50 yaş arası | 19,29 | 3,93 | | | |
| | 51 yaş ve üzeri | 19,91 | 3,62 | | | |

F= One-Way ANOVA (ikiden fazla gruplarda parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05

Baba yaşına göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ

toplam puanı ortalamaları baba yaşına göre karşılaştırıldığında; 40 yaş ve altı olanların SYBDÖ toplam puanı $126,14 \pm 25,06$, 41-45 yaş arası olanların SYBDÖ toplam puanı $123,84 \pm 24,56$, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ toplam puanı $131,45 \pm 27,96$ ve baba yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ toplam puanı ise $137,59 \pm 27,44$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=2,360$; $p>0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamaları baba yaşına göre karşılaştırıldığında; babaları 40 yaş ve altı olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,53 \pm 5,98$, baba yaşları 41-45 arası olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $19,74 \pm 5,93$, 46-50 yaş arası olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,11 \pm 6,63$ olarak, 51 yaş ve üzeri olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $22,21 \pm 6,30$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1,330$; $p>0,05$) (Tablo 15).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; baba yaşı 40 ve altı olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,64 \pm 4,39$, 41-45 yaş arası olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,30 \pm 4,69$, yaş aralığı 46-50 arası olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,29 \pm 5,18$ olarak görülmüş, ve baba yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $17,06 \pm 4,87$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir ($F=1,133$; $p>0,05$) (Tablo 15).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; baba yaşı 40 ve altı olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,36 \pm 4,06$, baba yaşı 41-45 yaş arası olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,40 \pm 3,76$, baba yaş aralığı 46-50 arası olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,45 \pm 4,22$ olarak ve yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $25,00 \pm 4,32$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3,597$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; baba yaşı 51 ve üzeri olan adölesanların tutarlılık puanları ($25,00\pm 4,32$), baba yaşı 40'ın altında ($22,36\pm 4,06$) ve 41-45 yaş arası olanların ($22,40\pm 3,76$) tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamaları baba yaşına göre karşılaştırıldığında; baba yaşı 40 ve altı olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,67\pm 4,96$, baba yaşı 41-45 arası olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,28\pm 4,46$ olarak bulunmuş, baba yaş aralığı 46-50 arası olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,54\pm 2,29$ olarak saptanmış ve baba yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $27,09\pm 5,23$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=2,649$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Farklılığın kaynağına bakıldığında; baba yaşı 51 ve üzeri olan adölesanların tutarlılık puanları ($27,09\pm 5,23$), baba yaşı 41-45 arasında olanların ($24,28\pm 4,46$) tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; 40 yaş ve altı olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,47\pm 4,86$, 41-45 yaş arası olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $22,93\pm 4,33$ olarak bulunmuş, baba yaş aralığı 46-50 arası olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $25,75\pm 5,21$ olarak görülmüş, baba yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $26,31\pm 5,63$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=5,317$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; baba yaşı 51 ve üzeri olan adölesanların ($26,31\pm 5,63$) ve 46-45 yaş arası olanların ($25,75\pm 5,21$) tutarlılık puanları, baba yaşı 41-45 yaş arası olanların ($22,93\pm 4,33$) tutarlılık puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba yaşına göre karşılaştırması incelendiğinde; baba yaşı 40 ve altı olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,47\pm 4,67$, baba yaşı 41-45 arası olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,19\pm 4,68$ olarak

bulunmuş, baba yaş aralığı 46-50 olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,29 \pm 3,93$ ve baba yaşı 51 ve üzeri olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,91 \pm 3,62$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=0,211$; $p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Babalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|------------|-----------|-------|--------|-------|
| SYBDÖ | Çalışıyor | 127,39 | 26,21 | -1,764 | 0,080 |
| | Çalışmıyor | 138,83 | 25,58 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Çalışıyor | 20,40 | 6,07 | -1,644 | 0,115 |
| | Çalışmıyor | 22,94 | 6,24 | | |
| Fiziksel aktivite | Çalışıyor | 15,72 | 4,79 | -1,641 | 0,103 |
| | Çalışmıyor | 17,66 | 4,53 | | |
| Beslenme | Çalışıyor | 20,22 | 3,65 | -1,965 | 0,063 |
| | Çalışmıyor | 22,00 | 3,62 | | |
| Manevi gelişim | Çalışıyor | 24,96 | 4,94 | -1,522 | 0,130 |
| | Çalışmıyor | 26,83 | 5,00 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Çalışıyor | 24,07 | 5,04 | -1,845 | 0,079 |
| | Çalışmıyor | 26,33 | 4,91 | | |
| Stres yönetimi | Çalışıyor | 19,31 | 4,34 | -0,739 | 0,461 |
| | Çalışmıyor | 20,11 | 4,11 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p<0,05$

Baba çalışma durumuna göre araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babası çalışan adölesanların SYBDÖ toplam puanı $127,39 \pm 26,21$, babası çalışmayan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ise $138,83 \pm 25,58$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=-1,764$; $p>0,05$).

SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babası çalışan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,40 \pm 6,07$, babası

çalışmayanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $22,94 \pm 6,24$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-1,644$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; babası çalışan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,72 \pm 4,79$, babası çalışmayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $17,66 \pm 4,53$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür ($t=-1,641$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babası çalışanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,22 \pm 3,65$, çalışmayanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $22,00 \pm 3,62$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=-1,965$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babası çalışan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,96 \pm 4,94$, babası çalışmayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $26,83 \pm 5,00$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=-1,522$; $p>0,05$) (Tablo 16).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamaları baba çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında; babası çalışan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,07 \pm 5,04$, çalışmayanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $26,33 \pm 4,91$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=-1,845$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba çalışma durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babası çalışan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,31 \pm 4,34$, babası çalışmayan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $20,11 \pm 4,11$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=-0,739$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Babalarının Öğrenim Durumlarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | F | P |
|------------------------|------------------|-----------|-------|------|-------|
| SYBDÖ | İlkokul/Ortaokul | 127,51 | 26,62 | 0,48 | 0,619 |
| | Lise | 129,48 | 26,45 | | |
| | Üniversite | 115,67 | 3,21 | | |
| Sağlık sorumluluğu | İlkokul/Ortaokul | 20,01 | 5,66 | 1,53 | 0,219 |
| | Lise | 21,17 | 6,42 | | |
| | Üniversite | 16,33 | 1,53 | | |
| Fiziksel aktivite | İlkokul/Ortaokul | 15,39 | 4,70 | 1,13 | 0,326 |
| | Lise | 16,31 | 4,85 | | |
| | Üniversite | 13,67 | 4,62 | | |
| Beslenme | İlkokul/Ortaokul | 22,85 | 4,08 | 0,80 | 0,453 |
| | Lise | 23,32 | 4,18 | | |
| | Üniversite | 20,67 | 1,15 | | |
| Manevi gelişim | İlkokul/Ortaokul | 25,51 | 5,41 | 0,46 | 0,630 |
| | Lise | 24,96 | 4,71 | | |
| | Üniversite | 23,33 | 3,79 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | İlkokul/Ortaokul | 24,24 | 5,67 | 0,01 | 0,987 |
| | Lise | 24,34 | 4,74 | | |
| | Üniversite | 24,00 | 1,00 | | |
| Stres yönetimi | İlkokul/Ortaokul | 19,50 | 4,46 | 0,26 | 0,771 |
| | Lise | 19,38 | 4,26 | | |
| | Üniversite | 17,67 | 4,16 | | |

*F= One-Way ANOVA (ikiden fazla grupta parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Adölesanların babalarının eğitim durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; baba eğitim durumu ilkökul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ toplam puanı 127,51±26,62, eğitim durumu lise olan babaların SYBDÖ toplam puanı 129,48±26,45 ve baba eğitim durumu üniversite olanların SYBDÖ toplam

puanı ise $115,67 \pm 3,21$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,48$; $p>0,05$).

SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $20,01 \pm 5,66$, baba eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,17 \pm 6,42$ ve baba eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $16,33 \pm 1,53$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=1,53$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamaları baba eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,39 \pm 4,70$, babalarının eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,31 \pm 4,85$ ve babalarının eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $13,67 \pm 4,62$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=1,13$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $22,85 \pm 4,08$, babalarının eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,32 \pm 4,18$ ve babalarının eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,67 \pm 1,15$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=0,80$; $p>0,05$) (Tablo 17).

SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,51 \pm 5,41$, babalarının eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $24,96 \pm 4,71$ ve babalarının eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $23,33 \pm 3,79$ olarak

belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,46$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,24\pm 5,67$, babalarının eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,34\pm 4,74$ ve babalarının eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,00\pm 1,00$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,01$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının baba eğitim durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; babalarının eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,50\pm 4,46$, babalarının eğitim durumu lise olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,38\pm 4,26$ ve babalarının eğitim durumu üniversite olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $17,67\pm 4,16$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($F=0,26$; $p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Tedavi Şekline Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|-------------------------------|-----------------|-----------|-------|----------|----------|
| SYBDÖ | Yatarak Tedavi | 134,92 | 28,06 | 2,009 | 0,046* |
| | Ayaktan Tedavi | 126,18 | 25,34 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Yatarak Tedavi | 21,42 | 6,22 | 1,036 | 0,302 |
| | Ayaktan Tedavi | 20,37 | 6,08 | | |
| Fiziksel aktivite | Yatarak Tedavi | 16,46 | 5,12 | 0,948 | 0,344 |
| | Ayaktan Tedavi | 15,71 | 4,67 | | |
| Beslenme | Yatarak Tedavi | 21,28 | 3,27 | 1,976 | 0,050* |
| | Ayaktan Tedavi | 20,08 | 3,78 | | |
| Manevi gelişim | Yatarak Tedavi | 26,73 | 5,49 | 2,655 | 0,009* |
| | Ayaktan Tedavi | 24,57 | 4,65 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Yatarak Tedavi | 26,24 | 6,03 | 3,221 | 0,002* |
| | Ayaktan Tedavi | 23,59 | 4,48 | | |
| Stres yönetimi | Yatarak Tedavi | 19,81 | 3,58 | 0,794 | 0,428 |
| | Ayaktan Tedavi | 19,24 | 4,55 | | |

*t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Tedavi şekline göre araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18’de verilmiştir. Karşılaştırma incelendiğinde; yatarak tedavi olanların SYBDÖ toplam puanı 134,92±28,06 ayaktan tedavi olan adölesanların SYBDÖ toplam puanları 126,18± 25,34 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2,009; p<0,05).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamalarının adölesanların tedavi şekline göre karşılaştırılması incelendiğinde; yatarak tedavi olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı 21,42±6,22, ayaktan tedavi olan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise 20,37±6,08 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (t=1,036; p>0,05) (Tablo 18).

Adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları tedavi şekillerine göre karşılaştırıldığında; yatarak tedavi olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,46 \pm 5,12$, ayakta tedavi olan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $15,71 \pm 4,67$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=0,948$; $p>0,05$) (Tablo 18).

SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamalarının adölesanların tedavi şekline göre karşılaştırılması incelendiğinde; yatarak tedavi olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $21,28 \pm 3,27$, ayakta tedavi olan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $20,08 \pm 3,78$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=1,976$; $p>0,05$) (Tablo 18).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamalarının adölesanların tedavi şekline göre karşılaştırılması incelendiğinde; yatarak tedavi olanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $26,73 \pm 5,49$, ayakta tedavi olan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $24,57 \pm 4,65$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,655$; $p<0,05$) (Tablo 18).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamalarının adölesanların tedavi şekline göre karşılaştırılması incelendiğinde; yatarak tedavi olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $26,24 \pm 6,03$, ayakta tedavi olan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $23,59 \pm 4,48$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,221$; $p<0,05$) (Tablo 18).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları adölesanların tedavi şekline göre karşılaştırıldığında; yatarak tedavi olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,81 \pm 3,58$, ayakta tedavi olan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,24 \pm 4,55$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=0,794$; $p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İçin Kan Basıncı Normal Değerlerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|-------------------------------|----------|-----------|-------|-------|--------|
| SYBDÖ | Evet | 138,85 | 24,93 | 6,492 | 0,000* |
| | Hayır | 116,19 | 22,39 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Evet | 23,05 | 6,06 | 6,516 | 0,000* |
| | Hayır | 17,79 | 4,86 | | |
| Fiziksel aktivite | Evet | 17,55 | 4,66 | 5,431 | 0,000* |
| | Hayır | 13,96 | 4,19 | | |
| Beslenme | Evet | 21,82 | 3,57 | 6,350 | 0,000* |
| | Hayır | 18,71 | 3,05 | | |
| Manevi gelişim | Evet | 26,85 | 4,69 | 5,459 | 0,000* |
| | Hayır | 23,11 | 4,52 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Evet | 26,26 | 4,56 | 6,312 | 0,000* |
| | Hayır | 21,96 | 4,63 | | |
| Stres yönetimi | Evet | 20,50 | 3,95 | 3,932 | 0,000* |
| | Hayır | 18,08 | 4,37 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Kan basıncı normal değerlerini bilme durumuna göre, araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile kan basıncı normal değerlerini durumları karşılaştırıldığında; kan basıncı normal değerini bilenlerin SYBDÖ toplam puanı $138,85 \pm 24,93$ iken kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ toplam puanları $116,19 \pm 22,39$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=6,492$; $p < 0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre karşılaştırıldığında; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $23,05 \pm 6,06$, kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $17,79 \pm 4,86$

olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=6,516$; $p<0,05$) (Tablo 19).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre incelendiğinde; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $17,55\pm4,66$, kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $13,96\pm4,19$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($t=5,431$; $p<0,05$) (Tablo 19).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre incelendiğinde; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $21,82\pm3,57$, kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $18,71\pm3,05$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=6,350$; $p<0,05$) (Tablo 19).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre incelendiğinde; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $26,85\pm4,69$, kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $23,11\pm4,52$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=5,459$; $p<0,05$) (Tablo 19).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre incelendiğinde; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $26,26\pm4,56$, kan basıncı normal değerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $21,96\pm4,63$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=6,312$; $p<0,05$) (Tablo 19).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları kan basıncı normal değerlerini bilme durumlarına göre incelendiğinde; kan basıncı normal değerini bilen adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $20,50\pm3,95$, kan basıncı normal değerini bilmeyen

adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $18,08 \pm 4,37$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,932$; $p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Tansiyon Ölçüm Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|----------|-----------|-------|-------|--------|
| SYBDÖ | Evet | 143,51 | 22,46 | 8,430 | 0,000* |
| | Hayır | 115,63 | 22,28 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Evet | 24,22 | 5,44 | 8,695 | 0,000* |
| | Hayır | 17,59 | 4,92 | | |
| Fiziksel aktivite | Evet | 18,49 | 4,06 | 7,790 | 0,000* |
| | Hayır | 13,70 | 4,25 | | |
| Beslenme | Evet | 22,68 | 3,13 | 9,487 | 0,000* |
| | Hayır | 18,44 | 2,93 | | |
| Manevi gelişim | Evet | 27,47 | 4,44 | 6,510 | 0,000* |
| | Hayır | 23,15 | 4,52 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Evet | 26,91 | 4,54 | 7,350 | 0,000* |
| | Hayır | 22,06 | 4,39 | | |
| Stres yönetimi | Evet | 20,82 | 3,45 | 4,452 | 0,000* |
| | Hayır | 18,17 | 4,61 | | |

*t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p<0,05$*

Kan basıncı ölçüm eğitimi alma durumuna göre araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir. SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile tansiyon ölçüm eğitimi alma durumları karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alanların SYBDÖ toplam puanı $143,51 \pm 22,46$ tansiyon ölçüm eğitimi almayanların SYBDÖ toplam puanları ise $115,63 \pm 22,28$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=8,430$; $p<0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu

toplam puanı $24,22 \pm 5,44$ iken tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanının ise $17,59 \pm 4,92$ olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=8,695$; $p<0,05$) (Tablo 20).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $18,49 \pm 4,06$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $13,70 \pm 4,25$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=7,790$; $p<0,05$) (Tablo 20).

Karşılaştırmaya bakıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanının $22,68 \pm 3,13$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanının ise $18,44 \pm 2,93$ olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=9,487$; $p<0,05$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $27,47 \pm 4,44$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ise $23,15 \pm 4,52$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=6,510$; $p<0,05$) (Tablo 20).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamalarının tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $26,91 \pm 4,54$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $22,06 \pm 4,39$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=7,350$; $p<0,05$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $26,91 \pm 4,54$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ

kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $22,06 \pm 4,39$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=7,350$; $p<0,05$) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları tansiyon ölçüm eğitimi alma durumlarına göre karşılaştırıldığında; tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $20,82 \pm 3,45$, tansiyon ölçüm eğitimi almayan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $18,17 \pm 4,61$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=4,452$; $p<0,05$) (Tablo 20).



Tablo 21. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Adölesanların Kan Basıncı Ölçme Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | KW | P | Fark |
|-------------------------------|------------|-----------|-------|--------|--------|---------------|
| SYBDÖ | 1-2/gün | 132,70 | 26,26 | 17,841 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 113,66 | 21,98 | | | |
| | Ölçmüyorum | 118,16 | 16,35 | | | |
| Sağlık sorumluluğu | 1-2/gün | 21,55 | 6,17 | 12,204 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 17,58 | 5,24 | | | |
| | Ölçmüyorum | 17,83 | 2,48 | | | |
| Fiziksel aktivite | 1-2/gün | 16,62 | 4,85 | 16,401 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 13,22 | 3,86 | | | |
| | Ölçmüyorum | 15,33 | 2,73 | | | |
| Beslenme | 1-2/gün | 23,81 | 4,21 | 17,541 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 20,41 | 2,69 | | | |
| | Ölçmüyorum | 22,33 | 1,63 | | | |
| Manevi gelişim | 1-2/gün | 25,80 | 4,97 | 10,605 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 22,83 | 4,07 | | | |
| | Ölçmüyorum | 23,50 | 5,82 | | | |
| Kişilerarası ilişkiler | 1-2/gün | 25,26 | 5,02 | 17,302 | 0,000* | 1>2 |
| | 1-2/hafta | 21,28 | 3,88 | | | |
| | Ölçmüyorum | 19,66 | 1,63 | | | |
| Stres yönetimi | 1-2/gün | 19,66 | 4,00 | 2,305 | 0,129 | |
| | 1-2/hafta | 18,33 | 4,83 | | | |
| | Ölçmüyorum | 19,50 | 7,39 | | | |

*KW= Kruskal Wallis (ikiden fazla gruplarda nonparametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 21’de verilmiştir. Karşılaştırılma incelendiğinde; günde 1-2 kez ölçenlerin SYBDÖ toplam puanı 132,70±26,26, haftada 1-2 kez ölçenlerin SYBDÖ toplam puanı 113,66±21,98 ve ölçmeyen adölesanların SYBDÖ toplam puanı 118,16±16,35 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür (KW=17,841; p<0,05).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($132,70 \pm 26,26$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($113,66 \pm 21,98$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortalamaları adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırıldığında; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,55 \pm 6,17$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $17,58 \pm 5,24$ ve ölçüm yapmayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $17,83 \pm 2,48$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=12,204$; $p<0,05$) (Tablo 21).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($21,55 \pm 6,17$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($17,58 \pm 5,24$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ortalamalarının adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,62 \pm 4,85$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $13,22 \pm 3,86$ ve ölçüm yapmayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,33 \pm 2,73$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=16,401$; $p<0,05$) (Tablo 21).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($16,62 \pm 4,85$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($13,22 \pm 3,86$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ortalamalarının adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,81 \pm 4,21$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,41 \pm 2,69$, ölçüm yapmayanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $22,33 \pm 1,63$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=17,541$; $p<0,05$) (Tablo 21).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($23,81\pm 4,21$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($20,41\pm 2,69$) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).

SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalamalarının adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,80\pm 4,97$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $22,83\pm 4,07$ ve ölçüm yapmayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $23,50\pm 5,82$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=10,605$; $p<0,05$) (Tablo 21).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($25,80\pm 4,97$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($22,83\pm 4,07$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ortalamaları adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırıldığında; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $25,26\pm 5,02$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $21,28\pm 3,88$ ve ölçüm yapmayan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $19,66\pm 1,63$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=17,302$; $p<0,05$) (Tablo 21).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bakıldığında; günde 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarının ($25,26\pm 5,02$), haftada 1-2 kez ölçenlerin tutarlılık puanlarından ($21,28\pm 3,88$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortalamalarının adölesanların kan basıncını ölçme sıklığı durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; günde 1-2 kez tansiyon ölçümü yapanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,66\pm 4,00$, haftada 1-2 kez tansiyon ölçümü yapanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,33\pm 4,83$, ölçüm

yapmayanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $19,50 \pm 7,39$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($KW=2,305$; $p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Yan Etkilerini Bilme Durumuna Göre Karşılaştırması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | MW | P |
|-------------------------------|----------|-----------|-------|---------|--------|
| SYBDÖ | Evet | 131,47 | 26,05 | 859,50 | 0,000* |
| | Hayır | 107,74 | 17,41 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Evet | 21,25 | 6,14 | 1059,50 | 0,001* |
| | Hayır | 16,48 | 4,11 | | |
| Fiziksel aktivite | Evet | 16,36 | 4,78 | 1066,60 | 0,001* |
| | Hayır | 12,78 | 3,67 | | |
| Beslenme | Evet | 23,60 | 4,09 | 809,00 | 0,000* |
| | Hayır | 19,57 | 2,04 | | |
| Manevi gelişim | Evet | 25,65 | 4,93 | 1054,00 | 0,001* |
| | Hayır | 21,61 | 3,64 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Evet | 24,99 | 4,90 | 674,50 | 0,000* |
| | Hayır | 19,43 | 3,16 | | |
| Stres yönetimi | Evet | 19,61 | 4,33 | 1402,00 | 0,058 |
| | Hayır | 17,87 | 3,99 | | |

*MW=Mann-Whitney U: (iki grup arasında nonparametrik karşılaştırma testi) * $p<0,05$*

İlaç yan etkilerini bilme durumuna göre, araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 22’de verilmiştir. Karşılaştırmaya bakıldığında; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ toplam puanı $131,47 \pm 26,05$ iken bilmeyen adölesanların SYBDÖ toplam puanları $107,74 \pm 17,41$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($MW=859,50$; $p<0,05$).

SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları İlaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,25 \pm 6,14$, ilaç yan etkilerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı

ise $16,48 \pm 4,11$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($MW=1059,50$; $p<0,05$) (Tablo 22).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,36 \pm 4,78$, bilmeyen adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $12,78 \pm 3,67$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($MW=1066,60$; $p<0,05$) (Tablo 22).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkilerini bilenlerin SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,60 \pm 4,09$, bilmeyen SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $19,57 \pm 2,04$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($MW=809,00$; $p<0,05$) (Tablo 22).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,65 \pm 4,93$, bilmeyenlerin ise $21,61 \pm 3,64$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($MW=1054,00$; $p<0,05$) (Tablo 22).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,99 \pm 4,90$, ilaç yan etkilerini bilmeyen adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $19,43 \pm 3,16$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($MW=674,50$; $p<0,05$) (Tablo 22).

SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamalarının ilaç yan etkilerini bilme durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; ilaç yan etkilerini bilen adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,61 \pm 4,33$, bilmeyenlerin SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $17,87 \pm 3,99$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($MW=1402,00$; $p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının İlaç Yan Etkisi Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | MW | P |
|-------------------------------|-------------|-----------|-------|---------|--------|
| SYBDÖ | Yaşıyorum | 117,63 | 22,13 | 2356,50 | 0,001* |
| | Yaşamıyorum | 132,67 | 26,65 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Yaşıyorum | 18,12 | 5,22 | 2215,00 | 0,000* |
| | Yaşamıyorum | 21,62 | 6,19 | | |
| Fiziksel aktivite | Yaşıyorum | 13,53 | 4,16 | 1865,50 | 0,000* |
| | Yaşamıyorum | 16,83 | 4,72 | | |
| Beslenme | Yaşıyorum | 20,80 | 2,97 | 1902,50 | 0,000* |
| | Yaşamıyorum | 23,98 | 4,17 | | |
| Manevi gelişim | Yaşıyorum | 23,59 | 4,69 | 2545,50 | 0,008* |
| | Yaşamıyorum | 25,74 | 4,95 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Yaşıyorum | 23,03 | 3,53 | 2694,00 | 0,030* |
| | Yaşamıyorum | 24,78 | 5,47 | | |
| Stres yönetimi | Yaşıyorum | 18,55 | 5,43 | 2796,00 | 0,063 |
| | Yaşamıyorum | 19,72 | 3,77 | | |

*MW=Mann-Whitney U: (iki grup arasında nonparametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

İlaç yan etkisi yaşama durumuna göre, araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 23'te verilmiştir. Karşılaştırma incelendiğinde; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ toplam puanı 117,63±22,13, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ toplam puanları 132,67±26,65 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (MW=2356,50; p<0,05).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı 18,12±5,22, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı 21,62±6,19 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (MW=2215,00; p<0,05) (Tablo 23).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $13,53 \pm 4,16$, yan etki yaşamayan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,83 \pm 4,72$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($MW=1865,50$; $p<0,05$) (Tablo 23).

SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,80 \pm 2,97$, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $23,98 \pm 4,17$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($MW=1902,50$; $p<0,05$) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $23,59 \pm 4,69$, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,74 \pm 4,95$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($MW=2545,50$; $p<0,05$) (Tablo 23).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,03 \pm 3,53$, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,78 \pm 5,47$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($MW=2694,00$; $p<0,05$) (Tablo 23).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında; ilaç yan etkisi yaşayan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,55 \pm 5,43$, ilaç yan etkisi yaşamayan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $19,72 \pm 3,77$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($MW=2796$; $p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Yemeklerde Tuz Kullanımına Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | KW | p | Fark |
|-------------------------------|--|-----------|-------|--------|-------|------------|
| SYBDÖ | Tamamen tuzsuz yiyorum | 129,89 | 25,78 | 25,206 | 0,000 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 135,54 | 25,43 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 106,80 | 18,71 | | | |
| Sağlık Sorumluluğu | Tamamen tuzsuz yiyorum | 21,09 | 5,76 | 27,446 | 0,000 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 22,37 | 6,34 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 14,92 | 3,25 | | | |
| Fiziksel Aktivite | Tamamen tuzsuz yiyorum | 16,51 | 4,59 | 22,120 | 0,000 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 16,65 | 4,75 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 11,80 | 3,69 | | | |
| Beslenme | Tamamen tuzsuz yiyorum | 23,73 | 4,14 | 25,969 | 0,000 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 23,63 | 3,96 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 19,32 | 1,77 | | | |
| Manevi Gelişim | Tamamen tuzsuz yiyorum | 25,07 | 5,18 | 10,206 | 0,006 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 26,47 | 4,53 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 22,48 | 4,00 | | | |
| Kişilerarası İlişkiler | Tamamen tuzsuz yiyorum | 24,58 | 5,15 | 25,343 | 0,000 | 1>3 2>3 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 25,77 | 4,52 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 19,80 | 3,07 | | | |
| Stres Yönetimi | Tamamen tuzsuz yiyorum | 18,91 | 3,65 | 9,894 | 0,007 | 2>1 |
| | Piştirirken az miktarda tuz kullanıyorum | 20,67 | 4,25 | | | |
| | Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum | 18,48 | 6,14 | | | |

*KW= Kruskal Wallis (ikiden fazla gruplarda nonparametrik karşılaştırma testi) *p<0,05*

Adölesanların yemeklerde tuz kullanım durumuna göre SYBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 24'te verilmiştir. Karşılaştırılma incelendiğinde; günde tamamen tuzsuz yiyenlerin SYBDÖ toplam puanı 129,89±25,78, piştirirken az miktarda tuz kullananların SYBDÖ toplam puanı 135,54±25,43 ve yemek tuzsuz ise tuz

ilave eden adölesanların SYBDÖ toplam puanı $106,80 \pm 18,71$ olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($KW=25,206$; $p<0,05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanlarının ($129,89 \pm 25,78$) ve pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($113,66 \pm 21,98$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($106,80 \pm 18,71$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $21,09 \pm 5,76$, pişirirken az miktarda tuz kullanan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $22,37 \pm 6,34$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $14,92 \pm 3,25$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=27,446$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın kaynağına bakıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanlarının ($21,09 \pm 5,76$) ve pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($22,37 \pm 6,34$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($14,92 \pm 3,25$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,51 \pm 4,59$, pişirirken az miktarda tuz kullanan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $16,65 \pm 4,75$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $11,80 \pm 3,69$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=22,120$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın nereden kaynaklandığına bakıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanlarının ($16,51 \pm 4,59$) ve pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($16,65 \pm 4,75$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($11,80 \pm 3,69$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında; tamamen tuzsuz yiyenlerin SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,73\pm 4,14$, pişirirken az miktarda tuz kullanan adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $23,63\pm 3,96$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $19,32\pm 1,77$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($KW=25,969$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanlarının ($23,73\pm 4,14$) ve pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($23,63\pm 3,96$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($19,32\pm 1,77$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamalarının yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırılması incelendiğinde; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $25,07\pm 5,18$, pişirirken az miktarda tuz kullanan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $26,47\pm 4,53$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puanı $22,48\pm 4,00$ olarak görülmüştür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW=10,206$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın nereden kaynaklandığına bakıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanlarının ($25,07\pm 5,18$) ve pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($26,47\pm 4,53$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($22,48\pm 4,00$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamaları yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında; tamamen tuzsuz yiyenlerin SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $24,58\pm 5,15$, pişirirken az miktarda tuz kullanan adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $25,77\pm 4,52$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $19,80\pm 3,07$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($KW=25,343$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; tamamen tuzsuz yiyen adölesanların tutarlılık puanları ($24,58 \pm 5,15$) ve yemek pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($25,77 \pm 4,52$), yemek tuzsuz ise tuz ilave edenlerin tutarlılık puanlarından ($19,80 \pm 3,07$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları yemeklerde tuz kullanım durumuna göre karşılaştırıldığında; tamamen tuzsuz yiyenlerin SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,91 \pm 3,65$, yemek pişirirken az miktarda tuz kullananların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $20,67 \pm 4,25$ ve yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,48 \pm 6,14$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($KW=9,894$; $p<0,05$) (Tablo 24).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında; yemek pişirirken az miktarda tuz kullananların tutarlılık puanlarının ($20,67 \pm 4,25$), tamamen tuzsuz yemek yiyenlerin tutarlılık puanlarından ($18,91 \pm 3,65$) yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Tablo 25. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Ailede Hipertansiyon Olma Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (n=184)

| | Değişken | \bar{x} | Ss | t | P |
|------------------------|----------|-----------|-------|--------|--------|
| SYBDÖ | Evet | 124,20 | 26,84 | -3,312 | 0,001* |
| | Hayır | 138,29 | 24,07 | | |
| Sağlık sorumluluğu | Evet | 19,50 | 6,13 | -3,568 | 0,000* |
| | Hayır | 22,98 | 5,54 | | |
| Fiziksel aktivite | Evet | 15,12 | 4,87 | -3,407 | 0,001* |
| | Hayır | 17,66 | 4,36 | | |
| Beslenme | Evet | 20,13 | 3,79 | -1,822 | 0,070 |
| | Hayır | 21,25 | 3,61 | | |
| Manevi gelişim | Evet | 24,47 | 5,02 | -2,727 | 0,007* |
| | Hayır | 26,69 | 4,84 | | |
| Kişilerarası ilişkiler | Evet | 23,48 | 5,21 | -3,329 | 0,001* |
| | Hayır | 26,25 | 4,75 | | |
| Stres yönetimi | Evet | 18,85 | 4,30 | -2,561 | 0,011* |
| | Hayır | 20,60 | 3,88 | | |

t: Independent t-test (iki grup arasında parametrik karşılaştırma testi) * $p < 0,05$

Ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 25’te verilmiştir. Karşılaştırma incelendiğinde; ailesinde hipertansiyon olduğunu belirtenlerin SYBDÖ toplam puanı $124,20 \pm 26,84$, olmadığını belirtenlerin SYBDÖ toplam puanı ise $138,29 \pm 24,07$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = -3,312$; $p < 0,05$).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puan ortalamaları, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırıldığında; ailede hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı $19,50 \pm 6,13$, ailede hipertansiyon öyküsü olmayan adölesanların SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ise $22,98 \pm 5,54$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t = -3,568$; $p < 0,05$) (Tablo 25).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puan ortalamaları, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırıldığında; ailede

hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $15,12 \pm 4,87$, olmayanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $17,66 \pm 4,36$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($t=-3,407$; $p<0,05$) (Tablo 25).

SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puan ortalamaları, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırıldığında; ailede hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı $20,13 \pm 3,79$, olmayanların SYBDÖ beslenme alt boyutu toplam puanı ise $21,25 \pm 3,61$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($t=-1,822$; $p>0,05$) (Tablo 25).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ manevi gelişim alt boyutu toplam puan ortalamaları, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırıldığında; ailede hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı $24,47 \pm 5,02$, ailede hipertansiyon öyküsü olmayanların SYBDÖ fiziksel aktivite alt boyutu toplam puanı ise $26,69 \pm 4,84$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($t=-2,727$; $p<0,05$) (Tablo 25).

SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamalarının, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırılması incelendiğinde; ailede hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı $23,48 \pm 5,21$, ailede hipertansiyon öyküsü olmayanların SYBDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puanı ise $26,25 \pm 4,75$ olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($t=-3,329$; $p<0,05$) (Tablo 25).

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalamaları, ailede hipertansiyon olma öyküsüne göre karşılaştırıldığında; ailede hipertansiyon öyküsü olanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı $18,85 \pm 4,30$, ailede hipertansiyon öyküsü olmayanların SYBDÖ stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ise $20,60 \pm 3,88$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($t=-2,561$; $p<0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam Puanını Yordamak İçin Yapılan Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

| Bağımsız Değişken | B(B) | Standart Hata | Beta | t | P | | |
|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------|----------|----------|----------------------|-------|
| Anne yaşı | 2,776 | 0,800 | 0,595 | 3,470 | 0,001 | R² | 0,27 |
| Baba yaşı | -2,384 | 0,764 | 0,530 | -3,118 | 0,002 | Standart Hata | 22,66 |
| Adölesan yaşı | 6,847 | 1,072 | 0,434 | 6,389 | 0,000 | F | 22,18 |
| Sabit (A) (Constant) | 14,07 | 17,86 | | 0,79 | 0,43 | P | 000 |
| | | | | | | SD | 3,180 |

SYBDÖ toplam puanının açıklayıcı olarak denkleme alınan anne yaş, baba yaş ve hastanın yaşı ile kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). SYBDÖ toplam puanının yordayıcısı olarak modele alınan bu değişkenler SYBDÖ toplam puanının %27'lik kısmını açıklamaktadır. Kalan %73'lik kısım modele alınmayan diğer değişkenlerce açıklanmaktadır. Ancak bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda anne yaşı değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Anne yaşındaki bir birimlik artış sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanını 2,776 birim artırmaktadır. Anne yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişki vardır.

Yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda baba yaşı değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Baba yaşındaki bir birimlik artış sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanını -2,384 birim azaltmaktadır. Baba yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif ilişki vardır.

Yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda hastanın yaşı değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile istatistiksel olarak farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Hastanın yaşındaki bir birimlik artış sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanını 6,847 birim artırmaktadır. Hastanın yaşı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif ilişki vardır.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon en sık erişkin dönemde görülmekle birlikte çocukluk ve adölesan döneminde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Hipertansiyon kronik bir hastalık olup bir çok nedene bağlı gelişebilir. Toplumda bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürüyor olması hipertansiyon gibi bir çok sağlık sorununu önlemede önemli bir parametre olduğu bilinmektedir. Bu bölümde hipertansiyon tanısı ile izlenen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma kapsamına alınan adölesanların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, adölesanların hastalığına ilişkin özellikleri ve bu değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisine ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan adölesanların %52,7'si erkek olup %45,6'sı 15-16 yaş grubundadır. Adölesanların %45,1'inin hafif şişman olduğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların %81,5'inin kar deşi olup, çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırmaya katılan adölesanların annelerin %39,7'si 36-40 yaş grubundadır. Anneleri %71,7'sinin çalışmadığı ve %82,6'sının ilkokul/ortaokul mezunu olduğu olduğu saptanmıştır. Adölesanların babalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde %39,1'inin 41-45 yaş arasında, %90,2'sinin çalıştığı ve %60,3'ünün ise lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan adölesanların %73,4'ünün ayaktan tedavi ile izlendiği, %60,3'ünde ailede hipertansiyon öyküsü olduğu belirlenmiştir. Adölesanların yalnızca yarısının (%54,3) kan basıncı referans değerlerini bildiği, %53,8'inin ise kan basıncı ölçümüne ilişkin eğitim almadığı belirlenmiştir. Adölesanların %77,2'sinin günde iki kez kan basıncı ölçtüğü/ölçtürdüğü belirlenmiştir. Adölesanların %87,5'inin ilaçların yan etkilerine ilişkin bilgisinin olduğu, %72,3'ünün ilaçların yan etkilerini yaşamadıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların yarısından fazlası (%55,4) tamamen tuzsuz beslendikleri bulunmuştur (Tablo 3).

Adölesanların SYBDÖ puan ortalaması $128,51 \pm 26,30$, sağlık sorumluluğu puan ortalaması $18,22 \pm 5,62$, fiziksel aktivite puan ortalaması $15,913 \pm 4,796$, beslenme puan ortalaması $23,10 \pm 4,12$, manevi gelişim puan ortalaması $25,15 \pm 4,97$, kişilerarası ilişkiler

puan ortalaması $24,30 \pm 5,06$ ve stres yönetimi puan ortalaması $19,40 \pm 4,31$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılarak yapılmış bir çok çalışma bulunmaktadır. Ancak hipertansif adölesanların sağlıklı yaşam biçimine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları çoğunlukla sağlıklı üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarla tartışılmıştır.

Ölçekten alınacak toplam puan en düşük 52, en yüksek puan ise 208'dir. Araştırmanın sonucu incelendiğinde kronik bir hastalığı olan örneklem grubumuzun toplam SYBDÖ puanı $128,51 \pm 26,30$ olarak belirlenmiştir.

Kuşdemir (2015)'in üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin SYBDÖ $131,65 \pm 25,58$ olarak bulunmuştur. Genel olarak sağlık sorunu olmayan grupla yapılan çalışmaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Araştırmanın sonuçlarına paralel olarak bu durum sağlıklı yaşam biçimi alışkanlığı düşük olan adölesanların kronik hastalık riskine yatkın olabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan adölesan grupla yapılan birçok çalışmanın sonucu incelendiğinde de araştırmanın SBYDÖ puanına benzer hatta daha düşük sonuçlar bulunmuştur (80, 93, 94, 95, 96, 97). Bu sonuçlar ise adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olduğunu göstermekte olup genç grubun kronik hastalıklar konusunda risk altında olabilecekleri söylenebilir.

Ölçeğin "sağlık sorumluluğu" alt boyutu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu ve sağlığa hangi düzeyde katkıda bulunduğunu değerlendirmekte olup alınabilecek en yüksek puan 36'dir. Araştırmaya katılan hipertansif adölesanların "sağlık sorumluluğu" puan ortalamaları $18,22 \pm 5,62$ olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Özyazıcıoğlu ve ark. (2011)'nin üniversitede hemşirelik bölümü öğrencileriyle yaptıkları çalışmanın sonucunda sağlık sorumluluğu puanı $29,75 \pm 4,19$ bulunmuş olup öğrenimlerinin puanlarının yüksek olmasını etkilemiş olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte Kuşdemir (2005)'in sağlıklı adölesanlarla yaptığı bir başka çalışmada da sağlık sorumluluğu puan ortalaması $20,69 \pm 4,50$ olarak bulunmuştur. Sağlıklı varsayılan popülasyonun sağlık sorumluluğu puanının hipertansiyon tanısı alan araştırma grubuna

göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmada, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının daha düşük olması, hipertansif adölesanların kendi sağlıklarını izleme, kendi bakım sorumluluklarını alma, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi konusundaki davranışlarının yetersiz olduğunu düşündürebilir.

Ölçeğin “fiziksel aktivite” alt boyutu bireyin düzenli egzersiz ve aktivite yapma düzeyini değerlendirmekte olup alınabilecek en yüksek puan 32’dir. Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel aktivite alt puan ortalamaları $15,913 \pm 4,796$ olarak bulunmuştur. Sedanter yaşamın hipertansiyon riskini artırdığı bilinmektedir. Bu bağlamda araştırmaya katılan hipertansif adölesanların fiziksel aktivite davranışı alt boyutu puanının ortalamasının üzerinde olduğu dikkati çekmektedir.

Sağlıklı adölesanlarla yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, Şimşek ve ark. (2012)’nin yaptıkları çalışmada, fiziksel aktiviteye ait alt ölçek puanının 21.1 ± 2.9 olduğu belirlenmiştir. Özyazıcıoğlu ve ark. (2011)’nin hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada, fiziksel aktivite alt ölçek puanı 16.60 ± 4.24 olarak tespit edilmiştir. Kocaakman ve ark. (2010)’nin yaptıkları bir çalışmada, İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediklerinde fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamasını 10.61 ± 2.47 olarak bulmuşlardır. Cihangiroğlu ve Deveci (2011)’nin yaptıkları bir çalışmada ise Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yaşam biçimi davranışlarını incelemişler ve fiziksel harekete ilişkin alt ölçek değerini 8.89 ± 3.33 olarak belirlemişlerdir. Fiziksel aktiviteye puanlarının farklı popülasyonlarda değişiklikler gösterdiği görülmektedir.

Sağlıklı adölesanlarla yapılmış çalışmaların çoğunda fiziksel aktivite puanlarının bu araştırmanın fiziksel aktivite puan sonuçlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum araştırmadaki hipertansif adölesanların hastalıkları nedeniyle fiziksel aktivitelerini düzenleme çabasında oldukları ile açıklanabilir.

Ölçeğin “beslenme” alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 34’dir. Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme alt puan ortalamaları $23,10 \pm 4,12$ olarak bulunmuştur. Sağlıksız ve dengesiz beslenme alışkanlığının hipertansiyon riskini artırdığı bilinmektedir. Araştırmaya katılan hipertansif adölesanların beslenme alt boyutu puanlarının ortalamasının üzerinden olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum

adölesanların hastalıkları nedeniyle beslenme alışkanlıklarını düzenleme çabasında olduklarını düşündürebilir.

Ayaz ve ark. (2005)'nin sağlıklı adölesanlarla yaptıkları çalışmada beslenme alt ölçek puan ortalamalarının 16.0 ± 3.4 ; Özyazıcıoğlu ve ark.(2011)'nin hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada 19.40 ± 3.73 ; Şimşek ve ark. (2012)'nin üniversite öğrencileriyle yaptığı araştırmada ise 22.4 ± 3.1 olarak bulunmuştur (60,80,98). Yurt dışında yapılan benzer çalışmalara bakıldığında ise beslenme alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlığı geliştirme davranış programlarının uygulanıyor olması bu sonuçlar üzerinden etkili olabilir (94,99).

Sağlıklı adölesanlarla yapılan çalışmalarda beslenme alt puanının araştırmanın beslenme puanına göre daha düşük ya da benzer olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum adölesanların beslenme alışkanlıklarının önemli bir halk sağlığı konusu olduğunu ve bu konuda projeler geliştirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Ölçeğin “manevi gelişim” alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Araştırmaya katılan öğrencilerin manevi gelişim alt puan ortalamaları $25,15\pm 4,97$ olarak bulunmuştur.

Sağlıklı adölesanlarla yapılan bir çalışmada manevi gelişim puan ortalaması öğrencilerin manevi gelişim alt ölçeği puan ortalamaları 27.35 ± 4.22 olarak saptanmıştır (65). Ülkemizde sağlık bilimlerinde öğrenim gören üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmaların sonuçları incelendiğinde manevi gelişim puan ortalamalarının araştırmanın sonuçlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (65, 100, 101). Öte yandan bazı çalışmaların sonuçlarında ise manevi gelişim puan ortalaması araştırmanın sonuçlarına göre daha düşük bulunmuştur (60, 98).

Ölçeğin “kişiler arası ilişkiler” alt boyutu bireyin bireylerin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresiyle olan iletişim ve süreklilik düzeyini değerlendirmekte olup alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Araştırmaya katılan adölesanların kişilerarası ilişkiler alt puan ortalamaları $24,30\pm 5,06$ olarak bulunmuştur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II kullanılarak sağlıklı populasyon varsayılan üniversite öğrencileriyle yapılan benzer çalışmaların bazılarında kişilerarası ilişkiler puan ortalamalarının araştırmanın sonuçlarına benzer ancak daha yüksek çıktığı

görülmektedir. Kuşdemir (2015) yaptığı çalışmada kişiler arası ilişkiler puanı $26,49 \pm 4,51$; Özyazıcıoğlu ve ark. (2011)'nin yaptığı çalışmada da $26,16 \pm 4,25$ olduğu bildirilmektedir (65, 98). Öte yandan üniversite öğrencileriyle yapılan birçok çalışmada ise kişiler arası ilişkiler puanının araştırmanın sonuçlarına göre düşük olduğu görülmüştür (100, 101, 102, 103).

Ölçeğin “stres yönetimi” alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 32'dir. Araştırmaya katılan adölesanların stres yönetimi alt puan ortalamaları $19,40 \pm 4,31$ olarak bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde, Kuşdemir (2015)'in çalışmasında $19,86 \pm 3,56$; Özyazıcıoğlu ve ark.'nin yaptığı çalışmada $19,44 \pm 3,57$ olarak, Cihangiroğlu ve Deveci'nin ortak çalışmasında $17,73 \pm 3,95$ olarak, Kocaakman'ın yaptığı çalışmada ise $18,53 \pm 3,24$ olarak belirlenmiş olup araştırmanın sonuçlarına benzer olduğu görülmektedir. Adölesanların her dönemlerinde (erken-orta-geç adölesan) kimlik kazanma kaygılarının üst düzeyde olduğu bilinmektedir. Mevcut streslerinin araştırma sonuçlarında da literatür incelendiğinde orta düzeyin üstünde olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda stres yönetimi uygulanmadığında adölesanın içe kapanarak sedanter yaşam, aşırı beslenme vb. başetme yolları tercih edebilmesi ile kronik hastalıklara yatkınlığı artırabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda adölesan döneme gelmeden çocuklara stresli bir durumla karşılaşıldığında uygun başetme yöntemlerine ilişkin eğitim/seminer vb. verilmesi stres yönetimlerini arttırabilir.

Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Cinsiyet değişkeni ile beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bulunurken cinsiyet ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan kız adölesanların SYBDÖ puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınların adölesan döneme erkeklerden daha erken giriyor olmaları bu sonucun nedeni olabilir. Bu noktada bireyler değişimlere daha açık ve durumları analiz etmede daha tecrübeli olacaklardır. Diğer yandan erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının düşük bulunması beklenen bir durumdur. Erkekler sağlıklarına kadınlar kadar önem vermemektedir (104). Kadınların kendilerine

bakması, spor yapmaları, dengeli beslenmeleri, sigara/alkol tüketiminin daha az olması bunun en açık örneğidir.

Araştırmaya katılan adölesanların yaş değişkeni ile SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p>0,05$) dışında ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puanları ile yaş grupları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Araştırmaya katılan adölesanların yaşları arttıkça SYBDÖ puanlarının arttığı görülmektedir. Bu durum yaşla birlikte olgunlaşma ve daha çok deneyim kazanmış olan adölesanın sağlıklı yaşam biçimi geliştirmeye başladığı ile açıklanabilir.

Beden kitle indeksleri ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puanlar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7). Kilo değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup beslenme ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan adölesanların BKİ arttıkça SYBDÖ puanlarının düştüğü görülmektedir. Benzer çalışmalarda beden kitle endeksi değerlerinin sağlıklı yaşam üzerinde etkisi bildirilmiştir (33, 105, 106). Hacıoğlu (2014)'nin hipertansiyonu olan hastalarla yaptığı çalışmada da hastaların kilo değişimindeki artışın sağlıklı yaşam davranışını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Adölesanların kardeş olma ve kardeş sayısı değişkenleri ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamsız olup kardeş olma durumu ile kişilerarası ilişkiler ($p<0,05$) dışında ölçeğin diğer alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9-10).

Kardeşle büyümüş çocukların kişilerarası ilişkilerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Kardeşi olan adölesanların kişilerarası ilişkiler puanının yüksek olması psikolojik ve duygusal yönden hipertansif adölesana kardeşlerin desteği ile açıklanabilir.

Araştırma katılan adölesanların aile tipi değişkeni ile SYBDÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puan ortalamaları arasındaki

fark anlamlıdır ($p < 0,05$). Buna karşılık aile tipi değişkeni ile ölçeğin manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Aile yapısı da kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi olan bir diğer değişkendir. Araştırmanın sonucunda çekirdek ailede yetişen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuç ailede anne baba ve kardeş varlığının olmasının hasta olan adölesan için büyük destek olacağı ve sağlıklı davranışları sergilemesinde itici rol sergilemesi ile açıklanabilir. Ancak aile büyüdükçe bireyin sağlıklı davranış edimi azalmaktadır. Bu sonuçla anne, baba ve kardeş kadar yakın olmayan akrabaların olması bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlı sergilemesini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Öte yandan literatür incelendiğinde farklı bulgular da görülmektedir. Yapılan bir çalışmada geniş ailede büyüyen bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak aile tipinin anlamsız olduğu bildirilmiştir (65).

Anne yaşı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p > 0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 12).

Araştırmaya katılan adölesanların anne yaşı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı görülmektedir. Bu sonuç ailede önemli rolü olan annenin yaşı arttıkça deneyimlerinin de gelişiyor olması ile birlikte adölesana sağlıklı yaşam biçimi geliştirmede desteğinin artması ile açıklanabilir.

Adölesanların annelerinin çalışma ve eğitim durumu değişkeni ile SYBDÖ toplam puanı ortalamaları alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p > 0,05$) (Tablo 13-14).

Annenin çalışıyor olması ile birlikte ev ekonomisine destek veriyor olması, çocuklara ilişkin kararlara katılmada daha özgür olması önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (64). Bununla birlikte bu araştırmanın sonucunda annenin çalışma durumu ve öğrenim durumu değişkenlerinin adölesanın sağlıklı yaşam biçimlerini etkilemediği görülmektedir.

Adölesanların baba yaşı değişkeni ile SYBDÖ toplam puanı ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0,05$). Öte yandan baba yaşı değişkeni ile ölçeğin beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15).

Adölesanların baba yaşı arttıkça beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puanlarının artması babanın yaşama ilişkin deneyimlerinin gelişiyor ve bu deneyimlerini aile üyelerine aktarıyor olmaları ile açıklanabilir. Ailenin beslenme alışkanlıklarının da adölesanın beslenme puanını etkilemiş olduğu düşünülebilir.

Adölesanların babalarının çalışma durumu ve eğitim düzeyleri grupları ile SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 16-17).

Ataerkil yapıda olan toplumumuz için babanın çalışma durumu ev ekonomisinin temel taşı olarak görölmektedir. Hipertansif adölesanın ilaç, tedavi masrafları gibi sağlıklı adölesana göre ek ekonomik giderleri olmaktadır. Bununla birlikte araştırmanın sonuçları incelendiğinde babanın çalışma ve öğrenim durumu değişkenleri nin adölesanın sağlıklı yaşam biçimine etkisi olmadığı görölmektedir.

Adölesanların tedavi şekli değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ve beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) Buna karşılık tedavi şekli değişkeni ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Yatarak tedavi gören adölesanların sağlıklı yaşam biçim puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Adölesanların hastane ortamında hemşirelik bakımı ile birlikte süreci çok daha kolay yönetebilmeleri SYBDÖ puanlarının yüksek olması sonucunu açıklayabilir. İlk tanı aşamasında hastanede yatılması ve ilk tanı ile adölesanın her anlamda yaşamını düzene sokmaya çalışıyor olması da bir sebep olabilir. Öte yandan hastaneden çıkma ve günlük yaşama adapte olma ile hızlı yaşam temposu, stres vb. durumların sağlıklı yaşam biçimi puanını düşürmüş olabileceği düşünülebilir.

Kan basıncı normal değerini bilme değişkeni ile adölesanların SYBDÖ ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19). Hipertansiyon hastalığı kan basıncı merkezli bir sorun olduğundan bireyin normal kan basıncı değerlerini bilip bilmemesi onun günlük davranışlarını etkileyecektir. Yapılan analiz sonucunda kan basıncı için normal değerleri bilen bireylerin kan basıncı için normal değerleri bilmeyenlere oranla daha sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu bulunmuştur. Kişi doğru olanı bilirse eylemlerini o doğrultuda sergileme ve zarardan kaçma güdüsü ile hareket edecektir. Sonuç olarak bilinçli birey sağlıklı davranış edimi kazanacaktır.

Kan basıncı ölçüm eğitimi alma değişkeni ile adölesanların SYBDÖ ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 20). Tansiyon ölçüm eğitimi alan adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda adölesanların bağımsız olarak kendi kan basınçlarını ölçüyor olmaları hastalığın öz yönetimi açısından önemli bir parametredir. Kazanılan bu bilinç adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesinde etkili olacaktır.

Kan basıncı ölçüm sıklığı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Tansiyon ölçüm sıklığı değişkeni ile stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 21).

İlaç yan etkilerini bilme ve yan etki yaşama değişkenleri ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 22-23).

Hipertansiyon kronik bir hastalık olup antihipertansif ilaçlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile regule edilmektedir. Kullanılan ilaçlar farklı düzeylerde yan etki gösterebilmektedir. İlaç yan etkisini biliyor olmak da hastalık yönetimi için önemlidir. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde antihipertansif ilaç nedeniyle yan etkilerini bilen adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer bir şekilde yan etkileri biliyor olan adölesanları yan etki yaşama durumlarının daha az olduğu görülmekte olup sağlıklı yaşam biçimi puanlarının da yüksek olduğu beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yemeklerde tuz kullanımı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24).

Dengesiz tuz kullanımının kan basıncını artırdığı bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada da aşırı kilolu, tuz tüketimi fazla olan ve egzersiz yapmayan bireylerde hipertansiyon görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir (38). Tuz kullanımına ilişkin özellikle yemek tuzsuz ise tuz ilave eden adölesanların sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Kan basıncının düzene sokulabilmesi için hastalık yönetiminde tuz kullanımının azaltılması önemlidir.

Ailede hipertansiyon öyküsü değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup beslenme ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 25).

Hipertansiyonun genetik kökenleri bilinmekte olup bireylerin birincil derece yakınlarında hipertansiyon görülme sıklığı daha yüksektir (16, 38, 107). Ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması aile üyelerinde de hipertansiyon riskini artırmaktadır. Aile üyelerinin yaşam alışkanlıklarının benzer olduğu düşünöldüğünde ailesinde hipertansiyon öyküsü olmayan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada yapılan regresyon analizi sonucunda anne yaşı, baba yaşı ve hastanın yaşı değişkenleri sağlıklı yaşam biçimi davranışını en iyi açıklayan değişkenler olarak denkleme alınmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışını en iyi açıklayan değişkenler sırası ile adölesan yaşı, anne yaşı ve baba yaşı ($p<0,05$).olarak görölmektedir (Tablo 26).

Adölesanın ve annenin yaşındaki artış sağlıklı davranışları olumlu etkilerken, baba yaşındaki artış negatif etkilemektedir. Annenin yaşının artışı ile adölesanın kendine yetmesi ve davranışlarını düzenlemesi anlamına gelirken aynı şekilde yaşın artması da yetişkinliğe yaklaşmak olduğundan sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı artmaktadır. Diğer yandan baba yaşındaki artışın negatif etkisi aile ekonomisine olumsuz etkileyebileceğinden kaynaklanıyor olabilir.

Rutin sağlık kontrollerini takip eden hipertansif adölesanların sağlıklı yaşam biçimi darvanış puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu doğrultuda tüm sağlık ekibinin rolü büyük olmakla birlikte primer bakım verici olan hemşirelerin hastalık yönetimine desteği önemlidir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul ili Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerinde uygulanan hipertansiyon tanısı almış adölesanlarda sağlıklı yaşam biçimini etkileyen değişkenlerin incelenmesi ve yorumlanması amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları incelendiğinde;

- Araştırmaya katılan adölesanların %52,7'si erkek olup %45,6'sı 15-16 yaş grubundadır. Adölesanların % 2,2' inin beden kitle indeksi (BKI) iken % 45,7'lik bir bölümü ise ≥ 18.5 -<24.9 kg/m² BKI aralığındadır. Bunların %36,9'unun 66 kilo ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Adölesanların %81,5'inin kardeşi vardır ve kardeşi olan adölesanların %41,3'ünün iki kardeşi, %36,7'sinin ise üç ve daha fazla kardeşi olduğu saptanmıştır. Adölesanların %87 gibi büyük bir kısmının çekirdek aile yapısında olduğu görülmüştür (Tablo 1).
- Araştırmaya katılan adölesanların annelerinin %39,7'si 36-40 yaş grubunda olup %28,3'ünün çalıştığı, %82,7'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu ve yalnızca %4,3'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Babalarının ise %39,1'inin 41-45 yaş grubunda olup %90'ının bir işte çalıştığı ve yalnızca %1,6'sının üniversite çoğunluğunun (%60,3) lise mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 2).
- Araştırmaya katılan adölesanların %73,4'ünün ayaktan tedavi olurken %54,3'ünün kan basıncı referans değerlerini bildiği, Bununla birlikte %53,8'inin kan basıncı ölçümüne ilişkin eğitim almadığı saptanmıştır. Adölesanların %77,2'sinin günde bir-iki kez kan basıncı ölçtüğü/ölçtürdüğü, belirlenmiştir. Tamamına yakını (%99,5) düzenli ilaç kullanmakta olup %87,5'inin ilaçların yan etkilerine ilişkin bilgi sahibi olduğu ve %72,3'ünün ilaç yan etkisi yaşamadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların yarısından fazlası (%55,4) tamamen tuzsuz beslenirken, %60,3'ü ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3).
- Araştırmaya katılan adölesanların toplam SYBDÖ puan ortalamasının ise $128,51 \pm 26,30$ olarak bulunmuştur. SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması $18,22 \pm 5,62$, fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması

15,913±4,796, beslenme alt boyutu puan ortalaması 23,10±4,12, manevi gelişim alt boyutu puan ortalaması 25,15±4,97, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalaması 24,30±5,06 ve stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması 19,40±4,31 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

- Araştırmaya katılan adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Cinsiyet değişkeni ile beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunurken cinsiyet ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).
- Yaş değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puanları arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 6).
- Beden kitle indeksleri ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puanlar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 7).
- Kilo değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup beslenme ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8).
- Kardeş olma durumu değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamsız olup kişilerarası ilişkiler ($p<0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9).
- Kardeş sayısı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 10).
- Aile tipi değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0,05$) olup sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve

beslenme alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşılık aile tipi değişkeni ile ölçeğin manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 11).

- Anne yaşı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 12).
- Anne çalışma durumu değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 13).
- Anne eğitim durumu değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).
- Baba yaşı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamsız ($p>0,05$) olup sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Buna karşılık baba yaşı değişkeni ile ölçeğin beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15).
- Baba çalışma durumu değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 16).
- Baba eğitim durumu değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 17).
- Adölesanların tedavi şekli değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı ($p<0,05$) olup ölçeğin beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark

da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşılık tedavi şekli değişkeni ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın ise anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

- Kan basıncı normal değerini bilme değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 19).
- Kan basıncı ölçüm eğitimi alma değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 20).
- Kan basıncı ölçüm sıklığı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Tansiyon ölçüm sıklığı değişkeni ile stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 21).
- İlaç yan etkilerini bilme değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 22).
- İlaç yan etkisi yaşama değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Yan etki yaşama değişkeni ile stres yönetimi ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark da anlamlı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 23).
- Yemeklerde tuz kullanımı değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki ve ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 24).
- Ailede hipertansiyon öyküsü değişkeni ile adölesanların SYBDÖ toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup beslenme ($p>0,05$) hariç, ölçeğin diğer tüm alt boyut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 25).

- SYBDÖ toplam puanının açıklayıcısı olarak denkleme alınan anne yaş, baba yaş ve hasta yaşı değişkenleri ile kurulan model istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile anne yaşı ve adölesan hastanın yaşı arasında pozitif, baba yaşı arasında ise negatif bir ilişki vardır (Tablo 26).



Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon için risk faktörü olan dengesiz beslenme sonucu aşırı kilo alımı, sedanter yaşam gibi konularda okullarda sağlıklı adölesanlara sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemini vurgulayan sağlığı iyileştirme programlarının planlanması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi hastalığı kontrol altına alınmasında etkili olacağından adölesanlar için interaktif eğitim programları geliştirilmesi,
- Daha geniş örneklem gruplarıyla benzer çalışmalar ve ebeveyn, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin katılımı ile soruna yönelik deneysel çalışmalar planlanması,
- Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında adölesanlar için yılda bir kez hipertansiyon ve obezite taramalarının yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Özcebe H. “Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım”, *STED*, 2002, 11(10): 374-377.
2. Kılıç EZ. “Ergenlik döneminde psikososyal gelişim”, *Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrical Sciences*, 2013, 9(2): 10-19.
3. Derman O. “Ergenlerde psikososyal gelişim”, *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 2008, 63:19-21.
4. World Health Organization-WHO. 2004. Hastalıkların Küresel Yüğü, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/
Erişim Tarihi: 03.03.2017.
5. Demirezen E, Coşansu G. “Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2005, 14(8): 174-178.
6. World Health Organization-WHO. 2010. Ten facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html.
Erişim tarihi: 06.03.2017
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf,
Erişim tarihi: 09. 03.2017.
8. Çimen S. *15-18 Yaş Grubu Gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2003.
9. Kollar LM. *Health Promotion of the Adolescent and Family*. İçinde M.J. Hockenberry, D. Wilson, M. L. Winkelstein (Eds), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, Seventh Edition, Mosby: 2005, 494-506.

10. Demirkol M, Gökçay G, Baykal T. *Nutrisyon*. İçinde Devecioğlu Ö, Öneş SÜ, Ünüvar E. (Eds.), *Pediatride Rutinler*. (2nd ed.). İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2006, 243-281.
11. Köse D. *Orta ve geç adölesanlarda beslenme alışkanlıklarının beden kitle indeksi ve kan basıncı üzerine etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul.
12. Altunkaynak BZ, Özbek E. “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, *Van Tıp Dergisi*, 2006, 13(4): 138-142.
13. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam*, Ankara, Sinem Matbaacılık, 2006.
14. Erkan T. *Ergenlerde Beslenme*. İçinde Ercan O, Alikeşifoğlu M. (Eds.), *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*. No:63. İstanbul, 2008, 73-77.
15. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. “The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of high blood pressure in children and adolescents”, *Pediatrics*, 2004, 114: 555-576.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright GT, Roccella EJ, National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. “The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the jnc 7 report”, *JAMA*, 2003, 289(19): 2560-2571.
17. Aydın Yoldemir S, Yoldemir B. “Adölesan kan basıncı yüksekliğine yaklaşım”, *Turkish Family Physician*, 2015, 6(3): 97-108.
18. WHO. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, 2010a. Erişim tarihi: 03.03.2017.
19. Bilge I. *Hipertansiyon* İçinde O. Neyzi, T. Ertuğrul (Eds), *Pediatrici*. (4. Baskı), 2. Cilt, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2010, 1453-1463.

20. Sarıkan İ. *Isparta İli 7-17 Yaş Arası Okul Çocuklarında Hipertansiyon Prevalansı ve Risk Faktörlerinin Araştırılması* (Tez). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2007.
21. Dinç G, Saatli G, Baydur H, Özcan C. “Hypertension and overweight among Turkish adolescents in a city in Aegean region of Turkey: a strong relationship in a population with a relatively low prevalence of overweight”, *The Anatolian Journal of Cardiology*, 2009, 9: 450-456.
22. Kreipe RE, Kodjo CM. *Adolesan Dönemi*. İçinde M. Tuzcu (Çev. Ed.), *Nelson Essentials of Pediatrics Türkçe*, (3rd ed.), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2002, 251-295.
23. Kutluk MT. *Adolesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri/Taramalar*. İçinde Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. (Eds.), *Temel Pediatri*. Ankara, Güneş Kitabevi, 2010, 1562-1564.
24. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ. *Child Health Nursing Partnering with Children & Families*, Co: Pearson Education, Second Edition, New Jersey, 2010.
25. Rozmus C L, Evans R, Wysochansky M, Mixon D. “An Analysis of Health Promotion and Risk Behaviors of Freshman College Students in a Rural Southern Setting”, *Journal of Pediatric Nursing*, 2005, 20(1): 25-33.
26. Pender NJ, Murdaugh, CL Parson MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th Edition, Pearson, Boston, 2011.
27. Hsiao YC, Chen MY, Gau YM, Hung LL, Chang SH, Tsai HM. “Short-term Effects of a Health Promotion Course for Taiwanese Nursing Students”, *Public Health Nursing*, 2005, 22(1):74-81.
28. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M. “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, *Anatol J Clin Investig*, 2009, 3(3): 164-169.
29. Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri”, *KÜ Tıp Fak Dergisi*, 2012, 14 (2): 1-7.

30. Kaşıkçı Ş. *Ergenlik döneminde riskli sağlık davranışları* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
31. Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. “Ergenlerin kiloları ile ilgili alguları ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarının incelenmesi”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2015, 17(1): 51-61.
32. Gül SK, Güneş İD. “Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009, 11(1): 79-101.
33. Ardiç A. *Adolesan sağlığını geliştirme programının erken adolesan dönemi çocuklarının beslenme fiziksel aktivite ve ruh sağlığı üzerine etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
34. Soylu ÖB, Soylu A. “Çocukluk çağı obezitesinde hipertansiyon ve böbrek hastalığı”, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 2008, 17(1): 37-43.
35. Baltacı G, Düzgün UFİ. *Adolesan ve Egzersiz*, Klasmat, Ankara, 2008.
36. Mir S. “Çocuk ve adolesan yaşlarında hipertansiyon”, *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology*, 2000, 13(5): 388-394.
37. Bucher VS, Ferrarini A, Wever N, Bullo M, “Bianchetti MG, Simonetti GD. Primary hypertension in childhood”, *Curr Hypertens Rep*, 2013, 15: 444-452.
38. Akan H, İzbirak G, Tanrıöver Ö, Kaspar EÇ, Yıldız A, Tilev SM, Tektaş S, Vitrinel A. “Ergenlerde prehipertansiyon ve hipertansiyon sıklığı”, *Türk Aile Hekimleri Deneği*, 2010, 14(3): 115-123.
39. Eser M. *Esansiyel hipertansiyonlu olgularda chromogranin a geni polimorfizmlerinin araştırılması* (Tez). Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
40. Hatemi H. “Endokrin hipertansiyonun tarihçesi”, *Türkiye Klinikleri Journal Of Endocrinology Special Topics*, 2013, 6(3): 1-2.

41. Ewald DR, Haldeman LA. "Risk Factors in Adolescent Hypertension", *Global Pediatric Health*, 2016, 3:1-26.
42. Sorof JM, Lai D, Turner J, Poffenbarger T, Portman RJ. "Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children", *Pediatrics*, 2004, 113: 475-482.
43. Hansen ML, Gunn PW, Kaelber DC. "Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents", *JAMA*, 2007, 298: 874-879.
44. Brewer ED. *Evaluation of hypertension in childhood disease*. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P. (Eds). *Pediatric Nephrology*. 5th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams&Willkins, 2004, 1179-97.
45. Norwood VF. "Hypertension", *Pediatr Rev*, 2002, 23: 197-209.
46. Pappadis SL, Somers MJG. "Hypertension in adolescents: a review of diagnosis and management", *Curr Opin Pediatr*, 2003, 15: 370-378.
47. Candan C, Çalışkan S. "Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım derleme", *Türk Pediatri Arşivi*, 2005, 40(1): 15-22.
48. Girişgen İ. *Çocuklarda birincil kan basıncı yüksekliğine neden olan faktörler ve böbrek hasarı* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
49. Er E. *Sistemik lupus eritematozus hastalarında hipertansiyon sıklığı, hipertansiyon tanı ve takibinde ofis, ev ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
50. Türk Kardiyoloji Derneği, "Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, Özel Hasta Grupları, Çocuk ve Adolesan Çağı Hipertansiyonu", 1999 https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/5_11453.htm?wbnum=1109 Erişim tarihi: 04.03.2017

51. Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MF, Speizer FE, Malhotra A, Hu FB. "A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women", *Arch Intern Med*, 2003, 163:205-209.
52. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S, Bazzarre T. "Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension and Obesity in the young", *AHA Circulation*, 2002, 106:143-160.
53. Krebs NF, Jacobson MS. "Prevention of pediatric overweight and obesity", *Pediatrics*, 2003, 112:424-430.
54. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics Committee on Sports Medicine and Fitness. "Athletic participation by children and adolescents who have systemic hypertension", *Pediatrics*, 1997, 99:637-638.
55. Panel of Dietary Intakes for Electrolytes and Water Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride and sulfate. National Academic Press, 2004, www.nap.edu/books/0309091691/html/ Erişim tarihi: 03.03.2017
56. Sorof JM, Cargo P, Greapel J, Humphrey D, King E, Rolf C, Cunningham RJ. "Beta -blocker/thiazide combination for treatment of hypertensive children: A randomized double-blind, placebo-controlled trial", *Pediatr Nephrol*, 2002, 17:345-350.
57. Blowey DL. *Approach to pharmacologic treatment of pediatric hypertension*. In: Portman RJ, Sorof JM, Ingelfinger JR (eds). *Pediatric Hypertension*. 1st ed. New Jersey. Humana Press Inc. 2004, 429-442.
58. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2012, 6 (1): 13-21.
59. Wing RR. "Changing diet and exercise behaviors in individuals at risk for weight gain", *Obesity Research*, 1995, 3(2): 277-282.

60. Şimşek Ö, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. “Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 26(3): 151-157.
61. Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparcı M, Özmenler KN, Özgen F, Özşahin A. “Anger level and anger expression in essential hypertension”, *Gulhane Medical Journal*, 2009, 51(3): 158-161.
62. Karaahmetoğlu GU, Soğuksu S, Softa HK. “Hemşirelik 1. ve 2. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, 2(2): 26-42.
63. Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. “Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013, 12(3): 261-270.
64. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. “Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3): 34-44.
65. Kuşdemir CD. *Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2015.
66. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
67. Bulut S. “Sağlıkta Sosyal Belirleyici: Fiziksel Aktivite”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2013, 70(4): 205-214. Güçlü N. “Stres yönetimi”, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21(1): 91-109.
68. Can S, Arslan E, Ersöz G. “Güncel Bakış Açısı ile Fiziksel Aktivite”, *Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi*, 2014, 12 (1): 1-10.

69. Carreno J, Vyhmeister G, Grau L, Ivanovic DA. "Health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: A pilot study", *Public Health*, 2006, 120: 346-355.
70. Ayhan DE, Günaydın E, Gönluçak E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, Uncu Y. "Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 38 (2): 97-104.
71. Kostak MA. "Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 105-115.
72. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. (7. baskı). İstanbul, Remzi Kitabevi, 2004.
73. Kaya A. *Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim*, Ankara: Tarcan Matbaacılık, 2013, 62-91.
74. Nacar FS, Tümkeya S. "Sınıf Öğretmenlerinin İletişim ve Kişilerarası Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi", *İlköğretim Online*, 2011, 10(2): 493-511.
75. Güçlü N. "Stres Yönetimi", *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21(1): 91-109.
76. Thoits PA. "Stress and Health: Major Findings and Policy Implications", *Journal of Health Social Behavior*, 2010, 51: 41-53.
77. Birol L. *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, İzmir: Etki Matbaacılık, 2004.
78. Yetkin A. "Hemşirelerin Hasta ve Ailesinin Eğitimi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 5(1): 53-59.
79. Whitehead D. "Health Promoting Hospitals: The Role and Function of Nursing", *Journal of Clinical Nursing*, 2005, 14:20-27.

80. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 9(2): 26- 34.
81. Hacıhasanoğlu R. “Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4(12): 154-164.
82. Hacıoğlu N. *Hipertansiyonlu hastaların risk faktörleri, algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının İncelenmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2014.
83. Aminoff UB, Kjellgren KI. “The nurse-a resource in hypertension care”, *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35(4): 582-589.
84. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Säljö R, Kjellgren KI. “Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model”, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007, 6(1): 46-53.
85. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. “Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 14(2): 39-47.
86. Kay JD, Sinaiko AR, Daniels SR. “Pediatric hypertension”, *Am Heart J*, 2001, 1142: 422-432.
87. Salminen M, Vahlberg T, Kivela SL. “Effects of family-oriented risk-based prevention on serum cholesterol and blood pressure values of children and adolescents”, *Scand J Prim Health Care*, 2005, 23: 34-41.
88. Addison CC, Jenkins BW, White MS, Young L. “Implementation of a cardiovascular disease prevention program among schooled children: a pilot study”, *Int J Environ Res Public Health*, 2006, 3: 274-277.
89. Torrance B, McGuire KA, Lewanczuk R, McGavock J. “Overweight, physical activity and high blood pressure in children: a review of the literature”, *Vasc Health Risk Manag*, 2007, 3: 139-149.

90. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillone MJ, Ferreiraf I, Invittig C, Kuznetsova T, Laurenti S, Manciaj G, Morales-Olivask F, Rascherl W, Redonb J, Schaefern F, Seemano T, Stergioup G, Elke Wühl E, Zanchetti A. “Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension”, *J Hypertens*, 2009, 27:1719-1742.
91. Sümbüloğlu V. Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. (5. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2004, 66-67.
92. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısal A. “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İ'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12:1-13.
93. Zaybak A, Fadıllıoğlu Ç. “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bu Davranışları Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 20(1): 77-95.
94. Lee RL, Loke AJ. “Health-Promoting Behaviours and psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong”, *Public Health Nursing*, 2004; 22(3): 209-220.
95. Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. “Meslek yükseköğremlerinin sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 14(2): 101-109.
96. Karadeniz G, Yanıkkere Uçum E, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. “Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2008,7(6):497-502.
97. Nassar OS, Shahenn AM. “Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan”, *Health*, 2014, 6, 2756-2763.
98. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. “Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi” *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, 8(2): 278-332.

99. Hawks RS, Madanat HN, Meril RM, Goud MB, Miyagwa T. "A Cross-Cultural Comparison of Health promoting Behaviours Among College Students", *The Journal of Health Education*, 2002, 5, 84-92.
100. Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. "İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları", *SDÜ Tıp Fak Derg.* 17(2):19-24. 2010.
101. Cihangiroğlu Z, Deveci S. "Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler", *Fırat Tıp Dergisi*, 2011, 16(2): 78-83.
102. Verela-Mato V, Cancela JM, Ayan C, Martin V, Molina A. "Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline" *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2012, 9: 2728-2741.
103. Mahmoodi G, Jahani MA, Naghavian M, Nazari A, Ahmadi N. "A Study of Health-Promoting Behaviors of Medical Sciences Students of Islamic Azad University of Sari, Iran", *Iranian Journal Of Health Sciences*, 2014, 2(2): 52-57.
104. Özvarış ŞB. *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Güler Ç, Akın L.) Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.
105. Çivilibal M. "Çocuklarda hipertansiyona yaklaşım", *Medical Bulletin Of Haseki/Haseki Tıp Bülteni*, 2013, 51(2): 31-35.
106. Sabuncu T, Arıkan E, Taşan E, Hatemi H. "Comparison Of The Associations Of Body Mass Index, Percentage Body Fat, Waist Circumference And Waist/Hip Ratio With Hypertension And Other Cardiovascular Risk Factors", *Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism*, 1999, 3: 137-142.
107. Bartosh SM, Aronson AJ. "Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis, and treatment", *Pediatric Clinics of North America*, 1999, 46(2): 235-252.

EKLER

Ek-1

SORU FORMU

Bu çalışma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı belirlemek amacı ile yapılmaktadır. Çalışmada elde edeceğimiz sonuçlar sizlere daha iyi hizmet sunmamıza yardımcı olacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların güvenilirliği için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Türkan BAHTİYAR

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Güلزade UYSAL

I. Adölesan ve Aileye İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

| | |
|--|--|
| Cinsiyet: 1 <input type="checkbox"/> Kız 2 <input type="checkbox"/> Erkek | Yaş: |
| Kilo: | Boy: |
| Tedavi Şekli: 1 <input type="checkbox"/> Yatarak Tedavi 2 <input type="checkbox"/> Ayaktan Tedavi | Kardeş Olma Durumu : 1 <input type="checkbox"/> Yok 2 <input type="checkbox"/> Var..... |
| Aile Tipi: 1 <input type="checkbox"/> Çekirdek aile 2 <input type="checkbox"/> Geniş aile | |
| ANNE | BABA |
| Yaş: | Yaş: |
| Çalışma Durumu: 1 <input type="checkbox"/> Çalışıyor 2 <input type="checkbox"/> Çalışmıyor | Çalışma Durumu : 1 <input type="checkbox"/> Çalışıyor 2 <input type="checkbox"/> Çalışmıyor |
| Öğrenim Durumu: 1 <input type="checkbox"/> İlkokul/ortaokul mezunu 2 <input type="checkbox"/> Lise mezunu 3 <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu 4 <input type="checkbox"/> Diğer | Öğrenim Durumu: 1 <input type="checkbox"/> İlkokul/ortaokul mezunu 2 <input type="checkbox"/> Lise mezunu 3 <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu 4 <input type="checkbox"/> Diğer |

II. Hastalığa İlişkin Bilgiler

1. Kan basıncınızı ölçme/ölçtürme sıklığınız?

1 /gün

2 /Hafta

3 Hiç ölçtürmüyorum

2. Kullandığınız ilaç/ilaçların yan etkilerini biliyor musunuz?

1 Evet

2 Hayır

3. Kullandığınız ilaç/ ilaçlara ilişkin yan etki yaşadınız mı?/yaşıyor musunuz?

1 Evet

2 Hayır

3 Bazen

4. Kan basıncının normal değerlerini biliyor musunuz?

1 Evet ise;/.....

2 Hayır

5. Kan basıncı (tansiyon) ölçümü için eğitim aldınız mı ?

1 Evet

2 Hayır

6. Yemeklerinizde tuz kullanıyor musunuz?

1 Hayır, tamamen tuzsuz yiyorum

2 Sadece pişirirken az miktarda tuz kullanıyorum

3 Yemek tuzsuz ise tuz ilave ediyorum

7. Ailenizde tansiyon yüksekliği/ hipertansiyonu olan kimse var mı?

1 Evet

2 Hayır

3 Bilmiyorum

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Sevgili gençler, bu anket sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı belirlemeye yöneliktir. Sağlığınızı etkileyebilecek tutum ve davranışlarınıza ilişkin verdiğiniz bilgiler bizim için çok değerlidir. Bu ankete adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse ne yazdığınızı bilmeyecektir. Gerçek yaşamınızda ne yapıyorsanız ona göre cevaplamanız sonuçların doğruluğu açısından önemlidir. Bu araştırmanın sonuçları, sizin gibi genç kişilere daha iyi sağlık eğitimi programının geliştirilmesinde yol gösterecektir.

Anketi doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır. Sağlık davranışlarına yönelik her bir ifadeyi okuyunuz. Günlük yaşamınızda uygulama sıklığınıza göre sizin davranışınızı en iyi tanımlayan veya yansıtan 5 seçenektan birini işaretleyiniz ("X" işareti koyunuz).

| | | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sık | Düzenli Olarak |
|----|--|--------------|-------|---------|----------------|
| 1 | Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım. | | | | |
| 2 | Sıvı ve katı yağ kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim. | | | | |
| 3 | Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım. | | | | |
| 4 | Düzenli bir egzersiz programı yaparım. | | | | |
| 5 | Yeterince uyurum. | | | | |
| 6 | Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim. | | | | |
| 7 | İnsanları başarıları için takdir ederim. | | | | |
| 8 | Şekeri ve tathıyı kısıtlarım. | | | | |
| 9 | Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum. | | | | |
| 10 | Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi). | | | | |
| 11 | Her gün rahatlamak için zaman ayırırım. | | | | |
| 12 | Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım. | | | | |
| 13 | İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm. | | | | |
| 14 | Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim. | | | | |
| 15 | Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım. | | | | |
| 16 | Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım. (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm). | | | | |
| 17 | Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim. | | | | |
| 18 | Geleceğe umutla bakarım. | | | | |
| 19 | Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım. | | | | |
| 20 | Her gün 2-4 öğün meyve yerim. | | | | |
| 21 | Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 22 | Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım. | | | | |

| | | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sık | Düzenli Olarak |
|----|---|--------------|-------|---------|----------------|
| 23 | Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm. | | | | |
| 24 | Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim. | | | | |
| 25 | Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır. | | | | |
| 26 | Her gün 3-5 öğün sebze yerim. | | | | |
| 27 | Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 28 | Haftada en az üç kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım. | | | | |
| 29 | Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım. | | | | |
| 30 | Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım. | | | | |
| 31 | Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum. | | | | |
| 32 | Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim. | | | | |
| 33 | Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim. | | | | |
| 34 | Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım). | | | | |
| 35 | İş ve eğlence zamanımı dengelerim. | | | | |
| 36 | Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum. | | | | |
| 37 | Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım. | | | | |
| 38 | Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim. | | | | |
| 39 | Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım. | | | | |
| 40 | Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim. | | | | |
| 41 | Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım. | | | | |
| 42 | Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım. | | | | |
| 43 | Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım | | | | |
| 44 | Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen içerikleri okurum. | | | | |
| 45 | Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım. | | | | |
| 46 | Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım. | | | | |
| 47 | Yorulmaktan kendimi korurum. | | | | |
| 48 | İlahi bir gücün varlığına inanırım. | | | | |
| 49 | Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim. | | | | |
| 50 | Kahvaltı yaparım. | | | | |
| 51 | Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım. | | | | |
| 52 | Yeni deneyimlere ve durumlara açığım. | | | | |

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışma İstanbul İli Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine başvuran ve çocuk servislerinde izlenen hipertansiyon tanısı almış 12-18 yaş arası adolesanların hipertansiyon ile ilgili sağlıklı davranışların geliştirilmesine yönelik olumlu ya da olumsuz davranışların saptanması ve daha önce yapılmış olan çalışmalara ek olarak bu davranışların ölçümü amacıyla yapılması planlanmıştır.

Çalışmanın evrenini son bir yılda Halkalı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesine çocuk polikliniklerine başvuran ve çocuk servislerinde izlenen hipertansiyon tanısı almış 304 adolesan oluşturacaktır.

Veri toplama öncesinde Çekmece Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve İstanbul İli Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi'ne gerekli izinler alınarak gerçekleştirilecektir.

Çalışmada veriler “Soru Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılarak toplanacaktır.

Araştırmada kesinlikle isim sorulmayacak, sorulacak yaş, eğitim durumu gibi bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ile paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya çalışmanın herhangi bir aşamasında katılım onayından vazgeçebilirsiniz.

Türkan BAHTİYAR

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Yrd. Doç. Dr. GÜLZADE UYSAL (Danışman)

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyadı:.....

İmza:.....

ETİK KURUL ONAYI

Toplantı Sayısı:56

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 17.12.2014

Toplantıya Katılanlar:

| | |
|---------------------------------------|----------|
| Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy | (Başkan) |
| Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen | (Üye) |
| Prof. Dr. Mithat Kıyak | (Üye) |
| Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu | (Üye) |
| Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan | (Üye) |
| Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı | (Üye) |
| Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı | (Üye) |

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 17.12.2014 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Işıl KÜÇÜKER**'in “**Hemşirelerin İntravenöz İlaç Uygulamalarında Ven Valfi Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Şebnem Sevtap CANVER**'in “**Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Berna NAZİLLİ**'nin “**Hemşire ve Ebelerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-Smear Testi İle İlgili Sağlık İnançları**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Nilay GÖKBULUT**'un “**Kadınların Doğumdan Memnuniyetlerinin Emzirme Öz Yeterliliğine Etkisi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Türkan BAHTİYAR**'ın “**Hipertansiyon Tanısı ile İzlenen Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 6- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Özlem BİLGİN**'in “**24-28 Hafta Gebelerin OGTT Testi Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.



Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Işıl KÜÇÜKER**'in “**Hemşirelerin İntravenöz İlaç Uygulamalarında Ven Valfi Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Şebnem Seytap CANVER**'in “**Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Berna NAZİLLİ**'nin “**Hemşire ve Ebelerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-Smear Testi İle İlgili Sağlık İnançları**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Nilay GÖKBULUT**'un “**Kadınların Doğumdan Memnuniyetlerinin Emzirme Öz Yeterliliğine Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Türkan BAHTİYAR**'ın “**Hipertansiyon Tanısı ile İzlenen Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 6.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Özlem BİLGİN**'in “**24-28 Hafta Gebelerin OGTT Testi Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kiyak
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı
(Üye)



KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ TÜRKİYE
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ÇEKMECE DEĞERLENDİRME VE
GELİŞTİRME HİZMETLERİ BİRLİM
04/06/2015 15:56 - 75231446 / 501.07.01 / 3081
901942008

Sayı : 75231446/501.07.01
Konu : Türkan BAHTIYAR'ın Yüksek
Lisans Tez Çalışma

İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İlgi: 03/06/2015 tarihli ve 80929729/9543 sayılı yazınız.

Okun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Türkan BAHTIYAR'ın "Hipertansiyon Tanısı İle İzlenen Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları", konulu araştırmayı hastanenizde yapması hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, bu tez çalışmasına katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi ve yapılacak çalışmanın kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Murat HANÖZÜ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI
05/06/2015

| | |
|--|-------|
| KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İSLEM EVRAK | |
| 08 Haziran 2015 | |
| Sayı | 12333 |
| Eki | 619 |

İmza
08.06.15

Zafer Mah. Çınar Sok. Adapark Plaza No:1 Yenibosna / İSTANBUL
HİŞİK Değerlendirme ve Geliştirme Birimi / 0 212 454 61 00 / 6409

İSTANBUL İLİ ÇEKMECE BÖLGESİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ
Hacer KÖRFEZ
Lisanseri

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-6

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II İZİNİ

Re: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ÖLÇEĞİ HAKKINDA

zuhal.bahar@deu.edu.tr

10.11.2014 (Pzt) 16:28

Kime:

"TÜRKAN BAHTIYAR" (angie_13tr@hotmail.com)

kullanabilirsiniz.

Zuhal Hocam Merhaba,

Okan Üniversitesi hemşirelik yüksek lisans öğrencisiyim, sizin 2008 yılında "SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI" ölçeğinizi eğer izniniz olursa hazırlayacağım tez konumda kullanmak istiyorum. Ancak ben tez konumu 12-18 yaş arası adölesanlarda yapmayı planladım ve sizin ölçeğinizi bu yaş grubunda kullanabilirim uygun bir değerlendirmesi olur mu?

Teşekkürler

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|------------------|--|------------------|----------------|
| Adı | TÜRKAN | Soyadı: | BAHTİYAR |
| Doğ. Yeri | BURGAZ | Doğ. Tar: | 21.04.1984 |
| Uyruğu | T.C. | Tel: | 0505 353 49 06 |
| E-mail: | angie_13tr@hotmail.com | | |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Old. Kurum | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|---|-----------------------|
| Yüksek Lisans | | |
| Lisans | Balıkesir Üni. Bandırma Sağlık Yüksek Okulu – Hemşirelik Bölümü | 2006 |
| Lise | Orhan Cemal Fersoy Lisesi | 2002 |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl- Yıl) |
|--------------------|---|------------------------|
| Ameliyat Hemşiresi | Ataköy Dünyagöz Hastanesi | 4 ay (2007) |
| Çocuk Hemşiresi | Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları E.A.H | 4 yıl (2007-2011) |
| Çocuk Hemşiresi | Kanuni Sultan Süleyman E.A.H | (2011- Devam Ediyor) |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama | Konuşma | Yazma | KPDS/ÜDS/ YDS Puanı | (Diğer) Puan |
|--------------------|---------------------|---------|-------|------------------------|-----------------|
| | | | | | |